



Internrevisjon Straitunet omsorgssenter

14.04.2023

Revisor:

- Jan Helge Lislevand
- Elin Baldersheim Nilsen

Intervjuet personell ved avdelingen:

- Sigbjørn Christiansen – Avdelingsleder
- Bojana Alexandra Vojnovic – Sykepleier
- Michelle Torsvik Olaisen – Sykepleier
- Charlotte Strandberg – Sykepleier

På sluttmøte:

- Bente Wulff– Enhetsleder

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:

Straitunet omsorgssenter har i hovedsak 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.

4 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 i fellesområde er ikke tilstrekkelig sikret. <ul style="list-style-type: none">- Permer med legemiddellister og uttak av A og B preparater på medisintralla er tilgjengelig også for andre enn helsepersonell.- Tomme hele multidoser med både navn og legemiddelinformasjon kastes i åpen avfallskurv på medisintralla.	Lov om pasient- og brukerrettigheter
2	Dokumentasjonen av renhold, temperatur og holdbarhetskontroll for 2022 og 2023 er mangelfull. Ved en stikkprøvekontroll ble det observert flere legemidler med utgått holdbarhet: Onytec, Furix og Amplodipus	Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
3	Dobbeltkontroll gjøres ikke alltid: <ul style="list-style-type: none">• Uttak av A og B preparater• Istandgjøring av dosetter• Etter endring av multidoser	Legemiddelhåndtering i Kristiansand kommune ID 2440
4	Eventuelt-medisiner (A og B preparater) i fellesdosett, og andre legemidler i original emballasje, oppbevares i tralla. Det øker risikoen for at ansatte kan gi feil legemiddel. Dette er ikke i tråd med rutine – andre enn sykepleiere/vernepleiere skal kun ha tilgang til ferdig istandgjorte legemidler.	Legemiddelhåndtering i Kristiansand kommune ID 2440

Merknader/forbedringspunkter:

Nr.	Beskrivelse:
1	Rutinene for opplæring av nyansatte, særlig godkjenning av legemiddelhåndtering, kan forbedres. Oversikten over hvilke ansatte som er godkjent for legemiddelhåndtering mangler.
2	A og B preparater i multidoser kastes i avfallsboks. A og B preparater må tas ut av multidosen og kastes i seponett.



Rapport for legemiddelrevisjon ved Straitunet omsorgssenter

Kort beskrivelse av virksomheten/avdelingen:

Straitunet har totalt 84 langtidsplasser, og to midlertidige plasser med felles bad. God legedekning; 4 dager per uke.

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			Virker som det er flere som i nyere tid har gjennomført opplæring og dokumentert via kvalitetssystemet.
Opplæringsplan for legemiddelhåndtering helsepersonell brukes (dokumentert for hver ansatt)		x		
Oversikt over personell som har godkjent fullmakt til å utlevere legemidler finnes og er oppdatert. EQS eller manuelt?		x		Skriftlig oversikt over hvem som er godkjent for legemiddelhåndtering, finnes ikke tilgjengelig for ansatte.
Oversikt over personell som har godkjent utvidet fullmakt (insulin/antikoag.) finnes og er oppdatert. EQS eller manuelt?	x			Det beskrives at opplæring og dokumentering gjøres etter rutine.
Kun godkjent personell leverer ut legemidler	x			
Hvordan opprettholdes nødvendige kvalifikasjonene hos ansatte som har fullmakt til LMH?		x		Årets runde med oppfriskningskurs skal dokumenteres i kvalitetssystemet. Pt. finnes dokumentasjon på gjennomførte kurs i NHI.
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?	x			Lege har skrevet en liste over hvilke legemidler som kan gis uten legeordinasjon. Denne er nylig revidert, iht. forskrift og henger på medisinrom.



Alle ansatte er kjent med gjeldende prosedyrene		x		Det jobbes kontinuerlig med å få dette dokumentert i kvalitetssystemet.
Bestilling og mottak				
Rutinen for bestilling av legemidler i Mediport fungerer- hvem?	x			Ansatte oppgir at rutinen fungerer, men det at det er flere bestillere, kan bidra til å øke lagerbeholdningen.
Rutinen for bestilling av multidose/ melde endringer følges -hvordan?	x			Bruker faks. Tidspunkt for mottak av multidose er ikke optimalt for den ene avdelingen. Elin følger opp med NMD.
Ekstrabestillingene er få?	x			
Rutiner for mottak av legemidler følges	x			Legemidlene låses direkte inn på medisinrom. Kjølevarer bør passes ut umiddelbart.
Internkontroll				
Gjennomgang av avvik før internrevisjon	x			Virker som god kultur for å melde avvik
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			
Tilgang til legemiddellager				
Nøkkel(kort)rutiner finnes og fungerer	x			Via kodebrikke styres tilgangen til medisinrom, slik at kun spl har tilgang.
Medisinrom/skap holdes låst	x			Ja
Trallenøkkel oppbevares sikkert	x			Trallenøkkel bør gå fra hånd til hånd i vaktskiftet. Nøkler som ikke er i bruk, bør låses inn på f eks. medisinrom.
Riktig oppbevaring/ internkontroll legemiddellager				
Rutiner for holdbarhetsgjennomgang og rengjøring finnes og brukes			x	Ved stikkprøver finnes legemidler som er utgått på dato.



Legemidlene oppbevares ved riktig temperatur	x			
Kontroll og dokumentasjon av temperatur i kjøleskap (krav 2-8°C)			x	Dokumentasjon av kjøleskaptemperatur er mangelfull.
Ingen løse tabletter e.l. på hyllene (stikkprøve)	x			
Pasientspesifikke LM (multidoseposer osv.) oppbevares adskilt fra andre pasienter og utilgjengelig for uvedkomne	x			Oppbevares i tralle.
Felleskatalogen tilgjengelig på medisinrommet	x			Også tilgjengelig digitalt.
Det er system/orden på medisinrom/skap	x			God orden på medisinrommet.
Legemidler er plassert etter ATC	x			
Utvalg/mengde er tilpasset antall pasienter	x			Legemiddellageret fremstår som litt stort i forhold til at multidose benyttes i utstrakt grad, men det oppgis at det jobbes kontinuerlig med å ikke bestille mer enn nødvendig.
Begrenset utvalg av synonympreparater				<i>Ikke kontrollert</i>
Boks for kassasjon finnes og er tydelig merket	x			Se kommentar under A/B preparater.
Returlegemidler oppbevares trygt				Det ble ikke observert legemidler som skulle sendes i retur.
A og B-preparater og -regnskap				
Holdes adskilt fra andre medisiner	x			Det ikke var nødvendig å låse narkotika skapet, når alle som har tilgang til medisinrommet, også har tilgang til nøkkelen/skapet.
Regnskap ført nøyaktig og stemmer				<i>Det ble ikke gjennomført kontrolltelling.</i>
Kontrolltelling gjøres minimum månedlig	x			Gjøres av to spl på natt månedlig.
Kassasjon av A og B preparater gjøres forsvarlig		x		A og B preparater i multidose som skal kasseres, må tas ut av multidosen og kasseres i seponett. I dag kastes hele multidoserullene direkte i pappeske for destruksjon.

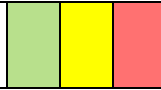


Alt innkjøp av narkotika (originalpakker) er ført inn i regnskapet	x			Føres inn av spl på natt. Alltid dobbeltkontroll.
Dobbeltkontroll av alle uttak			x	Dobbeltkontroll av uttak av A og B preparater kun sporadisk. Dette er ikke i hht. rutinene. Det er også opprettet et regnskap (oppbevares på tralla) over A og B preparater i fellesdosett i tralla.
Innhold i medisintralle/skap med legemidler som er ferdig dosert				
Istandgjorte legemidler er tydelig og entydig merket i hht. retningslinjene	x			Hver beboer har en egen skuff
Øyedråper/-salver er merket med pasientnavn og dato for tatt i bruk				<i>Ikke kontrollert</i>
Insulinpenner er merket med pasientnavn og dato for tatt i bruk				<i>Ikke kontrollert</i>
Andre pasientbundne legemidler er merket med navn (og ev. dato)				<i>Ikke kontrollert</i>
Inneholder ikke andre legemidler enn de som er i samsvar med retningslinjene (kun istandgjorte doser) Eventuellmedisin oppbevares utilgjengelig for uvedkomne			x	Eventuelt-medisiner (A/B preparater) i fellesdosett, og andre legemidler i original emballasje, oppbevares i tralla. Det øker risikoen for at ansatte kan gi feil legemiddel. Dette er ikke i tråd med rutine – andre enn spl/vpl skal kun ha tilgang til ferdig istandgjorte legemidler.
Istandgjøring av legemidler				
Dokumentasjon for istandgjøring/dobbeltkontroll av dosetter			x	Det beskrives at det ikke alltid gjennomføres dobbeltkontroll ved legging av dosetter og ved endringer av multidose/dosetter.
Dokumentasjon av oppdatering av dosett/ multidose ved endringer av legens ordinasjon			x	Rutiner for dobbeltkontroll og dokumentasjon av denne (i Profil), er ikke iht. rutine.
Dobbeltkontroll av istandgjøring utføres av ansatt med fullmakt (samtidig kontroll) eller spl/vpl (etterkontroll)	x			Når det gjøres dobbeltkontroll, utføres denne av spl.
Utdeling og dokumentasjon av legemidler ved behov.				
Uttak av behovsdoser (i narkoregnskap) finnes dokumentert gitt på riktig sted i EPJ og effekt notert.		x		4 nylige uttak av OxyNorm ved behov ble kontrollert opp mot dokumentasjon i Profil. 3/4 uttak var korrekt dokumentert under Logg- medisin ved behov.



Kristiansand
kommune

Stikkprøvekontroll.



Behovsmedisin dokumenteres også
under rapport, der var 4/4 dokumentert.