



Kragerø kommune

Kommunalområde Helse- og omsorgstjenester

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark
Postboks 2076
3103 Tønsberg

Deres ref.

Vår ref.
26/97 - 8

Dato
10.09.2026

Plan for forbedringsarbeid – oppfølging av tilsyn med rekvirering av vanedannende legemidler

Kragerø kommune viser til Statsforvalterens tilbakemelding etter egevalueringstilsyn med rekvirering av vanedannende legemidler i fastlegetjenesten, datert 26. juni 2026. På bakgrunn av tilbakemeldingen har kommunen utarbeidet en konkret plan for videre forbedringsarbeid.

Planen bygger på kommunens egevaluering og Statsforvalterens anbefalinger. Den beskriver ansvar, organisering, tiltak, involvering av fastlegetjenesten, tidsfrister og opplegg for evaluering og korrigering. Arbeidet følges opp i etablerte samarbeidsarenaer med fastlegene, særlig ALU (Allmennlegeutvalget) og LSU (Legetjenestens samarbeidsutvalg), og inngår i kommunens samlede kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Formålet er å redusere risiko for uforsvarlig eller uønsket rekvireringspraksis, styrke kommunens oversikt og internkontroll og bidra til mer enhetlig og kunnskapsbasert praksis i fastlegetjenesten. Arbeidet skal også bidra til bedre pasientforløp for innbyggere som bruker, eller står i fare for langvarig bruk av, vanedannende legemidler. Egevalueringen viser behov for mer systematisk bruk av styringsinformasjon, risikovurderinger, avvik, klager og erfaringer fra øvrige kommunale tjenester.

Planens hovedgrep: Forbedringsarbeidet gjennomføres i tre trinn. Først tydeliggjøres ansvar, årshjul og samarbeidsarenaer. Deretter styrkes risikovurdering, datagrunnlag og læring fra avvik, klager og bekymringsmeldinger. Til slutt etableres praktiske rutiner for samhandling, alternativer til legemiddelbehandling og individuell oppfølging ved bekymring for praksis.

Postadresse

Kragerø kommune
Pb. 128
3791 KRAGERØ

Besøksadresse

Rådhusgata 5
3770 KRAGERØ

Telefon: +47 35986200
www.kragero.kommune.no
Epost: post@kragero.kommune.no

Bankgiro: 1506 90 21430
Org.nr.: 963 946 902

1. Overordnet organisering og ansvar

Rolle/funksjon	Ansvar i forbedringsarbeidet
Kommunalsjef helse og omsorg	Overordnet ansvar for at forbedringsarbeidet gjennomføres, forankres administrativt og følges opp i styringslinjen.
Virksomhetsleder lege- og hjemmebaserte tjenester	Operativt ansvar for fremdrift, koordinering, risikovurderinger, vurdering av styringsdata, dialog med fastlegene, oppfølging av tiltak og rapportering til kommunalsjef.
Kommuneoverlege	Medisinskfaglig ansvar for innhold, risikovurderinger og vurdering av styringsdata.
Medisinskfaglig rådgiver ved Gamle Kragerøvei legesenter	Bidra i utvikling av praktiske tiltak, rutiner og faglige drøftinger i ALU/LSU.
Fastlegene	Delta i utvikling, gjennomføring og evaluering av tiltak. Gjennomgå egen praksis og bidra til felles læring.
Virksomhetsleder for sykehjem og bokollektiv og virksomhetsleder for miljøtjenester	Bidra til bedre informasjonsflyt, observasjoner, alternative tilbud og helhetlige pasientforløp hos pasienter og brukere som mottar andre kommunale tjenester.

2. Hovedmål for forbedringsarbeidet

Kragerø kommune skal innen utgangen av 2027 ha etablert en mer systematisk, dokumentert og forutsigbar oppfølging av rekvirering av vanedannende legemidler i fastlegetjenesten.

Arbeidet skal særlig bidra til:

1. Tydeligere ansvar og rollefordeling mellom kommunen, fastlegene og øvrige kommunale tjenester.
2. Faste årlige risikovurderinger og gjennomgang av tilgjengelige data.
3. Mer systematisk bruk av ALU/LSU til kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.
4. Sammenstilling av klager, avvik, tilsyn og bekymringsmeldinger.
5. Bedre samhandling mellom fastleger, hjemmetjeneste og psykisk helse/rus gjennom mer strukturert samarbeid.
6. Bedre tilgang til reelle alternativer til vanedannende legemidler, der dette er faglig relevant.
7. Evaluering av om tiltakene bidrar til endring i praksis over tid.

3. Tiltaksplan

Tiltakene er strukturert etter en samlet forbedringslogikk: styring og ansvar, risiko og kunnskapsgrunnlag, samhandling og praktisk oppfølging. Inndelingen skal tydeliggjøre sammenhengen mellom enkelttiltakene og hvordan de samlet skal styrke kommunens internkontroll og pasientsikkerhetsarbeid.

Styring og ansvar

Tiltak 1: Etablere fast struktur for styring og oppfølging

Punkt	Innhold
Tiltak	Forbedringsarbeidet etableres som fast sak i ALU og LSU minst to ganger årlig.
Ansvar	Virksomhetsleder lege- og hjemmebaserte tjenester, i samarbeid med kommuneoverlege.
Involvering	ALU, LSU, fastlegerepresentanter, kommunalsjef.
Frist for oppstart	Oktober 2026.
Frist for ferdig årshjul	Desember 2026.
Evaluering	Årshjulet evalueres i ALU høsten 2027. Det vurderes om sakene faktisk er behandlet, om beslutninger er dokumentert, og om tiltak er fulgt opp.
Korrigerings	Dersom årshjulet ikke brukes systematisk, legges ansvar og møteforberedelser tydeligere til virksomhetsleder.

Tiltak 2: Klargjøre ansvarslinjer og forventninger

Punkt	Innhold
Tiltak	Det utarbeides en kort rolle- og ansvarsbeskrivelse for kommunens oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i fastlegetjenesten, med særlig vekt på rekvirering av vanedannende legemidler. Beskrivelsen skal klargjøre ansvar hos kommunalsjef, virksomhetsleder, avdelingsleder, kommuneoverlege, medisinskfaglige rådgivere og fastleger.
Ansvar	Virksomhetsleder lege- og hjemmebaserte tjenester.
Involvering	Kommuneoverlege, LSU og tillitsvalgte.
Frist for utkast	Desember 2026.

Punkt	Innhold
Frist for behandling i ALU/LSU	Februar 2027.
Evaluering	Vurderes i forbindelse med årlig gjennomgang av fastlegetjenesten høsten 2027.
Korrigerings	Ansvarsbeskrivelsen justeres dersom det avdekkes uklarhet i enkeltsaker, avvik eller tilsyn.

Risikovurdering, data og læring

Tiltak 3: Årlig risikovurdering av rekvirering av vanedannende legemidler

Punkt	Innhold
Tiltak	Det innføres årlig risikovurdering av rekvirering av vanedannende legemidler. Risikovurderingen skal omfatte tilgjengelig statistikk, klager, avvik, tilsyn, bekymringsmeldinger fra tjenester/apotek og innspill fra fastlegene. Den skal særlig belyse langtidsbruk, kombinasjonsbruk, høy alder, sårbare pasientgrupper og bruk uten tydelig indikasjon.
Ansvar	Kommuneoverlegen.
Involvering	Virksomhetsledere, fastleger, hjemmetjeneste, psykisk helse og rus.
Første gjennomgang	Mars 2027.
Deretter	Årlig, som fast sak i ALU første halvår.
Evaluering	Risikovurderingen skal munne ut i to til fire prioriterte tiltak for kommende år. Det vurderes året etter om tiltakene er gjennomført og om risikobildet er endret.
Korrigerings	Dersom risikovurderingen viser vedvarende eller økt risiko, skal det vurderes mer målrettede tiltak, for eksempel individuell dialog, praksisgjennomgang eller særskilt veiledning.

Tiltak 4: Bedre bruk av styringsdata og statistikk

Punkt	Innhold
Tiltak	Kommunen etablerer rutine for årlig innhenting og presentasjon av tilgjengelige data fra Legemiddelregisteret/Reseptregisteret,

Punkt	Innhold
	Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og andre relevante kilder. Data presenteres i ALU og brukes som grunnlag for felles refleksjon og tiltak. Når løsning for data på rekvirentnivå blir tilgjengelig, vurderes frivillig samtykke fra fastlegene for individuell tilbakemelding og veiledning.
Ansvar	Kommuneoverlegen.
Involvering	Fastlegene, ekstern fagstøtte ved behov, virksomhetsleder.
Frist for første datagjennomgang	Juni 2027, basert på tilgjengelige data.
Evaluering	Det vurderes om gjennomgangen gir nyttig styringsinformasjon, om fastlegene opplever den relevant, og om den fører til konkrete forbedringstiltak.
Korrigerings	Dersom dataene er for lite presise, suppleres gjennomgangen med kvalitative innspill fra fastlegene og kommunale tjenester.

Tiltak 5: Felles forventninger til god rekvireringspraksis

Punkt	Innhold
Tiltak	Det utarbeides et kort lokalt forventningsnotat for rekvirering av vanedannende legemidler i Kragerø. Notatet skal bygge på nasjonale faglige råd og tydeliggjøre forventninger til vurdering av indikasjon, varighet, fornying, nedtrapping, kombinasjonsbruk, dokumentasjon, dialog med pasient og håndtering av henvendelser fra andre tjenester.
Ansvar	Kommuneoverlegen
Involvering	ALU, medisinskfaglige rådgivere, eventuelt apotek/PKO.
Frist for utkast	Mars 2027.
Frist for behandling og justering i ALU	Mai 2027.
Evaluering	Fastlegene gir tilbakemelding i ALU etter seks måneder på om notatet er praktisk anvendbart.
Korrigerings	Notatet justeres etter erfaringer og ny kunnskap.

Tiltak 6: Strukturert bruk av klager, avvik, tilsyn og bekymringsmeldinger

Punkt	Innhold
Tiltak	Det etableres en enkel årlig sammenstilling av relevante klager, avvik, tilsynssaker og bekymringsmeldinger knyttet til rekvirering av vanedannende legemidler. Sammenstillingen skal ikke identifisere pasienter eller leger i felles fora, men brukes til å identifisere mønstre, læringspunkter og behov for tiltak.
Ansvar	Virksomhetsleder lege- og hjemmebaserte tjenester , med faglig støtte fra kommuneoverlege.
Involvering	Gamle Kragerøvei legesenter, Kragerø legesenter, hjemmetjenesten og avdeling for psykisk helse og rus.
Frist for første sammenstilling	Juni 2027.
Evaluering	Det vurderes om sammenstillingen gir grunnlag for konkrete læringspunkter og tiltak.
Korrigerings	Dersom informasjonsgrunnlaget er mangelfullt, utarbeides tydeligere rutine for hva som skal meldes og hvor det skal dokumenteres.

Tiltak 7: Avklare avvikshåndtering på tvers av fastlegetjenesten

Punkt	Innhold
Tiltak	Det kartlegges hvordan avvik og kvalitetsrelaterte hendelser håndteres ved de to legesentrene, både for kommunalt ansatte leger og næringsdrivende fastleger. På bakgrunn av kartleggingen utarbeides en felles minimumsrutine for hva som skal meldes til kommunen, hvordan meldinger skal dokumenteres og hvordan læring skal deles.
Ansvar	Virksomhetsleder lege- og hjemmebaserte tjenester.
Involvering	Kommunalsjef, avdelingsleder legetjeneste, fastleger og kommuneoverlege.
Frist for kartlegging	Februar 2027.
Frist for minimumsrutine	Mai 2027.
Evaluering	Gjennomgang høsten 2027 av om rutinen er kjent og brukt.

Punkt	Innhold
Korrigerings	Dersom QM+ ikke fungerer hensiktsmessig for formålet, vurderes alternativ løsning for felles lærings- og forbedringsarbeid.

Samhandling og praktisk oppfølging

Tiltak 8: Bedre informasjonsflyt fra hjemmetjeneste, psykisk helse og rus til fastlegene

Punkt	Innhold
Tiltak	Det utarbeides en enkel rutine/sjekkliste for når og hvordan kommunale tjenester skal formidle observasjoner til fastlege ved mulig risikofylt bruk av vanedannende legemidler. Dette kan gjelde funksjonsfall, falltendens, økt sedasjon, forvirring, manglende etterlevelse, mistanke om overforbruk, hyppige forespørsler om legemidler eller bekymring for kombinasjonsbruk.
Ansvar	Virksomhetsleder lege- og hjemmebaserte tjenester.
Involvering	Virksomhetsleder for sykehjem og bokollektiv, virksomhetsleder for miljøtjenester, avdelingsledere for hjemmetjeneste og psykisk helse/rus, fastleger og kommuneoverlege.
Frist for utkast	April 2027.
Frist for implementering	September 2027.
Evaluerings	Det gjennomføres stikkprøve og evaluering etter seks måneder for å vurdere om rutinen er kjent og gir bedre informasjonsdeling.
Korrigerings	Rutinen forenkles eller justeres dersom den blir for omfattende eller ikke brukes i praksis.

Tiltak 9: Styrke alternativer til vanedannende legemidler

Punkt	Innhold
Tiltak	Eksisterende kommunale lavterskeltilbud som kan være relevante alternativer eller supplement til legemiddelbehandling, kartlegges. Dette kan omfatte søvnkurs, mestringsstilbud, frisklivstilbud, psykisk helse/rus, individuelle støttesamtaler og gruppebaserte tilbud. Det vurderes om tilbudene bør videreutvikles eller synliggjøres bedre for fastlegene.

Punkt	Innhold
Ansvar	Virksomhetsleder for legetjenester og hjemmebaserte tjenester , i samarbeid med avdelingsledere fysioterapi og psykisk helse og rus.
Involvering	Fastlegene i ALU, fysioterapi, psykisk helse, hjemmetjeneste.
Frist for kartlegging	Mars 2027.
Frist for presentasjon i ALU	Mai 2027.
Evaluering	Det vurderes om fastlegene kjenner til og bruker tilbudene, og om henvisnings- og kontaktveier er tydelige.
Korrigerings	Dersom tilbudene ikke er tilstrekkelige eller lite kjent, utarbeides enkel oversikt til fastlegene og eventuelt plan for videre utvikling.

Tiltak 10: Individuell oppfølging ved bekymring for praksis

Punkt	Innhold
Tiltak	Det utarbeides rutine for kommunens oppfølging ved bekymring for mulig uforsvarlig eller avvikende rekvireringspraksis hos enkeltlege. Rutinen skal angi når kommunen skal gå i dialog, hvem som deltar, hvordan saken dokumenteres og når saken eventuelt skal eskaleres.
Ansvar	Virksomhetsleder for legetjenester og kommuneoverlege.
Involvering	Fastlegerepresentanter og LSU involveres i generell forankring. Enkeltsaker håndteres konfidensielt.
Frist for utkast	Juni 2027.
Frist for forankring	September 2027.
Evaluering	Vurderes ved årlig gjennomgang av klager/avvik/tilsyn.
Korrigerings	Justeres etter erfaring fra konkrete saker og juridiske vurderinger ved behov.

4. Tidsplan samlet

Tidspunkt	Milepæl
September 2026	Forbedringsplanen behandles i kommunalsjefens ledergruppe, ferdigstilles og oversendes Statsforvalteren innen 15. september 2026.
Oktober 2026	Forbedringsarbeidet etableres som fast sak i ALU og LSU.
Desember 2026	Årshjul ferdigstilles, og utkast til rolle- og ansvarsbeskrivelse utarbeides.
Februar 2027	Ansvarslinjer behandles i ALU og LSU, og kartlegging av avvikshåndtering gjennomføres.
Mars 2027	Første risikovurdering gjennomføres, forventningsnotat utarbeides som utkast, og kartlegging av alternative tilbud ferdigstilles.
April 2027	Utkast til rutine/sjekkliste for informasjonsflyt fra kommunale tjenester til fastlegene utarbeides.
Mai 2027	Forventningsnotat behandles og justeres i ALU, minimumsrutine for avvikshåndtering ferdigstilles, og oversikt over alternative tilbud presenteres i ALU.
Juni 2027	Første datagjennomgang og første sammenstilling av klager, avvik, tilsyn og bekymringsmeldinger gjennomføres. Utkast til rutine for individuell oppfølging ved bekymring for praksis utarbeides.
September 2027	Rutine for informasjonsflyt implementeres, og rutine for individuell oppfølging forankres i ALU og LSU.
Høst 2027	Evaluering av årshjul, ansvarslinjer, avvikshåndtering og gjennomføring av tiltak med evalueringsfrist høsten 2027.
Desember 2027	Rapportering til kommunalsjef og vurdering av behov for justering av tiltak for 2028.
Mars 2028	Evaluering av rutine for informasjonsflyt etter seks måneders bruk.

5. Evaluering og målepunkter

Kommunen vil evaluere forbedringsarbeidet årlig. Følgende indikatorer og vurderingspunkter brukes:

- Om planlagte saker er behandlet i ALU/LSU.
- Om det er gjennomført årlig risikovurdering.

- Om tilgjengelige rekvireringsdata er gjennomgått og brukt som grunnlag for tiltak.
- Om klager, avvik, tilsyn og bekymringsmeldinger er sammenstilt.
- Om det er etablert rutine for informasjonsdeling fra hjemmetjeneste og psykisk helse/rus.
- Om fastlegene opplever at tiltakene er relevante og praktisk anvendbare.
- Om kommunen får bedre oversikt over risiko og variasjon i praksis.
- Om det er behov for justering av tiltak eller ytterligere oppfølging av enkeltområder.

I evalueringen skal kommunen vurdere både om tiltakene er gjennomført, og om de har bidratt til bedre styring, tydeligere praksis og bedre grunnlag for pasientsikkerhet.

Avsluttende vurdering

Kragerø kommune vurderer at planen gir et konkret og forpliktende grunnlag for videre forbedringsarbeid. Planen bygger på arbeid som allerede er igangsatt, og tydeliggjør ansvar, tidsfrister, involvering av fastlegene samt hvordan kommunen skal evaluere og korrigere tiltakene over tid.

Kommunen legger særlig vekt på at forbedringsarbeidet skal gjennomføres i tett samarbeid med fastlegene. Endring i rekvireringspraksis forutsetter felles forståelse, faglig dialog, tillit og praktiske tiltak som kan gjennomføres i fastlegehverdagen. Samtidig har kommunen et tydelig sørge-for-ansvar og vil styrke sin systematiske oppfølging gjennom bedre bruk av styringsinformasjon, risikovurderinger, avviks- og klageinformasjon og etablerte samarbeidsarenaer.

Med hilsen

Stella Renée Syvertsen
Kommunalsjef

Brynhild Braut
Kommuneoverlege

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur