
Journalføring pleie og omsorg

Forvaltningsrevisjonsrapport

Åmli kommune



Sammendrag

Rammene for prosjektet

Forvaltningsrevisjonsprosjektet «journalføring – pleie og omsorg» har hatt som formål å besvare kontrollutvalgets problemstillinger som i hovedsak knytter seg til hvorvidt Åmli kommune, i etterkant av Statsforvalterens tilsyn i 2019, i tilstrekkelig grad har etablert rutiner, prosedyrer og praksis for journalføring av brukers elektroniske pasientjournal. En forutsetning for å imøtekomme dette avhenger i stor grad av at kommunen har etablert systemer for å sikre at ansatte gis tilstrekkelig opplæring og at dette dokumenteres.

Revisjonskriteriene er utledet av lovkrav fra kommuneloven, forskrift om pasientjournal og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Metodisk gjennomføring av revisjonen inkluderer dokumentanalyse, mappegjennomgang av et utvalg brukere og spørreundersøkelse blant ansatte. Dataene er samlet inn gjennom regelmessig dialog og korrespondanse med kommunens kontaktperson og bruk av elektronisk spørreundersøkelse. Validiteten og reliabiliteten av dataene er sikret gjennom faktaverifisering og intern/ekstern kvalitetskontroll.

Hovedfunn og revisjonens konklusjoner

Når det kommer til rapportens problemstilling 1, er revisors samlede vurdering er at kommunen i det vesentligste har etablert rutiner som sikrer tilstrekkelige beskrivelser omkring innkomst og oppfølgingsaktiviteter knyttet til brukere i institusjon. Når det kommer til rutiner for kartlegging og behovsutredning for brukere i hjemmetjenesten, fremstår de samlede rutinene på dette området noe svakere både når det kommer til rutiner for å sikre tilstrekkelig opplyst pasientjournal så vel som for den løpende oppfølging av brukerne. Dette begrunner revisor med at det er usikkerhet omkring dokumentasjon som legges til grunn for kartlegging av brukere og hva som inngår i denne kartleggingen samt det faktum at forelagte rutiner i hovedsak omhandler innkomst institusjon og i mindre grad nye brukere i hjemmetjenesten. Dette er for øvrig forhold som bekreftes i vår mappegjennomgang.

For rapportens 2. problemstilling vurderer revisor at kommunen har jobbet systematisk med å gi ansatte nødvendig opplæring i journalføring, og det er tydelig at det har vært et bevisst fokus på å sikre at pasientjournalene føres i tråd med gjeldende krav. Dokumentasjonen viser at det er gjennomført kurs, og at enkelte deltakere er registrert. Likevel mangler det en samlet oversikt over kompetansenivået blant de ansatte.

Spørreundersøkelsen viser at noen ansatte ikke har fått tilbud om, eller ikke har deltatt i, opplæring i bruk av elektronisk pasientjournal. I tillegg tyder svarene på at opplæring alene ikke alltid fjerner usikkerhet knyttet til journalføringen. Revisor peker også på at kommunen i liten grad evaluerer hvordan rutinene fungerer i praksis, og at det er begrenset med systematisk innhenting av tilbakemeldinger fra ansatte. Dette gjør det vanskelig å vite om rutinene faktisk oppleves hensiktsmessig og om de brukes slik de er ment.

Til rapportens problemstilling 3 vurderer revisor at journalføringen i Åmli kommune i hovedsak følger gjeldende rutiner og krav, men da særlig innen institusjonstjenestene. Her er det etablert tydelige prosedyrer og sjekklister som bidrar til systematisk dokumentasjon. I hjemmetjenesten er bildet mer sammensatt. Selv om det meste av utførte tjenester blir dokumentert, er det svakheter

knyttet til hvordan vedtak begrunnes og hvordan samtykkekompetanse vurderes og følges opp. Det brukes i mindre grad kartleggingsverktøy, og det kan synes som at det foreligger enkelte svakheter omkring rutine for hva en førstegangsregistrering i elektronisk pasientjournal skal inneholde, noe som kan føre til usikkerhet omkring datakvaliteten. Spørreundersøkelsen viser også at ansatte i hjemmetjenesten i større grad enn i institusjon opplever tidspress og usikkerhet rundt hva som skal journalføres.

Revisjonens anbefalinger.

- Åmli kommune bør i større grad sikre at det foreligger en samlet oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring knyttet til føring av elektronisk pasientjournal.
- Knyttet til arbeidet med kartlegging av nye brukere i hjemmetjenesten, bør det i større grad foreligge rutiner som sikrer en enhetlig innregistrering i kommunens system for elektronisk pasientjournal.
- Kommunen bør ha oversikt over brukeres samtykkekompetanse i hjemmetjenesten.
- Kommunen bør i større grad gjennomføre evalueringer av opplæring og rutiner for å sikre tilfredsstillende føring av elektronisk pasientjournal.

Innhold

Sammendrag	1
Innhold	3
Forord	4
1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn og formål	5
1.2 Problemstillinger	5
2 Metodisk gjennomføring	6
3 Revisjonskriterier	8
3.1 Internkontroll	8
3.2 Krav til journalføring	9
3.3 Det systematiske arbeidet	10
3.4 Kriterier oppsummert	11
4 Rutiner for journalføring.....	12
4.1 Revisjonskriterium	12
4.2 Fakta	12
4.2.1 Kommunens rutiner	12
4.2.2 Tjenestetildelingen	12
4.2.3 Rutiner for samtykke og inntøkt	13
4.2.4 Prosedyre for journalføring i praksis	16
4.2.5 Ansattes opplevelse av eksisterende rutiner	17
4.3 Vurderinger	17
5 Kjennskap til rutiner for journalføring.....	19
5.1 Revisjonskriterium	19
5.2 Fakta	19
5.2.1 Kompetansehevende tiltak	19
5.2.2 Kommunens systematiske arbeid	23
5.3 Vurderinger	24
6 Journalføring.....	25
6.1 Revisjonskriterium	25
6.2 Fakta	25
6.2.1 Journalgjennomgang	25
6.2.2 Spørreundersøkelse	28
6.3 Vurderinger	30
7 Konklusjon.....	33
7.1 Anbefalinger.....	33
7.2 Kommunedirektørens uttalelse	34
Litteratur- og dokumentasjonsliste.....	35
Vedlegg	37

Forord

Sørlandet kommunerevisjon IKS har gjennomført en forvaltningsrevisjon knyttet til journalføring i Åmli kommune. Prosjektet er bestilt av kontrollutvalget basert på kommunestyrets vedtak i sak 72/2024. Prosjektet er ikke forankret i plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2023-2026.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Terje Line. Magnus Tørå Solsvik har vært oppdragsansvarlig revisor.

Arendal, 30.05.2025

Magnus Tørå Solsvik

Magnus Tørå Solsvik
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Terje M Line

Terje Melhuus Line
Forvaltningsrevisor

Dokumentet er elektronisk signert.

1 Innledning

Åmli kommune har etter helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å gi nødvendig helsehjelp og bistand til personer som bor eller oppholder seg i kommunen, jf. hol. § 3-1.¹

Et sentralt forhold i arbeidet med å dokumentere den helsehjelp og bistand som ytes overfor personer som bor eller oppholder seg i kommunen, omhandler rutiner og praksis for journalføring av brukers elektroniske pasientjournal. Åmli kommune skal i denne forbindelse etterleve både forskrift om journalføring og kommunelovens krav til internkontroll.

For å sikre at kommunen skal kunne ivareta de krav som følger av forskrift og lov, legges det til grunn at man etablerer tilstrekkelige rutiner, prosedyrer og ikke minst en praksis som ivaretar disse hensynene. I dette arbeidet er det en forutsetning at kommunen gir ansatte kompetanse til å ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte. Dette handler i hovedsak om tilstrekkelig opplæring og å holde oversikt over ansattes kompetanse når det kommer til å gjennomføre journalføring i kommunens elektroniske system for pasientjournal.

1.1 Bakgrunn og formål

Åmli pleie og omsorgssenter (ÅPOS) hadde i 2019 tilsyn fra Statsforvalteren.² Statsforvalterens tilsynsrapport fra 2019 fant i alt fire lovbrudd, samt konkluderte med at ledelsens styring var mangelfull, og at ulike kvalitetsindikatorer i liten grad etterspørres fra øverste ledelsesnivå.

Kommunen har ifølge tilsvar til Statsforvalteren utarbeidet nye rutiner som igjen medførte lukking av tilsynet i 2020. På et folkemøte i kommunen kom det imidlertid frem en oppfatning av at enkelte rutiner fremdeles ikke er tilfredsstillende, spesielt tilknyttet journalføring. Kommunestyret har derfor bedt kontrollutvalget om å undersøke hvorvidt funn fra Statsforvalterens tilsynsrapport er tilstrekkelig utbedret.

Kontrollutvalget vedtok den 29.04.2024 å be Sørlandet Kommunerevisjon IKS undersøke kommunens oppfølging av Statsforvalterens funn fra tilsynsrapport, med særlig fokus på rutiner for journalføring. Kontrollutvalget vedtok prosjektplan for forvaltningsrevisjonsprosjektet i sitt møte den 14.06.2024 (sak 20/24). Kommunestyrets bevilgning til gjennomføring av forvaltningsrevisjonsprosjektet ble godkjent i møtet 24.10.2024 (sak 72/2024).

Med bakgrunn i funn fra Statsforvalteren og skisserte tiltak fra Åmli kommune vil denne revisjonen se nærmere på kommunens oppfølging knyttet til etablering av rutiner, prosedyrer og praksis for journalføring av brukers elektroniske pasientjournal. En forutsetning for å imøtekomme dette avhenger i stor grad av at kommunen har etablert systemer for å sikre at ansatte gis tilstrekkelig opplæring og at dette dokumenteres.

1.2 Problemstillinger

1. *Har Åmli kommune etablert tilstrekkelige rutiner for journalføring etter Statsforvalterens tilsyn i 2019?*

¹ LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven – hol.)

² Rapport fra tilsyn med Åmli pleie- og omsorgssenter i Åmli kommune 2019 | Helsetilsynet

2. *Har de ansatte ved Åmli pleie- og omsorgssenter god nok kjennskap til rutiner for journalføring?*
3. *Blir journalføring utført i tråd med gjeldende interne rutiner?*

2 Metodisk gjennomføring

Prosjektets metodiske fremgangsmåte har basert seg på en sammensatt datainnsamling gjennom flere ulike tilnærminger innen både kvalitativ og kvantitativ metode. Arbeidet med forvaltningsrevisjonen har i hovedsak foregått i perioden mars 2025 – april 2025, gjennomført av forvaltningsrevisor Terje M. Line, med Magnus T. Solsvik som ansvarlig forvaltningsrevisor.

Revisjonen startet innledningsvis i prosjektet med et oppstartsmøte med enhetsleder helse og omsorg (kontaktperson utnevnt av kommunedirektør) og rådgiver i kommunen for å avklare forventninger, tidsplan og praktisk gjennomføring for det videre arbeidet. Kommunen har i revisjonsdialogen vært imøtekommende når det gjelder å fremskaffe den dokumentasjonen som revisjonen har bedt om, noe som innebærer at man får en effektiv revisjonsprosess.

Dokumentanalyse

I oppstartsmøte med kommunen hadde revisjonen i forkant skissert hvilken dokumentasjon vi anså som relevant for å belyse undersøkelsens problemstillinger. I etterkant av oppstartsmøte har revisjonen løpende mottatt den dokumentasjon kommunen mente var nødvendig for å kunne belyse problemstillingene. Dokumentasjonen er i hovedsak dokumenter knyttet til rutiner ifm. journalføring knyttet til pasienter innen helse og omsorg. Det var også dokumentasjon relatert til kompetanseheving blant ansatte.

Spørreundersøkelse

I tillegg til gjennomgang av skriftlige rutiner, anså revisjonen det som avgjørende at også ansattes synspunkter og opplevelser omkring journalføring og kompetanse skulle være en del av datagrunnlaget. Revisjonen gjennomførte derfor en spørreundersøkelse i den hensikt å kartlegge om kommunen har etablert tilstrekkelige rutiner for journalføring, om de ansatte har god nok kjennskap til disse rutinene og om journalføringen utføres i tråd med gjeldende rutiner.

Undersøkelsen omfattet alle ansatte i institusjon og hjemmetjeneste i Åmli kommune. Revisjonen har kun tatt utgangspunkt i den oversendte dokumentasjonen knyttet til ansattes e-post og tlf. nummer. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til totalt 55 respondenter som ble kontaktet per SMS. Det var 38 respondenter som svarte på hele eller deler av undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 69. Spørreundersøkelsen ble distribuert gjennom SurveyXact, som revisjonen også anvendte i sin analyse av datagrunnlaget (for spørreundersøkelsen).

Gjennomgang av journaler

For å belyse praktiseringen av rutiner knyttet til journalføring, anså revisjonen det som relevant å gjennomgå et utplukk av journaler. Formålet var å se praksis opp mot krav i forskrift om journalføring og de gjeldende rutiner som var forelagt av kommunen. Revisjonen foretok et tilfeldig utplukk av pasienter (løpenummer i EPJ) som hadde vedtak fra 2023 og senere. Det fordelte seg med fire pasienter med vedtak om langtidsopphold og sju pasienter med vedtak fra hjemmesykepleie/omsorgsbolig. Gjennomgangen fant sted 09.04.2025 i Åmli kommune og

enhetsleder og rådgiver var til stede sammen med revisjonen. I perioder deltok også teamleder institusjon og teamleder hjemmesykepleie.

Validitet og reliabilitet

Vurderingen av det metodiske arbeidets validitet og reliabilitet, handler om å belyse dataenes troverdighet og gyldighet. Validiteten handler om hvorvidt de innsamlede dataene er aktuelle for å besvare problemstillingene, og om revisjonens funn er autoritative og representative i forhold til fenomenet som er undersøkt. Dokumentene som er analysert, for å gi et bedre grunnlag for konklusjonene, var dokumenter som er forelagt revisjonen direkte av kommunen.

Ved revisjonens gjennomgang av journaler er disse vurdert opp mot sentrale deler av forskrift for pasientjournal og kommunens rutine, uten at det er gjort konklusjoner av kommunens skjønnsmessige, faglige vurderinger. Validiteten ved de observasjoner som er funnet ved journalene, vil derfor være solide. De utplukkete journalene ble gjennomgått i møte 8. april 2025 med begrenset tid til rådighet. Revisjonen kan derfor ikke garantere for mangler i datagrunnlaget og har kun tatt utgangspunkt i det som var mulig å gå gjennom den aktuelle dagen.

Spørreundersøkelsens deltagelse på 69 prosent er etter revisjonens vurdering en representativ oppslutning med hensyn til intensjonen om å få løftet frem ansattes synspunkter. Andelen utgjorde 38 respondenter som svarte helt eller delvis på undersøkelsen. Imidlertid ser vi at nærmest alle som svarte var fast ansatte, og svært få var timelønnet/tilkallingsvakter. Dette innebærer at andre enn fast ansatte er underrepresentert. Alle variablene er derfor ikke direkte overførbare og generaliserbare, men hensikten med undersøkelsen har vært å få en bred tilbakemelding fra ansatte på konkrete spørsmål. Datasettenes validitet styrkes også ved at revisjonen har hatt anledning til å sette resultatene fra ansatte opp mot den realiteten som kommer frem fra gjennomgang av journaler.

Reliabilitetsvurderingen omhandler hvorvidt de innsamlede dataene er pålitelige, og om dataene er gjenstand for etterprøvbarehet. Rapporten har både på detaljert og overordnet nivå vært gjenstand for intern og ekstern kvalitetskontroll. Gjennomgående i rapportens arbeid har flere forvaltningsrevisorer vært involvert i prosessen, og den metodiske innsamlingen av data har vært grundig forankret og kvalitetssikret internt. Dette har bidratt til et godt fundament for dataenes reliabilitet.

3 Revisjonskriterier

I dette kapittelet utledes revisjonskriteriene ut fra prosjektets problemstillinger. Revisjonskriterier er de kravene og forventningene som benyttes for å vurdere kommunens rutiner, prosedyrer, systemer og praksis. Sammenholdt med faktagrunnlaget, danner revisjonskriteriene grunnlag for de analysene og vurderingene som foretas, samt de konklusjonene som trekkes. De er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere eventuelle mangler og svakheter.

Revisjonskriteriene vil ha sitt fundament i sentrale bestemmelser som fremgår av kommuneloven, forskrift om pasientjournal og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

3.1 Internkontroll

Kommunelovens kapittel 25 omhandler internkontroll, og § 25-1 fastslår at kommunedirektøren har ansvar for at det utføres internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges.³ Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Kommunedirektøren skal etter lovens § 25-1;

- a) utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering
- b) ha nødvendige rutiner og prosedyrer**
- c) avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik
- d) dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig
- e) evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll**

Av veileder for kommunedirektørens internkontroll utarbeidet av KS, fremgår det at kommunedirektørens ansvar for internkontroll favner hele kommuneorganisasjonen og alle perspektiver, både arbeidsmiljø og tjenester, etikk og økonomi.⁴ For denne revisjonens formål vil revisjonskriteriet i hovedsak være avgrenset til å gjelde kommunens rutiner og prosedyrer samt evaluerings- og forbedringsarbeid knyttet til journalføring av elektronisk pasientjournal. Til dette ligger rutiner og prosedyrer for opplæring, gjennomføring og evaluering.

Veilederen om kommunelovens internkontrollbestemmelser gir nærmere beskrivelser omkring roller, ansvar og delegering av internkontrollen.⁵ Veilederen viser til at det av lovens tredje ledd bokstav a oppstilles et krav om at kommunen skal ha nødvendige prosedyrer og rutiner. Rutiner og prosedyrer er i henhold til veilederen viktig for å sikre regeletterlevelse i kommunen, men hvilke og hvor mange rutiner som trengs for de ulike områdene, må vurderes konkret. Ved at loven sier at man skal ha det som er nødvendig, fremgår det av forarbeidene at «hva som er nødvendig må ses i sammenheng med de andre kravene i bestemmelsen og vil måtte bero på en konkret vurdering». Sentralt vil blant annet vurderinger omkring risiko for avvik stå, og vurderinger må gjøres konkret og tilpasset det området de skal gjelde for, samt det konkrete risikobildet. Målet for rutiner og prosedyrer vil være å sikre regeletterlevelse. Ifølge veilederen kan rutinene og prosedyrene i praksis være både muntlige og skriftlige. De fleste litt større og viktige rutinene

³ LOV-2018-06-22-83 Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

⁴ KS, *kommunedirektørens internkontroll - veileder*

⁵ Kommunal- og moderniseringsdepartementet. *Veileder om kommunelovens internkontrollbestemmelser*

vil gjerne fastsettes skriftlig. Det er ikke et lovkrav om at enhver rutine og prosedyre skal være skriftlige, men ut fra en helhetlig tolkning av internkontrollkravet i loven, vil skriftlighet ofte være nødvendig.

Det følger av lovens tredje ledd bokstav e et krav om å evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll. Dette kravet er ifølge veilederen knyttet til selve internkontrollarbeidet hvor det fremgår at skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll skal evalueres. Det er imidlertid ikke noen krav til hvordan evalueringen skal gjøres, men det skal være en evaluering av hvordan den aktuelle virksomheten jobber med sin internkontroll. Det følger av bokstav e at dersom det er behov for det, så skal skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll forbedres.

Av veilederen fremgår det at det ikke er satt noe lovkrav til tidsintervaller for hvor ofte evaluering og eventuell forbedring skal gjøres. Skal man ta utgangspunkt i at forbedringer skal gjøres når det er behov for det, så fordrer dette at man med jevne mellomrom gjennomfører evalueringer som kan danne grunnlag for dette. Av forarbeidene følger det at nødvendige forbedringer skal gjøres innenfor tidsrammer, kostnadsrammer og prioriteringer i kommunen. Videre fremgår det av forarbeidene blant annet: "Evaluering og forbedring er viktig i arbeidet med internkontroll for å sikre systematisk oppfølging og utvikling som til enhver tid er tilpasset kommunens virksomhet. Dette vil også bidra til langsiktig læring og utvikling i kommunens arbeid med tjenesteyting og internkontroll."

Som man vil se av de følgende kriterier, vil forhold som omhandler opplæring for å sikre ansattes kompetanse, evalueringer med formål om kvalitetsforbedring og arbeidet med å avdekke og følge opp avvik være eksempler på forhold som også tas opp i andre lovkrav.

3.2 Krav til journalføring

De krav som følger av forskrift om pasientjournal, må ses i sammenheng med de rutiner og prosedyrer som er etablert som følge av krav til internkontroll.

Forskrift om pasientjournal trekkes frem som et av kriteriene i statsforvalterens rapport fra 2019.⁶ Det fremgår at god journalføring skal sikres ved at journalføring gjøres fortløpende og i en felles journal. Det skal fremgå tydelig dersom det i tillegg til elektronisk journal finnes papirbasert journalmateriale og at formålet med å føre journal er å sikre at opplysninger som er nødvendige og relevante for en forsvarlig behandling av pasienten blir nedtegnet og kan gjenfinnes. Journalføringsplikten har også til formål å gi tilsynsmyndigheter og andre relevante instanser innsyn i helsehjelpen som er gitt. Det påligger virksomheten å sette helsepersonell i stand til å overholde journalføringsplikten.

§ 4 omtaler krav til journalens innhold. Pasientjournalen skal inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte pasient. Helsedirektoratet har i sine kommentarer til forskriften pekt på nødvendigheten av det foreligger tilstrekkelige opplysninger som helsepersonellet må ha tilgjengelig i den aktuelle situasjonen for å kunne gi helsehjelp. Opplysningene kan også bli aktuelt å hente frem i forbindelse med helsehjelp som ytes på et senere tidspunkt og journalopplysningene kan også bidra til å dokumentere at man som helsepersonell har handlet i samsvar med de forventninger som ligger til grunn.⁷

⁶ FOR-2019-03-01-168 Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften)

⁷ Helsepersonelloven med kommentarer. § 40. Krav til journalens innhold m.m. - Helsedirektoratets kommentarer

Forskriftens § 5 angir hvilke administrative opplysninger som kan være relevant og nødvendig at fremgår av pasientens journal, men den girte oversikten er ikke uttømmende. Dette betyr at kommunen må sikre en registrering som man mener er tilstrekkelig. Eksempler på administrative opplysninger i forskriften knytter seg til opplysninger for å kunne kontakte pasientens nærmeste pårørende, opplysninger om når og hvor helsehjelpen er gitt og type kontakt, kontaktopplysninger om fastlege og opplysninger om pasienten har en individuell plan.

Videre angir forskriftens § 6 en oversikt over hvilke kliniske og medisinske opplysninger som det kan være relevant og nødvendig at fremgår av pasientens journal, men også her er ikke oversikten uttømmende. Eksempler på opplysninger som kan fremgå av pasientens journal er pasientens beskrivelse av situasjonen og eventuelle ønsker for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie og pågående behandling, opplysninger om symptomer, observasjoner og funn ved undersøkelser og opplysninger om behandling med legemidler, samt virkning og bivirkning av slik behandling.

Ser man forskriftens § 6 i sammenheng med § 7 som omhandler opplysninger om informasjon og informasjonsutveksling, reservasjoner og samtykkekompetanse er dette sentrale opplysninger for kommunens dialog med pasienten. Det fremgår at pasientens journal skal, om det er relevant og nødvendig, inneholde opplysninger om det er gitt råd og informasjon til pasient og nærmeste pårørende. En slik journalføring kan inneholde hovedinnholdet i rådene og informasjonen. Opplysninger om meldinger til annet personell, etater og/eller tjenester som eksempelvis henvisninger, innleggelseserklæringer resultater av rekvirerte undersøkelser er øvrige forhold som kan journalføres. I tillegg kan det være relevant at opplysninger om pasientens reservasjoner og samtykkekompetanse er journalført.

Forskriftens § 8 omhandler andre opplysninger som kan være relevant for journalføring. Eksempler på dette er bruk av tvang, opplysninger om pasient med psykisk sykdom, forhold omkring pasienter som er barn og sakkyndige erklæringer for å nevne noe. § 9 omhandler pasientens legemiddelliste og er en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling. I § 10 fremgår det at «nedtegning i journalen skal skje uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt. Nedtegningen skal dateres og signeres av den som har gitt helsehjelpen».

3.3 Det systematiske arbeidet

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten angir gjennom formål at forskriften skal bidra til faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Gjennom forskriftens § 3 fremgår det at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Forskriften definerer i § 4 at styringssystem i denne forskriften betyr den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. I denne sammenheng avgrenses det systematiske arbeidet til forskriftens § 6 og § 7 hvor fokus på kompetanse og behov for opplæring er beskrevet. Under § 6 – plikten til å planlegge fremgår det at når det kommer til plikten til å planlegge virksomhetens oppgaver innebærer dette blant annet at man skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Videre fremgår det av § 7 under plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer dette blant annet å

sørge for at medarbeiderne i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.

På lik linje med kravene som følger av kommuneloven når det kommer til evaluering, beskriver forskriften at det foreligger en plikt til å evaluere som blant annet innebærer at man skal vurdere gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

3.4 Kriterier oppsummert

Samlet sett utgjør de ovennevnte kriterier et sett med forventninger til det systematiske arbeidet omkring journalføring av pasienter i Åmli kommune. Flere av kriteriene er overlappende og berører hver for seg flere av problemstillingene. Kommunens interkontroll danner fundamentet for de rutiner og prosedyrer som etableres. Sammenholdt med løpende evalueringer skal dette bidra til å danne rammer for kommunens journalføring. Det følger av forskrift en rekke forhold som skal ivaretas gjennom føring av pasientens journal, og det er kommunens ansvar å sikre at dette er tydeliggjort gjennom et helhetlig system hvor blant annet rutiner, prosedyrer, opplæring og den ansattes kompetanse utgjør sentrale forhold. Videre er det ansattes involvering og medvirkning i det systematiske arbeidet med evalueringer som over tid bidrar til at man sikrer utvikling og tilstrekkelig kvalitetsforbedring.

Basert på våre kriterier legges det til grunn en forventning om at Åmli kommune har:

- Etablert rutiner og prosedyrer som skal bidra til å sikre tilstrekkelig journalføring i elektronisk pasientjournal.
- Gjennomført opplæring blant ansatte i den grad at det sikrer tilstrekkelig kompetanse for å etterleve krav til tilstrekkelig journalføring av elektronisk pasientjournal.
- Jevnlige evalueringer som sikrer at ansatte involveres i det systematiske arbeidet med utvikling av rutiner og kvalitetsforbedring knyttet til pasientenes elektroniske journal.
- Dokumentert sitt systematiske arbeid primært knyttet til å ansattes kompetanse, evaluering og medvirkning til arbeidet med journalføring.
- Ansatte skal ha tilstrekkelig kompetanse til å forstå hvilke opplysninger om pasienten som skal journalføres i elektronisk pasientjournal.
- Det foreligger en praksis for føring av elektronisk pasientjournal som er i tråd med de etablerte rutiner og forskrift.

4 Rutiner for journalføring

Problemstilling 1: har Åmli kommune etablert tilstrekkelige rutiner for journalføring etter Statsforvalterens tilsyn i 2019?

4.1 Revisjonskriterium

Det forventes at Åmli kommune har:

- Etablert rutiner og prosedyrer som skal bidra til å sikre tilstrekkelig journalføring i elektronisk pasientjournal.

4.2 Fakta

Kommunelovens krav til internkontroll legger til grunn at det skal etableres nødvendige rutiner og prosedyrer. Rutiner og prosedyrer kan utformes på ulike måter og i praksis kan disse være både muntlige og skriftlige. Det er ikke et lovkrav om at enhver rutine skal være skriftlig, men ut fra en helhetlig tolkning av internkontrollkravet i loven vil skriftlighet ofte være nødvendig. Det som er sentralt når man legger til grunn en vurdering av behov for rutiner og prosedyrer, er at man ønsker å redusere risikoen for avvik. Skriftlige rutiner og prosedyrer vil i en slik sammenheng være en nødvendighet for å sikre skriftlighet omkring hvordan bestemte oppgaver skal utføres.⁸

4.2.1 Kommunens rutiner

Revisor er forelagt et bredt spekter av rutiner som omhandler selve kartleggingen av pasienten, det være seg ved innkomst, samtykkekompetanse, ernæringskartlegging og kriterier for Tjenestekontor for å nevne noen av disse. I tillegg er revisor forelagt ulike prosedyrer for hvordan man skal føre den enkelte brukers elektroniske pasientjournal i kommunens fagsystem Profil.

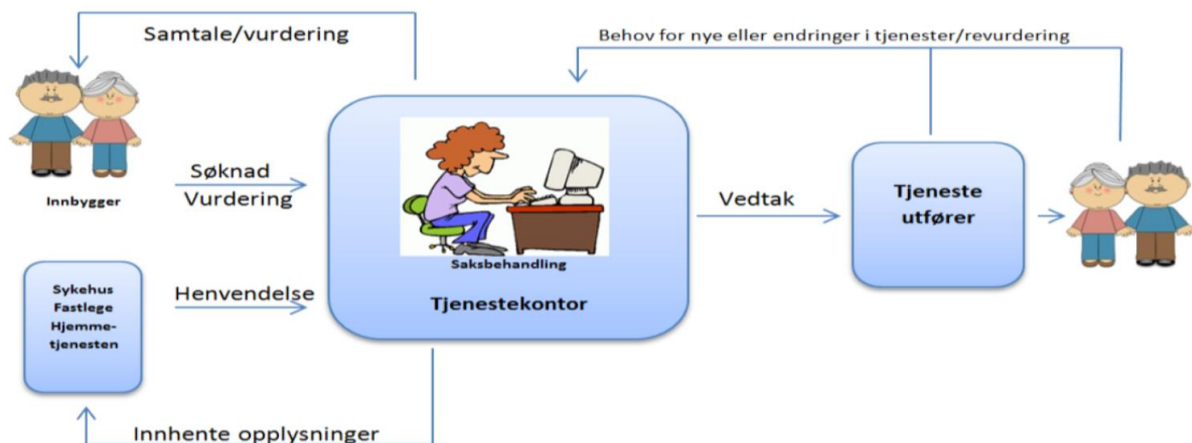
4.2.2 Tjenestetildelingen

Åmli kommune har etablert et tjenestekontor som i forelagt dokumentasjon, «*kriterier for Tjenestekontor*», beskriver bakgrunnen for hvorfor man har valgt å organisere tildeling av tjenester gjennom et tjenestekontor. Av dokumentets innledning fremgår det at saksbehandlerne på tjenestekontoret vil ha som primæroppgave å motta søknader, utrede og saksbehandle søknader om de helse- og omsorgstjenester kommunen har ansvaret for å levere. Videre fremgår det at styrking av brukere og pårørendes rolle, krav til medvirkning og aktiv brukerrolle, forutsetter en helse- og omsorgstjeneste som i større grad enn tidligere, gis basert på en kartlegging og forståelse for brukerens behov.

Tjenestekontoret har et eget søknadsskjema som i forelagt dokumentasjon «inviterer til brukermedvirkning og med mulighet til innhenting av nødvendig relevant informasjon». Det fremgår at det skal vektlegges fokus på brukers situasjon og hva som er viktig for brukeren, hvor den enkelte må være tilstrekkelig informert og vite hva det samtykkes til samt konsekvenser av dette. Tjenestekontoret skal ifølge dokumentasjonen sørge for at innbyggere med sammensatte behov får et koordinert tjenestetilbud. Tjenestekontoret oppgis også å spille en viktig rolle i forbindelse med utskrivningsklare pasienter fra sykehus, der alle henvendelser skal gå via saksbehandlere ved tjenestekontoret og koordineres derfra mot tjenesteenhetene.

Arbeidsprosessen knyttet til saksbehandling er illustrert med følgende figur:

⁸ Kommunal- og moderniseringsdepartementet. *Veileder om kommunelovens internkontrollbestemmelser*



Som det fremgår er det tjenestekontoret som ivaretar ansvaret for å utlede vedtak, men også utføre endringer i form av revurdering av vedtakets innhold.

Dokumentet gir en oversikt over hvilke områder tjenestekontoret behandler og tildeler tjenester innenfor. Dette er eksempelvis tjenester som hjemmesykepleie, praktisk bistand, omsorgsbolig, langtidsplass institusjon, trygghetsalarm osv. Tjenestekontorets mandat er beskrevet med myndighet til å saksbehandle tjenester innenfor helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3.2.5 og 3.2.6., 3.6., 3.8., 7.1 og 7.2. Av dokumentets avsnitt 1.9 fremgår det at tjenestekontorets ansvar innebærer at det skal sikres god og forsvarlig saksbehandling. Det skal gjennomføres statusmøter med enhetslederne 1 gang per måned hvor tjenestekontoret har ansvar for innkalling og gjennomføring av disse møtene.

I dokumentasjonen er det stilt opp rutiner for tildeling av tjenester i form av omtale av virksomhet og avdelinger, tjenestebeskrivelse, formål, målgruppe, lovgrunnlag, kriterier/vurderinger og merknader. Dette er beskrevet for hver enkelt av de tjenestene som tjenestekontoret tildeler.

4.2.3 Rutiner for samtykke og innkost

Kommunen har utarbeidet en rutine for vurdering av samtykkekompetanse som har til formål å gi ansatte veiledning når det kommer til deres oppgaver med å vurdere samtykkekompetanse ved ytelse av nødvendig helsehjelp. Det er gitt definisjoner omkring hva det å være samtykkekompetent innebærer. Å være samtykkekompetent defineres i rutinen med at pasienten evner å forstå, gjengi relevant informasjon, samt resonnerer rundt ulike alternativer og konsekvenser. Videre skal pasienten være i stand til å ta en avgjørelse og et valg basert på dette samt forstå nødvendigheten av helsehjelpen og konsekvensene ved å nekte å ta imot dette. Rutinen klargjør videre forhold som omhandler når samtykkekompetanse skal utføres (ved innkost og halvtårskontroller), hvem som skal vurdere samtykkekompetanse (primærkontakt, teamsykepleier, lege) og hvordan man skal vurdere samtykkekompetanse (sjekkliste). Under rutinens punkt 9 – dokumentasjon, fremgår det at refleksjoner og vurderinger skal dokumenteres i journal knyttet til tiltaket. Det er gitt eksempel på praksis hvor dokumentasjon omtales med «samtykkekompetansevurderingen dokumenteres i skjema i Profil».⁹

⁹ Profil er kommunens system for journalføring av elektronisk pasientjournal

Revisor er forelagt dokumentet «innkomst Åmli pleie senter». Av dokumentasjonen fremgår dette å være en form for informasjonsskriv om Åmli pleie og omsorgssenter (ÅPOS) til brukere. I skrevet fremgår det at informasjonen som gis i skrevet, skal være til hjelp for bruker og dens nærmeste som et ledd i å gi svar på noen av de spørsmålene de måtte ha. Under avsnitt for innkomstrutiner omtales innkomstsamtale som en samtale man gjennomfører for å bli bedre kjent med bruker. I denne samtalen oppgis det at bruker, sammen med pårørende, fyller ut et skriv med bakgrunnsopplysninger slik at man kan lære bruker å kjenne blant annet knyttet til medisinske behov. Prosedyre «*innkomst/halvtårskontroll ÅPOS*» legger til grunn at innen 1 uke etter ankomst skal pasient være kartlagt. Det fremgår at innkomsten i hovedsak har et medisinsk fokus der man kvalitetssikrer medikamentoppfølging, medisinske opplysninger og vurderer tjenestebehovet. Det er også fokus på «hva er viktig for deg». Det er knyttet prosedyre til kartleggingen ved at «opplysningene journalføres i Profil under Tverrfagleg dokumentasjon og Rapport primærkontakt».

Forelagt rutine «*Gode Pasientforløp skjema for registrering*» er en sjekkliste som har til hensikt å sikre data omkring overganger mellom kommunen og sykehus med punkter som omhandler tidsrom for kartlegging, oppfølging i form av signering for utførte oppgaver, vurderinger av pasient, oppfølging og evaluering i samråd med pasient. Videre er det stilt opp en liste over observasjoner/målinger som skal utføres ved innkomst ÅPOS/heim. Type målinger er beskrevet med blodtrykk, puls, temp og respirasjonsfrekvens for å nevne noe. Det er også etablert en tabell hvor pasient/brukers ønsker skal komme til uttrykk. Her fremgår en oppstilling som innebærer en prioritering, beskrivelse av område og tiltak. Knyttet til eventuell reinnleggelse er det etablert en egen sjekkliste og dokumentet er også vedlagt en veiledning for utfylling hvor alle punkter i sjekklisten er omtalt. Det fremgår at sjekklisten skal dokumenteres i pasientens journal.

«*Kartlegging og ivaretagelse av ernæringsstatus*» beskrives som en prosedyre som oppgis å ha som formål å bidra til å sikre riktig ernæring til brukere av helsetjenester på institusjon, ved å:

- Etablere gode rutiner hos ansatte for å redusere risiko for feil- og underernæring hos pasient.
- Sikre oppfølging og behandling ved oppstått underernæring hos pasient.

Prosedyren legger til grunn at det ved innkomstsamtale skal undersøkes risiko for feil- og underernæring. Dette innebærer å innhente opplysninger om pasientens vekt, høyde og beregning av BMI. Oppfølgingen skal gjennomføres ved å veie pasienten 1 gang per måned, veie ved endring i pasientens helsetilstand, mens pasienter med BMI under 20 skal veies 1 gang i uken. Pasienter som har spist mindre enn vanlig de siste ukene eller som har hatt ufrivillig vektnedgang i løpet av de siste ukene skal også veies 1 gang i uken. Informasjon om pasientens ernæringsstatus skal dokumenteres under eget punkt i pasientens journal.

Revisor er forelagt ytterligere en rutine som beskriver forhold som skal gjennomgås ved innkomst, i form av «*innkomst rutine*». Sjekklisten omhandler følgende forhold:

- Informere kjøkken/renhold
- NEWS
- Vekt
- Informert pårørende
- Fylle ut tavla. (vaktrom og pasientrom)
- Fysio/ergoterapeut
- MNA/innkomst/ADL
- Medisinliste
(Legemiddelgjennomgang)
- Navn på dør pasientrom

Det er ikke gitt noen beskrivelser omkring krav til journalføring av opplysninger som innhentes.

«Rutine for primær/sekundærkontakt» oppgis å ha som formål å, gjennom å utpeke en primærkontakt/sekundærkontakt, sikre kontinuitet og god helsehjelp for pasientene på ÅPOS. Det oppgis at det er primærkontakten som ved innkomst av ny pasient, skal ha innkomstsamtale med pasienten innen de første tre dagene av oppholdet. På innkomstsamtalen fremgår det av rutinen at det skal utføres:

- Vurdering av samtykkekompetanse (sammen med teamsykepleier og lege)
- Ernæringscreening (MNA)
- Kartlegging av gode pasientforløp

Primærkontakten skal lagre notat i Profil under «Tverrfagleg sykepleie» og «Rapport primærkontakt». Mal for innkomstsamtale/halvtårskontroll oppgis å ligge i Profil under skjema, og innleggelse/halvårsrapport. Primærkontakten skal utføre rutinemessig halvtårskontroll hvor samme prosedyre som ved innkomstsamtalen skal følges. Vurdering av samtykkekompetanse og ernæringscreening utføres da på nytt. Halvtårskontrollene utføres henholdsvis i februar og august, i forkant av institusjonslegens kontroller i mars og september. Ved endring i pasientens helsetilstand utføres ny kontroll på lik linje som halvårskontrollene. I tillegg til dette har primærkontakten videre ansvar for å:

- Følge opp gode pasientforløp.
- Utføre månedlig vektkontroll om dette lar seg gjennomføre. (Dokumenteres under målinger i Profil).
- Være hovedkontakt for pasientens pårørende.
- Sikre at behov som fotpleie og hårpleie blir ivaretatt, enten ved å utføre det selv, sørge for at pårørende utfører det, eller ved å bistå i bestilling av time.
- Registrere IPLOS en gang i halvåret. Dette utføres i forbindelse med halvtårskontrollen i februar og august.
- Bistå pasienten med kontantytelse.
- Tilse at fysioterapeut utfører halvårlig screening av risiko for fall.

Utover de ovennevnte rutiner og prosedyrer er revisor forelagt «skjema for innkomst MNA og ADL». MNA er en forkortelse for Mini Nutritional Assessment og skjemaet tar for seg en vurdering omkring forhold relatert til ernæring, vekt, mobilitet, matinntak, psykologisk stress, demens osv. Skjemaet skal ved utfylling dokumentere graden av tilstand innenfor de kartlagte områder med graderte skalaer. ADL-indeks er beskrevet med at den først og fremst er beregnet på å bli brukt

av sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i deres daglige kontakt med pasientene. Det fremkommer at det skal registreres hva pasienten faktisk gjør, ikke hva man tror vedkommende kan mestre. Indeksen skal utledes gjennom kartlegging av hvor selvhjelpen pasienten/bruker er blant annet knyttet til spising, dusj, personlig hygiene, påkledning og mobilitet for å nevne noe. Det er ikke beskrevet i rutinen hvordan disse kartleggingene skal dokumenteres i den enkeltes elektroniske pasientjournal.

«*Rutine for tjenesteflyt mellom hjemmesykepleien og tjenestekontor*» beskriver ansvarsfordelingen mellom hjemmesykepleien og tjenestekontor når det kommer til iverksetting av tjeneste, føring av elektronisk pasientjournal og oppgavefordeling ved endring av tjenesten som ytes. Det fremgår at både hjemmesykepleien og tjenestekontoret kan ta imot henvendelser og henvisninger angående behov for tjenester, men tjenestekontoret skal videreformidle henvendelser til hjemmesykepleien. Saksutredningen skal skrives av tjenestekontoret i samarbeid med primærkontakt eller det kan eventuelt avtales en kartlegging hvor primærkontakten er med tjenestekontoret ut til pasient/bruker hvor det benyttes fast skjema for kartlegging. Revisor er ikke forelagt det omtalte skjemaet, men etterspurte dette i forbindelse med mappegjennomgangen. Det er noe uklart hvilket innhold skjemaet har og om det benyttes systematisk i kartleggingen av brukers situasjon. Det er ifølge rutinen hjemmesykepleien som skal registrere og opprette tjenesten på brukeren i elektronisk pasientjournal eller man kontakter tjenestekontoret ved behov for hjelp. Hjemmetjenesten kan for øvrig iverksette tjenesten inntil 14 dager uten vedtak. Det skal være rutine for at teamleder i hjemmesykepleien og tjenestekontor har fastsatte ukentlige møter (fast dag og klokkeslett) for god informasjonsflyt og for å fordele ansvar.

Ved justering av tjenester fra hjemmesykepleien skal mindre endringer registreres av hjemmesykepleien i elektronisk pasientjournal. Det skal da dokumenteres i brukers journal hvilke endringer som er gjort med bakgrunn i faglig vurdering og det skal sendes underrettelse til tjenestekontor for å sikre informasjon. Ved større endringer er det tjenestekontoret som skal skrive endringsvedtak hvis det blir vurdert hensiktsmessig.

4.2.4 Prosedyre for journalføring i praksis

Mot slutten av revisjonsarbeidet ble revisor forelagt prosedyren «*journalføring i praksis i Profil*». Dette er en prosedyre som på et detaljert nivå tar for seg hvordan de enkelte opplysningene omkring bruker skal journalføres med «steg for steg beskrivelser» og tilhørende skjermbilder fra Profil.

Innledningsvis er det i prosedyren referert til hvilke lovhjemler som danner grunnlag for at det skal føres pasientjournal. Det er vist til at nedtegning i journalen skal skje uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt og at nedtegningen skal dateres og signere av den som har gitt helsehjelpen. Hvis tiltaksplan inneholder en prosedyre som den enkelte utfører kan det kvitteres for dette i journalen under tiltaket som prosedyren refererer til. Det gjøres videre oppmerksom på at når man skriver rapport skal det vektlegges at den inneholder objektive opplysninger, det vil si det man ser, hører, lukter måler osv. Det er gitt eksempel på hvordan en slik rapportering kan se ut. Det gjøres også oppmerksom på at alt de som dokumenteres er noe pasient og pårørende kan kreve innsyn i.

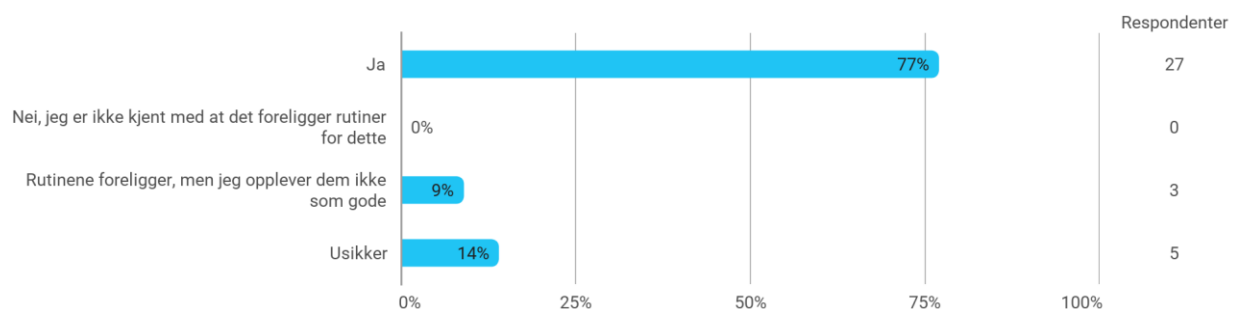
Selve prosedyren strekker seg over 33 sider og revisor har basert på omfanget, vurdert det som hensiktsmessig å gjengi innholdet basert på de overordnede inndelingene.

- Det er etablert prosedyrer for å registrere målinger i Profil knyttet til vekt, blodsukker og CRP.¹⁰
- Det er etablert prosedyrer for å registrere og endre medisin i Profil.
- Det er etablert prosedyre for oppretting av tiltaksplaner i Profil.
- Det er etablert en oversikt over mapper i Profil.
 - Eksempler på dette er sosial deltagelse, trening, personlig hygiene, ivareta egen helse, toalett, på og avkledning, adferd, makt og tvang for å nevne noe.
- Det er etablert prosedyre for endring og sletting av tiltaksplan i Profil.
- Det er etablert prosedyre for skanning av aktuelle dokumenter og journalføring av disse.
- Det er etablert prosedyre for innleggelsesrapport.
- Det er etablert prosedyre for funksjonaliteter i mobil omsorg.
- Det er etablert prosedyre for å legge til journalansvarlig på pasient.

Til alle prosedyrene er det lagt til skjermbilder som viser hvordan man skal navigere seg frem i Profil.

4.2.5 Ansattes opplevelse av eksisterende rutiner

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til om de opplever at det foreligger gode rutiner for føring av elektronisk postjournal. Svarene fordelte seg som følger (n=35):



Det fremgår av svarene at ansatte har noe ulik oppfatning av eksisterende rutiner for journalføring. Det er 8 ansatte som enten ikke opplever rutinene som gode eller er usikker på om det foreligger gode rutiner for føring av elektronisk postjournal.

4.3 Vurderinger

I vårt faktagrunnlag har revisor, gjennom beskrivelsene av kommunens rutiner og prosedyrer, synliggjort at det samlet sett finnes et system for å kartlegge og dokumentere brukerens behov og situasjon. Når det kommer til journalføringen av disse opplysningene, er det i den forelagte dokumentasjonen en rekke av rutinene som beskriver at de innsamlede data skal journalføres i den enkeltes elektroniske pasientjournal. Videre er det på en god måte beskrevet et konkret ansvar omkring registreringer i elektronisk pasientjournal eksempelvis gjennom primærkontaktens rutine. Det er også etablert prosedyrer som omhandler beskrivelser for hva og hvordan data omkring bruker skal journalføres i Profil. Dette er etter revisors vurdering en styrke for kommunen da ansatte som ikke har gjennomført opplæring, kan få beskrivelser av hvilke data som skal registreres og hvordan. Det er på ingen måte en fullgod erstatning for opplæring, men bidrar til å redusere risikoen for manglende eller ufullstendig føring av elektronisk pasientjournal.

¹⁰ Ved CRP analyserer man et par dråper med blod for å måle om det er en betennelse i kroppen (Norsk helseinformatikk).

Det skapes usikkerhet når det av rutine for tjenesteflyt mellom hjemmesykepleien og tjenestekontor vises til at henvendelser til tjenestekontoret skal videreformidles til hjemmesykepleien. Revisors vurdering er at tjenestekontoret bør være første instans for henvendelser og det naturlige kontaktpunktet for videre saksbehandling. Når det kommer til tjenestekontorets oppgaver, er revisor av den oppfatning at innregistrering av den utredning, kartlegging og dokumentasjon omkring søker/bruker tjenestekontoret utfører, så bør dette gjøres av tjenestekontoret. En slik praksis vil kunne medføre at man ikke gjennomfører oppgaver dobbelt og sikrer at tildeling av tjenesteomfang i elektronisk pasientjournal registreres korrekt og i tråd med vedtak.

Revisors samlede vurdering er at kommunen i det vesentligste har etablert rutiner som sikrer tilstrekkelige beskrivelser omkring inntøkt og oppfølgingsaktiviteter knyttet til brukere i institusjon. Når det kommer til rutiner for kartlegging og behovsutredning for brukere i hjemmetjenesten, fremstår de samlede rutinene på dette området som en svakhet både når det kommer til rutiner for å sikre tilstrekkelig opplyst pasientjournal så vel som for den løpende oppfølging av brukerne. Dette begrunner revisor med at det er usikkerhet omkring dokumentasjon som legges til grunn for kartlegging av brukere og hva som inngår i denne kartleggingen samt det faktum at forelagte rutiner i hovedsak omhandler inntøkt institusjon og i mindre grad nye brukere i hjemmetjenesten. Dette er for øvrig forhold som bekreftes i vår mappegjennomgang.

5 Kjennskap til rutiner for journalføring

Problemstilling 2: har de ansatte ved Åmli pleie- og omsorgssenter god nok kjennskap til rutiner for journalføring?

5.1 Revisjonskriterium

Åmli kommune skal ha:

- Gjennomført opplæring blant ansatte i den grad at det sikrer tilstrekkelig kompetanse for å etterleve krav til tilstrekkelig journalføring av elektronisk pasientjournal.
- Jevnlige evalueringer som sikrer at ansatte involveres i det systematiske arbeidet med utvikling av rutiner og kvalitetsforbedring knyttet til pasientenes elektroniske journal.
- Dokumentert sitt systematiske arbeid primært knyttet til å ansattes kompetanse, evaluering og medvirkning til arbeidet med journalføring.

5.2 Fakta

For at de til enhver tid gjeldende krav til å dokumentere pasientens elektroniske pasientjournal oppfylles, er det en grunnleggende forutsetning at ansatte og ledere har tilstrekkelig kompetanse omkring hva som skal registreres og hvordan det skal registreres. For å sikre dette må kommunen gjennomføre opplæring. I oppstartsmøtet med kontaktperson ble det stilt spørsmål om hvordan man har arbeidet med å sikre kompetanse blant de ansatte etter Statsforvalterens tilsyn i 2019. Det ble da vist til at man sitter med en oppfatning om at man har jobbet systematisk med å skape rutiner og etablere bedre praksis når det kommer til opplæring i elektronisk pasientjournal for de ansatte. Da basert på de læringspunktene Statsforvalteren påpekte i sitt tilsyn.

Det ble også i oppstartsmøtet redegjort for at alle ledere og ansatte skal inn å dokumentere på hver vakt. Mulighet for innlogging i Profil på mobiltelefon sikrer at den enkelte selv, på en enkel måte, kan føre elektronisk pasientjournal uavhengig av tilgang på PC. Samtidig skaper dette etterprøvbarehet knyttet til hvem som har oppdatert elektronisk pasientjournal.

For å belyse problemstillingen har revisjonen gjennomført dokumentstudier av forelagt dokumentasjon og benyttet data fra spørreundersøkelse blant ansatte. Videre ble ulike sider ved det systematiske arbeidet diskutert i møtet den 09.04.25 knyttet til mappegjennomgang.

5.2.1 Kompetansehevende tiltak

Av den forelagte dokumentasjonen fremgår det at kommunen har gjennomført ulike kurs som har til hensikt å øke kompetansen hos ansatte omkring flere sentrale temaer innenfor helse- og omsorgsfaget.

5.2.1.1 VIPS praksismodell

I februar, mars og september 2024 gjennomførte kommunen over fem ulike dager opplæring knyttet til VIPS praksismodell. VIPS bygger på hovedelementene i personsentrert omsorg; å tillegge alle samme verdi (V) uavhengig av alder og kognitiv funksjon, å tilrettelegge omsorgen individuelt (I), prøve å forstå perspektivet (P) til personen med demens og hvordan personen opplever sin situasjon og verden rundt seg samt skape et støttende sosialt (S) miljø. Det oppgis av kursdokumentasjonen at helse- og omsorgspersonellet som er nærmest tjenestemottakeren i det daglige, har sentrale roller og funksjoner i VIPS praksismodell. Målet er å komme frem til

gode tiltak som gjør at tjenestemottakeren opplever dagene som gode og meningsfylte og ved å løfte frem tjenestemottakers perspektiv sikres brukermedvirkning. Kurset var obligatorisk for alle i hjemmesykepleien og institusjon.

Revisor er forelagt «Påmelding dokumentasjonskurs mai 2024» hvor det fremgår at det skulle gjennomføres opplæring innenfor modulene:

- Dokumentasjon og kvalitet
- Dokumentasjonsprosessen
- Gode pasientforløp
- Hva er IPLOS¹¹
- Dokumentasjon i Profil

Det fremgår av kursinvitasjonen at de ansatte kunne velge mellom en rekke ulike kursdager og at kursets varighet var på tre timer. Det er gjort oppmerksom på at kurset ikke er pålagt, men at alle har ansvar for egen læring, noe arbeidsgiver i denne sammenheng legger til rette for.

Forventninger til hva de ansatte skulle tilegne seg av kunnskap ble beskrevet med at den ansatte skal forstå hva som er viktig å dokumentere, kunne lage tiltaksplaner, skanne til Profil osv. Det oppgis at kurset i sin helhet vil være tilgjengelig som nettkurs i HR-portalen og KS-læring. Det presiseres at ved å delta på kurset fysisk, vil man få demonstrert hvordan ting blir gjort og kunne få muligheten til å stille spørsmål.

5.2.1.2 Dokumentasjonskurs

Av forelagt dokument «dokumentkurs 2024» fremgår det at det ble gjennomført kurs i september/oktober 2024 hvor det i tillegg til samme innhold som i mai, også var kurs rettet mot mer praktisk læring i hvordan man skal opprette tiltaksplaner og lage tiltak i disse. Av kursbeskrivelsen fremgår det at opplæringen ville bli gitt med praktisk gjennomføring i Profil. Kurset ble tilbudt ansatte med valg om gjennomføring på fire ulike dager. Revisor er forelagt dokumentasjon som viser hvem som deltok på kurset i september/oktober, men ikke for kurset i mai.

Av forelagt kursdokumentasjon fra dokumentasjonskurset har revisor valgt å gjengi de delene av denne dokumentasjonen som er relevant for å belyse problemstillingen. Av innledningen til kurset fremgår kursets målgruppe som er alle som utfører helsehjelp i kommunal helse- og omsorgstjeneste, mens det av læringsmålene fremgår:

- Se sammenheng mellom kvalitet, pasientsikkerhet og dokumentasjon av helsehjelp
- Ha kunnskap om plikten man har til å dokumentere
- Forstå dokumentasjonsprosessen
- Forstå hvorfor god samhandling og gode pasientforløp er avhengig av god dokumentasjon av helsehjelp
- Vite hva IPLOS er og hvorfor vi registrerer dette

Kursdokumentasjonen viser også at man har hatt et fokus på hvorfor dokumentasjon av helsehjelp er så viktig. Det er blant annet pekt på forhold som det å bidra til trygge og sikre tjenester, bidra til kontinuitet, bidra til brukermedvirkning og kunne måle bistand- og assistansebehov. Det er gjennom kurset etablert caser hvor den enkelte oppfordres til å reflektere omkring hvilke situasjoner som kan være nødvendig å dokumentere, variasjoner i

¹¹ Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) er et norsk offentlig register som drives av Helsedirektoratet.

pasienters hverdag som krever oppmerksomhet, viktigheten av å sette seg inn i pasientens journal og betraktninger omkring hva som er verdighet i perspektiv av de tjenestene som gis en pasient.

Når det kommer til pasientens journal, er det i kurset gitt informasjon omkring forhold som retten til innsyn og hvordan dette best håndteres, retting og sletting i en journal og det formelle rammeverket omkring vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang.

En vesentlig del av kurset omhandlet kartlegging av den enkelte pasient. Kursdeltakerne er presentert hvilke verktøy og metoder som kan være relevant i denne sammenhengen. Det gis blant annet eksempler på at man skal ha fokus på «hva er viktig for deg», tverrfaglig kartlegging og «min livshistorie». Når det kommer til «hva er viktig for deg», handler dette om å finne pasientens styrker, behov og mål. Eksempler til dette er gitt i form av faktorer som søvn, sosiale aktiviteter, personlig still mm. Ved å ha fokus på «hva er viktig for deg» gis kursdeltakeren en forståelse av at man anerkjenner pasienten som ekspert på eget liv, tildeler tjenester ut fra det som er viktig for pasienten og pasienten vurderer sammen med tjenesteytere nytten av de tjenestene som gis.

Av kursdokumentasjonen gis det også en oppstilling av brukers behov som kan være sentrale i en kartlegging. For å få et riktig bilde av pasientens behov skal følgende kartlegges:

- Fysiske behov
- Psykiske behov
- Sosiale behov
- Åndelige behov

Mål er også viet oppmerksomhet i kurset. Smarte mål handler om viktigheten av å ha målbare mål som kan evalueres, men også mål som er personlige og som tar utgangspunkt i individets ønsker og behov. Målene anbefales utarbeidet slik at man sammen med pasient, pårørende og helsepersonell kan gjennomføre disse. Smart er oppsummert slik i kurset:

- S – spesifikt: hva konkret skal du/dere gjøre, og hvordan
- M – målbart: er endringen målbar? Hvordan måle effekt?
- A – akseptabelt: er målet akseptert av alle involverte?
- R – realistisk: er målet praktisk mulig å nå?
- T – tidsbestemt: når skal målet være nådd?

Kursdokumentasjonen tar videre for seg gjennomføring av tiltak. All helsehjelp skal beskrives i en tiltaksplan, som beskriver hva som er pasientens utfordringer, ressurser, mål og tiltak. Det er gjennomgått et eksempel på hvordan en slik tiltaksplan utformes utledet av hovedpunktene; bakgrunn for tiltaket, ressurser, mål og tiltak. Kursdeltakerne gis veiledning knyttet til sammenhengen mellom tiltaksplan og hva som skal rapporteres når man eksempelvis er ferdig med vaken og hva som er nødvendig og relevant å journalføre.

Evaluerings er beskrevet med at man gjennom dette oppnår at tiltaksplanen i størst mulig grad gir tjenester som har effekt, er trygge osv. Det pekes også på viktigheten av dette sett mot pasientsikkerhet ved at utdaterte tiltaksplaner kan føre til risiko for brukeren. Videre blir det pekt på at man holder dokumentasjonen oppdatert, vil det kreve lite arbeid å videreføre nødvendig og relevant informasjon ved overflytting eller innleggelse.

Videre har kurset hatt fokus på gode pasientforløp med gjennomgang av samhandling, elektroniske meldinger mellom kommune, fastlege og spesialisthelsetjeneste. Avslutningsvis er IPLOS gjennomgått og man tar her for seg hva den innsamlede informasjonen skal bidra til:

- Øke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene
- Sikre god planlegging og et likeverdig helsetilbud uavhengig av kjønn, bosted og sosial status
- Gi mer kunnskap om effekten av behandling og sykdommers utbredelse, årsaker og forløp

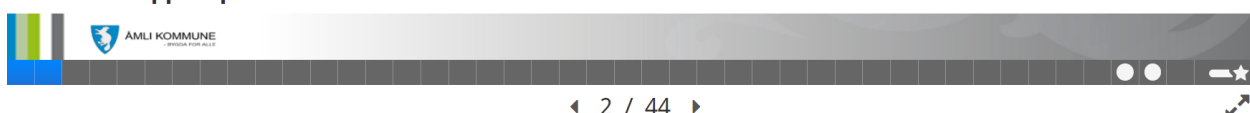
5.2.1.3 Opplæring i Profil

Kursdokumentasjon forelagt fra Profil-opplæring 14. og 21. mai 2024 er omfattende og detaljert med fokus på opplæring i hvordan kommunens system for elektronisk postjournal skal føres på den enkelte bruker. Vi vil i det følgende gjengi relevante forhold fra kursdokumentasjonen.

Kursets innhold omhandler følgende:

Kursets innhold:

1. **Bruk av hurtigtaster**
2. **Dokumentasjon av hovedmål**
3. **Hvilke funksjoner i profil skal vi ikke bruke**
4. **Hvor skal vi dokumentere vekt, blodsukker, CRP, NEWS målinger, tannlege/fotpleie/frisør, sengeskiift**
5. **Opprette mapper og lage tiltaksplan**
6. **Opprette mål, ressurser og evaluering på tiltaket.**
7. **Ansvar i profil, primærkontakt, sekundærkontakt, journalansvarlig og teamleder.**
8. **Skanning i profil**
9. **Lese rapport på en effektiv måte**



Av den forelagte kursdokumentasjonen fremgår det detaljerte beskrivelser om hvordan man benytter Profil til å dokumentere de beskrevne forhold omkring brukers helsetilstand. Kurset har også tatt innover seg at man i hjemmesykepleien bruker mobil omsorg, og det er gitt opplæring i hvordan man dokumenterer forhold omkring bruker også i dette.

I tillegg til den tekniske opplæringen knyttet til føring av Profil er det også gjort avklaringer omkring roller, ansvar og myndighet når det kommer til den praktiske utførelsen av journalføringen. Primærkontakt oppgis å ha ansvaret for å sikre en ryddig journal, ansvar for å oppdatere tiltaksplaner og ansvar for å holde IPLOS oppdatert. Sekundærkontakt oppgis å ha et medansvar for å holde en journal ryddig, medansvar for å holde tiltaksplaner oppdatert, medansvar for å holde IPLOS oppdatert og ved fravær av primærkontakt over 2 uker skal sekundærkontakten overta hovedansvaret for oppgavene. Journalansvarlig gis ansvaret for å rette og slette i journal samt ha ansvaret for å vurdere og skrive ut journal til de som har rett til og

ønsker å få en utskrift. Teamleder har hovedansvar for at journalene er ryddige og oppdaterte samt ha ansvaret for at oppgaver i journal delegeres til primær- og sekundærkontakter.

5.2.1.4 Ansattes opplevelse av opplæringen

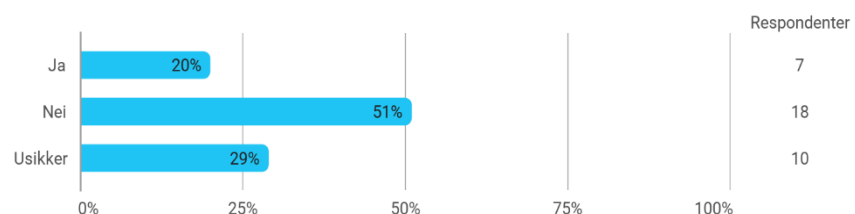
I spørreundersøkelsen til de ansatte ble det stilt ulike spørsmål som hadde til hensikt å belyse hvorvidt de har opplevd å bli tilbudt opplæring, om de har gjennomført opplæring og opplevelse av opplæringens innhold.

Revisjonen hadde i spørreundersøkelsen et ønske om å kartlegge hvorvidt ansatte var tilbudt opplæring i journalføring av elektronisk pasientjournal i fagsystemet Profil og om man hadde gjennomført opplæring i systemet. Blant de 38 respondentene som besvarte spørsmålet, var det 35 respondenter som har opplevd å bli tilbudt opplæring, mens 3 respondenter er usikre. På spørsmål om man har gjennomført opplæring fremgår det av tilbakemeldingene at det av de 38 respondentene er 32 av disse som har gjennomført opplæring.

5.2.2 Kommunens systematiske arbeid

Basert på den forelagte dokumentasjon fremkommer ingen opplysninger over hvordan det holdes oversikt over hvem som har gjennomført opplæring og i hvilken grad opplæringen oppleves relevant og tilstrekkelig. Kommunen har et ansvar for å dokumentere disse forholdene. Det fremkommer imidlertid i møte med kommunen, knyttet til mappegjennomgang, at dette er forhold som til dels ivaretas gjennom opplæringen. Det oppgis at opplæringsarenaer også er en arena for å diskutere deltakeres erfaringer med bruken av systemet og hvordan dette på best mulig måte skal brukes. Knyttet til arbeidet med faktaverifisering av rapporten, oppgir kommunen at man har lister over deltakelse på dokumentasjonskurs.

Evaluerings er et forhold som både fremgår av kommunelovens krav til internkontroll så vel som forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det at man sikrer regelmessige evalueringer av den opplæringen som gis, om opplæringen er tilstrekkelig for å sikre god journalføring og ansattes medvirkning til forbedring er sentrale forhold som samlet bidrar til høyest mulig grad av kvalitet i brukers elektroniske pasientjournal. I denne sammenheng har vi stilt spørsmål til de ansatte om de har en opplevelse av å ha deltatt på arenaer hvor enhetens rutiner og prosedyrer har blitt evaluert. Blant respondentene fremgår følgende tilbakemelding (n=35):



Basert på tilbakemeldingene kan det legges til grunn at det har vært etablert arenaer hvor enhetens rutiner og prosedyrer har blitt evaluert, basert på at 7 respondenter oppgir å ha vært en del av dette. Samtidig er det en høy andel ansatte som oppgir å ikke ha vært en del av slike arenaer, mens 10 respondenter er usikre. I spørreundersøkelsen ble ansatte gitt muligheten til å gi utdypende svar. Fra en av de ansatte kommer det til uttrykk at man opplever at det har vært dårligere rutiner tidligere og at man har hatt mer fokus på journalføring siste tiden, noe som har medført en forbedring.

Respondentene i spørreundersøkelsen ble spurt om de har forslag til forbedring av rutiner. Blant de 35 respondentene som besvarte dette spørsmålet var det 7 av disse som gav tilbakemelding om forbedringsområder. Følgende er gitt av tilbakemeldinger:

- Det bør være mer fokus på rutiner for journalføring.
- Man bør ferdigstille prosedyrer for alle deler av journalføringen og gjøre det kjent for alle.
- Det bør gjennomføres kurs lokalt, for alle ansatte.
- Gjennomføring av kurs bør være obligatorisk.
- Forhold ved elektronisk pasientjournal bør forenkles med hensyn til valgmuligheter når man skal registrere data.
- Alle ansatte bør logge seg på systemet jevnlig for gjennomgang av tiltaksplaner for sine pasienter.
- Det bør være en fagperson som etterser at ansatte dokumenterer likt og følger med på at data blir oppdatert.
- Funksjonalitet i systemet bør tilpasses slik at man kan føre blodsukker fra telefonen og ikke bare PC.

5.3 Vurderinger

Basert på den forelagte dokumentasjonen har kommunen, etter revisors vurdering, arbeidet systematisk med å sikre et tilbud som har til hensikt å gi de ansatte tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine oppgaver når det kommer til å sikre tilfredsstillende journalføring av den enkeltes pasientjournal. I vår gjennomgang av kursdokumentasjonen fremgår det et gjennomgående fokus på å sikre en pasientjournal som ivaretar de krav som ligger til dette. På tross av at deler av den forelagte dokumentasjonen beskriver hvem som deltok på opplæringen som er gjennomført, er det mangler i det helhetlige arbeidet med å dokumentere kompetansen blant ledere og ansatte. Samtidig ser revisor at det i tilbakemeldinger fra respondentene i spørreundersøkelsen er en mindre andel som ikke har blitt tilbudt eller har gjennomført opplæring i føring av elektronisk pasientjournal.

Det er på tross av den opplæringen som er gitt, tilbakemeldinger som indikerer at det er forhold som har sine forbedringspotensialer. Utover at det er tilbakemeldinger fra respondenter som viser at man ikke kan ta for gitt at opplæring løser den usikkerheten ansatte kan sitte med, så er det etter revisors vurdering mangler i det systematiske arbeidet med å evaluere kommunens rutiner og den praktiske etterlevelsen av disse. Ansattes medvirkning er avgjørende for å lykkes med å sikre at rutinene oppleves som relevante og at de benyttes i praksis. Det systematiske arbeidet med evaluering basert på medvirkning fra ansatte gjennomføres i noen grad, basert på tilbakemeldingene gitt i spørreundersøkelsen, men gjelder for et fåtall av de ansatte.

6 Journalføring

Problemstilling 3: blir journalføring utført i tråd med gjeldende interne rutiner?

6.1 Revisjonskriterium

Det forventes av Åmli kommune at:

- Ansatte skal ha tilstrekkelig kompetanse til å forstå hvilke opplysninger om pasienten som skal journalføres i elektronisk pasientjournal.
- Det foreligger en praksis for føring av elektronisk pasientjournal som er i tråd med de etablerte rutiner og forskrift.

6.2 Fakta

For å belyse denne problemstillingen, tar revisjonen utgangspunkt i gjennomgang av tilfeldig utvalgte journaler. Revisjonen stilte også spørsmål til kommunen ved oversendelse av referat fra journalgjennomgang 9. april 2025. Disse svarene oppgis spesifikt under gjennomgangen for hvert område.

6.2.1 Journalgjennomgang

Opplysninger i møte 9. april 2025

Kommunen oppgir at det er en praksis at tjenestekontor registrerer bruker, men i visse tilfeller må tjenesten selv gjøre det. Dette er krevende og det trengs kompetanse, og det må skje senest neste virkedag iht. rutine, dvs. at det kan bli mandag hvis hendelsen er i en helg. Videre oppgis det at timetallet må fastsettes av tjenestekontoret, men tilpasses etter kartlegging. Det kan innebære endring i tjenesten som blir gitt og i timetall. Endringer kan utføres av tjenesten.

Relatert til rutiner for innkost og registrering av brukere, opplyser kommunen at brukere som kommer på institusjon, er godt kjent og at man ikke har samme behov for kartlegging, men at etablerte rutiner sikrer god internkontroll omkring dette ved at innkost dokumenteres med en nødvendige forhold. Kommunen vedgår at det som omtales som skjema for kartlegging av brukere i hjemmetjenesten ikke benyttes som forutsatt. Samtidig opplyses det om en praksis der man gjennomfører hjemmebesøk og at kartlegging er normal praksis. Denne dokumenteres ikke utover at dette er saksforberedende opplysninger som utleder vedtaket. Vedtaket er således basert på den informasjon man har om bruker. I tilknytning til dette oppgir kommunen at det er møtefora hvor spesielle forhold ved bruker diskuteres mellom tjenesten og tjenestekontor. Dette danner grunnlag for om vedtak skal revurderes enten ved økning av antall timer og/eller besøk hos bruker. Vesentlige endringer (+/- 20%) utløser ifølge kommunen krav til revurdering og nytt vedtak. Knyttet til arbeidet med faktaverifiseringen av rapporten fremkommer det fra kommunen at ved kartlegging av nye brukere i hjemmesykepleien som søker tjenester, blir det benyttet skjema av tjenestekontoret og IPLOS er førende for samtalen. Dette danner ifølge kommunen grunnlaget for vedtaket som blir gjort. Hjemmesykepleien benytter IPLOS og ikke skjema.

Kommunen oppgir at det gjennomføres fagmøter ukentlig hvor brukere primært på institusjon vurderes og diskuteres tverrfaglig, enkelte regelmessig og andre ved behov.

I journalgjennomgangen fremgår det knyttet til flere brukere at man benytter en funksjon i Profil som heter sammenfatning. Kommunen oppgir at dette er et verktøy som benyttes for å oppsummere brukers situasjon/endringer/behov slik at man i overganger mellom vaktbytter osv. på en lettfattelig måte kan sette seg inn i brukers situasjon. Kommunen oppgir at dette er et verktøy som sikrer en grad av internkontroll knyttet til en bedre forståelse av bruker eksempelvis hos vikarer som ikke er inne så ofte.

Som svar på oppfølgingsspørsmål, oppgir kommunen at samtaler/dialog med pårørende oftest skjer per telefon, enten ved at pårørende tar kontakt med kommunen (hvis det er noe de ønsker ift. sine) eller at tjenesten tar kontakt når det er behov for å informere pårørende om noe, f.eks. hvis brukeren får en endring i sin helsetilstand. Det kan også være økonomiske spørsmål eller andre praktiske oppgaver som må løses gjennom et samarbeid. Det finnes ingen mal for samtale med pårørende, oppgir kommunen. På institusjon får pårørende tilbud om samtale 1 gang pr. år med sykepleier, primærkontakt og tilsynslege, som blir dokumentert under årskontroll.

Relatert til journalgjennomgangen ga kommunen enkelte kortfattede opplysninger:

- I forhold til medvirkning gjennomføres det løpende samtaler med bruker.
- Har jevnlig kontakt med pårørende. Dokumentasjon ligger i egen mappe i journal.
- Samtykkekompetanse gjennomføres av sykepleier og lege, sendes til statsforvalter. Det er en høy terskel for tvang.
- Fallrisiko – vurdering gjøres av sykepleier, fysioterapeut blir kontaktet ved behov.
- Innkomstskjemaet ved langtidsopphold er det bruker som svarer på selv og/eller ved hjelp av pårørende, i samtale med sykepleier/fagarbeider/primærkontakt i avdelingen.
- Etter tilsyn i 2019 ble det innført journalføring av legetilsyn gjennom innkomst og halvårskontroller.
- Tilsyn avdekket også at legemiddelgjennomgang måtte bli bedre. Nå er farmasøyt involvert en gang i året på inneliggende brukere. Dette blir gjennomført hvert halvår.
- Opplæring, diskusjon mv. for ansatte er satt i system (eks. VIPS-møter).

Langtidsopphold institusjon

For brukere på langtidsopphold viser utplukket at vektmåling er gjort regelmessig for brukerne, med ett unntak der vekt ikke er ført ved innkomst. Her oppgis det under gjennomgangen at bruker er krevende og at det ikke alltid er praktisk mulig å utføre de oppgaver man skal. Det oppgis også at CRP og blodsukker gjøres ved behov/mistanke.

NEWS-målinger er foretatt på alle brukerne, med unntak av en som manglet dette i forbindelse med innkomst. For en bruker er det gjort TILT-måling (tilsvarer NEWS). For to av brukerne er det gjennomført enkeltmålinger (ikke full NEWS), for en av disse oppgitt til ikke å være relevant.

Fallrisiko gjort for to av brukerne. For en bruker er det gjort indirekte i innkomstskjemaet («bruker rullator»). For en bruker er det oppgitt til ikke å være relevant.

Medisinkort er ført på alle brukere. Ført ved innkomst og det er fortløpende dokumentert endringer.

Det er ført brukerkort på alle brukere med opplysninger om nærmeste pårørende, primær- og sekundærkontakt og fastlege.

IPLOS er ført halvårlig for tre av brukerne. For en bruker er første registrering over et halvår etter innvilget plass. For en bruker er det i tillegg gjort MNA flere ganger (ikke en del av IPLOS, men ernæringskartlegging).

Tiltaksplan er ført for alle brukere i utplukket. Tiltaksplan følger tiltak hos brukerne gjennom hele forløpet i kommunen.

Det var to tvangsvedtak, og samtykkekompetanse er vurdert for alle brukere i utplukket. For en bruker er dette ved verge. For to brukere er dette også gjennomført i inntaksskjema.

Tannpleier eller tannlege er dokumentert besøkt for alle brukere i utplukket.

Generelt dokumenteres det at det er ført opplysninger om brukerens helsetilstand.

I møtet den 09.04.2025 oppgir kommunen at det for det meste føres skriftlige rapporter under hvert tiltak innenfor institusjon, men noen ansatte har også begynt å kvittere for noen tiltak. Kommunen ser spesielt at sistnevnte rapportering er mest utbredt blant ansatte som har begynt etter siste dokumentasjonskurs. Kommunen ønsker at det å kvittere på gode tiltaksbeskrivelser skal bli «normalen» også på institusjon.

Hjemmetjenesten

På et generelt grunnlag ble det oppgitt i møtet 09.04.2025 at for brukere som mottar hjemmesykepleietjenester (i eget hjem eller i omsorgsbolig) blir ikke alltid fagmøter gjennomført, men det er gjort det for enkelte brukere. Det benyttes ikke skjema for kartlegging som fremgår som et forhold i kommunens skriftlige rutine tjenesteflyt mellom hjemmesykepleien og tjenestekontor, men mer samtaler med notater og referat i tilknytning til saksforberedende dokument. Hjemmehjelp, i form av eksempelvis praktisk bistand i hjemmet slik som renhold osv., oppgis til å være et lavterskeltilbud, og det er lite journalføring her.

For brukerne i uttrekket er vedtaket fattet og sendt fra tjenestekontoret, både for omsorgsbolig og hjemmesykepleie. For flere av brukerne dokumenteres det at hjemmesykepleien har vært inkludert i saksutredningen, og det oppgis at det har vært kartlegging i hjemmet (uten at kartleggingsskjema er brukt). Samtidig er vedtaket utløpt og ikke fornyet for enkelte brukere, men alle disse brukerne får tjenester i tråd med utgått vedtak. Det er saksutredning i vedtakene, men i enkelte tilfeller er det i mindre grad journalført saksutredning.

Kommunen oppgir i møtet 09.04.2025 at det for nye brukere er hjemmesykepleien som registrerer og oppretter tjenester. I etterkant får tjenestekontoret beskjed om hyppighet og innhold og skriver vedtak som sendes ut til brukeren.

Det foreligger vedtak om hjemmehjelp for brukere som mottar dette, men i gjennomgangen av disse er det varierende hvor godt disse er begrunnet. I tilknytning til vedtak om matombringing, er det gjennomført vekt-målinger eller MNA/MST¹².

Revisjonen tok stikkprøver på medisinkort og IPLOS, og det var utfyllt og gjennomført på de brukerne vi sjekket.

¹² Helsedirektoratet anbefaler bruk av verktøyet MST (Malnutrition Screening Tool) for vurdering av risiko for underernæring i norsk helse- og omsorgstjeneste. Verktøyet MST består av to spørsmål, ett om endring i vekt og ett om endring i matinntak.

Revisjonen er forelagt dokumentasjon på endringsvedtak etter større endringer i tjenestetilbudet.

Revisjonen sjekket utførte tjenester iht. tiltak for mars måned samt t.o.m. 8. april 2025. I Profil har hjemmetjenesten en funksjon hvor man på mobilen kan registrere at man gjennomfører tjenester hos brukeren i tråd med vedtak. Funksjonen omtales som en kvittering på at man fysisk har vært hos pasienten og utført oppgaver i tråd med arbeidsliste. For samtlige pasienter dokumenteres det kvitteringer på utførte tjenester. Det er stort sett lagret som «kvittering», men i noen tilfeller er dokumentasjon på utført tjeneste lagret annet sted i systemet. I noen få tilfeller var det ikke dokumentert utført tjenester enkelte dager.

En pasient hadde vedtak om multidose. Her dokumenteres det at leges vurdering er grunnlag for vedtaket.

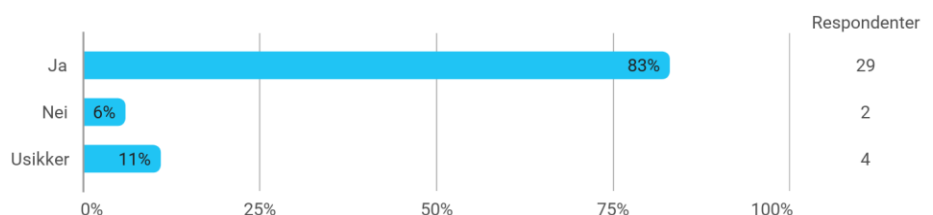
Kommunen har sjekket at alle som er i utvalget, har brukerkort som omfatter opplysninger om nærmeste pårørende, primærkontakt og fastlege.

Kommunen oppgir at mindre endringer, dvs. at tjenesten ikke øker eller går ned med mer enn 25%, er det hjemmesykepleien som utfører selv. Det er en prosedyre på endring av tjeneste som sier hvordan dette skal gjøres, slik at historikken bevares. Hjemmesykepleien og tjenestekontoret har møter hver uke der de går igjennom endringer i ettertid og ser om det er vedtak som må endres. I tillegg brukes en funksjon kalt «Huskelapp» som er en kommunikasjonsform direkte i fagsystemet.

6.2.2 Spørreundersøkelse

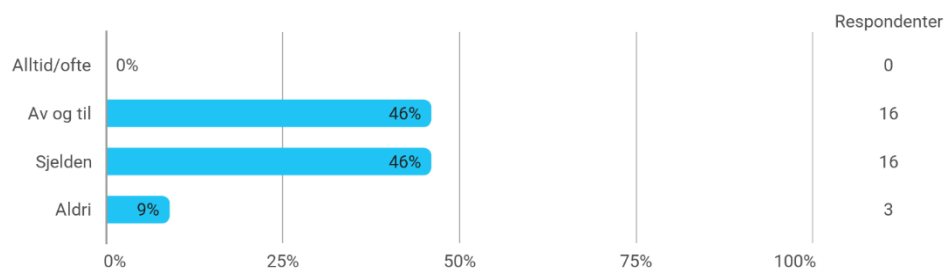
Revisjonen gjennomførte en spørreundersøkelse blant ansatte, og spørsmål relatert til journalføring gjengis her. Generelt ser revisjonen at det ikke er noen tydelige forskjeller i svarene når vi kobler spørsmålene under til hvor lenge man har vært ansatt. Revisjonen har også koblet spørsmålene under til spørsmålet om ansatt har fått opplæring. Her viser det seg at det er for få som svarer at de ikke har fått opplæring, så det er ikke mulig å vise noen forskjeller som kan brukes i analysen. Vi har også sjekket svarene sett opp mot hvilket sted respondenten jobber, hjemmesykepleie eller institusjon, og det er små forskjeller mellom respondentene her, med noen unntak. Dette vil vi kommentere under hvert svar.

Har du en tydelig forståelse av hvilke forhold ved pasienten som medfører et krav om oppdatering av pasientens elektroniske pasientjournal? (n=35)



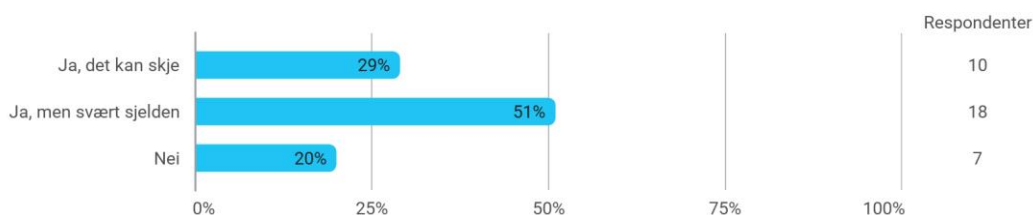
Over 80 prosent svarer at de har en tydelig forståelse av hvilke forhold ved pasienten som medfører et krav om oppdatering av pasientens elektroniske pasientjournal.

Opplever du at det kan være utfordrende å vite hva som skal føres i en elektronisk pasientjournal? (n=35)



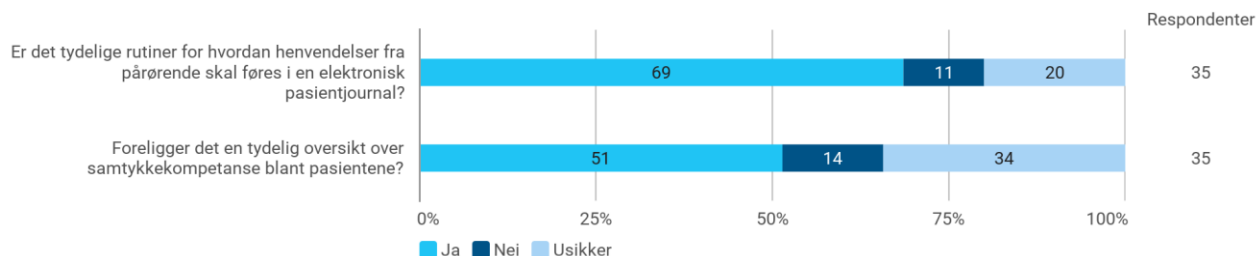
Nær halvparten av respondentene svarer at det av og til oppleves utfordrende å vite hva som skal føres i en elektronisk pasientjournal. Ni prosent svarer at det aldri oppleves utfordrende.

Har du vært i en situasjon hvor elektronisk pasientjournal burde vært oppdatert, men at du ikke har hatt tid til å gjøre det? (n=35)



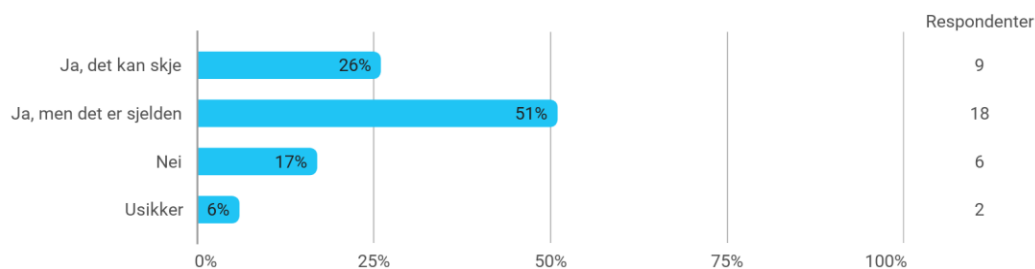
Nærmere 30 prosent svarer at det kan skje at pasientjournal burde vært oppdatert, men det ikke er tid til å gjøre det. 20 prosent svarer at det ikke forekommer. Når vi ser på arbeidsted, er det en høyere andel som svarer nei blant ansatte på institusjon (31 prosent) enn blant hjemmesykepleie (14 prosent). Samtidig er det mindre forskjeller om man ser nei og sjelden sammen.

Spørsmål som gjelder henvendelser fra pårørende og samtykkekompetanse (n=35).



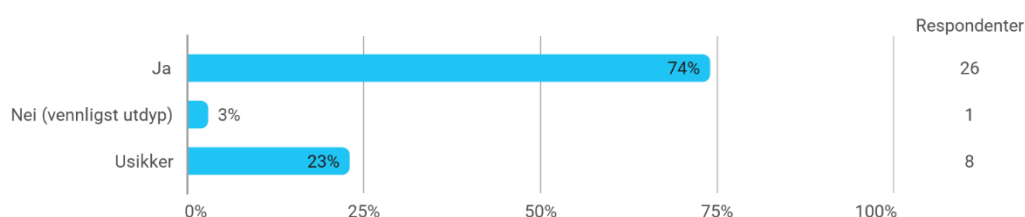
På spørsmål om det er tydelige rutiner for hvordan henvendelser fra pårørende skal føres i elektronisk journal, svarer 69 prosent ja på dette. På spørsmål om det foreligger en tydelig oversikt over samtykkekompetanse blant pasientene, svarer 51 prosent ja på dette. I forbindelse med siste spørsmål, er det en tydelig forskjell i svarene mellom hvor respondentene jobber. Blant ansatte i institusjon svarer 85 prosent ja, og blant ansatte i hjemmesykepleie svarer 33 prosent ja.

Har du vært i en situasjon hvor du opplever at det er forhold ved pasienten du burde vært klar over, men som ikke har vært ført i elektronisk pasientjournal? (n=35)



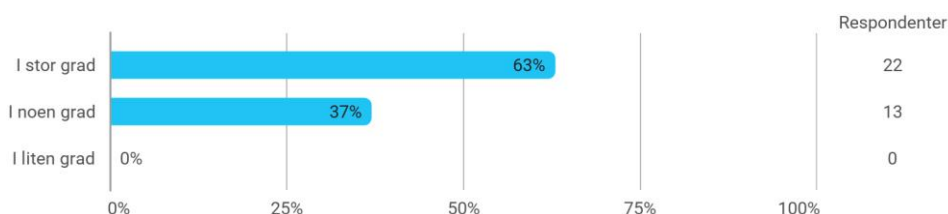
26 prosent av respondentene svarer at det kan skje at det er forhold ved pasienten som man burde vært klar over, men som ikke har vært ført i elektronisk pasientjournal. 17 prosent svarer nei på dette.

Opplever du at fagsystemet Profil er tilstrekkelig for å sikre at nødvendig informasjon knyttet til pasienten journalføres? (n=35)



74 prosent opplever at Profil er tilstrekkelig for å sikre at nødvendig informasjon knyttet til pasienten journalføres.

Opplever du at det er tilstrekkelig tid avsatt til journalføring i din arbeidshverdag? (n=35)



Over 60 prosent av respondentene opplever at det i stor grad er satt av tilstrekkelig tid til journalføring i arbeidshverdagen. Ingen opplever dette i liten grad. Når vi ser på arbeidssted, er det en større andel som svarer i stor grad blant ansatte på institusjon (69 prosent) enn hjemmesykepleie (62 prosent).

Revisjonen åpnet for skriftlige tilbakemeldinger i noen sammenhenger. Her følger et utdrag av dette relatert til journalføring:

Det kommenteres at HLR-status kunne kommet tydeligere frem. Det oppgis at unødvendig informasjon medfører at man må lete lenge for å finne relevant informasjon. Det oppgis at det kan være vanskelig å finne tilbake til eldre informasjon.

6.3 Vurderinger

Revisjonen anser at praksis for føring av elektronisk pasientjournal i Åmli kommune i hovedsak er i tråd med etablert rutine for tjenesteflyt og forskrift for pasientjournal og at det i stor grad er kompetanse blant ansatte for å oppfylle dette, men det er noen utfordringer.

Slik revisjonen erfarte gjennomgangen, var det en forskjell i journalføringen mellom pasienter på langtidsopphold og pasienter i hjemmesykepleie/omsorgsbolig, der særlig vedtak var tydeligere begrunnet ved langtidsopphold. Ved langtidsopphold var det benyttet skjema for innkost/halvårsoppfølging, der sentrale kliniske og medisinske opplysninger er vurdert og registrert. Vedtakene i hjemmesykepleie/omsorgsbolig fremstår i noe grad mindre utredet, og kartleggingsskjema benyttes ikke.

For begge pasientgrupper vurder revisjonen at sentrale medisinske opplysninger i stor grad er ført/oppdateret regelmessig, slik som IPLOS, NEWS, MNA/vekt-målinger og medisinkort. Dette stemmer overens med svar i spørreundersøkelsen, etter revisjonens syn, der en stor andel av respondentene oppgir at de har en god forståelse av hvilke forhold ved pasienten som medfører et krav om oppdatering av pasientens elektroniske pasientjournal. Samtidig var ikke alle de ovennevnte målinger ført opp regelmessig for alle pasienter, og det var ikke dokumentert begrunnelse for dette der det manglet.

Videre er brukerkort med administrative opplysninger ført for langtidsopphold og hjemmesykepleie/omsorgsbolig, og samtykkekompetanse er journalført der det er relevant for langtidsopphold. Revisjonen vil kommentere at det for ansatte i hjemmesykepleie oppleves det ikke som at det foreligger en tydelig oversikt over samtykkekompetanse. Basert på helsetilstanden blant brukere på institusjon, vil det være hyppigere behov for å vurdere samtykkekompetanse og/eller ha den løpende dialog med pårørende, mens i hjemmetjenesten kan dette i større grad variere. Uavhengig av dette er det en svakhet at ansatte i spørreundersøkelsen gir uttrykk for at dette i liten grad er dokumentert.

For hjemmesykepleie var det dokumentert en fortløpende journalføring på utførte tjenester for pasientene. Gjennomgangen viste at ikke alle dager kunne dokumenteres for alle pasienter (i tiden som var til rådighet). Det er resultater fra spørreundersøkelsen som antyder lignende opplevelser både knyttet til at en viss andel opplever liten tid til journalføring og usikkerhet knyttet til hva som skal føres i elektronisk pasientjournal. Her vil revisjonen trekke frem at på begge de to spørsmålene som går på tid til å føre i journal, var det en større andel blant ansatte i hjemmesykepleien enn institusjon som opplevde utfordringer her.

Samtidig er det en prosedyre for hvordan man skal føre i journal, og sett i sammenheng med de relativt positive svarene knyttet til opplæring, skulle dette dra i retning av en god forståelse for journalsystemet. Da er det betenkelig, slik revisjonen ser det, at en forholdsvis høy andel respondenter oppgir at de er usikre på om Profil er tilstrekkelig for å sikre at nødvendig informasjon knyttet til pasienten journalføres. Det fremkommer heller ikke resultater fra spørreundersøkelsen som tyder på at erfaring/ansettelsesperiode spiller inn på dette.

Innenfor institusjon gjennomføres det fagmøter som gjelder brukerne og for pasienter i hjemmetjenesten gjennomføres det ukentlige møter mellom tjenestekontoret og tjenesten der tjenestebehovet for brukerne blir tatt opp. Revisors vurdering til dette er at rutinen følges og man oppnår tjenesteflyt mellom instansene.

På et generelt grunnlag vurderer revisor at man i det vesentligste har etablert gode rutiner som i praksis samsvarer med journalføring av pasienter i institusjon. Når det kommer til hjemmesykepleien, er det i mindre grad etablert praksis som følger opp de fastsatte rutiner og journalføring knyttet til pasienten kan slik sette fremstå noe mindre systematisk sett mot institusjon. Det begrunner vi med at det for institusjon foreligger detaljerte sjekklister for hva som

skal registreres og når det skal registreres i Profil. For hjemmesykepleien ser man at det i mindre grad foreligger slike sjekklister når man har en førstegangsregistrering av bruker. Dette kan medføre usikkerhet omkring samtykke, hvilke forhold som skal journalføres og pårørendes rolle. Samtidig skal det legges til at de tjenester som er gitt i hjemmesykepleien i det vesentligste er dokumentert gjennomført.

Oppsummert anser revisjonen at sentrale deler av rutine og forskrift knyttet til journalføring blir fulgt i kommunen. Samtidig ser vi at saksutredningen knyttet til vedtak i hjemmesykepleie/omsorgsbolig ikke alltid fremstår utfyllende. Det er nærliggende å knytte dette til at kartleggingsskjema ikke benyttes, mens det ved langtidsopphold benyttes skjema for innkomst. Respondentene svarer også at det skjer at det er forhold ved pasienten de burde vært klar over, men som ikke har vært ført i elektronisk pasientjournal.

7 Konklusjon

Revisors konklusjon er at kommunen i det vesentligste har etablert rutiner som sikrer tilstrekkelige beskrivelser omkring innkomst og oppfølgingsaktiviteter knyttet til brukere i institusjon. Når det kommer til rutiner for kartlegging og behovsutredning for brukere i hjemmetjenesten, fremstår de samlede rutinene på dette området noe svakere både når det kommer til rutiner for å sikre tilstrekkelig opplyst pasientjournal så vel som for den løpende oppfølging av brukerne. Dette begrunner revisor med at det er usikkerhet omkring dokumentasjon som legges til grunn for kartlegging av brukere og hva som inngår i denne kartleggingen samt det faktum at forelagte rutiner i hovedsak omhandler innkomst institusjon og i mindre grad nye brukere i hjemmetjenesten. Dette er for øvrig forhold som bekreftes i vår mappegjennomgang.

Revisors konklusjon er at kommunen har jobbet systematisk med å gi ansatte nødvendig opplæring i journalføring, og det er tydelig at det har vært et bevisst fokus på å sikre at pasientjournalene føres i tråd med gjeldende krav. Dokumentasjonen viser at det er gjennomført kurs, og at enkelte deltakere er registrert. Likevel mangler det en samlet dokumentert oversikt over kompetansen blant de ansatte når det kommer til opplæring i Profil.

Spørreundersøkelsen viser at noen ansatte ikke har fått tilbud om, eller ikke har deltatt i, opplæring i bruk av Profil. I tillegg tyder svarene på at opplæringen alene ikke alltid fjerner usikkerhet knyttet til journalføringen. Revisor peker også på at kommunen i liten grad evaluerer hvordan rutinene fungerer i praksis, og at det er begrenset med systematisk innhenting av tilbakemeldinger fra ansatte. Dette gjør det vanskelig å vite om rutinene faktisk oppleves hensiktsmessig og om de brukes slik de er ment.

Journalføringen i Åmli kommune oppleves i hovedsak å følge gjeldende rutiner og krav, men da særlig innen institusjonstjenestene. Her er det etablert tydelige prosedyrer og sjekklister som bidrar til systematisk dokumentasjon. I hjemmetjenesten er bildet mer sammensatt. Selv om det meste av utførte tjenester blir dokumentert, er det svakheter knyttet til hvordan vedtak begrunnes og hvordan samtykkekompetanse vurderes og følges opp. Det brukes i mindre grad kartleggingsverktøy, og det kan synes som at det foreligger enkelte svakheter omkring rutine for hva en førstegangsregistrering i elektronisk pasientjournal skal inneholde, noe som kan føre til usikkerhet omkring datakvaliteten. Det er også slik at spørreundersøkelsen viser at ansatte i hjemmetjenesten i større grad enn i institusjon opplever tidspress og usikkerhet rundt hva som skal journalføres.

7.1 Anbefalinger

Revisjonen anbefalinger.

- Åmli kommune bør i større grad sikre at det foreligger en samlet oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring knyttet til føring av elektronisk pasientjournal.
- Knyttet til arbeidet med kartlegging av nye brukere i hjemmetjenesten, bør det i større grad foreligge rutiner som sikrer en enhetlig innregistrering i kommunens system for elektronisk pasientjournal.
- Kommunen bør ha oversikt over brukeres samtykkekompetanse i hjemmetjenesten.
- Kommunen bør i større grad gjennomføre evalueringer av opplæring og rutiner for å sikre tilfredsstillende føring av elektronisk pasientjournal.

7.2 Kommunedirektørens uttalelse

Jeg vil takke Sørlandet kommunerevisjon IKS for en grundig gjennomgang av våre rutiner og praksis for journalføring innen pleie og omsorg. Rapporten gir oss innsikt og peker på områder hvor vi kan forbedre våre tjenester.

Vi er fornøyd med at revisjonen bekrefter at vi har etablert gode rutiner for journalføring i institusjonstjenestene. Dette er et resultat av målrettet arbeid og systematisk opplæring av våre ansatte. Vi ser at det er rom for forbedring når det gjelder kartlegging og dokumentasjon i hjemmetjenesten. Vi vil derfor prioritere å utvikle mer enhetlige rutiner for innregistrering og oppfølging av brukere i hjemmetjenesten.

Videre vil vi sikre en samlet oversikt over ansattes kompetanse og opplæringsbehov. Dette vil bidra til å styrke vår evne til å gi kvalitetsmessig helsehjelp og sikre at alle ansatte har den nødvendige kunnskapen for å utføre sine oppgaver på en tilfredsstillende måte.

Vi vil også jobbe med å evaluere våre rutiner og opplæring, samt systematisk innhente tilbakemeldinger fra ansatte. Dette vil gi oss et bedre grunnlag for kontinuerlig forbedring av våre tjenester og sikre at våre rutiner oppleves som hensiktsmessige og blir brukt slik de er ment.

Vi ser frem til å implementere revisjonens anbefalinger og fortsette vårt arbeid med å forbedre kvaliteten på våre helsetjenester.

Litteratur- og dokumentasjonsliste

Lover, forskrifter, veiledere mm.

LOV-2018-06-22-83 Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven – hol.)

Rapport fra tilsyn med Åmli pleie- og omsorgssenter i Åmli kommune 2019. Helsetilsynet

KS, kommunedirektørens internkontroll — veileder. 2020

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Veileder om kommunelovens internkontrollbestemmelser

FOR-2019-03-01-168 Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften)

Helsepersonelloven med kommentarer. § 40. Krav til journalens innhold m.m. - Helsedirektoratets kommentarer

Fra Åmli kommune

3 – timers VIPS introduksjon gjennomført 1 og 6 februar. DOCX

Dokumentasjon Profil opplæring 14 og 21 mai. DOCX

Dokumentkurs. PDF

Info dokumentasjonskurs 24.9 og 9.10. PDF

Opplæring ressurspersoner i VIPS 9.9.2024. DOCX

Påmelding dokumentasjonskurs mai 2024. DOCX

VIPS – personsentrert omsorg gjennomført 18 og 20 mars 2024. DOCX

Ernæringskartlegging. DOCX

Innkomst rutine. PDF

Kriterier for tjenestekontor pr. okt.2022. DOCX

Primærkontakt. PDF

Prosedyre for vurdering av samtykkekompetanse og dokumentasjon i Profil. PDF

Rutinar for utdeling av legemidler til pasient. DOC

Rutiner for behandling av avvik i QM+. DOCX

Skjema ved innkomst MNA og ADL. PDF

Terminalpleie. PDF

Vald og truslar. PDF

Gode Pasientforløp skjema for registrering. PDF

Innkomst-halvårs-årskontroll versj.2. PDF

KOMMUNAL AKUTT DØGN Plass versj. 1 PDF

Rutine for vurdering av samtykkekompetanse. PDF

Vurdering av samtykkekompetanse versjon 2. PDF

Samarbeidsavtale mellom Apotek 1 og Helse og omsorg – legemiddelgjennomgang. PDF

Innkomst Åmli pleie senter. PDF

Rutine for tjenesteflyt mellom hjemmesykepleie og tjenestekontor. PDF

Kommunal akutt døgn plass versj. 1. PDF

Pasienter inne på Langtidsopphold og heimesjukepleie. PDF

Vedlegg

Spørreundersøkelse blant ansatte

Spørreundersøkelse Åmli, helse- og omsorgstjenester

Sørlandet kommunerevisjon IKS gjennomfører for tiden en forvaltningsrevisjon av helse- og omsorgstjenester i Åmli kommune, med fokus på journalføring av elektroniske pasientjournaler. Formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge om kommunen har etablert tilstrekkelige rutiner for journalføring, om de ansatte har god nok kjennskap til disse rutinene, og om journalføringen utføres i tråd med gjeldende rutiner.

Vi setter stor pris på om du kan ta deg tid til å besvare vår undersøkelse.

Spørsmål:

1. Hva er din ansettelsesform (den ansettelsesformen som har høyest prosentandel)?
 - ☐ Fast ansatt
 - ☐ Vikar/midlertidig ansatt
 - ☐ Timelønnet/Tilkallingsvakt
 - ☐ Annet
2. Hvor lenge har du arbeidet i Åmli kommune (samlet sett uavhengig av ansettelsesform)
 - ☐ 0-2 år
 - ☐ 3-5 år
 - ☐ Over 5 år
3. Har du blitt tilbudt opplæring i journalføring av elektronisk pasientjournal i fagsystemet Profil?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nei
 - ☐ Usikker
4. Har du gjennomført opplæring i journalføring av elektronisk pasientjournal i fagsystemet Profil?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nei
 1. Aktivering til svaret nei: Opplever du at du har behov for opplæring i journalføring av elektronisk pasientjournal i fagsystemet Profil?
 1. Ja
 2. Nei
5. Har du tilgang til føring av fagsystemet Profil på mobil og/eller nettbrett?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nei, det skulle jeg gjerne hatt
 - ☐ Nei, men jeg har heller ikke behov for det
 - ☐ Usikker

6. I hvilken grad mener du at opplæringen du har fått i journalføring har vært tilstrekkelig?
- I stor grad
 - I noen grad
 - I liten grad
7. Har du en opplevelse av at det foreligger gode rutiner for føring av elektronisk pasientjournal i Åmli kommune?
- Ja
 - Nei, jeg er ikke kjent med at det foreligger rutiner for dette
 - Rutinene foreligger, men jeg opplever dem ikke som gode
 - Usikker
8. Har du en tydelig forståelse av hvilke forhold ved pasienten som medfører et krav om oppdatering av pasientens elektroniske pasientjournal?
- Ja
 - Nei
 - Usikker
9. Opplever du at det kan være utfordrende å vite hva som skal føres i en elektronisk pasientjournal?
- Alltid/ofte
 - Av og til
 - Sjelden
 - Aldri
10. Har du vært i en situasjon hvor elektronisk pasientjournal burde vært oppdatert, men at du ikke har hatt tid til å gjøre det?
- Ja, det kan skje
 - Ja, men svært sjelden
 - Nei
11. Er det tydelige rutiner for hvordan henvendelser fra pårørende skal føres i en elektronisk pasientjournal?
- Ja
 - Nei
 - Usikker

12. Foreligger det en tydelig oversikt over samtykkekompetanse blant pasientene?

- Ja
- Nei
- Usikker

13. Har du vært i en situasjon hvor du opplever at det er forhold ved pasienten du burde vært klar over, men som ikke har vært ført i elektronisk pasientjournal?

- Ja, det kan skje
- Ja, men det er sjelden
- Nei
- Usikker

14. Opplever du at fagsystemet Profil er tilstrekkelig for å sikre at nødvendig informasjon knyttet til pasienten journalføres?

- Ja
- Nei

1. Vennligst utdyp

- Usikker

15. Har du tilgang til tilstrekkelig støtte og veiledning når du har spørsmål om journalføring?

- Ja
- Nei
- Nei, jeg har et ønske om at det foreligger en prosedyre/rutine som kan bidra til å gi svar på de forholdene jeg er usikker på.

16. Opplever du at det er tilstrekkelig tid avsatt til journalføring i din arbeidshverdag?

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad

17. Har du forslag til forbedringer av rutiner for journalføring?

- Ja

1. Vennligst utdyp

- Nei

18. Opplever du at det er god kommunikasjon mellom ansatte om journalføring?

- I stor grad

- I noen grad
- I liten grad

19. Har du vært del av arenaer hvor enhetens rutiner og prosedyrer er blitt evaluert?

- Ja
- Nei
- Usikker