



Internrevisjon Stener Heyerdahl omsorgssenter

19.04.2023

Revisor:

- Jan Helge Lislevand
- Elin Baldersheim Nilsen

Intervjuet personell ved avdelingen:

- Sissel Bireland Amundsen – Avdelingsleder
- Hanne Fosnes – Sykepleier

Tema:

Bestilling, mottak, oppbevaring, uttak av legemidler og retur.

Mål:

Etterlevelse av forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, egne prosedyrer og andre lov og forskriftskrav.

Konklusjon:

Stener Heyerdahl omsorgssenter har i hovedsak meget god internkontroll for bestilling, mottak, oppbevaring og retur av legemidler. Ledelsen og utpekt personell for legemiddelhandteringen har høy kompetanse og er dedikert til ansvaret og oppgaven. Systemet for opplæring av nyansatte er godt implementert. Medisinrommet var rent og ryddig. Tilgangen til medisinrommet og medisintraller vurderes tilfredsstillende styrt. Systemet for bestilling av legemidler er godt innarbeidet.

2 avvik ble registrert. Det er ingen indikasjoner på at avvikene er kritiske for pasientsikkerheten.

Avvik:

Nr.	Beskrivelse av avvik:	Avvik i henhold til:
1	Tilgangen til sensitive person- og legemiddelopplysninger samt diagnose i fellesområde er ikke tilstrekkelig sikret. <ul style="list-style-type: none">- Perm med legemiddellister på medisintralla er tilgjengelig også for andre enn helsepersonell.- Tomme multidoseposer med både navn og legemiddelinformasjon kastes i åpen avfallskurv på medisintralla.	Lov om pasient- og brukerrettigheter



2	Rutiner for kasting og retur av A og B preparater har mangler. A og B preparater kastes ikke i seponett eller tilsvarende, men i en pappeske uten tilstrekkelig sikring mot tyveri.	Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp og Legemiddelhåndtering i Kristiansand kommune ID 2440
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Merknader/forbedringspunkter:

Nr.	Beskrivelse:
1	Medisinrommet er ikke temperaturovervåket. Rommet har vinduer og det er en risiko for at temperaturen kan overstige kravet for oppbevaring av legemidler, 25 °C.
2	Nøkkel til medisintralla oppbevares i nøkkelboks på vaktrommet om natta. Alle ansatte har tilgang til vaktrommet.
3	Det er innført dobbeltkontroll av uttak av A og B preparater. Systemet er under implementering.

Rapport for legemiddelrevisjon ved Stener Heyerdahl omsorgssenter

Kort beskrivelse av virksomheten/avdelingen:

3. etg: 67 beboere på rullerende opphold deler på 18 plasser, 4 langtidsplasser

2. etg: 15 langtidsplasser

Et felles medisinrom, fire traller.

Legemiddelhåndtering forkortes LMH, legemiddel forkortes LM. Sykepleier = spl, Vernepleier = vpl. Der det er aktuelt henvises det i teksten til "Forskrift 3. april 2008 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp" (heretter "Legemiddelhåndteringsforskriften"), Kristiansand kommunes retningslinjer for legemiddelhåndtering eller virksomhetens interne prosedyrer.

Fargekode: **Grønn = 1** Gode forhold **Gul = 2**: Forbedringsområde, tiltak anbefales **Rød = 3**: Avvik i hht lovverk (forskrift), rundskriv og/eller KRS retningslinje for LMH, tiltak nødvendig



Område	1	2	3	Kommentarer
Opplæring i LMH				
Gjennomgang av opplæring av nyansatte (før internrevisjon)	x			Under revisjonen beskrives god oversikt over gjennomført opplæring.
Opplæringsplan for legemiddelhåndtering helsepersonell brukes (dokumentert for hver ansatt)	x			Manuell oversikt og oversikt i NHIs kursportal.
Oversikt over personell som har godkjent fullmakt til å utlevere legemidler finnes og er oppdatert. EQS eller manuelt?	x			Den komplette oversikt er manuell, og vedlikeholdes av fagsykepleier. Det jobbes med at alle skal dokumentere i EQS.
Oversikt over personell som har godkjent utvidet fullmakt (insulin/antikoag.) finnes og er oppdatert. EQS eller manuelt?	x			Opplæringsrutine i kvalitetssystemet brukes.
Kun godkjent personell leverer ut legemidler	x			Lite sted, så personalet har oversikt over hvem som har gjennomført opplæring og fått delegasjon.
Hvordan opprettholdes nødvendige kvalifikasjonene hos ansatte som har fullmakt til LMH?	x			Oppfriskningskurs brukes.
Hvordan opprettholdes legemiddelkompetanse hos sykepleiere?				Ikke vurdert.
Retningslinjer for legemiddelhåndtering				
Retningslinjene til Kristiansand kommune/interne rutiner finnes lett tilgjengelig elektronisk	x			
Interne rutiner/prosedyrer? er i tråd med KRS kommunes overordnet retningslinje og gjeldende forskrifter og oppdatert?				Ikke vurdert.
Alle ansatte er kjent med gjeldende prosedyrene	x			Dokumenteres når opplæring dokumenteres i EQS.



Ordinering av legemidler				
Prosedyre om hvilke legemidler kan gis når lege ikke er til stede er oppdatert. (Ordinering gjennom prosedyre)				Ikke vurdert
Bestilling og mottak				
Rutinen for bestilling av legemidler i Mediport fungerer	x			
Rutinen for bestilling av multidose/ melde endringer følges	x			Bruker Mediport.
Ekstrabestillingene er få	x			Låner noen ganger av Elvegata.
Rutiner for mottak av legemidler følges	x			
Internkontroll				
Gjennomgang av avvik før internrevisjon				Meldt 107 avvik mellom 010122-180423. 33% ikke gitt medisin, lavere enn kommunen samlet. Jobber kontinuerlig med forbedringer bl. annet basert på avvik, ukentlig forbedringsmøte.
Avviksskjema finnes lett tilgjengelig for alle ansatte	x			
Rutiner for avvikshåndtering i KRS kommune er kjent blant de ansatte og etterleves	x			
Rutine for håndtering av alvorlige avvik er kjent og brukes	x			
Avvik tas opp til diskusjon i virksomheten og brukes aktivt i forbedringer av rutiner	x			Avvik håndteres raskt og forbedringstiltak prøves ut.
Risikovurderinger er gjennomført				Ikke vurdert



(ROS-analyser)				
Tilgang til legemiddellager				
Nøkkel(kort)rutiner, inkludert narkotikaskap, finnes og fungerer	x			Tilgangsstyring via kodebrikke. Kun spl har tilgang til medisinrom. Avd leder gir ut tilgangsbrikke.
Medisinrom/skap holdes låst	x			
Trallenøkkel oppbevares sikkert		x		Trallenøkkel i bruk går fra hånd til hånd ved vaktskifte. Trallenøkkel som ikke er i bruk på aktuell vakt, bør ikke være tilgjengelig for andre enn de som har delegasjon til å dele ut medisiner.
Riktig oppbevaring				
Rutiner for holdbarhetsgjennomgang og rengjøring finnes og brukes	x			Svært god orden på medisinrom.
Legemidlene oppbevares ved riktig temperatur	x			
Kontroll og dokumentasjon av temperatur i lokalene (krav < 25°C)		x		Det bør vurderes å anskaffe termometer for å kontrollere at romtemperatur ikke overstiger 25 grader.
Kontroll og dokumentasjon av temperatur i kjøleskap (krav 2-8°C)	x			Det er dokumentert at kjøleskaptemperatur er kontrollert, men ikke hva temperaturen har vært. Nytt skjema for bl. annet kontroll av temperatur kommer.
Ingen løse tabletter e.l. på hyllene (stikkprøve).	x			
Rutiner for mottak og oppbevaring av pasientens egne medisiner finnes og fungerer.	x			
Pasientspesifikke LM (multidoseposer osv.) oppbevares adskilt fra andre pasienter og utilgjengelig for uvedkomne.	x			



Bytteliste er tilgjengelig	x			Felleskatalogen er tilgjengelig på jobb-mobil.
Felleskatalogen tilgjengelig på medisinrommet	x			Se over.
Det er system/orden på medisinrom/-skap	x			
Legemidler er plassert etter ATC	x			
Utvalg/mengde er tilpasset antall pasienter	x			Rulleringsplasser krever et bredt utvalg legemidler.
Begrenset utvalg av synonympreparater.	x			
Boks for kassasjon finnes og er tydelig merket	x			
Returlegemidler oppbevares trygt	x			
A og B-preparater og -regnskap				
Holdes adskilt fra andre medisiner	x			
Regnskap ført nøyaktig og stemmer – stikkprøve dobbeltkontroll	x			Ikke kontrolltelt. Mange A- og B preparater som ikke er i bruk på lager.
Kontrolltelling gjøres minimum månedlig	x			Ukentlig- økes raskt til 2/uke ved behov.
Alt innkjøp av narkotika (originalpakker) er ført inn i regnskapet	x			
Dobbelkontroll av alle uttak		x		Det er innført dobbeltkontroll av uttak. Systemet er under implementering.
Destruksjon av A-og B preparater i multidose			x	A og B preparater skal tas ut av multidose/emballasje og kasseres i Seponett.
Akuttmedisin				
Finnes på kjent plass				Ikke vurdert



Ansvarlig for påfyll er kjent?				Ikke vurdert
Påfyll av akuttmedisin fungerer				Ikke vurdert
Ansatte har opplæring i bruk av aktuell og nødvendig akuttmedisin				Ikke vurdert
Innhold i medisintralle/skap med legemidler som er ferdig dosert				
Inneholder ikke andre legemidler enn de som er i samsvar med retningslinjene (i hovedsak kun istandgjorte doser)	x			
Istandgjorte legemidler er tydelig og entydig merket i hht. retningslinjene	x			
Øyedråper/-salver er merket med pasientnavn og dato for tatt i bruk	x			
Insulinpenner er merket med pasientnavn og dato for tatt i bruk	x			
Andre pasientbundne legemidler er merket med navn (og evt. dato)	x			
Eventuellmedisin oppbevares utilgjengelig for uvedkomne	x			Spl låser ut behovsmedisin fra medisinrom. Rutinen for behovsmedisin når det ikke er spl på natt finnes i kvalitetssystemet, ID 9343.
Istandgjøring av legemidler				
Dokumentasjon for istandgjøring/dobbelkontroll av dosetter	x			Dokumenteres på papirlister.
Dokumentasjon av generisk bytte				Ikke vurdert
Dokumentasjon av oppdatering av dosett/ multidose ved endringer av legens ordinasjon	x			Se under.



Dobbeltkontroll av istandgjøring utføres av ansatt med fullmakt (samtidig kontroll) eller spl/vpl (etterkontroll)	x			To spl legger/korrigerer og kontrollerer dosettene/multidosen samtidig. Innført etter mye feil i dosetter. Tiltaket har hatt god effekt og vurderes som tidsbesparende.
Utdeling og dokumentasjon av legemidler ved behov.				
Uttak av behovsdoser (i narkoregnskap) finnes dokumentert gitt på riktig sted i EPJ og effekt notert. Stikkprøvekontroll.	x			Alle tre uttak i stikkprøvekontrollen var legemidlet dokumentert gitt. Effekt var korrekt dokumentert.