

Rapport 13/2025

Legemiddel- håndtering

2025

Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonen av legemiddelhåndtering i Bydel Bjerke. Kommunerevisjonen har også undersøkt om byråden for helse og byråden for sosiale tjenester har fulgt opp bystyrets føringer om å sikre at det gjennomføres uvarslede tilsyn ved tjenestesteder hvor det håndteres legemidler.

Undersøkelsen er forankret i kontrollutvalgets vedtak av 21. januar 2025 (sak 6) og tilhører området brukernær kommune i *Plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll 2024–2028* som bystyret behandlet 19. juni 2024 (sak 173).

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune. Forvaltningsrevisjon er definert slik i kommuneloven § 23-3:

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Forvaltningsrevisjon i Oslo kommune gjennomføres i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner i Norge (RSK 001).

Prosjektet er gjennomført av seniorrådgiverne Carina Jacobsen (prosjektmedarbeider) og Kari Breisnes (prosjektleder).

Vi vil takke Byrådsavdeling for helse, Byrådsavdeling for sosiale tjenester og Bydel Bjerke for nødvendig bistand i løpet av prosjektet.

11. september 2025

Morten Andreas Engebretsen
ass. avdelingsdirektør

Kari Breisnes
seniorrådgiver

Innhold

Innhold.....	3
Hovedbudskap.....	5
Sammendrag	5
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn.....	9
1.2 Formål og problemstillinger	10
1.3 Avgrensninger	10
1.4 Revisjonskriterier	10
1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring	11
1.6 Rapportens oppbygging.....	11
2 Byrådets oppfølging av uvarslede tilsyn	12
2.1 Bystyrets vedtak	12
2.2 Kontrollutvalgets innhenting av status for uvarslede tilsyn	12
2.3 Byråden for helses oppfølging av bystyrets vedtak	13
2.4 Byråden for sosiale tjenesters oppfølging av bystyrets vedtak	15
2.5 Kommunerevisjonens vurdering.....	17
3 Rammer for legemiddelhåndteringen.....	19
3.1 Innledende informasjon.....	19
3.2 Revisjonskriterier	20
3.3 Faktabeskrivelse	20
3.4 Kommunerevisjonens vurderinger	26
4 Oppbevaring og håndtering av legemidler	28
4.1 Revisjonskriterier	28
4.2 Faktabeskrivelse	28
4.3 Kommunerevisjonens vurderinger	31
5 Avvikshåndtering.....	32
5.1 Revisjonskriteriet	32
5.2 Faktabeskrivelse	32
5.3 Kommunerevisjonens vurderinger	34
6 Evaluering av styringssystemet.....	35
6.1 Revisjonskriteriet	35
6.2 Faktabeskrivelse	35
6.3 Kommunerevisjonens vurderinger	39
7 Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger	40
7.1 Konklusjoner	40

7.2	Anbefalinger	41
8	Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse.....	42
8.1	Byråden for helse	42
8.2	Byråd for sosiale tjenester	43
8.3	Bydel Bjerke	43
	Referanser	45
	Siste publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo	46
	Vedlegg 1 Revisjonskriterier	47
	Vedlegg 2 Metode	58
	Vedlegg 3 Uttalelse fra byråden for helse	62
	Vedlegg 4 Uttalelse fra byråden for sosiale tjenester	64
	Vedlegg 5 Uttalelse fra Bydel Bjerke	66

Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har gjennomført en forvaltningsrevisjon av legemiddelhåndteringen i Bydel Bjerke, med utgangspunkt i to tjenestesteder, samt undersøkt byråden for helses og byråden for sosiale tjenester oppfølging av bystyrets vedtak fra 2020 om årlige uvarslede tilsyn ved tjenestesteder som håndterer legemidler. God internkontroll på legemiddelområdet er viktig for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet.

De to byrådene har ikke i tilstrekkelig grad sørget for årlige uvarslede legemiddeltilsyn i tråd med bystyrets vedtak. Byrådene hadde stilt krav til gjennomføring av tilsyn, men en rekke tjenestesteder hadde fortsatt ikke gjennomført uvarslede tilsyn i 2024.

Forvaltningsrevisjonen viser at Bydel Bjerke i all hovedsak hadde sørget for god internkontroll med håndteringen av legemidler på de undersøkte områdene. Det var likevel enkelte forbedringspunkter eller forhold som ikke var i tråd med krav og føringer. Blant annet manglet bydelen skriftlige rutiner for evaluering av internkontrollen på legemiddelområdet. Videre ble legemidler oppbevart utilgjengelig for uvedkommende, men mange ansatte hadde tilgang til medisinerommet. Dette kan øke risikoen for uønskede hendelser.

Sammendrag

Legemiddelhåndtering er et kjent risikoområde innen helse- og omsorgstjenester. Svikt i legemiddelhåndteringen kan medføre uautoriserte uttak, alvorlig feilbehandling og i sin ytterste konsekvens dødsfall. Ifølge Helsetilsynet avdekkes det ofte svikt og mangler ved virksomhetenes internkontroll på området, som fravær av rutiner, utilstrekkelig opplæring, manglende risikovurderinger og mangelfull avvikshåndtering. Derfor er det viktig at kommunen har god internkontroll for å sikre at slike uønskede hendelser ikke oppstår.

Tidligere undersøkelser fra Kommunerevisjonen og andre har vist mangler ved håndteringen av legemidler i Oslo kommunes virksomheter. Kommunerevisjonen har i de senere årene også fått en rekke innberetninger fra tjenestesteder om svinn av legemidler.

Kommunerevisjonen har nå undersøkt om byråden for helse og byråden for sosiale tjenester har fulgt opp bystyrets vedtak om å iverksette årlige uvarslede tilsyn ved tjenestesteder som håndterer legemidler. Deretter er det gjennomført en forvaltningsrevisjon av legemiddelhåndteringen i Bydel Bjerke med utgangspunkt i to tjenestesteder: hjemmetjenesten distrikt Økern og Bjørk miljøarbeidertjeneste.

Undersøkelsens problemstillinger har vært:

- Har byrådet fulgt opp bystyrets føringer om uvarslede tilsyn?
- Har Bydel Bjerke sørget for god håndteringen av legemidler?

Når det gjelder forvaltningsrevisjonen har Kommunerevisjonen i undersøkelsen sett på bydelens internkontroller på legemiddelområdet. Revisjonskriteriene som ligger til grunn for forvaltningsrevisjonen, er i hovedsak basert på lover og forskrifter på helse- og omsorgsområdet, herunder legemiddelloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

Byråden for helse og byråden for sosiale tjenester er omfattet av den første problemstillingen ettersom det i all hovedsak er tjenestesteder innenfor deres ansvarsområde som håndterer legemidler. Ved valg av bydel så vi blant annet på hvilken revisjonsbelastning bydelene har hatt de siste årene, og hvilke bydeler som i mindre grad hadde rapportert uanmeldte tilsyn i 2023. I tillegg ønsket vi å se på ulike typer tjenestesteder. Ut fra disse kriteriene ble et distrikt i hjemmetjenesten og en tilrettelagt bolig i Bydel Bjerke valgt.

For å undersøke byrådenes oppfølging er informasjon innhentet gjennom svar på spørsmål og gjennomgang av tilhørende dokumentasjon. For Bydel Bjerke er forvaltningsrevisjonen basert på informasjon innhentet gjennom intervjuer og gjennomgang av dokumenter. Hoveddelen av datainnsamlingen foregikk i mars og april 2025.

Byrådets oppfølging av uvarslede tilsyn

En forvaltningsrevisjon fra 2019 viste at legemiddelhåndteringen ikke var i tråd med regelverket. Ved behandling av saken (sak 40/20) ba bystyret byrådet om å «sikre at det årlig gjennomføres uvarslede tilsyn ved tjenestesteder hvor det håndteres legemidler». Oppfølgingsundersøkelsen i 2022 viste at dette i liten grad var fulgt opp. En kartlegging i 2024 viste at ingen av bydelene hadde gjennomført uvarslede tilsyn i 2023, og at syv bydeler heller ikke hadde gjennomført varslede tilsyn.

Kommunerevisjonen har nå på nytt undersøkt byråden for helses og byråden for sosiale tjenesters oppfølging av bystyrets vedtak om å gjennomføre uvarslede tilsyn ved alle tjenestesteder som håndterer legemidler. Kommunerevisjonen forstår bystyrets vedtak slik at det skal gjennomføres årlige uvarslede tilsyn ved alle tjenestesteder som håndterer legemidler.

Verken byråden for helse eller byråden for sosiale tjenester har i tilstrekkelig grad sørget for uvarslede tilsyn i tråd med bystyrets vedtak. Byrådene har iverksatt tiltak gjennom å stille krav til gjennomføring av slike tilsyn i styringsdialogen med virksomhetene. Byrådsavdeling for helse har også bedt om rapportering på gjennomførte tilsyn. Kommunerevisjonens kartlegging viser at det i 2024 fortsatt var en rekke tjenestesteder der uvarslede tilsyn ikke ble gjennomført i tråd med bystyrets vedtak.

Etter Barne- og familieetatens, Velferdsetatens og Byrådsavdeling for sosiale tjenesters vurdering var ikke alle deres tjenestesteder underlagt bestemmelsene i forskrift om legemiddelhåndtering. Selv med deres tolkning var det i 2024 ikke gjennomført tilsyn ved alle de tjenestestedene som uansett omfattes av forskriften.

Sentrale vurderinger – forvaltningsrevisjonen

Rammer for legemiddelhåndtering i Bydel Bjerke

Ansvar og roller knyttet til legemiddelhåndtering framsto i all hovedsak som avklart og gjort kjent både i hjemmetjenesten distrikt Økern og i Bjørk miljøarbeidertjeneste.

Begge tjenestestedene hadde oppdaterte rutiner og prosedyrer for den løpende legemiddelhåndteringen. Rutinene framsto som dekkende for tjenestestedenes

legemiddelhåndtering og syntes å være kjent for de ansatte. Dette er viktig for å sikre at pasientene får tildelt riktig medikament, i riktig dose, til riktig tid og på rett måte. Det forelå ikke skriftlige rutiner for bydelens egen evaluering av internkontrollen på området i tråd med forskrift om legemiddelhåndtering. Det gir risiko for at det ikke systematisk evalueres om internkontrollen fungerer som forutsatt. Imidlertid gjennomgikk bydelen i praksis internkontrollen årlig.

Bydelen gjennomførte årlige overordnede risiko- og sårbarhetsanalyser som omhandler flere ulike risikoforhold innen helse og omsorg. Kommunerevisjonen merker seg at legemiddelhåndtering var gitt liten plass i den overordnede analysen ved at bare ett forhold var trukket fram som en risiko på området.

Bjørk miljøarbeidertjeneste gjennomførte jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser på legemiddelområdet. Kommunerevisjonen vurderer det som en svakhet at hjemmetjenesten distrikt Økern ikke hadde gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse som gjaldt for undersøkelsesperioden. Det er det enkelte tjenestested som gjennom det daglige arbeidet er nærmest til å se og/eller vurdere hvilken risiko, sårbarhet og utfordringer som følger det å håndtere legemidler. Kommunerevisjonen merker seg at en slik analyse er påbegynt for 2025.

Bydelen hadde et system for å sørge for at medarbeidere som håndterte legemidler, hadde tilstrekkelig kompetanse. Det er viktig for at brukerne skal få riktig preparat til riktig tid. Både hjemmetjenesten distrikt Økern og Bjørk miljøarbeidertjeneste hadde på plass systemer for opplæring tilpasset den enkelte ansattes fagbakgrunn, ansvar og oppgaver. Begge tjenestestedene hadde også et system for å utstede fullmakt til å håndtere legemidler og for å oppdatere fullmakten jevnlig.

Oppbevaring og håndtering av legemidler

Hjemmetjenesten distrikt Økern oppbevarte pakninger med legemidler forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende i en låst safe på medisinerrommet. Ferdigdoserende preparater (dosetter) og daglige medisiner, som kunne inneholde A- og B-preparater, ble oppbevart i det låste medisinerrommet, men i perioder utenfor safen. Dette innebærer at preparatene en periode var tilgjengelig for om lag 50 sykepleiere fra de tre distriktene som nå deler medisinerrom. Det at mange ansatte har tilgang til legemidler i medisinerrom, kan øke risikoen for uønskede hendelser som feil og svinn.

Bjørk miljøarbeidertjeneste oppbevarte legemidlene forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende i en låst safe på medisinerrommet. Tjenestestedet hadde etablert kontrollrutiner for medisinerne som ble oppbevart utenfor safen for nødstilfeller. Begge tjenestestedene førte medikamentregnskap og dokumenterte uttak i tråd med regelverket.

Avvikshåndtering

Det forelå rutiner for å avdekke og håndtere avvik. Ved begge tjenestestedene hadde ansatte fått opplæring i å melde avvik. Tjenestestedene syntes å ha en praksis hvor avvik ble meldt, vurdert og behandlet.

Evaluering av styringssystemet

Bydelen syntes å foreta jevnlige og systematiske gjennomganger av internkontrollen på helse- og omsorgsområdet som også omfattet legemiddelhåndteringen. Kommunerevisjonen merker seg at både hjemmetjenesten distrikt Økern og Bjørk miljøarbeidertjeneste syntes å benytte avvik og håndteringen av disse som en del av tjenestestedenes forbedringsarbeid, noe som er et viktig element i internkontrollen.

Legemiddeltilsyn er et viktig kontrolltiltak for å evaluere styringssystemet for legemidler. I 2024–2025 gjennomførte bydelen varslede og uvarslede tilsyn av legemiddelhåndtering i hjemmetjenestens fire distrikter og i de tilrettelagte boligene. Både hjemmetjenesten distrikt Økern og Bjørk miljøarbeidertjeneste har iverksatt korrigerende tiltak for å lukke påpekte avvik.

Anbefalinger

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Bjerke å

- få på plass skriftlige rutiner for evaluering av internkontrollen med legemiddelhåndteringen
- vurdere behovet for at tjenestesteder som håndterer legemidler, gjennomfører nødvendige risiko- og sårbarhetsanalyser
- vurdere behovet for tiltak for å redusere risikoen knyttet til antallet ansatte som har tilgang til preparater på medisinerrommet

Uttalelser til rapporten

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser fra byråden for helse, byråden for sosiale tjenester og Bydel Bjerke. Uttalelsene følger i sin helhet i vedleggene 3–5. Byrådene og bydelen varsler relevante tiltak.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Legemiddelhåndtering er et kjent risikoområde innen helse- og omsorgstjenester. Svikt kan medføre uautoriserte uttak (svinn), alvorlig feilbehandling og i sin ytterste konsekvens dødsfall. Ifølge Helsetilsynet avdekkes det ofte svikt og mangler ved virksomhetenes internkontroll på området, som fravær av rutiner, utilstrekkelig opplæring, manglende risikovurderinger og mangelfull avvikshåndtering. Det er viktig at kommunen har god internkontroll av legemiddelhåndteringen for å sikre at uønskede hendelser ikke oppstår.

En rekke undersøkelser, kvalitetsrevisjoner og tilsyn på legemiddelområdet i Oslo kommunes virksomheter har vist mangler på området. Blant annet viste Kommunerevisjonens rapport 13/2019 om legemiddelhåndteringen i tre etater og til sammen fire tjenestesteder at håndteringen av legemidler på flere områder ikke var i tråd med regelverket. Det gjaldt i hovedsak forhold som ansvar, risikovurderinger, rutiner, opplæring, avvikshåndtering, journalføring samt oppbevaring av legemidler. Undersøkelsen omfattet ikke bydeler. Kommunerevisjonen har i de senere årene fått flere innberetninger om svinn av legemidler ved kommunale tjenestesteder.

Bystyret behandlet rapporten 26. februar 2020 (sak 40) og ba byrådet i vedtaket «(...) sikre at det årlig gjennomføres uvarslede tilsyn ved tjenestesteder hvor det håndteres legemidler». Kommunerevisjonens oppfølging av rapport 13/2019 i 2023 viste at bystyrets føringer fra behandlingen i 2020 i liten grad var fulgt opp. Bystyret behandlet oppfølgingsundersøkelsen 22. mars 2023 (sak 75) og forutsatte i vedtaket at byrådet «(...) nå sørger for at uvarslede tilsyn gjennomføres årlig».

Kontrollutvalgets sekretariat innhentet i første kvartal 2024 informasjon om status for gjennomføring av uvarslede medikamenttilsyn i 2023 ved alle kommunens tjenestesteder hvor det håndteres legemidler. Statusinnhentingene viste at det varierte hvorvidt tjenestestedene hadde gjennomført tilsyn. Blant annet hadde ingen av bydelene gjennomført uvarslede medikamenttilsyn i 2023, og syv bydeler hadde heller ikke gjennomført varslede tilsyn. Statusinnhentingene viste også at Barne- og familieetaten ikke hadde gjennomført uvarslede tilsyn i 2023 og bare hadde gjennomført tre varslede tilsyn.

Kontrollutvalget behandlet status for gjennomføring av uvarslede medikamenttilsyn 21. mai 2024 (sak 50). I vedtaket fant utvalget det «(...) meget alvorlig at det ikke ble gjennomført uvarslede medikamenttilsyn i noen av bydelene i løpet av 2023, og heller ikke i Barne- og familieetaten». Kontrollutvalget ba i vedtaket om at Kommunerevisjonen fremmet et forslag til forvaltningsrevisjon med oppstart første halvår 2025. Forslaget skulle omfatte uvarslede medikamenttilsyn.

Den enkelte virksomhetsleder har ansvaret for å sikre at legemiddelhåndteringen i helsetjenesten blir organisert og drevet i samsvar med lover, forskrifter og annet regelverk. Virksomhetslederne har en internkontrollplikt, herunder en plikt til å vurdere behovet for og eventuelt omfanget av ekstern gjennomgang av rutiner og praksis for legemiddelhåndteringen (farmasøytisk tilsyn).

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å bidra til forbedring av kommunens håndtering av legemidler.

Undersøkelsens problemstillinger har vært:

- Har byrådet fulgt opp bystyrets føringer om uvarslede tilsyn?
- Har Bydel Bjerke sørget for god håndtering av legemidler?

For å svare på den første problemstillingen har vi gjennomført en begrenset kartlegging av byråden for helses og byråden for sosiale tjenesters oppfølging av bystyrets vedtak. Det er i all hovedsak tjenestesteder innen deres ansvarsområder som håndterer legemidler.

For å svare på den andre problemstillingen har vi undersøkt elementer i Bydel Bjerkes internkontroll for legemiddelhåndtering som blant annet ansvar og roller, rutiner, risiko- og sårbarhetsanalyser, oppbevaring og kompetanse. Undersøkelsen er gjennomført med utgangspunkt i to tjenestesteder i Bydel Bjerke: hjemmetjenesten i distrikt Økern og Bjørk miljøarbeidertjeneste.

Legemiddelhåndtering i denne rapporten omfatter håndtering av reseptpliktige legemidler. Reseptpliktige legemidler deles inn i tre ulike klasser: A-, B- og C-preparater. A-preparater er medisiner som er sterkt vanedannende og kan inneholde narkotiske stoffer. Eksempler er morfin og andre opiater som virker smertestillende. B-preparater er også medisiner som er vanedannende, men ikke fullt så sterke som A-preparater. Eksempler er Valium, Paralgin forte, Sobril og sovemedisiner. C-preparater er alle andre medisiner det kreves resept for å få kjøpt. Dette gjelder for eksempel blodtrykksmedisiner, p-piller, kortison, astmaspray, kolesterolsenkende medisin og antibiotika.

1.3 Avgrensninger

I undersøkelsen har vi ikke sett på tjenestestedenes rekvirering og mottak av bestilte legemidler. Med «mottak» mener vi i denne forbindelse kontroll av at mottatte legemidler er i overensstemmelse med bestilte legemidler. Vi har ikke sett på bydelens utdeling av medikamenter til pasienter eller bydelens kassasjon av legemidler. Når det gjelder oppbevaring av legemidler, har vi sett på om legemidlene oppbevares på en slik måte at uvedkommende ikke får tilgang. Vi har ikke undersøkt lagringsforhold som temperatur etc.

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de forventningene og kravene Kommunerevisjonen legger til grunn for vurderingene, det vil si de kravene, normene og/eller standardene som revisjonsobjektet skal vurderes mot. I denne undersøkelsen har vi blant annet benyttet følgende kilder som grunnlag for revisjonskriteriene:

- lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler mv. (legemiddeloven)
- lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
- lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

- lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)
- forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (heretter omtalt som legemiddelhåndteringsforskriften)
- forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (heretter omtalt som forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring)

1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

De reviderte i undersøkelsen har vært byråden for helse, byråden for sosiale tjenester og Bydel Bjerke.

Byråden for helse og byråden for sosiale tjenester er omfattet av undersøkelsen ettersom det i all hovedsak er tjenestesteder innenfor deres ansvarsområder som håndterer legemidler. Det var også disse to byrådene som var omfattet av kontrollutvalgets statusgjennomgang om gjennomføring av uvarslede tilsyn.

Ved valg av bydel så vi blant annet på hvilken revisjonsbelastning bydelene har hatt de siste årene. Vi så også på hvilke bydeler som i mindre grad hadde gjennomført uanmeldte tilsyn i 2023 ifølge kontrollutvalgets gjennomgang av status for uvarslede tilsyn dette året. Ut fra disse kriteriene valgte vi Bydel Bjerke. Vi ønsket å se på ulike typer tjenestesteders legemiddelhåndtering. Vi valgte derfor å se på et distrikt i hjemmetjenesten og en tilrettelagt bolig. Valg av distrikt var tilfeldig, og valg av bolig var basert på antall beboere og hvilke preparater som ble håndtert.

For oppfølgingsundersøkelsen er informasjon innhentet fra byrådene gjennom svar på spørsmål stilt i brev fra Kommunerevisjonen og gjennomgang av tilhørende dokumentasjon. For Bydel Bjerke er forvaltningsrevisjonen basert på informasjon innhentet gjennom intervjuer i og gjennomgang av dokumenter i hovedsak mottatt fra de to tjenesteområdene som inngår i revisjonen. Hovedtyngden av datainnsamlingen foregikk i mars–april 2025.

For første problemstilling om byrådenes gjennomføring av bystyrets vedtak om uvarslede tilsyn har undersøkelsesperioden vært 2024. For Bydel Bjerke har undersøkelsesperioden vært 2024 til og med første tertial 2025.

1.6 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 har vi sett på hvordan byråden for helse og byråden for sosiale tjenester har fulgt opp bystyrets vedtak om uvarslede tilsyn ved tjenestesteder som håndterer legemidler. I kapittel 3 har vi undersøkt rammer for Bydel Bjerkes legemiddelhåndtering, det vil si ansvar og roller, rutiner, risiko- og sårbarhetsanalyser og kompetanse. I kapittel 4 har vi sett på oppbevaring og kontroll av legemidler. Kapittel 5 omfatter avvik og avvikshåndtering, mens vi i kapittel 6 har sett på bydelens evaluering av legemiddelhåndteringen. Kommunerevisjonens konklusjoner presenteres i kapittel 7. I kapittel 8 oppsummerer og vurderer vi vesentlige momenter i uttalelsene fra byråden for helse, byråden for sosiale tjenester og Bydel Bjerke. De mottatte uttalelsene følger i sin helhet i vedleggene 3–5.

2 Byrådets oppfølging av uvarslede tilsyn

I dette kapittelet har vi sett på byråden for helse og byråden for sosiale tjenester oppfølging av bystyrets vedtak om å iverksette uvarslede tilsyn ved tjenestesteder som håndterer legemidler. Vi presenterer først bystyrets vedtak, deretter resultatene fra kontrollutvalgets innhenting av status for gjennomføring av uvarslede tilsyn i 2023, før vi legger fram resultater fra Kommunerevisjonens undersøkelse av byrådenes oppfølging i 2024.

2.1 Bystyrets vedtak

Kommunerevisjonen undersøkte i 2019 legemiddelhåndteringen ved til sammen fire utvalgte tjenestesteder under Helseetaten, Sykehjemsetaten og Velferdsetaten, jf. rapport 13/2019 *Legemiddelhåndtering*. Undersøkelsen viste at tjenestestedenes håndtering av legemidler ikke var i tråd med regelverket på flere områder.

Bystyret behandlet rapporten 26. februar 2020 (sak 40). I bystyrets vedtak ba bystyret byrådet om å sikre at det årlig gjennomføres uvarslede tilsyn ved tjenestesteder hvor det håndteres legemidler. Kommunerevisjonen gjennomførte i 2023 en oppfølgingsundersøkelse som viste at bystyrets føringer fra behandlingen av rapport 13/2019 i liten grad var fulgt opp. Bystyret behandlet oppfølgingsundersøkelsen 22. mars 2023 (sak 75) og vedtok blant annet:

(...) Bystyret ser alvorlig på at verken byråden for arbeid, inkludering og sosiale tjenester eller byråden for helse, eldre og innbyggertjenester hadde sikret at det årlig gjennomføres uvarslede tilsyn ved tjenestesteder hvor det håndteres legemidler, slik bystyret ba om ved behandling av rapport 13/2019 i sak 40/20. Verken Helseetaten, Sykehjemsetaten eller Velferdsetaten hadde gjennomført slike årlige uvarslede tilsyn ved tjenestestedene. Bystyret forutsetter at byrådet nå sørger for at uvarslede tilsyn gjennomføres årlig.

2.2 Kontrollutvalgets innhenting av status for uvarslede tilsyn

Kontrollutvalgets sekretariat innhentet i første kvartal 2024 informasjon om status for gjennomføring av uvarslede medikamenttilsyn i 2023 ved tjenestesteder hvor det håndteres legemidler.

Virksomheter under byråden for helse

Av virksomheter under byråden for helse omfattet statuskartleggingen bydelene, Helseetaten og Sykehjemsetaten.

I bydelene er det ifølge statusgjennomgangen i 2023 primært hjemmetjenestene og ulike bo- og avlastningstilbud som håndterer legemidler. Ingen av bydelene oppga å ha gjennomført uvarslede medikamenttilsyn i 2023. Bydelene Alna, Bjerke, Gamle Oslo, Nordstrand, St. Hanshaugen, Stovner og Vestre Aker hadde heller ikke gjennomført varslede tilsyn. I de øvrige åtte bydelene var det gjennomført fra ett til fjorten varslede medikamenttilsyn det året.

I Helseetaten er det ved Avdeling Aker (Legevakten i Oslo, Kommunal akutt døgnenhet og Forsterket rehabilitering Aker) og ved tannklinikkene det blir håndtert legemidler. Etaten rapporterte i statuskartleggingen at det ble gjennomført uvarslede medikamenttilsyn ved den daværende Allmennlegevakten og Avdeling Aker i 2023. I tillegg ble det gjennomført varslet tilsyn ved Avdeling Aker og ved alle tannklinikkene.

I Sykehjemsetaten blir det håndtert legemidler ved alle sykehjemmene og ved helsehusene, til sammen 25 tjenestesteder. Etaten rapporterte i statuskartleggingen at det ble gjennomført uvarslede medikamenttilsyn ved alle sykehjemmene og helsehusene i 2023. I tillegg ble det gjennomført varslet tilsyn ved 23 av de 25 tjenestestedene.

Virksomheter under byråden for sosiale tjenester

Av virksomheter under byråden for sosiale tjenester omfattet statusinnhenting Barne- og familieetaten og Velferdsetaten. Kontrollutvalgets sekretariat viste i statusrapporten til at Barne- og familieetaten, ifølge årsberetning 2023, hadde fem bo- og avlastningstilbud og 17 barnevernsinstitusjoner dette året. Etaten rapporterte til kontrollutvalget at det ikke ble gjennomført uvarslede medikamenttilsyn i 2023, men oppga at det ble gjennomført varslet tilsyn ved tre bolig- og avlastningstiltak. Etaten oppga videre at det ikke ble gjennomført medikamenttilsyn ved noen av barnevernstiltakene i 2023.

Velferdsetaten rapporterte til kontrollutvalgets sekretariat at til sammen 20 tjenestesteder håndterte legemidler. Det gjaldt omsorgssentre, mestringsenheter, andre bo- og behandlingssenheter, Prindsen mottakssenter og PRO-senteret. Etaten oppga i statuskartleggingen at det var gjennomført uvarslede medikamenttilsyn ved de tre omsorgssentrene i 2023. Alle tjenestestedene hadde i tillegg minst ett varslet tilsyn, og enkelte hadde to.

Kontrollutvalgets behandling av resultatet etter statusinnhenting

Kontrollutvalget behandlet status for gjennomføring av uvarslede medikamenttilsyn 21. mai 2024 (sak 50) og vedtok blant annet:

(...) I lys av bystyrets vedtak i sak 40/2020 og 75/2023, finner kontrollutvalget det meget alvorlig at det ikke ble gjennomført uvarslede medikamenttilsyn i noen av bydelene i løpet av 2023, og heller ikke i Barne- og familieetaten.

Kontrollutvalget ber Kommunerevisjonen foreslå en prioritert forvaltningsrevisjon som omfatter uvarslede medikamenttilsyn, når utvalget skal bestille undersøkelsene med oppstart i 1. halvår 2025.

2.3 Byråden for helses oppfølging av bystyrets vedtak

2.3.1 Iverksatte tiltak

Byråden for helse oppga at det var iverksatt flere tiltak for å sikre at det årlig gjennomføres uvarslede tilsyn ved tjenestesteder hvor det håndteres legemidler. Byråden viste blant annet til at Byrådsavdeling for helse siden 2019 hadde informert bydelene og etatene om Kommunerevisjonens rapport 13/2019 og bystyrets vedtak knyttet til rapporten samt om Kommunerevisjonens oppfølgingsundersøkelse i 2023.

Med bakgrunn i bystyrets vedtak etter behandling av oppfølgingsundersøkelsen sendte byrådsavdelingen et brev til Helseetaten og Sykehjemsetaten i februar 2023 hvor etatene ble bedt om å iverksette årlige uvarslede tilsyn.

På bakgrunn av kontrollutvalgets gjennomgang, som viste at ingen av bydelene hadde gjennomført uvarslede tilsyn i 2023, oversendte byrådsavdelingen 22. mai 2024 et brev til hver enkelt bydel om uvarslede tilsyn på legemiddelområdet. Bydelene ble her bedt om å

melde tilbake om uanmeldte tilsyn som var under planlegging, samt senere om gjennomførte uanmeldte tilsyn. Det var satt spesifikke frister for tilbakemelding.

Ifølge byråden så byrådsavdelingen behov for å gjøre noen presiseringer etter at brevet til bydelene var sendt. Byrådsavdelingen la derfor ut informasjon på plattformen WorkPlace 30. mai 2024 om at bystyret i sine vedtak ikke hadde lagt noen bestemte føringer for hvem som skulle gjennomføre uvarslede tilsyn, og at det betydde at bydelene kunne gjennomføre tilsynene selv. Byrådsavdelingen presiserte også at:

Bystyret har vedtatt at byrådet skal sikre "at det årlig gjennomføres uvarslede tilsyn ved tjenestesteder hvor det håndteres legemidler." Dette forstår vi slik at bydelene må gjennomføre uvarslede tilsyn årlig, men at det ikke må gjennomføres uvarslede tilsyn ved alle tjenestestedene hvert år. Her bør imidlertid bydelene sørge for at det foreligger en plan for gjennomføring av tilsyn, slik at det rutinemessig blir gjennomført ved alle tjenestestedene som håndterer legemidler, og uten at det går for lang tid før det blir iverksatt og gjentatt."

Byråden opplyste at det i tildelingsbrevene for 2023 til bydelene, Helseetaten og Sykehjemsetaten var presisert at bydelene og etatene skulle gjøre seg kjent med innholdet i revisjoner og tilsyn og bruke dette i et fortløpende forbedringsarbeid. Det sto også at etatene og bydelene må sørge for at varslede tiltak og pålegg blir iverksatt, og at vedtatte føringer blir fulgt opp. Tilsvarende sto i tildelingsbrevet til Helseetaten og bydelene for 2024. Der sto det i tillegg at arbeidet med oppfølging av revisjoner og tilsyn må dokumenteres. I tildelingsbrevet til Sykehjemsetaten i 2024 sto det at etaten skulle følge opp Kommunerevisjonens oppfølgingsundersøkelse etter rapport 13/2019 – *Legemiddelhåndtering*.

2.3.2 Gjennomføring av uvarslede tilsyn i 2024

Ifølge byråden ble det ikke gjennomført uvarslede tilsyn ved de av Helseetatens tjenestesteder som håndterer legemidler, i 2024.

Sykehjemsetaten har informert byrådsavdelingen om at etaten har gjennomført uvarslede tilsyn ved samtlige kommunale og private sykehjem og helsehus med unntak av ett sykehjem som var under flytting i perioden tilsynet var planlagt gjennomført.

Sykehjemsetaten har redegjort overfor byrådsavdelingen at den, i tillegg til varslede og uvarslede tilsyn, gjennomfører mange risikoavdekkende tiltak knyttet til legemiddelhåndtering. Data fra disse tiltakene gjør ifølge etaten at den er i stand til å kunne drive med effektiv risikostyring innen legemiddelhåndtering. Sykehjemsetaten viste i sin redegjørelse til flere aktuelle datakilder som ble benyttet, blant annet:

- kartla alle avdelingene to ganger i året om legemiddelhåndteringsrutinene ble fulgt gjennom et digitalt internkontrollskjema.
- ved å trekke ut og visualisere data i sanntid gjennom PowerBI-rapporter. Eksempler var rapporter om uønskede hendelser innen legemiddelhåndtering, legemiddelbruk i sykehjem og helsehus og innkjøp av legemidler totalt, per institusjon og bruker.

Sykehjemsetaten opplyser videre byrådsavdelingen om at mengden styringsinformasjon og informasjon om risikoforhold fra de ulike datakildene bidrar til at etaten sannsynligvis har en betydelig bedre oversikt over risiko knyttet til legemidler enn andre virksomheter i Oslo

kommune og andre kommuner. Med bakgrunn i dette vurderer Sykehjemsetaten at merverdien fra de pålagte uvarslede tilsynene er liten, sett opp mot ressursbruken.

Når det gjelder bydelene, har de fleste ifølge byrådsavdelingen gjennomført uvarslede tilsyn i 2024, men ingen har utført uvarslede tilsyn på alle tjenestestedene som håndterer legemidler. Bydel Østensjø hadde ikke gjennomført uvarslede tilsyn i boliger for mennesker med utviklingshemming i 2024. To bydeler har ikke gjennomført noen uvarslede tilsyn på aktuelle tjenestesteder, og én bydel har i liten grad gjennomført tilsyn. Dette gjelder Bydel Gamle Oslo, Bydel St. Hanshaugen og Bydel Vestre Aker.

Bydel Gamle Oslo har ifølge byråden inngått en avtale med Sykehusapotekene om 220 timer farmasøytiske tjenester, med oppstart 20. januar 2025. Det har tatt noe lengre tid enn ønsket med igangsetting på grunn av strukturendringer hos apoteket og endring av roller. Det er i 2025 gjennomført ett tilsyn i en bolig i Bydel Gamle Oslo, og to andre tilsyn er datofestet. Bydelen har valgt å gjennomføre en runde med anmeldte tilsyn før den går over til uanmeldte tilsyn.

Byråden oppga videre at Bydel St. Hanshaugen i brev av 6. juni 2024 bekreftet at de hadde mottatt instruksjoner om gjennomføring av uvarslede tilsyn, og at slike tilsyn var planlagt i august 2024. Byrådsavdelingen sendte deretter en purring til bydelen i desember 2024, hvor det ble bedt om en oppdatering på om de uvarslede tilsynene var gjennomført. I brev av 20. desember 2024 opplyste bydelen at det kun var gjennomført fem varslede tilsyn dette året.

I Bydel Vestre Aker har hjemmesykepleien ansatt en farmasøyt som et tiltak for å bidra til økt kvalitet i legemiddelhåndteringen.

2.4 Byråden for sosiale tjenester oppfølging av bystyrets vedtak

Byråden oppga at det var iverksatt tiltak for å sikre at det årlig gjennomføres uvarslede tilsyn ved tjenestesteder hvor det håndteres legemidler, både overfor Barne- og familieetaten og Velferdsetaten.

2.4.1 Iverksatte tiltak

Barne- og familieetaten

Byrådsavdelingen oversendte Barne- og familieetaten et brev 13. mai 2024 hvor etaten ble bedt om å sikre årlige uvarslede tilsyn. Byrådsavdelingen ba videre om en bekreftelse på at brevet var mottatt, og at oppstart av uanmeldte tilsyn var under planlegging innen bestemt frist. Byråden oppga at etaten siden har arbeidet aktivt med å utforme en plan for å sikre gjennomføring av tilsynene. Ifølge byråden har etaten som en del av arbeidet gjennomgått og oppdatert rutiner og roller i medisinhandteringen og opprettet kontakt med en apotekkjede for tilsyn. Arbeidet inkluderte også informasjon på ledermøter og integrering av legemiddelhåndtering i internkontrollen. Etaten arbeidet også med å etablere et system som sikret regelmessige tilsyn på alle institusjoner. Byråden oppga at det hadde vært et omfattende arbeid i 2024 med å forbedre rutiner for legemiddelhåndtering i etatens sentraladministrasjon. Tilsyn på legemiddelområdet var tema i etatsstyringsmøtet som ble avholdt i september 2024.

Byråden oppga at Barne- og familieetaten ikke hadde gjennomført uvarslede tilsyn i 2024 grunnet kapasitetsutfordringer hos leverandøren. Etaten hadde likevel arbeidet målrettet med å etablere et robust system for å sikre årlige uvarslede tilsyn framover, blant annet en plan for gjennomføring av tilsyn i 2025. Per april 2025 har etaten ifølge byråden gjennomført uvarslede tilsyn ved 16 tjenestesteder i samarbeid med ekstern leverandør.

Velferdsetaten

Byrådsavdelingen oversendte et brev til Velferdsetaten i mars 2024 om uanmeldte tilsyn. I brevet viste byrådsavdelingen til Kommunerevisjonens rapport 13/2019 og til revisjonens oppfølging av rapporten i 2023. Det ble også vist til bystyrets vedtak i februar 2020 om uanmeldte tilsyn ved tjenestesteder som håndterte legemidler. Brevet viste også til at tiltaket framgikk av etatens tildelingsbrev. Videre viste byrådsavdelingen til kontrollutvalgets statusinnhenting om gjennomførte tilsyn og ba etaten oversende dem «en rapportering om tilsyn med medikamenthåndtering i 2023».

Byråden oppga at legemiddeltilsyn har vært et fast tema innen risikostyring på etatsstyringsmøtene i 2023, 2024 og 2025. I referatet etter møtet i februar 2024 framkom det at etaten fortsatt gjennomførte regelmessige uvarslede tilsyn med legemiddelhåndteringen ved institusjonene. I referatene etter møtene i april og september er ikke legemiddelhåndtering eller tilsyn omtalt. Det framkom av etatens presentasjon på møtet i april, under tema *risikoarbeid og internkontroll*, at det «arbeides med legemiddelhåndtering som en del av arbeidet med å videreutvikle helhetlig, strukturert og systematisk internkontroll». I referatet etter første etatsstyringsmøte i 2025 kommer det fram at etaten i 2024 hadde gjennomført ett uanmeldt og tre varslede tilsyn.

Byråden oppga at Velferdsetaten i 2024 hadde gjennomført ett uanmeldt og tre varslede tilsyn. Byråden oppga videre at varslede farmasøytiske tilsyn foregår hvert annet år og skal etter planen gjennomføres i 2025. Ifølge referat etter etatsstyringsmøtet i mai 2025 planlegger etaten uanmeldte tilsyn ved tre tjenestesteder i 2025.

2.4.2 Tilbakemelding om tjenestesteder som ikke omfattes av krav i legemiddelforskriften

Byrådsavdeling for sosiale tjenester oppgir i brev av 19. mai 2025 til Kommunerevisjonen at den er usikker på om alle tjenestestedene som Barne- og familieetaten og Velferdsetaten tidligere meldte til kontrollutvalget om håndtering av legemidler, faktisk faller inn under kravene i forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Byrådsavdelingen legger til grunn at de fleste tjenestestedene omfattes av unntaket i § 2 siste ledd, og at forskriftens definisjon av legemiddelhåndtering ikke sammenfaller med bystyrets formulering om «å håndtere legemidler».

Forskriften § 2 sier følgende:

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder virksomheters og helsepersonells håndtering av legemidler når det ytes helsehjelp som definert i lov om helsepersonell § 3 tredje ledd.

Forskriften § 5a gjelder kun for sykehjem, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.

Forskriften kommer ikke til anvendelse når pasienten selv har ansvaret for å håndtere legemidler, og pasienten ikke har inngått avtale som omhandler legemiddelhåndtering omfattet av først ledd.

Byrådsavdelingen har bedt etatene gjøre egne vurderinger av om deres tjenestesteder omfattes av legemiddelhåndteringsforskriften. Barne- og familieetaten oppgir i brev av 29. april 2025 til Byrådsavdeling for sosiale tjenester at alle barnevernsinstitusjonene bør unntas fra forskriften. Dette hovedsakelig fordi når institusjonen har den daglige omsorgen for barnet på vegne av foreldrene eller barneverntjenesten, skal de ansatte som utgangspunkt kun påta seg legemiddelrelaterte oppgaver som kunne vært utført av barnets foreldre. Etaten oppgir også at to navngitte bo- og avlastningstilbud bør unntas fra forskriften. I det ene tilbudet er det de pårørende selv som legger nødvendige medisiner for helgen i dosetter og informerer skriftlig hvordan de ansatte skal dele disse ut. Det andre tilbudet er dagtilbud for kreftsyke barn hvor foreldrene selv bestemmer hva som eventuelt skal gis av medisiner. Disse to tilbudene yter helsehjelp, men er kun delegert foreldreansvar ved oppholdet. Etaten mener det derfor kun er tre tjenestesteder som håndterer legemidler på en måte som gjør at de er omfattet av kravene i forskriften. 22 tjenestesteder ble meldt til kontrollutvalgets statusinnhenting om uvarslede tilsyn.

Velferdsetaten oppgir i brev av 2. juni 2025 til byrådsavdelingen at det er krevende å fastslå med sikkerhet hva som gjelder for Velferdsetatens tjenester, med tanke på om tjenestestedene yter helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven. Etaten vurderer at flere rusinstitusjoner omfattes av forskriften, men at de øvrige rusinstitusjonene omfattes av forskriftens unntak siden brukerne håndterer legemidlene selv og ikke har inngått avtale med institusjonen om legemiddelhåndteringen. Etaten viser til sammen til ni navngitte tjenestesteder som omfattes av kravene i legemiddelhåndteringsforskriften. 20 tjenestesteder ble meldt til kontrollutvalgets statusinnhenting.

Byrådsavdeling for sosiale tjenester støtter etatenes vurdering. Den mener at forskriften gjelder ved de institusjonene hvor institusjonens lege/tilsynslege ordinerer eller rekvirerer legemidler, og hvor legemiddelet oppbevares av institusjonen og istandgjøres, tilberedes og utdeles av autorisert helsepersonell. Ved de institusjonene hvor pasienten selv har ansvaret for å håndtere legemidler, gjelder forskriften ikke. Disse vil da være unntatt ordningen med varslede og uvarslede tilsyn ifølge byrådsavdelingen.

2.5 Kommunerevisjonens vurdering

Vi forstår bystyrets vedtak slik at det skal gjennomføres årlige uvarslede tilsyn ved alle tjenestesteder som håndterer legemidler. Verken byråden for helse eller byråden for sosiale tjenester har i tilstrekkelig grad sørget for uvarslede tilsyn i tråd med bystyrets vedtak.

Byrådene har iverksatt tiltak gjennom å stille krav til gjennomføring av uvarslede tilsyn i styringsdialogen med virksomhetene. Byrådsavdeling for helse har også bedt om rapportering på gjennomførte tilsyn. Vår kartlegging viser at det i 2024 var en rekke tjenestesteder i de undersøkte virksomhetene der uvarslede tilsyn ikke ble gjennomført i tråd med bystyrets vedtak. Dette med unntak av Sykehjemsetaten som oppga å ha gjennomført uvarslede tilsyn ved alle aktuelle tjenestesteder. Vi merker oss at Barne- og familieetaten har gjennomført flere uvarslede tilsyn i starten av 2025.

Vi merker oss også Barne- og familieetatens, Velferdsetatens og Byrådsavdeling for sosiale tjenesters vurdering av at ikke alle tjenestestedene under disse virksomhetene er underlagt bestemmelsene i forskrift om legemiddelhåndtering. Kommunerevisjonen har ikke tatt stilling til etatenes og byrådens tolkning av regelverket da disse vurderingene beror på konkrete vurderinger av håndteringen av legemidler ved det enkelte tjenestestedet.

Legemiddelhåndteringsforskriften kommer ikke til anvendelse der pasienten selv eller dens pårørende håndterer legemidlene, men vi bemerker at det i samme bestemmelse står at forskriften gjelder i tilfeller der pasienten/familien har inngått avtale om legemiddelhåndtering som omfattet av § 2 første ledd. Selv med byrådsavdelingens og etatenes tolkning var det i 2024 ikke gjennomført uvarslede tilsyn ved alle de tjenestestedene som uansett omfattes av forskriften.

3 Rammer for legemiddelhåndteringen

I dette kapittelet gir vi først nærmere informasjon om de to utvalgte tjenestestedene i Bydel Bjerke som inngår i undersøkelsen: hjemmetjenesten i distrikt Økern og Bjørk miljøarbeidertjeneste. Deretter ser vi på tjenestestedenes internkontroll knyttet til legemiddelhåndtering når det gjelder ansvar, risikovurderinger, rutiner og kompetanse.

3.1 Innledende informasjon

I Bydel Bjerke ligger hjemmetjenesten og bo- og dagtilbud i avdeling for helse og mestring. Avdelingen består ellers av to andre seksjoner: avlastning og kontaktpunkt for helse og omsorgstjenester.

3.1.1 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten i Bydel Bjerke er delt i fire distrikter: Økern, Tonsenhagen, Veitvet og Årvoll. Hvert av distriktene er ledet av en avdelingsleder. Hjemmetjenesten i distriktene Økern og Tonsenhagen flyttet høsten 2024 sammen i nye lokaler og fikk ett felles medisinerom. I mai 2025 flyttet også distrikt Veitvet inn i disse lokalene. Etter dette deler alle tre distriktene samme medisinerom. Til sammen er det omtrent 70–80 ansatte i de tre distriktene, hvorav om lag 50 av dem er sykepleiere som har tilgang til medisinerommet.

I denne undersøkelsen har vi kartlagt og vurdert hjemmetjenesten i distrikt Økern. Distriktet hadde per april 2025 om lag 100 brukere og 52 ansatte. Elleve av de ansatte var sykepleiere i fast turnus. I tillegg hadde distriktet tre sykepleiere som var ekstravakter. De øvrige ansatte var helsefagarbeidere og hjemmehjelpere (ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning). Totalt hadde distriktet rundt 23 årsverk. 19 av årsverkene var fordelt på turnus.

Distriktet hadde en fagansvarlig sykepleier med ansvar for opplæring av ansatte i distriktet, deriblant i legemiddelhåndtering. Det innebar opplæring av både ekstravakter, helsefagarbeidere og sykepleiere. Distriktet hadde også en medisinsansvarlig sykepleier som hadde det overordnede ansvaret for medisinerommet og blant annet hadde som oppgave å ha oversikt over legemidlene.

Hjemmetjenesten håndterer både A-, B- og C- preparater.

3.1.2 Tilrettelagte boliger

Bydel Bjerke har syv tilrettelagte boliger som er omtalt som miljøarbeidertjeneste. Alle boligene hadde ti eller færre beboere. Bjørk miljøarbeidertjeneste hadde per april 2025 fem beboere. De andre miljøarbeidertjenestene var Lunden, Refstadjordet, Villa Eik, Økern, Økernenga og Årvollbrinken.

Hver av boligene er ledet av en avdelingsleder. Økern og Økernenga har en felles avdelingsleder.

Bydel Bjerke oppga at ingen av boligene håndterte A-preparater per april 2025, og at B-preparater i liten grad ble benyttet som fast medisin i boligene. Økern miljøarbeidertjeneste håndterte verken A-, B- eller C-preparater per mars 2025.

I denne undersøkelsen har vi kartlagt og vurdert Bjørk miljøarbeidertjeneste. Boligen hadde per april 2025 rundt 50 ansatte (inkludert ekstravakter og nattevakter), til sammen om lag 16 årsverk. De ansatte inkluderer fire vernepleiere og en sykepleier, samt barnevernspedagoger, helsefagarbeidere, sosionomer og miljøarbeidere uten helsefaglig bakgrunn. En vernepleierkonsulent var gitt medisinsk og administrativt ansvar og hadde som en del av dette ansvar for medisinerommet. Ingen av beboerne benyttet B-preparater fast.

3.2 Revisjonskriterier

- Ansvar og roller knyttet til virksomhetens legemiddelhåndtering skal være avklart og gjort kjent i virksomheten.
- Dersom virksomhetslederen ikke er lege eller provisorfarmasøyt, skal det være utpekt en faglig rådgiver som har slik utdanning.
- Virksomheten skal ha oppdaterte og tilstrekkelige rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndteringen. Disse skal være kjent i virksomheten.
- Virksomheten skal jevnlig gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser på legemiddelområdet.
- Virksomheten skal sørge for at medarbeidere som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse.

3.3 Faktabeskrivelse

3.3.1 Ansvar og roller

Felles – avdeling helse og mestring

Ansvar for legemiddelhåndtering i bydelen var nedfelt i rutinen *Ansvar for legemiddelhåndtering* i kvalitetssystemet EQS. Rutinen gjaldt blant annet for hjemmetjenesten og bolig. Det framgikk at rutinen var fra 2022 og hadde en revisjonsfrist i april 2027. Ifølge rutinen var avdelingssjefer virksomhetsledere og ansvarlige for at legemiddelhåndteringen i virksomhetene ble utført forsvarlig og i henhold til lover og forskrifter. Avdelingssjefen skulle blant annet sørge for at helsepersonell som skulle utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering

- hadde nødvendig kompetanse og hadde fått nødvendig opplæring
- kjente til nødvendige rutiner, prosedyrer og regelverk på området
- fulgte rutiner for internkontroll og meldte avvik

Avdelingssjefen skulle også sørge for at skriftlige prosedyrer og rutiner ble evaluert og oppdatert, og at det forelå skriftlig fullmakt for de ansatte som håndterte legemidler, men som ikke har formell legemiddelkompetanse (ikke er sykepleier eller vernepleier).

Avdelingssjef i rutinen var etter det vi fikk oppgitt, avdelingsdirektøren for helse og mestring. Avdelingsdirektøren oppga at omtalte rutine fra 2022 egentlig var litt eldre. Dette fordi lokale rutiner i seksjon for hjemmetjeneste og seksjon for bolig og dagtilbud ble erstattet med en samlet rutine i 2022. Det ansvaret som lå på daværende avdelingssjef for en seksjon, ble løftet til avdelingsdirektøren. Stillingstitlene i rutinen ble i den forbindelse ikke endret siden det ifølge avdelingsdirektøren ble ivaretatt med fullmakter og delegeringsbrev.

Etter rutinen hadde avdelingslederen ansvar for oppfølging av internkontrollsystemet for legemiddelhåndteringen, herunder for å utpeke medisinsvarlig sykepleier/vernepleier og sørge for at arbeidstakerne hadde nødvendig opplæring og nødvendige fullmakter. Videre hadde avdelingslederen ansvar for å følge opp internkontrollrutiner, vurdere risiko og håndtere avvik.

Rutinen inneholdt også informasjon om autorisert vernepleier/sykepleiers ansvar samt hva alle ansatte som ytte helsehjelp, skulle gjøre. Rutinen viste også til relevante hjemler på området.

I mai 2025 ble det innført en ny byomfattende rutine kalt *Legemiddelhåndtering – Kompetansekrav, opplæring og fullmakt*. Rutinen omfattet blant annet ansvarsfordelingen i legemiddelhåndteringen mellom virksomhetslederen, medarbeidernes leder og alle medarbeiderne som deltar i legemiddelhåndteringen.

Både i hjemmetjenesten og boligen ble de ansatte også kjent med ansvar og oppgaver gjennom opplæringen, jf. kapittel 3.3.5.

Hjemmetjenesten distrikt Økern

Avdelingslederen i hjemmetjenesten distrikt Økern oppga at alle nyansatte fikk en stillingsbeskrivelse. Det forelå stillingsbeskrivelser for avdelingsleder og for sykepleiere som blant annet inneholdt informasjon om ansvar og oppgaver de skulle utføre. Det forelå også egne stillingsbeskrivelser for tjenesteanvarlig sykepleier. Helsefagarbeidere var primærkontakter og hadde egne stillingsbeskrivelser.

Det forelå ikke særskilt stillingsbeskrivelse for sykepleier med fagansvar eller for sykepleier med ansvar for medisinerommet utover stillingsbeskrivelsen for sykepleiere. Vi fikk oppgitt at det var vanlig praksis at sykepleierne hadde forskjellige ansvarsområder, for eksempel ernæring, demens eller medisinerom. Fagansvarlig sykepleiers utvidede ansvarsområde omfattet ifølge avdelingslederen hovedsakelig opplæring av ansatte, gjennomføring av møter for sykepleiere og helsefagarbeidere og å gi råd og veiledning til andre på teamet.

Vedkommende hadde også som oppgave å bistå avdelingslederen med kompetanseplaner. Ansvaret for medisinerommet omfattet blant annet å ha overordnet oversikt over legemidlene, fordele medisiner som skal tas med ut til brukere og passe på at det ble ført regnskap for A-preparater. Dette framkom også av rutine for medisinerom, jf. rapportens kapittel 3.3.3.

Avdelingslederen oppga at alle i distriktet var kjent med hvilket ansvar og hvilke oppgaver de hadde. Både fagansvarlig sykepleier og ansvarlig for medisinerommet oppga at de var godt kjent med ansvaret som fulgte de tildelte oppgavene.

I distriktet håndterte både sykepleiere og helsefagarbeidere legemidler ute hos brukerne, men bare sykepleierne hadde tilgang til medisinerommet og til å håndtere medisiner der.

Bjork miljøarbeidertjeneste

I boligen forelå det en intern medisinerutine som viste at en navngitt vernepleierkonsulent var delegert ansvar som medisinsk faglig og administrativt ansvarlig, og tre navngitte vernepleiere var gitt ansvar for legemiddelhåndteringen. Det sto også hvilke oppgaver som skulle utføres, knyttet til medisiner. I boligen var det ifølge avdelingslederen kun fast ansatte med fullmakt som kunne håndtere medisiner. B-preparater var det i utgangspunktet kun vernepleiere og

sykepleiere som kunne håndtere. En ansatt vi snakket med, mente hun var kjent med hvilke oppgaver hun skulle utføre.

3.3.2 Faglig rådgiver

Bydelsoverlegen var oppnevnt som faglig rådgiver i Bydel Bjerke. Oppnevnelsen framgikk av rutinen *Ansvar for legemiddelhåndtering*.

3.3.3 Rutiner og prosedyrer

Felles – avdeling for helse og mestring

Det forelå rutiner for hjemmetjenestens og boligenes legemiddelhåndtering for hele undersøkelsesperioden. De fleste rutinene var utarbeidet av bydelen selv, mens enkelte av rutinene og enkelte prosedyrer for hvordan de enkelte arbeidsoppgavene skulle utføres (VAR-prosedyrer)¹, var byomfattende. Alle rutinene var oppdaterte.

Byomfattende rutiner er utarbeidet av Helseetaten i samarbeid med bydelene. Rutinene er samlet i en digital håndbok i EQS og skal danne grunnlaget for alle bydelenes legemiddelhåndtering. Håndboken ble lansert i desember 2024, men enkelte rutiner var tilgjengelig for bydelene i EQS før boken ble lansert.

Det forelå ikke særskilte rutiner for risikovurdering av bydelens legemiddelhåndtering. I dokumentet *Tjenestekvalitet i Bydel Bjerke* var imidlertid risikostyring og risikovurderinger løftet som ett av flere generelle tema. Dokumentet henviste til prosedyrer i kvalitetssystemet EQS for utarbeiding av risikovurderinger, og det beskrev hvordan risikovurderinger skulle gjennomføres. Dokumentet viste videre til at «internkontrollen blir etterprøvet av overordnet myndighet og av tilsyn og klageinstanser». Bydelen hadde ikke skriftlige rutiner for egen evaluering av internkontrollen på legemiddelområdet. Selv om det ikke forelå en særskilt skriftlig rutine, gjennomførte bydelen imidlertid en årlig evaluering i praksis, jf. kapittel 6.

Hjemmetjenesten distrikt Økern

For hjemmetjenesten forelå det blant annet interne rutiner for medisinrom, dosering på medisinrom, multidoser og multidoseimport, registrering og håndtering av legemiddelavvik og legemiddelhåndtering hjemme hos bruker. Alle rutinene var godkjent av seksjonslederen. Rutinen for medisinrom omhandlet blant annet oppbevaring av A- og B-preparater, regnskapsføring og kontroll av preparater samt hygiene og temperatur på rommet.

Bjork miljøarbeidertjeneste

For boligen forelå det en intern medisinrutine for boligens legemiddelhåndtering. Rutinen var oppdatert av vernepleierkonsulenten etter innføringen av byomfattende rutiner. Det framkom hvem som hadde oppdatert rutinen, men ikke hvem som hadde godkjent den. Avdelingslederen oppga at rutinen besto av to ulike deler. Den ene delen var utformet ut fra de byomfattende rutinene, og den andre var lokalt fastsatt. De byomfattende rutinene var i utgangspunktet utformet for hjemmetjenesten, og boligen måtte derfor gjøre tilpasninger ut fra boligens

¹ VAR-prosedyrer er prosedyrer for hvordan de enkelte arbeidsoppgavene skal utføres, og er basert på VAR Healthcare. Dette er et digitalt støtteverktøy for helsesektoren, med kunnskapsbaserte prosedyrer og tilhørende kunnskapsstoff til bruk i praktisk utøvelse, kvalitetssikring og dokumentasjon og kompetanseutvikling.

formål. Medisinrutinen inneholdt blant annet rutiner for istandgjøring av medisiner og miksturer, håndtering av multidoser, utlevering av medisiner, medisinskap og kontroll av B-preparater.

3.3.4 Risiko- og sårbarhetsanalyser

Felles – avdeling for helse og mestring

Avdeling for helse og mestring gjennomførte årlig en overordnet og samlet risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse), ifølge avdelingsdirektøren. Hun utarbeidet analysen sammen med seksjonssjefene, og legemiddelhåndtering inngikk som en del av denne analysen. Vi fikk oppgitt at seksjonslederne var kjent med risikoforhold på de enkelte tjenestestedene gjennom jevnlig møter og samtaler med lederne på tjenestestedene, og at de brakte fram slike forhold i avdelingens analyser.

Vi har mottatt avdelingens samlede analyser utarbeidet i 2024 og 2025. Analysene inneholdt flere ulike risikoforhold, som brann, personvern, informasjonssikkerhet, rekrutteringsutfordringer og det å bli skadet på jobb. Mangel på fullmakt til utlevering av legemidler er det som er løftet som risiko knyttet til legemiddelhåndtering både i 2024 og 2025. God oversikt i egen perm for fullmakter, tidsfrister for oppdatering og det å gjennomføre e-læring var løftet fram som tiltak i begge analysene. I tillegg skulle hvert enkelt tjenestested gjøre egne risikovurderinger ved behov, ifølge avdelingsdirektøren.

Hjemmetjenesten distrikt Økern

Det var ikke gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser i hjemmetjenesten distrikt Økern i 2023 eller i 2024. Avdelingslederen var ikke kjent med om det var gjennomført slik analyse tidligere, men oppga at hun hadde begynt på en analyse for 2025. Avdelingslederen var ikke kjent med om det forelå rutiner for utarbeidelse av ROS-analyser. Hun opplyste om at verken seksjonssjefen eller avdelingsdirektøren hadde etterspurt en ROS-analyse i den perioden hun hadde vært avdelingsleder.

Bjørk miljøarbeidertjeneste

Avdelingslederen i boligen oppga at det årlig ble utført ROS-analyser som også dekket legemiddelhåndteringen. Kommunerevisjonen har mottatt ROS-analysen for 2024. Denne viser at opplæring, dokumentasjon og kontinuerlig forbedring er tema som er behandlet knyttet til boligens legemiddelhåndtering. Avdelingslederen oppga videre at ROS-analysen lastes opp i SharePoint der den er tilgjengelig for seksjonssjefen, og at analysen ble diskutert med vedkommende. ROS-analysen ble ifølge avdelingslederen behandlet som ett av flere tema på møter med alle verneombudene og seksjonssjefen.

3.3.5 Kompetanse og opplæring

Felles – avdeling for helse og mestring

Både i hjemmetjenesten i distrikt Økern og Bjørk miljøarbeidertjeneste måtte ansatte ta e-læringskurs og få praktisk opplæring i legemiddelhåndtering før de kunne håndtere legemidler. Hvilket ansvar og hvilke oppgaver de ansatte skulle få, var avhengig av den enkeltes fagbakgrunn, herunder om de var sykepleier/vernepleier, helsefagarbeider eller hjemmehjelper (uten fagutdanning). Fullmakt ble tildelt etter at den ansatte hadde gjennomført nødvendig e-læringskurs og fått praktisk opplæring i legemiddelhåndtering.

Videre var det både i hjemmetjenesten og boligen bare sykepleiere/vernepleiere som kunne gjøre i stand og/eller dosere medisiner, mens alle ansatte med fullmakt til legemiddelhåndtering kunne dele ut medisiner til brukere.

Bydelen benyttet kompetanseportalen Dossier som dokumentasjonssystem for opplæring innen flere områder av helse- og omsorgstjenesten, herunder legemiddelhåndtering. Alle ansatte i hjemmetjenesten og i bydelens tilrettelagte boliger hadde etter det vi fikk opplyst, egen kompetanseplan i Dossier. Innholdet i kompetanseplanen varierte alt etter om den ansatte var sykepleier, helsefagarbeider eller hjemmehjelper (ufaglært), ettersom opplæringen disse fikk, var ulik. Opplæringen skjedde både gjennom ulike e-læringskurs i Dossier og gjennom praksis. Vi har sett eksempler på at det forelå dokumentasjon på dette i hjemmetjenesten distrikt Økern og i Bjørk miljøarbeidertjeneste.

Hjemmetjenesten distrikt Økern

Allerede første dag i hjemmetjenesten fulgte en nyansatt sykepleier med en sykepleier i turnus ut til brukerne. Nyansatte sykepleiere gikk to uker sammen med en sykepleier.

Hjemmehjelpere/ufaglærte og helsefagarbeidere hadde tilsvarende opplæring sammen med en helsefagarbeider eller en sykepleier. Hjemmehjelpere/ufaglærte hadde fire opplæringsvakter og helsefagarbeidere fem opplæringsvakter.

De nyansatte kunne ta med seg en sjekkliste som hjelp under den praktiske opplæringen. Sjekklisten omfattet flere tema, blant annet legemiddelhåndteringsrutiner i EQS, kontrolltiltak ved utdeling, håndtering av legemidler i og utenfor dosett og multidoser, dokumentasjon og observasjon i tillegg til uønskede hendelser eller avvik. Det forelå også egne sjekklister knyttet til å administrere insulin og fragmin (blodfortynnende) som kun var beregnet for helsefagarbeidere som trenger fullmakt.

Opplæringen innebar blant annet at nyansatte, etter at de hadde vært ute hos brukere, skulle gjennomgå sjekklisten sammen med fagansvarlig sykepleier. Fagansvarlig sykepleier oppga at hun i denne sesjonen også hadde en presentasjon der hun blant annet gjennomgikk ansvar og rutiner for oppbevaring av legemidler. Den nyansatte fikk her se bilder av multidoser, ulike typer tabletter og ordinasjonskort fra apoteket og fikk beskrevet ulike inhalasjonsteknikker. Fagansvarlig sykepleier oppga videre at det kunne være særskilte behov for opplæring i bruk av bestemte typer medikamenter, for eksempel blodfortynnende. Fagansvarlig oppga at de snakket mye om dette i opplæringen.

Nyansatte i distriktet gjennomførte ved oppstart også, som nevnt over, et generelt e-læringskurs i legemiddelhåndtering. Kurset hadde ulik utforming alt etter hvilken rolle den ansatte hadde. Fagansvarlig sykepleier satt sammen med helsefagarbeiderne og de ufaglærte etter at de hadde gjennomført kurset, for en praktisk gjennomgang av det de hadde lært på e-læringskurset. Gjennomgangen kunne for eksempel handle om hva et avvik er, og hvordan de registrerer avvik. Hun hadde ikke tilsvarende gjennomgang med sykepleierne i etterkant av e-læringskurset. Dersom den nyansatte var en nyutdannet sykepleier, kunne det hende at vedkommende fikk litt mer oppfølging ved gjennomføringen av kurset.

Når de ansatte hadde gjennomført e-læringskurset og fått praktisk opplæring, måtte de sende utfylt sjekkliste videre i Dossier til den personen/instruktøren som hadde opplæringen med

den ansatte (fagsykepleier). Fagsykepleieren sendte deretter godkjenning videre til lederen som i sin tur gir den ansatte fullmakt til å håndtere legemidler.

Slik fullmakt gis både til hjemmehjelpere og helsefagarbeidere. Det forelå også egne fullmakter knyttet til å administrere insulin og fragmin som kun gjaldt for helsefagarbeidere. Det var seksjonslederen for hjemmetjenesten som godkjente fullmaktene til de enkelte ansatte. Vi har fått opplyst at etter innføringen av den byomfattende rutinen *Legemiddelhåndtering – Kompetansekrav, opplæring og legemiddelhåndtering* i mai 2025 er denne fullmakten delegert til avdelingslederne.

E-læringskurset i generell legemiddelhåndtering måtte gjentas etter en viss tid. Helsefagarbeidere og hjemmehjelpere måtte ta kurset hvert 3. år, mens sykepleiere måtte ta kurset igjen etter fem år. De ansvarlige for opplæringen i hjemmetjenesten og lederne fikk varsel i Dossier når ansattes fullmakt til legemiddelhåndtering var i ferd med å gå ut.

Vi fikk oppgitt at distriktet hadde noen ekstravakter, som jobbet sjelden. Det ble vist til at det fantes en egen oversikt over hva de ansatte *måtte* ta av kurs og opplæring før de kunne begynne å ta vakter i hjemmetjenesten. En ekstravakt skulle gjennomføre alle disse kursene / denne opplæringen før de gikk ut til brukerne. E-læringskurs i legemiddelhåndtering var en del av dette. Ekstravaktene fikk tildelt timer til opplæringen før de fikk tildelt vakter.

For et tilfeldig utvalg på fem sykepleiere og til sammen fem helsefagarbeidere og ufaglærte har vi undersøkt om det forelå kompetanseplaner i Dossier, om det var registrert at de hadde gjennomført e-læringskurs i legemiddelhåndtering, og om det forelå fullmakt. Undersøkelsen viste at det forelå kompetanseplan for alle de ansatte i utvalget, at alle hadde gjennomført e-læringskurs i legemiddelhåndtering, og at helsefagarbeidere og ufaglærte hadde nødvendige fullmakter. En av sykepleierne i utvalget var ekstravakt.

Bjork miljøarbeidertjeneste

Ansatte i boligen måtte gjennomføre e-læringskurs i legemiddelhåndtering og få praktisk opplæring før de fikk fullmakt til kunne håndtere legemidler. Alle ansatte hadde egne kompetanseplaner i Dossier. Kompetanseplanene varierte ut fra hvilken fagkompetanse og rolle de nyansatte hadde, om de var sykepleier, vernepleier, hadde annen fagbakgrunn eller var uten medisinfaglig bakgrunn. E-læringskursene var også tilpasset rolle og fagkompetanse.

Den praktiske opplæringen hadde den nyansatte ifølge avdelingslederen sammen med vernepleierkonsulenten. Enkelte kunne ha ytterligere behov for opplæring, og behovet for ekstra opplæringstid ble vurdert av avdelingslederen. Når e-læringskurset og den praktiske opplæringen var gjennomført, bekreftet avdelingslederen opplæringen i Dossier. De nyansatte fikk etter dette fullmakt til legemiddelhåndtering. Det var seksjonslederen som godkjente fullmaktene til de enkelte ansatte.

Når det gjelder vikarer, fikk disse ifølge avdelingslederen først praktisk opplæring gjennom å være med andre ansatte ut til brukerne i boligen. Deretter vurderte avdelingslederen om vikaren syntes å være egnet til å gi ut medisiner. Dersom de ble vurdert som egnet, måtte de gjennomføre e-læringskurs slik at de fikk fullmakt til å dele ut legemidler. Dersom de ikke ble vurdert som egnet, ville de verken få e-læringskurs eller i oppgave å dele ut medikamenter.

Avdelingslederen oppga at kurs som var gjennomført før Dossier ble innført, ikke alltid framgikk av systemet. Boligen hadde derfor en fysisk liste med oversikt over ansatte som hadde fullmakt til å håndtere legemidler. Oversikten viste også varigheten på den enkeltes fullmakt. Oversikten hang på medisinrommet.

For å beholde fullmakten måtte de ansatte ta et oppfriskningskurs i legemiddelhåndtering. Fullmakten var gjeldende i tre år. Avdelingslederen oppga at han og vernepleierkonsulenten fikk varsel i Dossier noen uker før ansattes fullmakt til å håndtere legemidler gikk ut.

En ansatt vi snakket med, bekreftet å ha gjennomført e-læringskurs og fått opplæring av vernepleierkonsulenten. Opplæringen hadde blant annet omfattet rutiner, klargjøring av medisiner og å melde avvik i EQS. Vedkommende opplevde å ha tilstrekkelig kompetanse i legemiddelhåndtering. Hun mente også at de ansatte i boligen generelt hadde god nok kompetanse i legemiddelhåndtering.

Vi har sett flere eksempler i Dossier på at det forelå kompetanseplaner og var registrert opplæring på den enkelte ansatte, og at avdelingslederen hadde godkjent opplæringen.

3.4 Kommunerevisjonens vurderinger

Ansvar og roller knyttet til legemiddelhåndtering framsto i all hovedsak som avklart og gjort kjent både i hjemmetjenesten distrikt Økern og i Bjørk miljøarbeidertjeneste. Dette både gjennom beskrivelser i rutiner og opplæring.

Vi merker oss at det var skjedd endring i faktisk stillingstittel uten at den skriftlige rutinen som beskrev ansvar og roller, ble oppdatert. Stillingstittelen i rutinen var avdelingssjef, mens ansvaret i praksis var lagt til avdelingsdirektør. Manglende oppdatering av rutinen kan ha skapt uklarhet om ansvar. I mai 2025 ble det innført en ny byomfattende rutine som blant annet omhandler ansvarfordelingen på området.

Bydelen hadde oppnevnt bydelsoverlegen som faglig rådgiver.

Begge tjenestestedene hadde oppdaterte rutiner og prosedyrer for den løpende legemiddelhåndteringen. Rutinene framsto som dekkende for tjenestestedenes legemiddelhåndtering og syntes å være kjent for de ansatte gjennom opplæringen. Dette er viktig for å sikre at brukerne får tildelt riktig medikament, i riktig dose, til riktig tid og på rett måte. Det forelå ikke skriftlige rutiner for bydelens egen evaluering av internkontrollen på legemiddelområdet i tråd med forskrift om legemiddelhåndtering. Det gir risiko for at det ikke gjennomføres en jevnlig og systematisk evaluering av at internkontrollen fungerer som forutsatt. Imidlertid gjennomgikk bydelen i praksis internkontrollen årlig, jf. kapittel 6.

Bydelen, ved avdeling for helse og mestring, gjennomførte årlige overordnede risiko- og sårbarhetsanalyser som omhandlet flere ulike risikoforhold innen helse og omsorg. Vi merker oss at legemiddelhåndtering var gitt liten plass i de overordnede analysene utarbeidet i 2024 og 2025 ved at bare ett forhold, risiko for manglende fullmakt, var trukket fram som en risiko på området.

Bjørk miljøarbeidertjeneste gjennomførte jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser på legemiddelområdet. Vi vurderer det imidlertid som en svakhet at hjemmetjenesten distrikt

Økern ikke hadde gjennomført eller hadde en gjeldende risiko- og sårbarhetsanalyse i undersøkelsesperioden. En slik analyse var heller ikke ifølge avdelingslederen etterspurt av ledelsen. Kommunerevisjonen merker seg at en slik analyse er påbegynt for 2025. Selv om seksjonslederne er i jevnlig kontakt med tjenestestedene, vil vi bemerke at det er det enkelte tjenestestedet som gjennom det daglige arbeidet er nærmest til å se og/eller vurdere hvilken risiko og sårbarhet og hvilke utfordringer som følger det å håndtere legemidler.

Bydelen hadde etablert et system for å sørge for at medarbeidere som håndterte legemidler, hadde tilstrekkelig kompetanse. Både hjemmetjenesten distrikt Økern og Bjørk miljøarbeidertjeneste hadde på plass systemer for gjennomføring av e-læring og praktisk opplæring tilpasset den enkelte ansattes fagbakgrunn, ansvar og oppgaver. Begge tjenestestedene hadde et system for å utstede fullmakt til å håndtere legemidler og for å oppdatere fullmakten jevnlig.

4 Oppbevaring og håndtering av legemidler

I dette kapitlet ser vi nærmere på oppbevaring og håndtering av legemidler i distrikt Økern og Bjørk miljøarbeidertjeneste. Vi ser også på tjenestestedenes registrering og kontroll av A- og B-preparater.

4.1 Revisjonskriterier

- Legemidler skal oppbevares forsvarlig og ikke være tilgjengelig for uvedkommende, herunder skal A-preparater oppbevares adskilt fra andre legemidler.
- Mottak og uttak av legemidler skal skje på en sikker måte, herunder skal virksomheten
 - dokumentere uttak av A-preparater, herunder hva den enkelte bruker har fått av slike legemidler. Dokumentasjonen skal være oppdatert til enhver tid og oppbevares i minst fem år.
 - ha oversikt over uttak av legemidler i reseptgruppe B

4.2 Faktabeskrivelse

4.2.1 Oppbevaring av legemidler og system for legemiddelhåndtering

Hjemmetjenesten distrikt Økern

Vår gjennomgang av hjemmetjenestens oppbevaring av legemidler og vår befaring av medisinrom skjedde i april 2025. På dette tidspunktet delte hjemmetjenestens distrikt Økern og distrikt Tonsenhagen lokaler og medisinrom. Senere vil også distrikt Veitvet benytte samme medisinrom.

Hjemmetjenesten håndterte både A-, B- og C-preparater. Distriktet hadde generelt mange A-preparater, i hovedsak smertestillende medisiner i ulike former som for eksempel smerteplaster. Hjemmetjenesten hadde også mange kreftpasienter som de hjalp med medisiner. De hadde også noen B-preparater. Type preparater kunne variere alt etter hvilke brukere de hadde.

Legemidlene ble oppbevart i et eget medisinrom som var låst med en kode. Sykepleierne i de to distriktene som brukte medisinrommet, hadde koden til låsen. Koden ble skiftet jevnlig. Det var satt av egne hyller til hvert av distriktene i medisinrommet. Hyllene var på hver sin side av rommet. Det var også satt av hyller til distrikt Veitvet.

Hvert av distriktene hadde en egen safe i medisinrommet. Safen var låst med egen kode, og bare sykepleierne hadde koden til safen. Pakninger med A- og B-preparater ble oppbevart i safen. Ifølge det vi fikk oppgitt, besto safen av tre hyller hvor medikamentene var sortert etter hvilken kategori de tilhørte, som smerteplaster, smertestillende (A- og B-preparater sto på samme hylle), intravenøs medisin og metadon. Vi fikk videre oppgitt at de enkelte medikamentene var lagt i hver sine kurver med navn på brukeren.

Hjemmetjenesten distrikt Økern la medisiner i dosetter en bestemt dag annenhver uke (to dosetter – en for hver uke). Distriktet doserte medikamenter for om lag ti brukere.² Vi fikk opplyst at distriktet ønsket at færre brukte dosetter, og arbeidet for å få flere av brukerne til å gå over til multidoser. Det var ifølge hjemmetjenesten alltid to sykepleiere på medisinrommet ved dosering, og doseringen ble foretatt av en av sykepleierne og kontrollert av den andre. Ved doseringen ble A- og B-preparatene lagt i dosett sammen med andre preparater og deretter lagt i en bestemt kurv på medisinrommet. Kurven ble lagt inn i et ulåst skap i det låste medisinrommet den dagen medisinerne ble dosert. Der ble dosettene oppbevart til de ble tatt med ut til brukerne uken etter, sammen med multidosene. Det innebar at dosettene kunne ligge klar på denne måten i opptil en uke. Medisinansvarlig oppga at bydelen har hatt kontroll fra apoteket. Apoteket hadde gitt uttrykk for at bydelens system var greit.

Dersom hjemmetjenesten kjente til at en bruker hadde mange endringer, eller at legen hadde laget en nedtrappingsplan for et spesifikt legemiddel, ble det gjort i stand dosett for kun én uke av gangen. Vi ble informert om et tilfelle hvor brukeren hadde dosetten sin i safen. Det gjaldt et morfinpreparat som kun ble benyttet ved behov, og som derfor kunne bli liggende lenge.

Hjemmetjenesten mottok multidoser fra apoteket en bestemt dag annenhver uke. Hver enkelt multidose kunne inneholde både A- og B- preparater. Multidosene ble klargjort dagen etter de kom fra apoteket, for to uker av gangen. Medisinansvarlig sykepleier og en annen sykepleier kontrollerte og importerte da multidosene (registrerte brukerens ordinasjonskort fra apoteket i Geric). Dette skjedde i de andre ukene enn i de ukene doseringen skjedde. Dagen etter at multidosene ble gjort klar, ble både multidosene og dosettene levert ut til brukerne.

Vi fikk opplyst at (ruller med) multidoser ble oppbevart i det låste medisinrommet og ikke i safen.

Daglige medisiner er medisiner som leveres ut hver dag til brukerne. Disse ble dosert hver uke. Daglige medisiner kunne etter det vi fikk oppgitt, være snakk om multidoser eller medisiner som gis en gang i uken. Et eksempel på dette var en bruker som fikk smertepaster hver fredag. Det kunne også være at brukerne ikke kunne ha hele multidosen hjemme grunnet fare for overforbruk. Daglige medisiner ble oppbevart i medisinrommet i egne kurver for hver bruker. Det lå både A-, B- og C-preparater her.

Bjork miljøarbeidertjeneste

Som nevnt over, håndterte ikke boligen A-preparater, og B-preparater ble bare benyttet som behovsmedisin i særskilte tilfeller som for eksempel ved anfall. Boligen hadde et rom med låst skap hvor alle legemidler ble oppbevart. Selve rommet var ikke låst. Legemidler mottatt fra apotek, men som ikke hadde blitt dosert (både B- og C-preparater), ble oppbevart i et eget låst skap. Ifølge avdelingslederen var det bare han og vernepleierne/sykepleierne som hadde tilgang til dette skapet. Vernepleiere på miljøarbeidertjenesten Villa Eik, som lå like ved, hadde ifølge avdelingslederen også kodelås til skapet i tilfelle boligen hadde behov for hjelp ved

² Noen av disse brukerne hadde multidose i tillegg. Enkelte medisiner (for eksempel Marevan) kan ikke legges i multidose ettersom medikamentet doseres etter jevnlig blodprøver.

dosering. Dette skapet inneholdt en safe for B-preparater. Nøkkelen til safen var oppbevart i en egen nøkkelboks som kun avdelingslederen og vernepleierkonsulenten hadde koden til.

Daglige medisiner (C-preparater) ble oppbevart i to separate skap. Begge var låst med nøkkel. Alle ansatte med fullmakt til legemiddelhåndtering hadde ifølge avdelingslederen tilgang til disse. På medisinrommet hang det en oversikt over ansatte med fullmakt til legemiddelhåndtering og datoen fullmakten utløper.

Avdelingslederen oppga at det også var en egen oppbevaring for noen behovsmedisiner for epilepsi som måtte være tilgjengelig i nødstilfeller. Disse medikamentene ble ifølge avdelingslederen kontrollert på hver vakt, og det ble notert i regnskapet når de ble tatt ut av safen og lagt fram for slik oppbevaring.

4.2.2 Medikamentregnskap

Hjemmetjenesten distrikt Økern

Sykepleierne førte medikamentregnskap fortløpende for både A- og B-preparater. Regnskapet ble ført på eget skjema for narkotikakontroll, og det forelå ett skjema for hver bruker og hvert medikament. En bruker kunne derfor ha flere regnskap/skjema. Regnskapet ga en løpende oversikt over antall mottatte medisiner, mengden som var gitt ut til bruker, og restbeholdning. Hvert uttak skulle signeres av to sykepleiere. Vi har sett igjennom en mengde regnskaper, som var oppbevart i en mappe på medisinrommet, som bekrefter dette.

Vi fikk videre oppgitt at to sykepleiere kontrollerte medikamentbeholdningen en gang i måneden og signerte for dette. Kontrollen ble ført på egen linje på skjemaet og markert med gult. I de regnskapene vi så igjennom, var det markert og signert for slik kontroll en gang i måneden.

Distriktet tok, etter det vi fikk opplyst, vare på regnskapsskjemaene i fem år. Skjemaene ble oppbevart på et arkivrom. Ansatte hadde ikke opplevd svinn fra medisinrommet.

Bjørk miljøarbeidertjeneste

Boligen førte regnskap over B-preparater. Regnskapet ble ført på eget kontrollskjema, og det forelå ett skjema for hver bruker og hvert medikament. Det ble fortløpende notert når boligen mottok medikamentene (fra apoteket eller fra pårørende), hvor mye som ble mottatt, og når de ble tatt ut. Restbeholdning framkom også. I tillegg var årsaken til uttak oppgitt. Hvert uttak skulle signeres av to personer.

Kontroll av beholdningen besto ifølge avdelingsleder av at vernepleiere/sykepleiere ved mottak av B-preparater først kontrollerte inngående beholdning, deretter kontrollerte antall mottatte legemidler og videre førte opp ny beholdning på kontrollskjemaet. To personer gjennomførte og signerte på kontrollskjemaet for denne kontrollen. Hvis beholdningen ikke var i samsvar med antall legemidler, skulle det skrives avvik. Avdelingslederen hadde ikke opplevd at det var avvik. Avdelingslederen oppga at det også var en slags løpende kontroll ved at beholdningen ble kontrollert ved uttak av B-preparater. Som nevnt over ble medikamenter som var oppbevart i den enkelte beboers leilighet, oppbevart på faste steder og kontrollert på hver vakt, ifølge avdelingslederen.

Vi har sett at det forelå en mappe med utfylte kontrollskjemaer. Vi har sett nærmere på tre av kontrollskjemaene, som alle var fylt ut med informasjon om mottak, uttak og restbeholdning, samt en beskrivelse av årsaken til uttak. Kontrollskjemaene var signert av to vernepleiere/sykepleiere. Vi har også sett at det i enkelte tilfeller var signert for kontroll av beholdningen på disse tre kontrollskjemaene. I det ene medikamentregnskapet, som dekket perioden juni 2022–januar 2025, var det signert for kontroll august 2022 og juni 2023. I det andre regnskapet, som dekket perioden juni 2022–desember 2024, var det signert for kontroll i august 2022. I det tredje regnskapet, som omfattet perioden juni 2022–mai 2025, var det signert for kontroll i august 2022 og i juni 2023.

4.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Hjemmetjenesten distrikt Økern oppbevarte pakninger med legemidler forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende i en låst safe på medisinrommet. Pakninger med A-preparater syntes å være oppbevart tilstrekkelig adskilt fra øvrige preparater.

Ferdigdoserende preparater (dosetter) og såkalte daglige medisiner, som begge kunne inneholde A- og B-preparater, ble oppbevart i det låste medisinrommet, men i perioder utenfor safen. Dette innebærer at preparatene en periode var tilgjengelig for sykepleiere i alle de tre distriktene som nå deler medisinrom, til sammen om lag 50 sykepleiere. Det at mange ansatte har tilgang til legemidler i medisinrom, kan øke risikoen for uønskede hendelser som feil og svinn.

Bjørk miljøarbeidertjeneste oppbevarte legemidlene de håndterte (B-preparatene), i en låst safe der de ikke var tilgjengelig for uvedkommende. For medisinene som ble oppbevart utenfor safen for nødstilfeller, vil vi bemerke at det er viktig å ha etablert kontroller for å redusere risiko for uønskede hendelser. Etter vår vurdering hadde miljøarbeidertjenesten etablert slike kontrollrutiner.

Hjemmetjenesten distrikt Økern førte medikamentregnskap og dokumenterte uttak av A- og B-preparater løpende og kontrollerte regnskapet og beholdningen i tråd med regelverket. Distriktet syntes å oppbevare medikamentregnskapet i tråd med bestemmelsene.

Bjørk miljøarbeidertjeneste hadde i tråd med kravene en oversikt over mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe B gjennom å føre medikamentregnskap og kontrollere beholdningen.

5 Avvikshåndtering

Dette kapittelet omhandler hvordan tjenestestedene mottar og håndterer avvik i legemiddelhåndteringen.

5.1 Revisjonskriteriet

- Virksomheten skal ha rutiner og praksis for å avdekke og håndtere avvik.

5.2 Faktabeskrivelse

Felles – avdeling helse og mestring

Avdeling helse og mestring hadde en skriftlig rutine for avvikshåndtering knyttet til legemiddelhåndtering i EQS. Rutinen var gyldig fra januar 2022, og revisjonsfristen var satt til januar 2027. Rutinen var godkjent av vedkommende som fungerte som seksjonsleder i seksjon for hjemmetjenester. Rutinen omfattet hjemmetjenesten, bolig- og dagtilbud, forebyggende tjeneste og sosialtjenesten ved seksjon psykisk helse. Rutinen viser blant annet hva som menes med avvik, hvem som har ansvar for å melde og følge opp avvik, hva som skal registreres, samt hvilken aktivitet som skal utføres dersom det oppdages avvik i legemiddelhåndteringen. Uønskede hendelser skulle etter rutinen regnes som avvik.

På avviksskjemaet i EQS skulle melderer blant annet beskrive hva som skjedde, oppgi dato og klokkeslett, beskrive hva vedkommende gjorde for å redusere konsekvensene av hendelsen, vurdere alvorlighetsgrad og gi innspill til forbedring for å unngå gjentakelse. Skjemaet gikk videre til nærmeste leder, som hadde ansvaret for å lukke avviket.

Vi fikk oppgitt at avdelingen hadde som prinsipp at avvikene skulle følges opp på lavest mulig nivå. Det innebar at lederne på de enkelte tjenestestedene skulle følge opp alle avvikene. Bare de alvorligste avvikene skulle sendes videre til seksjonssjefen.

Avdelingsdirektørens oppfølging av avvik som en del av internkontrollen er beskrevet i kapittel 6.

Hjemmetjenesten distrikt Økern

Alle ansatte i hjemmetjenesten hadde ifølge avdelingslederen fått opplæring i å melde avvik i EQS. Alle avvik registrert i distriktet ble kanalisert til avdelingslederen. Avdelingslederen oppga at hun på bakgrunn av informasjonen i avviksmeldingen tok kontakt med den ansatte for å få nærmere informasjon om avviket. Avdelingslederen hadde en egen oversikt med informasjon fra EQS, der hun også noterte nærmere informasjon om avviket, samt hvordan og når avviket var lukket. Noen avvik måtte sjekkes nøyer og tok ifølge avdelingslederen lengre tid å håndtere og lukke. Et avvik kunne for eksempel være at det lå igjen en tablett i dosetten hos brukeren, eller at brukeren ikke hadde tatt multidosen sin. Medisiner som brukeren ikke hadde tatt, var ifølge avdelingslederen et klassisk avvik. Avdelingslederen opplevde at de ansatte var flinke til å melde avvik. Flere var for eksempel flinke til å skrive avvik på seg selv, også der de hadde korrigert feilen, sa avdelingslederen.

Avdelingslederen oppga at avvik og håndtering av disse ble brukt som en del av distriktets forbedringsarbeid, blant annet ved at avvik regelmessig ble tatt opp på møter. Dersom det for

eksempel var avvik knyttet til medisinnrommet, ble dette løftet på sykepleiermøtet. Avvikene kunne også løftes til personalmøtet i distriktet.

Kommunerevisjonen har mottatt en oversikt hentet fra EQS som viser at det i perioden medio mars 2024 til medio mars 2025 var meldt om lag 110 avvik i distrikt Økern. Oversikten viste også når avvikene ble registrert, hva avvikene gjaldt, og hvordan melder og avdelingsleder hadde vurdert avvikets alvorlighetsgrad. Videre ser vi av oversikten at avvikene var kvittert ut som behandlet og lukket av avdelingslederen. Tidspunktet for når avvikene ble lukket, framkom ikke av oversikten.

Vel to tredjedeler av avvikene var vurdert av melder å ha middels alvorlighetsgrad, mens tolv avviksmeldinger var vurdert å ha høy alvorlighetsgrad. Vurderingene av alvorlighetsgrad var til en viss grad sammenfallende mellom melder og avdelingsleder. Noen av avvikene som melder hadde vurdert å ha lav alvorlighetsgrad, var av lederen vurdert å ha middels alvorlighetsgrad.

De aller fleste av avvikene, uavhengig av vurdert alvorlighetsgrad, var ifølge oversikten at brukeren ikke hadde fått medisin. Det var også en del avvik som skyldtes at brukeren ikke hadde tatt medisin. Avdelingslederen hadde ikke hatt behov for å diskutere avvik på legemiddelområdet med seksjonslederen. Hun har hatt mer behov for å løfte andre avvik, for eksempel HMS-avvik.

Bjork miljøarbeidertjeneste

Alle i boligen kunne ifølge avdelingslederen melde avvik i EQS og hadde fått opplæring i dette. Avdelingslederen oppga at han oppfordret de ansatte til å melde avvik. Meldte avvik ble kanalisert til avdelingslederen, som hadde ansvar for å håndtere og lukke disse. Boligen hadde ifølge avdelingslederen om lag 40 avvik knyttet til legemiddelhåndtering i løpet av et år. Stort sett handlet avvikene om medisiner som ikke var gitt, for eksempel at den ansatte hadde glemt å gi medisinen. Andre avvik kunne være at tabletter var mistet på gulvet. Det kunne også være meldte avvik som skyldtes svikt på brukersiden. Boligen hadde for eksempel en bruker der de pårørende hadde ansvar for å skaffe medikamenter, og hvor det hendte at brukeren gikk tom. Avdelingslederen presiserte at dette stort sett gjaldt medikamenter som kosttilskudd o.l. Boligen hadde ifølge avdelingslederen ikke mange avvik knyttet til B-preparater som epilepsimedisiner.

Avdelingslederen oppga at avvikene i legemiddelhåndtering ble brukt som en del av forbedringsarbeidet i boligen. Dersom flere avvik berørte en bestemt ansatt, ville avdelingslederen gi særskilt veiledning til denne ansatte. Det skjedde imidlertid ikke så ofte. Avdelingslederen oppga videre at alle typer avvik i boligen ble diskutert på møter, blant annet på møtene i lokalt samarbeidsutvalg. På disse møtene deltok avdelingsleder, vernepleierkonsulent, tillitsvalgt og verneombud. Slike møter ble ifølge avdelingslederen holdt fire ganger i året. Vi har sett referatet fra det første møtet i 2025, hvor avvikene for 2024 ble gjennomgått.

Kommunerevisjonen har mottatt en oversikt hentet fra EQS som viser at det i 2024 ble meldt 40 avvik i boligen. Oversikten viser også når avvikene ble registrert, hva avvikene gjaldt, og hvordan melder og avdelingsleder hadde vurdert avvikets alvorlighetsgrad. Oversikten

viste også at alle avvikene var kvittert ut som behandlet og lukket. Tidspunktet for når avvikene ble lukket, framkom ikke av oversikten.

Elleve av avvikene var av melderer vurdert å ha lav alvorlighetsgrad, de øvrige var vurdert å ha middels alvorlighetsgrad. Vurderingene var i stor grad sammenfallende mellom melderer og avdelingslederen, og i den grad de varierte, vurderte avdelingslederen alvorlighetsgraden som lavere enn melderer.

Oversikten viste videre at de fleste avvikene, uavhengig av vurdert alvorlighetsgrad, var at det ikke var gitt medisin. Avdelingslederen oppga at dersom det var behov, drøftet de avviket med seksjonssjefen, men at det hadde vært lite behov for å gjøre det.

5.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Det forelå rutiner for å avdekke og håndtere avvik. Både i hjemmetjenesten distrikt Økern og Bjørk miljøarbeidertjeneste hadde de ansatte fått opplæring i å melde avvik i kvalitetssystemet EQS. Begge tjenestestedene syntes å ha en praksis hvor avvik ble meldt, vurdert og behandlet.

6 Evaluering av styringssystemet

I dette kapittelet ser vi på Bydel Bjerkes rutiner og praksis for å evaluere legemiddelhåndteringen i virksomheten.

6.1 Revisjonskriteriet

- Virksomheten skal årlig evaluere styringssystemet for legemiddelhåndtering og korrigere virksomhetens aktiviteter ved behov.

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet at virksomheten minst en gang i året systematisk gjennomgår og vurderer hele styringssystemet opp mot informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt, og for å bidra til kontinuerlig forbedring. Vi legger i denne sammenhengen til grunn at bydelen årlig skal gjennomgå internkontrollen for helse- og omsorgssektoren, og at legemiddelhåndtering inngår som en del av gjennomgangen.

6.2 Faktabeskrivelse

6.2.1 Jevnlig gjennomgang av internkontrollen

Felles – avdeling mestring og helse

Avdelingsdirektøren i avdeling helse og mestring viste til at de enkelte tjenestestedene hadde en årlig gjennomgang av internkontrollen opp mot lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og at tema knyttet til legemiddelhåndtering inngikk som en del av denne.

For hjemmetjenesten gjennomførte seksjonslederen en årlig og samlet gjennomgang av internkontrollen i de fire distriktene. Gjennomgangen var etter det vi fikk opplyst, basert på informasjon seksjonslederen fikk gjennom jevnlig møter og samtaler med tjenestelederne. Vi har sett gjennomgangen utført i januar 2025, som gjaldt for 2024. Gjennomgangen var basert på «ja- og nei-spørsmål» rettet til «tjenestestedet» innen områdene dokumentasjon, oppfølging av ansatte, oppfølging av private leverandører, samarbeidsforhold, faglig tilnærming, ressurser og eventuelt. Det var blant annet stilt spørsmål om hvorvidt avvik dokumenteres i EQS, om alle ansatte har gjennomført/godkjent medisinkurs, om opplæringsrutiner er iht. «nærværende situasjon», og om tjenestestedet har en tydelig og skriftliggjort ansvarsfordeling. Det var krysset av for «ja» på alle spørsmålene. På enkelte spørsmål var det krysset av for både «ja» og «nei», blant annet på spørsmålet om hvorvidt ansvarsfordeling var tydelig og skriftliggjort.

Ifølge avdelingsdirektøren fikk hun tilgang til seksjonslederens samlede gjennomgang på SharePoint.

For de tilrettelagte boligene var det ifølge avdelingsdirektøren ikke gjort en samlet vurdering av internkontrollen, men hver enkelt bolig gikk igjennom egen internkontroll. Seksjonslederen oppga at hun fikk tilsendt internkontrollskjemaene fra de enkelte boligene og meldte resultatet videre til avdelingsdirektøren via SharePoint.

Vi har mottatt gjennomgangen av internkontroll utført i Bjørk miljøarbeidertjeneste i desember 2024. Skjemaet er ikke helt identisk med skjemaet benyttet i hjemmetjenesten. Avvik, avvikshåndtering, opplæring og dokumentasjon var blant temaene for gjennomgangen. Bare for

enkelte spørsmål var det krysset av for «nei». Disse var ikke relevante for legemiddelhåndtering, og det var gitt en forklaring i merknadsfeltet. Boligen hadde gjennomført en særskilt gjennomgang av internkontroller for legemiddelhåndteringen. Informasjon om dette følger under.

Avdelingsdirektøren oppga at hun en gang i året meldte resultatet etter gjennomgangene av internkontrollen i møte med bydelsdirektøren.

Avdelingsdirektøren oppga at det for øvrig i avdelingen var etablert ulike møtestrukturer som er en del av internkontrollen på helse- og omsorgsområdet, herunder for legemiddelhåndteringen, der blant annet avviksmeldinger og forbedringsarbeid ble behandlet:

- Kvalitetskomiteer: Møter som avdelingsdirektøren har fire ganger i året sammen med hovedtillitsvalgte fra ulike fagforbund.
- Kvalitetsutvalg: Møter mellom seksjonssjef og tillitsvalgte.
- LSU-møter (lokalt samarbeidsutvalg): Møter mellom avdelingsleder på tjenestestedene og tillitsvalgte på det enkelte tjenestested.

Vi har sett referat fra tre møter i kvalitetskomiteen i 2024 som blant annet viser at avvik er diskutert på et overordnet og generelt nivå.

Videre gjennomførte bydelsdirektøren også jevnlige møter med avdelingsdirektørene («tjenestekvalitetsrådet»). Legemiddelhåndtering var ifølge avdelingsdirektøren ikke et tema i seg selv, men inngikk som en del av temaene avviksregistrering, tilsyn og brukerundersøkelser i tjenesten. På hvert møte i tjenestekvalitetsrådet presenterte avdelingsdirektørene avvik og tilsyn fra sin tjeneste. Dette innebar i praksis at de andre deltakerne på møtet fikk en muntlig orientering om antallet avvik på legemiddelhåndtering, hvor de forekom, og hvordan de ble lukket. Vi har sett ett referat fra et slikt møte hvor det blant annet framkom at uønskede hendelser sto på møteagendaen. Ut fra innholdet i referatet var ikke avvik på legemiddelområdet tema på dette møtet.

Avdelingsdirektøren oppga at hun hadde faste ledermøter med seksjonssjefene hver uke og månedlige driftsmøter med dem knyttet til virksomhetens handlingsplan.

Ifølge rutinen *Ansvar for legemiddelhåndtering* fra 2022 skal faglig rådgiver «føre tilsyn etter gjeldende lover og forskrifter samt se til at internkontroll for legemiddelhåndtering blir fulgt og revidert». Bydelsoverlegen hadde ikke vært involvert i internkontrollarbeidet eller arbeid knyttet til bydelens legemiddelhåndtering.

Hjemmetjenesten distrikt Økern

Avdelingslederen oppga at det ikke var utført en gjennomgang av internkontrollen på legemiddelområdet i hjemmetjenesten distrikt Økern etter det hun kjente til. Avdelingslederen opplevde at distriktet fungerte godt da hun overtok som leder i august 2023, og hadde sikret seg at distriktet hadde de rutinene det trengte for å utføre arbeidsoppgavene.

Som nevnt i kapittel 5.2 oppga avdelingslederen at avvik og håndtering av disse ble brukt som en del av distriktets forbedringsarbeid.

Bjork miljøarbeidertjeneste

Boligen gjennomførte ifølge avdelingslederen en årlig og særskilt internkontroll av boligens legemiddelhåndtering. Kontrollen ble utført med utgangspunkt i et kontrollskjema og gjennomført mot slutten av året. Normalt var det avdelingslederen som gjennomførte internkontrollen. I 2024 gjennomførte vernepleierkonsulenten kontrollen som avdelingslederens stedfortreder.

Vi har mottatt kopi av internkontrollen som boligen som nevnt over gjennomførte i 2024. Kontrollskjemaet omhandlet tema som retningslinjer/prosedyrer, medisinlagre, opplæring og kompetanse, legemiddelhåndtering, avviksregistrering og legemiddelgjennomgang. Det skulle krysses av for om de aktuelle deltemaene/punktene var påbegynt eller gjennomført. De aller fleste var krysset av som gjennomført. Skjemaet inneholdt også egne merknadsfelt. Kontrollskjemaet var signert for kontroll av vernepleierkonsulenten og to vernepleiere.

Avdelingslederen oppga at han orienterte seksjonslederen når den årlige internkontrollen av legemiddelhåndteringen var gjennomført.

Som nevnt i kapittel 5.2 oppga avdelingslederen at avvikene i legemiddelhåndtering ble brukt som en del av forbedringsarbeidet i boligen.

6.2.2 Tilsyn

Felles – avdeling helse og mestring

Avdelingsdirektøren for helse og mestring, fungerende seksjonsleder for hjemmetjenesten og seksjonslederen for tilrettelagte boliger oppga at tilsyn var en del av internkontrollen på legemiddelområdet. Seksjonslederne oppga at de fulgte opp at tjenestestedene lukket de avvikene som ble påpekt i tilsynene. Avdelingsdirektøren presiserte at hun og seksjonssjefene alltid ble informert når det ble gjennomført tilsyn på tjenestestedene, og at de alltid fikk oversendt tilsynsrapportene. Hun påpekte at de for øvrig hadde god dialog seg imellom om slike viktige saker.

Bydel Bjerke hadde ikke gjennomført verken varslede eller uvarslede tilsyn på tjenestesteder som håndterer legemidler, i 2023, jf. kontrollutvalgets sekretariats statusinnhenting omtalt i kapittel 2.2. Bydelen gjennomførte varslede og uvarslede tilsyn ved alle de fire distriktene i hjemmetjenesten i 2024. Det ble ikke gjennomført varslede eller uvarslede tilsyn i tilrettelagte boliger i dette året. Seksjon bolig og dagtilbud henvendte seg til Apotek 1 medio september 2024 for å bestille tilsyn. Bydelen fikk tilbakemelding om at apoteket ikke hadde kapasitet før i januar 2025. I 2025 har alle tjenestestedene i bolig og dagtilbud hatt både anmeldte og uanmeldte legemiddeltilsyn, ifølge avdelingsdirektøren i avdeling mestring.

Hjemmetjenesten distrikt Økern gjennomførte et planlagt tilsyn i distrikt Økern i mai 2024 og et uanmeldt tilsyn i oktober 2024. Tilsynene ble gjennomført av et apotek.

Det planlagte tilsynet i mai 2024 ble gjennomført i distriktets tidligere lokaler. Temaet for revisjonen var oppbevaring av legemidler. Det ble i rapporten etter tilsynet påpekt enkelte avvik i prosedyrer og noen avvik knyttet til medisinrommet. Tilsynsrapporten fremmet også et par forbedringspunkter. Avvik innebærer i denne sammenhengen manglende oppfyllelse av myndighetskrav (lover og forskrifter) eller krav nedfelt i egne rutiner/retningslinjer («skal-krav»). Eksempler på avvik var at prosedyren ikke beskrev hvordan adgang og tilgang til

medisinrommet ble styrt, at rom- og kjøleskapstemperaturen ikke ble målt, og at brukernes legemidler ikke alltid ble holdt adskilt fra hverandre i merkede kurver. Forbedringspunkter er forhold som ikke er omfattet av definisjonen på avvik, men hvor det er muligheter for forbedring («bør»-krav). Et eksempel på forbedringspunkt i tilsynsrapporten var at medisinrommet ikke ble opplevd som oversiktlig.

Kommunerevisjonen har mottatt en oversikt som viste hvilke endringer distrikt Økern har gjennomført for å lukke påpekte avvik og gjøre forbedringer. Oversikten ble etter det vi fikk opplyst, utarbeidet av fagutviklingsansvarlig sykepleiere i seksjon for hjemmetjenester i august 2024 i samråd med fagansvarlige sykepleiere i tre distrikter. Dokumentet var utarbeidet for å ha en oversikt over tiltak som var gjennomført etter tilsynet, og hvilke endringer som var utført i rutinene. Selve dokumentet lå etter det vi fikk opplyst, i SharePoint slik at alle fikk tilgang, og tiltakene ble underveis diskutert på ledermøtene.

Det uvarslede tilsynet i oktober 2024 ble gjennomført i nye lokaler og var ifølge tilsynsrapporten en *Systemrevisjon – en overordnet gjennomgang av ledd i legemiddelhåndteringen*. Det ble i tilsynet sett på kompetanse- og opplæring, istandgjøring av legemiddeldoser, utdeling av legemidler og medisinrom. Sistnevnte inkluderte oppbevaring av legemidler og kontroll av A- og B-preparater. Tilsynsrapporten pekte på tre avvik: at det ikke ble dokumentert daglig kontroll av romtemperatur, at virksomheten ikke dokumenterte effekten av all medisin, og at en stikkprøve viste at for to av de 17 kontrollerte ansatte som hadde fullmakt til å dele ut medisiner, manglet det dokumentasjon på teoretisk og praktisk opplæring.

Kommunerevisjonen har mottatt en tilsvarende oversikt som over som viste distriktets vurdering av avvik påpekt i det uvarslede tilsynet og hvilke endringer som var gjennomført for å lukke disse. Det ble for øvrig i oversikten vist til at avviket om manglende dokumentasjon av opplæring gjaldt én av 20 kontrollerte.

Bjork miljøarbeidertjeneste

Bydelen gjennomførte et varslet tilsyn i boligen i februar 2025 og en uvarslet oppfølging av dette i mars 2025. Tilsynene ble gjennomført av et apotek.

Det varslede tilsynet i februar 2025 var ifølge tilsynsrapporten en systemrevisjon. Det ble i tilsynet sett på prosedyrer, risiko- og sårbarhetsanalyser, kompetanse og opplæring, istandgjøring av legemiddeldoser, utdeling av legemidler og medisinrom. Sistnevnte inkluderte oppbevaring av legemidler og kontroll av B-preparater. Tilsynsrapporten påpekte tre avvik i prosedyrer. De gjaldt at boligens prosedyrer ikke beskrev krav til gjennomføring av ROS-analyser, og at lokale prosedyrer hadde lavere krav enn de sentrale mht. nøkkelrutiner og rom- og kjøleskapstemperaturkontroller. Det var også fremmet et forbedringspunkt knyttet til å dokumentere effekten av eventuell medisin.

Den uvarslede oppfølgingen av tilsynet i mars 2025 viste at prosedyren om nøkkelrutiner ikke var endret. (Boligens håndtering av nøkler i praksis er beskrevet i kapittel 4.2.1.) Det ble påpekt to «nye» avvik i tilsynet, herunder at boligen har dokumentert istandgjøring av tabletter på feil skjema, og at boligen ikke dokumenterer effekten av all «eventuellmedisin».

Ifølge avdelingslederen ble det ikke utarbeidet nye tiltak ettersom avvikene allerede var dekket av eksisterende skriftlige rutiner. Avdelingslederen oppga videre at de ga veiledning til vernepleiere om bruk av riktig skjema for istandgjøring, samt veiledning og påminnelser til alle ansatte om å dokumentere effekten av eventuellmedisiner. Han viste videre til at det var feil å påstå at boligen ikke dokumenterte effekten av alle eventuellmedisiner. Avvik forekom unntaksvis, men dette ble fulgt opp. I dette spesifikke tilfellet hadde det skjedd kun tre ganger at én ansatt ikke hadde dokumentert effekten. Vedkommende hadde ifølge avdelingslederen da fått veiledning om dette.

6.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Bydelen syntes å gjennomføre en jevnlig og systematisk gjennomgang av internkontrollen som også omfattet legemiddelhåndteringen. Vi merker oss at den samlede gjennomgangen ikke alltid så ut til å bygge på resultater fra evalueringer gjennomført av tjenestestedene da hjemmetjenesten i distrikt Økern ikke hadde foretatt noen egen evaluering de siste par årene.

Både hjemmetjenesten distrikt Økern og Bjørk miljøarbeidertjeneste syntes å benytte meldte avvik og håndteringen av disse som en del av tjenestestedets forbedringsarbeid, noe som er et viktig element i internkontrollen.

Vi merker oss også at bydelsoverlegen ikke hadde vært involvert i internkontrollarbeidet eller arbeidet knyttet til bydelens legemiddelhåndtering slik som forutsatt i rutinen *Ansvar for legemiddelhåndtering* fra 2022.

Et viktig kontrolltiltak for å evaluere bydelens styringssystem for legemidler er gjennomføring av tilsyn. I 2024 og 2025 gjennomførte bydelen varslede og uvarslede tilsyn av legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten. I de tilrettelagte boligene ble dette først gjort i 2025. Begge tjenestestedene som inngår i undersøkelsen, hadde iverksatt korrigerende tiltak for å lukke påpekte avvik.

7 Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger

Kommunerevisjonen har undersøkt byråden for helses og byråden for sosiale tjenester oppfølging av bystyrets vedtak fra 2020 om årlige uvarslede legemiddeltilsyn ved tjenestesteder som håndterer legemidler og gjennomført en forvaltningsrevisjon av legemiddelhåndteringen i Bydel Bjerke med utgangspunkt i to tjenestesteder.

7.1 Konklusjoner

Byrådets oppfølging av uvarslede tilsyn

Undersøkelsen viser at verken byråden for helse eller byråden for sosiale tjenester i tilstrekkelig grad har sørget for at det gjennomføres årlige uvarslede tilsyn i tråd med bystyrets vedtak. Byrådene hadde iverksatt tiltak, men Kommunerevisjonens kartlegging viste at det i 2024 fortsatt var en rekke tjenestesteder i de to sektorene der uvarslede tilsyn ikke var gjennomført.

Etter Barne- og familieetatens, Velferdsetatens og Byrådsavdeling for sosiale tjenester vurdering var ikke alle deres tjenestesteder underlagt bestemmelsene i forskrift om legemiddelhåndtering. Kommunerevisjonen har ikke tatt stilling til etatenes og byrådens tolkning av regelverket. Selv med deres tolkning var det i 2024 ikke gjennomført tilsyn ved alle de tjenestestedene som uansett omfattes av forskriften.

Forvaltningsrevisjonen – legemiddelhåndtering i Bydel Bjerke

God legemiddelhåndtering er viktig for å sikre pasientsikkerhet og kvalitet, herunder at pasienten får tildelt riktig medikament, i riktig dose, til riktig tid og på rett måte.

Bydel Bjerke har i all hovedsak sørget for god internkontroll med håndteringen av legemidler på de undersøkte områdene. Ansvar og roller knyttet til legemiddelhåndtering framsto i all hovedsak som avklart og gjort kjent. Videre hadde bydelen rutiner og prosedyrer for den løpende legemiddelhåndteringen på tjenestestedene, og det var etablert et system for å sørge for at medarbeidere hadde tilstrekkelig kompetanse. Legemidlene ble oppbevart forsvarlig og innlåst slik at uvedkommende ikke hadde tilgang. Begge tjenestestedene førte medikamentregnskap og dokumenterte uttak i tråd med regelverket.

Videre syntes begge tjenestestedene å ha en praksis hvor avvik ble meldt, vurdert og behandlet, og hvor håndteringen av disse inngikk som en del av forbedringsarbeidet. Bydelen gjennomførte en jevnlig og systematisk gjennomgang av internkontrollen som også var relevant for legemiddelhåndteringen.

Samtidig vurderer Kommunerevisjonen at det foreligger enkelte forbedringspunkter eller forhold som ikke var i tråd med krav og føringer for legemiddelhåndteringen. Det forelå ikke skriftlige rutiner for bydelens egen evaluering av internkontrollen på området i tråd med forskrift om legemiddelhåndtering. Det gir risiko for at det ikke gjennomføres en jevnlig og systematisk evaluering av at internkontrollen fungerer som forutsatt.

Kommunerevisjonen merker seg at legemiddelhåndtering var gitt liten plass i bydelens overordnede risiko- og sårbarhetsanalyse for 2024 og 2025.

Kommunerevisjonen vurderer det også som en svakhet at hjemmetjenesten distrikt Økern ikke hadde en gjeldende risiko- og sårbarhetsanalyse for undersøkelsesperioden, og at en slik vurdering heller ikke var etterspurt av ledelsen. Distriktet har påbegynt en slik analyse for 2025.

Ferdigdoserte preparater, daglige medisiner og multidoser ble i perioder oppbevart i det låste medisinerrommet, men utenfor safen. Dette innebærer at preparatene en periode var tilgjengelig for om lag 50 sykepleiere i alle de tre distriktene som nå deler medisinerom. Det at mange ansatte har tilgang til legemidler i medisinerom, kan øke risikoen for uønskede hendelser som feil og svinn.

7.2 Anbefalinger

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Bjerke å

- få på plass skriftlige rutiner for evaluering av internkontrollen med legemiddelhåndteringen
- vurdere behovet for at tjenestesteder som håndterer legemidler, gjennomfører nødvendige risiko- og sårbarhetsanalyser
- vurdere behovet for tiltak for å redusere risikoen knyttet til antallet ansatte som har tilgang til preparater på medisinerrommet

8 Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser fra byråden for helse, byråden for sosiale tjenester og Bydel Bjerke. I dette kapittelet presenterer og vurderer Kommunerevisjonen sentrale momenter i uttalelsene. Uttalelsene følger i sin helhet i vedleggene 3–5.

8.1 Byråden for helse

8.1.1 Byrådets uttalelse

Byråden oppgir at rapporten gir et nyttig og balansert bilde av status for uvarslede tilsyn og en verdifull innsikt i status og utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering og tilsyn. Byråden oppgir videre at informasjonen om prosjektet har vært tilstrekkelig klar, og har ingen kommentarer til undersøkelsens revisjonskriterier, metode, kilder eller data.

Byråden har ingen innvendinger til rapportens konklusjoner, men ønsker å påpeke at Sykehjemsetatens risikobaserte tilnærming kunne vært utdypet ytterligere. Dette kunne gitt et mer helhetlig bilde av hvordan ulike tilsynsformer kan bidra til pasientsikkerhet og kvalitet.

Byråden viser til at det både er iverksatt tiltak og at det planlegges ytterligere tiltak for å sikre at uvarslede tilsyn gjennomføres årlig og systematisk ved alle relevante tjenestesteder.

Iverksatt tiltak

Byråden oppgir at Helseetaten i brev av 29. april 2025, ble bedt om å rapportere innen 5. september 2025 om antall uvarslede tilsyn gjennomført i perioden 10. april til 31. august 2025. Brevet til Helseetaten er vedlagt uttalelsen. Byråden vil vurdere behovet for videre tiltak med utgangspunkt i etatens tilbakemelding, med mål om å sikre at uvarslede tilsyn gjennomføres i tråd med bystyrets vedtak. Behovet vil vurderes innen utgangen av året.

Planlagte tiltak

Byråden oppgir at selv om byrådsavdelingen har som mål å unngå unødig rapportering fra bydelene, vurderes det fortsatt som nødvendig med tett oppfølging for å sikre at bystyrets vedtak blir gjennomført. Byrådsavdelingen vil derfor fortsatt kreve rapportering om gjennomførte og planlagte tilsyn fra bydelene. Byråden oppgir videre at byrådsavdelingen vil avvente behandlingen av Kommunerevisjonens rapport, for å sikre at videre henvendelser er i tråd med eventuelle vedtak eller presiseringer fra bystyrets organer. Byrådsavdelingen vil deretter sende ut en oppdatert orientering med tydelige krav til rapportering og oppfølging, med mål om å sikre systematisk og forsvarlig legemiddelhåndtering i alle bydeler.

Byråden viser til at enkelte bydeler ved siste kartlegging ikke hadde gjennomført noen uvarslede tilsyn. Disse vil bli fulgt opp særskilt for å sikre at nødvendige tiltak iverksettes innen rimelig tid.

8.1.3 Kommunerevisjonens vurdering

Byråden viser til at Sykehjemsetatens risikobaserte tilnærming kunne vært utdypet ytterligere i rapporten. Kommunerevisjonen er enig i at dette kunne gitt et mer helhetlig bilde av hvordan

ulike former for tilsyn og kontroll kan bidra til pasientsikkerhet og kvalitet. Det er derfor lagt inn noe utdypende informasjon om dette i kapittel 2.3.2.

Byråden har varslet relevante tiltak. Kommunerevisjonen ingen øvrige kommentarer til byråden for helses uttalelse.

8.2 Byråd for sosiale tjenester

8.2.1 Byrådets uttalelse

Byråden oppgir at rapporten vurderes som viktig og nyttig. Byråden skriver videre at informasjonen om prosjektet har vært tilstrekkelig klar, og har ingen kommentarer til undersøkelsens revisjonskriterier, metode, kilder eller data.

Byråden oppgir at uvarslede tilsyn med legemiddelhåndtering i Barne- og familieetaten og Velferdsetaten fortsatt vil være tema i etatsstyringsmøtene.

Byråden viser til at det i rapportens kap. 2.4.1 står at tilsyn på legemiddelområdet ikke har vært tema i byrådsavdelingens etatsstyringsmøter med Barne- og familieetaten i 2024. Byråden presiserer at legemiddelhåndtering var tema i det tredje etatsstyringsmøtet dette året, men at referatet fra møte ved en inkurie ikke ble oversendt til Kommunerevisjonen. Referatet etter møtet er vedlagt uttalelsen.

8.2.2 Kommunerevisjonens vurdering

Kommunerevisjonen har endret teksten i rapportens kapittel 2.4.1 i tråd med byrådets presisering. Kommunerevisjonen har ingen øvrige kommentarer til byråden for sosiale tjenesters uttalelse.

Byråden varsler relevante tiltak.

8.3 Bydel Bjerke

8.3.1 Bydel Bjerkes uttalelse

Bydel Bjerke oppgir at rapporten gir et godt utgangspunkt for bydelens forbedringsarbeid. Bydelen oppgir videre at informasjonen om prosjektet har vært tilstrekkelig klar, og har ingen kommentarer til undersøkelsens revisjonskriterier, metode, kilder eller data.

Bydelen skriver at rapportens konklusjoner og anbefalinger vurderes som gjennomgående hensiktsmessige og godt underbygget og at de belyser viktige aspekter ved legemiddelhåndteringen som kan styrke kvaliteten i tjenesten. Samtidig mener bydelen at enkelte konklusjoner kunne vært mer nyansert, særlig med tanke på praktiske utfordringer rundt fysiske lokaler. Bydelen skriver at det er viktig at anbefalingene tilpasses den konteksten tjenesten opererer i, og at det legges til rette for realistiske og gjennomførbare tiltak.

Bydelen vil iverksette de tiltakene som er anbefalt i rapporten, forutsatt at dette lar seg gjennomføre innenfor bydelens rammer og ressurser. Bydelen viser også til at Helseetaten nylig har utarbeidet en byomfattende rutine for kvalitetskontroll som vil dekke revisjonens anbefalinger knyttet til internkontroll og risiko- og sårbarhetsanalyser. Denne rutinen forventes implementert før utgangen av 2025, og vil bidra til å styrke det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

8.3.2 Kommunerevisjonens vurdering

Kommunerevisjonen merker seg bydelens uttalelse om at enkelte konklusjoner kunne vært mer nyansert.

Kommunerevisjonen er enig i at revisjonens anbefalinger må tilpasses den konteksten tjenesten opererer i, og legger til grunn at uttalelsen er relatert til anbefalingen om å vurdere tiltak for å redusere risikoen knyttet til antallet ansatte som har tilgang til medisinrommet. Bakgrunnen for vurderingen og anbefalingen er at om lag 50 ansatte hadde tilgang til klargjorte legemidler på medisinrommet. Rommet var låst med en felles kode. Svinn av legemidler er et risikoområde. Som nevnt i kapittel 1 har Kommunerevisjonen i de senere årene fått flere innberetninger om svinn av legemidler ved kommunale tjenestesteder.

Eventuelle risikoreduserende tiltak kan være av ulik art. Tiltak som fysiske endringer ved lokalene og tekniske løsninger, kan være aktuelle å vurdere. Eksempler på sistnevnte kan være lås med individuelle koder og elektronisk logging.

Bydelen varsler relevante tiltak.

Referanser

Referanser fra Oslo kommune:

Byrådssak 1036/22 *Instruks for virksomhetsstyring i Oslo kommune*

Byrådssak 1037/22 *Instruks for internkontroll i Oslo kommune*

Eksterne referanser:

Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler mv. (legemiddeloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)

Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Rundskriv IS-7/2015 Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer, Helsedirektoratet (2015). (Heretter omtalt som rundskriv IS-7/2015)

Veileder til lov og forskrift: *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, Helsedirektoratet (sist oppdatert 29. oktober 2018)

Helsetilsynet (2012) *Gode rutiner for legemiddelhåndtering*

Siste publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

Kommunerevisjonens rapporter 2025

Rapport 1/2025	Kjøp og oppfølging av hjelpetiltak på barnevernsområdet
Rapport 2/2025	Vedlikehold av skoler
Rapport 3/2025	Regnskapsrevisjonen 2024 – Med vekt på økonomisk internkontroll
Rapport 4/2025	Internkontroll i Kulturetaten
Rapport 5/2025	Klimabudsjett og styringsinformasjon
Rapport 6/2025	Eierskapskontroll: Styre- og ledergodtgjørelser i kommunens aksjeselskaper
Rapport 7/2025	Utvidet oppfølging etter rapport 16/2023 Kvalitet i helsehus
Rapport 8/2025	Forebygging av kriminalitet blant ungdom i Osloskolen
Rapport 9/2025	Klima- og miljøkrav til transport – Vare- og tjenesteanskaffelser
Rapport 10/2025	Helse, miljø og sikkerhet i Renovasjons- og gjenvinningsetaten
Rapport 11/2025	Tilpasset opplæring i Osloskolen
Rapport 12/2025	Oppfølging etter rapport 20/2022 Ansettelse av ledere

Kommunerevisjonens rapporter 2024

Rapport 1/2024	Vedlikehold og fornyelse av vann- og avløpsnett
Rapport 2/2024	Eierskapskontroll av Oslobolig AS
Rapport 3/2024	Grønne anskaffelser – klima- og miljøkrav
Rapport 4/2024	Regnskapsrevisjonen 2023 – Oppsummering av utvalgte undersøkelser
Rapport 5/2024	Økonomisk stønad til store barnefamilier
Rapport 6/2024	Spesialpedagogisk hjelp til barn under opplæringspliktig alder Bydel Grorud og Bydel Ullern
Rapport 7/2024	Overordnet styring og koordinering av overvannshåndtering
Rapport 8/2024	Næringsetatens kontroll av skjenkesteder
Rapport 9/2024	Kontraktsoppfølging helse og omsorg
Rapport 10/2024	Grønn material- og energibruk i nybygg
Rapport 11/2024	Teknisk informasjonssikkerhet i Elvia AS
Rapport 12/2024	Ytringskultur i Oslo kommune
Rapport 13/2024	Byråders habilitet
Rapport 14/2024	Kontraktsoppfølging i Fornebubanen
Rapport 15/2024	Eierskapskontrollen av Nasjonalt kommunesamarbeid for 110-sentralene IKS
Rapport 16/2024	Arbeidsintegrering av flyktninger
Rapport 17/2024	Kjøp og spredning av kommunale boliger

Vedlegg 1 Revisjonskriterier

Kommunerevisjonen gir i dette vedlegget en oversikt over revisjonskriteriene vi har lagt til grunn i denne forvaltningsrevisjonen av legemiddelhåndteringen i Bydel Bjerke, og går igjennom kildene som danner grunnlaget for kriteriene.

1. Innledning og problemstilling

Revisjonskriterier er de forventningene og kravene Kommunerevisjonen legger til grunn for vurderingene, det vil si de kravene, normene og/eller standardene som revisjonsobjektet skal vurderes mot. Revisjonskriteriene er utledet fra autoritative kilder eller anerkjente kilder innenfor det reviderte området, i tråd med Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

I denne forvaltningsrevisjonen har vi kartlagt og vurdert utvalgte forhold som er vesentlige for å sikre god internkontroll ved virksomhetens legemiddelhåndtering.

Legemiddelhåndtering innebærer enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemiddelet er ordinert eller rekvirert, til det er utdelt eller eventuelt kassert, jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 3 bokstav e.

Problemstillingen er:

- Har Bydel Bjerke sørget for god håndtering av legemidler?

For å svare på problemstillingen vil vi blant annet undersøke følgende i Bydel Bjerke:

- om ansvar og roller knyttet til legemiddelhåndtering er avklart og gjort kjent
- om det er utpekt en faglig ansvarlig for legemidler
- om det foreligger skriftlige rutiner for håndtering av legemidler
- om det er gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til legemiddelhåndtering
- om personalet som håndterer legemidler, har nødvendig kompetanse
- om legemidlene er oppbevart på en sikker måte og er utilgjengelig for uvedkommende
- om det er etablert kontroll av legemiddeluttak gjennom medisinsregnskap og oppfølging av det
- om det er etablert rutiner og praksis for å melde og håndtere avvik på området
- om tjenestesteder har vært underlagt tilsyn i 2024, og om eventuelle avvik er fulgt opp
- om det gjennomføres jevnlig internkontroll på legemiddelområdet

I undersøkelsen har vi ikke sett på tjenestestedenes rekvirering og mottak av bestilte legemidler. Med «mottak» mener vi i denne forbindelse kontroll av at mottatte legemidler er i overensstemmelse med bestilte legemidler. Vi har heller ikke sett på kassasjon av legemidler. Når det gjelder oppbevaring av legemidler, har vi kun sett på om legemidlene oppbevares på en slik måte at uvedkommende ikke får tilgang. Vi har ikke undersøkt lagringsforhold som temperatur etc.

I det følgende gjøres det rede for revisjonskriteriene og grunnlaget for disse.

2. Kilder for revisjonskriteriene

Vi har benyttet følgende kilder som grunnlag for revisjonskriteriene:

- lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler mv. (legemiddeloven)
- lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
- lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)
- forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (heretter omtalt som legemiddelhåndteringsforskriften)
- forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (heretter omtalt som forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring)
- byrådsak 1037/22 *Instruks for internkontroll i Oslo kommune*
- rundskriv IS-7/2015 Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer, Helsedirektoratet (2015). (Heretter omtalt som rundskriv IS-7/2015) (NB! Nytt rundskriv som skal erstatte rundskrivet fra 2015 er ute på høring med frist 1. april 2025).
- veileder til lov og forskrift: *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, Helsedirektoratet (sist oppdatert 29. oktober 2018)
- Helsetilsynet (2012) *Gode rutiner for legemiddelhåndtering*.

3. Samlede revisjonskriterier

Vi vil legge følgende revisjonskriterier til grunn for forvaltningsrevisjonen:

- Ansvar og roller knyttet til virksomhetens legemiddelhåndtering skal være avklart og gjort kjent i virksomheten.
- Dersom virksomhetslederen ikke er lege eller provisorfarmasøyt, skal det være utpekt en faglig rådgiver som har slik utdanning.
- Virksomheten skal ha oppdaterte og tilstrekkelige rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndteringen. Disse skal være kjent i virksomheten.
- Virksomheten skal jevnlig gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser på legemiddelområdet.
- Virksomheten skal sørge for at medarbeidere som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse.
- Legemidler skal oppbevares forsvarlig og ikke være tilgjengelig for uvedkommende, herunder skal A-preparater oppbevares adskilt fra andre legemidler.
- Mottak og uttak av legemidler skal skje på en sikker måte, herunder skal virksomheten
 - dokumentere uttak av A-preparater, herunder hva den enkelte bruker har fått av slike legemidler. Dokumentasjonen skal være oppdatert til enhver tid og oppbevares i minst fem år.
 - ha oversikt over uttak av legemidler i reseptgruppe B
- Virksomheten skal ha rutiner og praksis for å avdekke og håndtere avvik.
- Virksomheten skal årlig evaluere styringssystemet for legemiddelhåndtering og korrigere virksomhetens aktiviteter ved behov.

4. Grunnlag for revisjonskriteriene

Innledning

Virksomheter som yter helsetjenester, plikter å sørge for faglig forsvarlige helsetjenester til pasientene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd. Forsvarlighetskravet innebærer blant annet at kommunen må tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. henholdsvis bokstavene a og c i bestemmelsen. Plikten til å sørge for at virksomheten arbeider for systematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, er lovfestet i lovens § 4-2.

Forsvarlighetskravet etter helse- og omsorgstjenesteloven omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 20.5. Det nærmere innholdet i forsvarlighetskravet er presisert i rundskriv IS-7/2015 Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer pkt. 3. Etter rundskrivet må virksomhetens ledelse sørge for at helsepersonellet har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet. Det må gjøres en vurdering av hva som kan være risikofylte deler av pasientbehandlingen, og hvordan virksomheten skal sikre at pasientsikkerheten på disse områdene blir ivaretatt. Videre må virksomhetens ledelse utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen. Legemiddelhåndtering er ifølge rundskrivet en viktig del av helsehjelpen.

Ifølge helsetilsynsloven § 5 første ledd skal enhver som yter helse- og omsorgstjenester

[...] etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

I det følgende har vi beskrevet nærmere de kildene vi har lagt til grunn for revisjonskriteriene som danner utgangspunkt for vår undersøkelse av om bydelen har etablert god internkontroll for håndtering av legemidler.

Ansvar og roller

Revisjonskriterier

- Ansvar og roller knyttet til virksomhetens legemiddelhåndtering skal være avklart og gjort kjent i virksomheten.
- Dersom virksomhetslederen ikke er lege eller provisorfarmasøyt, skal det være utpekt en faglig rådgiver som har slik utdanning.

Grunnlag for revisjonskriteriene

Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, jf. § 3. I forskriften omfatter styringssystem for helse- og omsorgstjenesten hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og

korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen, jf. § 4.

Plikten til å planlegge omfatter blant annet å ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten, jf. § 6 bokstav a. Av § 7 bokstav a følger en plikt til å sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres.

Ifølge Helsetilsynets *Gode rutiner for legemiddelhåndtering* er det vesentlig for god internkontroll at roller og ansvar for oppgaver er tydeliggjort og tydelig kommunisert ut i organisasjonen. Det vises også til at virksomhetene kan være organisert på ulike måter, men at det må gå klart fram «hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, og hvem som er virksomhetsleder etter definisjonen i legemiddelhåndteringsforskriften».

Når det gjelder krav til fagkompetanse, framkommer det i forskrift om legemiddelhåndtering § 4 andre ledd at «Når virksomhetsleder ikke selv er lege eller provisorfarmasøyt, skal det utpekes en faglig rådgiver med slik utdanning.»

Rutiner og prosedyrer

Revisjonskriteriet

- Virksomheten skal ha rutiner og prosedyrer for virksomhetens legemiddelhåndtering. Disse skal være kjent i virksomheten.

Grunnlag for revisjonskriteriet

God internkontroll fordrer at det foreligger skriftlige rutiner og prosedyrer. Etter forskrift om legemiddelhåndtering § 4 sjette ledd bokstav a skal virksomhetslederen som en del av sin internkontroll blant annet

etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet, prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.

Det presiseres i rundskriv IS-7/2015 Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer pkt. 4.4.3 at det ved utvikling av rutiner og prosedyrer må tas hensyn til risikoer knyttet til legemiddelhåndteringen:

Når det skal utvikles rutiner og prosedyrer i virksomhetens internkontrollsystem må det foretas en systematisk kartlegging av de faremomenter og risiki som finnes i virksomheten innen legemiddelhåndteringen. En slik gjennomgang vil gi et grunnlag for å iverksette forebyggende og skadereduserende tiltak. Gjennomgangen vil også hjelpe til med prioritering av tiltak som må utføres i virksomheten for å avdekke og håndtere de feil som måtte oppstå og som ikke kan forebygges.

Arbeidet med forebyggende tiltak for å unngå uheldige hendelser innen legemiddelhåndtering, skal være tuftet på virksomhetens egenart og lokale forhold, i og utenfor virksomheten. Det er viktig å trekke inn lokale ressurspersoner i arbeidet. I de tilfellene virksomhetsleder ikke selv er lege eller

provisorfarmasøyt, og derfor har utpekt en faglig rådgiver med slik utdanning, skal faglig rådgiver trekkes inn i dette arbeidet.

Et krav om å etablere prosedyrer for legemiddelhåndtering kan også leses ut av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 og 7. Etter § 7 bokstav c skal det utvikles og iverksettes «nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet». Etter § 6 bokstav c skal virksomheten ha oversikt over regelverk, retningslinjer og veiledere og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten. Etablerte prosedyrer må også evalueres og forbedres etter reglene i §§ 8 og 9, se også under revisjonskriteriet om evaluering og korrigerende av virksomheten nedenfor.

Pliktene etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, jf. § 5 andre ledd. Ifølge Helsedirektoratets veileder *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* skal dokumentasjonen bidra til å sikre at praksis er i tråd med føringer og beslutninger, og at lovpålagte krav overholdes. Videre sier veilederen at

[...]

Oppgaver i virksomheten som er særlig risikofylte krever mer styring i form av skrevne prosedyrer og rutiner enn andre mindre risikofylte oppgaver. Legemiddelhåndtering er ett eksempel på et område der svikt kan resultere i alvorlige hendelser. [...]

Ifølge Helsetilsynets *Gode rutiner for legemiddelhåndtering* skal virksomheten ha rutiner for alle deler av legemiddelhåndteringsprosessen, og rutinene skal være oppdaterte i henhold til nyeste regelverk.

Risiko- og sårbarhetsanalyser

Revisjonskriteriet

- Virksomheten skal jevnlig gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser på legemiddelområdet.

Grunnlag for revisjonskriteriet

Legemiddelhåndtering er et område der det er erkjent stor fare for svikt, og der feil/svikt kan få alvorlige konsekvenser. I henhold til anerkjent teori om god internkontroll er det viktig å gjennomføre risikovurderinger for å redusere risikoen for uønskede hendelser i virksomheten.

En plikt til å kartlegge og minimalisere risiko i virksomheten følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 bokstavene d og e. Etter disse skal virksomheten

d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten

e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt

Pliktene nevnt ovenfor må «tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig», jf. § 5 første ledd. Det fastslås videre, i § 5 andre og tredje ledd, at

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Ifølge Helsedirektoratets veileder *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* ligger det i kravet i § 6 bokstav d en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktivitetene eller prosessene der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikovurderingen bør skje som en kontinuerlig prosess, og det anbefales at den følger en kjent standard. Veilederen sier videre at målet med kartleggingen er å identifisere områder der svikt kan inntre ofte, identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre, og forebygge svikt og uønskede hendelser. Veilederen sier videre at

Øverste leder må sørge for at risikonivået defineres og risikoer identifiseres i virksomheten. Gjennom systematiske risikokartlegginger kan ledelsen identifisere aktiviteter og prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. [...]

At det skal gjennomføres risikovurderinger knyttet til virksomhetens legemiddelhåndtering, er også forankret i forskrift om legemiddelhåndtering § 4 sjette ledd bokstav a hvor det er stilt krav om å etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering, herunder for risikovurdering.

Oslo kommunes instruks for internkontroll peker også på viktigheten av å avdekke og håndtere risiko for å sikre god internkontroll. Instruksen sier blant annet at byrådsavdelingene og virksomhetene skal ha et godt bilde av risiko på eget område, samt et bevisst forhold til hvilket risikonivå som kan aksepteres. Instruksen sier videre at resultater fra gjennomførte risikovurderinger skal danne grunnlag for virksomhetens ressursstyring og prioriteringer. Det er ifølge instruksen i den sammenheng flere forhold det særlig skal legges vekt på, blant annet å gjennomføre risikovurderinger av mål og arbeidsprosesser på vesentlige områder.

Det framgår av tildelingsbrevet til bydelene i 2024 at den enkelte bydel skal ha tilstrekkelig oversikt over risiko på eget område og et bevisst forhold til hvilket risikonivå som kan aksepteres. Det skal gjennomføres risikovurderinger i henhold til instruks for internkontroll, og det skal løpende vurderes behov for risikoreduserende tiltak og kontrollaktiviteter.

Kompetanse

Revisjonskriteriet

- Virksomheten skal sørge for at medarbeidere som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse om legemiddelhåndtering.

Grunnlag for revisjonskriteriet

Kompetanse er også et viktig element for å sikre god internkontroll. Det fastslås i legemiddelhåndteringsforskriften § 4 tredje ledd at

Virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse. Helsepersonellens kompetanse må vurderes individuelt ut fra vedkommendes formelle og reelle kvalifikasjoner og oppgavens art, før legemiddelhåndtering kan utføres.

Videre framkommer det i § 4 sjette ledd bokstavene b og c:

Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll [...], herunder:

[...]

b. Gi skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Disse bestemmelsene skal gjøres kjent i virksomheten.

c. Sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 bokstav f. Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet, jf. § 7 bokstav b. Ifølge rundskriv IS-7/2015 pkt. 4.4.4 skal virksomhetslederen vurdere hvem som er kompetent til å håndtere oppgaver knyttet til legemidler. Virksomhetslederen kan bestemme at noen bare skal gis enkeltstående oppgaver, mens andre skal ha bredere oppgaver innen legemiddelhåndteringen. Formålet er å benytte de kvalifikasjonene og den kompetansen som finnes i virksomheten, på best mulig måte.

Oppbevaring

Revisjonskriteriet

- Legemidler skal oppbevares forsvarlig og ikke være tilgjengelig for uvedkommende, herunder skal A-preparater oppbevares adskilt fra andre legemidler.

Grunnlag for revisjonskriteriet

God internkontroll knyttet til virksomhetens legemiddelhåndtering fordrer at legemidler oppbevares forsvarlig, slik at uvedkommende ikke får tilgang til legemidlene, jf. legemiddeloven § 29:

Den som har legemidler i sin besittelse plikter å oppbevare dem forsvarlig.

Tilsvarende framkommer det i forskrift om legemiddelhåndtering § 6 at «Legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende».

Bestemmelsene er nærmere utdypet i rundskriv IS-7/2015 pkt. 4.7 som sier at det er virksomhetslederens ansvar å sørge for at uvedkommende ikke får tilgang til legemidlene, og at legemidler i virksomheten skal oppbevares i låsbare skap eller låsbare rom. Når det gjelder legemidler i reseptgruppe A, framkommer det at slike skal oppbevares adskilt fra andre legemidler, slik at de er enkle å identifisere og regnskapsplikten enkelt kan overholdes. Rundskrivet sier videre at hvordan sikring av skap eller rom, samt tilgang og kontroll av tilgang, skal skje, skal fastsettes i virksomhetens internkontrollsystem.

Legemidler i reseptgruppe A er sterkt vanedannende legemidler med misbruksrisiko som narkotiske stoffer som morfin og andre opioider. Legemidler i reseptgruppe B er vanedannende medisiner som for eksempel innsovningsmedisiner, angstdempende medisiner, smertestillende medisiner m.m. Reseptgruppe C er legemidler som krever resept, men som ikke er vanedannende slik som A- og B-preparater, som for eksempel blodtrykksmedisin, kortison og antibiotika (ref. Store medisinske leksikon).

Uttak og kontroll av legemidler

Revisjonskriterier

- Mottak og uttak av legemidler skal skje på en sikker måte, herunder skal virksomheten
 - dokumentere uttak av A-preparater, herunder hva den enkelte bruker har fått av slike legemidler. Dokumentasjonen skal være oppdatert til enhver tid og oppbevares i minst fem år.
 - ha oversikt over uttak av legemidler i reseptgruppe B

Grunnlag for revisjonskriteriene

Det å ha kontroll med virksomhetens legemiddelhåndtering er fastsatt i legemiddelhåndteringsforskriften § 4 sjette ledd bokstav d. Her framgår det at virksomhetslederen skal «Sørge for at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B».

Forskriften har i § 9 bestemmelser om føring av narkotikaregnskap og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B:

Virksomheten skal:

- a) dokumentere alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe A, herunder hva den enkelte pasient har fått av slike legemidler. Dokumentasjon skal være oppdatert til enhver tid og oppbevares i minst 5 år.
- b) ha oversikt over alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe B. Mottatt mengde skal sammenholdes med faktisk bruk på enhetsnivå.

Bestemmelsen er utdypet i rundskriv IS-7/2015 Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer. Ifølge rundskrivets pkt. 4.10.1 skal virksomheten føre regnskap over A-preparater. God regnskapspraksis vil for eksempel være at det føres ett skjema for hvert preparat, med styrke, legemiddelform og pakningsstørrelse. Videre sier rundskrivet at

[...] Mengden som mottas fra apotek eller på annen måte skal, uten ugrunnet opphold, føres inn i regnskapet, og hver delmengde, som tas ut skal, uten ugrunnet opphold, føres ut av regnskapet. Det skal noteres pasientens navn, dato og mengde (antall tabletter, antall plaster eller antall ml), og det er en god rutine å føre opp rekvirerende lege. Det skal summeres i regnskapet hva som er restmengde ifølge regnskapet og dette skal kontrolleres regelmessig mot faktisk mengde narkotika på lager. Mottak, utdeling, kassasjon og opptelling av restbeholdning kontrolleres og signeres av to kvalifiserte personer på enheten.

Etter avtale med leverende apotek eller grossist, bør virksomheten hver måned få en samlet oversikt over alle A-preparater som er levert. Denne oversikten kontrolleres mot regnskapet. Det skal finnes prosedyrer for håndtering av avvik i regnskapet.

A-regnskapet skal til enhver tid være oppdatert/ajourført, og kunne fremlegges for myndighetene.

I hjemmetjenesten håndterer helsepersonell også pasienters private legemidler. Så lenge legemidlene oppbevares i pasientens hjem, er dette ifølge rundskrivet ikke en del av virksomhetens legemidler og skal ikke tas med i narkotikaregnskapet. Det framkommer videre i rundskrivet at:

[...] Hjemmetjenesten bør likevel føre oversikt over den mengde legemidler i gruppe A som håndteres for pasienten. Det å bestille legemiddel for en bruker og bringe legemidlet hjem til denne er å regne som legemiddelhåndtering i regi av hjemmetjenesten, og disse A-preparatene må regnskapsføres på lik linje med legemidler som oppbevares i virksomhetens medisinerrom fordi de doseres av hjemmetjenesten.

Der A-preparater oppbevares på hjemmetjenestens kontor, skal det føres regnskap for hver pasients forbruk.

Når det gjelder multidose er dette lagret i leverandørenes datasystemer, og rapportene kan hentes ut på forespørsel. Ved mistanke om avvik kan listene etterspørres fra leverandørene av multidose.

Ifølge rundskrivets punkt 4.10.2 kan B-preparater være vanedannende og derfor misbrukes. Det framgår videre at

Erfaring fra Statens helsetilsyns tilsynssaker, viser at det er behov for økt bevisstgjøring omkring bruk av B-preparater. Forskriften stiller likevel ikke samme strenge krav til kontroll med B-preparater som med A-preparater. Virksomhetsleder skal sørge for at det innhentes oversikter over mottatte legemidler i reseptgruppe B og at dette sammenholdes med bruk på avdelings- eller enhetsnivå. Beholdningen av legemidler i gruppe B kan vurderes ut fra antall pasienter og deres forbruk av B-preparater. Ved mistanke om uregelmessigheter anbefales regnskapsføring som for A-preparater.

Dersom pasienten har med seg egne legemidler som oppbevares i avdelingen, skal disse ikke tas med i enhetens regnskap.

Avvik og avvikshåndtering

Revisjonskriteriet

- Virksomheten skal ha rutiner og praksis for å avdekke og håndtere avvik.

Grunnlag for revisjonskriteriet

Anerkjent teori om internkontroll understreker viktigheten av å avdekke og følge opp avvik i virksomheten, og at håndtering av avvik inngår som en viktig del av virksomhetens forbedringsarbeid. At virksomheter som håndterer legemidler, skal avdekke og håndtere avvik på legemiddelområdet, følger av forskrift om legemiddelhåndtering § 4 sjette ledd bokstav a der det framgår at virksomhetslederen skal

etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet, prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.

I Rundskriv IS-15/2017 pkt. 4.4.4 framgår det at helsepersonell som har oppgaver i legemiddelhåndteringsprosessen, forventes å ha faglig kompetanse også på avvikshåndtering.

Krav om å ha oversikt over avvik i helsesektoren følger også av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 bokstav g hvor det framkommer at plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter blant annet innebærer å

ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Krav om at virksomheten må håndtere avvik, kan leses av forskriftens § 7 bokstav c hvor det er fastslått at plikten til å gjennomføre blant annet innebærer å:

utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Kravet om å håndtere avvik kan også leses av forskriftens § 8 bokstav e hvor det er fastsatt at plikten til å evaluere blant annet innebærer å «gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges».

Ifølge Helsedirektoratets veileder til lov og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er gode planer og systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid nøkkelen til å lukke avvik, forebygge uønskede hendelser, utvikle tjenestene og bedre pasient- og brukersikkerheten. Veilederen sier videre at det ikke bør undervurderes hvor krevende det er å få til endring i praksis, og at

Det krever tett lederoppfølging og konstant fokus for å skape resultater og vedlikeholde dem. Det forutsetter også en kultur preget av åpenhet, hvor feil og uønskede hendelser anses som en kilde til forbedring.

Det er også presisert i Helsetilsynets *Gode rutiner for legemiddelhåndtering* at det skal skrives avviksmeldinger dersom det skjer feil og nesten-feil. Dokumentet sier videre at det enkelte avviket skal analyseres og vurderes med tanke på hva som kan gjøres for å hindre at lignende skjer igjen. Avvikene skal også ifølge Helsetilsynets rutiner følges opp regelmessig av virksomhetsleder, analyseres og brukes for å forbedre rutine/prosedyrene og kvaliteten på legemiddelhåndteringen.

Evaluering

Revisjonskriteriet

- Virksomheten skal årlig evaluere styringssystemet for legemiddelhåndtering og korrigere virksomhetens aktiviteter ved behov.

Grunnlag for revisjonskriteriet

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet, ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 bokstav f, å

minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer, ifølge forskriftens § 9, følgende oppgaver:

- a. rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b. sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c. forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Kravet om evaluering av virksomheten kan også leses ut av legemiddelforskriften § 4 sjette ledd bokstav a hvor det vises til at virksomhetslederen skal sørge for internkontroll, jf. helsetilsynsloven § 5, herunder

- a. Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering [...]

Vedlegg 2 Metode

1. Generelt om forvaltningsrevisjon

De sentrale delene av en forvaltningsrevisjon er beskrevet i Standard for forvaltningsrevisjon fra NKRF (RSK 001). Disse delene er like for alle forvaltningsrevisjoner. Kort oppsummert bestemmer kontrollutvalget problemstillingen i sin bestilling til Kommunerevisjonen. Kommunerevisjonen utleder relevante revisjonskriterier for problemstillingen. Kriteriene er målestokken som vi holder den reviderte enheten opp mot. For å svare på spørsmålet om enheten når de gitte målene/revisjonskriteriene, samler vi inn relevante data som vi bearbeider og analyserer. Dette gir oss et faktagrunnlag som vi vurderer opp mot revisjonskriteriene. Vurderingene leder fram til Kommunerevisjonens konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

2. Beskrivelse av prosjektgjennomføring

Kommunerevisjonen sendte brev om oppstart av undersøkelsen til byråden for helse, byråden for sosiale tjenester og Bydel Bjerke 27. februar 2025. Bydelsutvalget i Bydel Bjerke ble orientert om oppstart av undersøkelsen 28. februar 2025.

Vi orienterte nærmere om undersøkelsen i oppstartsmøte med Byrådsavdeling for helse og Bydel Bjerke 14. mars 2025. Hensikten med oppstartsmøtene var først og fremst å gi informasjon om undersøkelsen og å få tilbakemeldinger og synspunkter på problemstillingene og undersøkelsesopplegget. Byrådsavdeling for sosiale tjenester deltok ikke på oppstartsmøtet, men fikk per e-post 14. mars 2025 oversendt presentasjonen som ble benyttet i oppstartsmøtet med Byrådsavdeling for helse og Bydel Bjerke.

Vi oversendte utkast til revisjonskriterier 21. mars 2025 til byråden for helse og Bydel Bjerke med mulighet for å komme med kommentarer eller innspill innen 31. mars 2025. Vi mottok uttalelse fra Byrådsavdeling for helse 24. mars og Bydel Bjerke 31. mars. Verken byrådsavdelingen eller bydelen hadde innspill til revisjonskriteriene.

Hovedtyngden av datainnsamlingen pågikk i mars og april 2025.

For første problemstilling om byrådenes gjennomføring av bystyrets vedtak om uvarslede tilsyn har undersøkelsesperioden vært 2024. For Bydel Bjerke har undersøkelsesperioden vært 2024 til og med første tertial 2025.

Vi sendte utkast til faktaframstilling til byråden for helse og byråden for sosiale tjenester 12. mai 2025. Bydel Bjerke fikk oversendt fakta til verifisering 23. mai 2025. Vi mottok tilbakemelding fra byråden for helse 13. mai 2025, byråden for sosiale tjenester 20. mai 2025 og Bydel Bjerke 2. juni 2025.

Vi presenterte våre foreløpige vurderinger for Byrådsavdeling for helse og Byrådsavdeling for sosiale tjenester 25. juni 2025 og for Bydel Bjerke 27. juni 2025. Begge presentasjonene ble gjennomført gjennom Teamsmøter.

Vi sendte rapporten til uttalelse til byråden for helse, byråden for sosiale tjenester og Bydel Bjerke 13. august 2025. Vi mottok uttalelse fra byråden for helse 9. september, byråden for sosiale tjenester 2. september og Bydel Bjerke 4. september 2025.

Som følge av korrekturlesing av rapporten har vi gjort enkelte endringer. Blant annet har vi lagt inn "aktiviteter" i følgende kriterium «Virksomheten skal årlig evaluere styringssystemet for legemiddelhåndtering og korrigere virksomhetens aktiviteter ved behov.» Dette har ikke betydning for rapportens vurderinger.

3. Metode for datainnhenting

Valg av byråder, bydel og tjenestesteder

Byråden for helse og byråden for sosiale tjenester er omfattet av undersøkelsen ettersom det i all hovedsak er tjenestesteder innenfor deres ansvarsområder som håndterer legemidler. Det var også disse to byrådene som var omfattet av kontrollutvalgets statusgjennomgang om gjennomføring av uvarslede tilsyn i 2023.

For å velge hvilken bydel vi skulle undersøke i forvaltningsrevisjonen, vi så vi blant annet på hvilken revisjonsbelastning bydelene har hatt de siste årene. Herunder så vi på om de har vært underlagt forvaltningsrevisjon på helse- og omsorgsområdet de siste årene, og/eller om de har vært underlagt tilsyn fra Statsforvalteren. Vi så også på hvilke bydeler som i mindre grad hadde gjennomført uanmeldte tilsyn i 2023, ifølge kontrollutvalgets gjennomgang av status for uvarslede tilsyn dette året. Ut fra disse kriteriene valgte vi Bydel Bjerke.

Vi ønsket å se på legemiddelhåndteringen i ett distrikt i hjemmetjenesten og i én tilrettelagt bolig. Valg av distrikt var tilfeldig. Vi ønsket å se på boliger som håndterte A- og B-preparater. Imidlertid håndterte ingen av boligene A-preparater, og bare to håndterte B-preparater (dog bare som behovsmedisin). Boligen som inngår i forvaltningsrevisjonen, hadde flest brukere av slike medikamenter.

Intervjuer

Vi har gjennomført intervju med ni ansatte i Bydel Bjerke, til sammen syv intervjuer. Tre av intervjuene er gjennomført med ansatte i distrikt Økern som hadde særskilt ansvar eller særskilte oppgaver knyttet til legemiddelhåndteringen. Ett intervju ble gjennomført med en ansatt i staben i seksjon for hjemmetjenester for å innhente supplerende informasjon om hjemmetjenestens kompetansestyring. Vi gjennomførte et møte med hver av disse fire, og intervjuene ble gjennomført i distriktets lokaler.

I Bjørk miljøarbeidertjeneste hadde vi ett intervju med avdelingslederen og ett med en tilfeldig utvalgt vernepleier. Intervjuet med avdelingslederen ble gjennomført i boligens lokaler, mens intervjuet med vernepleieren foregikk digitalt.

Vi har også gjennomført ett digitalt intervju med avdelingsdirektøren i avdeling for helse og mestring og seksjonslederne for seksjon for hjemmetjenesten og seksjon for tilrettelagte boliger.

Formålet med intervjuene var å få informasjon om distriktets og boligens legemiddelhåndtering. Alle intervjuene var semistrukturerte. Referat fra alle intervjuene er verifisert av informantene.

Dokumentasjon

For byrådene er informasjon innhentet gjennom deres svar på spørsmål stilt i brev fra Kommunerevisjonen og revisjonens gjennomgang av tilhørende dokumentasjon. For

Byrådsavdeling for sosiale tjenester er det også innhentet noe ytterligere informasjon via e-postutveksling.

I Bydel Bjerke har vi blant annet innhentet og gjennomgått rutiner og prosedyrer på legemiddelområdet, stillings- og funksjonsbeskrivelser i hjemmetjenesten, dokumentasjon på opplæring, oversikter over avvik, ROS-analyser (avdeling og bolig), resultat etter internkontroll (avdeling og bolig), eksempler på narkotikaregnskap og rapporter etter eksterne tilsyn.

Observasjon

Vi befarte medisinerrommet i distrikt Økern 1. april 2025. Befaringen ble gjennomført sammen med medisinsansvarlig sykepleier i distrikt Økern og ble utført samme dag som vi intervjuet vedkommende. På dette tidspunktet delte distrikt Økern medisinerrom med distrikt Tonsenhagen. I mai 2025 flyttet distrikt Veitvet inn i samme lokaler som de to øvrige distriktene. Fra det tidspunktet delte distrikt Økern, distrikt Tonsenhagen og distrikt Veitvet medisinerrom.

Vi befarte rommet hvor medisiner ble oppbevart i Bjørk miljøarbeidertjeneste, 3. april 2025. Befaringen ble gjennomført sammen med boligens avdelingsleder.

Dataanalyse

I faktaframstillingen har vi sammenstilt informasjon innhentet gjennom intervjuer og dokumentanalyse. Deretter har vi sammenstilt fakta opp mot revisjonskriteriene.

4. Behandling av personopplysninger

Formålet med Kommunerevisjonens innhenting, behandling og oppbevaring av personopplysninger er å utføre den lovbestemte revisjonen av Oslo kommune. Hvilke personopplysninger vi samler inn og behandler, avhenger av hvilken informasjon vi trenger for å gjennomføre undersøkelsen. Personopplysningene vil kunne være opplysninger som kommunen er pålagt å innhente, som av andre grunner er i kommunens systemer, som ansatte plikter å oppgi til Kommunerevisjonen, eller som er gitt frivillig.

Kommunerevisjonen følger bestemmelsene i personopplysningsloven og legger vekt på å begrense lagringen av personopplysninger. Vi legger vekt på bare å innhente data som er relevante for formålet med undersøkelsen. Vi tar bare vare på personopplysninger som er nødvendige for dokumentasjon av arbeidet vi utfører. Personopplysninger lagres utilgjengelig for uvedkommende.

Retten til å slette personopplysninger er bl.a. styrt av at Kommunerevisjonen har ti års lagringsplikt for dokumentasjon av revisjonene.

For ytterligere informasjon om Kommunerevisjonens ansvar for og behandling av personopplysninger, se vår [personvernerklæring](#).

Vi har i denne undersøkelsen i liten grad innhentet personopplysninger. Vi har innhentet fullt navn og e-postadresse for de vi har intervjuet i bydelen. Vi har for et utvalg ansatte sett fornavnet og hvilken opplæring disse er registrert med, i kompetansestyringssystemet

Dossier. Vi har også mottatt eksempler på medikamentregnskap hvor navnet på brukeren var sladdet.

5. IT-rettede kontroller

Kommunerevisjonen har innhentet informasjon om et utvalgte ansatte fra kompetansestyringssystemet Dossier, jf. punkt 4. Vi så på om det forelå kompetanseplaner i Dossier for disse, og om det var registrert at de hadde gjennomført opplæring. Det er ikke gjennomført IT-rettede kontroller knyttet til selve systemet.

6. Gyldighet og pålitelighet

Kommunerevisjonens kvalitetssikring av datagrunnlaget omfatter en vurdering av dataenes gyldighet og pålitelighet. Med gyldighet menes hvor godt en klarer å måle det en har til hensikt å måle eller undersøke, mens pålitelighet refererer til hvor nøyaktig innsamlingen av data har vært.

Kvalitetssikringen i forvaltningsrevisjonen er foretatt av andre personer enn dem som har samlet inn og behandlet dataene. Kommunerevisjonen har kvalitetssikret at revisjonskriteriene er relevante for undersøkelsens problemstilling, både gjennom en intern kvalitetssikring og ved at Byrådsavdeling for helse og Bydel Bjerke har hatt mulighet til å kommentere og foreslå endringer i kriteriene.

Fakta vi har innhentet om byråden for helses og byråden for sosiale tjenesters oppfølging av bystyrets vedtak, er verifisert av Byrådsavdeling for helse og Byrådsavdeling for sosiale tjenester. Fakta vi har innhentet om legemiddelhåndtering i Bydel Bjerke, er verifisert av bydelen.

Vi har innhentet og vurdert fakta fra én av fire distrikter i hjemmetjenesten i bydelen og fra én av syv tilrettelagte boliger. (To av boligene har samme avdelingsleder.) Fakta fra de to tjenestestedene vil nødvendigvis ikke være representative for alle tjenestestedene som håndterer legemidler i bydelen, men gir etter vår vurdering likevel et bilde av bydelens legemiddelhåndtering.

Kommunerevisjonens beskrivelser, vurderinger og konklusjoner er avpasset de mulighetene og begrensningene som ligger i datagrunnlaget. Samlet sett vurderer Kommunerevisjonen at de innsamlede dataene har tilstrekkelig gyldighet og pålitelighet som grunnlag for rapportens vurderinger og konklusjoner

Vedlegg 3 Uttalelse fra byråden for helse

Byrådsavdeling for helse



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
25/1068 - 49

Saksbeh.:
Synnøve Sjøflot, 472 91 820

Dato:
20.08.2025

Forvaltningsrevisjon legemiddelhåndtering - Rapport til uttalelse

Jeg viser til Kommunerevisjonens henvendelse 12. august 2025 og vedlagte rapport Legemiddelhåndtering. Det er bedt om en uttalelse til rapporten. Rapporten er samtidig sendt til uttalelse til Byråden for sosiale tjenester og Bydel Bjerke. Det er bedt om svar på åtte spørsmål som alle besvares nedenfor.

1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Ja, prosjektets hensikt, å vurdere min oppfølging av bystyrets vedtak om uvarslede tilsyn ved tjenestesteder som håndterer legemidler, har vært tydelig kommunisert.

2. Har byråden kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner?

Metoden fremstår som grundig og basert på relevante kilder, inkludert dokumentgjennomgang og innhentede redegjørelser fra etater og bydel. Jeg har videre ingen innvendinger til rapportens konklusjoner, men jeg ønsker å påpeke at Sykehjemsetatens risikobaserte tilnærming kunne vært utdypet ytterligere. Dette kunne gitt et mer helhetlig bilde av hvordan ulike tilsynsformer kan bidra til pasientsikkerhet og kvalitet.

3. Har byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner?

Revisjonskriteriene fremstår som relevante og godt forankret i gjeldende regelverk.

4. Hva er byrådets samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

Rapporten gir et nyttig og balansert bilde av status for uvarslede tilsyn. Den viser at det er behov for ytterligere oppfølging og systematisk planlegging i bydelene og i Helseetaten, samtidig som den anerkjenner tiltak som allerede er iverksatt. Jeg vurderer anbefalingene som relevante og vil bruke dem i det videre forbedringsarbeidet.

5. Vil byråden vurdere eller iverksette tiltak på bakgrunn av rapporten og Kommunerevisjonens anbefalinger?

 Oslo kommune
Byrådsavdeling for helse

Besøksadresse:
Olav V gate 4
Postadresse:
Rådhuset, 0037 OSLO

Telefon: 21 80 21 80
postmottak@byr.oslo.kommune.no
Org. Nr.: 876819872
oslo.kommune.no

Jeg vil vurdere ytterligere tiltak for å sikre at uvarslede tilsyn gjennomføres årlig og systematisk ved alle relevante tjenestesteder.

6. Dersom tiltak vil iverksettes; hvilke tiltak og hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av aktuelle tiltak?

Iverksatte tiltak:

I forbindelse med den pågående forvaltningsrevisjonen og innhenting av opplysninger fra Helseetaten, ble byrådsavdelingen i april 2025 informert om at etaten ikke hadde gjennomført uvarslede tilsyn ved tjenestesteder som håndterer legemidler i løpet av 2024. Som oppfølging er Helseetaten, i brev datert 29. april 2025, bedt om å rapportere til byrådsavdelingen innen 5. september 2025 om antall uvarslede tilsyn gjennomført i perioden 10. april til 31. august 2025. Brevet er vedlagt til orientering. Videre tiltak vil bli vurdert med bakgrunn i etatens oversendte tilbakemelding, med mål om å sikre at uvarslede tilsyn gjennomføres i tråd med bystyrets vedtak. Byrådsavdelingen vil følge opp rapporteringen i september og vurdere behov for ytterligere tiltak innen utgangen av året.

Planlagte tiltak:

Byrådsavdelingen har som mål å unngå unødig rapportering fra bydelene, men vurderer det fortsatt som nødvendig med tett oppfølging for å sikre at bystyrets vedtak blir gjennomført. Derfor vil rapportering om gjennomførte og planlagte tilsyn fortsatt kreves fra bydelene. Byrådsavdelingen vil avvente behandlingen av Kommunerevisjonens rapport, for å sikre at videre henvendelser er i tråd med eventuelle vedtak eller presiseringer fra bystyrets organer. Når rapporten er behandlet, vil det bli sendt ut en oppdatert orientering med tydelige krav til rapportering og oppfølging, med mål om å sikre systematisk og forsvarlig legemiddelhåndtering i alle bydeler.

Enkelte bydeler hadde ved siste kartlegging ikke gjennomført noen uvarslede tilsyn, og disse vil bli fulgt opp særskilt for å sikre at nødvendige tiltak iverksettes innen rimelig tid.

7. Oppfattes rapporten som nyttig for byråden?

Ja, rapporten gir verdifull innsikt i status og utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering og tilsyn. Rapporten er dermed et viktig bidrag til arbeidet med å styrke kvalitet og sikkerhet i kommunens helsetjenester.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Rapporten er godt strukturert og har en klar og presis språkbruk. Den er lett tilgjengelig for både fagpersoner og beslutningstakere.

Vennlig hilsen

Saliba Andreas Korkunc

byråd

Vedlegg 4 Uttalelse fra byråden for sosiale tjenester

Byrådsavdeling for sosiale tjenester



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
25/1068 - 47

Saksbeh.:
Stian Nissen Biong, 918 45 714

Dato:
01.09.2025

Rapport til uttalelse - legemiddelhåndtering

Det vises til brev fra Kommunerevisjonen av 12. august 2025 om overnevnte.

Jeg ønsker å komme med en presisering knyttet til rapportens omtale av etatsstyringsmøtene mellom Byrådsavdeling for sosiale tjenester og Barne- og familieetaten (BFE) i 2024. I rapportens kap. 2.4.1 står det: «Tilsyn på legemiddelområdet har ikke vært tema i byrådsavdelingens etatsstyringsmøter med etaten i 2024.»

Jeg vil gjøre oppmerksom på at legemiddelhåndtering ble tatt opp i det tredje etatsstyringsmøtet med BFE i 2024. Dokumentasjon er vedlagt. Ved en inkurie er referatet fra dette etatsstyringsmøte ikke oversendt Kommunerevisjonen tidligere.

Til de generelle spørsmålene har jeg følgende korte kommentarer:

1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar? Ja.
2. Har byråden kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke? Ingen kommentarer.
3. Har byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner? I tilfelle hvilke? Ingen kommentarer.
4. Hva er byrådets samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger? Rapporten vurderes som viktig og nyttig.
5. Vil byråden vurdere eller iverksette tiltak på bakgrunn av rapporten og Kommunerevisjonens anbefalinger? Uvarslede tilsyn med legemiddelhåndtering i BRF og VEL vil fortsatt være tema i etatsstyringsmøtene.
6. Dersom tiltak vil iverksettes; hvilke tiltak og hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av aktuelle tiltak? Se svar på spm. 5.
7. Oppfattes rapporten som nyttig for byråden? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har fremkommet som svar på ovenstående spørsmål. Se svar på spm. 4.
8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk? Ingen kommentarer.

 Oslo kommune
Byrådsavdeling for sosiale tjenester

Besøksadresse:
Rådhuset
Postadresse:
Rådhuset, 0037 OSLO

Telefon: 21 80 21 80
postmottak@byr.oslo.kommune.no
Org. Nr.: 925192686
oslo.kommune.no

Vennlig hilsen

Julianne Ferskaug

Byråd for sosiale tjenester

Vedlegg:

Referat tredje BFE etatsstyringsmøte 2024

Vedlegg 5 Uttalelse fra Bydel Bjerke

Bydel Bjerke



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
25/11701 - 7

Saksbehandler:
Natasha Panjkovic

Dato: 04.09.2025

Forvaltningsrevisjon - Legemiddelhåndtering - Bydel Bjerke

Bydel Bjerke takker for rapporten og den grundige gjennomgangen av legemiddelhåndteringen ved to av våre tjenestesteder. Prosjektets hensikt har vært klart og tydelig kommunisert, og formålet med revisjonen har vært godt forstått gjennom hele prosessen.

Bydelen vurderer at metoden som er benyttet i prosjektet er grundig, og at datagrunnlaget er relevant og tilstrekkelig. Det er ikke identifisert forhold som etter vår vurdering svekker rapportens konklusjoner. Revisjonskriteriene fremstår som hensiktsmessige og velbegrunnede, og i samsvar med gjeldende lovverk og forskrifter på området.

Rapportens konklusjoner og anbefalinger vurderes som gjennomgående hensiktsmessige og godt underbygget. Den belyser viktige aspekter ved legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten, og det er positivt at rapporten bidrar til å synliggjøre forbedringsområder og gir konkrete anbefalinger som kan styrke kvaliteten i tjenesten. Samtidig mener bydelen at enkelte konklusjoner kunne vært mer nyansert, særlig med tanke på praktiske utfordringer rundt fysiske lokaler. Det er viktig at anbefalingene tilpasses den konteksten tjenesten opererer i, og at det legges til rette for realistiske og gjennomførbare tiltak.

Bydelen vil iverksette de tiltakene som er anbefalt i rapporten, forutsatt at dette lar seg gjennomføre innenfor de rammer og ressurser som bydelen har til disposisjon.

Helseetaten har nylig utarbeidet en byomfattende rutine for kvalitetskontroll som vil dekke revisjonens anbefalinger knyttet til internkontroll og risiko- og sårbarhetsanalyser. Denne rutinen forventes implementert før utgangen av 2025, og vil bidra til å styrke det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.



Oslo kommune
Bydel Bjerke
Helse og mestring

Besøksadresse:
Ulvenveien 80, 0581 Oslo
Postadresse:
Postboks 13 Økern, 0508 OSLO

Telefon: 21802180
postmottak@bbj.oslo.kommune.no
Org. nr.: 974778874
oslo.kommune.no

side 2

Rapporten gir et godt utgangspunkt for videre forbedringsarbeid, og vi ser verdien av å ha en ekstern vurdering som kan bidra til å styrke kvalitet og pasientsikkerhet. Videre fremstår rapporten som ryddig og oversiktlig, med et klart og forståelig språk. Oppbygningen gjør det enkelt å følge resonnementene og se sammenhengen mellom funn, vurderinger og anbefalinger

Med vennlig hilsen

Natasha Panjkovic
avdelingssjef

Linda Asbjørnsen
konstituert seksjonssjef

 **Oslo kommune**
Bydel Bjerke
Helse og mestrings

Besøksadresse:
Ulvenveien 80, 0581 Oslo
Postadresse:
Postboks 13 Økern, 0508 OSLO

Telefon: 21802180
postmottak@bbj.oslo.kommune.no
Org. nr.: 974778874
oslo.kommune.no



Oslo

Oslo kommune
Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 Oslo

Tel. +21 80 21 80

Rapport 13/2025

Du finner mer informasjon
om Kommunerevisjonen
og våre rapporter på:

www.krv.oslo.kommune.no