



Legemiddelhåndtering

Helseetaten
Sykehjemsetaten
Velferdsetaten

2019

Tidligere publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

- Rapport 1/2018 Svømmeopplæringen i barneskolen
- Rapport 2/2018 Eierskapskontroll – Vigo IKS
- Rapport 3/2018 Oppsummering av utvalgte undersøkelser gjennomført i regnskapsrevisjonen 2017
- Rapport 4/2018 Renovasjonsetatens anskaffelse av avfallsinnhenting
- Rapport 5/2018 Sykehjemsetaten – kvalitetsutvikling i langtidshjem og helsehus
- Rapport 6/2018 Overordnet styring av informasjonssikkerhet
- Rapport 7/2018 Saksbehandlingstid reguleringsplaner – Detaljregulering i Oslo kommune
- Rapport 8/2018 Barnevernsinstitusjoner – kompetanse og bemanning m.m.
- Rapport 9/2018 Bydelenes forebygging av utenforskap blant barn og unge
- Rapport 10/2018 Måloppnåelse og resultater i Områdeløft Tøyen
- Rapport 11/2018 Styring av Boligbygg Oslo KF for å forebygge korrupsjon og misligheter
- Rapport 12/2018 Eiendomstransaksjoner i Boligbygg Oslo KF
- Rapport 13/2018 Eierskapskontroll – HAV Eiendom AS
- Rapport 14/2018 Klimaetatens arbeid med kommunens klimamål
- Rapport 15/2018 Rehabilitering i helsehus
- Rapport 16/2018 Ernæringsarbeidet i hjemmetjenesten
- Rapport 17/2018 Spesialundervisning i videregående skole – Elvebakken videregående skole og Kuben videregående skole
- Rapport 18/2018 Internkontroll i investeringsprosjekter i Omsorgsbygg
-
- Rapport 1/2019 Sikkerhetskrav i IKT-anskaffelser
- Rapport 2/2019 Tilgjengeligheten til sosiale tjenester i NAV
- Rapport 3/2019 Oppsummering av utvalgte undersøkelser gjennomført i regnskapsrevisjonen 2018
- Rapport 4/2019 Eierskapskontroll – Oslo Pensjonsforsikring AS
- Rapport 5/2019 Kommunens bruk av leverandøroppfølgingssystemet HMSREG – Utviklings- og kompetanseetaten, Kultur- og idrettsbygg Oslo KF, Undervisningsbygg Oslo KF.
- Rapport 6/2019 Vg3 fagopplæring i skole – Elektrikerfaget på Bjørnholt videregående skole og Helsearbeiderfaget på Nydalen videregående skole
- Rapport 7/2019 Forvaltning av informasjon om kommunal eiendom
- Rapport 8/2019 Bemanning og kontinuitet i hjemmetjenesten
- Rapport 9/2019 Dispensasjoner og oppfølging av mulige ulovligheter – Plan- og bygningsetaten
- Rapport 10/2019 Vinterdrift av veinettet
- Rapport 11/2019 Økonomisk internkontroll i Oslo Havn KF
- Rapport 12/2019 Bydelenes frisklivsarbeid

For mer informasjon om Kommunerevisjonen og våre rapporter se www.krv.oslo.kommune.no

Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet *Legemiddelhåndtering i kommunale virksomheter*.

Undersøkelsen er forankret i kontrollutvalgets vedtak av 29.01.2019 (sak 11) og tilhører området myndighetsutøvelse og brukertilpassede tjenester med tilstrekkelig kvalitet, jf. bystyrets vedtak om *Overordnet analyse og plan for forvaltningsrevisjon 2016–2020* av 22.06.2016 (sak 186).

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 Cecilie Karlsen og Siri Strandenæs Lode, med førstnevnte som prosjektleder.

Vi vil takke Adamstuen omsorgssenter, Ullevålsveien 34, Solvang helseshus, Kommunal akutt døgnettenhet, Helseetaten, Sykehjemsetaten, Velferdsetaten og Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid for nødvendig bistand i løpet av prosjektet.

08.11.2019



Hilde Ludt
ass. avdelingsdirektør



Cecilie Karlsen
seniorrådgiver

Innhold

Hovedbudskap	5
Sammendrag	5
1. Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Formål og problemstillinger	9
1.3 Avgrensninger.....	9
1.4 Revisjonskriterier.....	10
1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring	10
1.6 Rapportens oppbygning	10
2. Om tjenestestedene som omfattes av undersøkelsen	11
2.1 Velferdsetaten – Adamstuen omsorgssenter.....	11
2.2 Helseetaten – Kommunal akutt døgnenhet	11
2.3 Sykehjemsetaten – Solvang helsehus	11
2.4 Velferdsetaten – Ullevålsveien 34.....	12
3. Rammer for legemiddelhåndteringen	13
3.1 Medisinskfaglig rådgiver	13
3.2 ROS-analyse og prosedyrer	14
3.3 Sikring av nødvendig kompetanse.....	21
4. Oppbevaring, istandgjøring, utdeling, kassasjon og journalføring	28
4.1 Oppbevaring av legemidler.....	28
4.2 Istandgjøring og utdeling av legemidler	30
4.3 Kassasjon av legemidler	35
4.4 Journalføring.....	36
5. Håndtering av A- og B-preparater	40
5.1 Revisjonskriterier.....	40
5.2 Faktabeskrivelse	40
5.3 Kommunerevisjonens vurderinger.....	45
6. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger	47
6.1 Konklusjoner.....	47
6.2 Anbefalinger	48
7. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse	49
7.1 Byråden for helse, eldre og innbyggertjenester	49
7.2 Helseetaten.....	50
7.3 Sykehjemsetaten	51
7.4 Velferdsetaten	51
Referanser	53
Vedlegg 1 Revisjonskriterier	55
Vedlegg 2 Metode	64
Vedlegg 3 Uttalelse fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester	70
Vedlegg 4 Uttalelse fra Helseetaten.....	74
Vedlegg 5 Uttalelse fra Sykehjemsetaten.....	77
Vedlegg 6 Uttalelse fra Velferdsetaten.....	79

Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har undersøkt om legemiddelhåndteringen har vært i tråd med regelverket ved fire utvalgte tjenestesteder i Helseetaten, Sykehjemsetaten og Velferdsetaten.

Undersøkelsen viser at ingen av de fire tjenestestedene sikret en håndtering av legemidler fullt ut i tråd med regelverket i undersøkelsesperioden. Det var imidlertid ulikt omfang av mangler og svikt i legemiddelhåndteringen. Omfanget av mangler og svakheter tilsier at legemiddelhåndteringen i Velferdsetaten ved Adamstuen omsorgssenter var svært mangelfull. Det var manglende kontroll med A- og B-preparater og håndtering av svinn i Sykehjemsetaten ved Solvang helsehus. Det var videre mangler og svakheter knyttet til legemiddelhåndteringen i Velferdsetaten ved Ullevålsveien 34, og det var enkelte avvik og forbedringsmuligheter i Helseetaten ved Kommunal akutt døgnenhet.

Sammendrag

Legemiddelhåndtering er et erkjent risikoområde i helse- og omsorgstjenesten. Svikt kan medføre alvorlig feilbehandling og dødsfall. En rekke tidligere undersøkelser av legemiddelhåndteringen i Oslo kommunes virksomheter har vist mangler på området. Blant annet derfor er gode internkontrollsystemer, kontinuerlig overvåking og en kultur for avviksrapporing og -håndtering viktig.

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

Hovedproblemstillingen har vært om håndteringen av legemidler var i tråd med regelverket, deriblant

- om det var utpekt en faglig rådgiver dersom virksomhetsleder ikke var lege eller provisorfarmasøyt (mastergrad i farmasi)
- om det var utarbeidet og implementert prosedyrer for legemiddelhåndtering som bygde på en gjennomført risiko- og sårbarhetsvurdering (ROS-analyse)
- om det var utarbeidet og implementert rutiner for avvikshåndtering
- om det ble sikret at ansatte som håndterte legemidler, hadde nødvendig kompetanse
- om legemidler ble oppbevart utilgjengelig for uvedkommende
- om virksomheten som forutsatt hadde et system for håndtering av A- og B-preparater, og hvordan dette ble etterlevd i praksis

Undersøkelsen er gjennomført i tre etater og på fire ulike tjenestesteder: Helseetaten ved Kommunal akutt døgnenhet, Sykehjemsetaten ved Solvang helsehus og Velferdsetaten ved Adamstuen omsorgssenter og omsorgsboligen Ullevålsveien 34. Felles for disse tjenestestedene var at de skulle etterleve kravene i *forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*.

Undersøkelsesperioden har vært januar 2018–mai 2019. Datainnsamlingen foregikk i mai–juni 2019.

Datainnsamlingen har omfattet dokumentgjennomgang, intervjuer med aktuelle ledere og eventuelt sykepleiere, observasjoner av medisinerom og av legemiddelutdeling, og kontroller av regnskapet med A- og B-preparater.

Sentrale vurderinger

Medisinskfaglig rådgiver

Det var utpekt en medisinskfaglig rådgiver på Kommunal akutt døgnerhet og på Solvang. Det var ikke klart om Adamstuen hadde en medisinskfaglig rådgiver i hele undersøkelsesperioden. Ullevålsveien 34 var ikke kjent med at det var oppnevnt en medisinskfaglig rådgiver. For å sikre forsvarlighet i legemiddelhåndteringen er det viktig at det til enhver tid er klart hvem ansatte kan henvende seg til ved spørsmål knyttet til legemidler.

ROS-analyser og rutiner

Alle de fire tjenestestedene hadde forbedringsmuligheter knyttet til risiko- og sårbarhetsanalyser. Ingen av dem hadde etablert/oppdattert rutinene for legemiddelhåndtering i lys av en vurdering av risiko og sårbarhet (ROS-analyse). Lokale rutiner på Adamstuen, Kommunal akutt døgnerhet og Ullevålsveien 34 omfattet ikke risikovurderinger. Dette medfører et svakere grunnlag for sikring av forsvarlig legemiddelhåndtering enn legemiddelforskriften tilsier, og høyere risiko for svikt.

Avvikssystem

Alle tjenestestedene hadde rutiner for å melde avvik, men praksis varierte. Adamstuen hadde et system for avviksrapportering og -håndtering, men undersøkelsen tyder likevel på at det var en underrapportering av avvik. Også på Solvang tyder undersøkelsen på at det var en underrapportering av avvik. Det var også risiko for underrapportering av avvik på Kommunal akutt døgnerhet og i Ullevålsveien 34.

Kompetanse

Adamstuen sikret ikke nødvendig kompetanse hos ansatte som håndterte legemidler. Undersøkelsen tydet også på at nødvendig kompetanse ikke ble sikret fullt ut på Solvang. Kommunal akutt døgnerhet og Ullevålsveien 34 hadde rutiner og praksis som kunne bidra til at ansatte som håndterer legemidler, hadde tilstrekkelig kompetanse. Ullevålsveien 34 sikret imidlertid ikke at det ble gjennomført nødvendige oppfriskningskurs. Kommunerevisjonen har videre merket seg at Kommunal akutt døgnerhet var i ferd med å få etablert et e-læringskurs i legemiddelhåndtering.

Oppbevaring

Undersøkelsen viser at Adamstuen ikke i tilstrekkelig grad sikret at legemidler ble oppbevart utilgjengelig for uvedkommende, mens dette var tilfredsstillende på Kommunal akutt døgnerhet, på Solvang og i Ullevålsveien 34. Kommunerevisjonen har imidlertid bemerket at medisintrallen ble stående ulåst ved observasjonen av medisinerutdeling på Solvang.

Utdeling

Alle tjenestestedene hadde iverksatt tiltak som kunne bidra til at riktig legemiddel ble gitt til riktig beboer i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Avviksmeldinger viste imidlertid at det kunne oppstå tilfeller av svikt i dette på alle tjenestestedene. Undersøkelsen viser dessuten at det var mangler og svikt knyttet til dette på Adamstuen,

blant annet fordi innholdet i multidoser ikke ble kontrollert, og fordi inntak av medisiner ikke ble observert.

Kassasjon

Både Adamstuen, Kommunal akutt døgnerhet, Solvang og Ullevålsveien 34 hadde rutiner og utstyr som kunne bidra til at legemidler ble håndtert som risikoavfall. Adamstuen hadde ikke utstyr for kassasjon av flytende legemidler, selv om omsorgssenteret håndterte flytende A-preparater daglig. Det innebærer potensiell miljørisiko å helle flytende legemidler i vasken.

Journalføring

Adamstuen sikret ikke løpende journalføring av om medisin var gitt / ikke gitt i beboerjournalen, men hadde et medisinregnskap på papir over utleverte A- og/eller B-preparater som omfattet om legemidlene var gitt / ikke gitt. Adamstuen hadde heller ikke sikret løpende journalføring av effekter av legemidler for beboerne. Fravær av oppdaterte journaler øker risikoen for at eventuelle negative effekter eller manglende effekt av legemidler ikke blir korrigert, og at hensikten med legemiddelbehandlingen ikke oppnås.

Kommunal akutt døgnerhet og Solvang syntes å ha løpende journalføring av om legemidler ble utlevert til pasientene eller ikke. Journalføringen ble ikke gjort i pasientenes elektroniske journal, men forelå i papirjournal. Ved Kommunal akutt døgnerhet og ved Solvang var det mangler i journalføring av effekter av eventuellmedisin i de gjennomgåtte journalene. Når effekter av medisiner som gis etter behov, ikke dokumenteres, gir det risiko for feilbehandling.

Ullevålsveien 34 sikret ikke løpende journalføring av om medisin var gitt / ikke gitt, i beboerjournalen. Boligen hadde lagt til rette for dokumentasjon av om legemidler ble gitt beboerne eller ikke i egen papirperm. Registreringene i papirpermen var imidlertid mangelfulle. Ullevålsveien 34 syntes i hovedsak å dokumentere effekter av eventuellmedisin i papirperm, men ikke i beboerens journal. Kommunerevisjonen merker seg at boligen er i ferd med å innføre Gerica.

Kommunerevisjonen vil trekke fram at det var en svakhet på alle de undersøkte tjenestestedene at opplysninger knyttet til legemidler ble ført ulike steder. En konsekvens av dette kan være at det medfører tvil om hvor oppdaterte relevante og nødvendige opplysninger om pasienten/beboeren foreligger.

Håndtering av A- og B-preparater

Alle fire tjenestesteder hadde et system for håndtering av A- og/eller B-preparater. Systemet for og kontrollen med A- og B-regnskapet på Kommunal akutt døgnerhet var i hovedsak i orden, selv om svikt i dokumentasjonen av kontroll kunne forekomme.

På Adamstuen og Solvang ble det ført regnskap med mottak og uttak av A- og B-preparater knyttet til den enkelte pasient/beboer. Det var svikt i dobbeltkontrollen med A-preparater på Adamstuen og med både A- og B-preparater på Solvang. Adamstuen hadde ikke rutine for dobbeltkontroll med B-preparater, selv om dette kunne forekomme, og hadde ikke faste rutiner for øvrig kontroll med A- og B-preparater slik Solvang hadde.

Undersøkelsen viste at det i undersøkelsesperioden hadde vært flere tilfeller av uregelmessigheter og svinn ved Adamstuen og Solvang. På Solvang var det iverksatt kontrolltiltak etter tilfeller av svinn, men disse syntes ikke å ha fungert tilfredsstillende, ettersom svinn forekom flere ganger i 2018. På Adamstuen syntes det ikke å ha blitt iverksatt kontrolltiltak på bakgrunn av uregelmessighetene. Kommunerevisjonens kontrolltelling avdekket også at det var avvik mellom regnskap og beholdning på to av medisinerommene ved Adamstuen. Kommunerevisjonen mener omfanget av uregelmessigheter og svinn ved Adamstuen og Solvang i perioden er alvorlig, og vil dessuten påpeke at de større forekomstene av svinn ikke har blitt meldt videre slik de skulle.

Anbefalinger

Kommunerevisjonen anbefaler at Helseetaten ved Kommunal akutt døgnenhet, Sykehjemsetaten ved Solvang helsehus og Velferdsetaten ved Adamstuen omsorgssenter og Ullevålsveien 34 iverksetter tiltak i henhold til det som er avdekket i undersøkelsen, for å sikre legemiddelhåndtering i samsvar med regelverket.

Kommunerevisjonen anbefaler Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid å vurdere behov for tiltak i lys av rapportens konklusjon.

Uttalelser til rapporten

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser til rapporten fra de undersøkte etatene og fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester. Samtlige varslet relevante tiltak basert på rapportens funn, vurderinger og anbefalinger. Sykehjemsetaten har imidlertid ikke varslet tiltak knyttet til journalføring.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Legemiddelhåndtering er et erkjent risikoområde i helse- og omsorgstjenesten. Svikt kan medføre alvorlig feilbehandling og dødsfall. Ifølge Helsetilsynet avdekkes det ofte svikt og mangler ved virksomheters internkontroll i saker som omhandler alvorlige hendelser. Det mangler rutiner, opplæringen er utilstrekkelig, det er i liten grad foretatt risikovurderinger, og avvikshåndteringen er mangelfull.

En rekke tidligere undersøkelser, kvalitetsrevisjoner og tilsyn av legemiddelhåndteringen i Oslo kommunes virksomheter har vist mangler på området. Blant annet derfor er gode internkontrollsystemer, kontinuerlig overvåking og en kultur for avviksrapportering og -håndtering viktig.

Den enkelte virksomhetsleder har ansvaret for å sikre at legemiddelhåndteringen i helsetjenesten blir organisert og drevet i samsvar med lover, forskrifter og andre gjeldende bestemmelser. Virksomhetsleder har en internkontrollplikt, herunder 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 har vært å bidra til forbedring av kommunens håndtering av legemidler.

Hovedproblemstillingen i undersøkelsen har vært følgende:

- Sikrer virksomheten at håndteringen av legemidler er i tråd med regelverket?

Vi har blant annet undersøkt følgende nærmere:

- om det er utpekt en faglig rådgiver dersom virksomhetsleder ikke er lege eller provisorfarmasøyt (mastergrad i farmasi)
- om det er utarbeidet og implementert prosedyrer for legemiddelhåndtering som bygger på en gjennomført risiko- og sårbarhetsvurdering (ROS-analyse)
- om det er utarbeidet og implementert rutiner for avvikshåndtering
- om det sikres at ansatte som håndterer legemidler, har nødvendig kompetanse
- om legemidler oppbevares utilgjengelig for uvedkommende
- om virksomheten som forutsatt har et system for håndtering av A- og B-preparater¹, og eventuelt hvordan dette etterleves i praksis

1.3 Avgrensninger

Forvaltningsrevisjonen omfatter ikke legemiddelgjennomgang per pasient. Den omfatter heller ikke rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. Vi har ikke systematisk undersøkt forholdet mellom ordinasjon og faktisk dosering/utdeling av medisiner til den enkelte pasient. Når det gjelder oppbevaring, har vi kun observert og ikke undersøkt nærmere lagringsforhold som temperatur etc. på medisinerommene. Kontroll med medisinenes holdbarhet er heller ikke omfattet. Videre er det bare avfallshåndtering knyttet til legemidler som omfattes, ikke medisinsk utstyr for øvrig.

¹ A-preparater er sterke, vanedannende legemidler (narkotika). B-preparater er vanedannende legemidler, eksempelvis sovemidler, sterke smertestillende eller reseptpliktige hostestillende midler.

Kommunerevisjonens undersøkelse har videre ikke omfattet behandling av personopplysninger i forbindelse med legemiddelhåndtering.

Vi har omtalt svinn av legemidler som kan falle inn under misligheter, men vi har ikke gjort nærmere undersøkelser av håndteringen av eventuelle misligheter som del av forvaltningsrevisjonen. Kommunerevisjonen vil rapporterte eventuelle misligheter til kontrollutvalget i egne saker.

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er den målestokken som legges til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er blant annet basert på krav i følgende kilder:

- lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)
- lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
- lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- lov om legemidler mv. (legemiddeloven)
- forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og personell som yter helsehjelp
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- forskrift om pasientjournal
- Rundskriv IS-7/2015 *Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer*

De konkrete revisjonskriteriene som er benyttet, blir presentert der de kommer til anvendelse i det enkelte kapittel i rapporten. For nærmere utdyping av grunnlaget for revisjonskriteriene viser vi til vedlegg 1.

1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsen omfatter Helseetaten ved Kommunal akutt døgnenhet, Sykehjemsetaten ved Solvang helsehus og Velferdsetaten ved Adamstuen omsorgssenter og omsorgsboligen Ullevålsveien 34. På Kommunal akutt døgnenhet og Solvang helsehus har undersøkelsen vært rettet mot henholdsvis post 3 og avdeling 4B.

Undersøkelsen er basert på gjennomgang av dokumentasjon ved de fire tjenestestedene, blant annet prosedyrer og eventuelt medikamentregnskap. Videre har vi gjennomført intervjuer av relevante virksomhetsledere ved tjenestestedene og observasjoner av blant annet utdelingen av legemidlene.

Datainnsamlingen er i hovedsak gjennomført i perioden mai–juni 2019, og undersøkelsesperioden har primært vært januar 2018–mai 2019.

Metoden og undersøkelsesopplegget er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

1.6 Rapportens oppbygning

I kapittel 2 informerer vi kort om de fire tjenestestedene som undersøkelsen omfatter. Kapittel 3–5 omfatter tema knyttet til rapportens problemstilling, dvs. virksomhetsleders ansvar, oppbevaring, istandgjøring, utdeling og kassasjon, og håndtering av A- og B-preparater. Kapittel 6 inneholder Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger. I kapittel 7 oppsummerer og vurderer vi vesentlige momenter i uttalelsene fra virksomhetene. De mottatte uttalelsene følger i sin helhet som vedlegg i rapporten.

2. Om tjenestestedene som omfattes av undersøkelsen

2.1 Velferdsetaten – Adamstuen omsorgssenter

Velferdsetaten disponerte 696 institusjonsplasser i 2018, fordelt på akutt- og korttidsplasser, rehabiliteringsplasser og omsorgsplasser. 238 av plassene ble driftet av ideelle og private leverandører. Noen av Velferdsetatens rusinstitusjoner ivaretok medikamenthåndtering for brukerne/beboerne, deriblant A- og B-preparater.

Adamstuen omsorgssenter er et omsorgstilbud til brukere i aktiv rus. Omsorgssenteret tilbyr en midlertidig bolig til brukere som bydelene har utfordringer med å bosette i annet egnet tiltak. Det var 43 døgnplasser ved Adamstuen, og på undersøkelsestidspunktet fikk vi opplyst at omsorgssenteret hadde 32 beboere. Det var døgnbemanning, og medikamenthåndtering var en del av tilbudet. Omsorgssenteret besto av tre etasjer, og det var et medisinerom/-skap i alle etasjene.

Det ble gjennomført farmasøytisk tilsyn ved Adamstuen i 2018 og 2019. Nærmere informasjon om disse blir presentert aktuelle steder i faktabeskrivelsen i kapitlene 3–5.

2.2 Helseetaten – Kommunal akutt døgnerhet

Helseetatens tilbud om Kommunal akutt døgnerhet ble opprettet i 2013 som et tilbud for pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles av allmennleger og sykepleiere i primærhelsetjenesten. Kommunal akutt døgnerhet skal bidra til å avlaste spesialisthelsetjenesten med øyeblikkelig hjelp-innleggelser av pasienter med somatisk sykdom samt forebygge innleggelser av pasienter med psykisk sykdom og/eller ruslidelse. Tilbudet skal erstatte sykehusinnleggelse for pasienter som kan få et like godt tilbud på Kommunal akutt døgnerhet som på sykehusene.

Liggetiden på Kommunal akutt døgnerhet var ifølge Helseetatens årsberetning på i gjennomsnitt fire døgn i 2018. Dette gjaldt 4659 innleggelser. Pasienttyngden er beskrevet som pleiekrevenende. Kommunal akutt døgnerhet håndterer både A- og B-preparater. Det var et eget medisinerom ved hver av postene.

Kommunal akutt døgnerhet er lokalisert på Aker sykehus og er fordelt på tre poster/avdelinger med til sammen 72 senger. Kommunerevisjonens undersøkelse har vært rettet mot post 3, som i noe større grad enn de andre Kommunal akutt døgnerhet-avdelingene var tilrettelagt for pasienter med demens.

Helseetaten gjennomførte i 2018 internrevisjon av legemiddelhåndteringen på Kommunal akutt døgnerhet. Det ble også gjennomført farmasøytisk tilsyn ved Kommunal akutt døgnerhet i 2018. Nærmere informasjon om disse undersøkelsene blir presentert på aktuelle steder i faktabeskrivelsen i kapitlene 3–5.

2.3 Sykehjemsetaten – Solvang helsehus

Solvang helsehus er ett av fire helsehus i Oslo kommune, opprettet i 2015. Helsehusene tilbyr ulike korttids- og rehabiliteringsopphold. Helsehusenes primæroppgave er å bidra til at pasientene skal kunne bo i eget hjem.

Solvang helsehus har 141 plasser i fem avdelinger, fordelt på henholdsvis mottak, trygghetsopphold, rehabilitering, korttidsplasser og lindrende enhet. Helsehuset ble omorganisert ved årsskiftet 2018/2019. Forvaltningsrevisjonen har vært rettet mot avdeling 4B, som er en korttidsavdeling med 19 plasser. Vi fikk opplyst at relativt mange av pasientene ved posten var på rullerende opphold (avlastningsopphold). Belegget på avdelingen kunne variere – ved våre kontrollbesøk hadde 17 pasienter opphold. Mange av pasientene fikk multidoseposer fra apotek, og noen hadde i tillegg eventuellmedisiner som kunne omfatte A- og B-preparater. Det var et eget medisinerom i hver av postene.

Det ble gjennomført farmasøytisk tilsyn ved Solvang helsehus i 2018 og i 2019. Helsestaten gjennomførte en kvalitetsrevisjon ved helsehuset vinteren 2018/2019. Kvalitetsrevisjonen berørte forhold knyttet til helsehusets håndtering av legemidler ved blant annet innhenting av informasjon om legemidler (medisinlister), informasjon til pasienter/pårørende ved medisinendringer og oppdaterte legemiddellister ved utskrivelse. Nærmere informasjon om disse undersøkelsene blir presentert der det er relevant i faktabeskrivelsen i kapitlene 3–5.

2.4 Velferdsetaten – Ullevålsveien 34

Velferdsetaten driver tre heldøgns byomfattende boligtilbud for utviklingshemmede, deriblant Ullevålsveien 34. Boligen hadde sju voksne beboere på undersøkelsestidspunktet. Funksjonsnivået hos beboerne varierte, og seks av beboerne fikk faste medisiner.

Beboerne var fordelt på tre etasjer/avdelinger. Det var et låsbart medisinerom i kjelleren, der medisinen ble oppbevart. Én gang i uka ble legemidler dosert, og de ferdigdoserne ble deretter oppbevart i låsbare skap i hver etasje. I første etasje var det egne medisinskap til hvert rom / hver beboer, mens det i andre og tredje etasje var et felles skap for alle beboerne.

Det var sist gjennomført farmasøytisk tilsyn ved boligen i 2017. Nærmere informasjon om denne blir presentert aktuelle steder i faktabeskrivelsen i kapitlene 3–5. Vi har ikke sett andre tilsyns- eller revisjonsrapporter som omhandler Velferdsetatens boliger.

3. Rammer for legemiddelhåndteringen

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan virksomhetsleder har lagt til rette for systematisk håndtering av legemidler ved hjelp av rutiner, kompetanse og kontinuerlig forbedringsarbeid.

3.1 Medisinskfaglig rådgiver

3.1.1 Revisjonskriterium

- Dersom virksomhetsleder ikke er lege eller provisorfarmasøyt, skal det være utpekt en faglig rådgiver som har slik utdanning.

3.1.2 Faktabeskrivelse

Adamstuen omsorgssenter

Institusjonslederen var ikke lege eller provisorfarmasøyt. Velferdsetaten og lederen på Adamstuen oppga i mai 2019 at en overlege i Velferdsetaten var rådgivende lege fra 03.10.2017. En sykepleier opplyste i juni 2019 at dette var usikkert, ettersom overlegen hadde gått over i en annen stilling. Lederen oppga at overlegen fremdeles skulle være rådgivende lege. Overlegen selv oppga i oktober 2019 at hun ikke var sikker på om hun fortsatt var medisinskfaglig rådgiver for Adamstuen. Det forelå ikke noe dokument der det framgikk hvem som var rådgivende lege.

Kommunal akutt døgnerhet

Institusjonslederen var ikke lege eller provisorfarmasøyt. Kommunal akutt døgnerhets seksjonsoverlege var medisinskfaglig ansvarlig for virksomheten; dette gikk fram av seksjonsoverlegens stillingsbeskrivelse. Seksjonsoverlegen var dessuten konstituert som virksomhetsleder i deler av undersøkelsesperioden (12.04.–13.08.2019). Assisterende seksjonsoverlege skulle følge opp at rutiner var oppdatert og kjent, og at de ble kontrollert.

Solvang helsehus

Institusjonslederen var ikke lege eller provisorfarmasøyt. På kontrolltidspunktet i mai 2019 hadde Solvang ifølge avdelingssykepleier ikke en egen medisinskfaglig rådgiver, men en lege på lindrende avdeling fungerte som dette. Ifølge institusjonslederen ble denne legen oppnevnt som medisinskfaglig rådgiver fra 19.06.2019. Ifølge stillingsbeskrivelsen var legen på helsehuset institusjonssjefens medisinske rådgiver. Av praktiske hensyn hadde Solvang helsehus utpekt en av legene til å ha et spesielt ansvar for denne rollen, oppga institusjonslederen.

Ullevålsveien 34

Institusjonslederen var ikke lege eller provisorfarmasøyt. Da vi intervjuet lederen, opplyste han at boligen ikke hadde en medisinskfaglig rådgiver. Senere opplyste lederen at overordnet medisinsk ansvarlig i Velferdsetaten ville kunne regnes som medisinskfaglig rådgiver, men at denne informasjonen tidligere ikke var nådd ut til tjenestestedet. Ifølge boliglederen brukte de ansatte fastleger, spesialisthelsetjenesten og enkelte ganger legevakten ved behov for råd.

3.1.3 Kommunerevisjonens vurdering

Kommunal akutt døgnerhet og Solvang hadde medisinskfaglig rådgiver med godkjent utdanning. Det var også oppnevnt en medisinskfaglig rådgiver på Adamstuen i 2018,

men det forelå ikke noe dokument der dette framgikk, og det var ikke klart om den medisinskfaglige rådgiveren fortsatt var dette etter 01.01.2019. Ullevålsveien 34 var ikke kjent med at det var oppnevnt en medisinskfaglig rådgiver.

Etter Kommunerevisjonens syn er det viktig for å sikre forsvarlighet i legemiddelhåndteringen at det til enhver tid er klart hvem ansatte kan henvende seg til ved spørsmål knyttet til legemidler.

3.2 ROS-analyse og prosedyrer

3.2.1 Revisjonskriterium

- Virksomhetsleder skal ha utarbeidet og implementert prosedyrer for legemiddelhåndtering som bygger på gjennomført risiko- og sårbarhetsvurdering. Dette innebærer blant annet prosedyrer for
 - risikovurdering
 - avvikshåndtering, herunder evaluering og kontroll

I det følgende beskriver vi gjeldende rutiner på ovennevnte områder samt implementeringen av disse på de fire tjenestestedene. Med evaluering menes i denne sammenheng gjennomgang av avvik og uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges. Kontroll sikter til leders kontroll med rutineetterlevelse.

3.2.2 Faktabeskrivelse

Adamstuen omsorgssenter

Skriftlige rutiner

Velferdsetaten etablerte *Retningslinje for legemiddelhåndtering* i oktober 2018 for tjenestesteder i etaten som administrerte legemidler. Ifølge denne skulle det enkelte tjenestested ha en lokalt tilpasset medisinerutine som beskrev særskilte forhold for tjenestestedet. Rutinen sa at tjenesteleder skulle sørge for at rutiner og prosedyrer i tjenestestedets internkontrollsystem bygde på gjennomførte risiko- og sårbarhetsvurderinger, men den omfattet ikke skjema eller annet verktøy for gjennomføring av lokal risiko- og sårbarhetsanalyse.

På kontrolltidspunktet fikk vi oppgitt av lederen at de lokale prosedyrene for legemiddelhåndtering var under revisjon, og at de ikke var trådt i kraft. Rutinen for legemiddelhåndtering som gjaldt i 2018 og fram til undersøkelsestidspunktet, var rettet mot alle ansatte, dvs. både sykepleiere og andre. Rutinen ga føringer knyttet til oppbevaring av medisiner, medisিনutdeling og kontroll med A-preparater, avvik/avvikshåndtering, samarbeid med apotek mv. Når det gjaldt avvik, sto det at avvik skulle registreres på et skjema. Det sto ikke noe om hvilke hendelser det skulle meldes avvik på, og heller ikke noe om krav til gjennomgang av avvik og uønskede hendelser, slik at lignende forhold kunne forebygges. Rutinen omfattet ikke risikovurdering eller oppdatering av / internkontroll med rutinene.

Det var også en egen rutine for sykepleiere (ikke datert). Rutinen omfattet blant annet rutiner for medisindosering og -utlevering, herunder dobbeltkontroll av dosering av medisiner, observasjon av inntak av A-preparater og hvilke beboere som selv kunne administrere medisinen.

Implementering av rutinene*Risikovurdering*

Det forelå ikke en lokal risiko- og sårbarhetsanalyse på kontrolltidspunktet. En slik analyse ble påbegynt i 2017, men var ikke ferdigstilt.

Lederen oppga at de fleste rutinene var omgjort og bearbeidet på bakgrunn av erfaringer med avvik og erfarte risikoområder. Dette ble bekreftet av en sykepleier. Lederen ga også eksempler på erfarte risikoområder som hadde medført endrede rutiner for legemiddelhåndtering.

Avvikshåndtering / evaluering av og kontroll med rutineetterlevelsen

Avviksmeldinger ble registrert og meldt på egne skjema (papir) som ble levert lederen. En av sykepleierne oppga imidlertid å aldri ha meldt avvik, og mente at det var bedre å snakke sammen om avviket framfor å melde det. Lederen opplyste at de ansatte var flinke til å skrive avviksmeldinger, men at hun kjente til at flere syntes det var bedre å snakke sammen i stedet for å melde avvik. Lederen oppga at avviksmeldinger ble tatt opp i avdelingsmøter, og at de ble brukt i forbedringsarbeid. Dette ble ikke dokumentert.

Vi gjennomgikk alle legemiddelrelaterte avvik – i alt 108 – som var meldt i perioden 2018 og fram til kontrolltidspunktet i mai 2019. Den enkelte avviksmelding kunne dreie seg om ett eller flere avvik samtidig; det kunne også være meldt følgefeil. Noen avviksmeldinger gjaldt mindre alvorlige hendelser som ikke eller i liten grad fikk negative konsekvenser for beboere og/eller andre. Andre meldte avvik var mer alvorlige og kunne ha negative konsekvenser for beboere, for eksempel feil medisin til feil person, manglende / ikke dosert medisin, og medikamentsvinn. Vi kommer nærmere inn på meldte avvik i kapittel 5 om håndtering av A- og B-preparater.

Lederen hadde i de fleste tilfellene datert sin behandling og utkvittering av avviksmeldingene. I noen tilfeller var avvikene håndtert innenfor en uke etter avviksmeldingen, mens i andre tilfeller var meldingen utkvittert langt senere. Dato for håndtering/utkvittering sto i noen grad i sammenheng med alvorsgraden på avviket.

Det var utført farmasøytisk tilsyn i henholdsvis august 2017 og mars 2019. Tilsynet i 2017 resulterte i elleve avvik og fem forbedringspunkter. Tilsynet i mars 2019 viste seks avvik og fire forbedringspunkter. Avvikene gjaldt blant annet følgende:

- Annet personale enn sykepleier/vernepleier istandgjorde legemidler.
- Virksomheten hadde ikke utstedt fullmakter til å dele ut legemidler til personale som må ha dette.
- Virksomheten hadde ikke tilstrekkelig adgangskontroll.
- Virksomheten hadde ikke tilstrekkelig kontroll på legemidlers holdbarhet og brukstid.
- Virksomheten hadde ikke tilstrekkelig kontroll på medikamentregnskapet over A- og B-preparater.

Forbedringspunktene i tilsynsrapporten for 2019 gjaldt blant annet

- dokumentasjonspraksis
- kontrolltelling utført individuelt av to personer umiddelbart etter legemiddelhåndtering
- regnskap med ett skjema per preparat

Lederen oppga at hun ikke kontrollerte sykepleiernes kontroll med legemidler, herunder A- og B-preparater – dette kommer vi nærmere inn på i kapittel 5.

Kommunal akutt døgnerhet

Skriftlige rutiner

Kommunal akutt døgnerhet hadde lokale prosedyrer for legemiddelhåndtering i kvalitetssystemet Compilo/Kvalitetslosen. Prosedyrene omfattet kontroll av legemiddelhåndteringen, herunder internkontroll, og avvikshåndtering inkludert evaluering. Noen av rutinene var sist oppdatert høsten 2017 og skulle etter planen vært revidert høsten 2018. Det forelå ikke prosedyrer for risikovurdering.

Implementering av rutinene

Risikovurdering

Det forelå på kontrolltidspunktet en ROS-analyse av legemiddelhåndteringen som gjaldt hele Kommunal akutt døgnerhet. Den var utarbeidet 20.09.2018. Rutinene var ikke oppdatert på bakgrunn av gjennomført ROS-analyse.

Det farmasøytiske tilsynet i mai 2018 og Helseetatens internrevisjon i august–september 2018 ga begge avvik for manglende ROS-analyse av legemiddelhåndteringen på Kommunal akutt døgnerhet.

Avvikshåndtering / evaluering av og kontroll med rutineetterlevelsen

Kommunal akutt døgnerhets elektroniske system for avviksmelding/-håndtering var Compilo/Kvalitetslosen i undersøkelsesperioden. Systemet ble skiftet ut med systemet EQS 03.06.2019.

Vi mottok en oversikt over 18 meldte legemiddelrelaterte avvik på post 3 i perioden januar–mai 2019. Oversikten inneholdt blant annet vurdering av alvorsgrad, beskrivelse av hendelsen, konsekvenser av hendelsen, forbedringsforslag og avvikshåndtering. Det siste omfattet blant annet om avviket ble håndtert lokalt og/eller rapportert videre i systemet. Fire av avvikene var vurdert å ha høy alvorsgrad, åtte hadde middels, og seks ble vurdert å ha lav alvorsgrad. Elleve av avviksmeldingene dreide seg om brudd på kravet om riktig legemiddel til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Fire avvik gjaldt at medisiner var tilgjengelige for uvedkommende, men tre av dem berørte også kravet om riktig legemiddel til riktig tid etc. Tre av meldingene gjaldt manglende signatur/dobbeltsignatur på utdelte medisiner.

Post 3 fikk ny avdelingssykepleier fra 01.12.2018. Avdelingssykepleieren oppga å lese avviksmeldinger daglig. Avdelingssykepleieren opplevde selv at det var lav terskel for å melde avvik, og at de ansatte snakket mye om betydningen av dette for å kunne bli bedre, for sikkerheten til pasientene og for de ansatte mht. autorisasjon. Alle meldte avvik ble ifølge avdelingssykepleieren tatt opp på morgenmøtene. I tillegg ble konkrete avvik fulgt opp overfor den enkelte ansatte av avdelingssykepleieren eller teamlederen, avhengig av alvorsgraden. Avdelingssykepleieren anslo at de avvik som forekom oftest, var knyttet til manglende signaturer og manglende kontroll med at medisinen var gitt.

Konstituert avdelingsdirektør ved Kommunal akutt døgnerhet oppga at avvik ikke alltid ble registrert. Årsaken var blant annet tidspress. Han mente imidlertid at avvikene likevel ofte ble formidlet internt og/eller oppover i systemet. Han oppga også at

viktigheten av avvik regelmessig ble tatt opp i både lege- og sykepleietjenesten, og at avvik var fast diskusjonstema på driftsmøter/ledermøter.

Helseetaten gjennomførte en intern revisjon av legemiddelhåndteringen på hele Avdeling Aker (Legevakten, Forsterket rehabilitering og Kommunal akutt døgnenhet post 1–3) i august–september 2018. Rapporten fra internrevisjonen skilte ikke mellom de enkelte postene, og det var dermed ikke klart hvilke avvik som spesifikt gjaldt post 3.

Vi fikk opplyst at det ble gjennomført farmasøytisk tilsyn årlig med post 3, og vi fikk oversendt rapport fra tilsynet i mai 2018. Det var ikke gjennomført farmasøytisk tilsyn per mai/juni 2019. Ved tilsynet i 2018 ble det avdekket 11 avvik og to forbedringspunkter. Avvikene gjaldt blant annet dette:

- Medisinskfaglig rådgiver var ikke utnevnt.
- Det manglet ROS-analyser av legemiddelhåndteringen.
- Avvik etter forrige revisjon hadde ikke blitt lukket.
- Legemidler ble ikke oppbevart slik de skulle.
- Legemidler var dosert og utdelt uten at lege hadde signert/godkjent behandlingen
- Sykepleier som doserte, signerte ikke alltid for dette i kurven.
- Regnskap med B-preparater ble ikke utført i henhold til egen prosedyre.

Forbedringspunktene gjaldt

- å etablere rutine for oppfølging av at ansatte hadde lest og forstått rutiner
- å informere ansatte om rutiner for kassasjon av legemidler

Solvang helsehus

Skriftlige rutiner

Solvang helsehus benyttet Sykehjemsetatens sentrale prosedyrer knyttet til legemiddelhåndtering. Disse gjaldt blant annet

- risikovurdering og oppfølging av legemiddelhåndteringen
- utdeling
- adgangskontroll med medisinerrom/-skap
- istandgjøring, oppbevaring og kontroll
- håndtering av svinn
- dokumentasjonssystem for legemiddelhåndtering
- fullmakt til å dele ut legemidler

Med unntak av rutinen for ordinerings av legemidler, som ble etablert i 2019, var rutinene ikke revidert i 2018 eller 2019 slik de etter planen skulle ha vært. Vi fikk opplyst at helsehuset også benyttet etatens rutine for avvikshåndtering, og denne inkluderte evaluering. Helsehuset hadde en lokal rutine for praktisk opplæring i utdeling av legemidler som gjaldt for hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleierstudenter. Helsehuset hadde videre justert den sentrale rutinen for telling av A- og B-preparater, og telling skulle gjøres ukentlig istedenfor månedlig.

Implementering av rutinene

Risikovurdering

Ifølge prosedyren skulle det minimum årlig utarbeides ROS-analyse med handlingsplan knyttet til legemiddelhåndteringen ved institusjonen og i avdelingene. Eksisterende ROS-analyse ble ifølge institusjonssjefen utarbeidet i lokalt kvalitetsråd.

Det var gjennomført en ROS-analyse av legemiddelhåndtering i 2018 som omfattet hele helsehuset. Det var igangsatt enkelte tiltak som del av analysen, og sannsynligheten for og/eller den potensielle konsekvensen av hendelsene var vurdert til å ha blitt mindre som følge av tiltakene. Rutinene var ikke basert på gjennomført ROS-analyse.

Avvikshåndtering / evaluering av og kontroll med rutineetterlevelsen

Kommunerevisjonen har gjennomgått en oversikt over avvik meldt ved helsehuset i perioden 27.03.2018–15.02.2019. Denne ga i liten grad informasjon om hvor på helsehuset de ulike avvikene var meldt; kun unntaksvis gikk det fram hvilken avdeling avviket hadde skjedd på. Helsehuset viste til at de fortsatt var under opplæring i bruken av EQS, og at de foreløpig ikke hadde lært å ta ut avdelingsvis statistikk i det nye kvalitetssystemet.

Helseetatens kvalitetsrevisjon høsten 2018 fant at det var en underrapportering av avvik ved helsehuset. Ifølge revisjonsrapporten ble ansatte oppfordret av ledelsen til å skrive avvik, og det ble skrevet avvik på flere områder. Manglende tid ble oppgitt å være en årsak til underrapportering. Det kunne også være vanskelig å melde avvik der andre ansatte var involvert.

Solvang helsehus ble omorganisert til ny helsehusmodell i januar 2019. Ifølge avdelingssykepleieren hadde det etter omorganiseringen og til mai 2019 vært meldt ett legemiddelavvik i avdeling 4B. Avdelingssykepleieren mente at dette gjenspeilte den faktiske situasjonen, og at de ansatte ville ha meldt avvik dersom det hadde oppstått uønskede hendelser.

Avvik knyttet til legemidler omfattet mangel på medisiner som måtte hastebestilles, eventuelt akuttbestilles og leveres til avdelingen, at regnskapet ikke stemte, eller at en pasient med smerter hadde fått smertestillende uten at en lege hadde vært involvert.

Avdelingssykepleieren oppga at hun fikk melding på PC-en når det ble meldt avvik, og at hun deretter leste og fulgte dem opp. Ifølge avdelingssykepleieren tok hun opp tema knyttet til meldte avvik i postmøtene. Referat fra postmøtene ble sendt på e-post til alle ansatte.

Institusjonslederen oppga at hun hadde lesetilgang til avviksmeldingene, og at hun dessuten fulgte med på dem via kvalitetssjefens rapporter, som ble gjennomgått i lokalt kvalitetsråd, og via klager. Avvikshåndteringen skjedde på avdelingen, og bruken av avvik i forbedringsarbeidet foregikk i det lokale kvalitetsrådet, der alle avdelingsledere deltok, sa lederen.

Institusjonslederen ga uttrykk for at hun kjente til at kontroller ikke ble utført tilfredsstillende / etter rutine på avdeling 4B. Ifølge institusjonslederen var det imidlertid god kontroll med A- og B-preparater.

Avdelingssykepleieren opplyste å ha ansvar for å gjøre kontroller av ulike forhold knyttet til legemiddelhåndtering på avdelingen, blant annet kontroll med medisinregnskapet, at døra til medisinrommet var lukket, at de ansatte fulgte retningslinjer, og at nyansatte ble gjort kjent med rutiner.

Det ble gjennomført farmasøytisk tilsyn ved hele helsehuset 31.01.2019. Når det gjaldt avdeling 4B spesielt, ble det funnet avvik på disse punktene:

- kunne ikke dokumentere at legemidlene oppbevares under riktige oppbevaringsbetingelser
- oppbevarte ikke i alle tilfeller legemidler i henhold til produsentens oppbevaringsbetingelser
- hadde ikke tilstrekkelig kontroll på legemidlers holdbarhet og brukstid
- kasserte ikke i alle tilfeller legemidler forsvarlig
- hadde ikke tilstrekkelig kontroll på A- og B-regnskapet

Ved tilsynet ble det også funnet en rekke forbedringspunkter for avdeling 4B spesielt:

- Må bli bevisst god dokumentasjonspraksis slik at det ved ettersyn er tydelig når og hva som er blitt gjort, samt hvem som har gjort det.
- Legemiddelpakninger skal ikke teipes igjen for å lette telling.
- Har ikke angitt indikasjon for medisinene i tilstrekkelig grad.

Det ble også gjennomført farmasøytisk tilsyn på helsehuset 18.01.2018. Avvikene som ble funnet ved tilsynet i 2019, var i stor grad de samme som ble avdekket i 2018.

Det forelå en udatert handlingsplan for nedtak av avvik og forbedringspunkter etter tilsynet i 2019. Ifølge planen skulle alle ansatte lese og deretter signere for at de hadde forstått tiltakene. Helsehuset oversendte ved verifiseringen denne signaturlisten.

Ullevålsveien 34

Skriftlige rutiner

Boligen hadde egne rutiner for legemiddelhåndtering, sist oppdatert 14.05.2019. Disse inneholdt blant annet informasjon om og føringer for medisinsansvarlige, utdeling av legemidler, avvikshåndtering, oppbevaring av legemidler, kjøp av legemidler på apoteket, legging av dosetter, medikamentendring og legebeseøk/legevakt.

Den omfattet ikke risikovurdering, evaluering og kontroll.

Vi fikk opplyst at Velferdsetatens sentrale rutine av oktober 2018 ikke var implementert i boligen, ettersom lokal rutine møtte de samme kravene som Velferdsetatens rutine.

Implementering av rutine

Risikovurdering

Det var ikke utarbeidet en risikovurdering knyttet til legemiddelhåndteringen i boligen.

Avvikshåndtering / evaluering av og kontroll med rutineetterlevelsen

Legemiddelrelaterte avvik ble ført i medisinerpermen for beboerne som ble oppbevart i medisinerrommet. Kommunerevisjonen gjennomgikk et utvalg legemiddelavvik i perioden 2018–mai 2019. Flere av avvikene gjaldt legemidler som var gitt senere enn forutsatt, eller ikke gitt i det hele tatt.

Lederen opplyste at tidspress kunne være en årsak til at avvik ikke ble registrert. Det var likevel en klar forventning om at avvik skulle registreres, og at det var noe man måtte ta seg tid til, sa lederen.

Boliglederen beskrev sin kontroll/oppfølging av at rutineene følges, via ukentlig utvidet ledermøte, oppfølging av medisinske avvik hver andre uke og fortløpende informasjon

om eventuelle andre avvik. Han oppga også at han sporadisk kontrollerte medisnavvik, signaturer for gitt medisin, dosetter, registreringer i beboerregistreringer m.m. Ingen av disse kontrollene ble dokumentert.

Farmasøytisk tilsyn ble utført av Lovisenberg sykehusapotek 16.01.2017. Ved tilsynet ble det ikke avdekket noen avvik. Det framkom ett forbedringspunkt, knyttet til anbruddsmerking, dvs. merking av medisiner med kort brukstid. Farmasøytens hovedinntrykk var at boligen hadde god og forsvarlig legemiddelhåndtering.

Lederen opplyste at det ikke var noen klare krav til hvor hyppig farmasøytisk tilsyn skulle gjennomføres, men at boligen ifølge råd fra tilsynsfarmasøyten skulle ha slikt tilsyn annethvert år.

3.2.3 Kommunerevisjonens vurdering

Adamstuen omsorgssenter

Omsorgssenteret hadde lokale rutiner for legemiddelhåndtering, men disse omfattet ikke risikovurderinger i tråd med kravene. ROS-analyse forelå heller ikke som forutsatt. Senteret oppga imidlertid å bruke erfart risiko i utarbeidingen av rutiner.

Adamstuen hadde et system for avviksrapportering og -håndtering, men undersøkelsen tyder samtidig på at det var en underrapportering av avvik. Senteret hadde ikke lokal rutine for kontroll med legemiddelhåndteringen, og det var i liten grad praksis for kontroll.

Kommunal akutt døgnenhet

Kommunal akutt døgnenhet hadde lokale rutiner, men disse omfattet ikke risikovurdering. Det forelå en ROS-analyse for hele Kommunal akutt døgnenhet, men de lokale rutinene var ikke oppdatert etter utarbeidelsen av analysen. Det forelå et system for avviksmeldinger/-håndtering, evaluering og kontroll, men undersøkelsen tyder på at det var risiko for underrapportering av avvik.

Solvang helsehus

Helsehuset hadde sentrale rutiner på de undersøkte områdene. Det forelå en ROS-analyse for helsehuset. ROS-analysen lå ikke til grunn for rutinene, men Kommunerevisjonen merker seg at helsehuset hadde igangsatt enkelte tiltak for å bedre praksis som følge av analysen.

Solvang hadde et system for avviksmeldinger/-håndtering, evaluering og kontroll, men undersøkelsen tyder på at det var en underrapportering av avvik.

Kommunerevisjonen merker seg at helsehuset på undersøkelsestidspunktet ikke var i stand til å ta ut avdelingsvis avviksrapportering. Dette er informasjon som er viktig for det systematiske forbedringsarbeidet ved helsehuset.

Ullevålsveien 34

Boligen hadde lokale, oppdaterte rutiner. Disse omfattet ikke risikovurdering, evaluering og kontroll i tråd med kravene. Det forelå heller ingen ROS-analyse knyttet til legemiddelhåndteringen som forutsatt. Boligen syntes å ha et system for avviksmeldinger/-håndtering og kontroll med legemiddelhåndteringen, men det var risiko for at avvik ikke ble meldt.

Samlet vurdering

Kun Solvang hadde rutiner for alle undersøkte områder. Alle de fire tjenestestedene hadde forbedringsmuligheter knyttet til risiko- og sårbarhetsanalyser. Ingen av dem hadde etablert/oppdatert rutinene for legemiddelhåndtering i lys av et erkjent risikobilde. Dette medfører et svakere grunnlag for sikring av forsvarlig legemiddelhåndtering enn legemiddelforskriften tilsier, og høyere risiko for svikt. Kommunerevisjonen vil videre bemerke at lokale forhold knyttet til for eksempel avdelingens fysiske utforming eller til pasientgruppen ved avdelingen/posten kan påvirke risikobildet ved den enkelte avdeling/post, noe som ikke nødvendigvis fanges opp av analyser på virksomhetsnivå.

Når det gjelder avvikssystem, kan det være en generell utfordring å få ansatte til å melde avvik. Undersøkelsen tyder på at dette også var tilfellet ved flere av de undersøkte tjenestestedene.

Kommunerevisjonen understreker betydningen av systematisk bruk av avviksmeldinger som grunnlag for forbedring av tjenestene. Her tyder undersøkelsen på at det var forbedringsmuligheter spesielt på Adamstuen og Ullevålsveien 34.

3.3 Sikring av nødvendig kompetanse

3.3.1 Revisjonskriterium

- Virksomhetsleder skal sikre at ansatte som håndterer legemidler, har nødvendig kompetanse.

3.3.2 Faktabeskrivelse

Adamstuen omsorgssenter

Lederen hadde ikke helsefaglig utdanning. Ifølge lederen og sykepleierne kunne utdeling av medisiner gjøres av alle ansatte, ikke bare av sykepleiere. Ifølge lederen hadde alle som utleverte medisiner, medisinkurs. Dosering skulle gjøres av sykepleiere.

Det forelå på kontrolltidspunktet ikke noen skriftlig oversikt over hvem som hadde fullmakt til å håndtere legemidler. Lederen oppga selv å ha oversikt over hvem som hadde fullmakt.

Lederen hadde på kontrolltidspunktet ikke en samlet oversikt over ansatte med gjennomført medikamentkurs/oppfriskningskurs. Hun oppga at dokumentasjon av gjennomførte medikamentkurs lå i den enkeltes personalmappe. Hun viste dessuten til at alle ansatte hadde fått internopplæring av sykepleier.

Vi gjennomgikk dokumentasjon av gjennomførte kurs i legemiddelhåndtering for 11 av 18 miljøarbeidere som var eller hadde vært ansatt på Adamstuen. Lederen ettersendte kursdokumentasjon for ytterligere én ansatt. Lederen oversendte en liste over ansatte som hadde gjennomført kurs i legemiddelhåndtering i 2018–2019, og disse samsvarte med kursbevisene vi så. Listen omfattet 11 ansatte som hadde gjennomført kurs før 2018. De skulle dermed hatt oppfriskningskurs, men det var ikke gjennomført. Kursdokumentasjon vi hadde innhentet, gjaldt 5 av disse ansatte og bekreftet at disse hadde eldre kurs. Én av dem hadde gjennomført kurs i 2011 og hadde ikke hatt

oppfriskningskurs siden. Adamstuen kunne ikke framlegge dokumentasjon av gjennomførte oppfriskningskurs for noen ansatte.

Ifølge lederen var det tilstrekkelig å gjennomføre oppfriskningskurs annethvert år. Lederen oppga at hun i liten grad hadde fulgt opp at ansatte gjennomførte oppfriskningskurs de siste seks år. Ifølge lederen hadde det tidligere ikke vært noen fast rutine for oppfriskningskurs, men hun opplyste at det ville bli iverksatt kurs for de som trengte det, høsten 2019.

I løpet av Kommunerevisjonens undersøkelse ble det i forbindelse med revisjonen av den interne rutinen for legemiddelhåndtering iverksatt tiltak mht. å permsette oppdaterte fullmakter og dokumentasjon av gjennomgåtte kurs.

Velferdsetatens rutine for legemiddelhåndtering fra oktober 2018 la til grunn at både helsepersonell og ikke-helsepersonell skulle gjennomføre årlige oppfriskningskurs i legemiddelhåndtering.

Sikre tilstrekkelig kompetanse i det daglige

I undersøkelsesperioden var det to sykepleierstillinger i perioden 01.01.–01.06.2018. Fra 01.06.2018 ble en miljøarbeiderstilling omgjort til sykepleierstilling i turnus, og institusjonen fikk da tre sykepleierstillinger. Fra 01.09.2018 ble det tilført ytterligere én sykepleierstilling, og det var dermed fire sykepleiere i 100 % stilling, hvorav tre i turnus og én på dagtid.

Lederen oppga imidlertid at den faktiske sykepleierdekningen i perioden hadde vært lav, og langt unna forutsatt bemanning. Lederen oppga at det hadde vært vanskelig å rekruttere kvalifiserte og egnede sykepleiere i ledige stillinger.

En sykepleier vi snakket med, oppga at bemanningen var sårbar den dagen i uka da dosering skulle foregå. På dager med bare én sykepleier til stede ved dosering hadde dobbeltkontrollen foregått ved at en helsefagarbeider med medisinkurs eller lederen selv var til stede og bekreftet kontrollen med legemidlene. Lederen oppga at dosering ved andre enn sykepleiere skjedde utelukkende når det var nødvendig, og at avviksmelding da var sendt videre til seksjonsleder i etaten.

Vår gjennomgang av avviksmeldinger i undersøkelsesperioden viste fem avvik som gjaldt at personale uten nødvendig fagbakgrunn hadde dosert medisiner.

Ved det farmasøytiske tilsynet i mars 2019 ble det funnet avvik knyttet til at annet personale enn sykepleier/vernepleier doserte legemidler, og at det ikke var utstedt fullmakter til å dele ut legemidler til personale som måtte ha dette.

Opplæring

Omsorgssenteret hadde et skjema for nyansatte med utkwitteringspunkter for å ha lest daglige rutiner for medisintutlevering, og dette skulle signeres. Skjemaet omfattet blant annet førstehjelp, ordinasjonskort og medisintutlevering. Alle som leverte ut medisin, skulle ifølge lederen ha gjennomgang med /opplæring av sykepleier knyttet til utdeling, prosedyrer rundt utdeling m.m. Hun hadde innskjerpet bruken og betydningen av skjemaet i en e-post til de ansatte i april 2019. Vi mottok tre utfylte skjema, og bare ett av disse var utfylt av både den nyansatte og den som sto for opplæringen. To av

skjemaene var datert, det tredje var ikke det. Lederen opplyste at det var nestlederen som hadde hatt ansvar for opplæringsskjemaene, og at det ikke hadde vært praksis for å samle inn utfylte skjema. Vikarer, og ansatte som hadde hatt oppdrag i opplæring, hadde fått beskjed om å bruke skjemaet som veileder.

Lederen mente at institusjonen generelt var for dårlig på opplæring. Enkelte av sykepleierne vi snakket med, ga også uttrykk for at det var liten grad av systematikk i opplæringen, og at de måtte finne ut av ting selv.

Lederen oppga å være i gang med en kompetansekartlegging blant ansatte på undersøkelsestidspunktet, blant annet mht. legemiddelhåndtering.

Lederen oppga at en ansatt uten kurs i legemiddelhåndtering kunne signere for dobbeltkontroll ved utdeling av A-preparat.

Ifølge Velferdsetatens rutine for legemiddelhåndtering kunne dobbeltkontroll kun utføres av helsepersonell, dvs. vernepleier eller sykepleier.

Ved det farmasøytiske tilsynet i februar 2018 ble det funnet avvik ved at miljøpersonell uten tilstrekkelig opplæring delte ut legemidler. Både ved dette og ved tilsynet i mars 2019 ble det funnet avvik knyttet til manglende fullmakter til personale som delte ut legemidler.

Kommunal akutt døgnerhet

Ifølge avdelingssykepleieren var det bare autoriserte sykepleiere som hadde adgangskort/adgang til medisinerrommet, og som kunne dosere og dele ut legemidler.

Avdelingssykepleieren fortalte at sykepleierne og helsefagarbeiderne på posten var inndelt i tre team med ulike ansvarsområder, ledet av en sykepleier. Hvert team hadde sitt ansvarsområde, og ett hadde ansvar for medisinerrommet og legemiddelhåndteringen. I tillegg til teamlederen var også fagsykepleier ved avdelingen sentral i legemiddelhåndteringen. Teamlederne på posten holdt oversikt over de ansattes kompetanse og utarbeidet en skriftlig oversikt over denne, og de fulgte med på den enkeltes kompetansebehov. Kompetansekartlegging var teamleders ansvar, og avdelingssykepleieren fulgte med på at dette ble gjort. Det var ikke oppfriskningskurs i legemiddelhåndtering for sykepleierne, men nye rutiner m.m. ble gjennomgått i fellesskap. Det var faglunsjer som blant annet omhandlet legemiddelhåndtering. Helseetatens kvalitetsrevisjon av legemiddelhåndteringen på Kommunal akutt døgnerhet i 2018 avdekket avvik knyttet til manglende systemer og rutiner for opplæring, testing og/eller vurdering av egnethet i forbindelse med legemiddelhåndtering. Kvalitetsrevisjonen omfattet som nevnt alle tre postene og skilte ikke mellom de enkelte. Kommunal akutt døgnerhet jobbet i mai 2019 for å få etablert et e-læringskurs i legemiddelhåndtering.

Sikre tilstrekkelig kompetanse i det daglige

Ifølge avdelingssykepleieren var det alltid sykepleiere på vakt, og det var alltid en sykepleier som var hovedansvarlig for legemiddelhåndteringen på vakt. Helsefagarbeidere kunne ikke dele ut medisiner ut over avførende midler.

Ved fravær måtte sykepleier erstattes av sykepleier grunnet arbeidets art. Avdelingen hadde ekstravakter med sykepleierutdanning; dessuten var det mange sykepleiere som jobbet deltid og ønsket å fylle opp med vakter i tillegg.

Seksjonslederen oppga å ha oversikt over sikringen av at ansatte med nødvendig kompetanse mht. legemiddelhåndtering var tilgjengelige for eksempel i ferier og ved eventuelt sykefravær. I ferier sørget man for at det alltid var personale med nødvendig kompetanse til stede når det skulle bestilles medisiner. I tilfelle sykefravær o.l. var det dessuten mulig å hente sykepleiere fra de andre postene på Kommunal akutt døgnenhet for å få bistand med medikamentbestilling.

Opplæring

Det var som beskrevet, teamlederne som hadde ansvar for opplæringen av nyansatte, herunder i legemiddelhåndtering. Posten hadde sjekkliste for opplæringen, og den nyansatte måtte signere i kvalitetssystemet for at rutinene for legemiddelhåndtering var lest. Avdelingssykepleieren oppga at vedkommende sammen med teamlederne hadde ansvar for å kontrollere at opplæringen ble gjennomført, blant annet via stikkprøver av ulike områder av legemiddelhåndteringen samt ved oppfølging av avviksmeldinger.

Solvang helsehus

Institusjonslederen opplyste at hun fulgte med på status for kompetanse og fullmakter til å håndtere legemidler via rapportering fra kvalitetssjefen. Det forelå også en egen kompetanseoversikt for 2019. Institusjonslederen oppga at hun gjorde sporadiske kontroller av sykepleierdekningen i GAT.

Avdelingssykepleieren viste til at det var sykepleiere som hadde ansvaret for legemiddelhåndteringen. Hun oppga samtidig at det var for få sykepleiere ved posten. Ifølge helsehuset ble sykepleierbemanningen lagt i forbindelse med omorganiseringen av helsehuset. I ettertid viste det seg at sykepleierdekningen ikke var tilstrekkelig. På den bakgrunn ble det bestemt at avdelingen høsten 2019 skulle styrkes med en sykepleier på dagtid. Institusjonslederen sa videre at det var iverksatt tiltak for systematisk oppfølging av avdelingen ved at det var ansatt en fagansvarlig som gjennomførte månedlige internkontroller og sørget for veiledning og opplæring samt forsterket sykepleierdekning på avdelingen.

Det var fire hjelpepleiere/helsefagarbeidere med legemiddelkurs som kunne bistå sykepleierne med legemiddelutdeling. Disse skulle ifølge avdelingssykepleieren ta oppfriskningskurs annethvert år.

Det forelå en skriftlig, signert oversikt over fire hjelpepleiere/helsefagarbeidere med fullmakt til utdeling av legemidler som var gitt i perioden 2017–2019. Det forelå også kursdokumentasjon for oppfriskningskurs for disse. Tre hadde tatt oppfriskningskurset i 2019 og én i 2017.

Det forelå et skjema for føring av ansatte som deltok i legemiddelhåndtering, der signatur gjaldt som bekreftelse på at den ansatte hadde lest prosedyrer og satt seg inn i sitt ansvar og sine oppgaver. Lista omfattet sju ansatte. Ifølge person- og ressurskatalogen over ansatte i Oslo kommune gjaldt signaturene fem sykepleiere ved avdelingen. Det forelå et tilsvarende skjema for de fire hjelpepleierne/helsefagarbeiderne med fullmakt til å dele ut legemidler.

Ifølge avdelingssykepleier måtte sykepleier rådføres når det var aktuelt å gi eventuellmedisiner, dvs. medisin som gis etter behov. Deretter kunne sykepleieren delegere til en hjelpepleier/helsefagarbeider med legemiddelkurs å gi legemiddelet til pasienten.

Sikre tilstrekkelig kompetanse i det daglige

Institusjonslederen oppga at det ble gjennomgått i ledermøter at helsehuset hadde nødvendig kompetansedekning i feriene for å sikre forsvarlig drift.

Avdelingssykepleieren oppga at det alltid var sykepleier på vakt ved 4B, med mindre det var sykefravær. Sykepleierne hadde det medisinske ansvaret og håndterte medisiner. Hvis det på grunn av sykefravær ikke var noen med legemiddelkurs til stede, skulle en sykepleier fra lindende avdeling (4A) benyttes.

Avdelingssykepleieren oppga videre at dersom det var «stabilt og rolig» ved posten, kunne en hjelpepleier eller sykepleiestudent med medisinkurs dele ut medisiner på kveldsvakt, mens en sykepleier på 4A hadde «bakvakt». Ettersom 4A og 4B organisatorisk var én post, var denne praksisen ikke utgangspunkt for avviksrapporing.

Avdelingssykepleieren var ikke kjent med at noen uten fullmakt til å håndtere legemidler likevel hadde gjort det.

Opplæring

Vi fikk opplyst at opplæringen av nyansatte besto i at den nyansatte skulle følge en ansatt på vakt. Varigheten på opplæringen varierte, blant annet etter hvor mye tid det var mulig å avsette til dette. Posten/helsehuset hadde en sjekklister for praktisk opplæring i utdeling av legemidler. Sjekklisten omfattet blant annet temaene dokumentasjon og kontroll, utdeling av legemidler, hvordan legemidler skal gis, medisintrallen og informasjon om legemidler. Etter gjennomgang og utfylling skulle sjekklisten ifølge avdelingssykepleieren signeres av den nyansatte, av sykepleieren som hadde gitt opplæringen, og av kvalitetssjefen.

Ullevålsveien 34

Det var tolv vernepleiere ved boligen, inkludert leder og nestleder. Boligleder og ledende miljøterapeut hadde det overordnede ansvaret for medisinhåndteringen i boligen. To medisinansvarlige hadde i hver sine etasjer blant annet ansvar for å legge og kontrollere dosetter, sjekke varebeholdning, bestille nye resepter og følge opp avvik på sine vakter. På hver vakt hadde en ansvarsvakt blant miljøpersonalet ansvar for å dele ut medisiner. Vi fikk oppgitt at alle vernepleiere i boligen ville ha vakter i turnus hvor de var ansvarsvakt.

I 2018 startet boligen med elektroniske medisinkurs, ett for medisinsk personell og ett for miljøarbeidere. Tilgang til PC-er hadde ifølge boliglederen vært en utfordring, men dette var løst ved at de ansatte nå kunne gjennomføre kursene hjemmefra. Ledende vernepleier hadde ansvar for å sende kurs samt påminnelser til de riktige ansatte og fikk varsler elektronisk dersom ansatte ikke gjennomførte kurs innen fristen. Som hovedregel skulle de ansatte gjennomføre oppfriskningskurs annethvert år, men enkelte ganger ble det gjennomført hvert tredje år. Lederen opplyste at den elektroniske

opplæringsmodulen var tilrettelagt for oppfriskningskurs, men at boligen ikke hadde benyttet systemet til dette.

Vi mottok en oversikt over 25 ansatte, 4 vernepleiere og 21 miljøarbeidere, som hadde tatt medisinkurs i perioden 2018–juli 2019. Lederen opplyste at vernepleierne hadde tatt medisinkurset som oppfriskningskurs. Oversikten viste at disse ble gjennomført i 2018. Det var ingen ansatte som hadde tatt egne oppfriskningskurs i revisjonsperioden.

Dersom ansvarsvakten ikke hadde gjennomført legemiddelkurset som forutsatt, skulle vedkommende ifølge boliglederen gi beskjed om at en annen vernepleier måtte dele ut medisinene.

Sikre tilstrekkelig kompetanse i det daglige

For at nødvendig kompetanse skulle være sikret i det daglige, skulle det være vernepleier på alle vaktene. Det var imidlertid ikke alltid mulig å få til – boliglederen oppga at vernepleierne noen ganger måtte prioriteres på bestemte brukere for å ivareta regelverket knyttet til tvang og makt. Ifølge boliglederen ble det forsøkt sikret at det var ansatte med medisinkurs på jobb. Ansvarsvaktene skulle ha gjennomført medisinkurs. Ved sykefravær kunne det bli vanskeligere. Vi fikk imidlertid oppgitt at grunnet høy bemanningsfaktor i forhold til antall brukere forekom det svært sjelden at samtlige ansatte på jobb ikke hadde gjennomført medisinkurs.

Når ledende vernepleier ikke var til stede, tilfalt ansvaret som medisinsk overordnet enten på boliglederen eller på nestlederen, som begge var vernepleiere. Ifølge boliglederen hadde aldri han selv og ledende vernepleier ferie samtidig, og det skulle alltid være noen til stede som var utpekt som medisinsk ansvarlig. Dosetter måtte klargjøres i forkant av at vernepleierne hadde ferie. Dersom noen medisiner måtte doseres på nytt, oppga boliglederen at han selv, ledende vernepleier eller noen andre med nødvendig kompetanse kunne gjøre det.

Boliglederen kjente ikke til at det hadde skjedd at andre enn de med fullmakt til å håndtere legemidler likevel hadde gjort det.

Opplæring

Vi fikk oppgitt at opplæringen foregikk ved praktisk opplæring av vernepleier og ved et elektronisk medisinkurs med en tilhørende prøve. Nyansatte skulle få opplæring i rutiner, inkludert en gjennomgang sammen med vernepleier. Boligen hadde et opplæringsskjema for hver enkelt beboer som omfattet legemiddelhåndteringen overfor beboeren. Opplæringsskjemaene for hver enkelt beboer skulle gjennomgå når det var ledig tid. Ledende miljøterapeut hadde ansvaret for å kontrollere at opplærings-skjemaene ble utfylt. Etter gjennomgang skulle det enkelte punkt signeres både av den nyansatte og av fadderens med ansvar for opplæringen. Stikkprøver av skjema knyttet til seks miljøarbeidere ansatt i perioden november 2018–august 2019 viste at skjemaene var signert på punktet om legemiddelhåndtering.

Etter boliglederens oppfatning var risikoen for svikt på legemiddelområdet størst når det gjaldt å sikre at alle ansatte gjennomførte nødvendige kurs, og at de fikk tilstrekkelig opplæring. Lederen viste til at kontrollspennet var stort, ettersom det var mange ansatte som lederen og nestlederen skulle følge opp. Boliglederen oppfattet at brukerne likevel

fikk medisinerne sine til rett tid. Vi fikk opplyst at det i tillegg til ansvarsvakt var eget personale knyttet til hver beboer som også kunne fange opp svikt i rutinene.

Konsekvensene av svikt eller mangler i opplæringen var etter lederens oppfatning at arbeidsmengden ble større for vernepleierne, fordi de da måtte dele ut medisiner når de egentlig ikke hadde tid, noe som igjen økte risikoen for at en ansatt uten treårig høyskoleutdanning ble involvert i bruk av tvang og makt.

3.3.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Adamstuen omsorgssenter

Omsorgssenteret hadde rutiner for legemiddelhåndtering som skulle bidra til at legemiddelhåndtering og -utdeling ble gjort av sykepleiere og/eller miljøpersonale med kurs i og fullmakt til legemiddelhåndtering. Undersøkelsen viser imidlertid at Adamstuen ikke sikret at ansatte som håndterte legemidler, hadde nødvendig kompetanse. Adamstuen hadde ikke oversikt over hvem som hadde fullmakt til å håndtere legemidler. Ansatte hadde i liten grad gjennomført oppfriskningskurs, og ikke alle aktuelle miljøarbeidere hadde kurs i legemiddelhåndtering som forutsatt. Det var i liten grad kontroll med at nyansatte fikk opplæring i lokale rutiner for legemiddelhåndtering. Ansatte uten kurs i legemiddelhåndtering kunne signere for dobbeltkontroll med utdeling av A-preparat. Undersøkelsen tyder videre på at sykepleierdekningen ikke hadde vært som forutsatt i store deler av undersøkelsesperioden.

Kommunal akutt døgnenhet

Undersøkelsen viser at Kommunal akutt døgnenhet hadde rutiner og praksis som kunne bidra til å sikre at ansatte som håndterer legemidler, hadde tilstrekkelig kompetanse. Kommunerevisjonen merker seg arbeidet med å få etablert et e-læringskurs i legemiddelhåndtering.

Solvang helsehus

Undersøkelsen viser at helsehuset på flere områder hadde rutiner og praksis som kunne bidra til at ansatte som håndterer legemidler, hadde tilstrekkelig kompetanse. Kommunerevisjonen merker seg at Helsehuset hadde iverksatt tiltak for å styrke sykepleierdekningen.

Ullevålsveien 34

Undersøkelsen viser at boligen hadde rutiner og praksis som kunne bidra til at ansatte som håndterer legemidler, hadde tilstrekkelig kompetanse. Undersøkelsen viser likevel at boligen ikke sikret at det ble gjennomført jevnlig oppfriskningskurs.

4. Oppbevaring, istandgjøring, utdeling, kassasjon og journalføring

I dette kapittelet ser vi nærmere på rutiner og praksis knyttet til oppbevaring, istandgjøring/dosering og utdeling av legemidler, i tillegg til kassasjon. Vi ser også nærmere på journalføringen knyttet til utdelte legemidler.

4.1 Oppbevaring av legemidler

4.1.1 Revisjonskriterium

- Legemidler skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende.

4.1.2 Faktabeskrivelse

Adamstuen omsorgssenter

Kommunerevisjonen observerte at Adamstuen omsorgssenter oppbevarte legemidler tre steder:

I første etasje var det et rom med et kjøleskap der A-preparater (Metadon, Subutex mv.) ble oppbevart. Rommet lå i tilknytning til et annet rom der beboerne fikk utdelt disse medisinene. Alle ansatte som kunne dele ut medisiner, hadde tilgang til rommet/kjøleskapet. Medisinrommet skulle bare være åpent på faste tidspunkter, når personale var til stede for å gi medisinene til beboere, og skulle ellers være låst. Vi fikk oppgitt at nøklene skulle signeres ut i vaktboka ved bruk. Vi gjennomgikk en utskrift av vaktboka fra 01.-31.05.2019. Det var svært varierende om nøklene til medisinrommet var signert ut av ansatte på vakt. Lederen opplyste at hun ikke gjorde noen kontroller med at det bare var ansatte med medisinkurs og/eller sykepleiere som hadde adgang til medisinrommene.

Vi så en avviksmelding knyttet til at «metadonrommet» i første etasje sto ulåst.

I andre etasje var det et låst medisinrom med et låst skap der A- og B-preparater ble oppbevart. Miljøpersonalet hadde adgang til selve medisinrommet, men ifølge informantene hadde kun sykepleiere og lederen tilgang til medisinskapet. Nøkkelen til skapet med A- og B-preparater var innelåst i en nøkkelboks med en kode som kun sykepleiere hadde fått tildelt. Multidoser ble oppbevart i egne bokser merket med beboernes navn i medisinrommet. Eventuellmedisin ble oppbevart i originalemballasje i en egen skuff.

En sykepleier opplyste at låsen til medisinskapet med A- og B-preparater i andre etasje ble byttet da sykepleieren ble ansatt i 2018. Man oppdaget forut for dette at nøkkelen til medisinrommet også passet i A- og B-preparatskapet. Man trengte derfor ikke å hente ut nøkkelen i kodeboksen. Dette ble påpekt ved farmasøytisk tilsyn i 2018. Låsen ble byttet, og ifølge sykepleieren var det på kontrolltidspunktet kun den kodede nøkkelen som passet.

I tredje etasje var det et medisinrom der alle ansatte som håndterte legemidler, hadde tilgang. I denne etasjen administrerte beboerne medisinene sine selv, dvs. at de istedenfor å få utdelt medisiner til faste klokkeslett daglig fikk utdelt alle medisinene for

en hel uke én dag i uka. Medisinrommet hadde et skap som omfattet både A- og B-preparater.

Ifølge rapporten fra farmasøytisk tilsyn i mars 2019 hadde institusjonen et avvik knyttet til blant annet å sikre tilstrekkelig adgangskontroll med medisinrommet i tredje etasje.

Kommunal akutt døgnenhet

Alle legemidler på post 3 ble oppbevart i et låst, temperaturregulert rom. For å få tilgang til rommet måtte man ha kort med kode. Bare sykepleiere skulle ha adgang til medisinrommet, og bare de kunne dosere og dele ut legemidler. Vi fikk opplyst at alle fast ansatte sykepleiere hadde adgangskort/kode til medisinrommet. På undersøkelsestidspunktet gjaldt det ca. 38 sykepleiere. Posten hadde to lånekort til sykepleiere og ett til studenter, og kortene var ifølge avdelingssykepleieren innlåst. Studenter under opplæring skulle alltid ha med seg en ansatt sykepleier i medisinrommet. Ansvarlig sykepleier måtte signere ut lånekort for den enkelte vakt og for at det ble levert tilbake, og vi fikk se eksempler på utfylte signeringslister for lånekort som dekket kontrolltidspunktet i mai 2019. Ifølge avdelingssykepleieren hadde det ikke vært behov for å kontrollere bruken av kortene. Avdelingssykepleieren oppga at dersom det var avvik ved telling av legemidler, kunne man ta utskrift av hvem som hadde vært inne på medisinrommet, men vedkommendefortalte også at dette ikke hadde vært gjort i praksis.

Medisinrommet hadde en egen safe for A-preparater.

Solvang helsehus

Prosedyren *Adgangskontroll medisinrom og medisinskap* ga blant annet føringer knyttet til oppdatering av lister, aktivisering/deaktivisering av kort og utdeling/tilbakelevering av kort ved institusjonene.

Ifølge avdelingssykepleieren hadde sykepleierne med tilgang til medisinrommet egne kort med kode. Hun kjente ikke til at noen hadde lånt bort kortet sitt. I tillegg hadde posten et lånekort som lå innelåst på medisinrommet, der ansatte måtte signere for lån av kortet. Det hadde hendt at noen hadde glemt å signere for lån av kortet.

Kommunerevisjonen observerte at legemidlene var innelåst i medisinrommet, og at de ansatte som vi fulgte, måtte bruke nøkkelkort med kode for å låse seg inn.

Under utdeling av legemidler hadde sykepleieren med seg medisintralle inn i matsalen. Når pasienter fikk legemidlene utdelt på rommene sine, tok sykepleieren med seg trallen og lot den stå igjen ulåst i korridoren mens hun var inne på rommene. Etter utdeling låste sykepleieren trallen inn på medisinrommet igjen.

Ullevålsveien 34

Kommunerevisjonen observerte at medisiner ble oppbevart i et låst skap innelåst i et medisinrom i kjelleretasjen i boligen. Medisinene ble låst ut hver mandag for dosering. Dosettene ble lagret i låste skap på avdelingene for ca. en uke om gangen. I første etasje var det egne medisinskap til hvert rom / hver enkelt beboer, mens det i tredje etasje var et felles skap for andre og tredje etasje.

Ifølge boligens rutine *Oppbevaring av legemidler* var det bare vernepleier/sykepleier som hadde tilgang til medisinrommet i kjelleren, og det var egen nøkkel til medisinskapet. Hver mandag skulle ansvarsvakt ta kontakt med vernepleier/sykepleier

som skulle ta opp en ny ukesdosett og legge den i medisinskapet på avdelingen. Det var bare ansvarsvakten som skulle ha tilgang til medisinskapet i avdelingen på sin vakt. Vi fikk opplyst at det var kun én nøkkel til medisinskapet på avdelingen. Denne ble overlevert fra én ansvarsvakt til den neste ved overlapping.

Ifølge boliglederen hadde det vært en hendelse for 3–4 år siden da døra til medisinrommet hadde stått åpen. Dette ble fulgt opp, og det hadde ikke kommet tilbakemeldinger senere om at døra hadde vært ulåst. Boliglederen opplevde at de ansatte var veldig observante mht. å låse døra.

Ifølge boliglederen var det vernepleierne som skulle vite når det kunne gis eventuellmedisin. Dersom vernepleier ikke var til stede, skulle ledende vernepleier, nestleder eller leder kontaktes.

4.1.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Undersøkelsen viser at Adamstuen ikke i tilstrekkelig grad sikret at legemidler ble oppbevart utilgjengelig for uvedkommende i undersøkelsesperioden. Dette syntes i hovedsak å være tilfredsstillende på Kommunal akutt døgnenhet, på Solvang og i Ullevålsveien 34. Kommunerevisjonen vil imidlertid bemerke at medisintrallen ble stående ulåst ved observasjonen av medisinutdeling på Solvang.

4.2 Istandgjøring og utdeling av legemidler

4.2.1 Revisjonskriterium

- Virksomhetsleder skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.

4.2.2 Faktabeskrivelse

Adamstuen omsorgssenter

Istandgjøring

Ifølge intern rutine for sykepleiere var det sykepleiers ansvar å se til at medisinlistene til alle beboerne var oppdatert i ordinasjonskortpermen. Disse skulle dobbelkontrolleres av to sykepleiere ved forandringer. Sykepleierne var ansvarlige for å gå gjennom ordresedlene og se etter om det står «siste utlevering». De skulle også kontakte utskrivende lege for ny resept.

I senterets medisinrutiner sto det, i tilknytning til multidoser, at ved innflytning av ny beboer skulle sykepleier kontakte fastlege og andre som skriver ut medisiner, og be om å få tilsendt en signert medisinliste og samtidig be om at faste medisiner bestilles i multidose fra apotek.

Lederen oppga at omsorgssenteret laget og oppbevarte ordinasjonskort elektronisk basert på opplysninger fra den enkelte beboers fastlege.

Vi fikk oppgitt at istandgjøring/dosering av medisiner skjedde ukentlig, hver torsdag. En sykepleier hadde ansvar for å dosere A- og B-preparater i tillegg til andre medisiner, deriblant multidoseposer fra apotek. Doseringen skulle dobbeltkontrolleres av en sykepleier eller av en fra miljøpersonalet med medisinkurs. Dosettene var merket med pasientenes navn.

Multidoser ble oppbevart i egne bokser merket med beboernes navn i et medisinskap i andre etasje som både sykepleiere og miljøpersonalet hadde tilgang til. Vi fikk opplyst at det ikke ble kontrollert om multidosene stemte med det som var ordinert for beboeren. Ved observasjonen opplyste sykepleieren som delte ut medisiner, at det ble tatt for gitt at innholdet i multidosene var dosert riktig fra apoteket. Lederen opplyste at det kunne være avvik i multidosene; blant annet kunne de være datert feil. Avviksmeldingene vi gjennomgikk, omfattet 14 avvik knyttet til multidoser, de fleste av dem knyttet til at multidoser manglet på et utdelingstidspunkt.

Vi fikk opplyst at istandgjøringen av medisinerne, som besto i å fylle merkede plastbegre fra ferdiggjort dosett og/eller multidoser, skjedde forut for hver utdeling. Dette kunne gjøres av både sykepleiere og miljøpersonale med medisinkurs. Vi fikk opplyst at istandgjøring og utdeling av medisiner foregikk mellom 0830 og 0930 hver dag. Beboere som hadde behov for det, kunne også få utdelt medisiner kl. 1330–14, kl. 18–19 og ca. kl. 2115.

Det var flere avviksmeldinger knyttet til manglende/feil dosering. Ti av meldingene gjaldt at medisin ikke var dosert til én eller flere beboere. Enkelte gjaldt at det manglet medisiner. Feildosering og dobbel dosering forekom også. Noen avviksmeldinger gjaldt at dosetter ikke var dobbelkontrollert.

Utlevering

Utdeling av A-preparater gjaldt hovedsakelig LAR-preparater (Metadon, Subutex mv.) og skjedde på medisinrommet i første etasje. Der ble inntak av medikamentet observert av personalet som delte ut – dette kunne som nevnt deles ut både av sykepleiere og av miljøpersonale. Utdeling av LAR-preparater skjedde mellom 0830 og 12.

Vi observerte ett tilfelle av utdeling av et LAR-preparat til en beboer.

Vi observerte utdeling av ferdigdoserende legemidler til beboere i spiserom og på deres rom i første og tredje etasje. Disse legemidlene kunne omfatte A- og/eller B-preparater i tillegg til andre legemidler, deriblant fra multidoser. Lederen opplyste at A-preparater vanligvis ikke ble utlevert sammen med andre medisiner, men at det kunne forekomme avvik fra dette, for eksempel hvis en beboer var ordinert A-preparater som eventuell-medisin ved smertelindring. Den ansatte med ansvar for utdeling hentet ut aktuelle medisiner/doser fra dosett i medisinrommet og la i plastbegre merket med den enkelte beboers initialer. Vi observerte at en sykepleier hadde begrene på et brett og delte ut disse til beboere i spiserommet. Deretter observerte vi at sykepleieren leverte medisiner på rommet til beboere som ikke var stått opp.

Sykepleieren observerte ikke at beboeren inntok medisinerne. En annen sykepleier sa at beboerne ble ansett for å være selvhjulpne mht. å ta sine medisiner selv, og at de ansatte derfor ikke fulgte med på at medisinen ble tatt. Dette var i tråd med omsorgssenterets *Rutiner for sykepleiere*, som sa at inntak av A-preparater skulle observeres, men at de ellers bare unntaksvis skulle observere at medisinen ble inntatt.

To av beboerne som fikk sin medisin da vi observerte utdelingen i spiserommet, kritiserte uoppfordret at personalet ikke observerte at medisinerne ble inntatt, men bare plasserte plastbegeret foran dem. De mente at legemidlene kunne være en fristelse for

andre beboere. De hadde imidlertid ikke erfart at det hadde skjedd at en beboer hadde tatt en annens medisinbeger.

I rapporten fra farmasøytisk tilsyn i februar 2018 ble det gitt avvik knyttet til at de ansatte ikke observerte at beboerne inntok legemidlene. Lederen opplyste at de ikke var pålagt å se på inntak av medikamenter, med unntak av A-preparater, fordi dette var private medisiner, som beboerne, hvis de hadde vært i stand til det, ville ivaretatt selv.

Ved observasjonen av medisinutdeling sa sykepleieren at dersom beboeren ikke var til stede, eller dersom vedkommende sov tungt, ville sykepleieren ta medisinen med seg tilbake til medisinrommet fram til neste medisinutdeling og eventuelt gi den til beboeren senere. Dersom vedkommende ikke hadde fått medisinen innen neste medisinutdeling, ble den kastet.

Det var 37 avviksmeldinger i perioden 2018–medio mai 2019 knyttet til det å gi riktig legemiddel til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Blant annet var det åtte avviksmeldinger knyttet til at Metadon/Subutex ikke ble gitt til riktig tid, hovedsakelig etter tida. En melding gjaldt at beboeren fikk dobbel dose Subutex. En annen gjaldt det å gi til riktig person: En beboer ga seg ut for å være en annen og fikk dennes medisiner. Ytterligere tre avviksmeldinger gjaldt at det var gitt feil medisin til feil person. Det var ikke oppgitt hvilke legemidler som var omfattet.

Kommunal akutt døgnenhet

Istandgjøring

Det framkom i flere prosedyrer at legemidler skulle gjøres i stand ut fra legens ordinasjon. For eksempel framkom det i prosedyren *Egenkontroll av legemiddel-håndtering* at det ved istandgjøring alltid skulle kontrolleres at legemidlene til pasienten stemte overens med legens ordinasjon. Kommunal akutt døgnenhet hadde også en egen prosedyre for ordinering av legemidler og kurveføring, med formål å sikre forsvarlig ordinering. Denne prosedyren ga også føringer når det gjaldt ordinering av legemidler til bruk ved behov. Vi fikk imidlertid opplyst av informantene at samstemming av medisiner, det vil si en samlet, oppdatert oversikt over aktuelle legemidler for den enkelte pasient, var en stor og tidkrevende utfordring på posten.

Vi fikk opplyst at sykepleier på nattevakt doserte morgenmedisinen. Sykepleier på dagvakt doserte resten opp mot medisinliste/«kurve» i tillegg til å kontrollere det som allerede var dosert. Når alle legemidlene var dosert og kontrollert, signerte sykepleier.

Vi observerte at legemidler, også legemidler pakket i multidose, ble kontrollert opp mot medisinlistene.

Utlevering

Kommunerevisjonen observerte at sykepleiere på dagtid tilrettela og delte ut medisiner. Da tok hver av sykepleierne med seg legemidler til én eller to pasienter om gangen. Det vil si at de ikke brukte medisintralle. Medisinbegrene var merket med romnummer, initialer og klokkeslett for dosering.

Pasientens inntak av medisiner skulle observeres. Vi fikk opplyst, og vi så avviksmeldinger knyttet til, at inntaket ikke alltid ble observert, og at medisinbegre av ulike årsaker ble stående på pasienters nattbord.

Sykepleieren vi snakket med ved observasjonen, sa at dersom pasienten ville vente med morgenmedisinen for eksempel til frokost, ble medisinbegeret tatt med tilbake til medisinrommet og gitt senere. Ifølge sykepleieren var det en viss risiko for at medisindosen ble glemt, men sykepleieren påpekte at pasientene selv i mange tilfeller fulgte med på egne medisiner.

Elleve av avviksmeldingene vi så, var på en eller annen måte relatert til om riktig pasient fikk riktig medisin i riktig dose til riktig tid. Tre avvik dreide seg om manglende dobbeltsignatur (kontroll). To av dem gjaldt antibiotika, mens det ikke framgikk hvilke typer legemidler den siste gjaldt.

Vi fikk opplyst at Kommunal akutt døgnenhet var i gang med å revidere legemiddelrutinen og kurven. Det skulle blant annet legges opp til dobbeltkontroll med dosert/gitt medisin.

Solvang helsehus

Istandgjøring

Blant pasientene ved 4B hadde mange rullerende opphold, og de hadde dermed egne medisiner ordinert forut for oppholdet på helsehuset. De hadde ifølge avdelingssykepleieren i hovedsak multidose, men skulle i noen tilfeller også ha dagsdoser i tillegg. Vi fikk oppgitt at tilleggsmedisinene ble dosert av to sykepleiere ved pasientens ankomst til avdelingen. Hvis det var behov for justeringer, var det ifølge avdelingssykepleieren sykehjemslegen som justerte legemidlene.

Utlevering

Av prosedyren *Utdeling av legemidler* framkom det blant annet at utdeling av legemidler fortrinnsvis skulle gjøres av sykepleier eller vernepleier – unntaksvis kunne ferdig doserte legemidler deles ut av andre ansatte med fullmakt til dette. Det framkom også hvilke kontroller som skulle foretas før utdeling. Den som delte ut, skulle påse at legemidlene ble tatt, og skulle eventuelt dokumentere og begrunne på signaturlisten dersom dette ikke ble gjort. Legemiddeldoser som ikke ble utdelt, eller som ble nektet tatt, skulle ligge igjen i dosetten, sykepleier/vernepleier skulle kontaktes, og årsaken skulle dokumenteres på signaturlisten.

Kommunerevisjonen observerte utdelingen av legemidler på avdelingen. Under observasjonen delte sykepleieren ut legemidlene til de fleste pasientene i spiserommet i forbindelse med måltid. De øvrige pasientene fikk deretter sine legemidler levert på rommet sitt. Sykepleieren hadde med seg medisintralle og perm med bilder av pasientene samt medisinlister for alle pasientene. Ukesdosettene var merket med navn og romnummer. Sykepleieren helte innholdet i dosettene/multidosene opp i medisinbeger og sjekket innholdet opp mot medisinliste før utdeling. Sykepleieren sa også navnet til den enkelte pasient når hun delte ut medisinen.

Kommunerevisjonen observerte at legemidler ble delt ut til én og én pasient. Sykepleieren påsa at medisinene ble tatt, og ga instruksjoner om hvordan det enkelte legemiddel skulle inntas, for eksempel om en tablett skulle tygges, svelges med vann eller annet.

Ullevålsveien 34

Istandgjøring

Vi fikk opplyst at det var fastlegene som rekvirerte legemidler til beboerne. Lederen opplyste at beboerne generelt ble hyppig fulgt opp av fastlege, eventuelt også av spesialisthelsetjenesten.

Legemidler ble etter mottak fra apotek lagt i medisinskapet i medisinerrommet i kjelleren. Medisinen var den enkelte beboers personlige medisin og ble lagt i hylla til den aktuelle pasienten. To medisinsansvarlige hadde ansvar for å legge og kontrollere dosetter, sjekke varebeholdning og bestille nye resepter. Dosetten ble istandgjort én gang per uke. Dette sammenfalt ikke med Kommunerevisjonens kontrollbesøk, og vi har følgelig ikke kontrollert istandgjøringen.

Vi kontrollerte medisinerpermene for fem beboere i første og tredje etasje (ikke alle sju beboere var medisinerter). I permene varierte det fra beboer til beboer over hvor lang tid registreringene var gjort. Ordinasjon og ordineringsårsak framkom, i tillegg til daglig dose. Det var signert for / dobbeltkontrollert at medisineroppsettet var riktig. Oppsettet skulle tilsvare det som framgikk i beboerens perm på medisinerrommet og på beboerens dosett. Behovsforeskriving av eventuell medisin framgikk også, og denne var dobbeltsignert. Det var også et skjema for kontroll (dobbeltsignering) av dosett og utlevering.

Utlevering

Vi gjennomførte en kontroll ved medisinerutdelingen ved boligen. Vi observerte at medisinsansvarlig i én av etasjene tok medisinerne ut av dosetten og la dem over i et utdelingsglass, og at vedkommende krysset av enten for at medisin var påsett tatt, eller for at den var utlevert. Den medisinsansvarlige vi snakket med, oppga at han alltid kontrollerte antallet tabletter ved doseringen.

Selve utdelingen ble gjort av ansatte miljøarbeidere på etasjen og registrert i egne permer for hver pasient. I denne permene lå det opplysninger om hvilke medisiner beboeren skulle ha, hvilke doser og antall tabletter fordelt på tidspunkter for utdeling. Det ble utarbeidet døgn- og månedsrapporter for pasientene der medisinbruk ble dokumentert (utlevert/inntatt), jf. beskrivelse nedenfor (journalføring). Det ble også signert for dosering og for kontroll av dosering.

Vi gjennomgikk avviksmeldinger knyttet til medisinerutdelingen for fem beboere. Vi så flere meldinger som gjaldt at beboeren ikke hadde fått aktuell dose på riktig tidspunkt. I noen tilfeller gjaldt avviket at en halv eller hel tablett var blitt liggende igjen i dosetten/medisinerbegeret. Andre tilfeller gjaldt at dosen var blitt slått ut av hendene på den ansatte, slik at ny dose måtte gis, eller at en tablett var gjenfunnet på golvet. For én beboer var det tre avviksmeldinger innenfor en månedsperiode (april–mai 2019) knyttet til at medisiner var glemt gitt.

4.2.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Adamstuen hadde rutiner som kunne bidra til at riktig legemiddel ble gitt til riktig beboer, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Undersøkelsen viser imidlertid at det var svakheter knyttet til dette, blant annet fordi innholdet i multidosene ikke ble kontrollert.

Adamstuen hadde heller ikke rutiner eller praksis for å observere inntak av andre medisiner enn A-preparater. Dette er ikke i tråd med føringene for legemiddelhåndtering. Sikring av at legemidlene inntas, kan være en sikring både av at beboerne får foreskrevne medisiner, og av at legemidler ikke kommer på avveie.

Undersøkelsen viser at Kommunal akutt døgnenhet, Solvang og Ullevålsveien 34 hadde rutiner som kunne bidra til at riktig legemiddel ble gitt til riktig beboer i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Avviksmeldinger og informantutsagn mv. viste imidlertid at det kunne oppstå tilfeller av svikt i praksisen knyttet til dette. Det var ikke tilfredsstillende at det tre ganger i løpet av en månedsperiode ble glemt å gi medisiner til en beboer i Ullevålsveien 34.

4.3 Kassasjon av legemidler

4.3.1 Revisjonskriterium

- Virksomheten skal håndtere legemidler som kasseres som risikoavfall.

4.3.2 Faktabeskrivelse

Adamstuen omsorgssenter

Både Velferdsetatens sentrale rutine og Adamstuens rutine for legemiddelhåndtering omhandlet kassasjon av legemidler.

På medisinrommet i første etasje var det gule bokser til kassasjon av smittefarlig avfall (sprøyter mv.). En rutine for håndtering av smittefarlig avfall var oppslått på veggen.

Vi observerte i medisinrommet i andre etasje en forseglet boks der løse tabletter skulle kastes. Boksen skulle leveres tilbake til apoteket når den var full. I tillegg var det et kjøleskap der det blant annet sto en liten flaske med Subutex som var merket med en gul lapp at den skulle kasseres. Ifølge sykepleieren som deltok, ble medisiner som skulle kasseres, tilbakelevert til apoteket ukentlig. Det var også en blå boks med hovedsakelig multidoser som skulle kasseres. En av dosene var datert 04.04., dvs. 40 dager før vår kontroll. Boksen var ganske full. Lederen oppga at kasserte medisiner rutinemessig skulle returneres til apoteket ukentlig, men at de ofte ble stående igjen. Hun oppga at hun ikke fulgte dette opp systematisk.

I tredje etasje var det forutsatt at beboerne håndterte medisinerne sine selv, og det var ikke utplassert bokser for kassasjon av legemidler på medisinrommet.

Tre avviksmeldinger gjaldt at legemidler, i to av tilfellene Subutex, var kastet i søpla.

Ingen av medisinrommene hadde boks for kassasjon av flytende legemidler. Lederen opplyste at flytende medikamenter, deriblant Metadon, som oftest ble helt ut i vasken, men at de noen ganger ble returnert til apoteket.

Kommunal akutt døgnenhet

Kommunal akutt døgnenhets rutiner omfattet håndtering av legemidler som avfall.

Vi observerte utstyret for kassasjon av legemidler i medisinrommet. Blå plombert boks (seponett) skulle brukes til kassasjon av alle tabletter, inkludert enkelttabletter av

A-preparater. Det var en egen flaske for kassering av væske, en gul boks til smittefarlig avfall (sprøyter o.l.) og en boks med metallokk og gul pose til antibiotika-avfall. Vi fikk opplyst at det var krav om dobbeltsignering for kassering av A-preparater – slike legemidler skulle legges i en egen kasse som ble plombert for retur til apoteket. Vi så eksempler på skjema der det var kvittert for mottak på apotek og kvittert av Kommunal akutt døgnetenhet.

Avdelingssykepleier opplyste at det ble holdt oversikt over hvilke medisiner som ble kassert. Avdelingssykepleier oppga å kontrollere behovet for kassasjon hver tredje måned.

Solvang helsehus

Helsehuset hadde en rutine som omfattet kassasjon av legemidler.

Vi observerte at medisinerrommet hadde en papirboks fra apoteket til kassering av legemidler (ikke A- og B-preparater). Denne ble ifølge avdelingssykepleieren forseglet på undersiden før retur til apoteket. Videre hadde posten en forseglet boks til A- og B-preparater. Flytende legemidler skulle kasseres i en egen beholder.

Når boksene begynte å bli fulle, kontaktet posten ifølge avdelingssykepleieren apoteket for retur. Hun oppga at returseddel ble bestilt gjennom medisinbestillingen.

Ullevålsveien 34

Boligens rutine omfattet ikke kassasjon av legemidler. Det framgikk imidlertid at medisinsansvarlige hadde ansvar for å levere kasserte legemidler til apoteket.

Medisinsansvarlig hadde ansvar for å kontrollere utløpsdato og levere kasserte legemidler til apoteket. Boliglederen opplyste at boligen ikke hadde et helt klart system for kassasjon av legemidler, men at legemidler ble returnert til apotek etter en tids oppsamling.

I medisinskapet i medisinerrommet i kjelleren observerte vi at det var avfallsdunker for kasserte tabletter. Disse var ikke plombert. Vi fikk opplyst at kasserte medisiner ble hentet eller levert/returnert ca. én gang i måneden. Vi fikk opplyst at boligen ikke hadde hatt behov for kassasjonsdunk for flytende medisin.

4.3.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Både Adamstuen, Kommunal akutt døgnetenhet, Solvang og Ullevålsveien 34 hadde rutiner og utstyr som kunne bidra til at legemidler ble håndtert som risikoavfall.

Adamstuen hadde ikke utstyr for kassasjon av flytende legemidler, selv om omsorgssenteret håndterte flytende A-preparater daglig. Kommunerevisjonen vil trekke fram at også flytende legemidler skal håndteres som risikoavfall. Det innebærer potensiell miljørisiko å helle flytende legemidler i vasken.

4.4 Journalføring

4.4.1 Revisjonskriterium

- Virksomheten må sikre løpende journalføring, herunder informasjon om
 - hvorvidt medisin er gitt / ikke gitt
 - observasjoner av effekten av legemidlene

Revisjonskriteriet om journalføring av observasjoner av legemidlenes effekt er primært undersøkt i tilknytning til journalføring av observert effekt av eventuellmedisin.

4.4.2 Faktabeskrivelse

Adamstuen omsorgssenter

I Velferdsetatens rutine for legemiddelhåndtering het det om journalføring av utlevert legemiddel at utlevering av alle legemidler skulle journalføres enten i egne journalnotater i fagsystemet HK-Velferd (eksempelvis ved antibiotikaforeskrivning) eller på kvitteringsskjema i papirform (for faste medisiner).

Lederen opplyste at det ikke forelå noen skriftlige rutiner for journalføring knyttet til informasjon om legemiddelet var gitt / ikke gitt, eller til observasjoner av legemidlenes effekt. Én sykepleier opplyste at hvis alt foregikk som det skulle, ble ikke informasjon om utdelt medisin journalført. Så langt vi fikk opplyst fra omsorgssenteret, ble ikke observasjoner av legemidlenes effekt journalført. Lederen oppga imidlertid at relevante opplysninger knyttet til inntak av Metadon ville bli journalført, for eksempel at beboeren var for ruset til å få Metadon eller at hun/han reagerte med oppkast.

På spørsmål om hva som skulle journalføres i beboerens journal, oppga lederen at det ble skrevet på lister på medisinrommet om medisin var delt ut eller ikke, og om beboeren hadde fått eventuellmedisin. Skriftliggjøringen av utlevert legemiddel som vi så, var i form av skjemaene for løpende føring av mottatt og utlevert medikament (A- og/eller B-preparat) knyttet til den enkelte beboer. Det ble kun ført dato og mengde ut/inn i tillegg til beholdning. Vi så eksempler på at det var markert for at medisin ikke var gitt til enkelte beboere. Observasjonen av effekten av legemiddelet framgikk ikke.

Kommunal akutt døgnerhet

Dokumentasjon var omtalt i flere av Kommunal akutt døgnerhets prosedyrer.

Pasientene hadde både en papirbasert medikamentkurve og en elektronisk journal i fagsystemet Profdoc Vision. I medikamentkurven skulle det blant annet kvitteres for gitt medisin. Dersom medisin ikke ble gitt, skulle det markeres med et minustegn.

Sykepleier sa at effekten av behovsmedisiner skulle journalføres i Profdoc. I tillegg skulle effekten av legemidler der det var gjort endringer, dokumenteres i Profdoc.

Vi tok tre stikkprøver av elektronisk pasientjournal for å kontrollere løpende journalføring av om legemiddelet var gitt eller ikke, og av observert effekt. I ett av tilfellene framkom effekten av behovsmedisin, mens dette ikke var dokumentert i de to øvrige tilfellene. Vi så for øvrig at det var løpende dokumentert i pasientenes medikamentkurve om medisin var gitt eller ikke gitt.

Solvang helsehus

Prosedyren *Utdeling av legemidler* sa at all utdeling av legemidler skulle dokumenteres, og at signaturlister for utdeling av legemidler var en del av pasientens journal.

Helsehuset holdt på å innføre bruk av det elektroniske systemet eRom. Dette dokumentasjonsverktøyet skulle hente data fra tiltaksplanen i journalsystemet. Ansatte ville da få oversikt over hvilke tiltak som skulle gjennomføres i løpet av vaken, og

kvittere ut for utførte tiltak. Dokumentasjon skulle skje ved sengen, i samarbeid med pasienten. Avdeling 4B hadde benyttet dette fra og med medio mai 2019. Formålet med eRom var å bedre dokumentasjonen, fordi de ansatte i større grad kunne journalføre løpende på iPaden de hadde med seg.

Dokumentasjon av om legemiddel er gitt / ikke gitt

Da Kommunerevisjonen observerte medisinalutdeling ved avdelingen, observerte vi at sykepleieren dokumenterte i permen at medisin var gitt, før hun gikk videre til neste pasients legemidler. Dersom legemidler ikke ble tatt, ble de ifølge sykepleieren tatt med tilbake til medisinalrommet og kassert. Dette ble dokumentert i signeringslister og i journalsystemet.

Dokumentasjon av effekt av eventuellmedisiner

Vi fikk opplyst at posten ikke registrerte utdeling av faste medisiner i Gerica. Dette ble det kvittert for i skjemaet i medisinalpermen. Utdelte eventuellmedisiner skulle registreres på et eget papirskjema i medisinalpermen, og også effekten skulle dokumenteres. Vi fikk opplyst at de ansatte brukte dette skjemaet framfor den aktuelle journaltypen i Gerica.

Vi gjennomgikk journalene til 13 pasienter som hadde opphold ved posten samme dag som kontrollbesøket, eller som var helt nylig utskrevet – vi valgte ikke pasienter som var nylig innkommet til posten. Vi fant at det var dokumentert at fem av disse pasientene hadde fått eventuellmedisiner, til sammen ved 13 anledninger. Effekten av medisinene var dokumentert i to av disse tilfellene.

Ullevålsveien 34

Vi fikk opplyst at det ble utarbeidet døgn- og månedsrapporter for pasientene der medisinalbruk ble dokumentert utlevert/inntatt. Vi fikk opplyst at ingen av beboerne mottok B-preparater som del av den faste medisinaleringen. Tre av beboerne hadde fått ordinert B-preparater som ble gitt ved behov.

Vi fikk opplyst at beboerne ikke hadde elektronisk journal, kun papirbasert. Kommunerevisjonen fikk opplyst at boligen våren 2019 holdt på å innføre Gerica.

Dokumentasjon av om legemiddel er gitt / ikke gitt

På kontrolltidspunktet ble det kvittert i medisinalpermer for hver av brukerne for at legemidler var gitt til pasientene (påsett tatt eller utlevert til pasient), eller for at de ikke var gitt, inkludert informasjon om årsaken til det (nektet tatt, pasient ikke til stede, glemt).

Kommunerevisjonen gjennomgikk dagrapportene for to beboere i perioden nær opptil kontrolltidspunktet, dvs. april–mai 2019. For den ene beboeren var det stor variasjon i om det var registrert for inntak av medisin morgen og kveld. Det var oftere registrert for morgenutdeling. Det manglet også registreringer flere dager. For den andre beboeren skulle det krysses av for «medisin» på dagvakt og kveldsvakt. I mai 2019 manglet dette for enkelte kveldsvakter. Det varierte hvilken informasjon som ble gitt i skjemaet – enkelte satte et kryss / huket av, andre noterte også klokkeslett.

Dokumentasjon av effekt av eventuellmedisiner

Boligen hadde et eget skjema for dokumentasjon av eventuellmedisin. Dette ble oppbevart i medisinpermen. I skjemaet skulle det blant annet dokumenteres tidspunkt for eventuellmedisin, informasjon om preparatet, årsak samt effekt av medisinen.

Kommunerevisjonen gjennomgikk skjema for eventuellmedisin gitt til én beboer som hadde fått ordinert dette i perioden mars 2018–mai 2019. Medisinene inkluderte ett reseptfritt legemiddel og ett B-preparat. Effekten av medisinen var dokumentert i 35 av 36 tilfeller.

4.4.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Undersøkelsen viser at Adamstuen ikke hadde sikret løpende journalføring av om medisin var gitt / ikke gitt i beboerjournalen. Adamstuen hadde imidlertid et medisinregnskap på papir over utleverte A- og/eller B-preparater som omfattet om legemidlene var gitt / ikke gitt. Adamstuen hadde heller ikke sikret løpende journalføring av effekter av legemidler for beboerne. Fravær av oppdaterte journaler øker risikoen for at eventuelle negative effekter eller fravær av effekt av legemidler ikke blir korrigert, og at hensikten med legemiddelbehandlingen ikke oppnås.

Kommunal akutt døgnenhet og Solvang syntes å ha løpende journalføring av om legemidler ble utlevert til pasientene eller ikke. Journalføringen ble ikke gjort i pasientenes elektroniske journal, men forelå i papirjournal. Det var mangler i Kommunal akutt døgnenhets og Solvangs journalføring av effekter av eventuellmedisin i de gjennomgåtte journalene. Kommunerevisjonen vil trekke fram at det er spesielt viktig å dokumentere effekter av medisiner som gis etter behov, blant annet for å sikre at pasientens behov blir dekket av legemiddelet.

Ullevålsveien 34 sikret ikke løpende journalføring av om medisin var gitt / ikke gitt i beboerjournalen. Boligen hadde lagt til rette for dokumentasjon av om legemidler ble gitt beboerne eller ikke, i en egen papirperm. Registreringene i papirpermen var imidlertid mangelfulle. Ullevålsveien 34 syntes i hovedsak å dokumentere effekter av eventuellmedisin i papirperm, men ikke i beboerens journal. Kommunerevisjonen merker seg at boligen er i ferd med å innføre Gerica.

Kommunerevisjonen vil trekke fram at det var en svakhet på alle de undersøkte tjenestestedene at opplysninger knyttet til legemidler ble ført ulike steder. En konsekvens av dette kan være at det medfører tvil om hvor oppdaterte relevante og nødvendige opplysninger om pasienten/beboeren foreligger.

5. Håndtering av A- og B-preparater

Dette kapittelet omhandler rutiner og praksis knyttet til A- og B-preparater, dvs. sterke og/eller vanedannende legemidler.

5.1 Revisjonskriterier

Vi har lagt til grunn følgende revisjonskriterier:

- Virksomheten skal ha et system for håndtering av A- og B-preparater.
- Alle mottak og uttak av A-preparater skal dokumenteres, herunder hva den enkelte pasient har fått av slike legemidler. Dokumentasjonen skal være oppdatert til enhver tid.
- Virksomheten skal ha oversikt over alle mottak og uttak av B-preparater. Mottatt mengde skal sammenholdes med faktisk bruk på enhetsnivå.

5.2 Faktabeskrivelse

Adamstuen omsorgssenter

System og praksis for håndtering av A- og B-preparater

Omsorgssenteret hadde både sentrale og lokale rutiner for håndtering av A- og B-preparater. Rutinene tilsa at det skulle føres kontroll med mottak/uttak av A-preparater, og at det skulle holdes oversikt over mottak og uttak av B-preparater. I Velferdsetatens rutine sto det at ved mistanke om uregelmessigheter var regnskapsføring som for A-preparater anbefalt også for B-preparater.

Det forelå skjema for regnskapsføring av hvert enkelt A- og B-preparat for den enkelte beboer som skulle føres og dobbeltkontrolleres ved den ukentlige doseringen av medisiner. Informantene opplyste at det ikke var nødvendig med dobbeltkontroll med uttak av B-preparater.

Vi fikk opplyst at Adamstuen fikk oversikter over A- og B-preparater som ble levert fra apotek. Bestillingsskjemaene ble arkivert. Mottak av medisiner fra apotek skjedde hver torsdag. Kvitteringslister ble oppbevart i perm. Vi fikk opplyst at en sykepleier og husholderske kontrollerte leveranse opp mot bestilling. Kontrollen ble ikke dokumentert.

Mottatte A- og B-preparater ble telt inn i regnskapet ved mottak og dokumentert skriftlig, noe vi så eksempler på ved kontrollen.

En av sykepleierne oppga at det ble gjort sporadiske kontroller av A- og B-preparater i alle etasjene. Sykepleieren oppga at det ikke var noen fast rutine for dette.

Det forelå ikke noen signaturliste med oversikt over signaturen til ansatte med fullmakt til å dele ut medisiner.

Lederen oppga at hun ikke kontrollerte sykepleiernes kontroll med legemidler, deriblant regnskapet over A- og B-preparater.

Kontrolltelling av regnskapet med A- og B-preparater

Ved observasjonsbesøket ba vi om at det ble foretatt en kontrolltelling av beholdningen av A- og B-preparater opp mot regnskapet over disse.

I medisinskapet i andre etasje, der to pasienter hadde A-/B-preparater, fant vi avvik knyttet til tre B-preparater:

- Paralgin forte: Det var ikke mulig ut fra regnskapet å se hva som var gitt, og hva som skulle vært rest.
- Mogadon 5 mg: Ifølge regnskapet skulle det vært 8 tabletter, men beholdningen var 86 tabletter. Sykepleieren mente at dette sannsynligvis skyldtes at nye tabletter ikke var registrert inn.
- Valium 5 mg: Det manglet 7 tabletter i forhold til regnskapet. Sykepleieren mente at det nok skyldtes at uttak siste uke ikke var registrert.

Ved kontrolltelling av A- og B-preparater i medisinerrommet i tredje etasje fant vi to avvik:

- Det manglet 3 tabletter Stesolid (B-preparat).
- Det manglet 4 tabletter valium 5 mg (B-preparat). Disse gjenfant sykepleieren i et medisinglass som sto for seg selv i medisinskapet. Glasset var ikke merket med navn e.l.

Det forekom flere avviksmeldinger som berørte uoverensstemmelser i medikamentregnskapet. Minst 23 avvik var knyttet til medikamentsvinn som blant annet omfattet både A- og B-preparater. Det forekom også avviksmeldinger knyttet til at medikamenter var kommet til rette etter kontroll med regnskapet. I 12 tilfeller gjaldt meldingen at én tablett/dose manglet, i enkelte tilfeller ved at tablettene var mistet, men i flertallet at tablettene/dosen var borte. Fem meldinger gjaldt mer enn én tablett/dose, deriblant:

- 5 tbl. Malfin (A)
- 4 tbl. Valium (B)
- 5 tbl. Imovane (B)
- 7 tbl. Sobril (B)
- 28 tbl. Paralgin forte (B)

Ifølge lederen ble ikke svinnet knyttet til 28 Paralgin forte meldt videre eksternt eller til politiet. Lederen oppga at hun ikke mistenkte at tyveri var årsak til svinnet.

Kontroll med regnskapsføringen for A-preparater

Vi tok stikkprøver av medisinerlistene over A-preparatet Metadon (40–90 mg) for fire beboere innenfor perioden januar–mai 2019. Basert på stikkprøvene fant vi at dobbeltsignatur manglet i 5 % av det samlede antallet føringer av uttak, mottak og beholdning. Ett av uttakene var ikke signert av noen ansatte.

Kontroll med regnskapsføringen for B-preparater

Stikkprøver av regnskapsføringen for tre B-preparater (Apodorm, Mogadon, Sobril) for til sammen fem beboere i perioden januar 2018–mai 2019 viste at det i en del tilfeller ble dobbeltsignert, men at det ikke skjedde i 79 % av føringene. For Apodorm var det ett tilfelle og for Sobril var det fire tilfeller i perioden der uttak ikke var signert av noen ansatte.

Ett skjema viste et svinn på 14 Sobril 15 mg. Vi så ikke noen avviksmelding knyttet til dette svinnet. Lederen antok at svinnet skyldtes en feiltelling, men oppga at dette ikke var blitt kontrollert.

Kommunal akutt døgnenhet

System og praksis for håndtering av A- og B-preparater

Helseetatens rutine *Oppbevaring og kontroll av legemidler* omhandlet kontroll av A- og B-preparater og gjaldt for Kommunal akutt døgnenhet.

Det forelå en signaturliste for sykepleiere på posten som løp fram til mai 2019. Denne skulle oppdateres/revideres hvert annet år. Flertallet av signaturene i signaturlisten var ikke ført i henhold til Kommunal akutt døgnenhets rutine for dokumentasjon for legemiddelhåndtering, dvs. i blokkbokstaver. Vi har ikke sammenholdt signaturlisten med hvilke sykepleiere som faktisk var ansatt på posten på undersøkelsestidspunktet.

Det ble ført regnskap med henholdsvis A- og B-preparater i egne permer og på egne ark. Regnskapet for A- og B-preparater var i hovedsak likt, men vi fikk opplyst at når A-preparater skulle gis, krevde det dobbeltsignatur både i medikamentkurven til pasienten og i regnskapspermen for A-preparater, mens B-preparater kun krevde dobbeltsignatur i regnskapspermen for B-preparater. Vi fikk opplyst at det fra sommeren 2019 skulle innføres som rutine at det også skulle dobbeltsignes på B-preparater i medikamentkurven.

Vi fikk opplyst at teamlederen med ansvar for medisiner blant annet hadde ansvar for bestilling av legemidler. Avdelingssykepleieren fulgte med på at bestilt mengde sto i samsvar med behov, og at medisinen ble levert. Ansvarlig sykepleier kontrollerte mottak. Seksjonslederen med sykepleiefaglig ansvar fulgte også med på bestillinger av medisin og gjorde av og til kontroller selv.

Vi fikk opplyst at to sykepleiere på nattevakt kontrollerte medikamentregnskapet med A-preparater hver natt og medikamentregnskapet med B-preparater hver måned. Månedlig gjorde teamlederen regnskapskontroll på A- og B-preparater i et Excel-regneark som ble skrevet ut og signert av teamlederen og avdelingssykepleieren. Vi fikk også opplyst at fagsykepleieren kontrollerte medisinregnskapet knyttet til A- og B-preparater via stikkprøver. Vi har mottatt påbegynt registreringsskjema for stikkprøver for januar–mai 2019. Det var gjennomført to stikkprøver i perioden, henholdsvis 04.04.2019 og 05.04.2019.

Seksjonslederen med sykepleiefaglig ansvar fulgte ikke opp avdelingssykepleiers kontroll med medikamentregnskapet, men opplyste at hun ble varslet av avdelingssykepleier hvis det oppsto manko – også om det gjaldt én tablett. Seksjonsoverlegen oppga også at han fulgte med på kontrollen med A- og B-preparater.

Kontrolltelling av regnskapet med A- og B-preparater

Observasjonen omfattet kontrolltelling av alle A- og B-preparater på post 3. To sykepleiere gjennomførte tellingen. Kontrolltellingen av A-preparatene viste at beholdningen stemte overens med regnskapet. Når det gjaldt B-preparater, var det ett avvik mellom beholdning og regnskap – dvs. én tablett for mye (Fenemal NAF 5 mg).

Sykepleieren som bisto oss, fortalte at det ikke var oppdaget store feil ved slike kontroller. Det hendte det var avvik på én tablett e.l. Da satte man en stjerne og en kommentar i margin, og prøvde å finne ut av det. Det skulle også skrives avviksmelding og tas opp med leder.

Kontroll med regnskapsføringen for A-preparater

Vi tok stikkprøver av dobbeltkontrollen med tre A-preparater (Oxycontin, Oxynorm og Targiniq) i perioden januar–mai 2019. Stikkprøvene viste at manglende dobbeltsignering ved uttak av de utvalgte A-preparatene gjennomsnittlig forekom i 0,4 % av alle uttak i perioden. Vi kontrollerte dessuten dokumentasjon av daglige kontroller med A-preparatene som var utført i januar–mars 2019.

Kontroll med regnskapsføringen for B-preparater

Vi tok stikkprøver av dobbeltkontrollen med tre B-preparater (Apodorm, Paralgin forte og Zopiclone/Imovane) i perioden juli–desember 2018. For de utvalgte B-preparatene viste stikkprøvene fire tilfeller av manglende dobbeltsignering og ett tilfelle av manglende signering overhodet. Ifølge de månedlige regnskapsskjemaene for september–desember 2018 var forbruket av Apodorm på 34 tabletter i tillegg til mottak, lån og kassasjon det skulle signeres for. For Paralgin forte gjaldt forbruket i samme periode 259 tabletter i tillegg til mottak, lån/utlån og kassasjon (8 tabletter). Forbruket av Zopiclone var 159 tabletter i tillegg til mottak og kassasjon (37 tabletter). Med andre ord var det et stort volum av tilfeller der dobbeltkontroll var aktuelt, og der stikkprøvene viste at det ble dobbeltsignert.

Solvang helsehus*System og praksis for håndtering av A- og B-preparater*

Helsehuset hadde rutiner som omfattet håndtering av A- og B-preparater.

Avdelingen førte regnskap for A- og B-preparater, og der skulle informasjon om pasientens navn, dato, uttak/mottak, restbeholdning, signatur og signatur for dobbeltkontroll framgå. Det var egne skjema for hvert preparat, hver styrke mv. Informasjon fra kontroller ble også dokumentert i skjemaene. Stikkprøvene viste at det varierte hvor hyppig kontrollene ble gjennomført. Det kunne ofte gå mer enn en måned mellom hver kontroll av både A- og B-preparatene vi så nærmere på, men dette varierte fra periode til periode. Kontrollene var hyppigere i ferieperioden i 2018.

I farmasøytisk tilsyn i januar 2019 ble det avdekket en rekke avvik, blant annet knyttet til ukentlig/månedlig kontroll med A- og B-preparater. Ifølge avdelingssykepleieren fulgte helsehuset opp tilsynsrapporten ved å lage en handlingsplan som ble gjennomgått med de ansatte. Avdelingssykepleieren sa at posten som følge av det farmasøytiske tilsynet skulle begynne med ukentlige kontroller istedenfor månedlige.

Dokumentasjon av månedlige kontroller av A- og B-beholdningen lå i perm. Avdelingssykepleieren og Kommunerevisjonen gjennomgikk permene for å se om det var gjennomført månedlige kontroller med A- og B-regnskapet. Gjennomgangen bekreftet dette. Det kunne imidlertid gå opptil seks uker mellom kontrolltidspunktene. Avdelingssykepleieren opplyste at avdelingen ved noen tilfeller hadde måttet utsette kontrolltellingene av A- og B-preparater grunn av lav sykepleierbemanning.

Ved kontrollbesøket fikk vi opplyst at det høsten 2018 hadde vært et svinn på 22 tabletter Zopiclone 5 mg (B-preparat) fra avdeling 4B. Institusjonsleder og avdelingssykepleier sa at hendelsen ble politianmeldt i tillegg til å bli videreformidlet til Sykehjemsetaten. Vi opplyste da om at Kommunerevisjonen skal varsles om slike tilfeller av medikamentsvinn.

Vi gjenfant svinnet på 22 tabletter i den månedlige kontrollen for perioden 25.09.–06.11.2018 og i to avviksmeldinger for henholdsvis 17. og 18.10.2018. Vi ettergikk de månedlige kontrollene for A- og B-preparater i 2018 for å se om det hadde vært ytterligere tilfeller av svinn:

- I perioden 12.06.–04.07. 2018 var det et svinn på 59 tabletter Zopiclone 7,5 mg. Vi så også avviksmelding knyttet til dette datert 26.06.2018. Ifølge helsehuset ble også dette svinnet politianmeldt.
- I perioden 01.08.–25.09.2018 var det et svinn på 4 tabletter Zopiclone 7,5 mg. Vi så ingen avviksmelding knyttet til dette svinnet.

Både for A- og B-preparater var det ellers unntaksvis tilfeller av at kontrollene avdekket mindre doser tabletter/injeksjonsvæske for lite eller for mye. For A-preparater viste månedskontrollene et avvik på en tablett Oxynorm 5 mg i juli, dessuten to tabletter Reltebon 5 mg for lite og 0,35 ml morfin 10 mg for mye i desember 2018–januar 2019.

Det framgikk av oversikten over avvik og avvikshåndtering at det som tiltak etter svinnet på 59 tabletter skulle være daglig kontroll i tillegg til ukentlig og månedlig kontroll. Ifølge regnskapsskjemaet for Zopiclone 7,5 mg for perioden fra 09.05. til 01.09.2019 ble det ikke gjennomført daglige kontroller.

Kontrolltelling av regnskapet med A- og B-preparater

Kommunerevisjonen observerte mens sykepleier telte opp alle A-preparatene mot regnskapsført beholdning. Det ble ikke funnet avvik mellom faktisk beholdning og regnskapet. Kommunerevisjonen observerte to eksempler på at B-preparater ble dosert. Sykepleieren hentet da en annen ansatt til å telle sammen med henne og signere for dette. Sykepleieren telte høyt antallet tabletter hun tok ut, samt restbeholdningen. I begge tilfellene stemte den faktiske beholdningen overens med regnskapet. Begge signerte for dette.

Kontroll med regnskapsføringen for A-preparater

Kommunerevisjonen kontrollerte regnskapet ved å ta stikkprøver av ett A-preparat (morfin 10 mg) i tre ulike former (tablett, ampulle, hetteglass) innenfor perioden januar–april 2019. Stikkprøvene viste at dobbeltsignatur ved mottak, uttak og/eller kontroll i gjennomsnitt manglet i 28 % av tilfellene.

Kontroll med regnskapsføringen for B-preparater

Kommunerevisjonen kontrollerte regnskapet for tre B-preparater: Paralgin forte 400/30, Sobril 25 mg, Vival 5 mg. Gjennomsnittlig manglet dobbeltsignatur i 26 % av tilfellene. Det var imidlertid stor variasjon i kontrollen med de enkelte medikamentene: For Paralgin forte manglet dobbeltsignatur i 60 % (146) av de 241 tilfellene av mottak/uttak/kontroll i perioden juni 2018–februar 2019. For Sobril manglet det dobbeltsignatur i 2 av 42 tilfeller (5 %) i perioden januar 2018–februar 2019, mens det for Vival manglet dobbeltsignatur i 7 av 56 tilfeller (12 %) i samme periode.

Ullevålsveien 34

System og praksis for håndtering av A- og B-preparater

Ifølge boliglederen hadde boligen oversikt fra apoteket over hvilke legemidler, deriblant B-preparater, som var levert, inkludert informasjon om type legemiddel, styrke på preparatene o.a. Listene skulle oppbevares i perm i medisinerrommet.

Kommunerevisjonen så permene ved kontrollbesøket. Boliglederen oppga at boligen

ved hver levering fikk legemidler tilsvarende tre måneders forbruk, med unntak av eventuellmedisiner, som ble bestilt og levert ved behov.

Boligen hadde ikke et regnskap eller en oversikt over medisinene, utover det som fulgte av bestillingslister som ble arkivert per bruker, og kvitteringer for utdeling av medisiner. Ifølge lederen hadde det ikke vært mistanke om uregelmessigheter/svinn knyttet til noen beboeres legemidler, inkludert B-preparater.

Kontrolltelling av regnskapet med A- og B-preparater

Boligen administrerte ikke A-preparater og førte heller ikke regnskap med B-preparater. Kontrolltelling og kontroll med regnskapsføringen var dermed ikke aktuelt, ettersom vi ikke hadde noe regnskap å kontrollere beholdningen mot. Ifølge lederen hadde boligen fått tilbakemelding fra tilsynsfarmasøyten om at et slikt regnskap ikke var nødvendig.

5.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Alle fire tjenestesteder hadde et system for håndtering av A- og/eller B-preparater. Systemet for og kontrollen med A- og B-regnskapet på Kommunal akutt døgnetenhet var i hovedsak i orden, selv om svikt i dokumentasjonen av kontroll kunne forekomme.

På Adamstuen og Solvang ble det ført daglig regnskap med mottak og uttak av A- og B-preparater knyttet til den enkelte pasient/beboer. Det var svikt i dobbeltkontrollen med A-preparater på Adamstuen og med både A- og B-preparater på Solvang. Adamstuen hadde ikke rutine for dobbeltkontroll med B-preparater, selv om dobbeltkontroll kunne forekomme. Adamstuen hadde heller ikke faste rutiner for øvrig kontroll med A- og B-preparater. Solvang hadde slike rutiner, men undersøkelsen viser at disse ikke alltid ble fulgt.

Kommunerevisjonen ser med bekymring på svakhetene i kontrollen med A- og B-preparater som undersøkelsen avdekket på Adamstuen og Solvang. Manglende kontroll med disse preparatene gir blant annet risiko for bevisste og ubevisste feil.

Undersøkelsen viste at det i undersøkelsesperioden hadde vært flere tilfeller av uregelmessigheter og svinn ved Adamstuen og Solvang. På Solvang var det iverksatt kontrolltiltak etter tilfeller av svinn, men disse syntes ikke å ha fungert tilfredsstillende, ettersom svinn forekom flere ganger i 2018. På Adamstuen syntes det ikke å ha blitt iverksatt kontrolltiltak på basis av uregelmessighetene. Kommunerevisjonens kontrolltelling avdekket også at det var avvik mellom regnskap og beholdning på to av medisinrommene ved Adamstuen. Kommunerevisjonen mener omfanget av uregelmessigheter og svinn ved Adamstuen og Solvang i perioden er alvorlig, og vil dessuten påpeke at de større forekomstene av svinn ikke har blitt meldt videre slik de skulle. Over tid har det vært flere mislighetssaker knyttet til svinn av legemidler som er rapportert til kontrollutvalget. Kontrollutvalget vil informeres i egen sak om tilfellene av svinn på Solvang helsehus som er omtalt i denne rapporten.

Kommunerevisjonen vil videre bemerke at det ikke var rutine for systematisk dobbeltkontroll med B-preparater på Adamstuen.

Kommunerevisjonen mener praksisen ved Ullevålsveien ikke la til rette for at virksomheten kunne ha oversikt over uttak av B-preparater. Selv om forbruket av disse preparatene er lavt, kan det være ekstra viktig med jevnlig kontroll, da det kan gå lang tid før svinn oppdages.

6. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger

6.1 Konklusjoner

Kommunerevisjonen har undersøkt om håndteringen av legemidler var i tråd med regelverket på fire tjenestesteder under tre virksomheter, nærmere bestemt Helseetaten ved Kommunal akutt døgnenhet, Sykehjemsetaten ved Solvang helsehus og Velferdsetaten ved Adamstuen omsorgssenter og Ullevålsveien 34.

Ingen av de fire tjenestestedene sikret en håndtering av legemidler fullt ut i tråd med regelverket. Det er imidlertid ulikt omfang av mangler og svakheter i legemiddelhåndteringen ved de enkelte tjenestestedene.

For Adamstuens del har undersøkelsen vist en rekke avvik knyttet til legemiddelhåndtering:

- Det var usikkert om det var oppnevnt en medisinskfaglig rådgiver for hele undersøkelsesperioden.
- Det forelå ingen ROS-analyse for legemiddelhåndteringen ved omsorgssenteret.
- Undersøkelsen tyder på at det var en underrapportering av avvik.
- Det ble ikke sikret at ansatte som håndterte legemidler, hadde nødvendig kompetanse.
- Legemidler, herunder A- og B-preparater, ble ikke oppbevart utilgjengelig for uvedkommende.
- Det var svakheter knyttet til å gi riktig legemiddel til riktig beboer i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.
- Det var svakheter i journalføringen knyttet til legemidler.
- Det var mangler og svakheter i kontrollen med A- og B-preparater.

Omfanget av mangler og svikt på de undersøkte områdene tilsier at legemiddelhåndteringen samlet sett har vært svært mangelfull på Adamstuen.

For Solvangs del var det manglende kontroll med A- og B-preparater og manglende håndtering av svinn. Undersøkelsen tyder også på en underrapportering av avvik.

Ullevålsveien 34 hadde en del mangler og svakheter knyttet til blant annet medisinskfaglig rådgiver, ROS-analyse og dekkende lokale rutiner, sikring av oppfriskningskurs for ansatte og løpende journalføring. Boligen hadde heller ikke en tilfredsstillende oversikt over B-preparater.

Undersøkelsen viser at Kommunal akutt døgnenhet i hovedsak hadde tilfredsstillende rutiner og praksis på flere av de undersøkte områdene. Det var imidlertid avvik og forbedringsmuligheter knyttet til å basere lokale rutiner for legemiddelhåndtering på gjennomført ROS-analyse, og det var risiko for underrapportering av avvik. Det var også mangler i den løpende journalføringen av effekter av eventuellmedisin.

6.2 Anbefalinger

Kommunerevisjonen anbefaler at Helsetaten ved Kommunal akutt døgnetenhet, Sykehjemsetaten ved Solvang helsehus og Velferdsetaten ved Adamstuen og Ullevålsveien 34 iverksetter tiltak i henhold til det som er avdekket i undersøkelsen, for å sikre legemiddelhåndtering i samsvar med regelverket.

Kommunerevisjonen anbefaler Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid å vurdere behov for tiltak i lys av rapportens konklusjon.

7. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse

Rapporten ble sendt til uttalelse til daværende byråd for eldre, helse og arbeid, Helseetaten, Sykehjemsetaten og Velferdsetaten 18.10.2019. Kommunerevisjonen mottok uttalelse fra Helseetaten 01.11.2019, fra Sykehjemsetaten og Velferdsetaten 04.11.2019 og fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester 07.11.2019. Uttalelsene følger i vedlegg 3, 4 og 5.

Under har Kommunerevisjonen oppsummert de mest sentrale elementene i uttalelsene og Kommunerevisjonens vurdering av disse.

Det er gjort enkelte justeringer i rapporten på bakgrunn av korrekturlesing og tilbakemeldingene. Endringene har ikke noen betydning for Kommunerevisjonens vurderinger, konklusjoner eller anbefalinger.

7.1 Byråden for helse, eldre og innbyggertjenester

7.1.1 Byrådets uttalelse

Byråden for helse, eldre og innbyggertjenester ga uttrykk for at rapporten vil være et godt verktøy for å sikre at både de undersøkte og de øvrige tjenestestedene har en god og trygg legemiddelhåndtering.

Når det gjaldt avvikshåndtering, skrev byråden at det er bred enighet om at det skal være en god avvikskultur i kommunen. Avviksmeldinger er et viktig verktøy i det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet på tjenestestedene, og fra sommeren 2019 har alle virksomhetene i sektoren tatt i bruk et felles kvalitetsstyrings- og avvikshåndteringssystem. Systemet omfatter felles rutiner for avvikshåndtering, og skal bidra til å sikre at avvik blir meldt, lik praksis i sektorens virksomheter og åpenhet rundt avvik. Byrådsavdelingen ville i løpet av uke 45/46 i 2019 be om en redegjørelse fra etatene om status for opplæring i bruk av kvalitetsstyrings- og avvikshåndterings-systemet ved tjenestestedene.

Byråden ga uttrykk for at det er helt nødvendig med tilstrekkelig opplæring, involvering av de ansatte og at den enkelte leders oppmerksomhet er i samsvar med kravene som blir stilt på området, for å sikre at legemiddelhåndteringen er i tråd med regelverket. Byråden skrev at de tre etatene måtte arbeide for at kjennskap, implementering og praksis skal være på et tilnærmet likt og kvalitativt godt nivå ved de ulike tjenestestedene. Til dette varslet byråden følgende tiltak:

- Kommunerevisjonens rapport ville bli tema på etatsstyringsmøter i november og desember med Helseetaten, Sykehjemsetaten og Velferdsetaten. Etatene ville bli bedt om å gjennomgå sine rutiner for legemiddelhåndtering og sikre at rutinene blir fulgt opp ved tjenestestedene.
- Ca. mai/juni 2020 ville etatene bli bedt om å redegjøre for status på området og videre oppfølging av legemiddelhåndteringen ved tjenestestedene.
- Byrådsavdelingen ville i løpet av november/desember 2019 vurdere hvordan rapportens funn og anbefalinger kan benyttes i bydelenes arbeid med legemiddelhåndtering og avviksbehandling.

Byråden påpekte i en kommentar til rapportens metode, anvendte kilder og data at Ullevålsveien 34 er en omsorgsbolig etter husleielovens bestemmelser og ikke er definert som en institusjon.

7.1.2 Kommunerevisjonens vurderinger

Kommunerevisjonen merker seg at byråden for helse, eldre og innbyggertjenester har meldt tiltak som er relevante for rapportens konklusjoner og anbefaling.

Etter Kommunerevisjonens mening framgår det av rapporten at Ullevålsveien 34 er en bolig for utviklingshemmede. Kommunerevisjonen har lagt til en ytterligere presisering av dette i rapportens sammendrag og i punkt 1.5. Kommunerevisjonen har lagt til grunn at forskriftens krav til legemiddelhåndtering gjelder så lenge det ytes helsehjelp som omfatter medisinhåndtering, uavhengig av om dette gjøres i institusjon eller bolig.

7.2 Helseetaten

7.2.1 Helseetatens uttalelse

Helseetaten uttalte at rapporten ble opplevd som nyttig, og at rapportens metodikk og endelig fremstilling ga et korrekt bilde av legemiddelhåndteringen på Kommunal akutt døgnerhet.

På spørsmål fra Kommunerevisjonen om eventuelle kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for Kommunerevisjonens konklusjoner, har Helseetaten listet opp flere forhold. Disse er knyttet til hvordan Kommunal akutt døgnerhet arbeider med sikring av legemiddelhåndteringen på de undersøkte områdene, tiltak som skal igangsettes, og utfordringer knyttet til dette. Etaten synliggjorde ingen innvendinger til selve revisjonskriteriene i rapporten.

Helseetaten skrev blant annet at lokale rutiner for legemiddelhåndtering var under revisjon, og mangler som er dokumentert i revisjonen, deriblant risikovurdering og dokumentasjon av effekt av behovsmedisiner, ville tas inn i de reviderte rutinene. Disse var planlagt ferdigstilt i november/desember 2019. Kommunal akutt døgnerhet ville også etablere et lokalt kvalitetsråd med legemiddelhåndtering som et av fokusområdene. Kvalitetsrådet ville ha første møte før 31.12.2019. Etaten påpekte at sikring av nødvendig kompetanse var tidkrevende og at eksterne kurs var kostbare. Etaten ville oppfordre kommunene til å utarbeide mer sentrale og samordnede opplæringskurs eller sentralt innkjøp av kurs for å utnytte fellesskapets ressurser bedre. Etaten oppga også at det skulle gjennomføres en endring av strukturer for implementering slik at organisasjonen skulle bli mer effektiv i alle ledd i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring: planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering. Dette skulle gjøres før 01.03.2020.

Etaten mente sikring av korrekte medisinalister og mangel på elektronisk kurve utgjorde en av de største pasientsikkerhetsrisikoene. Etaten mente det var behov for elektronisk kurve integrert med journalsystem, men varslet ikke tiltak i den forbindelse. Etaten ville imidlertid styrke fokuset på dokumentasjon.

Etaten kommenterte for øvrig at avdelingens navn, KAD, står for «Kommunal Akutt Døgnerhet», ikke Kommunal akutt døgnvaktjeneste, slik det ble framstilt i den utsendte rapporten.

7.2.2 Kommunerevisjonens vurderinger

Kommunerevisjonen merker seg at Helseetaten har meldt tiltak som er relevante for rapportens konklusjoner og anbefaling. Kommunerevisjonen legger til grunn at etaten ikke har innvendinger til revisjonskriteriene.

Kommunerevisjonen har rettet opp avdelingens navn, Kommunal akutt døgnenhet, i rapporten.

7.3 Sykehjemsetaten

7.3.1 Sykehjemsetatens uttalelse

Sykehjemsetaten uttalte at rapporten påpeker viktige fakta og avdekker mangler i legemiddelhåndteringen og i rapporteringen av svinn. Rapporten gir ifølge etaten en nyttig tilbakemelding som skal brukes i forbedringsarbeidet på Solvang helsehus.

Sykehjemsetaten varslet en rekke tiltak som skulle gjennomføres ved Solvang helsehus på bakgrunn av rapporten:

- Felles gjennomgang av rapporten i lokalt kvalitetsråd 07.11.2019.
- Gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) for å avdekke forbedringspotensial, utarbeide handlingsplan og iverksette tiltak på den enkelte avdeling innen 30.11.2019. Tiltakene i handlingsplaner skal gjennomføres innen 29.02.2020.
- Fagansvarlige skulle oppfordres til å melde avvik som avdekkes ved månedlige kontroller av legemiddelhåndteringen.
- Sette legemiddelhåndtering som fokusområde i kvalitetsarbeidet for 2020.
- Innføring av overordnet egenkontroll på legemiddelhåndtering.

Etaten påpekte også en faktafeil i rapporten knyttet til Solvang helsehus' organisering og kapasitet.

7.3.2 Kommunerevisjonens vurderinger

Kommunerevisjonen merker seg at Sykehjemsetaten har meldt tiltak som er relevante for rapportens konklusjoner og anbefaling. Tiltaket knyttet til avvikshåndtering er imidlertid kun rettet mot fagansvarlige og mot månedlige kontroller av legemiddelhåndteringen. Tiltaket omfatter ikke øvrige ansatte. Kommunerevisjonens vurdering av avviksrapportering er ikke kun knyttet til kontroller av legemiddelhåndtering. Kommunerevisjonen merker seg videre at det ikke meldes tiltak knyttet til journalføring, herunder dokumentasjon av effekt av behovsmedisin.

Kommunerevisjonen har korrigert de aktuelle opplysningene i rapporten om helsehusets organisering og kapasitet.

7.4 Velferdsetaten

7.4.1 Velferdsetatens uttalelse

Velferdsetaten uttalte at rapporten avdekket flere avvik som etaten tar på det største alvor. Rapporten ble opplevd som svært nyttig og til stor hjelp i det videre arbeidet med å bringe alle forhold på plass. Rapportens konklusjoner ville også bli benyttet for å sikre at rutiner for legemiddelhåndtering er tilfredsstillende ved etatens øvrige tjenestesteder.

Velferdsetaten varslet at den ville igangsette tiltak umiddelbart, og at enkle avvik ville være gjennomført innen 1. 01.2020. Det ville bli iverksatt adekvate opplæringstiltak og full gjennomgang av hele legemiddelområdet. For Adamstuen og Ullevålsveien ville de samlede tiltakene være på plass innen 30. 06.2020.

Velferdsetaten påpekte at Ullevålsveien 34 er en omsorgsbolig, ikke en institusjon, og at dette kan oppfattes som noe uklart i rapporten.

Etaten påpekte også at det ble satt for kort tidsfrist til å gi tilbakemelding på den foreløpige rapporten.

7.4.2 Kommunerevisjonens vurderinger

Kommunerevisjonen merker seg at Velferdsetaten har meldt tiltak som er relevante for rapportens konklusjoner og anbefaling.

Når det gjelder Velferdsetatens kommentar om Ullevålsveien 34 som bolig og ikke institusjon, viser Kommunerevisjonen til vurderingen av byrådets uttalelse.

Kort frist for tilbakemelding på foreløpig rapport ble avtalt eksplisitt med etaten ved forhåndspresentasjonen av Kommunerevisjonens vurderinger, men vi ser at det er sent i forløpet å avtale det, og setter pris på etatens velvillighet ved å imøtekomme ønsket.

Referanser

a) Referanser fra Oslo kommune

Byrådssak 1085/2010 *Instruks for saksbehandling i saker om økonomiske uregelmessigheter og misligheter i Oslo kommune*, vedtatt av byrådet 12.08.2010.

Byrådssak 1105/13 *Instruks for informasjonssikkerhet*, vedtatt av byrådet 17.10.2013.

b) Eksterne referanser

Bielecki, Thomas og Bente Børdahl (2013): *Legemiddelhåndtering*, Gyldendal Akademisk.

LOV 1992-12-04 nr. 132: Lov om legemidler m.v. (legemiddeloven).

LOV1999-07-02 nr. 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

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

LOV 2017-12-15 nr. 107: Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven).

FOR 2000-12-21 nr. 1385: Forskrift om pasientjournal.

FOR 2008-04-03 nr. 320: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.

FOR 2016-10-28 nr. 1250: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Rundskriv IS-7/2015 *Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer*, Helsedirektoratet (2015).

IS-2620 *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift*. Helsedirektoratet, sist oppdatert 29.10. 2018.

Vedlegg 1 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er målestokken som Kommunerevisjonen legger til grunn for sine vurderinger. Revisjonskriteriene blir utledet fra autoritative kilder, i tråd med *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001).

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. Legemiddelhåndtering (er en sammensatt prosess som) omfatter blant annet tilberedning, kontroll, administrering, observasjon og dokumentasjon av virkning og bivirkning og rapportering av eventuelle avvik, jf. Bielecki og Børdahl (2013).

Vanligvis er det den syke selv som håndterer sine legemidler, med mindre personen mottar helsetjenester i hjem eller institusjon. Legemiddelhåndtering er nærmere regulert i forskrift om legemiddelhåndtering og kommer til anvendelse der pasienten ikke selv håndterer legemidler.

Hovedproblemstillingen i undersøkelsen har vært følgende:

- Sikrer virksomheten at håndteringen av legemidler er i tråd med regelverket?

Vi har blant annet undersøkt

- om det er utpekt en faglig rådgiver dersom virksomhetsleder ikke er lege eller provisorfarmasøyt (mastergrad i farmasi)
- om det er utarbeidet og implementert prosedyrer for legemiddelhåndtering som bygger på en gjennomført risiko- og sårbarhetsvurdering
- om det sikres at ansatte som håndterer legemidler, har nødvendig kompetanse
- om legemidler oppbevares utilgjengelig for uvedkommende
- om virksomheten som forutsatt har et system for håndtering av A- og B-preparater, og eventuelt hvordan dette etterleveres i praksis
- om det er utarbeidet og implementert rutiner for avvikshåndtering

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

Revisjonskriterier om virksomhetsleders ansvar

- Dersom virksomhetsleder ikke er lege eller provisorfarmasøyt, skal det være utpekt en faglig rådgiver som har slik utdanning.
- Virksomhetsleder skal ha utarbeidet og implementert prosedyrer for legemiddelhåndtering som bygger på gjennomført risiko- og sårbarhetsvurdering. Dette innebærer blant annet prosedyrer for
 - risikovurdering
 - avvikshåndtering, evaluering og kontroll
 Med evaluering menes i denne sammenheng gjennomgang av avvik og uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges. Kontroll sikter til leders kontroll med rutineetterlevelse.
- Virksomhetsleder skal sikre at ansatte som håndterer legemidler, har nødvendig kompetanse.

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

Lov 24.06.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

§ 3-1 første, andre og tredje ledd:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

§ 4-1 første ledd første punktum:

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige.

§ 4-2 første ledd:

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Lov 02.07.1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

§ 16 første ledd:

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Lov 15.12.2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)

§ 5 første ledd:

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester, skal 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.

Forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

§ 3:

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

§ 4:

I denne forskriften betyr styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

§ 5:

Styringssystemet, jf. pliktene i §§ 6–9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

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

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

§§ 6 til 9 beskriver hvilke oppgaver virksomhetene har når det gjelder plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. Dette omfatter blant annet følgende:

§ 6 bokstav c, d, e, f og g:

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:
(...)

c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i 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

f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

g) 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.

§ 7 bokstav a, b og c:

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres

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

c) 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

§ 8 bokstav e:

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:
(...)

e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

§ 9 bokstav c:

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:
(...)

c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, 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.

Forskrift 03.04.2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (forskrift om legemiddelhåndtering)

§ 4. Virksomhetsleders ansvar:

Virksomhetsleder skal sørge for at legemiddelhåndtering i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter.

Når virksomhetsleder ikke selv er lege eller provisorfarmasøyt, skal det utpekes en faglig rådgiver med slik utdanning.

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.

Virksomhetsleder skal sørge for at studenter bare gis oppgaver i tråd med helsepersonelloven § 5 annet ledd.

Virksomhetsleder skal sørge for at virksomhetens internkontrollsystem har rutiner som kvalitetssikrer informasjonen om pasientens legemiddelbruk ved innleggelse og utskriving, og ved overføring innen virksomheten.

Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3, jf. internkontrollforskrift i sosial- og helsetjenesten § 3, herunder:

- a) Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet, prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.
- 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.
- d) Sørge for at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B.

Presiseringer og kommentarer til forskriften framkommer i rundskriv IS-7/2015

Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer og i IS-2620 *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift*.

I denne sammenhengen har vi valgt å trekke fram følgende fra IS-7/2015:

S. 9:

8. Avfallshåndtering

I internkontrollsystemet skal det finnes prosedyrer for håndtering av avfall ved legemiddelbruk.

Punkt 4.4.3 Sårbarhetsvurderinger og risikoanalyse

(...)

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.

Punkt 4.4.4 Kompetanse hos helsepersonell som skal drive med legemiddelhåndtering

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 at virksomheter som yter helsetjenester skal sørge for at ansatte gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Det samme følger av helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 8.

Virksomhetsleder skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagfeltet, samt kunnskap om virksomhetens internkontrollsystem. I dette ligger at virksomhetsleder skal sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre sine oppgaver på faglig forsvarlig måte. Dette forutsetter at virksomheten kartlegger kompetansebehov og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse, samt sørger for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og videre- og etterutdanning.

Fordeling av oppgaver knyttet til legemiddelhåndtering skal baseres på samme prinsipper som ligger til grunn i helsepersonelloven § 5. Det innebærer at tildeling av oppgaver må skje etter en konkret vurdering av kvalifikasjonene til personen som delegeres oppgaven. Tildelingen forutsetter at personellet er gitt nødvendig opplæring for å kunne utføre oppgavene på en faglig forsvarlig måte. Det må gis nødvendige instruksjoner og føres tilsyn med utføring av oppgaven (løpende kontroll). Helsepersonellens kompetanse må vurderes individuelt ut fra oppgavens art og de formelle og reelle kvalifikasjoner, som helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning, opplæring og yrkeserfaring, vedkommende har. Vurderingen skal dokumenteres.

Det understrekes at virksomhetsleders ansvar for delegering mv. etter § 4 i legemiddelhåndteringsforskriften, ikke fritar helsepersonellet for det individuelle ansvaret de har når det gjelder forsvarlig yrkesutøvelse jf. helsepersonelloven § 4. Det fritar heller ikke de ansvarlige ledere på de ulike nivåer i virksomheten fra det ansvaret de har, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-9.

Relevante kompetanseområder

Det vises til legemiddelhåndteringsprosessen som er beskrevet i kapittel 2.

Virksomhetsleder skal vurdere hvem som er kompetent til å håndtere oppgaver knyttet til legemidler. Virksomhetsleder kan bestemme at noen bare skal gis enkeltstående oppgaver, mens andre skal ha bredere oppgaver innen legemiddelhåndteringen. Formålet er å benytte de kvalifikasjoner og den kompetansen som finnes i virksomheten på best mulig måte.

Helsepersonell som har oppgaver i legemiddelhåndteringsprosessen, slik den er beskrevet i kapittel 2, forventes å ha faglig kompetanse og erfaring på følgende områder:

- Legemidlenes virkning og virkemåte,
- Holdbarhet og oppbevaring,
- Ulike legemiddelformer,
- Byttbare legemidler,
- Interaksjoner,
- Bivirkninger,

- Legemiddelregning,
- Kunnskap om dosering,
- Aseptisk arbeidsteknikk ved tilsetninger,
- Dokumentasjon, og
- Avvikshåndtering.

Når det gjelder utdeling av ferdig istandgjort legemiddel til pasient, med unntak av legemidler til parenteral bruk, kan virksomhetsleder, så langt det anses faglig forsvarlig, også benytte helsepersonell som ikke fullt ut innehar kompetanse som eksemplifisert foran. Dette gjelder ikke for legemidler til intravenøse injeksjoner og infusjoner. Legemidler til subkutan og intramuskulær bruk må vurderes særskilt. I utdeling av legemidler ligger også observasjon av pasientens reaksjoner på legemidlet, noe som betyr at alle som skal dele ut legemidler, som minimum, må ha opplæring i legemiddelhåndtering, herunder også observasjon ved administrasjon, som er tilpasset de legemidlene som skal deles ut.

Revisjonskriterier om oppbevaring, istandgjøring, utdeling, kassasjon og journalføring

- Legemidler skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende.
- Virksomhetsleder skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.
- Virksomheten skal håndtere legemidler som kasseres som risikoavfall
- Virksomheten må sikre løpende journalføring, herunder informasjon om
 - hvorvidt legemiddel er gitt / ikke gitt
 - observasjoner av effekten av legemidlene

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

Om oppbevaring

Lov 04.12.1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven)

§ 29:

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

Forskrift 03.04.2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (forskrift om legemiddelhåndtering)

§ 6. Oppbevaring

Legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende.

Om oppbevaring av legemidler framkommer det i Rundskriv IS-7/2015 *Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer* blant annet at det er virksomhetsleders 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.

Om istandgjøring, utdeling og kassasjon

Forskrift 03.04.2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (forskrift om legemiddelhåndtering)

§ 7. Krav til istandgjøring og utdeling

Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.

Kravene til istandgjøring og utdeling er kommentert i rundskriv IS-7/2015 punkt 4.8.

Nedenfor har vi tatt med noe av det mest relevante i rundskriv IS-7/2015.

S. 9:

8. Avfallshåndtering

(...)

Legemidler som må kasseres skal håndteres som risikoavfall og utstyr som er brukt skal håndteres i henhold til virksomhetens prosedyre for avfallshåndtering.

Om journalføring

Lov 02.07.1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

§ 39 første og annet ledd:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

§ 40 første og annet ledd:

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal framgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Forskrift 21.12.2000 nr. 1385 om pasientjournal

§ 5:

Det skal opprettes en journal for hver pasient. Det skal som hovedregel anvendes en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten.

Hovedregelen om en samlet journal for den enkelte pasient kan fravikes dersom virksomhetens enheter både faglig og organisatorisk klart fremstår som separate deltjenester.

Der det ikke er hensiktsmessig med en samlet journal, kan journalen deles i en hovedjournal og en tilleggsjournal. Det skal da fremgå av hovedjournalen at det eksisterer en tilleggsjournal og hvilken dokumentasjon den inneholder.

Dersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det klart fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken dokumentasjon som føres som papirjournal.

§ 7 annet ledd:

Journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelp er gitt.

I § 8 framkommer krav om at pasientjournalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger, blant annet når og hvordan helsehjelp er gitt.

Revisjonskriterier om A- og B-preparater

- Virksomhetsleder skal ha et system for håndtering av A- og B-preparater.
- Alle mottak og uttak av A-preparater skal dokumenteres, herunder hva den enkelte pasient har fått av slike legemidler. Dokumentasjonen skal være oppdatert til enhver tid.
- Virksomheten skal ha oversikt over alle mottak og uttak av B-preparater. Mottatt mengde skal sammenholdes med faktisk bruk på enhetsnivå.

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

Forskrift 03.04.2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (forskrift om legemiddelhåndtering)

§ 4 sjette ledd bokstav d

Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3, jf. internkontrollforskrift i sosial- og helsetjenesten § 3, herunder:

(...)

- d) Sørge for at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B.

§ 9. *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.

Rundskriv IS-7/2015 *Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer*

Punkt 4.10. Til § 9 – Narkotikaregnskap og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B

4.10.1. Kontroll med legemidler i reseptgruppe A

Virksomheten har plikt til å dokumentere mottak og bruk av legemidler i reseptgruppe A.

God regnskapspraksis vil, for eksempel, være at ett skjema føres for hvert preparat, styrke, legemiddelform, pakningsstørrelse. 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 skal 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.

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

I hjemmetjenesten håndterer helsepersonell også pasienters private legemidler. Så lenge legemidlene oppbevares i pasientens hjem, er dette ikke en del av virksomhetens legemidler og skal ikke tas med i narkotikaregnskapet. 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 medisinerom 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.

4.10.2. Kontroll med legemidler i reseptgruppe B

B-preparater kan være vanedannende, og kan derfor misbrukes. 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.

Vedlegg 2 Metode

Generelt om metode i forvaltningsrevisjon

De sentrale elementene i prosjektets gjennomføringsmodell bygger på *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001). Standarden angir god kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon. Med utgangspunkt i tema og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utledes relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegges og beskrives de undersøkte virksomhetenes systemer, praksis eller resultater på aktuelle områder. Faktabeskrivelsen blir så vurdert med utgangspunkt i revisjonskriteriene med vekt på avvik og sammenfall. Dette leder fram til konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

Beskrivelse av prosjektgjennomføring

Undersøkelsen ble formelt startet opp ved utsendelse av oppstartsbrev 08.04.2019 til daværende byråd for eldre, helse og arbeid, Helseetaten, Sykehjemsetaten og Velferdsetaten.

Vi orienterte nærmere om undersøkelsen i oppstartsmøte med byrådsavdelingen og de tre virksomhetene 03.05.2019. Hensikten med oppstartsmøtet var å gi informasjon om undersøkelsen og å få tilbakemeldinger og synspunkter på problemstillingene og undersøkelsesopplegget.

Utkast til revisjonskriterier ble oversendt til byrådsavdelingen og de tre virksomhetene 08.05.2019, med mulighet til å komme med innspill eller kommentarer til utkastet. Informasjon om endring (skjerping) i et kriterium ble oversendt 07.10.2019.

Utkast til faktabeskrivelse ble sendt til verifisering hos de undersøkte tjenestestedene 12.09.2019. Faktabeskrivelsene ble deretter korrigert og utdypet på enkelte punkter.

Forhåndspresentasjon for Sykehjemsetaten ved blant annet Solvang helsehus, Velferdsetaten ved blant annet Ullevålsveien 34 og byrådsavdelingen ble holdt 08.10.2019 og for Helseetaten og Velferdsetaten ved blant annet Adamstuen omsorgssenter 10.10.2019.

Rapport til uttalelse ble sendt ut 18.10.2019.

Metode for datainnhenting

Undersøkelsen er basert på informasjon samlet inn gjennom kontroll og observasjon av legemiddelhåndteringen i den enkelte institusjon/tjenestested/avdeling, i tillegg til gjennomgang og analyse av relevante dokumenter og intervjuer med ansvarlige ledere/sykepleiere.

Datainnsamlingen er i hovedsak gjennomført i perioden mai–juni 2019, og undersøkelsesperioden har primært vært 2018–mai 2019.

Valg av undersøkelsesenheter

Undersøkelsen omfatter Helseetaten ved Kommunal akutt døgnerhet, Sykehjemsetaten ved Solvang helsehus og Velferdsetaten ved Adamstuen omsorgssenter og Ullevålsveien 34.

Valg av enheter har vært basert på vurderinger av risiko og vesentlighet knyttet til blant annet pasient-/beboergruppe, omfanget av A- og B-preparater som håndteres, og øvrig risikobilde på institusjonene/tjenestestedene. Vi valgte selv undersøkelsesenheter i Helseetaten og Sykehjemsetaten basert på en risiko- og vesentlighetsvurdering av mulige case. I Velferdsetaten rådførte vi oss med etaten før utvelgelsen av enheter, ettersom vi trengte detaljinformasjon knyttet til aktuelle enheter, blant annet om hvilken belastning revisjonsbesøket kunne være for beboerne mv. Valget falt etter en samlet vurdering på Adamstuen omsorgssenter og Ullevålsveien 34.

På Kommunal akutt døgnerhet og på Solvang helsehus ble post/avdeling valgt basert på informasjon vi fikk i møte med lederne på kontrollbesøket, og vurdering av blant annet relevans, belastning og sårbarhet for beboerne på kontrolltidspunktet.

Observasjon og kontroll av legemiddelhåndteringen

De undersøkte etatene var gjort kjent med undersøkelsesopplegget og revisjonskriteriene før vi gjennomførte kontroller ved tjenestestedene. Vi la opp til uanmeldte besøk på den enkelte institusjon/tjenestested/avdeling. Leder for institusjonen/tjenestestedet fikk da beskjed per telefon ved slutten av arbeidsdagen om Kommunerevisjonens besøk neste morgen. Samtidig ble etatens kontaktperson informert om dette.

Kontrollbesøkene ble gjennomført som skissert over, på Adamstuen, Kommunal akutt døgnerhet og Ullevålsveien 34, men på grunn av at undersøkelsesperioden sammenfalt med fri- og helligdager i mai-juni, fikk Solvang helsehus varsel om besøket ytterligere noen dager i forveien.

Velferdsetaten hadde varslet Adamstuen og Ullevålsveien 34 om muligheten for å bli utvalgt før Kommunerevisjonen tok kontakt med disse. Også Helseetaten hadde varslet underliggende virksomheter om undersøkelsen og mulig utvelgelse, men henvendelsen gikk da til samtlige.

Parallelt med varselet om kontrollbesøk sendte vi ut et brev om undersøkelsen rettet mot henholdsvis pasienter/beboere og ansatte. I brevene informerte vi blant annet om pasienters/beboeres rett til å reservere seg mot observasjon mv. Institusjons-/seksjonslederne ble oppfordret til å formidle brevene videre.

På Kommunal akutt døgnerhet og på Solvang helsehus startet kontrollbesøket med et kort møte med blant annet virksomhetslederen og avdelingssykepleierne der vi blant annet fikk en rask presentasjon av organisering, spesialisering mv. på avdelingene. På basis av dette valgte vi hvilken avdeling vi skulle kontrollere/observere nærmere. Den aktuelle avdelingssykepleieren viste oss deretter avdelingen, medisinerom mv. og tilrettela det praktiske ved kontrollen for øvrig. På Adamstuen og i Ullevålsveien 34 startet besøket med en samtale med institusjons-/seksjonsleder, før vi ble vist rundt på institusjonen/seksjonen mv.

Vi observerte medisinerutdelingen til pasienter/beboere i felles oppholdsrom/spiserom, men ikke inne på den enkeltes rom. På Adamstuen observerte vi inntaket av et A-preparat for én beboer. Inntaket skjedde mens vi var til stede, og vedkommende samtykket til at vi observerte.

Vi observerte medisinerrommene, blant annet hvordan medisiner generelt og A- og B-preparater spesielt ble oppbevart, utstyr for kassasjon og generelt inntrykk av orden og oversikt. Vi fikk en sykepleier til å kontrolltelle faktisk beholdning av utvalgte A- og B-preparater opp mot regnskapet.

Vi kontrollerte medikamentregnskapet og kontrollen med dette via stikkprøver av utvalgte A- og B-preparater på Adamstuen, Kommunal akutt døgnerhet og Solvang. På Kommunal akutt døgnerhet tok vi stikkprøver av medikamentregnskapet for tre A-preparater og tre B-preparater av totalt ca. 30 ulike medikamenter/typer/doser for hver av dem. Valget av preparater var dels tilfeldig og dels basert på at de var brukt i et visst omfang. Vi gjennomgikk regnskapet mht. om det var dobbeltsignert ved henholdsvis mottak (innføring av ny mengde), uttak ved dosering/utdeling, restmengde og eventuell kassasjon.

På Adamstuen og på Solvang tok vi stikkprøver av regnskapet for ett A-preparat – på Solvang så vi på tre ulike typer (tablett, ampulle og hetteglass) – og tre B-preparater. Også her var valget av preparater basert dels på tilfeldighet og dels på et visst omfang av bruk.

Ullevålsveien 34 håndterte ikke A-preparater og førte ikke regnskap over B-preparater. Vi hadde derfor ikke noe utgangspunkt for kontroll av beholdningen. Vi gjennomgikk likevel medisinerpermen for seks beboere for å vurdere praksis mht. kontroll/dobbeltsignering. Vi undersøkte om effekt av eventuell medisin ble journalført for en beboer som hadde fått ordinert dette, og vi så også på legemiddelrelaterte avviksmeldinger som framkom i medisinerpermen. Videre gjennomgikk vi dagrapportene for to av beboerne som sto på faste medisiner, for å se om det ble rapportert om inntak av medisinerne som forutsatt.

I tillegg gikk vi gjennom sentrale dokumenter knyttet til legemiddelhåndteringen, se under.

Dokumentgjennomgang

Vi fikk på forhånd oversendt sentrale og lokale rutiner for legemiddelhåndtering som gjaldt for den enkelte institusjon/seksjon. I tillegg mottok eller så vi eventuelle ytterligere lokale rutiner da vi kom på kontrollbesøk – detaljer om dette går fram i faktabeskrivelsen.

Ved kontrollene/observasjonene så, etterspurte og/eller gjennomgikk vi i tillegg følgende aktuelle dokumenter:

- dokumentasjon av gjennomførte kurs / eventuelt oppfriskningskurs i legemiddelhåndtering
- fullmaktsoversikter
- signaturliste
- medikamentregnskap over utvalgte A- og B-preparater, herunder over mottatte, uttatte og kasserte medisiner
- dokumentasjon på kontroller med medikamentregnskapet
- dokumentasjon fra apotek om bestilte medisiner
- avviksmeldinger
- rapporter fra farmasøytiske tilsyn og eventuelt internrevisjon

På Kommunal akutt døgnerhet, på Solvang og i Ullevålsveien undersøkte vi journalføring knyttet til effekter av legemidlene (eventuellmedisiner) for den enkelte pasient/beboer. På Adamstuen fikk vi oppgitt at effekter av medisiner ikke ble journalført.

Vi undersøkte tre pasientjournaler ved Kommunal akutt døgnerhet. Utvelgelsen ble blant annet basert på og begrenset av at pasientene måtte være innlagt per 24.06.2019, dvs. dagen for kontrollbesøket, og måtte ha ligget der i mer enn et døgn, og at de mottok eventuellmedisiner. Årsakene til dette var blant annet

- at pasientjournalen bare var tilgjengelig i forbindelse med innleggelsen (vi kunne kun se på journalene til pasienter som var innlagt eller helt nylig utskrevet, og kunne derfor ikke å gå inn i journalene for utskrevne pasienter),
- at effekter av medisiner de mottok ved innleggelse og som Kommunal akutt døgnerhet kontinuerte, ikke ble journalført, og
- at pasienten måtte ha fått eventuellmedisinen under innleggelsen tidnok til at det var aktuelt å registrere effekt

På Solvang undersøkte vi journalene til pasienter som hadde opphold ved avdeling 4B 26.06.2019, dvs. dagen for kontrollbesøket, eller som helt nylig var utskrevet, til sammen 13 pasienter. Vi valgte å se bort fra pasienter som helt nylig var skrevet inn på avdelingen. Av disse 13 pasientene var det 5 som hadde mottatt eventuellmedisin som det kunne være aktuelt å registrere effekter av.

I Ullevålsveien 34 så vi på medisinkortet for én av de seks beboerne – denne beboeren mottok eventuellmedisin ved behov. Vi gjennomgikk også dagrapporter for perioden april–mai (kontrolltidspunktet) for to beboere som mottok flere legemidler på fast basis.

Intervjuer

Vi gjennomførte personlige intervjuer med institusjonslederen på Adamstuen og seksjonslederen i Ullevålsveien 34 og med avdelingssykepleierne ved Kommunal akutt døgnerhet post 3 og ved Solvang avdeling 4B. På Kommunal akutt døgnerhet hadde vi i tillegg telefonintervjuer med konstituert virksomhetsleder på kontrolltidspunktet (dvs. seksjonslederen med medisinsk fagansvar) og med seksjonslederen med sykepleiefaglig ansvar. På Solvang hadde vi telefonintervju med institusjonssjefen. På Adamstuen gjennomførte vi personlig intervju med tre sykepleiere. Alle informantene har verifisert intervjureferatene.

Vi snakket også med og fikk informasjon fra sykepleiere/vernepleiere og øvrige ansatte som bisto oss ved kontrollene/observasjonene. Denne informasjonen ble verifisert i den samlede faktaframstillingen for den enkelte enhet.

Analyse av kontroll med A- og B-preparater

Vår undersøkelse av kontrollen med A- og B-preparater på Kommunal akutt døgnerhet, Solvang og Adamstuen omfattet blant annet praksisen med dobbeltsignatur ved mottak, uttak og eventuell kassasjon. Alle hadde et visst omfang av tilfeller hvor det ikke var dobbeltsignert eller signert overhodet, men omfanget varierte betydelig. Vi har telt opp hver enkelt føring i regnskapsskjemaene der det var aktuelt med dobbeltsignatur av henholdsvis mottak, uttak og eventuell kassasjon. På Kommunal akutt døgnerhet og Solvang har vi sett bort fra linjene for start- og restbeholdning per skjema på regnskapsskjemaene. Adamstuens skjema omfattet ikke start- og restbeholdning på en

tilsvarende måte. Ullevålsveien 34 hadde som nevnt ikke A-preparater og førte ikke medikamentregnskap for B-preparatene.

Tilfellene av svinn ved Solvang helsehus og Adamstuen omsorgssenter ble meldt videre til ansvarshavende for mislighetsrettede undersøkelser i Kommunerevisjonen. Eventuelle misligheter rapporteres til kontrollutvalget i egne saker.

Bruk av eksterne ressurser og eksperter

Vi har konsultert Apotek 1, som Oslo kommune hadde en samkjøpsavtale med, blant annet om farmasøytisk tilsyn i undersøkelsesperioden, om deres forståelse av legemiddelforskriften knyttet til regnskap med B-preparater og om god praksis mht. kassasjon av flytende legemidler.

Behandling av personopplysninger

Undersøkelsen har omfattet personopplysninger knyttet til både pasienter/beboere og ansatte i den enkelte virksomhet. Hvilke personopplysninger vi har samlet inn og behandlet, har vært avhengig av hvilken informasjon vi trengte for å gjennomføre undersøkelsen. Personopplysningene knyttet til pasienter/beboere er identisk med de opplysninger de enkelte virksomhetene har registrert om legemidlene og legemiddelhåndteringen til den enkelte. Det har dermed ikke vært aktuelt å be om særskilt samtykke for innsamling og/eller behandling av personopplysninger. Når det gjelder ansatte, dreier det seg om opplysninger personen selv har gitt til Kommunerevisjonen.

Kommunerevisjonen følger bestemmelsene i personopplysningsloven og legger vekt på å begrense lagringen av personopplysninger. Vi legger vekt på bare å få med data som er relevante for formålet med undersøkelsen. Vi tar bare vare på personopplysninger som er nødvendige for dokumentasjon av arbeidet vi utfører. Alle data blir lagret på Kommunerevisjonens lokale servere, og tilganger gis etter tjenstlig behov.

Gyldighet og pålitelighet

Kommunerevisjonens kvalitetssikring av datagrunnlaget omfatter en vurdering av dataenes validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet). Gyldighet refererer til hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke. Pålitelighet refererer til hvor nøyaktig innsamlingen av data har vært, og til at det ikke er skjedd systematiske feil underveis i innsamlingen.

Undersøkelsen var i utgangspunktet planlagt med kort tid mellom varsling av og gjennomføring av kontrollen. Hensikten med dette var å sikre at vi i så stor grad som mulig ville observere status og praksis mht. legemiddelhåndtering uten at virksomhetene hadde lagt spesielt til rette for dette på forhånd på grunn av kontrollen. Som nevnt over hadde Velferdsetaten varslet Adamstuen og Ullevålsveien 34 om muligheten for å bli utvalgt før Kommunerevisjonen tok kontakt. Helseetaten hadde også varslet alle sine institusjoner, deriblant Kommunal akutt døgnetenhet, om muligheten for å bli omfattet av undersøkelsen. På Solvang ble kontrollen varslet av Kommunerevisjonen fire dager før besøket. Vi har i hovedsak ikke inntrykk av at institusjonene som ble varslet i forveien, eller som fikk noen dager på seg før kontrollbesøket, hadde iverksatt spesielle tiltak for å gi et mer positivt inntrykk av legemiddelhåndteringen enn ellers. Vi registrerte imidlertid at Ullevålsveien 34 hadde oppdatert sine rutiner for legemiddelhåndtering få dager før kontrollbesøket.

Undersøkelsen bygger som beskrevet på data som er innsamlet ved hjelp av flere metoder. Virksomhetene har verifisert den samlede faktabeskrivelsen som danner grunnlaget for Kommunerevisjonens vurderinger. Våre beskrivelser, vurderinger og konklusjoner er avpasset de muligheter og begrensninger som ligger i datagrunnlaget. Vi oppfatter at de innsamlede dataene samlet sett har tilstrekkelig gyldighet og pålitelighet som grunnlag for rapportens vurderinger og konklusjoner.

Vedlegg 3 Uttalelse fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester

Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 OSLO

Deres ref:
19/00331-48

Vår ref. (saksnr):
201902876-4

Saksbeh:
Synnøve Sjøflot, tlf. 472 91 820

Dato: 07.11.2019

Rapport til uttalelse

Jeg viser til brev av 18.10.2019 med rapport om legemiddelhåndtering til uttalelse.

Nedenfor følger kommentarene til rapporten gjennom spørsmålene Kommunerevisjonen har oversendt.

Spørsmål 1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Informasjonen om prosjektets hensikt har vært tilstrekkelig klar.

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

Jeg ønsker å påpeke at Ullevålsveien 34 er en omsorgsbolig etter husleielovens bestemmelser og ikke er definert som en institusjon. Utover dette har jeg ikke flere kommentarer til metode, anvendte kilder eller data.

Spørsmål 3. Har byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger? I tilfelle hvilke?

Jeg har ingen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn.



Besøksadresse:

Postadresse:

Telefon: +47 21 80 21 80

Org. Nr.:
oslo.kommune.no

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

Jeg opplever rapporten som godt gjennomarbeidet og at konklusjoner og anbefalinger er tydelige.

Jeg viser til Kommunerevisjonens uttalelse om at legemiddelhåndtering er et erkjent risikoområde i helse- og omsorgstjenesten. Dette er også byrådsavdelingens utgangspunkt. I sektoren er det gjort et omfattende arbeid over flere år for å sikre en god legemiddelhåndtering i tråd med regelverket. Dette har gitt gode resultater og forbedringer.

Det er likevel slik at rapporten viser at håndteringen ved de undersøkte stedene i ulik grad er mangelfull. Det blir pekt på konkrete mangler og svakheter, noe som gjør at både byrådsavdelingen og etatene har et godt utgangspunkt for å identifisere hvilke tiltak som er nødvendig å iverksette. Det er ikke bare et mål å rette manglene på de undersøkte tjenestestedene, men også et mål å sikre at våre øvrige tjenestesteder har en god og trygg legemiddelhåndtering. Til dette vil rapporten være et godt verktøy.

*Spørsmål 5 og 6. Vil byråden vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefaling? I tilfelle hvilke?
Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?*

Avvikshåndtering

Det går frem av rapporten at alle tjenestestedene hadde rutiner for å melde avvik, men at praksis varierer. Undersøkelsen tydet også på at det var underrapportering av avvik ved to tjenestesteder og risiko for slik underrapportering ved to tjenestesteder.

Det er bred enighet om at det skal være en god avvikskultur i kommunen. Det skal være lett å melde avvik og det må være en god oppfølging av både avviket og de ansatte som er involvert. Mest mulig åpenhet rundt avvik og avvikshåndtering er nødvendig for å kunne lære av feil og uønskede hendelser. At avvik meldes er derfor et viktig verktøy i det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet på tjenestestedene.

Fra og med sommeren 2019 har alle virksomhetene i EHA sektor tatt i bruk et felles kvalitetsstyrings- og avvikshåndteringssystem. Det er felles rutiner for bruk av systemet inkludert håndtering og oppfølging av avvik. Dette skal bidra til å sikre at avvik blir meldt, lik praksis i sektorens virksomheter og åpenhet rundt avvik.

Tiltak:

- Byrådsavdelingen vil be om en redegjørelse fra etatene om status for opplæring i bruk av kvalitetsstyrings- og avvikshåndteringssystemet ved tjenestestedene. Brev blir sendt ut i løpet av uke 45/46 2019.

Legemiddelhåndtering

Det er min vurdering at sektorens tre etater i dag følger opp legemiddelbruk og legemiddelhåndtering i tråd med nasjonale krav og faglige anbefalinger. Det er innført en rekke tiltak og rutiner for å kvalitetssikre dette arbeidet. Jeg legger til grunn at etatene vil redegjøre nærmere for konkrete tiltak og rutiner i sine uttalelser til rapporten.

Med bakgrunn i rapportens konklusjoner ser jeg at det likevel er utfordringer knyttet til hvilken kjennskap og oppfølging det er ved det enkelte tjenestested når det gjelder rutiner for legemiddelhåndtering og avvikshåndtering. Det er min vurdering at det er helt nødvendig med tilstrekkelig opplæring og involvering av de ansatte dersom vi skal sikre at legemiddelhåndteringen er i tråd med regelverket. Slik jeg ser det er det også avgjørende at den enkelte leders oppmerksomhet er i samsvar med kravene som blir stilt på området. Gjennom de tre etatene må det arbeides for at kjennskap, implementering og praksis skal være på et tilnærmet likt og kvalitativt godt nivå ved de ulike tjenestestedene.

Dette må det derfor arbeides ytterligere med og området krever kontinuerlig oppfølging.

Tiltak

- Kommunerevisjonens rapport blir tema på etatsstyringsmøter i november og desember med Helseetaten, Sykehjemsetaten og Velferdsetaten. Etatene vil bli bedt om å gjennomgå sine rutiner for legemiddelhåndtering og sikre at rutinene blir fulgt opp ved tjenestestedene.

- Ca. mai/juni 2020 vil etatene bli bedt om å redegjøre for status på området og videre oppfølging av legemiddelhåndteringen ved tjenestestedene.
- Byrådsavdelingen vil i løpet av november/desember 2019 vurdere hvordan rapportens funn og anbefalinger kan benyttes i bydelenes arbeid med legemiddelhåndtering og avviksbehandling.

7. Oppfattes rapporten som nyttig for kommunen? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Se var på spørsmål 4.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Jeg har ingen merknader til rapportens oppbygning og språkbruk.

Med vennlig hilsen

Robert Steen
byråd for helse, eldre og
innbyggertjenester

Godkjent elektronisk

Vedlegg 4 Uttalelse fra Helseetaten

Helseetaten



Kommunerevisjonen
v/ Cecilie Karlsen

Unntatt offentlighet offl. § 5 annet ledd

Deres ref.:
19/00331-45

Vår ref. (saksnr.):

Saksbehandler:
Erlend Elde, 930 26 030

Dato: 31.10.2019

Helseetatens vurdering av tilsynsrapport, konklusjoner og anbefalinger

Takk for vel gjennomført grundig revisjon og nyttige tilbakemeldinger. Revisjonen ble opplevd som en positiv opplevelse blant deltakerne på KAD Aker.

Innledningsvis vil vi kommentere at KAD står for «Kommunal Akutt Døgnerhet» og ikke «Kommunal akutt døgnvaktstjeneste».

Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Helseetaten ved KAD Aker opplever at hensikten har vært tilstrekkelig klargjort.

Har Helseetaten kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Helseetaten ved KAD Aker har ikke kommentarer til metodikken.

Har Helseetaten kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Medisinskfaglig rådgiver:

Helseetaten ved KAD Aker har ikke kommentarer til rapporten

ROS-analyse og rutiner:

KAD har gjennom 2019 jobbet med en samordning og omlegging av legemiddelrutinene, inklusive revisjon av papirkurve og legemiddelsamstemming som er vår største legemiddelrisiko. Denne revisjonen er basert blant annet på ROS utført i 2018. Arbeidet var tenkt ferdigstilt til sommeren 2019, men grunnet omfang og behov for piloteringer er ikke denne ikke endelig implementert før november / desember 2019. Ansvaret for og sikring av årlige ROS analyser på legemiddelhåndtering blir presisert i denne rutinen.

KAD Aker vil også bemerke at KAD er i ferd med å etablere et lokalt kvalitetsråd for å systematisere oppfølgingen av kvalitet i enda større grad i tråd med føringene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring med krav om planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Legemiddelhåndtering vil være et av fokusområdene.

Sikring av nødvendig kompetanse

Helseetaten ved KAD Aker har ingen kommentarer til revisjonens vurderinger.



Helseetaten
Avdeling Aker
Oslo kommune

Besøksadresse:
Storgata 51, 0182 Oslo
Postadresse:
Postboks 4716, 0506 Oslo

Telefon: +47 21 80 21 80
postmottak@hel.oslo.kommune.no
Org. nr.: 997 506 499
oslo.kommune.no

KAD vil likevel påpeke at sikring av denne kompetansen er tidkrevende og kjøp av eksterne kurs er kostbart. KAD Aker vil oppfordre kommunene til å utarbeide mer sentrale og samordnede opplæringskurs eller sentralt innkjøp av kurs slik fellesskapets ressurser kan utnyttes bedre.

Oppbevaring, istandgjøring, utdeling, kassasjon og journalføring

KAD Aker har ingen kommentarer til revisjons vurderinger.

KAD Aker vil bemerke at sikring av korrekte medisinaler er *svært* tidkrevende og utfordrende. Dette sammen med mangel på elektronisk kurve utgjør en av våre største pasientsikkerhetsrisikoer. Altfor mye arbeidstid går med på å kompensere for dette. KAD Aker poengterer at nytt EPJ med eller integrert med, elektronisk kurve ville understøtte en sikrere legemiddelhåndtering. Dette burde suppleres med legemiddelkabinetter og legemiddeltraller med system som bidrar til å sikre lukket legemiddelssøyle.

Kassasjon av legemidler

Helseetaten ved KAD Aker har ingen kommentarer.

Journalføring:

KAD merker seg revisjonens tilbakemeldinger på vurdering av effekt av behovsmedikamenter og styrke fokus på dokumentasjon på dette området.

Videre støtter KAD behovet for elektronisk kurve som er integrert med EPJ for legemiddeldokumentasjon som tidligere kommentert.

Håndtering av A- og B-preparater

Som tidligere kommentert er det ønskelig om Oslo kommune anskaffet elektronisk system for legemiddelhåndtering og lukket legemiddelsøyle.

Hva er Helseetatens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefaling?

Helseetaten ved KAD Aker vurderer at rapportens metodikk og endelig fremstilling gir et korrekt bilde av legemiddelhåndteringen på KAD Aker.

Vil Helseetaten vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefaling? I tilfelle hvilke?

KAD Aker er i ferd med å fullføre en revisjon og samordning av legemiddelrutinene, inkl. kurveføring og legemiddelsamstemming, med planlagt implementering i slutten av november og starten av desember. I rutinen innarbeides mangler som er dokumentert i revisjonen, med ROS-analyser, dokumentere effekt av behovsmedisiner.

KAD Aker har et kontinuerlig fokus på en kultur for åpenhet og læring, blant annet har flere sentrale medarbeidere vært på pasientsikkerhetskonferansen med dette som tema og det er et daglig arbeid i KAD å løfte frem både å gi tilbakemeldinger til hverandre og å skrive avvik. Ny spesialistutdanning i allmennmedisin understøtter dette arbeidet ved at overlegegruppen kurses i hvordan være gode veiledere for LIS-leger, dette inkluderer å gi tilbakemeldinger på en konstruktiv måte. Dette vil være like nyttig i lege- lege og lege-sykepleier kommunikasjonen.

Videre jobbes det med etablering av et kvalitetsråd for mer systematisk kvalitetsovervåkning og endring av strukturer for implementering slik at organisasjonen skal bli mer effektiv i alle leddene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring: planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Håndtering av legemidler, vil som en av våre største pasientsikkerhetsrisikoer, være en sentral del av det kontinuerlige kvalitetsarbeidet.

Dette samlede arbeidet innenfor systematisk kvalitetsarbeid håper vi vil være med på å understøtte at vi som organisasjon sammen bidrar til økt pasientsikkerhet og kontinuerlig utvikling av organisasjonen.

Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?

1. Ny legemiddelrutine forventes implementert før 31.12.2019.
2. Kvalitetsrådet vil ha første møte før 31.12.2019.
3. Endring av implementeringsstruktur før 01.03.2019.

Oppfattes rapporten som nyttig for Helseetaten? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Eksternt blikk på virksomheten er alltid nyttig i et arbeid for kontinuerlig kvalitetsforbedring. Vi håper rapporten og kommentarer også vil løfte frem at for å minimere risiko knyttet til legemiddelhåndtering er det nødvendig med hjelpemidler som understøtter legemiddelhåndteringen i tillegg til gode rutiner i den enkelte virksomhet. Innføring av elektronisk kurve og lukket legemiddelssløyfe vil bidra til å minimere risikoen for menneskelig svikt i legemiddelhåndteringen. I tillegg er det et sterkt behov på nasjonalt plan for å sikre korrekte legemidler i bruk lister (LIB-lister) og en EPJ som kan importere disse LIB-listene.

Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

KAD Aker har ingen kommentarer til rapportens oppbygning eller språkbruk.

Med vennlig hilsen



Erlend Elde
Seksjonsoverlege

Vedlegg 5 Uttalelse fra Sykehjemsetaten



Oslo kommune
Sykehjemsetaten
Administrasjonen

Kommunerevisjonen
Grenseveien 88
0663 OSLO

Unntatt offentlighet
Offl § 5 (2)

Dato: 29.10.2019

Deres ref:
19/00331-46

Vår ref (saksnr):
201900497-16

Saksbeh:
Hilde Kothe-Næss, 23433064

Arkivkode:
126.0

TILBAKEMELDING PÅ RAPPORT – FORVALTNINGSREVISJON AV LEGEMIDDELHÅNTERING VED SOLVANG HELSEHUS

Sykehjemsetaten viser til e-post mottatt 18.10.2019. Vi oversender tilbakemelding på rapporten punktvis.

*1. Sykehjemsetatens vurdering av rapporten, dens konklusjoner og anbefalinger
Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?*

Informasjonen har vært tydelig både i møter med presentasjoner og i dialogen på e-post.

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

Sykehjemsetaten har ingen kommentarer til dette punktet.

3. Har Sykehjemsetaten kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Vi har ingen kommentarer til revisjonskriteriene.

4. Hva er Sykehjemsetatens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefaling?

Rapporten påpeker viktige fakta og avdekker mangler i legemiddelhåndteringen og i rapporteringen av svinn. Dette er nyttig tilbakemelding som skal brukes i forbedringsarbeidet på Solvang helsehus.

5. Vil Sykehjemsetaten vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefaling? I tilfelle hvilke?

Sykehjemsetaten vil iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefaling.

Følgende tiltak skal utføres på Solvang helsehus:

- Felles gjennomgang av rapporten i lokalt kvalitetsråd
- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) for å avdekke forbedringspotensial, utarbeide handlingsplan og iverksette tiltak på den enkelte avdeling
- Fagansvarlige oppfordres til å melde avvik som avdekkes ved månedlige kontroller av legemiddelhåndteringen
- Sette legemiddelhåndtering som fokusområdet i kvalitetsarbeidet for 2020
- Innføre overordnet egenkontroll på legemiddelhåndtering



Sykehjemsetaten
Administrasjonen

Postadresse:
Postboks 435, Sentrum
0103 Oslo

Besøksadresse:
Nedre Slottsgt. 3

Telefon: 21 80 21 80
Telefaks: 23 43 30 09
Banktto.: 1315.01.03295

E-post: postmottak@syke.oslo.kommune.no

6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltakene?

- Gjennomgang av den foreløpige rapporten i lokal kvalitetsråd vil bli gjennomført 07.11.2019.
- Gjennomføre ROS-analyser og utarbeide handlingsplan avdelingsvis innen 30.11.2019.
- Tiltakene i handlingsplaner skal gjennomføres innen 29.02.2020.

7. Oppfattes rapporten som nyttig for Sykehjemsetaten? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Vi viser til punkt 4.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Vi vurderer at rapporten har en logisk og forståelig oppbygning og språkbruk. Rapporten har en tydelig og klar tekst.

Vi vil opplyse om en faktafeil i punkt 2.3 på side 12. Solvang helsehus har 141 plasser fordelt på fem avdelinger. Avdeling 4B har 19 plasser.

Vennlig hilsen

Helge Jagmann
etatsdirektør

Eva Waaler
direktør kommunale sykehjem
og helsehus

Godkjent og ekspedert i papirform uten underskrift

Kopi til: Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester
Solvang helsehus

Vedlegg 6 Uttalelse fra Velferdsetaten



Oslo kommune
Velferdsetaten

Kommunerevisjonen
Cecilie Karlsen
Grenseveien 88
0663 OSLO

Dato: 03.11.2019

Deres ref:
19/00331-47

Vår ref (saksnr):
201903826-5

Saksbeh:
,

Arkivkode:
126

UTTALELSE IFM. FORVALTNINGSREVISJON AV LEGEMIDDELHÅNTERING

Viser til rapport av 18. oktober 2019 etter gjennomført forvaltningsrevisjon av legemiddelhåndtering i Velferdsetaten ved Adamstuen omsorgssenter og Ullevålsveien 34. Nedenfor følger Velferdsetatens vurdering av rapporten, dens konklusjoner og anbefalinger?

1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Velferdsetaten og de aktuelle tjenestestedene opplever at hensikten med forvaltningsrevisjonen har vært tydelig. Den har vært tydelig kommunisert både muntlig og skriftlig. Vi ønsker imidlertid å påpeke at Ullevålsveien 34 er en omsorgsbolig og ikke definert som en institusjon, da det kan oppfattes som noe uklart.

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

Tilsendte forvaltningskriterier i forkant var avklarende mht. regelverk og omfang. Vi har ingen kommentarer til prosjektets metode eller bruk av kilder. Vi ønsker imidlertid å påpeke at det ble satt for kort tidsfrist til å gi tilbakemelding på den foreløpige rapporten.

3. Har Velferdsetaten kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Vi har ingen kommentarer til revisjonskriteriene. Vi fant det imidlertid positivt at disse ble opplyst i forkant og at det ble gitt anledning til å kommentere på dem.

4. Hva er Velferdsetatens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefaling?

Vi opplever at rapporten som godt gjennomarbeidet og rapportens konklusjoner og anbefalinger er tydelige.

5. Vil Velferdsetaten vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefaling? I tilfelle hvilke?

Det er avdekket flere avvik som Velferdsetaten tar på det største alvor. Selv om det foreligger sentrale føringer og rutiner på området, er disse ikke tilstrekkelig implementert i organisasjonen, særlig ved Adamstuen omsorgssenter. Vi merker oss særlig at dette gjelder ansvars- og rolledeling, avvikshåndtering, oppbevaring og kontroll av legemidler.

Velferdsetaten

Postadresse:
Postboks 30
Sentrum
0101 OSLO
E-post: postmottak@vel.oslo.kommune.no

Besøksadresse:
Storgata 51
0182 OSLO
www.oslo.kommune.no

Telefon: 21 80 21 80
Telefax: 22 69 20 18
Bankgiro: 1315.01.02949
Org.nr: 997 506 413

6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?

Vi vil igangsette tiltak umiddelbart og enkle avvik vil være gjennomført innen 1. januar 2020. Det vil bli iverksatt adekvate opplæringstiltak og full gjennomgang av hele legemiddelområdet. For Adamstuen og Ullevålsveien vil de samlede tiltakene være på plass innen 30. juni 2020.

7. Oppfattes rapporten som nyttig for Velferdsetaten? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Velferdsetaten opplever rapporten som svært nyttig og vil være til stor hjelp i det videre arbeidet med å bringe alle forhold på plass. Rapportens konklusjoner vil også bli benyttet for å sikre at rutiner for legemiddelhåndtering er tilfredsstillende ved etatens øvrige tjenestesteder.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Rapporten har en bra struktur, ryddig og logisk oppsett med et forståelig språk.

Med hilsen

Guri Bergo
direktør

John Ingar Danielsen
avdelingsdirektør

[Godkjent og signert elektronisk](#)



Oslo kommune
Kommunerevisjonen

Grenseveien 88, 0663 OSLO
Telefonnummer: 23 48 68 00
Telefaksnummer: 23 48 68 01

www.krv.oslo.kommune.no
postmottak@krv.oslo.kommune.no