



Forvaltningsrevisjon  
Mars 2026

# Legemiddelhåndtering i sykehjem

Gol kommune

Viken  
kommunerevisjon

# Sammendrag

## Bestilling

Kontrollutvalget  
sak 30/25  
23. september  
2025

## Formål

Undersøke om kommunens rutiner og praksis for legemiddelhåndtering i sykehjem er i tråd med regelverk og beste praksis

## Problemstillinger

Har Gol kommune rutiner og praksis som sikrer forsvarlig, individuell oppfølging av legemiddelbruk for beboere på sykehjem?

## Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen har vært å undersøke om rutiner og praksis for legemiddelhåndtering ved Gol helsetun er i tråd med regelverk og nasjonal beste praksis.

## Metode

Metoden i forvaltningsrevisjonen er en kombinasjon av flere datakilder (metodetriangulering), inkludert dokumentanalyse, sakgjennomgang, spørreundersøkelser til ansatte og pårørende og intervjuer.

## Revisjonens konklusjon

Gol kommune har etablert et rammeverk med rutiner som samsvarer godt med kravene til forsvarlig legemiddelhåndtering. Kommunen har klare krav til delegasjon og kompetanse, skriftlige rutiner for sentrale delprosesser og avtale om farmasøytisk tilsyn. Det er videre en positiv utvikling ved at kommunen har stabilisert legesituasjonen fra og med 2025 og har økt oppmerksomheten om bruk av risikovurderinger.

Revisjonen vurderer likevel at det er flere avvik mellom de etablerte rutinene og den faktiske etterlevelsen, noe som innebærer at legemiddelhåndteringen ved Gol helsetun har et forbedringspotensial.

De viktigste svakhetene som er avdekket gjennom undersøkelsen gjelder følgende områder:

- Observasjon, dokumentasjon og oppfølging av legemiddeleffekt og bivirkninger er det mest sårbare leddet. Systematisk observasjon er i for liten grad integrert i daglige utdelingspraksis, dokumentasjon av legemiddelreaksjoner er mangelfull, og rapportering til behandlingsansvarlig lege er i for stor grad muntlig og personavhengig. Kompetansen vurderes også som svakest på det området sykehjemmet selv har identifisert som det høyeste risikoområdet – utdeling og observasjon.
- Arbeidsforholdene legger i begrenset grad rette for uforstyrret istandgjøring av legemidler, og dobbeltkontrollen gjennomføres ikke alltid reelt uavhengig i tråd med rutinene. Konsekvensen er økt risiko for at feil ved istandgjøring, som feil dose eller feil preparat, når pasienten uten å bli oppdaget.
- Legemiddelgjennomgang gjennomføres i varierende grad i henhold til nasjonale forventninger og dokumentasjon er mangelfull. De fleste (17 av 20) pasientene mangler registrerte legemiddelgjennomgang innen fire uker etter innkomst. Kun en fjerdedel av de registrerte gjennomgangene er dokumentert i journal, og få inneholder en systematisk vurdering av enkeltlegemidler.
- Når det gjelder legemiddelsamstemmingen har kommunen tilfredsstillende rutiner, men det er en svakhet at de ikke dokumenteres i pasientjournal.

- Undersøkelsen viser svakheter i kommunens involvering av pårørende i legemiddelhåndteringen. Et klart flertall av de pårørende opplever at de ikke ble involvert i gjennomgang av medisinalisten ved innflytting og at de sjelden eller aldri får beskjed ved endringer i legemiddelbehandlingen.
- Avvikssystemet fanger i økende grad opp hendelser, men risiko for underrapportering og manglende opplevelse av at avvik fører til faktiske forbedringer svekker systemets funksjon som verktøy for læring og kvalitetsforbedring.

Det er gjennomgående for de ovennevnte funnene en spenning mellom de formelle, planlagte prosessene og rutineene, som framstår som etablerte, og den løpende, daglige observasjonen og oppfølgingen, som er mer sårbar. Kapasitetsutfordringer og arbeidspress framstår som bakenforliggende faktorer som kan forklare flere av svakheterne som er avdekt i undersøkelsen. Tilsynslegene understreker også at manglende tid og ressurser er en viktig faktor som kan forklare mange av funnene i revisjonen, og peker på at planlagt utvidelse med nye sengeplasser uten økte legeressurser vil kunne forsterke utfordringene.

Revisjonen konkluderer med at Gol kommune har etablert et godt rammeverk med rutiner som samsvarer med kravene til forsvarlig legemiddelhåndtering. Undersøkelsen avdekker imidlertid svakheter i etterlevelse og dokumentasjon som medfører risiko for at legemiddelhåndteringen ikke i tilstrekkelig grad sikrer pasientsikkerheten. Dette gjelder særlig observasjon, dokumentasjon og oppfølging av legemiddeleffekt og bivirkninger, som framstår som det mest sårbare leddet. Kommunen er imidlertid i en positiv utviklingsprosess på flere områder, blant annet gjennom en mer stabil legesituasjonen og økt oppmerksomhet om bruk av risikovurderinger.

## Anbefalinger

På bakgrunn av revisjonens funn og vurderinger anbefaler revisjonen at kommunedirektøren i Gol iverksetter følgende tiltak for å styrke internkontrollen og sikre forsvarlig legemiddelhåndtering ved Gol helsetun:

1. Styrke systematisk observasjon, dokumentasjon og rapportering av legemiddeleffekt og bivirkninger, inkludert sikre at helsepersonell har tilstrekkelig opplæring i hva som skal observeres, at observasjoner dokumenteres i pasientjournalen, og at relevante funn rapporteres systematisk til behandlingsansvarlig lege
2. Gjennomgå arbeidsorganiseringen ved istandgjøring og tilberedning for å sikre at arbeidet kan gjennomføres uten forstyrrelser og at dobbeltkontroll gjennomføres reelt uavhengig i tråd med virksomhetens egne rutiner
3. Sikre at legemiddelgjennomgang gjennomføres og dokumenteres i tråd med nasjonale krav og forventninger, inkludert at første gjennomgang registreres innen fire uker etter innkomst og at gjennomgangene journalføres med beskrivelse av vurderinger
4. Forbedre informasjonen til og involveringen av pårørende i legemiddelhåndteringen slik at pårørende får god informasjon og holdes orientert om endringer i legemiddelbehandlingen

## Kommunedirektørens uttalelse

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektøren til uttalelse. Kommunedirektørens uttalelse datert 24. mars 2026 er vedlagt rapporten.

# Innhold

Sammendrag.....	2
<b>1. Innledning.....</b>	<b>8</b>
1.1. Bakgrunn for prosjektet .....	8
1.2. Formål og problemstillinger .....	8
<b>2. Metode .....</b>	<b>10</b>
2.1. Datainnsamling .....	10
2.1.1. Dokumentanalyse .....	10
2.1.2. Saksgjennomgang .....	10
2.1.3. Spørreundersøkelser.....	10
2.1.4. Kvalitetssikring og høring .....	11
2.1.5. Metodiske begrensninger .....	11
<b>3. Revisjonskriterier .....</b>	<b>12</b>
3.1. Prosess for legemiddelhåndtering .....	12
3.2. Rutiner for legemiddelhåndtering .....	13
3.3. Kompetanse .....	13
3.4. Risikovurderinger og avvikshåndtering.....	14
3.5. Istandgjøring og tilberedning .....	16
3.6. Legemiddelsamstemming .....	17
3.7. Legemiddelgjennomgang.....	18
3.8. Utdeling, observasjon og oppfølging av effekt .....	19
3.9. Utledelede revisjonskriterier .....	20
<b>4. Internkontroll ved legemiddelhåndtering .....</b>	<b>21</b>
4.1. Om sykehjemmet.....	21
4.2. Rutiner.....	22
4.3. Kompetanse .....	23
4.4. Risikovurdering.....	27
4.5. Dobbeltkontroll (tilberedning) .....	29
4.6. Avvikshåndtering.....	31
4.7. Vurderinger knyttet til internkontroll ved legemiddelhåndtering.....	35
<b>5. Legemiddelhåndteringsprosessen.....</b>	<b>39</b>
5.1. Pasientenes legemiddelbruk.....	39
5.2. Legemiddelsamstemming .....	40
5.3. Legemiddelgjennomgang.....	42

5.4.	Observasjon og oppfølging av effekt .....	51
5.5.	Vurderinger knyttet til legemiddelhåndteringsprosessen .....	54
<b>6.</b>	<b>Revisjonens konklusjon .....</b>	<b>58</b>
<b>7.</b>	<b>Anbefalinger .....</b>	<b>59</b>
	Referanser .....	60
	Vedlegg 1 – Uttalelse fra kommunedirektøren .....	62

## Tabelloversikt

Tabell 1	Oversikt over svarprosent .....	10
Tabell 2	Svarprosent fordelt på kategori.....	11
Tabell 3	Risikonivåer per område.....	27
Tabell 4	Antall meldte avvik i 2024 og 2025 fordelt på alvorlighetsgrad.....	31
Tabell 5	Antall rapporterte legemiddelavvik i 2024 og 2025 fordelt på måned.....	31
Tabell 6	Hva opplever du eventuelt som de viktigste årsakene til at relevante legemiddelavvik ikke meldes i avvikssystemet? (flere svar mulig) (N = 24 ansatte ) .....	32
Tabell 7	Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering ved sykehjemmet: Melding av avvik fører sjelden til faktiske forbedringer (N = 24 ansatte).....	33
Tabell 8	Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering ved sykehjemmet: Det er risiko for at det brukes flere legemidler enn medisinsk nødvendig hos pasienter ved sykehjemmet (uhensiktsmessig polyfarmasi).....	39
Tabell 9	Antall registrerte legemiddelgjennomganger per pasient (rangert etter antall legemiddelgjennomganger) .....	44
Tabell 10	Tid til første gjennomgang fordelt på botidkategori (N = 17 pasienter med minimum en registrert legemiddelgjennomgang) .....	45
Tabell 11	Antall dokumenterte legemiddelgjennomganger (kun registrerte legemiddelgjennomganger etter innkomst) .....	46
Tabell 12	Antall dokumenterte legemiddelgjennomganger fordelt på år (kun registrerte legemiddelgjennomganger etter innkomst) .....	46
Tabell 13	Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering ved sykehjemmet: Systematisk observasjon nedprioriteres for andre oppgaver .....	52

Tabell 14 Hva er eventuelt de viktigste årsakene til at observasjon av reaksjoner på legemidler (effekt, manglende effekt og bivirkninger) ikke blir systematisk gjennomført? (N = 24 ansatte).....52

## Figuroversikt

Figur 1 Illustrasjon av legemiddelhåndteringsprosessen .....	12
Figur 2 Illustrasjon av forskjellen mellom risikovurderinger og avvikshåndtering i legemiddelhåndteringen .....	15
Figur 3 Forskjellen mellom legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. ....	18
Figur 4 Forenklet organisasjonskart, kun som viser organiseringen av Helse og omsorg, med fokus på helsetunet .....	21
Figur 5 I hvilken grad opplever du at sykehjemmet har tilgang til nødvendig fagkompetanse når det oppstår behov for faglige avklaringer i legemiddelhåndteringen? (N = 24 ansatte).....	24
Figur 6 hvilken grad får ansatte jevnlig oppdatert sin kunnskap om legemiddelhåndtering (f.eks. gjennom kurs, e-læring eller fagdager)? N = 24 ansatte).....	25
Figur 7 I hvilken grad opplever du at kun personell med tilstrekkelig opplæring og kompetanse utfører følgende oppgaver knyttet til legemiddelhåndtering? Absolutte tall (N = 24 ansatte).....	26
Figur 8 I hvilken grad utføres dobbeltkontroll ved at to ansatte kontrollerer oppgaven uavhengig av hverandre (uten å påvirke hverandre)?.....	29
Figur 9 I hvilken grad legger arbeidsforholdene ved sykehjemmet til rette for at klargjøring av legemidler kan skje uten avbrytelser (f.eks. tilstrekkelig ro og egnede lokaler)? (N = 24 ansatte).....	30
Figur 10 I hvilken grad opplever du at alle relevante avvik i legemiddelhåndteringen blir meldt i avvikssystemet? (N = 24 ansatte).....	32
Figur 11 : I hvilken grad opplever du at ledelsen iverksetter hensiktsmessige tiltak som forhindrer at tilsvarende legemiddelavvik skjer igjen? (N = 24 ansatte) .....	33
Figur 12 Har du opplevd situasjoner du oppfattet som feil eller uønsket hendelse knyttet til pasientens legemiddelbehandling? (N = 16 pårørende) .....	34
Figur 13 Antall preparater per pasient, fordelt på A, B og C preparater (både dagsaktuelle og eventuelle/behovsmedisiner) .....	39
Figur 14 I hvilken grad har sykehjemmet etablert rutiner for å gjennomføre legemiddelsamstemming... (N = 24 ansatte).....	40

Figur 15 I hvilken grad opplever du at informasjon fra pasient og/eller pårørende blir aktivt brukt for å kvalitetssikre legemiddellisten (LIB) ved innkomst? (N = 24 ansatte) .....	41
Figur 16 Opplevde du at helsepersonell gikk gjennom listen over medisiner sammen med deg/pasienten for å sikre at den var riktig da pasienten flyttet inn på sykehjemmet? ( N = 16 pårørende) .....	41
Figur 17 Tid fra innkomst til første registrerte legemiddelgjennomgang .....	43
Figur 18 Sammenheng mellom botid og tid til første gjennomgang (N = 17 pasienter med minimum en registrert legemiddelgjennomgang) .....	45
Figur 19 I hvilken grad gjennomføres legemiddelgjennomgang .....	48
Figur 20 Har du/pasienten deltatt i en samtale med sykehjemslegen eller annet helsepersonell der alle pasientens medisiner ble vurdert (for eksempel legemiddelgjennomgang)? ( N = 16 pårørende) .....	49
Figur 21 Har du fått informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker etter at pasienten flyttet inn på sykehjemmet? ( N = 16 pårørende) .....	50
Figur 22 Får du beskjed når det gjøres endringer i pasientens legemiddelbruk? ( N = 16 pårørende) .....	50
Figur 23 I hvilken grad opplever du at pasientens reaksjoner på legemidler (effekt, manglende effekt og bivirkninger) blir observert av helsepersonell i forbindelse med utdeling av legemidler? ( N = 24 ansatte) .	51
Figur 24 I hvilken grad opplever du at observasjoner av manglende effekt eller bivirkninger blir rapportert til behandlingsansvarlig lege ? .....	51
Figur 25 Opplever du at helsepersonell følger med på hvordan legemidlene virker på pasienten (f.eks. bivirkninger eller manglende effekt av medisiner)? ( N = 16 pårørende pårørende).....	53

# 1. Innledning

## 1.1. Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget i Gol kommune vedtok i sitt møte 23. september 2025 (sak 30/25) at Viken kommunerevisjon IKS (VKR) skal gjennomføre en forvaltningsrevisjon av legemiddelhåndtering i sykehjem.

Gol kommune yter institusjonstjenester ved Gol helsetun. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at virksomheten hadde 38 brukere i 2024.<sup>1</sup> Kommunen opplyser i forbindelse med revisjonen at 22 personer disponerer langtidsplass høsten 2025.<sup>2</sup>

Med legemiddelbehandling eller legemiddelhåndtering menes den farmakologiske behandlingen pasienter ved sykehjemmet mottar. En forsvarlig legemiddelhåndtering er en forutsetning for at pasientene får riktig legemiddelbehandling.<sup>3</sup>

Legemiddelhåndtering er et område hvor svikt kan resultere i alvorlige hendelser.<sup>4</sup> Et legemiddelrelatert problem er enhver omstendighet eller hendelse som inntreffer i forbindelse med legemiddelbehandling og som potensielt eller reelt forstyrrer den ønskede effekten.<sup>5</sup>

For å unngå skadelige effekter og bivirkninger er det viktig at legemiddelbruken hos eldre følges nøye opp med regelmessige kontroller, samstemming av medisinlister og legemiddelgjennomgang i tråd med kravene til fastleger og sykehjem.<sup>6</sup> Legemiddelgjennomgang er et viktig virkemiddel for å avdekke og forebygge legemiddelrelaterte problemer.<sup>7</sup>

En stor andel av avviksmeldingene i kommunal helse og omsorg omhandler 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.<sup>8</sup>

## 1.2. Formål og problemstillinger

Prosjektets formål er å undersøke om kommunens rutiner og praksis for legemiddelhåndtering i sykehjem er i tråd med regelverk og beste praksis.

Prosjektet har følgende problemstilling:

1. Har Gol kommune rutiner og praksis som sikrer forsvarlig, individuell oppfølging av legemiddelbruk for beboere på sykehjem?

Problemstillingen belyser om kommunen har etablerte rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlig legemiddelhåndtering. Det omfatter blant annet om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang gjennomføres i tråd med pasientens behov og faglige føringer. Kommunen skal også kvalitetssikre utdeling av legemidler gjennom dobbeltkontroll og observasjon, og sørge for at helsepersonell rapporterer relevante

---

<sup>1</sup> SSB tabell 12003

<sup>2</sup> Gol kommune (2025) Brukere på langtidspasienter

<sup>3</sup> Helsetilsynet/Statsforvalteren (2022) Vestre Toten kommune - Gimle sykehjem

<sup>4</sup> Helsetilsynet (2021) Gode rutiner for legemiddelhåndtering

<sup>5</sup> Senter for omsorgsforskning (2016) Legemiddelbruk og pasientsikkerhet, s. 65.

<sup>6</sup> Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring. Bu trygt heime. s. 25.

<sup>7</sup> [https://www.legemiddelhandboka.no/G24/Legemiddelgjennomgang\\_\(LMG\)](https://www.legemiddelhandboka.no/G24/Legemiddelgjennomgang_(LMG))

<sup>8</sup> KS (2023) Digital legemiddelhåndtering i kommunal sektor, s. 3.

observasjoner. Det undersøkes i den forbindelse om kommunen har et godt system for registrering av bivirkninger, legemiddelinteraksjoner og legemiddelets effekt.

Alle helsefaglige vurderinger og tiltak, blant annet legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang, skal dokumenteres og journalføres. Kommunen skal også gjennomføre risikovurderinger på systemnivå og registrere avvik knyttet til legemiddelhåndtering i avvikssystemet, samt iverksette tiltak for å lukke avvikene.

Undersøkelsen avgrenses til å omfatte beboere med fast plass på sykehjem.

Revisjonen har et systemfokus og belyser i hovedsak om kommunens internkontroll ved sykehjemmet sikrer en forsvarlig legemiddelbehandling. Det er imidlertid legene som har ansvaret for å fatte beslutninger om den enkelte pasients legemiddelbehandling, jf. helsepersonelloven § 11. Det medisinskfaglige skjønnet som utøves i behandlingen av enkeltpasienter, vurderes ikke i forvaltningsrevisjonen.

## 2. Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av Viken kommunerevisjon IKS i samsvar med kommuneloven og god kommunal revisjonsskikk, jf. RSK 001 Standard forvaltningsrevisjon. Samtlige revisorer som har deltatt i prosjektet er løpende vurdert å være uavhengige, habile og objektive.

### 2.1. Datainnsamling

Informasjonen i denne rapporten er innhentet gjennom følgende metoder: dokumentanalyse, saksgjennomgang av pasientjournaler, intervjuer og spørreundersøkelser.

#### 2.1.1. Dokumentanalyse

Revisjonen har innhentet og gjennomgått dokumentasjon fra kommunen knyttet til legemiddelhåndteringen ved Gol helsetun. Dokumentgjennomgangen omfatter blant annet overordnede planer, skriftlige rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndtering i kvalitetssystemet Compilo, risikovurderinger, avviksrapporter, tilsynsrapporter fra farmasøytisk internrevisjon og arbeidsmiljøkartlegging. Dokumentene er brukt til å kartlegge og vurdere kommunens internkontrollsystem.

#### 2.1.2. Saksgjennomgang

Revisjonen har gjennomgått pasientjournaler for 20 langtidspasienter i det elektroniske pasientjournalssystemet Gerica. Gjennomgangen omfatter dokumentasjon av legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomganger, legemiddellister, ADL-registreringer, multidoseopplysninger og journalnotater. Revisjonen har også kontrollert 65 registrerte legemiddelgjennomganger fordelt på 19 av pasientene. Informasjonen er systematisert og analysert for å belyse etterlevelsen av kommunens rutiner og nasjonale krav til legemiddelhåndtering.

I forbindelse med saksgjennomgangen behandler revisjonen sensitive personopplysninger. Disse opplysningene behandles i tråd med revisjonens rutiner, inkludert lagring på lukket område med begrenset tilgang.

#### 2.1.3. Spørreundersøkelser

Revisjonen har gjennomført to spørreundersøkelser ved hjelp av verktøyet Questback:

Tabell 1 Oversikt over svarprosent

Undersøkelse	Sendt til	Svar	Svarprosent
Ansatte	43 personer	24	56 %
Pårørende	21 personer	16	76 %

Ansattundersøkelsen ble sendt til alle ansatte ved sykehjemmet. En frafallsanalyse viser at svarprosenten er særlig lav blant vikarer (13 prosent) og nattansatte (11 prosent), mens ledere og leger har 100 prosent svarprosent. Pårørendeundersøkelsen ble sendt til én pårørende per langtidspasient. Svarprosenten er noe høyere blant pårørende til pasienter med kort botid, multidose og demensdiagnose. Det er gjennomført frafallsanalyser for begge undersøkelsene.

Tabellen nedenfor viser svarfordelingen for ansatte fordelt på stillingskategori:

Tabell 2 Svarprosent fordelt på kategori

Kategori gruppe	Populasjon	Svart	Ikke svart	Svarprosent
Ledere	2	2	0	100
Leger	2	2	0	100
Institusjon (dag)	22	18	4	82
Vikarer	8	1	7	13
Natt	9	1	8	11
<b>Totalt</b>	<b>43</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>56%</b>

### 2.1.4. Kvalitetssikring og høring

Et utkast til rapport er oversendt virksomhetsleder for faktahøring. Alle tilbakemeldinger på fakta er vurdert og hensyntatt i rapporten. Deretter er et utkast til rapport oversendt kommunedirektøren til uttalelse i tråd med kravene til kontradiksjon. Kommunedirektørens uttalelse er vedlagt rapporten.

Intervjureferater er verifisert av de som er intervjuet. Revisjonen har også gjennomført intern kvalitetssikring i samsvar med revisjonens kvalitetssystem og RSK 001.

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 intervjuene. All tekst utarbeidet av kunstig intelligens er kvalitetssikret av revisjonen.

### 2.1.5. Metodiske begrensninger

Data innhentet gjennom intervjuer og spørreundersøkelser er kvalitative og subjektive av natur. Respondentenes svar kan være påvirket av egne forutinntatte meninger, og det er en risiko for at respondentene gir for positive svar fordi de ønsker å gi et positivt inntrykk av sitt arbeid eller sin arbeidsplass. For å motvirke dette har revisjonen søkt å ha en balansert fremtoning og i størst mulig grad stille åpne spørsmål.

Spørreundersøkelsen til ansatte har en svarprosent på 56 prosent, med særlig lavt frafall blant vikarer og nattansatte. Dette innebærer at resultatene i større grad gjenspeiler oppfatningene til faste dagansatte. Påførendeundersøkelsen har en svarprosent på 76 prosent, som vurderes som tilfredsstillende. Frafallsanalysene viser enkelte skjevheter som er omtalt i rapportens datakapittel.

Saksgjennomgangen er basert på dokumentasjon i det elektroniske pasientjournalssystemet Gerica. Revisjonen kan ikke utelukke at aktiviteter er gjennomført uten at dette er dokumentert i journalen. Mangelfull dokumentasjon svekker imidlertid muligheten for etterprøvbarehet.

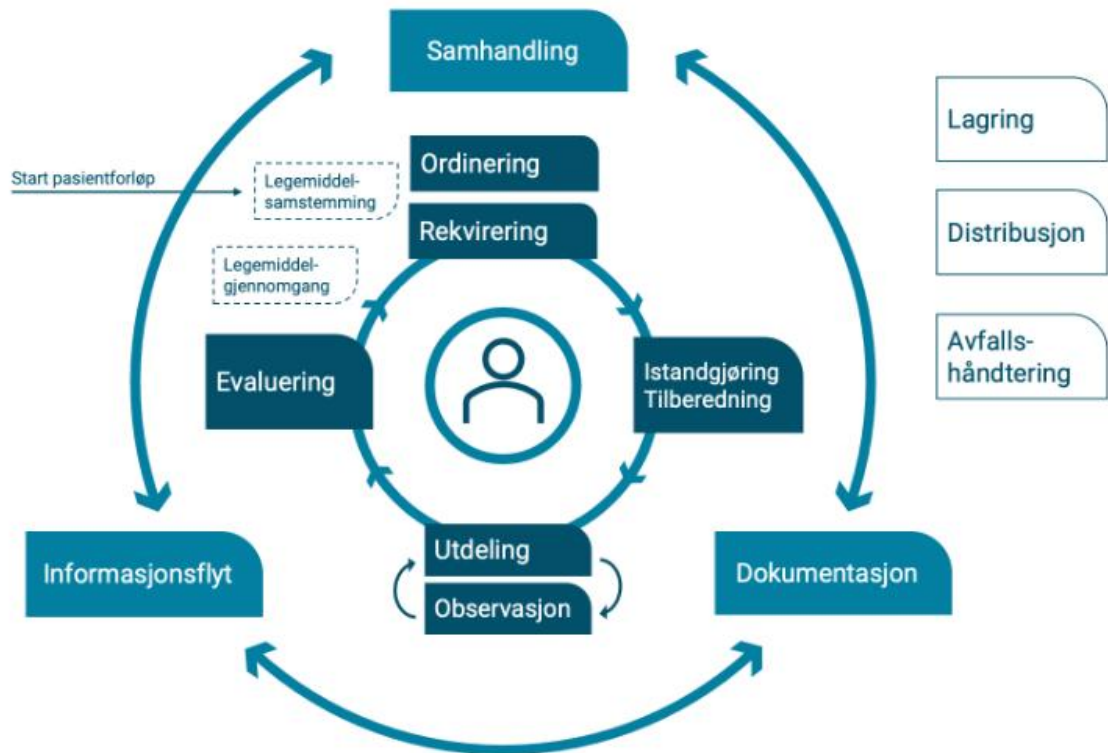
Pålitelige data er sikret ved nøyaktighet under innsamling og analyse. Kravet til gyldighet innebærer at dataene skal være relevante for å besvare problemstillingen. Revisjonen vurderer at dataene samlet sett er pålitelige og gyldige, og at de gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

## 3. Revisjonskriterier

### 3.1. Prosess for legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering er en delprosess i pasientens helhetlige behandling. Legemiddelhåndteringsforskriften definerer dette som «enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert». Dette omfatter blant annet ordinering og oppfølging av selve legemiddelbehandlingen. Prosessen krever kontinuerlig oppfølging av pasientens behandling og er sirkulær, og inkluderer sentrale metoder som legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Tilstrekkelig informasjonsflyt, dokumentasjon og samhandling er nødvendig i alle trinn og ved overganger i og mellom tjenester. Digitale løsninger, som elektronisk pasientjournal (EPJ), e-resept og medisindispenser, skal støtte oppgavene og samhandlingen i prosessen.<sup>9</sup> Se figur for illustrasjon

Figur 1 Illustrasjon av legemiddelhåndteringsprosessen



Nedenfor presenterer revisjonen de kravene og forventningene som legges til grunn for vurderingen av utvalgte prosesser i legemiddelhåndteringen, i tillegg til krav og forventninger til kompetanse, risikovurderinger og avvikshåndtering. Revisjonen omhandler ikke alle sentrale prosesser, og vil ikke vurdere det medisinskfaglige skjønnnet knyttet til legenes ordinering og rekvirering av legemidler.

<sup>9</sup> Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015. Siste faglige endring: 18. september 2025

## 3.2. Rutiner for legemiddelhåndtering

Ifølge kommuneloven innebærer internkontroll blant annet at kommunen utarbeider nødvendige rutiner og prosedyrer.<sup>10</sup>

Det er også et krav etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5 at styringssystemet dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut i fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Ifølge Helsedirektoratet innebærer dette at virksomheten utarbeider mer detaljerte og skrevne prosedyrer for oppgaver med særlig høy risiko, slik som legemiddelhåndtering. Virksomhetsleder skal påse at dokumentasjonen oppleves som nødvendig og meningsfull, holdes kontinuerlig oppdatert, og er lett tilgjengelig for de ansatte for å sikre en forsvarlig og enhetlig praksis.<sup>11</sup>

Det er også et krav i legemiddelhåndteringsforskriften for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp at kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet, prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.<sup>12</sup>

## 3.3. Kompetanse

Virksomheter som yter helsetjenester skal sørge for at ansatte får nødvendig opplæring, etterutdanning og videreutdanning, slik at hver enkelt kan utføre sitt arbeid forsvarlig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 8-1 og 8-2. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 bokstav b presiserer også at virksomheter skal sørge for at medarbeidere har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet.

Legemiddelhåndteringsforskriften § 4 presiserer dette ansvaret ytterligere. Virksomhetsleder skal utarbeide skriftlige bestemmelser som definerer hvilken kompetanse som kreves for ulike oppgaver innen legemiddelhåndtering, og gjøre disse kjent i virksomheten. Videre skal lederen sørge for at personellens kompetanse vurderes individuelt før de tildeles oppgaver, basert på oppgavens art, formelle kvalifikasjoner, reell kompetanse og egnethet.

Ifølge Helsedirektoratet forutsetter dette blant annet at virksomheten systematisk kartlegger sitt kompetansebehov, rekrutterer personell i henhold til dette, gir nødvendig teoretisk og praktisk opplæring tilpasset pasientgruppen og legemidlene som håndteres, og vurderer kompetansen jevnlig.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Kommuneloven § 25-1

<sup>11</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5

<sup>12</sup> Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 4

<sup>13</sup> Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 4; Helsedirektoratet (2025) Legemiddelhåndtering. Rundskriv, s. 14

### 3.4. Risikovurderinger og avvikshåndtering

#### *Risikovurdering*

Kommunen skal ha oversikt over områder med risiko for svikt eller mangel på regeletterlevelse, eller hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenestene og pasient- og brukersikkerheten. Dette innebærer at kommunen må ha rutiner for systematisk å identifisere, vurdere og håndtere risiko i tjenestene. Virksomheten skal også planlegge for hvordan risiko kan minimeres og skal særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.<sup>14</sup>

Risikovurderinger er videre et sentralt element i virksomhetslederens plikt til å ha internkontroll for å sikre forsvarlig legemiddelhåndtering. Virksomhetsleder skal derfor sørge for at det er etablert og oppdatert skriftlige prosedyrer for risikovurdering av legemiddelhåndteringen.<sup>15</sup>

Ifølge Helsedirektoratet skal risikovurderingen gjennomføres systematisk og regelmessig, og ved vesentlige endringer i oppgaver, ansvar, rutiner, fysiske forhold, utstyr, pasientgrupper eller legemidler. Vurderingen bør ta utgangspunkt i virksomhetens egenart og lokale forhold, og inkludere faktorer som pasientgruppe, legemiddeltypen, administrasjonsformer, kompetanse, teknologi og samhandling. Meldte avvik og uønskede hendelser bør inngå som en del av vurderingsgrunnlaget. Gjennomførte risikovurderinger skal dokumenteres i internkontrollsystemet.<sup>16</sup>

Helsedirektoratet poengterer også at virksomhetsleder skal iverksette konkrete risikoreducerende tiltak, der risikovurderingen avdekker høy risiko for alvorlig pasientskade. Helsedirektoratet anbefaler at virksomheten innfører dobbeltkontroll ved trinn i legemiddelhåndteringsprosessen med høy feilrisiko, og at prosedyrene for dette er skriftlige og beskriver roller, kontrollpunkter og kompetansekrav. Dobbeltkontroll skal gjennomføres uavhengig og selvstendig av kvalifisert personell, og virksomheten bør begrense tiltaket til legemidler og situasjoner der konsekvensene av feil er alvorlige. Risikoreducerende tiltak skal være forankret i virksomhetens styringssystem og evalueres jevnlig.<sup>17</sup>

Legemiddelhåndteringsforskriften § 8 fastsetter også virksomhetsleders plikt til å gjennomføre sårbarhets- og risikovurderinger som grunnlaget for å sikre faglig forsvarlig tilberedning. Helsedirektoratet utdyper i veileder at virksomhetsleder bør sørge for at risikovurderingen tar utgangspunkt i alle sider ved tilberedningen, inkludert lokaler, kompetanse (særlig i legemiddelregning og aseptisk teknikk), og type tilberedning. Helsedirektoratet anbefaler også at personer med farmasøytisk og mikrobiologisk kompetanse involveres i risikovurderingen. Virksomhetsleder skal iverksette konkrete risikoreducerende tiltak der risikovurderingen avdekker høy risiko. Dette kan for eksempel være å bestille tilvirkede legemidler fra apotek, eller innføre dobbeltkontroll i henhold til utarbeidet rutine. Virksomhetsleder skal sørge for at gjennomført risikovurdering dokumenteres.<sup>18</sup>

Figuren nedenfor illustrerer at mens risikovurderinger omhandler potensielle hendelser, som ligger fram i tid, er avvikshåndtering basert på faktiske hendelser tilbake i tid. Både risikovurderinger og avvikshåndtering bør imidlertid resultere i tiltak som forbedrer kvaliteten på tjenestene.

<sup>14</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6d og 6 e

<sup>15</sup> Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 4 a.

<sup>16</sup> Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015

<sup>17</sup> Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015

<sup>18</sup> Legemiddelhåndteringsforskriften § 8

Figur 2 Illustrasjon av forskjellen mellom risikovurderinger og avvikshåndtering i legemiddelhåndteringen



### Avvikshåndtering

Kommunen skal sørge for å ha oversikt over avvik, inkludert uønskede hendelser, og annen informasjon som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, og om tjenestene er faglig forsvarlige. Videre skal kommunen jevnlig gjennomgå avvik og uønskede hendelser for å avdekke årsaker, fremme læring og forebygge at tilsvarende skjer igjen.<sup>19</sup>

Helsedirektoratet anbefaler at kommunen fremmer en kultur der medarbeidere melder fra om uønskede hendelser, og at terskelen for å melde er lav. Gode avviks- og meldesystemer kjennetegnes av at hensikten er læring og forbedring, ikke bare å lukke det enkelte avvik, men å sikre at det samme ikke skjer igjen andre steder i virksomheten. En slik kultur er en viktig forutsetning for å oppnå forbedring.<sup>20</sup>

Ifølge Helsedirektoratet skal virksomhetens øverste leder ha oversikt over avvik (inkludert uønskede hendelser), samt klager, brukererfaringer, statistikk og annen informasjon som belyser om tjenestene er faglig forsvarlige. Lederen skal sikre at tilbakemeldinger og evalueringer fra både ansatte og pasienter/brukere aktivt benyttes i planlegging og forbedringsarbeid.<sup>21</sup>

Kommunen skal rette opp alle uforsvarlige og lovstridige forhold som avdekkes. Kommunen skal sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres. Ved behov skal kommunen forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser.<sup>22</sup>

<sup>19</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6g og 8e; Legemiddelhåndteringsforskriften § 4

<sup>20</sup> Helsedirektoratet (2018) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift.

<sup>21</sup> Helsedirektoratet (2018) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift.

<sup>22</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 9a, 9b og 9c

### 3.5. Istandgjøring og tilberedning

Istandgjøring innebærer tilberedning eller annen klargjøring av legemiddel for utdeling til pasient. Tilberedning er enkel tilvirkning av legemiddel som på grunn av kort holdbarhet, må gjøres bruksferdig umiddelbart før bruk. Helsedirektoratet utdyper i sitt rundskriv at istandgjøring omfatter både slik tilberedning og annen klargjøring, som å velge riktig legemiddel, vurdere holdbarhet, merke og dokumentere.<sup>23</sup>

Det er et grunnleggende krav at helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Helsedirektoratet presiserer at helsepersonell skal gjøre istand legemiddelet med utgangspunkt i ordinerings. Dersom helsepersonell oppdager uklarheter eller mistanke om feil i ordinerings, skal de avklare dette med ansvarlig rekvirent før de gjør i stand legemiddelet.<sup>24</sup>

Helsedirektoratet beskriver at klargjøring av legemidler innebærer flere viktige kontrollpunkter. Helsepersonell skal velge riktig legemiddel, styrke og legemiddelform ut fra ordinerings, og skal vurdere legemidlets holdbarhet og korrekte oppbevaring. Helsedirektoratet påpeker at legemiddelutregning er en oppgave med stor risiko. Helsepersonell bør bruke støtteverktøy for å kontrollere egen utregning, men Helsedirektoratet understreker at dette ikke erstatter behovet for en faglig dobbeltkontroll ved særskilt risikofylte oppgaver. Alt helsepersonell skal dokumentere istandgjøring og eventuell kontroll i virksomhetens internkontrollsystem.<sup>25</sup>

For tilberedning stiller legemiddelhåndteringsforskriften § 8 særskilte krav. Helsepersonell skal tilberede legemidler på en faglig forsvarlig måte. Hovedregelen er at dette skal skje i egne lokaler som er utformet for å unngå sammenblanding og forurensning. Forskriften åpner for at tilberedning unntaksvis kan foretas andre steder når helsepersonell anser det som faglig forsvarlig.<sup>26</sup>

En stor andel av avviksmeldingene i kommunal helse og omsorg omhandler legemiddelhåndtering. Det er blant annet utfordringer knyttet forstyrrelser under istandgjøring og tilberedning av legemidler og praktiske hindringer for å utføre dobbeltkontroll.<sup>27</sup>

Legemiddelhåndteringsforskriften § 8 fastsetter også virksomhetsleders plikt til å gjennomføre sårbarhets- og risikovurderinger som grunnlaget for å sikre faglig forsvarlig tilberedning. Helsedirektoratet utdyper i veileder at virksomhetsleder bør sørge for at risikovurderingen tar utgangspunkt i alle sider ved tilberedning, inkludert lokaler, kompetanse (særlig i legemiddelregning og aseptisk teknikk), og type tilberedning. Helsedirektoratet anbefaler også at personer med farmasøytisk og mikrobiologisk kompetanse involveres i risikovurderingen. Virksomhetsleder skal iverksette konkrete risikoreduserende tiltak der risikovurderingen avdekker høy risiko. Dette kan for eksempel være å bestille tilvirkede legemidler fra apotek, eller innføre dobbeltkontroll i henhold til utarbeidet rutine. Virksomhetsleder skal sørge for at gjennomført risikovurdering dokumenteres.<sup>28</sup>

Virksomheten skal, i henhold til legemiddelhåndteringsforskriften § 8, sørge for at hygieneinstrukser, arbeidsmetodikk og dokumentasjon er tilpasset tilberedning og inngår i internkontrollsystemet. Helsedirektoratet anbefaler at internkontrollsystemet bør inkludere prosedyrer for blant annet krav til kompetanse og opplæring, hygiene, aseptisk arbeidsteknikk, bruk av blandekort, kontroll av utstyr, merking og dokumentasjon av dobbeltkontroller.<sup>29</sup>

<sup>23</sup> Legemiddelhåndteringsforskriften § 3

<sup>24</sup> Forskrift om legemiddelhåndtering § 7; Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndtering. Rundskriv IS-7/2015, s. 23.

<sup>25</sup> Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndtering. Rundskriv IS-7/2015

<sup>26</sup> Legemiddelhåndteringsforskriften § 8

<sup>27</sup> KS (2023) Digital legemiddelhåndtering i kommunal sektor, s. 3.

<sup>28</sup> Legemiddelhåndteringsforskriften § 8

<sup>29</sup> Legemiddelhåndteringsforskriften § 8; Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndtering. Rundskriv IS-7/2015

### 3.6. Legemiddelsamstemming

Legemiddelsamstemming er en strukturert metode der helsepersonell, i samarbeid med pasienten, sikrer en fullstendig liste over legemidlene pasienten faktisk bruker. Formålet er å kvalitetssikre informasjonen om pasientens legemiddelbruk gjennom hele pasientforløpet, slik at legemiddellisten til enhver tid inneholder riktig og oppdatert informasjon. Listen over legemidler pasienten faktisk bruker, kalles «legemidler i bruk» (LIB). Legemiddelsamstemming innebærer ikke en medisinsk vurdering av hvilke legemidler pasienten bør bruke. Dette gjøres først etter at samstemmingen er fullført.<sup>30</sup>

Kommunen skal sørge for at en oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk, utarbeidet i forståelse med pasienten, alltid følger pasienten ved skifte av omsorgsnivå. En oppdatert legemiddelliste er nødvendig for å sikre forsvarlig legemiddelbehandling og -håndtering gjennom hele pasientforløpet. Listen bør inkluderes i de fleste henvisninger og epikriser.<sup>31</sup>

For å sikre en oppdatert liste ved overganger og legge grunnlag for forsvarlig behandling, anbefaler Helsedirektoratet at kommunen bør sørge for at helsepersonell gjennomfører legemiddelsamstemming når en lege eller institusjon (sykehjem) overtar behandlingsansvaret for en pasient. Det bør også gjennomføres ved oppstart av vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering, før legemiddelgjennomgang, og ved mistanke om manglende etterlevelse eller andre utfordringer med legemiddelbehandlingen.<sup>32</sup>

Helsepersonell som gjennomfører legemiddelsamstemming, bør innhente informasjon fra de beste tilgjengelige skriftlige kildene, slik som kjernejournal, reseptformidleren, pasientens legemiddelliste, epikriser eller pasientens egen liste. Det er viktig å være klar over at ulike kilder kan ha varierende pålitelighet og oppdateringsgrad.<sup>33</sup>

Helsepersonell bør gjennomføre en samtale med pasienten, og eventuelt pårørende, for å bekrefte, korrigere og supplere informasjonen fra skriftlige kilder. Samtalen bør aktivt etterspørre informasjon om alle typer legemidler (også reseptfrie, naturmidler, legemidler som ikke tas daglig, og legemidler i andre former enn tablett), kjente alvorlige legemiddelreaksjoner (Cave), og pasientens faktiske bruk og etterlevelse.<sup>34</sup>

Kommunen skal sørge for at helsepersonell dokumenterer gjennomført legemiddelsamstemming i pasientjournalen. Dokumentasjonen bør omfatte hvilke kilder som er brukt. Listen over legemidler i bruk (LIB) skal oppdateres og inneholde nødvendig informasjon for sikker håndtering, inkludert virkestoff, legemiddelform, styrke, dosering og bruksområde/indikasjon for hvert legemiddel. Kjente alvorlige legemiddelreaksjoner (Cave) skal også dokumenteres.<sup>35</sup>

<sup>30</sup> Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Nasjonale faglige råd, s. 13, 28; Helsedirektoratet m.fl. (2024) Sjekkliste ved legemiddelgjennomgang

<sup>31</sup> Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 5; Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndtering. Rundskriv IS-7/2015, s. 19

<sup>32</sup> Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Nasjonale faglige råd, s. 9; Direktoratet for medisinske produkter m.fl. (2024) Sjekkliste ved legemiddelgjennomgang

<sup>33</sup> Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Nasjonale faglige råd, s. 13-14; Direktoratet for medisinske produkter m.fl. (2024) Sjekkliste ved legemiddelgjennomgang

<sup>34</sup> Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Nasjonale faglige råd, s. 8, 14.

<sup>35</sup> Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Nasjonale faglige råd, s. 14-15; Forskrift om pasientjournal § 6

Legen eller annet helsepersonell med ansvar for legemiddelsamstemming bør oppdatere reseptformidleren ved å tilbakekalle resepter på legemidler pasienten ikke lenger skal bruke, slik at reseptformidleren er i samsvar med listen over legemidler i bruk.<sup>36</sup>

Ifølge Helsedirektoratet bør pasient og/eller pårørende delta aktivt ved gjennomføring av legemiddelsamstemming hvis det er mulig.<sup>37</sup>

### 3.7. Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang innebærer en systematisk vurdering av alle pasientens legemidler for å sikre best mulig effekt og redusere risiko ved legemiddelbruk.<sup>38</sup> Se illustrasjon som viser forskjellen mellom legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang:

Figur 3 Forskjellen mellom legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.



Kommunen skal sikre at det gjennomføres legemiddelgjennomgang ved innkomst og minimum én gang årlig for pasienter med langtidsopphold på sykehjem. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. Helsedirektoratet anbefaler at første legemiddelgjennomgang bør skje innen fire uker etter innkomst. Legemiddelgjennomgangen skal dokumenteres i pasientens journal med beskrivelse av behov, deltakere, tiltak og oppfølgingsplan.<sup>39</sup>

Legemiddelgjennomgang skal utføres av lege, alene eller i samarbeid med annet kvalifisert helsepersonell som farmasøyt eller sykepleier. Før legemiddelgjennomgang utføres, bør pasientens legemiddelliste være samstemt. Legemiddelgjennomgang innebærer en systematisk vurdering av alle pasientens legemidler for å sikre best mulig effekt og redusere risiko.<sup>40</sup>

<sup>36</sup> Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Nasjonale faglige råd, s. 13, 15-16; Reseptformidlerforskriften § 2-1

<sup>37</sup> Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Nasjonale faglige råd

<sup>38</sup> Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 5a; Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Nasjonale faglige råd; Helsedirektoratet m.fl. (2024) Sjekkliste ved legemiddelgjennomgang

<sup>39</sup> Forskrift om legemiddelhåndtering § 5a; Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

<sup>40</sup> Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 5a; Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Nasjonale faglige råd; Helsedirektoratet m.fl. (2024) Sjekkliste ved legemiddelgjennomgang

Helsedirektoratet anbefaler også at det legges til rette for at pasient /pårørende kan delta i selve legemiddelgjennomgangen eller i samtaler i forkant.<sup>41</sup>

Kommunen skal sørge for at pasient eller pårørende får oppdatert informasjon om pasientens legemiddelbruk, inkludert bruksområde, dosering og mulige bivirkninger. Helsepersonell skal kontakte lege ved observasjon av manglende effekt, bivirkninger eller endringer i helsetilstand som tilsier behov for endringer i legemiddelbehandlingen.<sup>42</sup>

### 3.8. Utdeling, observasjon og oppfølging av effekt

Legemiddelhåndteringsforskriften § 7 slår fast at helsepersonell skal sørge for å gi riktig legemiddel til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.<sup>43</sup>

Utdelingen av legemidler omfatter administrering av legemiddelet, overvåking av inntaket og observasjon av eventuelle umiddelbare reaksjoner på det tilførte legemiddelet.<sup>44</sup>

For å kvalitetssikre utdelingen, bør helsepersonell som et minimum identifisere pasienten, kontrollere at legemiddelet som skal utdeles samsvarer med ordineringsen, overvåke selve inntaket av legemidlene der dette er besluttet og observere effekt / manglende effekt og bivirkninger og rapportere dette til behandlingsansvarlig lege eller annet relevant helsepersonell.<sup>45</sup>

Helsedirektoratet presiserer at observasjon av pasienten er en nødvendig del av utdelingen. Helsepersonell skal observere pasienten og vurdere relevante forhold, for eksempel blodsukker ved utdeling av legemidler ved diabetes, for å avklare om det er noe som tilsier at legemiddelet ikke bør utdeles. Helsepersonellet skal i slike tilfeller vite når de skal kontakte annet helsepersonell for videre håndtering. Videre skal helsepersonellet observere endringer hos pasienten for å avdekke eventuell effekt, manglende effekt eller bivirkninger.<sup>46</sup>

#### **Journalføring og registrering av bivirkninger, interaksjoner og effekt**

Forskrift om pasientjournal § 6 angir at relevante og nødvendige kliniske opplysninger inkluderer informasjon om behandling med legemidler, samt virkning og bivirkning av slik behandling. Helsepersonell skal derfor dokumentere i journalen at et legemiddel er gitt, samt eventuelle observasjoner av effekt eller bivirkninger. Dersom legemiddelet ikke ble gitt, skal helsepersonellet også dokumentere dette og årsaken.

Bivirkningsregisterforskriften fastsetter at helsepersonell skal sende bivirkningsmelding ved mistanke om en sammenheng mellom en reaksjon og et legemiddel.<sup>47</sup>

---

<sup>41</sup> Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

<sup>42</sup> Helsedirektoratet (2019) Multidose

<sup>43</sup> Legemiddelhåndteringsforskriften § 7

<sup>44</sup> Legemiddelhåndteringsforskriften §3; Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndtering. Revidert rundskriv. Siste faglige endring: 18. september 2025

<sup>45</sup> Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndtering. Revidert rundskriv. Siste faglige endring: 18. september 2025, s. 27.

<sup>46</sup> Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndtering. Revidert rundskriv. Siste faglige endring: 18. september 2025

<sup>47</sup> Bivirkningsregisterforskriften

### 3.9. Utledelede revisjonskriterier

Problemstilling	Revisjonskriterier
<p>Har Gol kommune rutiner og praksis som sikrer forsvarlig, individuell oppfølging av legemiddelbruk for beboere på sykehjem?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rutiner:</b> Kommunen skal utarbeide hensiktsmessige skriftlige rutiner for legemiddelhåndteringsprosessen</li> <li>• <b>Kompetanse:</b> Kommunen skal sikre at helsepersonell som håndterer legemidler har nødvendig kompetanse, inkludert teoretisk og praktisk opplæring i legemiddelhåndteringsprosessen.</li> <li>• <b>Risikovurdering og avvikhåndtering:</b> Kommunen skal gjennomføre systematiske risikovurderinger knyttet til legemiddelhåndtering og ha et fungerende system for registrering og oppfølging av avvik. Kommunen skal iverksette hensiktsmessige tiltak for å redusere vesentlig risiko og forebygge gjentakelse.</li> <li>• <b>Istandgjøring og tilberedning:</b> Kommunen skal sørge for at istandgjøring og tilberedning kan gjennomføres i egnede lokaler uten forstyrrelser</li> <li>• <b>Dobbeltkontroll:</b> Kommunen skal innføre dobbeltkontroll ved trinn i legemiddelhåndteringsprosessen med høy feilrisiko</li> <li>• <b>Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang:</b> Kommunen skal sikre at det gjennomføres legemiddelgjennomgang og -samstemming ved innkomst, samt systematiske legemiddelgjennomganger minimum årlig. Gjennomgangene skal journalføres.</li> <li>• <b>Utdeling, observasjon og oppfølging av effekt (bivirkninger):</b> Kommunen skal sikre at helsepersonell ved utdeling av legemidler vurderer pasientens tilstand, observerer inntak og eventuelle reaksjoner, og systematisk dokumenterer legemidlenes effekt, bivirkninger og interaksjoner. Observasjoner skal dokumenteres i journal og rapporteres til behandlingsansvarlig lege.</li> </ul>

## 4. Internkontroll ved legemiddelhåndtering

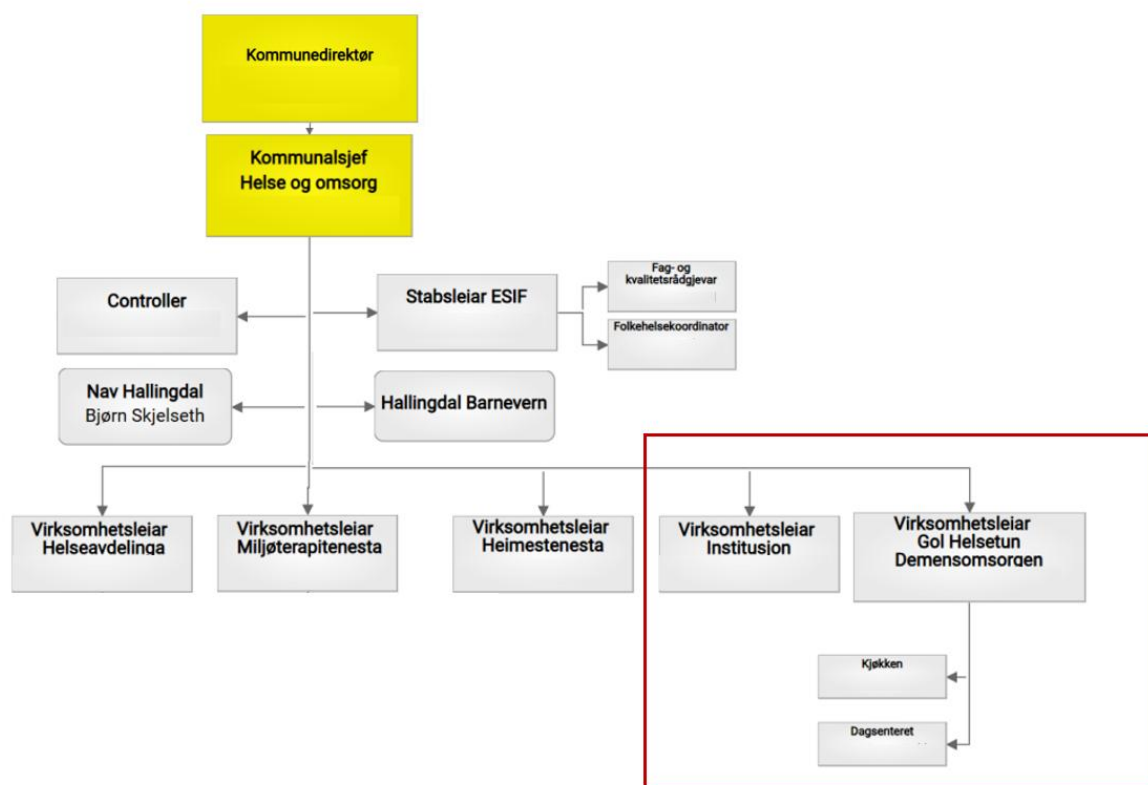
### 4.1. Om sykehjemmet

Gol helsetun disponerer 32 sykehjems plasser, fordelt på én korttidsavdeling og tre langtidsavdelinger. En av langtidsavdelingene er én skjermet enhet for pasienter med demens. Virksomheten omfatter dagsenter, nattjeneste og eget kjøkken. I henhold til kommunedelplanen 2017–2026 skal institusjonen sikre pasienter med omfattende pleiebehov og alvorlig demens nødvendige langtids plasser, samt tilby plasser for målrettet avlastning og korttidsopphold. Tildelingsteamet i kommunen vurderer søkers behov og fatter vedtak om plass ved sykehjemmet.<sup>48</sup>

Gol helsetun ledes av to virksomhetsledere som samarbeider og fordeler oppgavene mellom seg. En virksomhetsleder, er utdannet sykepleier og leder det faglige arbeidet. Den andre virksomhetslederen har bakgrunn fra økonomi og markedsføring, og styrer økonomi og regnskap.

Nedenfor viser revisjonen forenklet versjon av kommunens organisasjonskart for Helse og omsorg.

Figur 4 Forenklet organisasjonskart, kun som viser organiseringen av Helse og omsorg, med fokus på helsetunet<sup>49</sup>



<sup>48</sup> Gol kommune (2025) Økonomiplan for 2025 — 2028 og årsbudsjett 2025

<sup>49</sup> <https://www.gol.kommune.no/siteassets/kommunevæpen-og-organisasjonskart/organisasjonskart-060126.pdf>

## 4.2. Rutiner

Gol kommune har samlet sine rutiner og retningslinjer for legemiddelhåndtering i kvalitetssystemet Compilo. Nedenfor presenteres utvalgte rutiner som er relevante for de områdene revisjonen har undersøkt.

Retningslinjene for legemiddelhåndtering fastsetter ansvarsforhold, kompetansekrav og prosedyrer for hele legemiddelhåndteringsprosessen. Enhetsleder har det overordnede ansvaret for forsvarlig håndtering. Sykepleiere og vernepleiere gjør i stand medisiner og oppdaterer medisinlister, mens helsefagarbeidere og assistenter kan dele ut ferdig istandgjorte legemidler etter fullført opplæring. Kommunen krever som hovedregel at to personer kontrollerer all istandgjøring. For A- og B-preparater føres et regnskap som to personer skal kontrollere hver måned.<sup>50</sup>

Kommunen har fastsatte rutiner som stiller krav om legemiddelsamstemming når sykehjemmet overtar behandlingsansvaret, ved oppstart av vedtak om bistand, før legemiddelgjennomgang og ved mistanke om utfordringer med legemiddelbruken. Rutinen krever at sykepleier innhenter informasjon fra skriftlige kilder og verifiserer denne gjennom samtale med pasient eller pårørende, inkludert kartlegging av reseptfrie legemidler og kosttilskudd. Dokumentasjon skal registreres i Geric, og en annen sykepleier eller vernepleier skal utføre uavhengig kontroll.<sup>51</sup>

Kommunen stiller krav om legemiddelgjennomgang ved innkomst og minimum én gang årlig for langtidspasienter. Tilsynslegen har ansvaret for gjennomføringen, enten alene eller i samarbeid med annet helsepersonell.<sup>52</sup> Rutinen for årskontroll fastsetter at sykepleier starter kartleggingen 14 dager i forveien, og at legen gjennomfører samtaler med pasient og pårørende. Det foreligger et kartleggings skjema for å forberede tverrfaglige legemiddelgjennomganger.<sup>53</sup>

For utdeling fastsetter rutinene at helsepersonell skal kontrollere legemidlene mot oppdatert legemiddelkort i Geric umiddelbart før utdeling, dokumentere utdelingen fortløpende, overvåke selve inntaket, og observere virkning og eventuelle bivirkninger. Ved behovsmedisin skal personalet dokumentere årsak til utlevering, tidspunkt og effekt i etterkant.<sup>54</sup>

For dobbeltkontroll er det fastsatt at to kvalifiserte ansatte uavhengig av hverandre skal verifisere at legemidlene er klargjort i samsvar med legens ordinasjon. Alle ledd av istandgjøring og kontroll skal dokumenteres med signatur fra begge ansatte. For dosetter og endringer i multidose innebærer dette at én sykepleier eller vernepleier klargjør medisinen, mens en annen kontrollerer innholdet mot legemiddelkortet og kvitterer for godkjent kontroll.<sup>55</sup>

Kommunens rutiner for legemiddelhåndtering fastsetter også at virksomheten skal vurdere risikoen i egen legemiddelhåndtering minst én gang årlig<sup>56</sup>.

Gol kommune har en løpende avtale om farmasøytisk tilsyn, med en ramme på 77 timer årlig. Tilsynsfarmasøyten gjennomfører kvalitetsrevisjoner, kontrollerer forbruk av vanedannende legemidler og veileder helsepersonell. Farmasøytisk internrevisjon avdekket i 2024 tre avvik, inkludert manglende årlig risikovurdering, manglende kontrollrutiner for B-preparater mot apotekets månedsrapporter, og at en

<sup>50</sup> Gol kommune (2025) Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Gol kommune - Compilo

<sup>51</sup> Gol kommune. Legemiddelsamstemming (Compilo)

<sup>52</sup> Gol kommune (2025) Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Gol kommune - Compilo

<sup>53</sup> Gol kommune. Årskontroll (Compilo)

<sup>54</sup> Gol kommune (2025) Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Gol kommune - Compilo

<sup>55</sup> Gol kommune (2025) Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Gol kommune - Compilo

<sup>56</sup> Gol kommune (2025) Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Gol kommune - Compilo

avdelingsleder uten relevant autorisasjon hadde tilgang til medisinerrommet. Kommunen har iverksatt tiltak for å lukke samtlige avvik.<sup>57</sup>

### 4.3. Kompetanse

#### *Delegasjon og opplæring*

Virksomhetsleder opplyser i intervju at kun sykepleiere og helsefagarbeidere med godkjent delegasjon får håndtere legemidler ved helsetunet. Assistentene får dermed ikke medisindelegasjon. Helsefagarbeidere må gjennomføre et e-læringsprogram på 12 timer med avsluttende eksamen, etterfulgt av praktisk opplæring sammen med sykepleier i avdelingen. Det benyttes et opplæringskjema som inkluderer bivirkninger og dokumentasjon. Delegasjon tildeles for to år av gangen. Virksomhetsleder opplyser at det i utgangspunktet kun er sykepleiere som tilbereder legemidler ved helsetunet.

Virksomhetsleder forklarer videre at nye sykepleiere får opplæring i virksomhetens rutiner fra andre sykepleiere. Det gjennomføres årlige oppfriskningskurs med farmasøyt, separat for helsefagarbeidere og sykepleiere, med ulike temaer hvert år. Virksomheten abonnerer også på kompetansesystemet Dossier for å holde oversikt over kurs og kompetanse. Tilnærmet alle ansatte har gjennomført oppfriskningskurs.

Det foreligger også en strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene (2023–2026), som inneholder en SWOT-analyse. SWOT-analysen identifiserer blant annet mangel på spisskompetanse og en høy andel ufaglærte som svakheter i sektoren, mens nasjonal mangel på personell og aldrende befolkning utgjør ytre trusler mot tjenesteproduksjonen. Strategien for perioden prioriterer å rekruttere sykepleiere, vernepleiere og leger, samt å utvikle ansatte gjennom fagbrev og norskopplæring. For å mobilisere eksisterende ressurser vil kommunen blant annet benytte kombinasjonsstillinger og hospitering, samtidig som manuelle oppgaver skal digitaliseres. Implementeringen av planen baserer seg på systematisk grunnopplæring for nyansatte, lederutvikling og medarbeidersamtaler som knytter individuell utvikling til virksomhetens behov.<sup>58</sup>

#### *Tilgang til fagkompetanse*

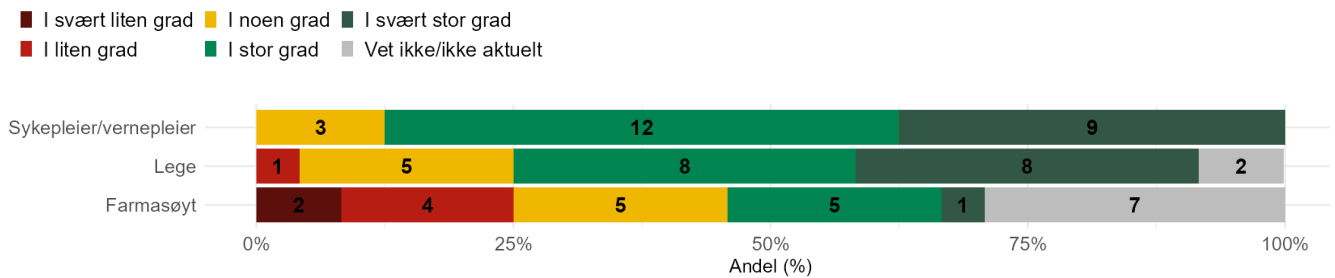
De ansatte rapporterer samlet sett om god tilgang til fagkompetanse fra lege og sykepleier. For sykepleier oppgir 88 prosent at de i stor eller svært stor grad har tilgang ved behov for faglige avklaringer, og ingen svarer i liten eller svært liten grad. For lege svarer 67 prosent i stor eller svært stor grad, mens kun 4 prosent svarer i liten grad.

Tilgangen til farmasøyt skiller seg tydelig fra dette bildet. Her oppgir kun 25 prosent at de i stor eller svært stor grad har tilgang, mens 25 prosent svarer i svært liten eller liten grad og 21 prosent i noen grad. I tillegg svarer 29 prosent «vet ikke/ikke aktuelt» på spørsmålet om farmasøyt, mot ingen for sykepleier og 8 prosent for lege. Den høye andelen som svarer «vet ikke» kan tyde på at farmasøyten har en mer indirekte rolle som ikke alle ansatte har erfaring med å benytte. Gruppen som rapporterer lav tilgang til farmasøyt omfatter både helsefagarbeidere, sykepleiere og tilsynslege.

<sup>57</sup> Avtale om farmasøytisk tilsyn; Tilbakemelding på rapport fra farmasøytisk internrevisjon; Narkotikakontroll av årsoppgjør 2024.

<sup>58</sup> Gol kommune (2023) Strategisk kompetanseplan helse og omsorg 2023-2026

Figur 5 I hvilken grad opplever du at sykehjemmet har tilgang til nødvendig fagkompetanse når det oppstår behov for faglige avklaringer i legemiddelhåndteringen? (N = 24 ansatte)



I svar på åpent spørsmål i spørreundersøkelsen uttrykkes det videre et behov for en styrket og mer tilgjengelig faglig støttestruktur rundt den daglige legemiddelhåndteringen. Det savnes blant annet et telefonnummer tilgjengelig til farmasøyt eller lege, som ansatte kan ringe ved behov for det når det gjelder medisiner. Videre forklarer ansatte at det er et behov for modernisering og kvalitetssikring av de operative verktøyene som benyttes i legemiddelhåndteringen. Ansatte etterspør digitale løsninger for kvittering, samt direkte, sømløse lenker til Felleskatalogen for å sikre oppdatert kunnskap.

Sykehusapotekenes aktivitetsplan for 2025 angir at tilsynsfarmasøyten skal bidra gjennom rådgivning, kontroll og opplæring innenfor en ramme på 77 timer. Farmasøyten deltar blant annet i og underviser pleiepersonellet gjennom oppfriskningskurs. Farmasøyten kontrollerer også årsoppgjøret for narkotika ved helsetunet og bistår med løpende faginformatjon. I henhold til planen reviderer farmasøyten også praksis ved hjemmetjenesten og miljøterapien. Antall legemiddelgjennomganger avhenger av tidsbruken på andre aktiviteter i kommunen.<sup>59</sup>

Virksomhetsleder opplyser at tilgangen til farmasøyt kompetanse oppleves som tilstrekkelig sett fra leders perspektiv. Virksomheten har en avtale med aktivitetsplan med farmasøyten, og får alltid svar ved henvendelse per e-post eller telefon. Farmasøyten deltar også i revisjon av retningslinjene for legemiddelhåndtering. Sykepleiere har mulighet til å kontakte farmasøyten direkte ved behov, og virksomheten har i spesielle situasjoner også innhentet bistand fra det lokale apoteket. Virksomhetsleder er derfor usikker på hva helsefagarbeiderne ønsker av farmasøyten i det daglige og hvorfor de eventuelt savner større tilgang. Virksomhetsleder viser også til at helsefagarbeiderne kun ser farmasøyten ved de to årlige besøkene, noe som kan forklare den lave skåren i spørreundersøkelsen. I tilbakemelding på faktahøringen peker virksomhetsleder videre på at rapporten i for liten grad stiller kritiske spørsmål til funnene knyttet til farmasøyttilgang.

Tilsynslegene opplyser at samarbeidet med farmasøyt er verdifullt og bidrar til økt kompetanse for både leger og sykepleiere, men at dagens ramme vurderes som lav. Den begrensede tiden må blant annet fordeles mellom undervisning og legemiddelgjennomgang for et utvalg pasienter med kompliserte medisinlister. Tilsynslegene peker på at det bør prioriteres ressurser til hyppigere farmasøytbesøk for å sikre fornuftig legemiddelbruk og styrke praksisen rundt retningslinjer og dokumentasjon resten av året.

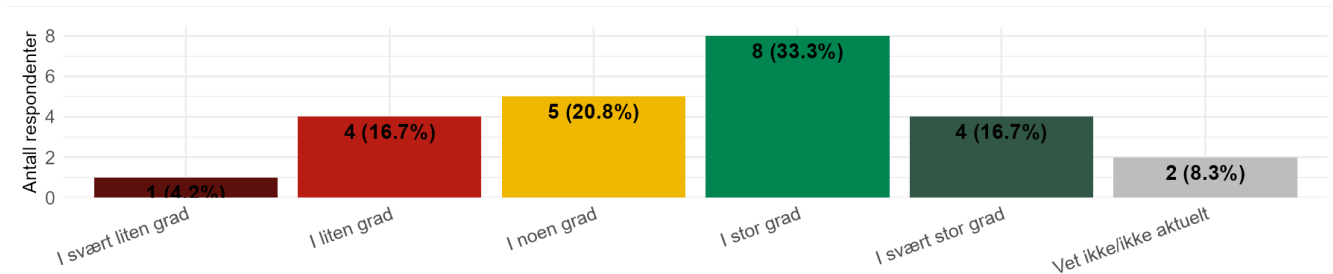
### Oppdatering av kunnskap

Halvparten av de ansatte oppgir at de i stor grad (33 prosent) eller svært stor grad (17 prosent) får jevnlig oppdatert kunnskap om legemiddelhåndtering. Til sammen 21 prosent svarer at dette skjer i liten grad (17

<sup>59</sup> Sykehusapotekene (2025) Aktivitetsplan Gol 2025

prosent) eller svært liten grad (4 prosent), mens 21 prosent svarer i noen grad. Svarene fordelt på stilling viser at både tilsynsleger sykepleiere og helsefagarbeidere rapporterer om liten grad av kunnskapsoppdatering.

Figur 6 hvilken grad får ansatte jevnlig oppdatert sin kunnskap om legemiddelhåndtering (f.eks. gjennom kurs, e-læring eller fagdager)? N = 24 ansatte)



Virksomhetsleder peker på et forbedringspotensial knyttet til å etablere en fast rutine som sikrer at ansatte gjennomfører repetisjonskurs i forkant av at medisindelegasjoner fornyes. Virksomhetsleder opplyser også at det kan være utfordrende å få samtlige ansatte til å delta på oppsatte kurs, og at den enkelte ansatte forventes å ta selvstendig ansvar for å melde fra om behov for ytterligere opplæring. Virksomheten legger til rette for relevant videreutdanning, blant annet innen legemiddelhåndtering og sykdomslære for helsefagarbeidere.

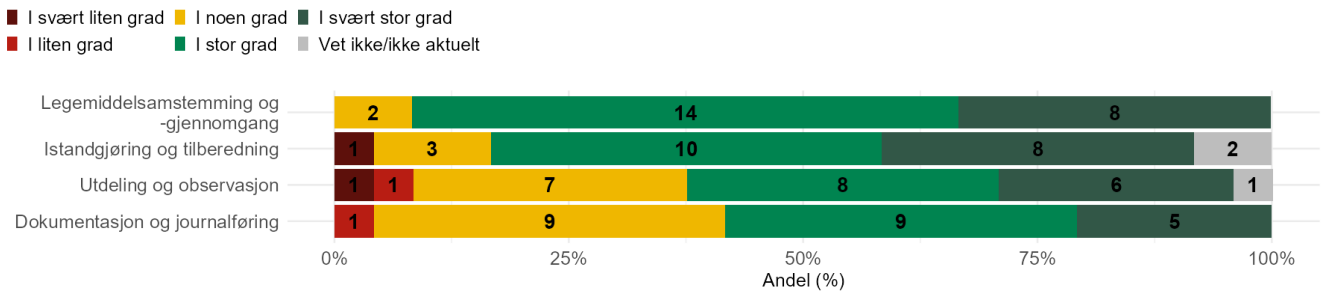
### **Ansattes opplevelse av kompetanse per oppgave**

Spørreundersøkelsen viser at de ansattes tillit til at personell med tilstrekkelig kompetanse utfører oppgavene, varierer mellom oppgavetype. 92 prosent av respondentene (22 av 24) svarer i stor eller svært stor grad for legemiddelsamstemming og -gjennomgang, og 75 prosent for istandgjøring og tilberedning (18 av 24). For utdeling og observasjon svarer 58 prosent i stor eller svært stor grad (14 av 24), og tilsvarende andel gjelder for dokumentasjon og journalføring (14 av 24).

Resultatene viser et mønster der de ansatte i større grad opplever at kvalifisert personell utfører de mer spesialiserte oppgavene, mens de pasientnære og rutinemessige oppgavene som utdeling, observasjon og dokumentasjon får lavere skår.

Fordelt på stilling svarer både helsefagarbeidere, sykepleiere og tilsynslege i noen grad eller lavere på spørsmålet om kompetanse knyttet til utdeling og observasjon. For dokumentasjon og journalføring svarer også tilsynslegene i noen grad, og 38 prosent av de ansatte som har svart på spørreundersøkelse (9 av 24) gir samme svar.

Figur 7 I hvilken grad opplever du at kun personell med tilstrekkelig opplæring og kompetanse utfører følgende oppgaver knyttet til legemiddelhåndtering? Absolutte tall (N = 24 ansatte).



På åpent spørsmål i spørreundersøkelsen til ansatte kommer det fram at personell som deler ut medisiner opplever informasjonsflyten i forbindelse med medisinendringer som mangelfull. Helsefagarbeidere etterspør mer spesifikt informasjon om potensielle bivirkninger og hva personalet må være særs oppmerksomme på ved endringer i medisinlisten. Det rapporteres også om systematisk svikt ved dokumentasjon av effekt etter å ha gitt behovsmedisiner.

Tilsynslegene vurderer observasjonskompetansen hos helsefagarbeiderne som høy, men forklarer at usikkerhet og tidsmangel gjør at observasjoner i liten grad dokumenteres. Det fremkommer at helsefagarbeidere kan være usikre på om egne observasjoner er gode nok til å dokumenteres, noe som fører til at dokumentasjonsarbeidet nedprioriteres og at mange gode observasjoner i praksis forblir udokumenterte. Tilsynslegene vurderer at det kunne være nyttig med egne fagdager der pleiepersonalet får mer kunnskap og selvtillit på at de skal dokumentere det de observerer.

### Pårørendes tillit til fagkompetanse

Pårørendeundersøkelsen viser at 63 prosent av de pårørende (10 av 16) har tillit til at personalet har nødvendig fagkompetanse. Av disse oppgir 8 at de er helt enig (50 prosent) og 2 at de er delvis enig (13 prosent). 25 prosent av de pårørende (4 av 16) er uenige i påstanden. Blant disse er 3 delvis uenig (19 prosent) og 1 helt uenig (6 prosent). Én pårørende svarer «verken eller» (6 prosent), og én svarer «vet ikke» (6 prosent).

I de åpne kommentarene i pårørendeundersøkelsen beskriver flere pårørende episoder der de selv har måttet varsle om pasientens helsetilstand uten at personalet hadde fanget opp dette. Enkelte pårørende knytter dette til mistanke om manglende fagkompetanse, og viser til mangelfull oppfølging av sykdomstegn og manglende informasjon om medisinendringer.

### Psykososialt arbeidsmiljø

Bedriftshelsetjenesten kartla i 2025 det psykososiale arbeidsmiljøet ved sykehjemmet (QPS Nordic 34+). Resultatene viste at de ansatte opplevde mestring gjennom tilstrekkelig kompetanse og hadde tydelige roller. Samtidig avdekket kartleggingen at konfliktnivået var høyt, stressnivået belastende og at de ansatte opplevde lite støtte fra ledelsen. Kommunen har etablert en handlingsplan med frist til 30. juni 2026.<sup>60</sup>

<sup>60</sup> MDCO (2025) Gol Kommune - institusjon rapport psykososial arbeidsmiljøkartlegging 2025

## 4.4. Risikovurdering

I kommunens rutiner er flere områder definert som kjente risikoområder i legemiddelprosessen. Dette omfatter blant annet utdeling og observasjon, mangelfull dobbeltkontroll, endringer i multidose, feil ved istandgjøring av dosett, generisk bytte, overganger mellom omsorgsnivåer, samt håndtering av narkotika og injeksjoner.<sup>61</sup>

Virksomhetsleder opplyser at helsetunet benytter kvalitetssystemet Compilo til risikovurderinger, og at virksomheten i 2024 mottok et avvik fra farmasøyten som følge av at slik vurdering ikke var gjennomført. Risikovurderingen for 2025, som er oversendt revisjonen, er imidlertid ikke helt ferdigstilt, noe virksomhetslederen delvis forklarer med manglende kompetanse på bruk av risikovurdering i Compilo. Det fremkommer at arbeidet med en ny risikovurdering for 2026 nå er påbegynt.

Ifølge virksomhetsleder har oppmerksomheten rundt risikovurderinger generelt økt de siste to årene, og kommunens kvalitetsrådgiver har fått ansvar for å tilse at risikovurderingene blir utført. Det opplyses at den nye vurderingen for 2026 skal dekke alle relevante områder, at skjemaene skal fylles ut korrekt, og at det skal iverksettes tiltak for å redusere identifisert risiko til et akseptabelt nivå. Videre er det besluttet at risikovurderingene fremover skal behandles i medbestemmelsesmøter for å sikre involvering av tillitsvalgte og verneombud. Virksomhetsleder understreker også at selv om kravet tilsier årlige gjennomganger, er det avgjørende at risikovurderingene fremover benyttes aktivt som et reelt styringsverktøy.

Risikoanalysen fra 2025 vurderer fire hovedområder i legemiddelhåndteringsprosessen basert på sannsynlighet og konsekvens, med en egendefinert grenseverdi for akseptabel risiko på 11.<sup>62</sup>

Analysen identifiserer følgende risikonivåer og har følgende tiltak per område:

Tabell 3 Risikonivåer per område

Område	Risikoskår (sannsynlighet x konsekvens)	Over/under grense	Tiltak
<b>Utdeling av legemidler</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leser ikke medisinkort</li> <li>- Sjekker ikke antall medisiner</li> <li>- Gir til feil pasient</li> <li>- Manglende dobbeltkontroll ved utdeling av insulin og injeksjoner</li> <li>- Medisinpumpe stopper opp</li> <li>- Får feil legemiddelform på feil plass</li> <li>- Knusing av tablett som ikke skal knuses</li> <li>- Manglende registrering av bivirkninger</li> <li>- Manglende registrering av effekt</li> <li>- Manglende informasjon til pasient eller pårørende</li> </ul>	16 (4 x 4)	Over (grense: 11)	Opplæring og oppfølging av helsefagarbeidere med delegasjon. Følge rutiner for opplæring av helsefagarbeidere og gi god oppfølging og krav til oppdatering via e-læring
<b>Dosering og istandgjøring</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forstyrrelser under dosering</li> <li>- Ikke tatt høyde for synonympreparater</li> <li>- Legemiddelkort ikke oppdatert eller feilaktig oppdatert</li> <li>- Tablett "hopper" i dosetten</li> <li>- Forveksler dosett pga like navn</li> <li>- Tar feil ut av dosepakning ved endring</li> <li>- Feil ved overføring fra epikrise eller legevisitt</li> </ul>	12 (3 x 4)	Over (grense: 11)	Sykepleiere skal ha god kjennskap til medisinske retningslinjer. Medisinske retningslinjer for Gol kommune skal deles ut til alle nyansatte og gjennomgås på sykepleiermøter. Farmasøyt holder oppdateringskurs årlig Internundervisning ved kommuneoverlege i nye retningslinjer

<sup>61</sup> Gol kommune (2025) Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Gol kommune - Compilo

<sup>62</sup> Gol kommune (2025) Risikoanalyse legemiddelhåndtering

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lege skriver ut legemiddel som ikke skal deles</li> <li>- Feil blandingsmiddel ved istandgjøring av infusjoner</li> <li>- Feil tørrstoff</li> <li>- Feil styrke på legemiddel</li> <li>- Behov for avtrekk/lukket system</li> <li>- Trekker opp for mye eller for lite</li> <li>- Manglende mulighet for dobbeltkontroll</li> </ul>			
<b>Mottak og oppbevaring</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperatur avvik på medisinrommet</li> <li>- Feil oppbevaring av legemidler</li> <li>- A og B preparater er ikke skrevet inn i regnskapet</li> <li>- Medisiner gått ut på dato</li> <li>- Lysfølsomme preparater tatt ut av esken</li> <li>- Luftfølsomme preparater</li> </ul>	9 (3 x 3)	Under	Rutiner i medisinske retningslinjer. Retningslinjene ligger i Compilo og skal være lett tilgjengelig for alle ansatte. Sykepleiere må også følge pakningsvedlegget på legemidler. Tilgang på Felleskatalogen på sykepleiertelefon
<b>Kassering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tar vare på medisin/morfinrester</li> <li>- Kasserer i feil beholder (søppel, - vasken)</li> <li>- Manglende dokumentasjon på signering på kassert</li> <li>- Stikker seg</li> <li>- Manglende rutine på kassaksjon</li> </ul>	9 (3 x 3)	Under	Rutiner i medisinske retningslinjer samt rutiner for stikkskader. Alle rutiner jobbes det for å få inn i Compilo og opplæring gis fortløpende til alle ansatte

Bildet nedenfor illustrerer risikovurderingen som er gjort av delprosessen utdeling av legemidler, som også omfatter registrering av effekt og bivirkninger:

Bilde 1 Illustrasjon av kommunens risikovurdering av prosessen utdeling av legemidler

### 340 Utdeling av legemiddel OVER GRENSE

Leser ikke medisinkort  
 Sjekker ikke antall medisiner  
 Gir til feil pasient  
 Manglende dobbeltkontroll ved utdeling av insulin og injeksjoner  
 Medisinpumpe stopper opp  
 Får feil legemiddelform på feil plass, f.eks rektalt/vaginalt  
 Knusing av tabletter som ikke skal knuses  
 Manglende registrering av bivirkninger  
 Manglende registrering av effekt  
 \*Manglende informasjon til pasient eller pårørende

RISIKO <b>16,00</b>	SANSYNLIGHET <b>4,00</b>	KONSEKVENNS <b>4,00</b>
------------------------	-----------------------------	----------------------------

I risikoanalysen vurderes sannsynlighet og konsekvens samlet per område. Det er ikke foretatt individuelle vurderinger av sannsynlighet og konsekvens for hver enkelt risikohendelse. Tiltakene som er beskrevet i analysen er i hovedsak henvisninger til eksisterende rutiner og praksis, inkludert årlige oppdateringskurs med farmasøyt, krav om gjennomført e-læring for helsefagarbeidere med delegert myndighet, samt tilgang til oppdaterte rutiner i Compilo.

Analysen omfatter ikke risikovurdering av legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang, samhandling med lege, elektroniske journalsystemer eller overganger mellom omsorgsnivåer. Systemiske rammebetingelser som bemanning, tidspress og bruk av vikarer er heller ikke vurdert i risikoanalysen.

## 4.5. Dobbeltkontroll (tilberedning)

### Gjennomføring av dobbeltkontroll

Spørreundersøkelsen viser at 67 prosent av de ansatte (16 av 24) opplever at dobbeltkontroll ved høyrisikooppgaver gjennomføres i stor eller svært stor grad. Til sammen 8 prosent (2 av 24) svarer i liten eller svært liten grad, mens 21 prosent (5 av 24) svarer i noen grad.

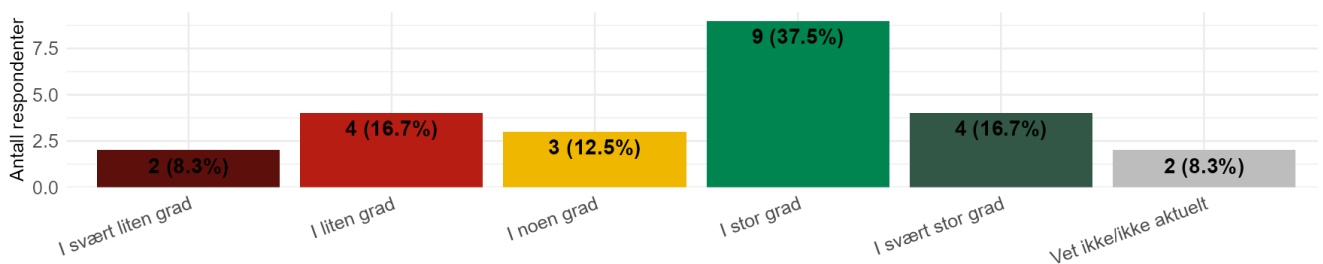
Fordelt på stilling svarer virksomhetslederne i stor grad. Blant helsefagarbeiderne svarer 2 av 14 i liten eller svært liten grad, og 3 av 14 i noen grad. Blant sykepleierne svarer 2 av 6 i noen grad.

### Uavhengig dobbeltkontroll

På spørsmål om dobbeltkontrollen utføres uavhengig, det vil si at to ansatte kontrollerer uten å påvirke hverandre, svarer 54 prosent (13 av 24) i stor eller svært stor grad. Til sammen 25 prosent (6 av 24) svarer i liten eller svært liten grad, og 13 prosent (3 av 24) svarer i noen grad.

Blant helsefagarbeiderne svarer 5 av 14 i liten eller svært liten grad, og 1 i noen grad. Blant sykepleierne svarer 1 av 6 i liten grad og 2 i noen grad.

Figur 8 I hvilken grad utføres dobbeltkontroll ved at to ansatte kontrollerer oppgaven uavhengig av hverandre (uten å påvirke hverandre)?



### Signering uten reell utførelse

De ansatte fikk også ta stilling til påstanden om at helsepersonell signerer dobbeltkontroll uten å ha utført den. 50 prosent (12 av 24) er helt eller delvis uenig i påstanden, mens 16 prosent (4 av 24) er helt eller delvis enig. 13 prosent svarer «verken eller», og 17 prosent svarer «vet ikke/ikke relevant». Det er utelukkende helsefagarbeidere som er helt eller delvis enige i påstanden (4 av 14).

I svar på åpent spørsmål i spørreundersøkelsen fremheves reell mulighet for dobbeltkontroll som sentralt for økt pasientsikkerhet. Det påpekes også praktiske og sikkerhetsmessige utfordringer ved utdeling, blant annet behovet for tydelig merking av medikamentnavn i dosetter, samt utfordringer knyttet til kontrollrutinene mellom medisinkort og selve medikamentene.

Virksomhetsleder forklarer at dobbeltkontroll av legemidler utelukkende skal utføres av sykepleiere, og at det ved behov for personell benyttes bistand fra hjemmesykepleien. Rutinene krever dobbeltkontroll blant annet ved administrering av insulin, subkutane injeksjoner og blanding til smertepumpe, mens øvrige legemidler i hovedsak er ferdigdosert. Dokumentasjonen av dobbeltkontrollen føres i sin helhet på papir, ettersom journalsystemet Gericia ikke anses som tilstrekkelig egnet for dette formålet. Det fremkommer også at dobbeltkontroll i praksis ikke alltid gjennomføres uavhengig og i henhold til gjeldende rutiner, noe virksomhetslederen har påpekt gjentatte ganger overfor de ansatte. Videre forklares helsefagarbeideres opplevelse av mangler med at de trolig har observert doseringsfeil eller manglende rutineetterlevelse blant

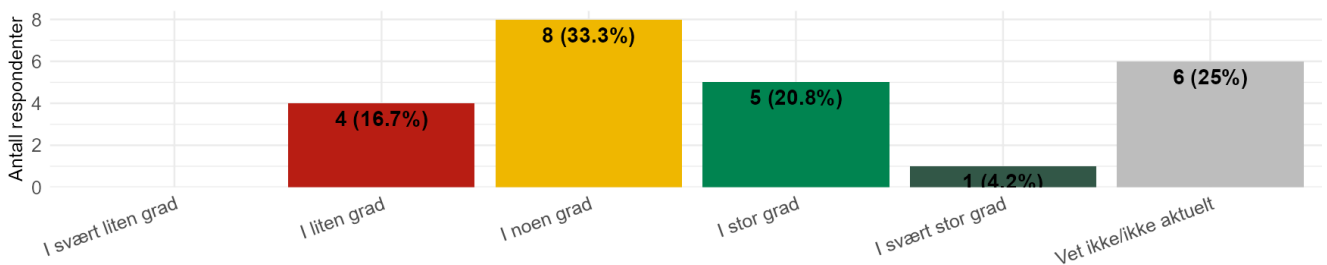
kollegaer, til tross for at de formelle kravene er tydelige. Som en direkte konsekvens av avdekkede doseringsfeil er det nå besluttet at samtlige sykepleiere skal gjennomføre et e-læringsbasert oppfriskningskurs

### Arbeidsforhold ved tilberedning

På spørsmål om arbeidsforholdene legger til rette for at klargjøring av legemidler kan skje uten avbrytelser, svarer 25 prosent av de ansatte (6 av 24) i stor grad (21 prosent) eller svært stor grad (4 prosent). 33 prosent (8 av 24) svarer i noen grad, og 17 prosent (4 av 24) svarer i liten grad. Ingen svarer i svært liten grad. 25 prosent (6 av 24) svarer «vet ikke/ikke aktuelt».

Fordelt på stilling svarer begge virksomhetslederne i stor grad. Blant sykepleierne svarer 2 av 6 i liten grad og 3 av 6 i noen grad, mens 1 svarer i svært stor grad. Ingen sykepleiere svarer i stor grad. Blant helsefagarbeiderne svarer 2 av 14 i liten grad, 5 i noen grad og 3 i stor grad, mens 4 svarer «vet ikke/ikke aktuelt».

Figur 9 I hvilken grad legger arbeidsforholdene ved sykehjemmet til rette for at klargjøring av legemidler kan skje uten avbrytelser (f.eks. tilstrekkelig ro og egnede lokaler)? (N = 24 ansatte)



I åpne kommentarer i spørreundersøkelsen beskriver ansatte at mangelen på uforstyrret tid til legemiddelhåndtering er en sentral utfordring. Sykepleiere oppgir at kontroll av multidoser og istandgjøring av dosetter ofte må kombineres med ansvarsvakt, som innebærer håndtering av alle henvendelser fra hele sykehjemmet. Det beskrives kontinuerlige avbrytelser i form av telefoner, pårørendesamtaler, drosjebestillinger og akutte pasienttilsyn. Helsefagarbeidere viser til høy arbeidsbelastning og tidsnød, særlig når legemiddelutdeling sammenfaller med morgenstell. Flere ansatte fremhever behovet for mer ro og reell mulighet for dobbelkontroll som sentralt for pasientsikkerheten.

## 4.6. Avvikshåndtering

### System og rutiner

Kommunen benytter det elektroniske kvalitetssystemet Compilo for registrering, behandling og korrigerings av avvik. Alle ansatte har plikt til å melde fra om feil og nesten-uhell. Virksomhetsleder har ansvaret for gjennomgang og iverksetting av tiltak. Det skal årlig utarbeides en skriftlig oppsummering av meldte avvik.

### Registrerte avvik

Oversikten over meldte legemiddelavvik viser en økning fra 18 i 2024 til 35 i 2025. I både 2024 og 2025 er det ingen registrerte avviksmeldinger i januar og mars.

Tabell 4 Antall meldte avvik i 2024 og 2025 fordelt på alvorlighetsgrad

År	Lav	Middels	Høy	Total
2024	10	6	2	18
2025	14	18	3	35
<b>Totalt</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>53</b>

Tabell 5 Antall rapporterte legemiddelavvik i 2024 og 2025 fordelt på måned

Måned	2024	2025	Total
Januar	0	0	0
Februar	1	2	3
Mars	0	0	0
April	0	1	1
Mai	2	8	10
Juni	1	1	2
Juli	2	3	5
August	0	3	3
September	3	8	11
Oktober	2	5	7
November	4	3	7
Desember	3	1	4
<b>Totalt</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>53</b>

Ifølge kommunens oppsummeringsrapport for 2025 skyldes de hyppigste avvikene at ansatte unnlater å gi pasienter medisiner eller ikke kvitterer etter utdeling. Feilene oppstår primært som følge av tidspress, rutinesvikt, kommunikasjonsfeil eller forstyrrelser.<sup>63</sup>

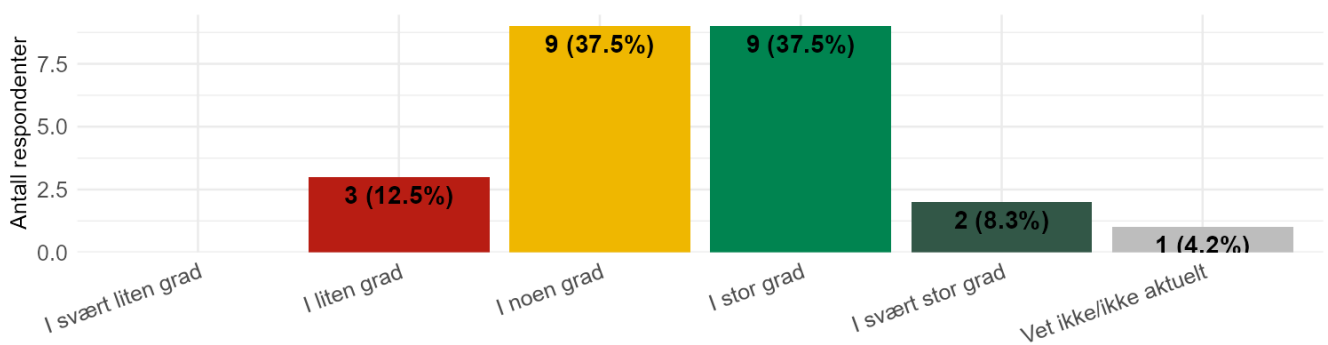
Virksomhetsleder forklarer at økningen fra 2024 til 2025 trolig skyldes opplæring og bevisstgjøring, og ikke at det har skjedd flere faktiske avvik. Virksomhetsleder har ikke noen klar forklaring på fraværet av avvik i januar og mars i begge år, men registrerer at mønsteret er påfallende.

<sup>63</sup> Gol kommune (2025) Oppsummeringsrapport for avvik – 2025

## Opplevd avviskultur

Under halvparten av de ansatte (46 prosent) opplever at alle relevante avvik meldes i stor eller svært stor grad, mens 38 prosent svarer i noen grad og 13 prosent i liten grad. De viktigste oppgitte årsakene til at avvik ikke meldes er manglende tid eller høyt arbeidspress (67 prosent), manglende kunnskap om registrering (38 prosent) og frykt for negative reaksjoner (33 prosent). Virksomhetsleder opplyser at det er alvorlig at noen ansatte er redde for represalier ved avviksmelding, og planlegger å ta dette opp med verneombud og på personalmøtet.

Figur 10 I hvilken grad opplever du at alle relevante avvik i legemiddelhåndteringen blir meldt i avvikssystemet? (N = 24 ansatte)



Tabell 6 Hva opplever du eventuelt som de viktigste årsakene til at relevante legemiddelavvik ikke meldes i avvikssystemet? (flere svar mulig) (N = 24 ansatte)

Svaralternativ	Antall	Andel
Manglende tid eller høyt arbeidspress	16	67
Manglende kunnskap om registrering av avvik	9	38
Frykt for negative reaksjoner	8	33
Uklare rutiner for hva som skal meldes	7	29
Avvik meldes muntlig til leder	7	29
Manglende tilbakemelding/oppfølging fra ledelsen	6	25
Vanskelig eller lite brukervennlig avvikssystem	5	21
Manglende tilgang til PC/nettbrett	5	21
Vet ikke/ikke aktuelt	2	8
Ingen av de ovennevnte	1	4

I svar på åpent spørsmål i spørreundersøkelsen belyser flere ansatte utfordringer knyttet til kulturen for avvikhåndtering og oppfølging av uønskede hendelser. Helsepersonell påpeker blant annet at gjentatte feil fra samme personell bør få tydeligere konsekvenser enn kun veiledningssamtaler, for eksempel krav om nytt kurs eller inndragelse av fullmakt til utdeling.

## Ledelsens oppfølging av avvik

Virksomhetsleder forklarer at ansvaret for å melde avvik ligger hos den ansatte som oppdager hendelsen, og at nærmeste leder deretter har ansvaret for å behandle og lukke avviket, eller eventuelt eskalere saken til et høyere nivå dersom den ikke kan lukkes lokalt. Det fremkommer videre at virksomheten har gjennomført

opplæring for de ansatte om hva som utgjør et avvik og hvordan dette skal meldes, samt at samtlige ansatte har fått tilbud om opplæring i det nye avvikssystemet. For å sikre systematisk og kontinuerlig oppfølging er opplæring i avvik og bruk av avvikssystemet nå integrert som en fast del av virksomhetens årshjul.

Virksomhetsleder opplyser videre at helsetunet har kvalitetsråd én gang i måneden, der avvik gjennomgås. Avviksstatistikk tas også opp i arbeidsmiljøutvalg (AMU) og i medbestemmelsesmøter.

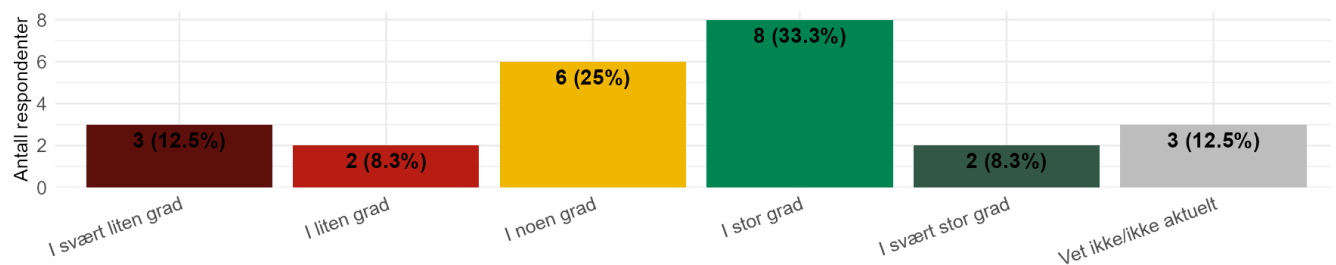
Et klart flertall av de ansatte (63 prosent) er helt eller delvis enige i en påstand at melding av avvik sjelden fører til faktiske forbedringer. Blant helsefagarbeidere er andelen 79 prosent. Ingen av respondentene er helt uenige i påstanden.

Tabell 7 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering ved sykehjemmet: Melding av avvik fører sjelden til faktiske forbedringer (N = 24 ansatte)

Helt uenig	Delvis uenig	Verken eller	Delvis enig	Helt enig	Ikke relevant	Vet ikke/ikke relevant
0 (0%)	4 (16.7%)	4 (16.7%)	9 (37.5%)	6 (25%)	0 (0%)	1 (4.2%)

Under halvparten av de ansatte (41 prosent) opplever at ledelsen i stor eller svært stor grad iverksetter hensiktsmessige tiltak som forhindrer at tilsvarende legemiddelavvik skjer igjen. En fjerdedel svarer i noen grad, og 21 prosent svarer i liten eller svært liten grad. Svarene varierer mellom stillingsgruppene: virksomhetslederne gir en positiv vurdering, mens helsefagarbeiderne er den eneste gruppen der ansatte svarer i liten eller svært liten grad.

Figur 11: I hvilken grad opplever du at ledelsen iverksetter hensiktsmessige tiltak som forhindrer at tilsvarende legemiddelavvik skjer igjen? (N = 24 ansatte)



Virksomhetsleder opplyser at det ikke er uventet at ansatte erfarer at avviksmeldinger ikke alltid medfører faktiske forbedringer, og peker i den forbindelse på usikkerhet rundt hvorvidt personalet ser sammenhengen mellom meldte avvik og iverksatte tiltak som oppfriskningskurs. Det fremkommer også at virksomhetsleder ser et potensial for å bli tydeligere i synliggjøringen av oppfølgingsarbeidet som gjøres på bakgrunn av innmeldte avvik. Videre forklarer virksomhetslederen at ansattes opplevelse av manglende endring trolig henger sammen med at avvik knyttet til ressursmangel ikke medfører økt bemanning.

Virksomhetsleder forklarer også at skriftlig svar på avviksmeldinger kan bli nedprioritert i hektiske perioder, og at det kan ta for lang tid før avvik lukkes i systemet. Virksomhetsleder forklarer også at det er planlagt gjennomgang og internundervisning i avvikssystemet i april 2026.

I det avsluttende møtet med kommunen kom det fram at kommunens kvalitetsråd har sett flere av de samme utfordringene og har allerede besluttet flere tiltak. Det skal gjennomføres mer opplæring gjennom året 2026 for ansatte i hvordan skrive gode avviksmeldinger. Det er planlagt fire workshops i løpet av 2026 med avviksbehandlere for å etablere gode behandlingsrutiner for avvik. Målet er at avviksdata i større grad kan brukes som styringsdata dersom kommunen får til gode rutiner og kultur rundt avvikshåndtering.

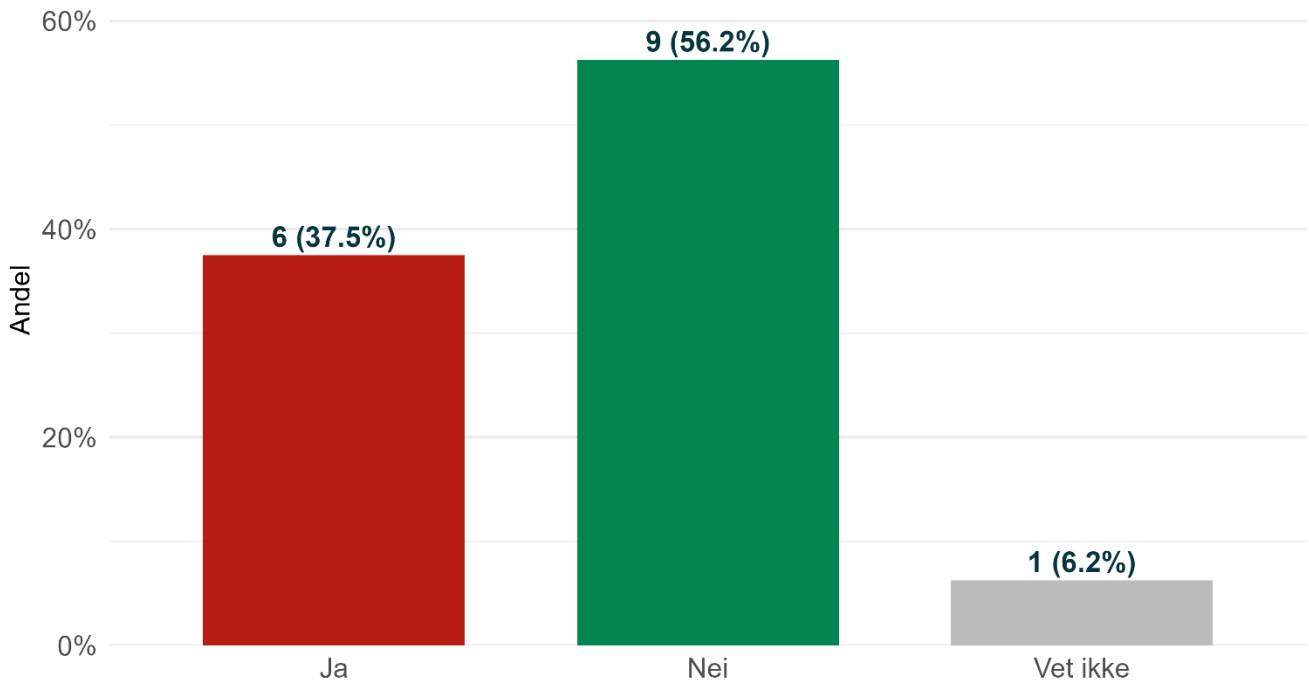
### Pårørendes opplevelse

Pårørendeundersøkelsen viser at et flertall (56 prosent) av de pårørende er trygge eller svært trygge på at sykehjemmet har systemer for å fange opp og rette feil i legemiddelhåndteringen. En fjerdedel svarer at de verken er trygge eller utrygge, og 12 prosent oppgir at de er utrygge eller svært utrygge.

Halvparten (50 prosent) av de pårørende opplever i stor eller svært stor grad at pasienten får trygg og sikker legemiddelbehandling ved sykehjemmet. En fjerdedel svarer i noen grad, og 6 prosent svarer i svært liten grad. Nærmere én av fem (19 prosent) svarer «vet ikke» på dette spørsmålet.

Et mindretall (38 prosent) av de pårørende oppgir å ha opplevd situasjoner de oppfattet som feil eller uønsket hendelse knyttet til legemiddelbehandlingen.

Figur 12 Har du opplevd situasjoner du oppfattet som feil eller uønsket hendelse knyttet til pasientens legemiddelbehandling? (N = 16 pårørende)



## 4.7. Vurderinger knyttet til internkontroll ved legemiddelhåndtering

### *Rutiner*

Gol kommune har etablert skriftlige rutiner for legemiddelhåndtering i kvalitetssystemet Compilo som på sentrale områder samsvarer med nasjonale krav og forventninger. Rutinene dekker blant annet ansvarsfordeling og delegasjon, kompetansekrav, legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang, dobbeltkontroll ved istandgjøring, utdeling og observasjon, samt årlig risikovurdering. Kommunen har også inngått avtale om farmasøytisk tilsyn, som bidrar til ekstern kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen. Rammeverket gir dermed et godt formelt grunnlag for å sikre forsvarlig legemiddelhåndtering.

### *Kompetanse*

Gol kommune har også i all hovedsak etablert et hensiktsmessig rammeverk for kompetansestyring innen legemiddelhåndtering. Gol Helsetun har tydelige krav til at kun sykepleiere og helsefagarbeidere med godkjent delegasjon får håndtere legemidler. Det er også positivt at kommunen benytter flere systematiske tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse som e-læring, praktisk opplæring, årlige oppfriskningskurs med farmasøyt og bruk av kompetansesystemet Dossier for å holde oversikt over ansattes kurs og kompetanse. Det foreligger også en strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene (2023–2026).

Undersøkelsen viser imidlertid at det er svakheter knyttet til opplevd kompetanse når det gjelder utførelse av pasientnære oppgaver, som utdeling og observasjon. Mens de ansatte har høy tillit (92 prosent) til at oppgaver som legemiddelgjennomgang utføres av personell med rett kompetanse, faller denne andelen til 58 prosent for oppgaver knyttet til utdeling og observasjon. Det er også 42 prosent som oppgir manglende opplæring i hva som skal observeres, som årsak til observasjoner ikke alltid gjennomføres. Utdeling og observasjon er også identifisert som et område med høy risiko i kommunens egen risikoanalyse. Manglende eller mangelfull kompetanse i dette leddet kan innebære en direkte pasientrisiko, ved at viktige kliniske observasjoner overses eller ikke meldes videre til behandlingsansvarlig lege.

De ansatte rapporterer om god tilgang til fagkompetanse fra lege og sykepleier. Tilgangen til farmasøytisk kompetanse vurderes derimot som svakere: kun 25 prosent av de ansatte opplever god tilgang til farmasøyt. Virksomhetsleder peker på at den lave skåren kan gjenspeile at helsefagarbeiderne kun ser farmasøyten ved de to årlige besøkene, og at dette ikke nødvendigvis betyr at den faglige støtten er utilstrekkelig. Virksomhetsleder viser også til at sykepleiere kan kontakte farmasøyten direkte ved behov og at virksomheten også benytter det lokale apoteket. Tilsynslegene vurderer derimot at hyppigere farmasøytbesøk vil kunne styrke kompetansen om legemiddelbruk ved sykehjemmet. Gol kommune har inngått avtale om farmasøytisk bistand med en ramme på 77 timer årlig. Farmasøyten bidrar med opplæring, tilsyn og legemiddelgjennomgang. Revisjonen vurderer at avtalen er en god systematiske ordning for faglig støtte. Revisjonen merker seg imidlertid at den begrensede rammen fordeles på flere oppgaver, inkludert opplæring, tilsyn og legemiddelgjennomgang, og at tilsynslegene vurderer at hyppigere farmasøytbesøk vil styrke praksisen.

Etter revisjonens vurdering har kommunen etablert gode systemer og strukturer for opplæring og delegering, men praksisen sikrer i for liten grad at alt involvert personell har tilstrekkelig og oppdatert kompetanse knyttet til observasjon og dokumentasjon av legemiddeleffekter. Revisjonens vurderinger knyttet til observasjon og oppfølging av effekt utdypes nærmere i kapittel 5.5.

## **Risikovurderinger av legemiddelhåndtering**

Gol kommune gjennomførte i 2025 sin første risikoanalyse for legemiddelhåndteringen i kvalitetssystemet Compilo, etter at farmasøytisk tilsyn i 2024 ga avvik for manglende risikovurdering. Revisjonen vurderer det som positivt at kommunen har påbegynt dette arbeidet og at ledelsen viser vilje til å videreutvikle risikovurderingene som styringsverktøy.

Revisjonen vurderer imidlertid at det er et potensial for å i større grad benytte risikovurdering som et systematisk verktøy for å identifisere, vurdere og iverksette tiltak for å redusere risiko i legemiddelhåndteringen. Analysen viser at utdeling av legemidler (risikoskår 16) og dosering og istandgjøring (risikoskår 12) overstiger kommunens egendefinerte grenseverdi på 11 for akseptabel risiko. Til tross for dette foreslår analysen i liten grad nye eller endrede tiltak for å redusere risikoen til et akseptabelt nivå. De beskrevne tiltakene henviser i stor grad til allerede etablerte rutiner. Risikovurderingen fremstår dermed mer som en dokumentasjon av eksisterende rutiner enn som en aktiv prosess som identifiserer konkrete forbedringstiltak.

Risikoanalysen er videre avgrenset til delprosessene mottak og oppbevaring, dosering og istandgjøring, utdeling og kassering. Kritiske risikoområder som legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang, samhandling med lege, elektroniske journalsystemer og overganger mellom omsorgsnivåer inngår ikke. Systemiske rammebetingelser som bemanning, tidspress og bruk av vikarer er heller ikke vurdert.

Virksomhetsleder opplyser at kompetanse på bruk av risikovurdering i Compilo har vært en utfordring. Kommunen har imidlertid påbegynt en ny risikovurdering for 2026, og planlegger å involvere tillitsvalgte og verneombud gjennom medbestemmelsesmøter. Kvalitetsrådgiver skal følge opp at risikovurderingene blir utført. Etter revisjonens vurdering tyder denne utviklingen på økt bevissthet om betydningen av risikovurderinger som styringsverktøy for å sikre kvalitet i legemiddelhåndteringen.

## **Dobbeltkontroll**

Gol kommune har etablert skriftlige rutiner for dobbeltkontroll, som blant annet stiller krav om at to kvalifiserte sykepleiere uavhengig av hverandre skal verifisere istandgjorte legemidler mot legens ordinasjon.

Undersøkelsen viser at et flertall (67 prosent) av de ansatte opplever at dobbeltkontroll ved høyrisikooppgaver gjennomføres i stor grad. Samtidig oppgir en andel av helsefagarbeiderne og sykepleierne at gjennomføringen er mangelfull eller kun skjer i noen grad. Når det gjelder uavhengighet i kontrollen, svarer 55 prosent at dobbeltkontrollen utføres uavhengig, mens 38 prosent, kun sykepleiere og helsefagarbeidere, erfarer at uavhengig dobbeltkontroll kun skjer i noen grad eller i liten grad. Virksomhetsleder bekrefter at dobbeltkontroll i praksis ikke alltid gjennomføres uavhengig og i henhold til gjeldende rutiner, og opplyser å ha påpekt dette gjentatte ganger overfor de ansatte. Dokumentasjonen av dobbeltkontrollen føres i sin helhet på papir, ettersom journalsystemet Gericia ikke anses som egnet for formålet.

Etter revisjonens vurdering har kommunen etablert hensiktsmessige rutiner for dobbeltkontroll. Undersøkelsen avdekker likevel svakheter i etterlevelsen, ved at dobbeltkontrollen ikke konsekvent gjennomføres uavhengig slik rutine krever.

Undersøkelsen viser også at arbeidsforholdene ved Gol helsetun i begrenset grad legger til rette for uforstyrret istandgjøring av legemidler. Kun 25 prosent av de ansatte opplever at forholdene i stor eller svært stor grad legger til rette for klargjøring uten avbrytelser. Blant sykepleierne, som har hovedansvaret for istandgjøring og dobbeltkontroll, svarer fem av seks at forholdene kun i noen eller liten grad er tilfredsstillende. De ansatte beskriver at istandgjøring og kontroll av legemidler må kombineres med ansvarsvakt, som innebærer kontinuerlige avbrytelser i form av telefoner, pårørendesamtaler og akutte pasienttilsyn.

Manglende skjerming ved istandgjøring øker risikoen for feil, som heller ikke fanges opp av dobbeltkontrollen. Når dobbeltkontrollen ikke alltid gjennomføres reelt uavhengig, svekkes den som en reell sikkerhetsbarriere. Konsekvensen kan være økt risiko for at feil ved istandgjøring, som feil dose eller feil preparat, når pasienten uten å bli oppdaget. Kommunen bør derfor gjennomgå arbeidsorganiseringen for å sikre at både istandgjøring og dobbeltkontroll kan gjennomføres under forhold som muliggjør konsentrasjon og reell uavhengighet. Det er positivt at sykehjemmet, som en konsekvens av avdekkede doseringsfeil har besluttet at samtlige sykepleiere skal gjennomføre et e-læringsbasert oppfriskningskurs.

### **Avvikshåndtering knyttet til legemiddelhåndtering**

Gol kommune benytter det elektroniske kvalitetssystemet Compilo for registrering og oppfølging av avvik. Antall meldte legemiddelavvik økte fra 18 i 2024 til 35 i 2025. Virksomhetsleder forklarer økningen med opplæring og bevisstgjøring blant de ansatte. Revisjonen vurderer økningen som en positiv utvikling som tyder på at terskelen for å melde avvik er senket.

Kommunen har også etablert flere arenaer for systematisk gjennomgang av avvik, inkludert månedlig kvalitetsråd, AMU og medbestemmelsesmøter. Fra 2025 utarbeider kommunen også skriftlige årsoppsummeringer av avvik for hver enhet. Disse tiltakene legger til rette for at avvik kan gjennomgås jevnlig og at årsaker kan avdekkes og hensiktsmessige tiltak iverksettes.

Undersøkelsen viser likevel at det fortsatt foreligger risiko for underrapportering av legemiddelavvik ved helsetunet. Under halvparten av de ansatte opplever at alle relevante avvik meldes i stor eller svært stor grad, og i både 2024 og 2025 mangler registrerte avviksmeldinger i januar og mars. Spørreundersøkelsen viser også flere sammensatte barrierer for avviksmelding: to av tre ansatte oppgir tidspress, nærmere fire av ti oppgir manglende kunnskap om registrering, og en tredjedel oppgir frykt for negative reaksjoner. Barrierene er dermed både strukturelle og kulturelle, noe som tilsier at underrapporteringen ikke kan løses gjennom enkelttiltak alene.

Underrapportering av avvik innebærer at ledelsen ikke får et fullstendig bilde av omfang og typen feil som oppstår, noe som svekker grunnlaget for målrettede forbedringstiltak. Revisjonen vurderer det som avgjørende at ledelsen arbeider systematisk for å redusere barrierene og sikre en avvikskultur preget av trygghet. En slik kultur er en forutsetning for at avvikssystemet kan fungere som et pålitelig verktøy for å avdekke og forebygge svikt i legemiddelhåndteringen.

Underrapportering innebærer at ledelsen ikke får et fullstendig bilde av omfang og typen feil som oppstår, noe som svekker grunnlaget for å iverksette målrettede forbedringstiltak. Det er derfor avgjørende at ledelsen arbeider systematisk for å redusere barrierene og sikre en avvikskultur preget av trygghet. En god avvikskultur er en forutsetning for at avvikssystemet kan fungere som et pålitelig verktøy for å avdekke og forebygge svikt i legemiddelhåndteringen.

Undersøkelsen viser også at et klart flertall av de ansatte (63 prosent) er helt eller delvis enige i at avviksmeldinger sjelden fører til faktiske forbedringer. Blant helsefagarbeiderne, gruppen som står nærmest pasientene i den daglige legemiddelhåndteringen, deler 79 prosent denne oppfatningen. Virksomhetsleder vurderer avvikssystemets effekt vesentlig mer positivt. Denne forskjellen kan deles forklares med at tiltak som iverksettes på bakgrunn av avviksmeldinger ikke i tilstrekkelig grad kommuniseres tilbake til dem som melder.

Den manglende opplevelsen av at avvik fører til forbedring kan svekke avvikssystemets funksjon som kvalitetsforbedringsverktøy. Når ansatte ikke ser at meldingene deres resulterer i konkrete endringer, kan det redusere motivasjonen for å melde og dermed forsterke underrapporteringen. Konsekvensen er at kommunen

risikerer å miste viktig informasjon om gjentakende feil og svakheter i legemiddelhåndteringen som kunne vært forebygget.

Etter revisjonens vurdering har Gol kommune etablert et system for registrering og oppfølging av avvik som på flere områder fungerer etter hensikten. Økningen i meldte avvik fra 2024 til 2025, bruk av månedlig kvalitetsråd og innføring av skriftlige årsoppsummeringer er positive tiltak.

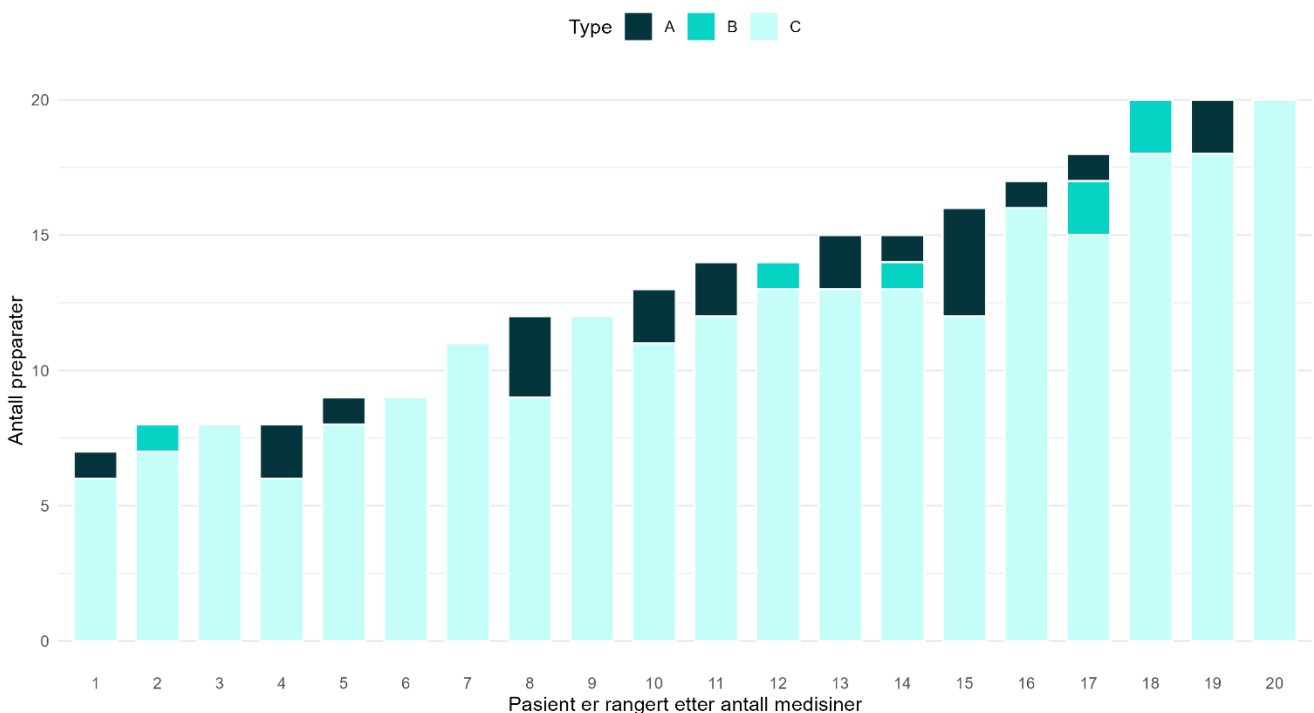
Revisjonen vurderer likevel at avvikshåndteringen har vesentlige forbedringsmuligheter. Dette gjelder særlig risiko for underrapportering, og manglende opplevelse blant de ansatte av at meldte avvik fører til faktiske forbedringer. Disse svakhetene innebærer at avvikssystemets potensial som verktøy for læring og kvalitetsforbedring ikke utnyttes fullt ut. Det svekker kommunens internkontroll på området og medfører risiko for at gjentakende feil i legemiddelhåndteringen ikke avdekkes og forebygges.

## 5. Legemiddelhåndteringsprosessen

### 5.1. Pasientenes legemiddelbruk

Saksgjennomgangen av 20 langtidspasienter viser at antall preparater per pasient varierer fra 7 til 20, med et gjennomsnitt og median på 13. Samtlige pasienter benytter mer enn fem legemidler (polyfarmasi). Dette inkluderer både dagsaktuelle og eventuelle/behovsmedisiner.

Figur 13 Antall preparater per pasient, fordelt på A, B og C preparater (både dagsaktuelle og eventuelle/behovsmedisiner)



Saksgjennomgangen viser at samtlige 20 langtidspasienter benytter mer enn fem legemidler, med en variasjon fra 7 til 20 preparater og et gjennomsnitt på 13. Alle pasientene har dermed polyfarmasi.

Spørreundersøkelsen viser at det er delte oppfatninger om risikoen for uhensiktsmessig polyfarmasi ved sykehjemmet. Av 24 respondenter er 42 prosent helt eller delvis enige i at det foreligger en slik risiko, mens 38 prosent er helt eller delvis uenige. De øvrige svarer verken eller (13 prosent) eller vet ikke (8 prosent).

Svarene varierer mellom stillingsgruppene. Tilsynslegene er enige i påstanden. Helsefagarbeiderne er delt, med 6 av 14 enige og 5 av 14 uenige. Sykepleierne er i større grad uenige, med 4 av 6 som er helt eller delvis uenige.

Tabell 8 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering ved sykehjemmet: Det er risiko for at det brukes flere legemidler enn medisinsk nødvendig hos pasienter ved sykehjemmet (uhensiktsmessig polyfarmasi)

Helt uenig	Delvis uenig	Verken eller	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/ikke relevant
6 (25%)	3 (13%)	3 (13%)	7 (29%)	3 (13%)	2 (8%)

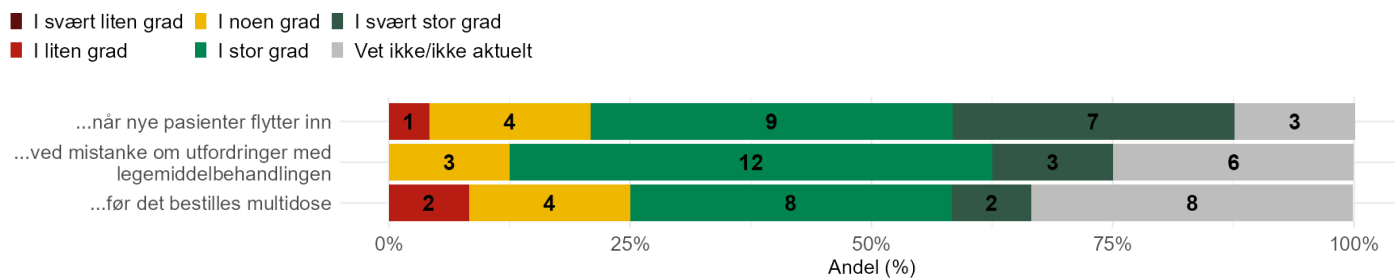
Virksomhetsleder opplyser at virksomheten har arbeidet systematisk med seponering av B-preparater hos pasienter med demensdiagnose. Tilsynslegene bekrefter at de har lyktes med å fjerne en betydelig mengde B-preparater hos pasientene. Dette beskrives som en langvarig prosess som har forutsatt en endring av tankesett hos pleiepersonalet. Tilsynslegene understreker at miljøtiltak bør være førstevalget fremfor medisiner, noe som krever tilstrekkelig bemanning på sykehjemmet for å kunne følge opp pasientene tett. Videre peker de på at selve nedtrappingsfasen ofte er krevende og kan medføre forbigående uro, søvnvansker og aggresjon, men at resultatet etter endt nedtrapping oppleves som positivt for de aller fleste.

## 5.2. Legemiddelsamstemming

### Gjennomføring i praksis

Spørreundersøkelsen viser at de ansatte opplever rutine for legemiddelsamstemming som best etablert ved innkommst, der 67 prosent svarer i stor eller svært stor grad. Ved mistanke om utfordringer med legemiddelbehandlingen svarer 63 prosent tilsvarende. Rutinene før multidosebestilling oppleves som svakest etablert (42 prosent), og her svarer også den høyeste andelen «vet ikke» (33 prosent). Den høye «vet ikke»-andelen skyldes i hovedsak helsefagarbeiderne, der 8 av 14 svarer «vet ikke» på dette spørsmålet.

Figur 14 I hvilken grad har sykehjemmet etablert rutiner for å gjennomføre legemiddelsamstemming... (N = 24 ansatte)



Virksomhetsleder opplyser at langtidspasienter i all hovedsak er kjent for virksomheten før de får fast plass, enten gjennom hjemmetjenester eller tidligere korttidsopphold. Pasientene har dermed allerede registrerte legemiddellister. Ved overføring fra sykehus sammenligner sykepleierne mottatt epikrise med den eksisterende legemiddellisten og avklarer eventuelle uoverensstemmelser direkte med utskrivende instans. Helsepersonellet innhenter også supplerende informasjon fra pasienten selv og pårørende i løpet av de første dagene. Tilsynslegen gjennomgår deretter legemiddellisten ved å sammenligne opplysningene i epikrisen med fastlegenes journalsystem.

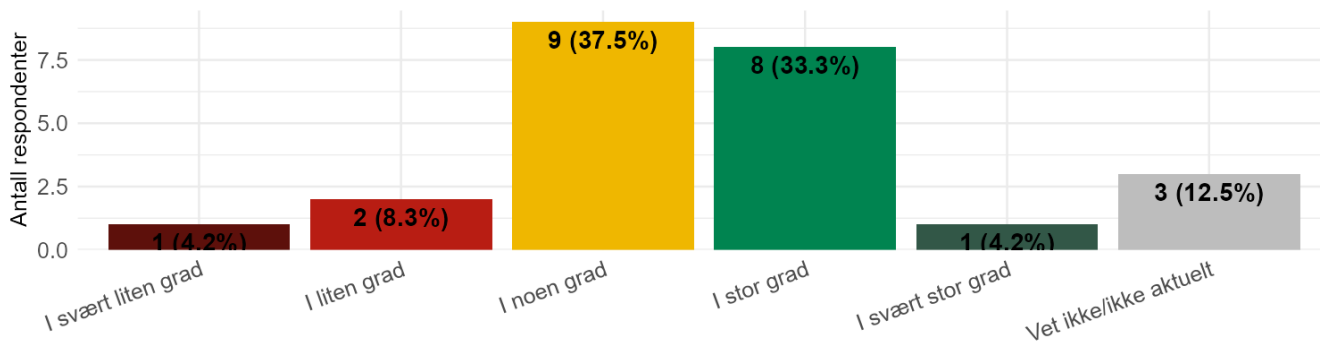
Virksomhetsleder opplyser at helsepersonellet ikke journalfører at legemiddelsamstemming er utført som en selvstendig aktivitet. I praksis dokumenterer de kun identifiserte avvik og uoverensstemmelser i pasientjournalen, ikke selve gjennomføringen av samstemmingen.

Tilsynslegene opplyser at sykepleiere har ansvaret for å registrere innkommende pasienters medisiner i journalsystemet Geric, basert på epikriser eller eksisterende lister fra hjemmesykepleien, og at informasjonen deretter skal verifiseres med pasient og pårørende. Listene skal deretter kvalitetssikres av tilsynslege ved legevisitt. Det fremkommer imidlertid at mangelfulle medisinlister fra spesialisthelsetjenesten utgjør en betydelig feilrisiko og utfordring for legemiddelsamstemmingen. Tilsynslegene forklarer at etableringen av en felles nasjonal pasientlegemiddelliste i sanntid vil være avgjørende for å redusere behovet for manuell samstemming og redusere risikoen for feil vesentlig i legemiddellistene.

### Involvering av pårørende ved legemiddelsamstemming

Et mindretall (38 prosent) av de ansatte opplever at informasjon fra pasient og pårørende brukes i stor eller svært stor grad for å kvalitetssikre legemiddellisten ved innkomst. Like mange (38 prosent) svarer i noen grad, mens 12 prosent svarer i liten eller svært liten grad.

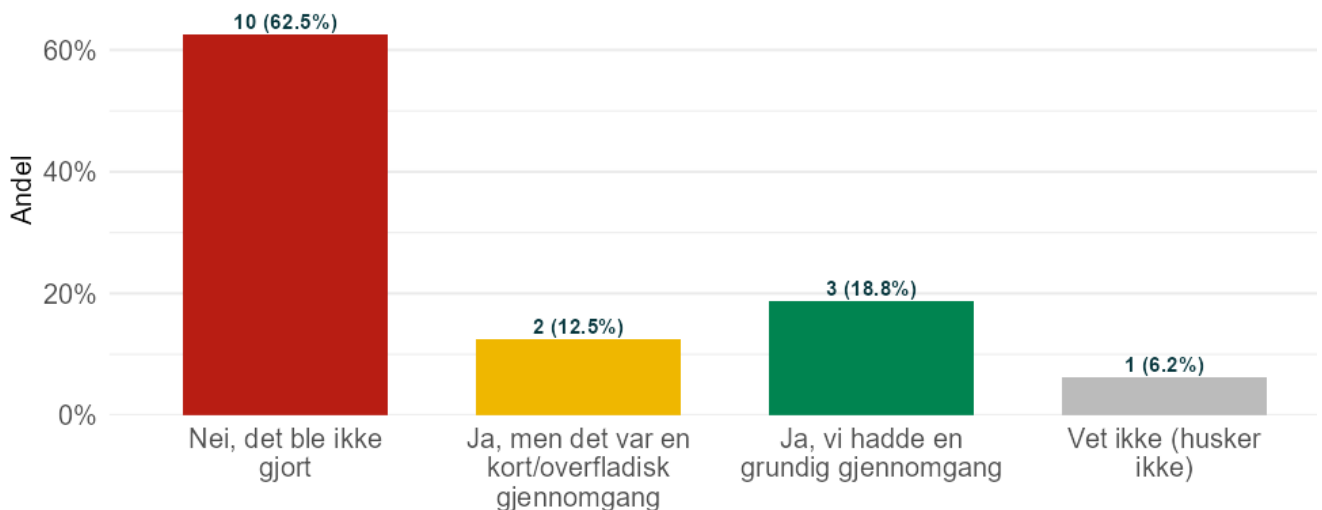
Figur 15 I hvilken grad opplever du at informasjon fra pasient og/eller pårørende blir aktivt brukt for å kvalitetssikre legemiddellisten (LIB) ved innkomst? (N = 24 ansatte)



Pårørendeundersøkelsen viser at et klart flertall (63 prosent) av de pårørende ikke opplevde at helsepersonell gikk gjennom medisinalisten sammen med dem ved innflytting. Kun 19 prosent rapporterer om en grundig gjennomgang, mens 13 prosent opplevde gjennomgangen som kort eller overfladisk.

Tre av fire pårørende (75 prosent) oppgir at helsepersonell ikke etterspurte informasjon om bruk av reseptfrie legemidler eller naturmidler. Mange (63 prosent) opplever også at de ikke ble spurt om kjente legemiddelreaksjoner eller allergier (Cave).

Figur 16 Opplevde du at helsepersonell gikk gjennom listen over medisiner sammen med deg/pasienten for å sikre at den var riktig da pasienten flyttet inn på sykehjemmet? (N = 16 pårørende)



Det tydeligste funnet i tilbakemeldingene fra pårørende på åpent spørsmål i pårørendeundersøkelsen er at de savner mer proaktiv informasjon fra sykehjemmet. Flere pårørende peker på at de ikke blir informert ved oppstart av nye legemidler eller ved doseendringer. Det rapporteres om at den informasjonen som gis ofte er tilfeldig, for eksempel i form av muntlige beskjeder over telefon. Flere etterspør en mer formalisert og skriftlig praksis, for eksempel utlevering av oppdaterte medisinalister årlig, eller i forbindelse med endringer. Samtidig trekker enkelte frem at det er uproblematisk å få informasjon dersom de selv tar initiativ og spør, noe som

indikerer at utfordringen ligger i mangel på rutiner og fast praksis, snarere enn manglende åpenhet og vilje hos personalet.

Til tross for mangler i informasjonsflyten, uttrykker flere pårørende en grunnleggende trygghet knyttet til at pasienten får riktig medisin på riktig måte i hverdagen. Dette tyder på at selve kjerneprosessen for utdeling av faste medisiner oppleves å fungere tilfredsstillende, selv om kommunikasjon med pårørende ikke fungerer optimalt.

Virksomhetsleder opplyser at helsetunet tar på alvor at flere pårørende opplever manglende involvering i pasientenes legemiddelbehandling, og erkjenner et behov for tydeligere kommunikasjon og bedre involvering i prosessen. Sykehjemmet overtar håndteringen av samtlige medisiner ved innkomst til langtidsopphold, og legemiddelgjennomgang og seponering i denne fasen gjennomføres gradvis, blant annet på grunn av skepsis blant pasienter og pårørende. Virksomhetsleder forklarer også at hele legemiddellisten ikke gjennomgås i detalj med pårørende under legemiddelgjennomganger, men at pårørende skal kontaktes ved oppstart av nye legemidler, medikamentbytter eller ved justering av behandling for uro hos pasienter med demensdiagnose. Det fremkommer imidlertid at informasjon om medikamentendringer i enkelte tilfeller ikke når pårørende raskt nok, eksempelvis som følge av svikt i informasjonsflyten ved vaktskifter.

Tilsynslegene opplyser at det er fast rutine å tilby pårørendesamtale ved både innkomst og årskontroll, og at de aller fleste pårørende takker ja til dette. Tilsynslegene peker imidlertid på at temaet legemidler ikke alltid får tilstrekkelig plass i samtalen, da andre vanskelige temaer knyttet til pasientens helsetilstand ofte dominerer samtalen. I tillegg medfører tidsklemme og andre prioriterte oppgaver at detaljert informasjon om pasientenes medisinbruk kan bli nedprioritert. Som mulige forklaringer på at pårørende opplever mangelfull involvering, trekkes det frem utfordringer hos enkelte pårørende med å ta inn eller huske gitt informasjon, samt at det i perioder har vært vikarleger som ikke har fulgt rutinene. For å sikre bedre og mer systematisk involvering foreslår tilsynslegene å innføre rutiner/sjekklistor som garanterer at legemidler adresseres i møtene med pårørende.

### 5.3. Legemiddelgjennomgang

#### *Tid fra innkomst til første registrerte legemiddelgjennomgang*

Saksgjennomgangen av 20 pasientjournaler viser at 17 pasienter ikke har fått registrert legemiddelgjennomgang i journalen innen fire uker (28 dager) etter innkomst. Kun 2 av 20 pasienter har fått registrert første legemiddelgjennomgang innen fristen. Tiden fra innkomst til første registrerte gjennomgang varierer fra 3 til 980 dager. Tre pasienter mangler helt registrert legemiddelgjennomgang. Én av disse fikk fast plass i januar 2026 og er fortsatt innenfor fristen på analysetidspunktet. De to øvrige fikk fast plass i henholdsvis desember 2024 og juni 2025.

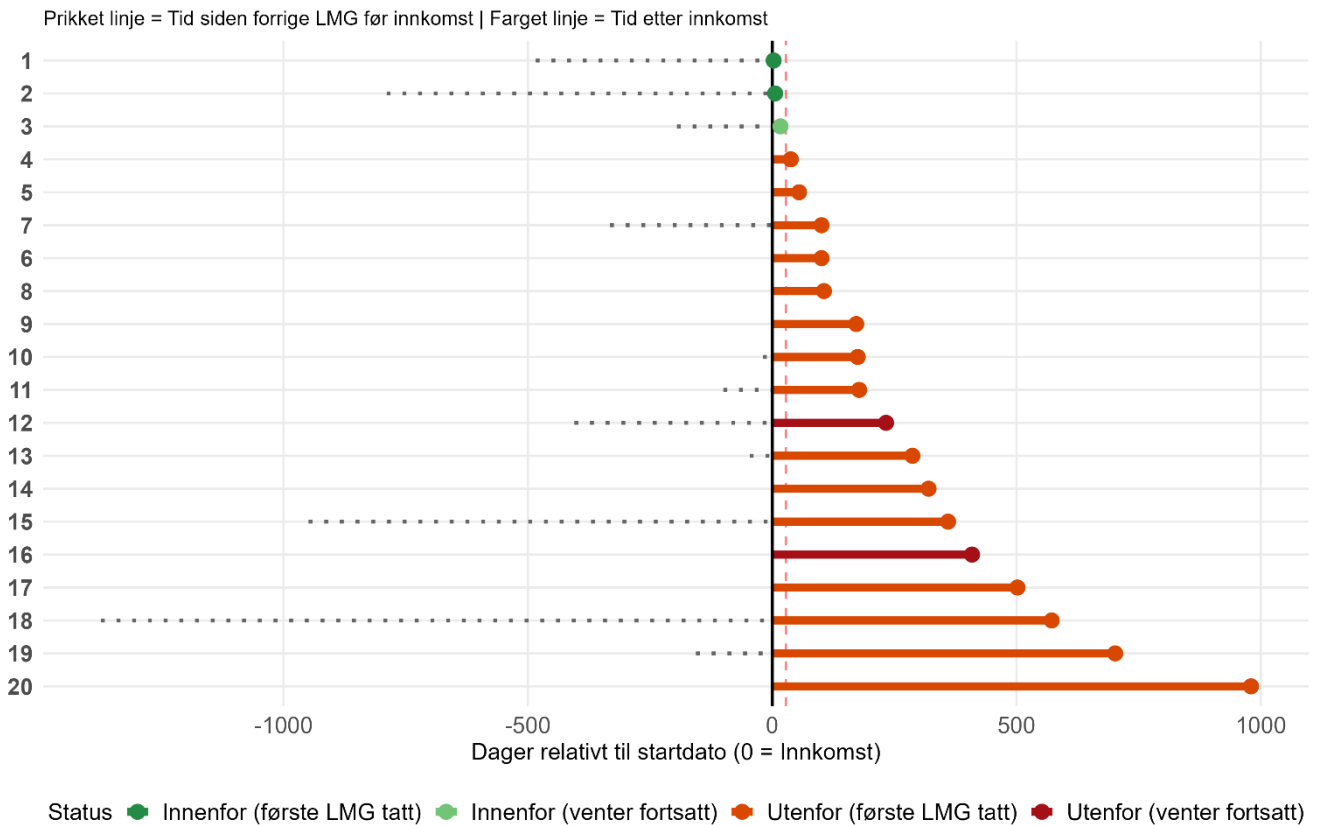
Figuren nedenfor illustrerer hvor lang tid det tok fra pasientene flyttet inn på sykehjemmet til de fikk sin første registrerte legemiddelgjennomgang. Den vertikale linjen markerer innkomstdatoen som er registrert i journalen. Den lys røde stiplede linjen, like til høyre for innkomstdatoen, markerer den anbefalte tidsfristen på fire uker. De mørke prikkede linjene, til venstre for innkomstdatoen, viser hvor lang tid som hadde gått siden pasientens forrige legemiddelgjennomgang før vedkommende fikk fast plass. De tykke fargede horisontale linjene, til høyre for innkomstdatoen, viser tiden fra innkomst til første registrerte legemiddelgjennomgang, eller hvor lenge pasienten eventuelt har ventet. Fargekodene angir statusen for hver enkelt pasient:

- Mørkegrønn: Legemiddelgjennomgang ble registrert innenfor fristen.
- Lysegrønn: Pasienten venter fortsatt på legemiddelgjennomgang, men er fremdeles innenfor fristen på analysetidspunktet (nyinnlagt).

- Oransje: Legemiddelgjennomgang er registrert, men etter frist.
- Mørkerød: Pasienten venter fortsatt, og fristen er overskredet.

Figuren rangerer de 20 anonymiserte pasientene fra korteste til lengste tid fra innkost til første registrerte legemiddelgjennomgang.

Figur 17 Tid fra innkost til første registrerte legemiddelgjennomgang



Tabellen nedenfor viser at antall registrerte legemiddelgjennomganger per pasient etter innkost varierer fra 0 til 6 per pasient. Tiden fra innkost til første registrerte gjennomgang varierer fra 3 til 980 dager. Tabellen viser også at i tillegg til to pasienter uten registrert legemiddelgjennomgang, har to pasienter som fikk fast plass i 2023 kun fått en gjennomgang registrert. Det er også tre pasienter med to registrerte gjennomganger, men hvor det er mer enn ett år mellom registreringene. I tabellen er utvalgte avvik fra krav eller forventninger markert med gul eller rød farge, mens utvalgte observasjoner innenfor norm er markert med grønn farge.

For én pasient fremgår det av journalen at det er gjennomført en legemiddelgjennomgang som ikke er registrert i IPLOS. Det faktiske antallet gjennomførte gjennomganger kan dermed være høyere enn det tabellen viser.

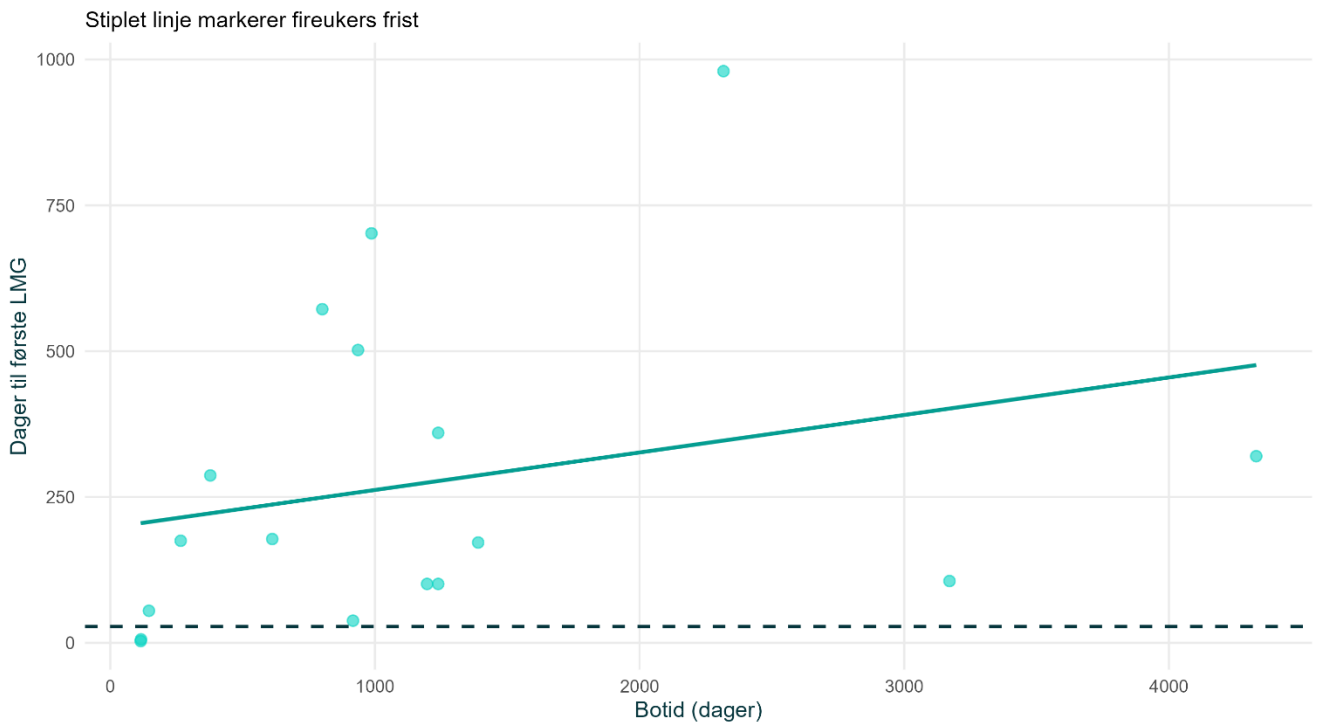
Tabell 9 Antall registrerte legemiddelgjennomganger per pasient (rangert etter antall legemiddelgjennomganger)

Innkomsdato	Dager til første reg. gjennomgang	Antall reg. gjennomganger etter innkomst	Gjennomsnitt antall dager mellom gjennomganger	Min tid mellom reg. gjennomgang	Maks tid mellom reg. gjennomganger
16/12/2024		0			
10/06/2025		0			
12/01/2026		0			
13/07/2023	502	1			
25/11/2023	572	1			
21/01/2025	287	1			
13/05/2025	175	1			
10/09/2025	55	1			
10/10/2025	6	1			
13/09/2022	360	2	545	545	545
25/10/2022	101	2	860	860	860
01/08/2023	38	2	636	636	636
23/05/2023	702	2	190	190	190
01/06/2024	178	2	161	161	161
11/10/2025	3	2	56	56	56
01/10/2019	980	4 <sup>64</sup>	364	273	416
15/04/2022	172	4	334	238	442
13/09/2022	101	4	263	46	658
28/03/2014	320	6	790	76	1843
30/05/2017	106	6	550	4	1034

Figuren og tabellen nedenfor viser en tendens til at pasienter med lengre botid også har lengre tid fra innkomst til første registrerte legemiddelgjennomgang. Pasienter som har fått fast plass i nyere tid har i gjennomsnitt kortere ventetid enn pasienter som flyttet inn for flere år siden.

<sup>64</sup> Pasienten har også en legemiddelgjennomgang som ikke er registrert i journal/IPLOS

Figur 18 Sammenheng mellom botid og tid til første gjennomgang (N = 17 pasienter med minimum en registrert legemiddelgjennomgang)



Kilde: Saksgjennomgang

Tabell 10 Tid til første gjennomgang fordelt på botidkategori (N = 17 pasienter med minimum en registrert legemiddelgjennomgang)

Botid	Antall	Gjennomsnitt	Median	Minimum	Maksimum
0-1 år	4	60	31	3	175
1-3 år	6	380	395	38	702
3-12 år	7	301	172	101	980

Virksomhetsleder opplyser at helsetunet har hatt perioder med få sykepleiere, høyt sykefravær og ustabile tilsynsleger, noe som har påvirket gjennomføringen av legemiddelgjennomgangene. Legevikarer satte seg ikke alltid tilstrekkelig inn i rutinene og dokumenterte i begrenset grad i journal. Virksomhetsleder forklarer at dette kan bidra til å forklare variasjonene i tid fra innkost til første registrerte legemiddelgjennomgang som saksgjennomgangen avdekker. Fra 2025 har helsetunet to faste tilsynsleger og fast legevisitt to ganger per uke. Virksomhetsleder opplyser at dette har gitt økt stabilitet, bedre kjennskap til pasientene og bedre etterlevelse av rutiner, blant annet ved at legene får tid til planlagte oppgaver og ikke bare akutte henvendelser. Virksomhetsleder opplyser videre at det er sannsynlig at ikke alle legemiddelgjennomganger er registrert i IPLOS/journal tilbake i tid, og at det dermed kan være gjennomført flere gjennomganger enn det som er registrert i journal.

Tilsynslegene opplyser at rutinen er at alle pasienter som får langtidsplass, skal få gjennomført en innkostjournal der aktuelle legemidler gjennomgås. Dette gjøres vanligvis i løpet av de første ukene etter innkost. Tilsynslegene er derfor overrasket over at saksgjennomgangen viser at en høy andel pasienter får første legemiddelgjennomgang registrert senere enn fire uker etter innkost, og at dokumentasjon mangler i mange tilfeller. Tilsynslegene forklarer at dette kan skyldes at gjennomgangene er gjennomført uten å bli dokumentert. De utelukker likevel ikke at legemiddelgjennomgangen i enkelte tilfeller kan ha blitt utelatt eller

glemt. Tilsynslegene viser også til at det har vært perioder med lengre legefravær, blant annet på grunn av permisjoner, der vikarleger har ivaretatt tilsynslegefunksjonen. Disse vikarlegene kan ha unnlatt å dokumentere legemiddelgjennomganger og latt være å gjennomføre oppgaver knyttet til inntøyst og årskonroller.

### Dokumentasjon av legemiddelgjennomganger

Revisjonen har kontrollert 65 registrerte legemiddelgjennomganger<sup>65</sup> fordelt på 19 pasienter<sup>66</sup>, hvorav 43 er gjennomført etter inntøyst.

Samlet er 17 av 43 (40 prosent) av de registrerte legemiddelgjennomgangene dokumentert i pasientjournalen slik at revisjonen kan bekrefte at en legemiddelgjennomgang faktisk har funnet sted. For 17 (40 prosent) er det ingen slik dokumentasjon, og for 9 (11 prosent) er det usikkert. I de tilfellene revisjonen er usikker, framgår det gjerne av legenotat at det har vært en legevisitt, men det framgår ikke eksplisitt at det har vært en legemiddelgjennomgang. Andelen dokumenterte gjennomganger har økt markant i 2025 (57 prosent) sammenlignet med tidligere år.

Tabell 11 Antall dokumenterte legemiddelgjennomganger (kun registrerte legemiddelgjennomganger etter inntøyst)

Dokumentert	Antall	Andel
Ja	17	40%
Nei	17	40%
Usikker	9	21%
Totalt	43	100%

Tabell 12 Antall dokumenterte legemiddelgjennomganger fordelt på år (kun registrerte legemiddelgjennomganger etter inntøyst)

År	Antall registrerte legemiddelgjennomganger etter inntøyst	Andel Nei/Usikker (%)	Andel Ja (%)
2015	2	100	0
2017	2	50	50
2020	1	100	0
2022	6	83	17
2023	7	100	0
2024	6	50	50
2025	19	37	63
<b>Totalt</b>	<b>43</b>		

Av de 17 dokumenterte legemiddelgjennomgangene er åtte gjennomført i forbindelse med årskonroll første halvår 2025, og syv er gjennomført med farmasøyt i 2024 og 2025.

Det er kun 4 av 17 dokumenterte legemiddelgjennomganger, som inneholder en vurdering av samtlige enkeltlegemidler. I like mange gjennomganger (4 av 17) er enkeltlegemidler kun delvis omtalt. I 9 av 17

<sup>65</sup> En av de 65 er ikke registrert i IPLOS

<sup>66</sup> En pasient har ingen legemiddelgjennomganger registrert i IPLOS

dokumenterte gjennomgangene er enkeltlegemidler ikke omtalt. Se tekstboks for eksempler på tekst, fra tre utvalgte legemiddelgjennomganger som kun omtaler enkeltmedisiner:

*Faktaboks 1 Eksempler på tekst, fra utvalgte legemiddelgjennomganger som ikke vurderer enkeltmedisiner*

«LMG: Finner indikasjon og rett dosering for aktuelle medikamenter. Aksepterer HbA1c på 55, vurderes ikke hensiktsmessig å justere/legge til antidiabetika pr nå.»

«Medisingjennomgang:

- Lite behov for Paracet og Sobril. Beholdes ved behov.
- Hatt god effekt etter økning av Remeron 15 mg ble lagt til på morgen, i januar. Mindre nedstemt. Beholdes.
- Ingen øvrige endringer»

«Gjennomgang medisiner, gjort LMG med farmasøyt i november. Finner ingen ytterligere endringer indisert ved dagens gjennomgang.»

Tilsynslegene forklarer at idealet for å dokumentere legemiddelgjennomgang er at hvert enkelt legemiddel kommenteres med indikasjon, dosering, forsiktighetsregler og eventuelle endringer. I praksis fører tidspress til at legene prioriterer å kommentere endringer og planen for evaluering, mens legemidler som vurderes som uendret i mindre grad kommenteres i journal. Legemiddelgjennomganger som gjennomføres i forbindelse med farmasøytbesøket er lettere å dokumentere grundig, ettersom det da er avsatt skjermet tid. Ved vanlige legevisitter og årskontroller er tiden mer begrenset, og muligheten for å dokumentere fullstendig i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer er svakere.

Tilsynslegene opplyser at de under farmasøytbesøket velger ut pasienter med lange og kompliserte medisinalister, og pasienter som ikke har hatt legemiddelgjennomgang på lang tid. Tilsynslegene forklarer at farmasøytbesøket gir økt kompetanse til både tilsynslegene og sykepleierne, og at det bidrar til bedre praksis resten av året ved å øke kompetansenivået på sykehjemmet.

Tilsynslegene peker også på at journalsystemet Gerica utgjør en vesentlig utfordring for å dokumentere legemiddelgjennomganger. Systemet mangler støtte for standardtekster og maler, slik at legen må starte med et blankt dokument og selv huske alle relevante punkter. Tilsynslegene vurderer at klarere sjekklister og et journalsystem med innebygde maler ville gjøre det vesentlig enklere å sikre at alle viktige punkter blir gjennomgått og dokumentert ved legemiddelgjennomganger. Kommunen er i slutfasen av en prosess med å anskaffe nytt journalsystem for pleie- og omsorgstjenestene.

Virksomhetsleder opplyser også at legene ikke alltid kommenterer legemidler som vurderes som uendret i forbindelse med legemiddelgjennomgang, og at de prioriterer å dokumentere det som er mest relevant. Mye akuttarbeid og mange korttidspasienter medfører også at legene ikke alltid rekker planlagte inntakssamtaler for langtids pasienter. Årskontroller utsettes også, og det forekommer fravær blant legene. Virksomhetsleder opplyser at det er rom for å forbedre rutineene for å dokumentere legemiddelgjennomganger, og at virksomheten tidligere har meldt avvik til legekantoret om manglende dokumentasjon fra fastlegevikarer. Legedokumentasjonen har ifølge virksomhetsleder blitt vesentlig bedre med faste tilsynsleger.

Virksomhetsleder peker også på manglende legetid som en vesentlig barriere, ettersom legene bruker mye tid på kartlegging, samtaler med pasienter og pårørende, akutte hendelser og palliative pasienter. Som forbedringspunkt fremhever virksomhetsleder mer detaljert dokumentasjon og digitalisering av det som i dag foreligger på papir.

## Arbeidspres som årsak

Et klart flertall (58 prosent) av de ansatte er helt eller delvis enige i at arbeidspreset gjør det utfordrende å følge alle rutiner for legemiddelhåndtering, mens 38 prosent er helt eller delvis uenige. Ingen svarer «verken eller», noe som tyder på at dette er et spørsmål respondentene har klare oppfatninger om.

Svarene varierer lite mellom stillingsgruppene som håndterer legemidler i det daglige. Blant sykepleierne er 4 av 6 (67 prosent) helt eller delvis enige, og blant helsefagarbeiderne gjelder det samme for 9 av 14 (64 prosent).

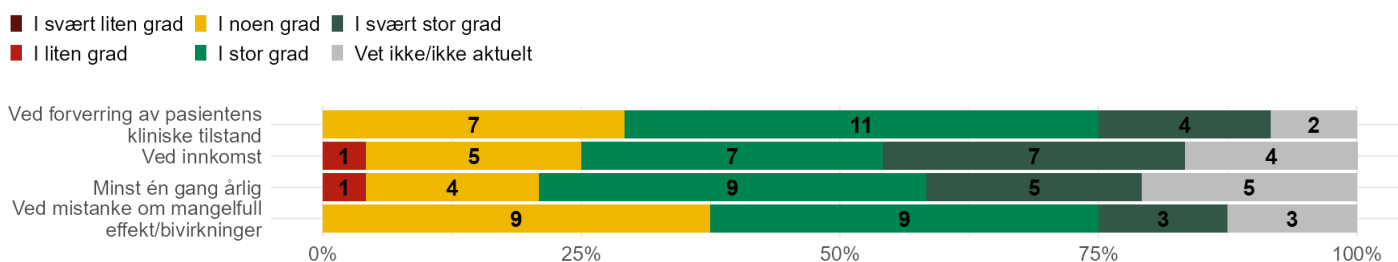
Tilsynslegene opplyser at manglende tid og ressurser utgjør en vesentlig utfordring som kan forklare flere av revisjonens funn. Det fremkommer også at sykehjemmet planlegger å utvide med ti nye sengeplasser uten en tilsvarende økning i antall legetimer. Ifølge tilsynslegene vil en slik kapasitetsutvidelse forverre den eksisterende tidsmangelen, ettersom ansvaret øker uten tilførsel av nødvendige ressurser. De understreker at tilstrekkelig tid er en avgjørende forutsetning for å kunne opprettholde forsvarlig kvalitet i pasientbehandlingen. Tilsynslegene fremhever på bakgrunn av dette et tydelig behov for økte ressurser til tilsynslegefunksjonen.

## Opplevd gjennomføring av legemiddelgjennomgang blant ansatte per februar 2026

Totalt sett opplever et flertall på 58 % av de ansatte at legemiddelgjennomgang ved innkomst gjennomføres i stor eller svært stor grad per februar 2026. Det er imidlertid en viss variasjon mellom yrkesgruppene, der virksomhetslederne har det mest positive inntrykket av gjennomføringsgraden. Omtrent en fjerdedel av respondentene (25 %) mener gjennomgangen kun i noen grad eller i liten grad blir utført ved innkomst. Denne gruppen består av helsefagarbeidere, sykepleier og tilsynslege.

Respondentene svarer relativt likt på spørsmål om legemiddelgjennomgang gjennomføres årlig og ved behov. Det er imidlertid en noe høyere andel som svarer «i noen grad» på spørsmålet om dette gjennomføres ved mistanke om mangelfull effekt eller bivirkninger.

Figur 19 | Hvilken grad gjennomføres legemiddelgjennomgang ...



I svarene på åpent spørsmål i spørreundersøkelsen er behandlingsoppfølging og systemisk legemiddelgjennomgang et annet sentralt tema. Det kommer blant annet fram at seponering av langvarige legemidler en utfordring, delvis på grunn av skepsis fra pårørende. Det etterlyses også en mer aktiv bruk av verktøy som STOPPFrail, for å redusere unødvendig legemiddelbruk. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy) er et anerkjent beslutningsstøtteverktøy, som brukes av leger og helsepersonell for å vurdere avmedisinering (avslutte medisinbruk) hos skrøpelige eldre som har begrenset forventet levetid.<sup>67</sup>

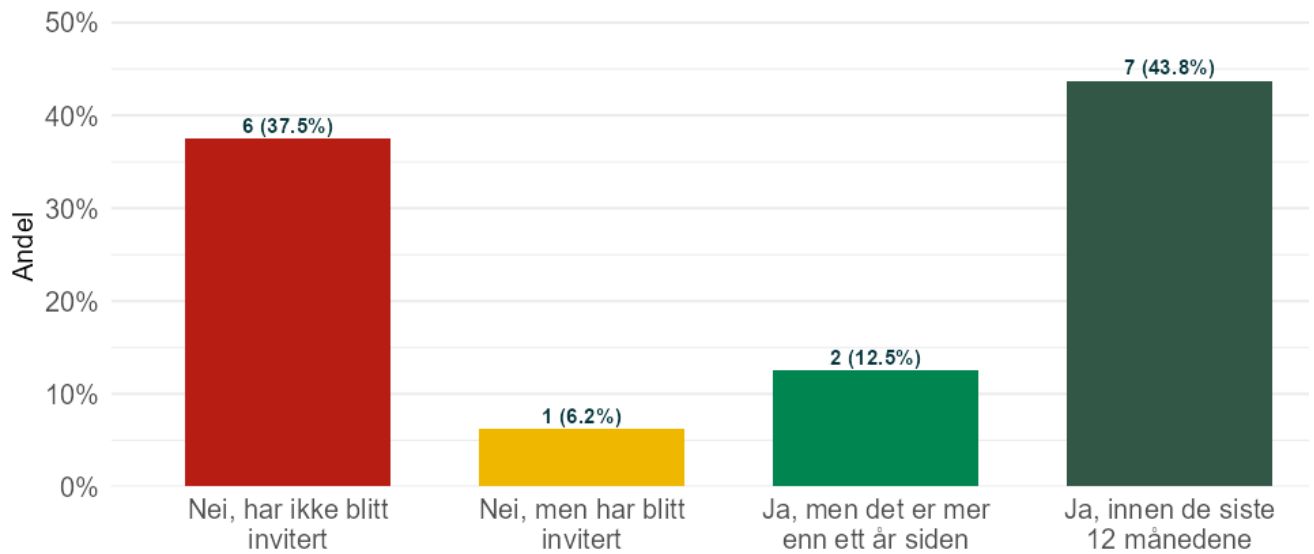
<sup>67</sup> Lavan, A. H., Gallagher, P., Parsons, C., & O'Mahony, D. (2017)

### Involvering av pårørende i legemiddelgjennomgang

Pårørendeundersøkelsen viser at under halvparten (44 prosent) av de pårørende har deltatt i en samtale der alle pasientens medisiner ble vurdert i løpet av de siste 12 månedene. Ytterligere 13 prosent oppgir at de har deltatt i en slik samtale, men at det er mer enn ett år siden. Til sammen har dermed 56 prosent erfaring med å ha deltatt i en legemiddelgjennomgang eller lignende.

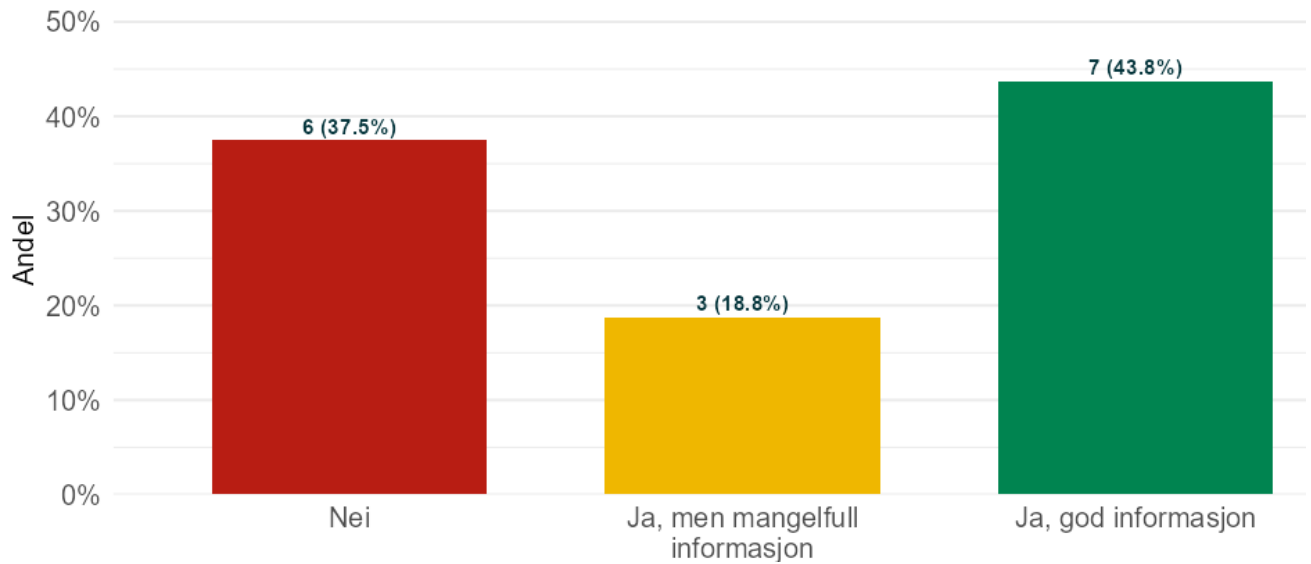
Over en tredjedel (38 prosent) av de pårørende rapporterer at de ikke har blitt invitert til en slik samtale i det hele tatt, mens én pårørende (6 prosent) oppgir å ha blitt invitert uten å delta.

*Figur 20 Har du/pasienten deltatt i en samtale med sykehjemslegen eller annet helsepersonell der alle pasientens medisiner ble vurdert (for eksempel legemiddelgjennomgang)? (N = 16 pårørende)*



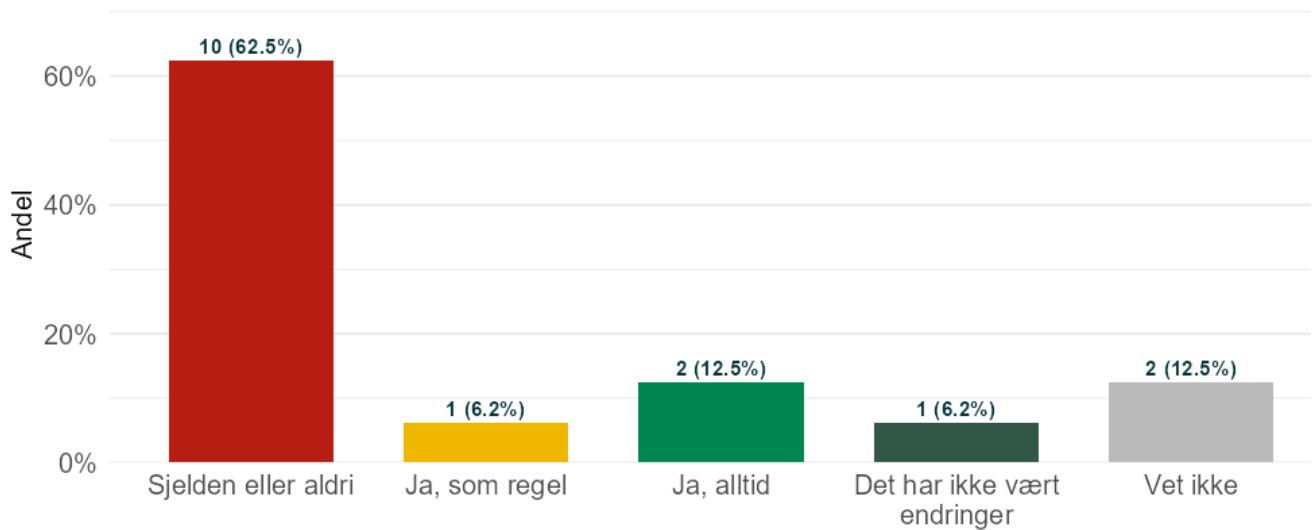
Pårørendeundersøkelsen viser at under halvparten (44 prosent) av de pårørende opplever at de har fått god informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker etter innflytting på sykehjemmet. Nærmere fire av ti (38 prosent) oppgir at de ikke har fått noen informasjon, mens 19 prosent har fått informasjon de opplever som mangelfull. Til sammen oppgir dermed et flertall (56 prosent) at informasjonen har vært mangelfull eller fraværende.

Figur 21 Har du fått informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker etter at pasienten flyttet inn på sykehjemmet? (N = 16 pårørende)



Et klart flertall (63 prosent) av de pårørende oppgir også at de sjelden eller aldri får beskjed når det gjøres endringer i pasientens legemiddelbruk. Kun 19 prosent svarer at de alltid eller som regel får slik informasjon. De øvrige svarer «vet ikke» (13 prosent) eller at det ikke har vært endringer (6 prosent).

Figur 22 Får du beskjed når det gjøres endringer i pasientens legemiddelbruk? (N = 16 pårørende)



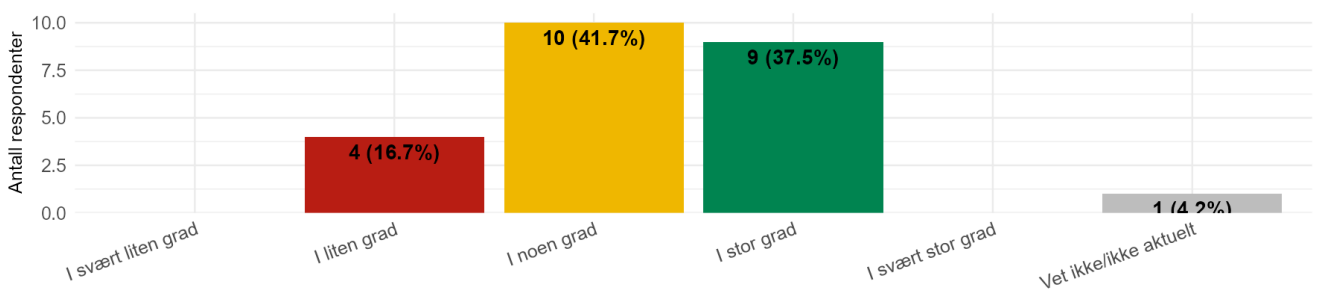
## 5.4. Observasjon og oppfølging av effekt

### Observasjon av legemiddelreaksjoner

Et mindretall (38 prosent) av de ansatte svarer at pasientens reaksjoner på legemidler i stor grad blir observert av helsepersonell i forbindelse med utdeling. Ingen svarer i svært stor grad. Mange (42 prosent) svarer i noen grad, og 17 prosent svarer i liten grad.

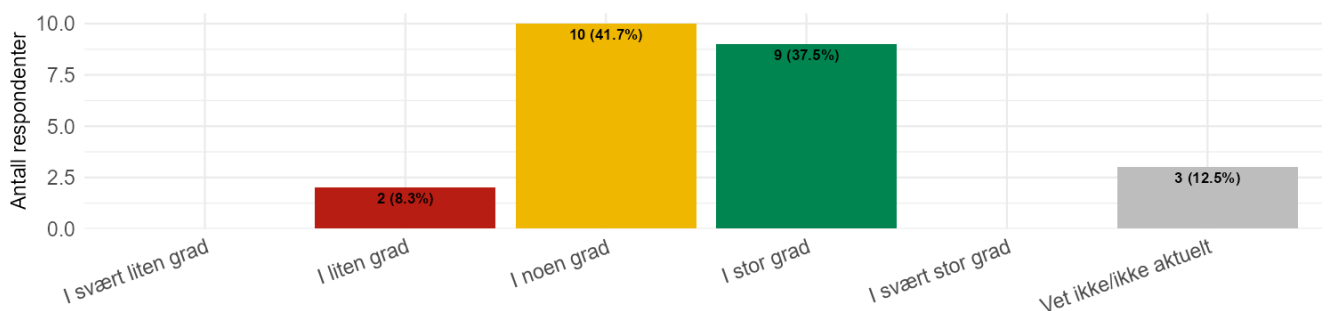
Svarene varierer mellom stillingsgruppene. Blant helsefagarbeiderne svarer 6 av 14 i stor grad, mens 5 svarer i noen grad og 2 i liten grad. Sykepleierne er jevnt fordelt, med 2 av 6 i hver av kategoriene stor grad, noen grad og liten grad. Begge virksomhetslederne svarer i noen grad.

Figur 23 I hvilken grad opplever du at pasientens reaksjoner på legemidler (effekt, manglende effekt og bivirkninger) blir observert av helsepersonell i forbindelse med utdeling av legemidler? (N = 24 ansatte)



Et mindretall (38 prosent) av de ansatte opplever at observasjoner av manglende effekt eller bivirkninger i stor grad rapporteres til behandlingsansvarlig lege. Ingen svarer i svært stor grad. Mange (42 prosent) svarer i noen grad, og 8 prosent svarer i liten grad.

Figur 24 I hvilken grad opplever du at observasjoner av manglende effekt eller bivirkninger blir rapportert til behandlingsansvarlig lege?



Et mindretall (21 prosent) av de ansatte opplever at observasjoner av manglende effekt eller bivirkninger i stor eller svært stor grad dokumenteres systematisk i pasientjournalen. De fleste (58 prosent) svarer i noen grad, og 17 prosent svarer i liten grad. Revisjonen har i saksgjennomgangen av pasientjournalene ikke funnet eksempler på at manglende effekt eller bivirkninger er dokumentert eksplisitt.

Et flertall (54 prosent) av de ansatte er helt eller delvis enige i at systematisk observasjon av legemiddelreaksjoner nedprioriteres til fordel for andre oppgaver, mens 33 prosent er helt eller delvis uenige.

Tabell 13 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering ved sykehjemmet: Systematisk observasjon nedprioriteres for andre oppgaver

Helt uenig	Delvis uenig	Verken eller	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/ikke relevant
3 (13 %)	5 (21 %)	2 (8.3%)	8 (33%)	5 (21%)	1 (4 %)

De ansatte oppgir flere sammensatte årsaker til at observasjon av legemiddelreaksjoner ikke gjennomføres systematisk. De hyppigst oppgitte årsakene er at mange pasienter skal ha legemidler samtidig (46 prosent), forstyrrelser og avbrytelser under utdeling (42 prosent) og manglende opplæring i hva som skal observeres (42 prosent). Deretter følger manglende tid eller høyt arbeidspress (38 prosent) og mye bruk av vikarer eller ufaglærte (33 prosent). Strukturelle forhold som uklar ansvarsfordeling (21 prosent), rutiner som ikke følges i praksis (21 prosent) og uklare rutiner (17 prosent) oppgis av en mindre andel.

Helsefagarbeiderne peker oftest på kapasitetsrelaterte årsaker: 9 av 14 oppgir forstyrrelser under utdeling, og 7 av 14 oppgir samtidige legemiddelutdelinger, manglende opplæring og manglende tid. Sykepleierne skiller seg ut ved at uklar ansvarsfordeling er den årsaken flest i denne gruppen oppgir (4 av 6).

Tabell 14 Hva er eventuelt de viktigste årsakene til at observasjon av reaksjoner på legemidler (effekt, manglende effekt og bivirkninger) ikke blir systematisk gjennomført? (N = 24 ansatte=

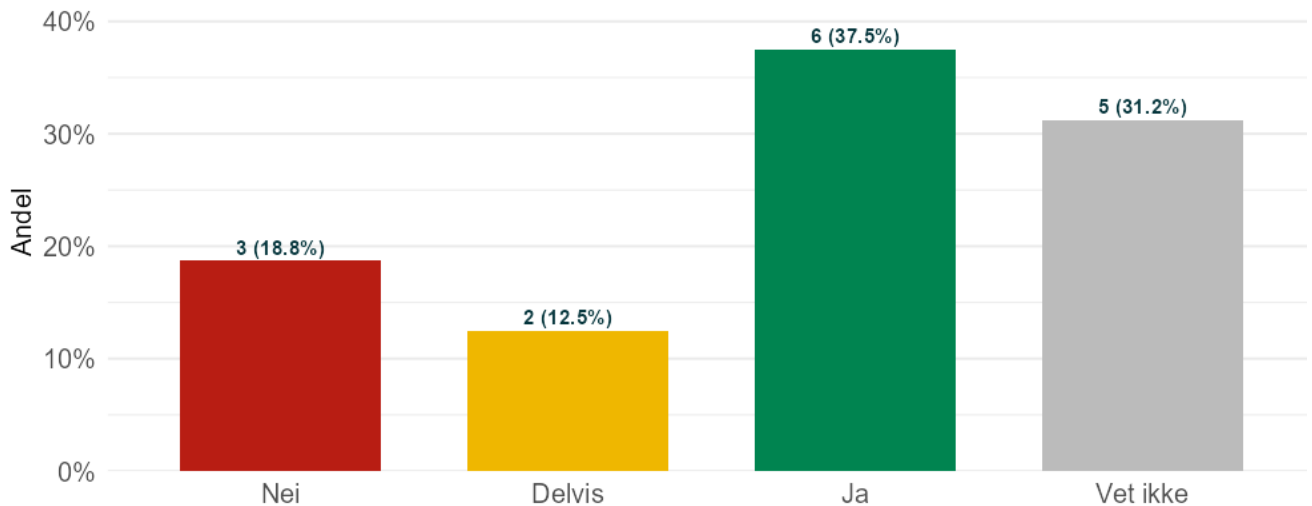
Svaralternativ	Antall	Andel
Mange pasienter skal ha legemidler samtidig	11	46
Forstyrrelser og avbrytelser under utdeling	10	42
Manglende opplæring i hva som skal observeres	10	42
Manglende tid eller høyt arbeidspress	9	38
Mye bruk av vikarer/ufaglærte	8	33
Rutiner finnes, men følges ikke i praksis	5	21
Uklar ansvarsfordeling mellom personell	5	21
Uklare eller mangelfulle rutiner for observasjon	4	17
Lite hensiktsmessige verktøy/dokumentasjonssystemer	3	13
Vet ikke/ikke relevant	3	13
Manglende tilgang til PC/nettbrett nær pasienten	1	4
Ingen av de ovennevnte	1	4

I svar på åpent spørsmål i spørreundersøkelsen til ansatte fremkommer det tydelige forbedringspunkter knyttet til dokumentasjon av effekt ved bruk av behovsmedisin. Tilsynslege rapporterer om regelmessige avvik der behovsmedisiner er indisert, men ikke blir gitt. Samtidig etterlyses det forbedring i dokumentasjonen knyttet til både effekt, manglende effekt og eventuelle bivirkninger av behovsmedisinene som faktisk administreres.

Ansatte uttrykker også en opplevelse av at faglige observasjoner fra pleiepersonell ikke alltid tas på alvor, og at avfeing med formuleringer som "sånn er det bare" svekker faget og skaper avstand mellom personellgrupper.

Av de 16 pårørende svarer 38 prosent at de opplever at helsepersonell følger med på hvordan legemidlene virker på pasienten. Til sammen oppgir 31 prosent at oppfølgingen er mangelfull eller fraværende, fordelt på 19 prosent som svarer nei og 13 prosent som svarer delvis. Nærmere én av tre (31 prosent) svarer «vet ikke».

*Figur 25 Opplever du at helsepersonell følger med på hvordan legemidlene virker på pasienten (f.eks. bivirkninger eller manglende effekt av medisiner)? (N = 16 pårørende pårørende)*



I svar på åpent spørsmål i pårørendeundersøkelsen kommer det fram en bekymring blant enkelte knyttet til de ansattes kliniske observasjonsevne. Det trekkes frem eksempler på at tegn på underliggende infeksjoner (som urinveisinfeksjon) ikke har blitt fanget opp av personalet, men i stedet avdekkes og meldes inn av pårørende. Mangelfull oppfølging av sykdomsutvikling, prøvesvar og antibiotikabruk blir også påpekt. Slike opplevelser rapporteres å ha en direkte negativ innvirkning på de pårørendes tillit til fagkompetansen hos sykehjemmets ansatte blant enkelte pårørende.

Tilsynslegene opplyser at dokumentasjon av legemiddeleffekt, særlig ved behovsmedisin, er avgjørende for legenes mulighet til å evaluere behandlingen, men at den tilhørende kolonnen på avdelingenes papirbaserte signeringslister ofte står tom. Det fremkommer at legene mottar mye nyttig muntlig informasjon fra sykepleiere i forkant av legevisitter, men at den manglende skriftligheten i informasjonsoverføringen utgjør en vesentlig svakhet.

Tilsynslegene peker videre på at sykepleiere under visitt ofte mangler et tilstrekkelig skriftlig dokumentasjonsgrunnlag for å uttale seg presist om legemidlenes virkning, noe som gjør det krevende for legene å beslutte om legemiddelbehandling skal videreføres eller seponeres. Tilsynslegene anser manglende systematisk dokumentasjon av legemiddelreaksjoner som det området med størst forbedringspotensial ved helsetunet. Det trekkes også fram at journalsystemet Geric mangler en hensiktsmessig funksjonalitet for å opprettholde en lett tilgjengelig og systematisk oversikt over utdelinger og reaksjoner, noe som i praksis gjør sykehjemmet avhengig av manuelle signeringsark som i etterkant må skannes inn i pasientjournalen.

Virksomhetslederen opplyser at arbeidet med observasjon av legemiddeleffekt og bivirkninger ved Gol helsetun ikke er tilstrekkelig systematisert, noe som medfører at observasjoner ofte formidles muntlig og sjelden dokumenteres eksplisitt som bivirkninger i pasientjournalen. Selv om journalnotatene vurderes som forbedret det siste året, peker virksomhetslederen på et behov for bedre opplæring og tydeligere instruksjoner til helsefagarbeidere om spesifikke observasjonskriterier ved oppstart av nye legemidler.

Virksomhetsleder forklarer også at sykehjemmet benytter standardiserte kartleggingsverktøy som ESAS, Barthel og MOBID, og gjennomfører tverrfaglige møter to ganger ukentlig for å vurdere kartlegginger og miljøtiltak før eventuell medikamentell behandling. Det fremkommer videre av intervjuet at legene og ledelsen følger opp pasienttilstanden gjennom daglige rapporter, pleienotater i Gerica og runder i avdelingen.

## 5.5. Vurderinger knyttet til legemiddelhåndteringsprosessen

### *Legemiddelsamstemming*

Gol kommune har etablert rutiner for legemiddelsamstemming som i all hovedsak samsvarer med nasjonale krav og forventninger. Rutinene dekker sentrale situasjoner der samstemming skal gjennomføres, og fastsetter at sykepleier skal innhente informasjon fra skriftlige kilder og verifisere denne gjennom samtale med pasient eller pårørende. Revisjonen vurderer at kommunen har etablert et godt rammeverk for legemiddelsamstemming.

Undersøkelsen viser også at helsetunet i all hovedsak har etablert en fungerende praksis for gjennomføring av legemiddelsamstemming. Virksomhetsleder beskriver at sykepleierne sammenligner epikriser med eksisterende legemiddellister og avklarer uoverensstemmelser med lege. Tilsynslegene opplyser at de ved legevisitt kontrollerer at listen stemmer med epikrisen. Spørreundersøkelsen viser at et flertall av de ansatte opplever rutinene som best etablert ved innkomst. Samtidig opplever også om lag en av fem at det er et forbedringspotensial knyttet til legemiddelsamstemming. Denne gruppen omfatter helsefagarbeidere, sykepleiere og tilsynslege.

Undersøkelsen viser imidlertid svakheter i hvordan samstemmingen dokumenteres i pasientjournal. Helsepersonell dokumenterer ikke eksplisitt i journalen at legemiddelsamstemming er utført, som en selvstendig aktivitet. Når samstemmingen ikke journalføres, svekkes muligheten for å etterprøve at den faktisk er gjennomført.

Det er også svakheter knyttet til involvering av pårørende i legemiddelhåndteringen. Pårørendeundersøkelsen viser at et flertall av de pårørende opplever at de i for liten grad ble involvert i legemiddelhåndtering. Et klart flertall (63 prosent) opplevde ikke at det ble foretatt en gjennomgang av medisinalisten sammen med dem ved innflytting. Videre opplever 56 prosent at informasjonen om pasientens legemidler etter innflytting har vært mangelfull eller fraværende, og 63 prosent oppgir at de sjelden eller aldri får beskjed når det gjøres endringer i legemiddelbehandlingen. Heller ikke de ansatte opplever at informasjon fra pasient og pårørende i stor grad brukes for å kvalitetssikre legemiddellistene.

Nasjonale faglige råd anbefaler at pasient og pårørende bør delta aktivt ved legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Funnene er særlig relevante ettersom de fleste pasientene ved helsetunet har en demensdiagnose, noe som gjør at pårørendes kunnskap kan være viktig for å kvalitetssikre legemiddellisten. Etter revisjonens vurdering peker funnene samlet på et forbedringspotensial når det gjelder å involvere pårørende i legemiddelhåndteringen.

Tilsynslegene opplyser at det er fast rutine å tilby pårørendesamtale ved innkomst og årskontroll, og at de aller fleste pårørende takker ja. Tilsynslegene peker på flere mulige forklaringer på pårørendes opplevelse: at pårørende ikke husker informasjonen som ble gitt, at vikarleger i perioder ikke fulgte rutinene, og at legemidler ikke alltid får tilstrekkelig plass i samtaler der andre vanskelige temaer dominerer. Virksomhetsleder viser til at de fleste pasientene er kjent for kommunen fra før, ettersom de har mottatt hjemmetjenester. Virksomhetsleder erkjenner likevel at helsetunet bør bli bedre til å involvere pårørende i legemiddelhåndteringen.

Tilsynslegene peker videre på at mangelfulle medisinlister fra spesialisthelsetjenesten utgjør en vesentlig utfordring for legemiddelsamstemmingen. Dette forholdet ligger utenfor kommunens kontroll, men forsterker behovet for grundig samstemming ved sykehjemmet.

Etter revisjonens vurdering har Gol kommune tilfredsstillende rutiner for legemiddelsamstemming som sikrer at nødvendige faglige oppgaver knyttet til samstemming i all hovedsak gjennomføres ved innkomst. Revisjonen vurderer likevel at praksisen har svakheter knyttet til dokumentasjon av gjennomført samstemming i pasientjournal og involvering av pårørende. Mangelfull dokumentasjon svekker muligheten for etterprøvbarehet og kvalitetssikring. At et klart flertall av de pårørende opplever å ikke bli involvert i gjennomgang av medisinlisten ved innflytting, kan innebære en risiko for at viktig informasjon om pasientens faktiske legemiddelbruk ikke fanges opp ved overgang til institusjon. Denne risikoen forsterkes av at de fleste pasientene har en demensdiagnose og at spesialisthelsetjenestens medisinlister kan være mangelfulle.

### **Legemiddelgjennomgang**

Undersøkelsen viser at Gol kommune har etablert skriftlige rutiner som stiller krav om legemiddelgjennomgang ved innkomst og minimum én gang årlig for langtidspasienter. Kommunen har også inngått samarbeid med farmasøyt, som deltar i legemiddelgjennomganger for utvalgte pasienter. Spørreundersøkelsen viser at et flertall av de ansatte opplever at systematiske legemiddelgjennomganger i stor grad gjennomføres i tråd med rutinene per februar 2026, mens om lag en fjerdedel vurderer at gjennomgangene kun i noen eller liten grad gjennomføres i tråd med rutinene.

Saksgjennomgangen viser imidlertid at kommunen i liten grad oppfylder forventningen om registrert legemiddelgjennomgang innen fire uker etter innkomst. Av 20 kontrollerte pasienter har 17 fått sin første legemiddelgjennomgang registrert etter fireukersfristen. Tidsintervallet fra innkomst til første registrerte gjennomgang varierer fra 3 til 980 dager, og to pasienter mangler helt registrert gjennomgang etter frist. Flere av pasientene har mottatt hjemmetjenester og er allerede registret i kommunens systemer før de får fast plass. Etter revisjonens vurdering innebærer dette likevel en risiko for svikt i oppfølgingen av legemiddelbruk ved overgang til sykehjemmet. Pasienter som venter lenge uten en dokumentert, systematisk gjennomgang av legemiddelbehandlingen, kan ha legemiddelrelaterte problemer som ikke blir avdekket eller korrigert i tide.

Virksomhetsleder forklarer at perioder med ustabile tilsynsleger, høyt sykefravær blant sykepleiere og høyt arbeidspress kan forklare at legemiddelgjennomganger gjennomføres for sent eller for sjeldent eller at det ikke er gjennomført eller registrert. Revisjonen understreker at mangelfull dokumentasjon i seg selv utgjør et avvik fra kravet om journalføring, og svekker muligheten for å etterprøve at gjennomgangene faktisk har funnet sted. Saksgjennomgangen viser samtidig at nyere pasienter har fått gjennomgang registrert raskere, noe som kan forklares med at helsetunet fra 2025 har to faste tilsynsleger.

Dokumentasjonen av legemiddelgjennomganger er også mangelfull målt mot forventningen om journalføring med beskrivelse av behov, deltakere, tiltak og oppfølgingsplan. Av 43 registrerte legemiddelgjennomganger etter innkomst er kun 17 (40 prosent) dokumentert i pasientjournalen på en måte som gjør det mulig for revisor å bekrefte at en gjennomgang faktisk har funnet sted. For 17 registrerte gjennomganger finner revisjonen ingen dokumentasjon i journal, og for 9 er det usikkert. I mange tilfeller refererer legenotater til legevisitter uten at det fremgår eksplisitt at det er gjennomført en legemiddelgjennomgang. Mangelfull journalføring innebærer at det verken er mulig å etterprøve innholdet i gjennomgangene eller vurdere om oppfølgings tiltak er iverksatt.

Videre inneholder kun 4 av 17 dokumenterte legemiddelgjennomganger en vurdering av enkeltlegemidler. God praksis forutsetter at en legemiddelgjennomgang omfatter en systematisk vurdering av alle pasientens legemidler, inkludert en bekreftelse på at det fortsatt foreligger en medisinsk indikasjon for hvert enkelt

preparat. Når gjennomgangene dokumenteres med generelle formuleringer uten konkrete vurderinger av enkeltlegemidler, svekkes muligheten for etterprøvbarehet og forsvarlig oppfølging.

Tilsynslegene forklarer at tidspress medfører at de prioriterer å kommentere legemidler som skal seponeres, mens øvrige legemidler i mindre grad dokumenteres i journal. Tilsynslegene trekker også frem journalsystemet Gerica som en vesentlig utfordring, da systemet mangler støtte for standardtekster og maler.

Andelen dokumenterte gjennomganger har imidlertid økt markant i 2025 sammenlignet med tidligere år. Dette året er 12 av 19 registrerte legemiddelgjennomgang dokumentert i journal.

Kommunen er også i slutfasen med anskaffelse av nytt elektronisk journalsystem, noe som på sikt kan gjøre det enklere å dokumentere legemiddelgjennomganger i tråd med nasjonale forventninger.

Etter revisjonens vurdering har Gol kommune rutiner for legemiddelgjennomgang som i stor grad samsvarer med nasjonale krav og forventninger. Revisjonen vurderer likevel at det foreligger et avvik mellom kommunens rutiner og den faktiske etterlevelsen slik den fremgår av pasientjournalene. Sen registrert legemiddelgjennomgang ved innkost, varierende gjennomføringsfrekvens, mangelfull journalføring og utilstrekkelig detaljeringsnivå i dokumentasjonen innebærer en risiko for at pasienter bruker legemidler uten nødvendig kontroll og oppfølging. Undersøkelsen viser samtidig en positiv utvikling, der en mer stabil legesituasjon fra 2025 bidrar til en klar forbedring over tid. Både virksomhetsleder og tilsynsleger peker på manglende tid som en sentral årsak til avvikene, særlig knyttet til legekapasitet.

### ***Utdeling, observasjon og oppfølging av effekt og bivirkninger***

Gol helsetun har fastsatt rutiner som krever at helsepersonell observerer legemidlenes virkning og eventuelle bivirkninger, og melder fra til sykepleier eller lege ved uventede reaksjoner.

Undersøkelsen viser imidlertid at observasjon av pasientens reaksjoner ved utdeling i for liten grad er systematisert. Et flertall av respondentene opplever ikke at observasjonspraksisen er fullt ut etablert i det daglige legemiddelarbeidet. Også tilsynslegene vurderer observasjonspraksisen som et område med betydelig forbedringspotensial. Manglende systematikk i observasjonen innebærer en risiko for at bivirkninger eller sviktende behandlingseffekt ikke fanges opp og meldes til behandlingsansvarlig lege.

De ansatte oppgir flere barrierer for systematisk observasjon: samtidig utdeling til mange pasienter, forstyrrelser under utdeling, tidspress og manglende opplæring i hva som skal observeres. At 42 prosent oppgir manglende opplæring, er særlig bekymringsfullt. Observasjon og rapportering av legemidlenes effekt og eventuelle bivirkninger er en sentral del av legemiddelhåndteringsprosessen, og forutsetter at helsepersonell vet hva de skal se etter. Manglende opplæring på dette området øker risikoen for at vesentlige kliniske endringer hos pasientene ikke fanges opp eller meldes til behandlingsansvarlig lege.

Undersøkelsen viser også at rapporteringspraksisen til behandlingsansvarlig lege i stor grad er muntlig, personavhengig og varierende. Tilsynslegene peker på at manglende skriftlig dokumentasjon, særlig av effekt ved behovsmedisin, svekker deres grunnlag for å evaluere behandlingen. Halvparten av respondentene oppgir også at rapportering skjer «i noen grad» eller «i liten grad». Manglende systematikk i rapporteringen av effekt til lege innebærer en risiko for at behandlingsansvarlig lege ikke får tilstrekkelig grunnlag til å vurdere og eventuelt justere legemiddelbehandlingen.

Etter revisjonens vurdering sikrer ikke Gol kommune i tilstrekkelig grad forsvarlig oppfølging av legemidlenes effekt og bivirkninger etter utdeling. Observasjon av legemiddelreaksjoner er ikke i tilstrekkelig grad systematisk integrert i den daglige utdelingspraksisen, dokumentasjon av effekt og bivirkninger er mangelfull, og rapportering til behandlingsansvarlig lege er i for stor grad muntlig og personavhengig. Kombinasjonen av

tidspress og manglende opplæring øker risikoen for at vesentlige kliniske endringer hos pasientene ikke fanges opp, dokumenteres eller meldes til behandlingsansvarlig lege. Dette området fremstår som det mest sårbare leddet i legemiddelhåndteringen ved helsetunet.

## 6. Revisjonens konklusjon

Gol kommune har etablert et rammeverk med rutiner som samsvarer godt med kravene til forsvarlig legemiddelhåndtering. Kommunen har klare krav til delegasjon og kompetanse, skriftlige rutiner for sentrale delprosesser og avtale om farmasøytisk tilsyn. Det er videre en positiv utvikling ved at kommunen har stabilisert legesituasjonen fra og med 2025 og har økt oppmerksomheten om bruk av risikovurderinger.

Revisjonen vurderer likevel at det er flere avvik mellom de etablerte rutinene og den faktiske etterlevelsen, noe som innebærer at legemiddelhåndteringen ved Gol helsetun har et forbedringspotensial.

De viktigste svakhetene som er avdekket gjennom undersøkelsen gjelder følgende områder:

- Observasjon, dokumentasjon og oppfølging av legemiddeleffekt og bivirkninger er det mest sårbare leddet. Systematisk observasjon er i for liten grad integrert i daglige utdelingspraksis, dokumentasjon av legemiddelreaksjoner er mangelfull, og rapportering til behandlingsansvarlig lege er i for stor grad muntlig og personavhengig. Kompetansen vurderes også som svakest på det området sykehjemmet selv har identifisert som det høyeste risikoområdet – utdeling og observasjon.
- Arbeidsforholdene legger i begrenset grad legger rette for uforstyrret istandgjøring av legemidler, og dobbeltkontrollen gjennomføres ikke alltid reelt uavhengig i tråd med rutinene. Konsekvensen er økt risiko for at feil ved istandgjøring, som feil dose eller feil preparat, når pasienten uten å bli oppdaget.
- Legemiddelgjennomgang gjennomføres i varierende grad i henhold til nasjonale forventinger og dokumentasjon er mangelfull. De fleste (17 av 20) pasientene mangler registrerte legemiddelgjennomgang innen fire uker etter innkomst. Kun en fjerdedel av de registrerte gjennomgangene er dokumentert i journal, og få inneholder en systematisk vurdering av enkeltlegemidler.
- Når det gjelder legemiddelsamstemmingen har kommunen tilfredsstillende rutiner, men det er en svakhet at de ikke dokumenteres i pasientjournal.
- Undersøkelsen viser svakheter i kommunens involvering av pårørende i legemiddelhåndteringen. Et klart flertall av de pårørende opplever at de ikke ble involvert i gjennomgang av medisinalisten ved innflytting og at de sjelden eller aldri får beskjed ved endringer i legemiddelbehandlingen.
- Avvikssystemet fanger i økende grad opp hendelser, men risiko for underrapportering og manglende opplevelse av at avvik fører til faktiske forbedringer svekker systemets funksjon som verktøy for læring og kvalitetsforbedring.

Det er gjennomgående for de ovennevnte funnene en spenning mellom de formelle, planlagte prosessene og rutinene, som framstår som etablerte, og den løpende, daglige observasjonen og oppfølgingen, som er mer sårbar. Kapasitetsutfordringer og arbeidspres fremstår som bakenforliggende faktorer som kan forklare flere av svakhetene som er avdekt i undersøkelsen. Tilsynslegene understreker også at manglende tid og ressurser er en viktig faktor som kan forklare mange av funnene i revisjonen, og peker på at planlagt utvidelse med nye sengeplasser uten økte legeressurser vil kunne forsterke utfordringene.

Revisjonen konkluderer med at Gol kommune har etablert et godt rammeverk med rutiner som samsvarer med kravene til forsvarlig legemiddelhåndtering. Undersøkelsen avdekker imidlertid svakheter i etterlevelse og dokumentasjon som medfører risiko for at legemiddelhåndteringen ikke i tilstrekkelig grad sikrer pasientsikkerheten. Dette gjelder særlig observasjon, dokumentasjon og oppfølging av legemiddeleffekt og bivirkninger, som framstår som det mest sårbare leddet. Kommunen er imidlertid i en positiv utviklingsprosess på flere områder, blant annet gjennom en mer stabil legesituasjon og økt oppmerksomhet om bruk av risikovurderinger.

## 7. Anbefalinger

På bakgrunn av revisjonens funn og vurderinger anbefaler revisjonen at kommunedirektøren i Gol iverksetter følgende tiltak for å styrke internkontrollen og sikre forsvarlig legemiddelhåndtering ved Gol helsetun:

1. Styrke systematisk observasjon, dokumentasjon og rapportering av legemiddeleffekt og bivirkninger, inkludert sikre at helsepersonell har tilstrekkelig opplæring i hva som skal observeres, at observasjoner dokumenteres i pasientjournalen, og at relevante funn rapporteres systematisk til behandlingsansvarlig lege
2. Gjennomgå arbeidsorganiseringen ved istandgjøring og tilberedning for å sikre at arbeidet kan gjennomføres uten forstyrrelser og at dobbeltkontroll gjennomføres reelt uavhengig i tråd med virksomhetens egne rutiner
3. Sikre at legemiddelgjennomgang gjennomføres og dokumenteres i tråd med nasjonale krav og forventninger, inkludert at første gjennomgang registreres innen fire uker etter innkomst og at gjennomgangene journalføres med beskrivelse av vurderinger
4. Forbedre informasjonen til og involveringen av pårørende i legemiddelhåndteringen slik at pårørende får god informasjon og holdes orientert om endringer i legemiddelbehandlingen

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektøren til uttalelse. Kommunedirektørens uttalelse datert 24. mars 2026 er vedlagt rapporten.

Drammen, 25. mars 2026

Anne-Lise Stender

prosjektmedarbeider

Morten L. Kallevig

prosjektleder

Torkild Halvorsen

oppdragsansvarlig revisor

## Referanser

### **Stortingsdokumenter**

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

### **Forskrifter**

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (Legemiddelhåndteringsforskriften)

### **Veiledning**

Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015. Siste faglige endring: 18. september 2025

Helsedirektoratet (2018) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift

Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Nasjonale faglige råd

Helsedirektoratet (2025) Legemiddelhåndtering. Rundskriv

Helsedirektoratet m.fl. (2024) Sjekkliste ved legemiddelgjennomgang

Helsetilsynet (2021) Gode rutiner for legemiddelhåndtering

### **Rapporter**

KS (2023) Digital legemiddelhåndtering i kommunal sektor

Senter for omsorgsforskning (2016) Legemiddelbruk og pasientsikkerhet

Lavan, A. H., Gallagher, P., Parsons, C., & O'Mahony, D. (2017). STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age and Ageing*, 46(4), 600–607.

### **Tilsyn**

Helsetilsynet/Statsforvalteren (2022) Vestre Toten kommune - Gimle sykehjem

### **Nettsider**

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

### **Dokumenter fra Gol kommune**

Gol kommune (2023) Strategisk kompetanseplan helse og omsorg 2023-2026

Gol kommune (2025) Brukere på langtidspasienter

Gol kommune (2025) Økonomiplan for 2025 — 2028 og årsbudsjett 2025

Gol kommune (2025) Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Gol kommune – Compilo

Gol kommune (2025) Risikoanalyse legemiddelhåndtering

Gol kommune. Årskontroll (Compilo)

Gol kommune. Avtale om farmasøytisk tilsyn

Gol kommune. Legemiddelsamstemming (Compilo)

Gol kommune. Narkotikakontroll av årsoppgjør 2024.

Gol kommune. Tilbakemelding på rapport fra farmasøytisk internrevisjon

MDCO (2025) Gol Kommune - institusjon rapport psykososial arbeidsmiljøkartlegging 2025

Sykehusapotekene (2025) Aktivitetsplan Gol 2025

## Vedlegg 1 – Uttalelse fra kommunedirektøren

*Kommunedirektørens uttalelse til rapport, datert 24. mars 2026*

Hei

Vi har ingen flere kommentarer til rapporten.

Med vennlig hilsen

Hege Mørk

Kommunedirektør Gol kommune

Tlf 91673901





# 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

