

## Sårbare pasientar – utrygg tilrettelegging

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





Rapport fra Helsetilsynet 7/2010  
Sårbare pasientar – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn  
med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010

Desember 2010

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgåve)  
ISBN: 978-82-90919-29-5 (trykt utgåve)  
ISBN: 978-82-90919-28-8 (elektronisk utgåve)

Denne publikasjonen finst elektronisk på Helsetilsynets nettstad  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette  
Trykk og elektronisk versjon: 07 Gruppen

Statens helsetilsyn  
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway  
Telefon: 21 52 99 00  
Faks: 21 52 99 99  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

# Innhald

<b>Samandrag</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Innleiing</b> .....	<b>7</b>
1.1 Problemstilling og formål med rapporten .....	7
1.2 Bakgrunnsinformasjon .....	7
1.2.1 Avgjerda om tilsynstemaet.....	7
1.2.2 Risiko for svikt i legemiddelbehandling i sjukeheimar og tiltak som kan motverke dette – mange omstende spelar inn .....	8
1.2.3 Fokus for tilsynet: Er pasientane sikra forsvarleg legemiddelbehandling? .....	8
<b>2 Metode og innhald</b> .....	<b>10</b>
2.1 Korleis tilsynet blei utført .....	10
2.2 Kva som blei undersøkt ved tilsynet.....	10
2.2.1 Internkontroll for å sikre forsvarleg legemiddelbehandling .....	10
2.2.2 Risikovurdering og handtering av avvik for legemiddelbehandlinga.....	11
2.2.3 Legetenesta – eintydig organisering, klare oppgåver og klart ansvar .....	11
2.2.4 Klare oppgåver og klart ansvar for pleiepersonellet .....	11
2.2.5 Nok fagleg kompetanse og nok tid .....	12
2.2.6 Tilrettelegging for god praksis: Journalsystem, rutinar og prosedyrar .....	12
2.3 Korleis oppsummeringsrapporten er utarbeidd.....	13
<b>3 Funn</b> .....	<b>14</b>
3.1 Avvik ved tilsynet – omfang og innhald.....	14
3.2 Mangelfull tilrettelegging av legetenesta.....	14
3.2.1 Uklart om oppgåver og ansvar for sjukeheimslegen.....	14
3.2.2 Utilstrekkeleg dimensjonering av legetenesta.....	15
3.2.3 Ikkje god nok styring .....	15
3.3 Mangelfull tilrettelegging av legemiddelbehandlinga .....	16
3.3.1 Mangel på rutinar og prosedyrar .....	16
3.3.2 Ikkje nok kunnskap og tid.....	16
3.3.3 Ikkje god nok styring .....	17
3.4 Manglar ved journalsystema og ved journalføringa av legemiddelbehandlinga .....	17
3.4.1 Uryddige og mangfaldige journalsystem .....	17
3.4.2 Mangelfull og feilaktig journalføring .....	18
3.4.3 Ikkje god nok styring .....	19

<b>4 Samla vurdering frå Statens helsetilsyn .....</b>	<b>20</b>
4.1 Mange avvik gjev uro for pasienttryggleiken .....	20
4.2 Tilrettelegginga av legetenesta .....	20
4.3 Tilrettelegginga av legemiddelbehandlinga .....	21
4.4 Journalsystema og journalføringa av legemiddelbehandlinga .....	21
4.5 Uro uttrykt overfor Helse- og omsorgsdepartementet .....	22
4.6 Avsluttande kommentar .....	22
<b>5 Referansar .....</b>	<b>23</b>
<b>Čoahkkáigeassu.....</b>	<b>25</b>
<b>English summary.....</b>	<b>26</b>

## Samandrag

Legemiddelbehandling av eldre kan vere risikofylt og krev at helsepersonell som står for behandlinga, er svært årvakne. Særleg utfordrande er legemiddelbehandlinga i sjukeheimar, der dei fleste pasientane har fleire kroniske sjukdommar, bruker mange legemiddel og har mental svikt som dominerande symptom. Kommunen og leiinga ved sjukeheimen må sjå til at tilhøva er lagde til rette slik at helsepersonellet kan utføre oppgåvene sine på ein for-svarleg måte.

I perioden 2008–2010 gjennomførte Helsetilsynet i fylka tilsyn med legemiddelbehandlinga i 67 sjukeheimar. Denne oppsummeringsrapporten bør vere til nytte for kommunar som sjølv ønskjer å gå gjennom tilrettelegginga kring legemiddelbehandlinga i sjukeheimane sine.

### Alvorleg manglar på fleire område

Ved 51 av tilsyna blei det påvist avvik, det vil seie at aktuelle lovkrav ikkje var oppfylte. I hovudsak handla avvika om manglar ved tilrettelegginga av legetenesta, gjennomføringa av legemiddelbehandlinga og pasientjournalssystemet:

- uklare ansvarstilhøve rundt legetenesta ved sjukeheimen
- for lite tid for legen til å gå gjennom legemiddelbehandlinga av pasienten på ein god nok måte

- for lite tid og kompetanse hos pleiepersonellet til å følgje opp legemiddelbehandlinga når legen var fråverande
- uklart korleis lege og pleiepersonell skulle samarbeide om legemiddelbehandlinga, og korleis pleiepersonellet skulle observere og rapportere om verknader og biverknader av legemidla
- uklart kvar ein kunne finne viktige opplysningar i kombinerte elektroniske og papirbaserte journalar
- mangelfull journalføring av nødvendige og relevante opplysningar om legemiddelbehandlinga
- separat elektronisk journalsystem for sjukeheimslegen utan lesetilgang for anna helsepersonell

### Manglande oversikt over risiko

Ved mange sjukeheimar hadde ikkje leiinga skaffa seg oversikt over aktuelle risikofaktorar knytte til legemiddelbehandlinga utover det som gjaldt det å gjere i stand og dele ut legemiddel (legemiddelhandtering).

### Pasienttryggleiken er truga

Styringssvikt kan føre til at legemiddelbehandlinga av skrøpelege sjukeheims-pasientar ikkje blir godt nok sikra. Når det i same sjukeheimen ligg føre

vesentlege manglar ved legetenesta, og det heller ikkje er lagt til rette for at pleiepersonellet kan få følgt opp legemiddelbehandlinga godt nok, er det grunn til alvorleg uro for pasienttryggleiken.

Tilsynet har også påvist alvorleg svikt i journalsystema ved mange sjukeheimar og i kvaliteten på journalføringa. Viktige opplysningar kan følgeleg mangle når for eksempel vikarlegar eller tilkalla legevakt skal vurdere pasienten og ta avgjerder om den vidare legemiddelbehandlinga, eller om informasjon om legemiddelbehandlinga skal formidlast ved sjukehusinnleggingar.

- sørgje for eit velfungerande journalsystem

Det skulle vere mogleg å få til dette. På [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) ligg alle enkelt-rapportane frå dette tilsynet. Her finst rapportar frå kommunar der tilsynet fann at desse tilhøva var i orden. Som det går fram av dei andre rapportane, er også dei fleste tilsyna avslutta etter at kommunane har sett i verk tiltak for å rette opp dei avvika tilsyna har peikt på.

### **Mangel på personell og fagkompetanse**

Funna stadfestar også at det er eit betydeleg mishøve mellom det som trengst av faglege ressursar og personellressursar, og dei faktiske tilhøva i mange sjukeheimar. Tilstrekkelege legeressursar er ein kritisk faktor for å sikre at pasientane får nødvendig og rett legemiddelbehandling. Trygg legemiddelbehandling i sjukeheimar føreset også at pleiepersonellet har nok tid og fagleg kompetanse til å følgje med på behandlinga av pasienten når legen ikkje er der, og dei må kunne rapportere om verknader og moglege biverknader av legemiddelbehandlinga.

### **Ein jobb å gjere i mange kommunar og sjukeheimar**

Med samhandlingsreforma aukar sannsynlegvis også omfanget av pasientar med krevjande legemiddelbehandling i sjukeheimane. Krava til kommunar og sjukeheimar blir følgeleg sett på strekk. Kommunane må sjå til at dei tilhøva som er påviste ved dette tilsynet, ikkje får vare ved. Dei må no

- sjå til at legetenesta ved sjukeheimen er tilstrekkeleg dimensjonert og organisert på ein formålstenleg måte i høve til oppgåvene som skal gjerast
- sjå til at legemiddelbehandlinga kan gjennomførast på ein trygg måte

# 1 Innleiing

## 1.1 Problemstilling og formål med rapporten

Legemiddelbehandling av eldre kan vere krevjande og risikofylt og krev at helsepersonellet som står for behandlinga og følgjer opp pasientane, er svært årvakne. Særleg utfordrande er legemiddelbehandlinga i sjukeheimar der dei fleste pasientane har fleire kroniske sjukdommar, bruker mange legemiddel og har mental svikt som dominerande symptom.

I legemiddelbehandlinga av kvar enkelt pasient har både sjukeheimslegen og pleiepersonellet viktige oppgåver. Ansvaret for å etablere tiltak og aktivitetar for å hindre svikt i behandlinga og følgje med på at tiltaka fungerer, ligg likevel hos kommunen og sjukeheimsleiinga. Dei skal også sjå til at forholda er lagde til rette for at helsepersonellet kan utøre oppgåvene sine på ein forsvarleg måte.

Helsetilsynet i fylka har i perioden 2008–2010 ført tilsyn med om kommunane og leiinga ved sjukeheimane sikrar at pasientane får nødvendig og rett legemiddelbehandling. Til saman er det gjennomført tilsyn i 67 sjukeheimar.

I denne rapporten gir vi ei samla framstilling og vurdering av funn frå dei tilsyna der det blei påpeikt avvik frå aktuelle lovkrav. Vi håper at ein slik samla presentasjon kan vere til nytte for både kommunar og sentrale styresmakter i arbeidet med å førebyggje

svikt i legemiddelbehandlinga i sjukeheimane.

Etter det første året med tilsyn sendte vi brev om funna til Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet har etter dette sett i gong fleire viktige tiltak for å betre pasienttryggleiken knytta til legemiddelbehandlinga i sjukeheimar, slik dei gav uttrykk for i svarbrevet til oss.

## 1.2 Bakgrunnsinformasjon

### 1.2.1 Avgjerda om tilsynsystemaet

Område for tilsyn blir vanlegvis valde gjennom ein prosess der tilsynsorganet vurderer kvar det er stor risiko for svikt. I dette tilfellet hadde dessutan Stortingsmelding nr. 18 (2004–2005) «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk» gitt føringar til Statens helsetilsyn om å vurdere auka tilsynsaktivitet med handtering og bruk av legemiddel i helsetenesta (1).

For å identifisere relevant tilsynsystema på legemiddelområdet tok Statens helsetilsyn ein brei gjennomgang av vitskaplege publikasjonar og utgreiningar og tilsynsrapportar i regi av norske og svenske helsestyresmakter. Vi var også i kontakt med ulike grupper av fagfolk. På bakgrunn av dette blei det avgjort at det frå 2008 skulle setjast i verk tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar.

### 1.2.2 Risiko for svikt i legemiddelbehandling i sjukeheimar og tiltak som kan motverke dette – mange omstende spelar inn

I sjukeheimar har dei fleste pasientane fleire kroniske sjukdommar, dei har nedsett funksjon i vitale organ og bruker mange legemiddel. Mental svikt er eit dominerande symptom hos fleirtalet av pasientane. Risikoen for at det skal oppstå legemiddelrelaterte problem aukar med talet på legemiddel (2,3). Studiar i norske sjukeheimar har vist klare indikasjonar på kvalitetssvikt. Det er også påvist store variasjonar mellom sjukeheimane, blant anna når det gjeld omfanget av legemiddelbruk og av legemiddelrelaterte problem og ikkje formålstenleg bruk av psykofarmaka (4–7).

I Sverige er det det siste tiåret gjennomført ei stor satsing knytt til legemiddelbruk blant eldre (8). Med utgangspunkt i blant anna eit sett av kvalitetsindikatorar for legemiddelbehandling av eldre (9) har Socialstyrelsen gjennomført vekselvise kartleggingar, utgreiingar og tilsyn og pådrivaraktivitet for å få innført systematiske legemiddelgjennomgangar. Ifølgje Socialstyrelsen har ein likevel ikkje kunna påvise sikre betringar i legemiddelbruken i dei aktuelle målgruppene (10).

Ei kriterieliste for formålstenleg føreskriving av medisin til eldre tilpassa norsk allmennpraksis kom ut i 2009. Studiar har vist at ei slik liste kan vere eit nyttig hjelpemiddel i eit opplegg med kollegabasert terapirettleing for grupper av fastlegar (11,12).

Ei svensk kunnskapsoppsummering frå 2009 om metodar for å betre legemiddelbruken blant eldre med fleire kroniske sjukdommar konkluderer med at ingen enkelttiltak kan løyse problema vi har i dag (13). I staden er det nødvendig med fleire samtidige tiltak som dreier seg om informasjonshandtering, ulike former for føreskrivingsrettleing, betra oppfølging av legemiddelbehandlinga, utdanningstiltak overfor legar og pleiepersonell og i tillegg må ansvar og oppgåver klargjerast og tilpassast.

Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tenesta har i 2010 oppsummert forskning om kva tiltak som kan redusere ikkje formålstenleg bruk av legemiddel i sjukeheimar (14). I nokre samanhengar fann ein at pedagogisk oppsøkjande tiltak og andre undervisningstiltak retta mot legar og pleiepersonell, tverrfagleg legemiddelgjennomgang leidd av farmasøyt og bruk av geriatrisk team hadde effekt. Rapporten etterlyser forskning på i kva grad seponeringstiltak, miljø- og aktiviseringstiltak og auka bemanning kan ha effekt på ikkje formålstenleg bruk av legemiddel i sjukeheimar.

I møte med Statens helsetilsyn under førebuinga av tilsynet peikte fagfolk innanfor eldreomsorg og sjukeheimsmedisin på at risiko for svikt i legemiddelbehandlinga ofte kan henge saman med organisatoriske og ressursmessige tilhøve i sjukeheimen, i tillegg til omstende som er knytte til spesielle typar av legemiddel og særleg sårbare pasientgrupper.

### 1.2.3 Fokus for tilsynet: Er pasientane sikra forsvarleg legemiddelbehandling?

Dette tilsynet blei utforma for å undersøkje og vurdere om kommunen og leiinga i sjukeheimen sikrar at pasientane får forsvarleg legemiddelbehandling. I det ligg blant anna om tilhøva er lagde til rette slik at kvar enkelt helsearbeidar kan utføre oppgåvene sine på ein forsvarleg måte. Vi undersøkte derfor om kommunen og leiinga ved sjukeheimen gjennom internkontrollen sin hadde sørgt for at ansvars- og oppgåvefordeling som hadde med legemiddelbehandlinga å gjere, var avklart og kjend for alle involverte, at helsepersonellet hadde tilstrekkeleg kompetanse og nok tid til å gjere oppgåvene, at det var lagt til rette for journalføring, og at det var vurdert og etablert nødvendige rutinar der leiinga såg til at rutinane blei følgde og justerte ved behov. Dei enkelte områda av tilsynet blir nærare omtalte i kapittel 2.2.

Den plikta kvar enkelt helsearbeidar har til å utøve yrket sitt forsvarleg, var ikkje del av dette tilsynet. Vi undersøkte derfor ikkje dei medisinske vurderingane

1) Legemiddelrelaterte problem kan definerast slik: Ei hending som skjer eller eit omstende som oppstår i samband med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt interfererer med den ønskede helseeffekten. Med potensielt problem meiner ein omstende som kan føre til sjukdom eller død dersom ein let vere å følgje opp, mens eit reelt problem allereie manifesterer seg med teikn og symptom (3).



og avgjerdene sjukeheimslegen hadde gjort overfor kvar enkelt pasient<sup>2</sup>.

*Legemiddelhandteringa* er eit velkjent risikoområde ved legemiddelbehand-  
linga av pleietrengande eldre. Det er  
ført mange tilsyn med legemiddel-  
handtering dei siste åra. Vi har derfor  
retta tilsynet inn mot andre kjende  
risikoområde, og har ikkje teke med  
spørsmål knytte til det å gjere i stand  
og dele ut ordinerte legemiddel ved  
dette tilsynet. Legemiddelhandteringa  
i sjukeheimar og i heimetenesta blir  
likevel undersøkt på fleire måtar i  
kommunedelen i den fireårige satsinga  
på tilsyn med tenester til eldre i regi av  
Helsetilsynet (2009–2012) (15).

Pleietrengande eldre som bur i eigen  
heim eller i omsorgsbustad, er på mange  
måtar ei gruppe som er like sårbar for  
svikt i legemiddelbehandlinga som  
pasientar i sjukeheimar. Som ein del av  
eldresatsinga i Helsetilsynet er derfor  
den legemiddelbehandlinga av brukar-  
ane innanfor pleie- og omsorgstenestene  
som fastlegen står for, med som eitt av  
tilsynstema.

2) For å kunne slå fast at kommunen har brote plikta si til å yte forsvarleg legemiddelbehandling og plikta si til å leggje forholda til rette for dette, er det avgjerande å ha trekt grensa for kor langt ansvaret til kommunen strekkjer seg når det gjeld kva ansvar sjukeheimen, den enkelte helsearbeidaren, og særleg sjukeheimslegen, har for behandlinga. Statens helsetilsyn hadde før tilsynet drøftingar med Helsedirektoratet for å sikre at vi hadde ei felles oppfatning av rettstilstanden.

## 2 Metode og innhald

I dette kapitlet omtaler vi først nokre generelle trekk ved måten tilsynet blei gjennomført på. Deretter presenterer vi det som blei undersøkt ved tilsynet, og omtaler lovkrava som ligg til grunn for dei tilhøva som blei undersøkte. Til slutt gjer vi kort greie for korleis rapportane frå tilsynet er brukte som materiale for denne oppsummeringsrapporten.

### 2.1 Korleis tilsynet blei utført

Tilsynet med legemiddelbehandling i sjukeheimar blei gjennomført som systemrevisjon. Ved denne forma for tilsyn undersøker tilsynslaget kva kommunen og leiinga ved sjukeheimen gjer for å sikre at nærare oppgitte lovkrav blir følgde. Systemrevisjon eignar seg derfor godt til å klarleggje om det faglege arbeidet i sjukeheimen er styrt, eller om det er tilfeldig og opp til den innsatsen enkeltpersonar gjer, om pasientane får forsvarlege tenester.

Systemrevisjonar er den mest brukte tilsynsreforma når vi utfører planlagde tilsyn med verksemdar. Statens helse-tilsyn har utarbeidd ein eigen prosedyre for denne typen tilsyn ([www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)).

Når tilsyn med same tema skal gjennomførast i heile eller større delar av landet, utarbeider Statens helsetilsyn ein *rett-leiar* der krava styresmaktene stiller på det aktuelle området, blir konkretiserte. I dette tilfellet blei rettleiaren laga for at Helsetilsynet i fylka skulle kunne bruke

han i samband med dei sjølvvalde tilsyna sine. Tilsynet er derfor ikkje gjennomført i alle fylke slik ein gjer ved såkalla landsomfattande tilsyn.

Frå kvart enkelt tilsyn blir det laga ein *rapport* som presenterer dei tilhøva som er undersøkte, kva opplysningar som er henta inn, og konklusjonane som tilsynsorganet har trekt. Dersom det er avdekt tilhøve som inneber brot på lovkrav, blir dette omtalt som *avvik* frå dei aktuelle lovreglane. Ein underbyggjer dei avvika ein peiker på, med fakta som er knytte til sjølve tenesteytinga og til styringa av henne. Rapporten kan også innehalde ei samla *vurdering av styringssystemet* til den aktuelle verksemda. Dersom tilsynsorganet ønskjer å peike på betringsområde utan at det ligg føre regelbrot, kan ein ta med dette i rapporten som *merknad*. Rapporten blir send til den ansvarlege instansen der tilsynet blei gjennomført, i dette tilfellet den aktuelle kommunen.

### 2.2 Kva som blei undersøkt ved tilsynet

#### 2.2.1 Internkontroll for å sikre forsvarleg legemiddelbehandling

Ved tilsynet blei det undersøkt om tilhøva var lagde til rette for forsvarleg vurdering og oppfølging av legemiddelbehandlinga av pasienten i samband med innlegginga og under det vidare opphaldet i sjukeheimen. Sentralt her er at kommunen som arbeidsgivar skal leggje tilhøva til rette slik at kvar enkelt

helsearbeidar kan utføre oppgåvene sine på ein forsvarleg måte. For å sikre forsvarleg legemiddelbehandling i sjukeheimen, må kommunen og leiinga ved sjukeheimen gjennom *internkontrollen* sin sjå til at dei med formålstenlege tiltak tek vare på fleire rammevilkår. Kva styringstiltak og aktivitetar som må vere på plass, blir omtalte nærare nedanfor.

### **2.2.2 Risikovurdering og handtering av avvik for legemiddelbehandlinga**

Som del av internkontrollen i sjukeheimen må ein *kartleggje risikoområde og setje i verk tiltak for å redusere faren for svikt i tenesteytinga*. Den medisinske behandlinga, medrekna legemiddelbehandlinga, går inn i tenestetilbodet og må vurderast opp mot risiko. Risikovurderingar må ein gjere når det gjeld personellsituasjonen, for eksempel om det til kvar tid, også i feriar og høgtider, finst nok fagleg kompetanse og tid til oppgåvene som både legar og pleiepersonell skal utføre. Ein må identifisere sårbare pasientgrupper og legemiddelregime der det er særleg viktig med tett oppfølging for å oppdage biverknader eller behandlingssvikt. I samarbeid med dei involverte personellgruppene må leiinga planleggje og setje i verk tiltak og følgje opp om desse fungerer i tråd med formålet.

Tilsynet undersøkte om slike risikovurderingar var gjorde og følgde opp når det gjaldt ulike delar av legemiddelbehandlinga. Tilsynslaget undersøkte også om sjukeheimen hadde ei *avvikshandtering* som fungerte, slik at feil som var knytte til legemiddelbehandlinga, kunne bli oppdaga og korrigerede.

### **2.2.3 Legetenesta – eintydig organisering, klare oppgåver og klart ansvar**

Tenestetilbodet i sjukeheimen utgjer ein heilskap der legetenesta går inn som ein integrert del. Det er ikkje prinsipielle forskjellar på styringa av dei medisinskfaglege og dei andre faglege oppgåvene. Sjukeheimen kan ut frå dette organisere verksemda si ved å ha ein dagleg leiar som er ansvarleg for heile sjukeheimen, medrekna legetenesta. Innanfor ramma

av sjukeheimsforskrifta er det betydeleg handlingsrom for val av organisatorisk løysing, og sjukeheimar ligg ikkje som sjukehus under krava om einskapleg leing. Dersom det er valt ei løysing med for eksempel styring av legetenesta i ei anna eining enn tenestetilbodet elles i sjukeheimen, må kommunen likevel sjå til at den organisasjonsforma som er vald, tek vare på omsynet til eit heilskapleg tilbod i sjukeheimen. Styringsinformasjon som er relevant å utveksle, og som er viktig for korleis legemiddelbehandlinga kan bli gjennomført, er blant anna knytt til når legen er til stades i sjukeheimen, og at det er mogleg å kontakte legen utanom dette. Informasjonen er vidare knytt til oppgåvefordelinga mellom legane når fleire legar er tilsette i sjukeheimen, korleis legevakt blir brukt, kva behov ein har for vikarar og opplæringa av vikarane, og at dei eventuelle turnuslegane blir følgde opp.

Oppgåver og ansvar som ligg til sjukeheimlegestillinga, må også vere avklarte og kjende for alle impliserte. Dette gjeld både oppfølginga av pasientane og samarbeidet med pleiepersonellet om dette, og kva rolle sjukeheimslegen skal ha inn i institusjonsretta oppgåver som internundervisning og utforming av rutinar og prosedyrar for legemiddelbehandlinga. Vi viser her også til *Veileder om legetjenester i sykehjem (IS-1436)* frå Helsedirektoratet, som direktoratet i 2007 sende til kommunane (16).

Tilsynet undersøkte om organisering og styring av legetenesta og oppgåver og ansvar under sjukeheimslegen var avklarte og kjende for alle impliserte, også for legen. Kva medisinskfagleg skjønn legen nytta i samband med val av legemiddel, dosering etc. for kvar enkelt pasient, var som tidlegare nemnt ikkje ein del av dette tilsynet.

### **2.2.4 Klare oppgåver og klart ansvar for pleiepersonellet**

Pleiepersonellet har viktige oppgåver knytte til det å følgje opp legemiddelbehandlinga, både når det gjeld å observere og rapportere om verknader og biverknader av behandlinga mens ho

blir gjennomført, og om eventuelle udekte behandlingsbehov. Klar ansvarsfordeling og samarbeid om legemiddelbehandlinga mellom sjukeheimslege og pleiepersonell må sikrast både i samband med innlegginga av nye pasientar og mens pasienten oppheld seg ved sjukeheimen.

Ved tilsynet blei det undersøkt om oppgåvene var avklarte og kjende for dei det kom ved.

### 2.2.5 Nok fagleg kompetanse og nok tid

For å kunne følge opp legemiddelbehandlinga på ein forsvarleg måte, er det nødvendig at helsepersonellet har relevante kunnskapar både om sjukdommane pasienten har, korleis legemidla verkar, og kva biverknader dei kan ha. Behandlingsregime ved mange tilstandar endrar seg stadig, og nye legemiddel blir tekne i bruk, så kunnskapane må også oppdaterast.

Tilsynet undersøkte om kommunen/sjukeheimen såg til at sjukeheimslegen (-legane) og dei av pleiepersonellet som var involvert i legemiddelbehandlinga, hadde *tilstrekkeleg fagleg kompetanse*, og at dei blei sikra fagleg oppdatering.

Legetenesta må vere tilstrekkeleg dimensjonert til at legemiddelbehandlinga av kvar enkelt pasient kan gjennomførast på ein forsvarleg måte. Dersom det er lagt opp til at sjukeheimslegen skal ta hand om institusjonsretta oppgåver, må storleiken på stillinga vere tilpassa dette. Vi viser her også til rundskriv I-4/2007 frå Helse- og omsorgsdepartementet sendt til kommunane i mars 2007. Rundskrivet presiserer kravet til kommunane om å fastsetje ei lokal norm for legetenestene i sjukeheimar med bakgrunn i det regelverket som gjeld i dag (17).

Pleiepersonellet må ha nok tid til å observere og rapportere om verknader, manglande effektar, biverknader og andre omstende som har med legemiddelbehandlinga å gjere.

I tilsynet undersøkte vi difor om kommunen/sjukeheimen sikra at

sjukeheimslegen og pleiepersonellet hadde nok tid til å kunne vurdere og følge opp legemiddelbehandlinga av pasienten og rapportere/journalføre slik det er naudsynt.

### 2.2.6 Tilrettelegging for god praksis: Journalsystem, rutinar og prosedyrar

Sjukeheimen må etablere ordningar som legg til rette for god praksis, og som førebyggjer svikt. Slik kan ein sikre at legemiddelbehandlinga av pasientane blir vurdert og følgd opp.

Kor stort behovet er for rutinar og skriftlege prosedyrar for å vurdere og følge opp legemiddelbehandlinga, er blant anna avhengig av korleis legetenesta er organisert, kor mange legar som er involverte, kor stabil legedekninga er, og i kva grad ein nyttar vikarar, turnuslege eller legevakt. Kompetanse, kapasitet og stabilitet blant pleiepersonellet og tilhøve ved pasientpopulasjonen i sjukeheimen har også noko å seie. Forsvarleg legemiddelbehandling er avhengig av at pleiepersonellet observerer og følgjer opp pasientane, og akutte tilstandar må ofte handterast utan at lege er til stades. I slike tilhøve kan det også vere behov for skriftlege prosedyrar. Alle rutinar og prosedyrar som vedkjem legemiddelbehandlinga og samhandlinga mellom lege og pleiepersonell om spesielle legemiddel eller pasientgrupper, må vere kjende og bli brukte av personellet dei kjem ved.

Journalsystemet ved sjukeheimen må vere lagt til rette slik at sjukeheimslegen og pleiepersonellet kan dokumentere nødvendige og relevante opplysningar. Pasientjournalane må vere oppdaterte og tilgjengelege for dei som treng det.

Viktige delar av dette tilsynet var derfor å undersøkje om nødvendige rutinar og prosedyrar var etablerte og velkjende for dei dei gjaldt, og om leiinga såg til at dei blei etterlevde, og sørgde for at dei blei justerte ved behov. Det blei også undersøkt om journalsystemet og journalføringa av legemiddelbehandlinga fungerte etter formålet.

### **2.3 Korleis oppsummeringsrapporten er utarbeidd**

I alt blei det gjennomført 67 tilsyn med legemiddelbehandlninga i sjukeheimar i perioden frå januar 2008 til juli 2010. Denne oppsummeringsrapporten byggjer på det som blei gjort av funn ved dei 51 tilsyna der det blei peikt på avvik frå aktuelle lovkrav. Helsetilsynet i fylket valde ut ifrå lokale prioriteringar og risikovurderingar kva kommunar og sjukeheimar det skulle førast tilsyn i.

Da vi gjekk gjennom tilsynsrapportane, kategoriserte og oppsummerte vi alle observasjonane (revisjonsbevisa) som var lagde til grunn for avvika. Som det går fram av kapittel 3, var det mogleg å finne tydelege fellestrekk og samle funna frå tilsyna i nokre hovudkategoriar. Under omtalen av dei ulike hovudfunna har vi teke med ein del sitat frå tilsynsrapportane for å illustrere kva konkrete tilhøve som gav tilsynet grunn til å peike på avvik frå lovkrav. Det er viktig å merkje seg at enkeltobservasjonane vi har sitert ikkje aleine dannar grunnlaget for å konstatere avvik.

Sjukeheimane som var med i tilsynet, utgjer ikkje eit representativt utval av alle sjukeheimane i landet. Å generalisere på grunnlag av dette tilsynet om kor ofte ein kan finne tilsvarande manglar i dei andre sjukeheimane i landet, er derfor ikkje mogleg.

Funna frå desse 51 tilsyna gir likevel, slik vi vurderer det, viktig informasjon om kva typar svikt og risiko for svikt som kan finnast i sjukeheimar. Det er grunn til å tru at mange andre kommunar også slit med tilsvarande utfordringar som dette tilsynet har avdekt. Slik sett kan tilsynsmaterialet vårt vere relevant i arbeidet med å sikre forsvarleg legemiddelbehandling i dei andre kommunane.

## 3 Funn

I dette kapitlet presenterer vi først ei oversikt over omfanget av avvik ved tilsynet og hovudkategoriane av omstende som låg til grunn for avvika. Deretter omtaler vi nærare dei viktigaste funna. I kapittel 4 presenterer vi samla vurderinga vår av funna og kva desse kan innebere av risiko for svikt i legemiddelbehandlinga i sjukeheimen.

### 3.1 Avvik ved tilsynet – omfang og innhald

I 51 av 67 sjukeheimar (76 prosent) fann tilsynet at krav frå styresmaktene som er sentrale for å sikre forsvarleg legemiddelbehandling i sjukeheimar, ikkje var oppfylte, og kommunane blei bedne om å rette opp dei aktuelle avvika. I seks av dei andre 16 sjukeheimane uttalte tilsynet at sjølv om tilhøva ikkje var i strid med lovkrava, låg det likevel føre eit betringsbehov.

Faktagrunnlaget (observasjonane) som låg til grunn for avvika, handla om manglar på følgjande område:

- styring og organisering av legetenesta i sjukeheimen
- tilrettelegging for forsvarleg vurdering og oppfølging av legemiddelbehandlinga
- journalsystemet og dokumentasjonen av legemiddelbehandlinga

I dei fleste av de 51 sjukeheimane omfatta avviket fleire av desse områda.

Her skal vi gjere nærare greie for kva tilsynet fann av manglar og svikt ved korleis kommunen og sjukeheimen la til rette rammevilkåra kring legemiddelbehandlinga av pasientane.

### 3.2 Mangelfull tilrettelegging av legetenesta

Ved nesten alle sjukeheimane der det blei peikt på avvik, fann tilsynet at det låg føre manglar ved tilrettelegginga av legetenesta som fekk følgjer for korleis ein utfører legemiddelbehandlinga av pasienten.

#### 3.2.1 Uklart om oppgåver og ansvar for sjukeheimslegen

Eit gjennomgåande trekk var at det ikkje låg føre stillings-, eller funksjonsomtale for sjukeheimslegen. Der slike låg føre, var dei ofte mangelfulle og ikkje kjende for dei dei kom ved.

Dei fleste stadene var det derfor uklart om sjukeheimslegen hadde ansvar for institusjonsretta oppgåver som for eksempel internundervisning og utarbeiding av medisinskfaglege prosedyrar og rutinar, i tillegg til undersøking og behandling av kvar enkelt pasient. Grenseoppgangen mellom ansvarsområda for sjukeheimslegen og ansvarsområda for kommunelegen var også uklart, for eksempel når det gjaldt rolla som medisinskfagleg rådgivar for sjukeheimsleiinga. Heller ikkje oppgåvene og ansvaret til turnuslegen var godt nok avklart, og rettleiinga av dei

var mangelfull. Følgjande eksempel illustrerer dette:

*«Legetjenesten på korttidsavdelingen skal ivaretas av turnuslegen. Kommunen har ikke definert hvilke oppgaver, ansvar og myndighet som turnuslegen har ved denne avdelingen.»*

*«Turnuslegen informeres kort av forrige turnuslege om oppgaver i sykehjemmet.»*

### 3.2.2 Utilstrekkeleg dimensjonering av legetenesta

I ein del av sjukeheimane peikte både sjukeheimslegar og pleiepersonell på at legetenesta ikkje var tilstrekkeleg dimensjonert. Dette førte til at legemiddelbehandlinga av kvar enkelt pasient ikkje blei godt nok følgt opp, verken i samband med legevisittar eller ved ein heilskapleg årleg gjennomgang av legemiddelbruken til pasienten. Fleire stader opplyste legen at dei arbeidde utover det avtalte timetalet. Eksempla illustrerer desse funna:

*«Det fremkom at samtlige leger i praksis arbeider ved sykehjemmet langt utover sin stillingsandel som følge av behovet som foreligger for medisinskfaglige tjenester, herunder legemiddelbehandling.»*

*«Konsekvensene av for lite legeressurser var bl.a. at  
– legen rekker ofte ikke over alle aktuelle pasienter ved visitten  
– det gjennomføres ikke årskontroll med legemiddelgjennomgang ved alle avdelinger. Av journalene fremgikk at årskontroll var gjort hos ca. halvparten av pasientene.»*

I nokre av kommunane blei det ikkje sørgd for vikar for sjukeheimslegen når han eller ho hadde feriar eller lengre fråvær. I slike periodar var avdelingane ikkje sikra legevisittar kvar veke. Uklare tilhøve i styringa av legetenesta førte til at det heller ikkje var klart kven som skulle skaffe vikar.

Også for dei institusjonsretta oppgåvene blei det peikt på at det mangla legeressursar:

*«Det er ikke avsatt nødvendig tid for sykehjemslegen til opplæring av pleiepersonellet, utarbeide rutiner/prosedyrer og andre systemoppgaver tilknyttet legemiddelbehandlingen.»*

### 3.2.3 Ikkje god nok styring

I mange kommunar var det uklart kven som hadde ansvaret for å styre legetenesta i sjukeheimen. Dette kom ofte ikkje fram i styringsdokumenta, eller informasjonen i dokumenta var inkonsistent. I fleire av kommunane var organisatorisk plassering av stillinga og kven som var hans eller hennar overordna, ikkje kjend av sjukeheimslegen sjølv. Ei felles forståing av desse tilhøva låg heller ikkje føre hos sjukeheimsleiinga og kommuneadministrasjonen elles. I ein del av kommunane der legetenesta var organisert under ei anna eining enn resten av sjukeheimen, mangla kompenserande tiltak som tok vare på legetenesta som ein integrert del av tenestetilbodet i sjukeheimen. Følgjande eksempel illustrerer dette:

*«Det er uklart og ikkje felles forståing for kven som er tilsynslegen sin overordnede.»*

*«Fordeling av ansvar, myndighet og oppgaver mellom virksomhetsleder for sykehjemmet og kommuneoverlegen når det gjelder legetjenesten i sykehjemmet er uklar.»*

*«Sykehjemslegen er administrativt underlagt helseavdelingen, faglig underlagt kommuneoverlegen og må i tillegg forholde seg til virksomhetsleder. Det er lite samarbeid mellom disse rundt styringen av legetjenesten.»*

Tilsynet viste at kommunane førte liten eller ingen kontroll med om legetenesta ved sjukeheimen fungerte i tråd med deira egne overordna målsetjingar og regelverket elles. Dette gjaldt både innhaldet i legetenesta og om dimensjoneringa var tilstrekkeleg for å få løyst oppgåvene på ein forsvarleg måte.

Dei faglege kvalifikasjonane til sjukeheimslegen blei i liten grad vurderte og følgde opp av leiinga, og det var i mange kommunar heller ikkje lagt til rette for at sjukeheimslegen kunne få nødvendig fagleg oppdatering.

Ved fleire tilsyn blei det peikt på at det aldri blei gjennomført medarbeidar-samtalar med sjukeheimslegane.

Avvikssystemet ved sjukeheimen blei dei fleste stadene aldri nytta av sjukeheimslegane.

Det blei også peikt på at kommunen ikkje hadde lagt til rette for at den kompetansen sjukeheimslegen sat på, kunne bli brukt i evaluerings- og betringsarbeidet ved sjukeheimen:

*«Det finnes ingen arenaer eller møteplasser med tid og rom for erfaringsutveksling mellom pleiepersonellet og sykehjemslegen utenom legevisitten.»*

Fleire av kommunane hadde framleis ikkje gjennomført den lokale normeringa av legetenesta som Helse- og omsorgsdepartementet påla kommunane i rundskriv 1–4/2007 (17). I fleire av kommunane som hadde vedteke ei slik norm, var ho ikkje sett i verk, og det mangla planar for å komme opp i det fastsette talet på legetimar.

### **3.3 Mangelfull tilrettelegging av legemiddelbehandlinga**

Sjukeheimen må leggje til rette for at legemiddelbehandlinga blir vurdert og justert når det er behov for det, og at det som trengst av rutinar og prosedyrar er utarbeidd og blir etterlevd. Det meste av legemiddelbehandlinga i sjukeheimar krev utstrekt samarbeid mellom sjukeheimslegen og pleiepersonellet om vurderingar og oppfølging av pasientane. I mange sjukeheimar er legen berre til stades nokre timar kvar veke. For at legemiddelbehandlinga i sjukeheimar skal vere forsvarleg, må det derfor vere avklart kva pleiepersonellet skal gjere når legen ikkje er der, for eksempel kva dei skal observere og rapportere av aktuelle verknader, biverknader og eventuelt manglande effektar.

Sjukeheimen må også sjå til at pleiepersonellet har nok tid og fagkunnskap til å kunne utføre slike oppgåver.

Tilsynet viste at sjukeheimane gjennomgåande ikkje hadde sørgd for å leggje tilhøva godt nok til rette for å kunne følgje opp legemiddelbehandlinga av pasienten på ein forsvarleg måte.

#### **3.3.1 Mangel på rutinar og prosedyrar**

Tilsynet viste at det i svært liten grad fanst rutinar og prosedyrar for legemiddelbehandlinga av nærare nemnde pasientgrupper og diagnoser. Dette gjaldt tiltak som i hovudsak var knytte til legetenesta, men også for legemiddelregime og pasientoppfølging som involverte pleiepersonellet og samarbeidet deira med sjukeheimslegen. Heller ikkje i sjukeheimar der det var låg eller ustabil legedekning med mykje vikarbruk, var det sørgt for å få på plass slike tiltak for å sikre god praksis. I dei sjukeheimane der det fanst ein del rutinar og prosedyrar knytte til legemiddelbehandlinga, viste det seg ofte at desse i liten grad var kjende og tekne i bruk av dei tilsette.

Gjennomgåande mangla det også rutinar for å systematisk gå gjennom legemiddelbehandlinga av pasientane. I ein del av sjukeheimane var det etablert rutine for at sjukeheimslegen skulle gjennomføre ein såkalla årskontroll av pasientane, men det var ofte ikkje nærare presisert kva ei slik undersøking skulle innebere.

Ved mange tilsyn blei det påpeikt at verken pleieplanar eller annan dokumentasjon viste kva pleiepersonellet særleg skulle følgje med på og rapportere om når det gjaldt legemiddelbruken til kvar enkelt pasient.

#### **3.3.2 Ikkje nok kunnskap og tid**

Tilsynet viste at det ofte mangla systematisk opplæring av pleiepersonellet når det gjaldt kva dei skulle observere av for eksempel legemiddelverknader og biverknader, og korleis dei skulle rapportere slike funn som i dette eksempelet:



*«Omsorgsarbeidarar og hjelpepleiarar deltek i utstrakt grad i legemiddelbehandlinga. Dei har ikkje fått systematisk opplæring i høve til kva dei skal observere og dokumentere. Ved journalgjennomgang kom det fram at pleiepersonalet sin dokumentasjon av effekt og biverknad er mangelfull.»*

I mange sjukeheimar fekk tilsynet opplyst at pleiepersonellet ofte hadde for lite tid til å følge opp legemiddelbehandlinga av pasienten på ein for-svarleg måte. Det kunne gjelde delar av døgnet, helgar, feriar og ved stort sjukefråvær. Låg sjukepleiardekning og utstrekkt bruk av ufaglærte medverka fleire stader til dette. I mange sjukeheimar med slike manglar på pleiesida, fann tilsynet ofte at legetenesta også var underdimensjonert (kap. 3.2.2).

### 3.3.3 Ikkje god nok styring

Det at leiinga ikkje la til rette for systematisk samarbeid og oppfølging av legemiddelbehandlinga av pasientane, blei også påpeikt ved fleire tilsyn, slik desse eksempla viser:

*«Det er ikke vurdert hvilke prosedyrer som må utarbeides i fellesskap mellom ledelse, pleiepersonell og lege for å sikre god legemiddelbehandling i sykehjemmet.»*

*«Ledelsen følger heller ikke med på om prosedyrene er tilstrekkelige, oppdaterte eller om de er i bruk og fungerer i praksis.»*

Det var heller ikkje avklart om ein venta at sjukeheimslegen(-legane) eller kommuneoverlegen skulle ta del i slikt arbeid i sjukeheimen.

Tilsynet avdekte at leiinga dei fleste stadene ikkje hadde gjennomført noka form for vurderingar for finne fram til moglege risikoområde ved gjennomføringa i sjukeheimen. Dei fleste sjukeheimane hadde ikkje etablert avviksregistrering av legemiddelbehandlinga og avviksoppfølging som kunne fange opp og korrigere svikt knytte til dei legemidla pasientane brukte, utover det som dreidde seg om meldingar knytte

til feil ved sjølve legemiddelhandteringa. Leiinga skaffa seg heller ikkje informasjon og tilbakemeldingar på andre måtar om korleis den medisinske behandlinga, medrekna legemiddelbehandlinga, fungerte.

### 3.4 Manglar ved journalsystema og ved journalføringa av legemiddelbehandlinga

I dei aller fleste sjukeheimane der tilsynet avdekte avvik, blei det funne viktige manglar ved journalsystemet og ved journalføringa.

#### 3.4.1 Uryddige og mangfaldige journalsystem

Journalsystema var som oftast både elektroniske og papirbaserte. Opplysingar om legemiddelbehandlinga av pasientane blei skrivne ned fleire stader, og det var ofte uklart kva som blei ført kvar. Den papirbaserte delen av journalen var ikkje samla, og kunne vere sett saman av ein eller fleire permar med prøvesvar, epikriser og opplysningar noterte etter kvart om pasientane i ei eiga bok under legevisitten. Følgjande eksempel er illustrerande:

*«Sykehjemets journalsystem er papirbasert og består av en legemiddeljournal, en perm med legemiddellister og skap/traller med sykepleiedokumentasjon. I tillegg føres spesifikke beskjeder fra sykehjemslegene om hva pleiere skal observere og følge opp av virkninger, bivirkninger mv. i en egen bok kalt 'legebok'. Opplysninger i 'legeboken' er ikke systematisert etter pasient, men etter dato for nedtegnelse av den enkelte beskjeden. Beskjedene er ikke signerte av sykehjemslegen. Gjennomgang av 16 pasientjournaler viser at opplysningene ikke gjenfinnes i pasientjournalene.»*

I fleire sjukeheimar nytta pleiepersonellet og sjukeheimslegen kvart sitt elektroniske journalsystem. Pleiepersonellet hadde ikkje lesetilgang i legejournalen, og papirkopiar frå desse journalane blei ikkje funne i alle dei

journalane ein gjekk gjennom. Følgjande eksempel er illustrerande:

*«Journalssystemet er tredelt: Pleiepersonalet skriver sine journalnotater i datasystemet Profil. Der skriver også sykepleier en form for referat etter visitt. Opplysninger om pasientenes legemidler fremgår av Medisinkardex. Legene skriver ikke i Profil, men skriver i programmet WinMed, som er installert på en bærbar PC som legene oppbevarer på sitt legekantor utenfor sykehjemmet. Maskinen er passordbeskyttet med et personlig passord for legene.»*

*«Sykehjemslegen dokumenterer ikke i Cosdoc, men bruker eget journal-system på legekantoret (WinMed) som personalet ved helsetunet ikke har tilgang til. Ved journalgjennomgang og intervjuer fremgikk det at pleiepersonalet gjennom journal-systemet ikke kan finne indikasjonen for alle ordinerte medikamenter. Journalføring av medisinske opplysninger etter visitt føres av sykepleiere i Cosdocs løpende journal.»*

Ofte var det heller ikkje avklart kva informasjon som skulle journalførast, og kvar i dei ulike journaldelane dette i så fall skulle gjerast, slik dette funnet er eit eksempel på:

*«Det er ingen enhetlig oppfatning av hva journalen skal inneholde og hvor informasjon skal føres.»*

#### **3.4.2 Mangelfull og feilaktig journalføring**

Eit gjennomgåande trekk var at journalane ofte mangla nødvendige og relevante opplysningar om legemiddelbehandlinga av pasientane. Dette gjaldt opplysningar både frå sjukeheimslegen og pleiepersonalet.

Oppdaterte opplysningar om diagnoser og indikasjon for den pågåande legemiddelbehandlinga mangla ofte, og det var heller ikkje journalført kva avgjerder som var tekne for korleis ein skulle følgje opp pasientane vidare, slik desse eksempla viser:

*«Tilsynet avdekket at det ikke var mulig å få en samlet, systematisk oversikt over hvilke medisinskfaglige observasjoner, vurderinger og beslutninger som til enhver tid er gjort. Gjennomgang av 21 pasientjournaler viste at medisinskfaglige observasjoner, vurderinger og beslutninger kun var dokumentert av lege i 6 elektroniske journaler.»*

*«Journalgjennomgangen viste også at dokumentasjon i en del journaler var begrenset til inntakstnotat og årskontroller, men manglet fortløpende legenotat fra visittene.»*

Den journalføringa pleiepersonalet gjennomførte av verknader og biverknader og andre tilhøve knytte til den vidare oppfølginga av legemiddelbehandlinga, var ofte mangelfull. Eitt tilsyn peikte på dette slik:

*«Det er muntlig tradisjon i forhold til rapportering av observasjoner av virkninger og bivirkninger.»*

I staden for at sjukeheimslegen journalførte observasjonane, vurderingane og avgjerdene sine om legemiddelbehandlinga, var dette i fleire av sjukeheimane overlate til pleiepersonalet, slik dette eksempelet viser:

*«I den grad medisinskfaglige observasjoner, vurderinger og beslutninger blir dokumentert, skjer dette ved at sykepleier, eventuelt hjelpepleier, skriver dette inn i den pleiefaglige del av elektronisk pasientjournal (Profil) på bakgrunn av opplysninger som er gitt av lege. Den medisinskfaglige del av Profil blir ikke brukt av sykehjemslegene.»*

Legemiddelopplysningar frå ulike delar av pasientjournalen stemte ikkje alltid overeins, som i dette eksempelet der sjukeheimen opererte med to elektroniske journalssystem:

*«Medikamentutskrift fra legekantoret var ikke i samsvar med legemiddelutskrift fra Cosdoc.»*

### 3.4.3 Ikkje god nok styring

Ved mange av sjukeheimane der det blei funne manglar ved journalsystema og ved journalføringa, blei det også avdekt manglar ved styringa av denne delen av verksemda ved sjukeheimane. Skriftlege retningslinjer for journalføringa mangla mange stader, og der slike fanst, var dei ikkje gjorde kjende for alle tilsette, eller retningslinjene blei ikkje følgde.

I sjukeheimar der det var lagt opp til at sjukeheimslegen førte journal i eigen praksis, sikra ikkje leiinga at journalopplysningar låg føre i sjukeheimen innan forsvarleg tid. Det var heller ikkje alle stader etablert rutinar som sikra at dei observasjonane pleiepersonellet gjorde, blei tilstrekkeleg dokumenterte. I sjukeheimar der legane dokumenterte i eit separat journalsystem, var det ikkje sikra lesetilgang for pleiepersonellet.

Mange stader var det ikkje klart korleis sjukeheimen skulle sikre seg dokumentasjon av dei funna og vurderingane som legevaktlegane gjorde. Legevakta var ikkje alle stader sikra lesetilgang til journalane, og vikarlegar hadde ikkje alltid lese- og skrivetilgang.

Oppgåver og ansvar for journalansvarleg var ikkje gjorde kjende, og journalansvarleg var heller ikkje etablert andre stader.

I fleire sjukeheimar kom det også fram at leiinga ikkje hadde vurdert kva tilhøve som kunne vere kritiske for korleis ein praktisk skulle gjennomføre journalføringa. Det blei heller ikkje kontrollert om journalføringa var i tråd med krava i regelverket.

## 4 Samla vurdering frå Statens helsetilsyn

### 4.1 Mange avvik gjev uro for pasienttryggleiken

Legemiddelbehandling i sjukeheimar blei vald som tilsynstema nettopp fordi det var eit kjent problemområde. Tilsynsorganet skal arbeide målretta for å bidra til trygge tenester. I eit slikt perspektiv er det eit poeng at tilsyn blir utført der det er grunn til å tru at tilsynet kan vere med på å tryggje tenestene. Helsetilsynet i fylka vurderte ut frå lokale risikovurderingar kva for kommunar og sjukeheimar det skulle førast tilsyn med. At det i eit klart fleirtal (76 prosent) av tilsyna blei avdekt avvik, var derfor ikkje uventa. Desse tilsyna er følgde opp av Helsetilsynet i fylka, og når dette blir skrive, er dei fleste avslutta på bakgrunn av at kommunane har sett i verk tiltak for å rette opp dei tilhøva det blei peikt på i tilsynet.

Ved tilsynet blei det i mange av sjukeheimane funne alvorlege manglar på fleire område. Når det i den same sjukeheimen ligg føre vesentlege manglar både ved legetenesta og journalsystemet, og det heller ikkje er lagt til rette for at pleiepersonellet kan få følgt opp legemiddelbehandlinga godt nok, er det slik vi ser det, grunn til alvorleg uro for pasienttryggleiken.

### 4.2 Tilrettelegginga av legetenesta

I dei seinare åra er det lagt tydelege føringar for at kommunane aktivt må vurdere kvaliteten på legetenesta i sjukeheimane sine (16–19). Funna våre

frå dette tilsynet tyder på at mange kommunar ikkje legg nok vekt på styringa og oppfølging av denne delen av tenestetilbodet ved sjukeheimen. Tilsynet har vist at legetenesta i mange kommunar ikkje er blitt ein integrert del av sjukeheimen. Tydelegvis er det i mange kommunar uklart korleis legetenesta ved sjukeheimen blir styrt, og det rår også forvirring om dette. Dette funnet har følgjer langt utover legemiddelbehandlinga av pasienten og kan tyde på at ein del kommunar har monalege utfordringar når det gjeld å sjå til at dei har ei velfungerande legeteneste i sjukeheimane sine.

Det er, slik Statens helsetilsyn vurderer det, alarmerande at legemiddelbehandlinga av skrøpelege multisjuka pasientar i sjukeheimen ikkje blir teken godt nok hand om fordi legebemanninga er for låg. Risikoen for at det nettopp i denne pasientgruppa kan oppstå alvorlege legemiddelrelaterte problem, er velkjend.

Funn frå tilsynet tyder på at kommunane i for stor grad overlet sjukeheimlegen til seg sjølv, både organisatorisk og når det gjeld kva legearbeidet i sjukeheimen skal gå ut på. I slike situasjonar blir det i for stor grad tilfeldig og opp til kvar enkelt lege korleis legearbeidet og legemiddelbehandlinga blir stetta. I kommunar med mykje gjennomtrekk i legestillingane, stor del ufaglært pleiepersonell og eventuelt mykje vikarbruk, er risikoen for svikt i legemiddelbehandlinga betydeleg.

Eit gjennomgåande funn ved tilsynet var at det var uklart om institusjonsretta arbeid der det var nødvendig med bidrag frå legehald, skulle vere blant oppgåvene til sjukeheimslegen. Dette er viktig arbeid for å sikre kvaliteten på legemiddelbehandlinga i alle helseinstitusjonar. Det er derfor grunn til uro dersom kommunane og leiinga ved sjukeheimen ikkje ser til at slike oppgåver blir ansvarsplassert og utført.

### **4.3 Tilrettelegginga av legemiddelbehandlinga**

For å sikre forsvarleg legemiddelbehandling av den sårbare gruppa som sjukeheimspasientar utgjer, må praksisen ved sjukeheimen vere styrt slik at det ikkje er tilfeldig om pasientane får nødvendig vurdering og oppfølging. At leiinga involverer seg i legemiddelbehandlinga på denne måten, handlar etter vår vurdering ikkje om å overstyre dei faglege vurderingane legen gjer, men om å forsikre seg om at det er kjent både for legen og pleiepersonellet kva som er praksis, og sikre at praksisen er fagleg velfundert.

Sjølv om det er sjukehuslegen som tek avgjerdene om legemiddelbehandlinga av kvar enkelt pasient, er observasjonane til og informasjonen frå pleiepersonellet viktige premisser for legen. Når det i sjukeheimar ikkje er sørgt for å avklare korleis dette samarbeidet skal vere, og når det i tillegg ikkje er lagt til rette for at personellet har nok tid og fagleg kompetanse til å kunne observere og rapportere om aktuelle verknader og biverknader, kan konsekvensen blir at viktig informasjon om pasienten ikkje blir fanga opp og følgt opp vidare med adekvate tiltak, verken av pleiepersonellet eller legen. Funna frå dette tilsynet stadfestar det som i fleire år har vore peikt på frå mange hald om eit monaleg mishøve mellom det som trengst av faglege ressursar og personellressursar, og dei faktiske tilhøva i mange sjukeheimar (20).

Legemiddelbehandlinga er ein heilt sentral del av den medisinske behandlinga som pasientar får i sjukeheimar. Når internkontrollen i sjukeheimen i så

liten grad omfattar legemiddelbehandlinga som funna frå dette tilsynet har vist, har kommunen og leiinga ved sjukeheimen få høve til å følge med og kunne vurdere behov for korrigerande tiltak dersom det skulle vere behov for dette.

Det er viktig for Statens helsetilsyn å poengtere at kvar enkelt tilsett ofte yter ein stor innsats som i periodar kan kompensere for mangelfull styring i sjukeheimen. Over tid held det likevel ikkje å basere seg på dette, og dersom tilhøva blir ustabile med sjukemeldingar, vikarbruk og vakansar, kan det fort bli tilfeldig om pasientane får eit forsvarleg tenestetilbod.

Behova for nok fagleg kvalifisert helsepersonell og for avklarte samarbeidsrutinar mellom lege og pleiepersonell blir sannsynlegvis ei aukande utfordring i åra framover, sidan samhandlingsreforma varslar at kommunane, og særleg sjukeheimane, skal få fleire oppgåver.

### **4.4 Journalsystema og journalføringa av legemiddelbehandlinga**

Når fleire helsearbeidarar er involverte og pasientane både har mange kroniske og alvorlege sjukdommar og bruker mange ulike og til dels svært potente legemiddel, er ein oppdatert journal med nødvendige opplysningar svært viktig for å sikre forsvarleg legemiddelbehandling. Korleis sjukeheimen sikrar forsvarleg journalføring, var derfor ein viktig del av tilsynet.

Statens helsetilsyn ser svært alvorleg på det som er komme fram ved tilsynet når det gjeld journalsystema og kvaliteten på journalføringa ved sjukeheimane. Det gjeld både den utbreidde mangelen på velfungerande journalsystem for alle tilsette, mangelen på systematikk i kva opplysningar som blir førte kvar, og ein utbreidd mangel på dokumentering av nødvendige og relevante opplysningar om legemiddelbehandlinga av pasienten. Til saman gir desse tilhøva betydeleg risiko for at nødvendige og relevante opplysningar om legemiddelbehandlinga av pasienten manglar når det skal

gjerast viktige vurderingar og takast avgjerder om behandlinga av pasienten. Særleg risikofylt kan dette bli når det er fleire legar som er kopla inn i behandlinga av pasienten – for eksempel der det er ustabil legedekning, mykje vikarbruk, når legevaktslege er tilkalla for å vurdere pasienten, og når informasjon om pasienten skal formidlast til andre, som ved innleggingar i sjukehus.

Slik vi vurderer det, kan krava til funksjonelle journalsystem og til oppdatert og fagleg etterretteleg dokumentasjon bli sett ytterlegare på strekk i samband med samhandlingsreforma.

#### **4.5 Uro uttrykt overfor Helse- og omsorgsdepartementet**

Vår uro på bakgrunn av funn frå tilsynet det første året blei uttrykt i brev 20. mars 2009 til Helse- og omsorgsdepartementet (21). Der trekte vi særleg fram det tilsynet til da hadde funne av manglar ved journalsystema og ved uklare sider ved styringa av legetenesta. Vi peikte på at det ser ut til å vere behov for at det frå sentralt hald blir satsa tungt for å få utvikla gode elektroniske dokumentasjonssystem med heilskaplege pasientjournalar som er brukarvennlege for alt helsepersonell i sjukeheimen. Når det gjaldt legetenesta, peikte vi på at tilsynserfaringane tyder på at mange kommunar, i tillegg til arbeidet med å få på plass ei tilfredsstillande legedekning i sjukeheimane, har felles utfordringar knytte til styring og leiing av legetenesta som ein integrert del av sjukeheimen.

Departementet har etter dette sett i gong fleire viktige tiltak for å betre pasienttryggleiken knytte til legemiddelbehandlinga i sjukeheimar, slik dei gav uttrykk for i svarbrevet til oss. Rett legemiddelbruk i sjukeheim er eit av satsingsområda i Nasjonal pasienttryggleikskampanje (2011-2013). Vi er også kjent med at både Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk har fleire oppdrag som skal bidra til å betre legemiddelbehandlinga i sjukeheimar. Mellom anna har Helsedirektoratet i 2010 gjennomført eit prosjekt for å samanfatta og konkretisere tiltak som

kan betre legemiddelbehandlinga og -handteringa i sjukeheimar og heime-sjukepleien. Statens helsetilsyn har teke del i den eksterne arbeidsgruppa til prosjektet. Våre tilsynserfaringar går inn som ein del av det grunnlaget som tiltaka frå prosjektet byggjer på.

#### **4.6 Avsluttande kommentar**

Formålet med denne rapporten har vore å gi ei samla framstilling og vurdering av funn frå tilsyn i 51 sjukeheimar der det blei avdekt at lovkrav som gjeld legemiddelbehandlinga, ikkje var oppfylte. Biletet som blir teikna av tenestetilbodet i sjukeheimar gjennom ein slik rapport, blir nødvendigvis problemfokuserert og prega av det som samla sett ikkje fungerte tilfredsstillande i desse 51 sjukeheimane. Ein slik oppsummeringsrapport gir derfor følgjeleg ikkje eit representativt bilete av den generelle tilstanden i sjukeheimane i landet.

Eit viktig formål med denne oppsummeringsrapporten er at han skal kunne vere til nytte for kommunar som ønskjer å gå gjennom tilrettelegginga rundt legemiddelbehandlinga i deira eigne sjukeheimar. I tillegg til denne rapporten er det mogleg å hente rapportar frå kvart enkelt tilsyn på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

På [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) finst elles også rapportane frå dei kommunane der tilsynet fann at tilhøva var tilfredsstillande og oppfylte lovkrava. Desse rapportane viser at det slett ikkje er umogleg å organisere og dimensjonere legetenesta slik at ho fungerer på ein formålstenleg måte, sjå til at legemiddelbehandlinga blir gjennomført på ein tilfredsstillande måte, og byggje opp eit velfungerande journalsystem.

## 5 Referansar

1. St.meld. nr. 18 (2004–2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Legemiddelpolitikken. <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20042005/018/PDFS/STM200420050018000DDDPDFS.pdf> (16.11.2010).
2. Pharmaceutical Care network Europe. PCNE Classification for drug-related problems V5.01. [www.pcne.org/dokumenter/DRP/PCNE%20classification%20V5.01.pdf](http://www.pcne.org/dokumenter/DRP/PCNE%20classification%20V5.01.pdf) (16.11.2010).
3. Ruths S, Viktil K, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3073–6. [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1619689](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1619689) (16.11.2010).
4. Ruths S. Drug utilisation quality in nursing homes. The Bergen district nursing home (BEDNURS) study. Bergen: Universitetet i Bergen, 2004.
5. Ruths S, Straand J. Antipsykotiske midler mot uro ved demens – medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering? Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125:1672–5. [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1210627](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1210627) (29.10.2010).
6. Selbæk G. Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes: prevalence, course and association with psychotropic drug use. Oslo: University of Oslo, Faculty of Medicine, 2008.
7. Kersten H, Ruths S, Wyller TB. Farmakoterapi i sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1732–35. [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1887617](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1887617) (16.8.2010).
8. Uppfølging av äldres läkemedelsanvändning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-103-19> (28.10.2010).
9. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm, Socialstyrelsen, 2010. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-29> (28.10.2010).
10. Läkemedelsbehandling av äldre i hemsjukvården – Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn vid 29 vårdcentraler i sydöstra sjukvårdsregionen 2008. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-86> (28.10.2010).
11. Straand J, Fetveit A, Rognstad S, Gjelstad S, Brekke M, Dalen I. A cluster-randomized educational intervention to reduce inappropriate prescription patterns for elderly patients in general practice – The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study

- [NCT00281450]  
BMC Health Services Research  
2006; 6: 72.  
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/72> (29.10.2010).
12. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A et al. The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2009;27:153–9.  
<http://informahealthcare.com/doi/full/10.1080/02813430902992215> (17.11.2010).
13. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport nr 193. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2009.  
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Aldres-lakemedelsanvandning--hur-kan-den-forbatttras/> (29.10.2010).
14. Effekt av tiltak for å redusere potensielt uhensiktsmessig bruk av legemidler i sykehjem: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 14-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.  
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/9629.cms> (29.10.2010).
15. Tilsyn med eldreomsorgen. Nyhet fra Statens helsetilsyn, 27. oktober 2010.  
<http://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Presse/Nyhetsarkiv/Tilsyn-med-eldreomsorgen/> (29.10.2010).
16. Legetjenester i sykehjem – en veileder for kommunene. IS-1436. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.  
[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/legetjenester\\_i\\_sykehjem\\_69669](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/legetjenester_i_sykehjem_69669) (29.10.2010).
17. Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem. Rundskriv I-4/2007. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2007.  
<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/i-4%202007.pdf> (29.10.2010).
18. Kommunenes lokale normering av legetjenester i sykehjem. IS-1606. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.  
[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00076/Kommunenes\\_lokale\\_no\\_76169a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00076/Kommunenes_lokale_no_76169a.pdf) (29.10.2010).
19. Utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunene. IS-1652. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.  
[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00089/Utviklingsstrategi\\_f\\_89669a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00089/Utviklingsstrategi_f_89669a.pdf) (29.10.2010).
20. Nygaard HA. Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122(8):823–825.  
[http://www.tidsskriftet.no/?seks\\_id=514641](http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=514641) (29.10.2010).
21. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem. Brev til Helse og omsorgsdepartementet av 20. mars 2009.  
<http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2009/Funn-legemiddelbehandling-sykehjem/> (29.10.2010).



# Gávnaheamit bearráigeahčus 2008–2010, dálkkasteapmi buhcciidruovttuin Hejoš pasieanttat – eahpeoadjebas dilli

Dearvvašvuodageahču Raportta 7/2010 čoahkkáigeassu

Áigodagas 2008-2010 čadahii  
Dearvvašvuodageahču bearráigeahču  
dálkkasteami hárrái 67 buhcciidruovt-  
tus.

## Duodalaš váilevuodát mángga suorggis

51 buhcciidruovttus čájehuvvui ahte  
guoskevaš láhkagáibádusat eai lean  
devdovuvvon.

Deatalaš ovdamearkkat:

- Eahpečielga  
ovddavástádusdilálašvuodát buhccii-  
druovttu doavttirbálvalusa hárrái
- Doaktáris menddo unnán áigi  
čuovvolit pasieantta dálkkasdivššu
- Dearvvašvuodabargiin menddo unnán  
áigi ja gelbbolašvuolta dárkut ja  
dieđihit váikkuhusaid ja liigeváikku-  
husaid
- Eahpečielggas gos journála iešgudet  
osiin deatalaš dálkkasdieđut gávdnojit
- Dárbblaš ja guoskevaš  
dálkkasdieđuid hárrái lei váilevaš  
journálačállin
- Buhcciidruovttu doaktáris lea sierra  
elektrovnalaš journálavuogádat man  
eará dearvvašvuodabargit eai beasa  
lohkat
- Buhcciidruovttu jodiheddjiin váilu  
oppalaš govva dálkkasdivššu riskadi-  
liid hárrái

## Pasieantasihkarvuolta lea heittot

Váilevuodát stivrejumi dáfus sáhttet  
dagahit ahte buhcciidruovttuin ii leat  
hejoš pasieanttaid dálkkasdikšu doarvái  
bures fuolahuvvon. Go seamma buhccii-  
idruovttus leat stuora váilevašvuodát  
doavttirbálvalusas ja journálavuogáda-  
gas, eai ge leat lágiduvvon  
dilálašvuodát dasa ahte  
dearvvašvuodabargit sáhttet doarvái  
bures čuovvolit dálkkasdivššu, de lea  
vuoddu sakka fuolastuvvat  
pasieantasihkarvuoda dihte.

## Mánga suohkana ja buhcciidruovttu fertejit njulget diliid

Suohkanat fertejit njulget váilevuodaid  
mat dán bearráigeahčus leat  
fuomášuvvon. Suohkanat fertejit dál

- fuolahit ahte buhcciidruovttu doavttir-  
bálvalus lea doarvái viiddis ja lági-  
duvvon vuohkkasit daid doaimmaid  
hárrái mat galget čadahuvvot
- fuolahit ahte dálkkasdikšu sáhtta oad-  
jebas vuogi mielde čadahuvvot
- ásahit bures doaimmi journálavuogá-  
daga

Dáppe [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) gávnnat  
berráigeahččoraporttaid sihke dain su-  
ohkaniin gos dilálašvuodát ledje  
dohkálaččat ja raporttaid  
berráigeahču mat dál leat loahpahu-  
von danne go suohkanat leat čadahan  
doaimmaid ja njulgen váilevuodaid ja  
boasttuvuodaid mat leat cuiggoduvvon.

# Findings from supervision of administration of medication in nursing homes 2008–2010

## Vulnerable patients – inadequate systems

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 7/2010

In 2008-2010 the Norwegian Board of Health Supervision carried out supervision of administration of medication in 67 nursing homes.

### Serious deficiencies in many areas

In 51 of the nursing homes, we found that relevant statutory requirements were not met.

Examples of important findings:

- Unclear responsibility for services provided to the nursing home by doctors
- Not enough time for doctors to follow up patients' medication
- Not enough time, and too few qualified health care personnel, to observe and report the effects and side-effects of medication
- Uncertainty about where in the patient records important information about medication is recorded
- Inadequate recording of necessary and relevant information about medication in the patient records
- Separate electronic patient record system for the hospital doctor, that other health personnel do not have access to
- The nursing home management lack an overview of areas of risk associated with administration of medication.

### Patient safety is threatened

Deficiencies in management can result in unsatisfactory administration of medication to frail nursing home residents. When there are also serious deficiencies in the same nursing home in services provided by doctors, in the patient record system, and in systems for health care personnel to monitor administration of medication adequately, there is reason to be seriously concerned about patient safety.

### There is much to be done in many municipalities and nursing homes

The municipalities must ensure that something is done about this situation. They must:

- ensure that services provided to nursing homes by doctors are adequate, and organized in an appropriate way according to the tasks that need to be carried out
- ensure that medication can be administered in a way that is safe for the residents
- ensure that the patient record system functions satisfactorily.

On our web site [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) you can find the reports of supervision both from municipalities in which these conditions were satisfactory, and from municipalities where supervision is complete because the municipality has implemented measures to correct the deficiencies that were detected.

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgjevingar 2009

**1/2009** Hans Petter Schjøsby: Sundhedscollegiet 1809-1815. Det første sentrale administrasjons- og tilsynsorgan for helsevesenet i Norge

**2/2009** Torleiv Robberstad: Helse- og omsorgsstatistikk – eit verktøy for områdeovervaking

**3/2009** Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern

**4/2009** DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre

**5/2009** Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn

**6/2009** ”Sikker som banken...” – sikrer helseforetakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften

**7/2009** Svein Zander Bratland og Sverre Lundevall (red.): Læring av feil og klagesaker

**8/2009** Ole Berg: Spesialisering og profesjonisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning.

Alle utgjevingar i serien finst i fulltekst på Helsetilsynets nettstad [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Enkelte utgjevingar finst i tillegg i trykt utgåve som kan tingast frå Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

## Tilsynsmeldinga

Tilsynsmeldinga er ein årleg publikasjon frå Helsetilsynet. Den blir nytta til å orientere omverda om saker som er sentrale for barnevernet og sosial- og helsetenestene og for offentleg debatt om tenestene.

Tilsynsmeldingar frå og med 1997 finst i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Dei nyaste kan og tingast i trykt utgåve.

## Utgjevingar 2010

**1/2010** Tannhelsetjenesten – med særlig blikk på offentlige tannhelsetjenester til prioriterte grupper

**2/2010** Det vil helst gå bra... Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009 med kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger

**3/2010** Distriktpsikiatriske tenester – likeverdige tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktpsikiatriske senter

**4/2010** Risikobildet av norsk kreftbehandling

**5/2010** Meldesentralen – årsrapport 2008-2009

**6/2010** Geir Godager og Sverre Grepperud: Har leger realistiske oppfatninger om tilsynsmyndighetenes bruk av reaksjoner?

**7/2010** Sårbare pasientar – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010

I serien Rapport fra Helsetilsynet vert det formidla funn og erfaring frå klagebehandling og tilsyn med barnevern og sosial- og helsetenestene.

Serien vert utgjeven av Statens helsetilsyn.  
Alle utgjevingar i serien finst i fulltekst på  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

## OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 7/2010

### **Sårbare pasientar – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010**

I 2008–2010 gjennomførte Helsetilsynet i fylka tilsyn med legemiddelbehandlinga i 67 sjukeheimar.

#### **Alvorlege manglar på mange område**

I 51 av sjukeheimane blei det påvist at aktuelle lovkrav ikkje var oppfylte. Eksempel på viktige funn:

- uklare ansvarstilhøve rundt legetenesta ved sjukeheimen
- for lite tid for legen til å følgje opp legemiddelbehandlinga av pasienten
- for lite tid og kompetanse hos pleiepersonellet til å observere og rapportere om verknader og biverknader
- uklart kvar i dei ulike delane av journalen ein kunne finne viktige legemiddelopplysningar
- mangelfull journalføring av nødvendige og relevante legemiddelopplysningar
- separat elektronisk journalsystem for sjukeheimslegen utan lesetilgang for anna helsepersonell
- manglande oversikt hos sjukeheimsleinga over risikofaktorar knytte til legemiddelbehandlinga

#### **Pasienttryggleiken er truga**

Styringssvikt kan føre til at legemiddelbehandlinga av skrøpelege sjukeheimspasientar ikkje blir godt nok teken vare på. Når det i same sjukeheimen ligg føre vesentlege manglar ved legetenesta og journalsystemet, og når det heller ikkje er lagt til rette for at pleiepersonellet kan få følgt opp legemiddelbehandlinga godt nok, er det grunn for alvorleg uro for pasienttryggleiken.

#### **Ein jobb å gjere i mange kommunar og sjukeheimar**

Kommunane må sjå til at tilhøve som dette tilsynet har påvist, ikkje får vare ved. Dei må no

- sjå til at legetenesta ved sjukeheimen er tilstrekkeleg dimensjonert og organisert på ein formålstenleg måte ut ifrå dei oppgåvene som skal gjerast
- sjå til at legemiddelbehandlinga kan gjennomførast på ein trygg måte
- sørge for eit velfungerande journalsystem

På [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) er det mogleg å finne både tilsynsrapportar frå kommunar der desse tilhøva var i orden, og rapportar frå tilsyn som no er avslutta fordi kommunane har sett i verk tiltak for å rette opp dei feila og manglane som tilsyna peikte på.