

## Läkemedelshantering. Som att gå på minfält

Varje minut, varje dag ges många tusen läkemedelsdoser. Ständigt finns där risken att göra fel. När det händer ligger skulden och skammen på lur.

**RISKMEDVETANDE** En bra arbetsmiljö och rimliga krav är grundförutsättningar för att skydda patienten, men också sjuksköterskan. Mycket kan bli fel i hanteringen av läkemedel, särskilt i stressade situationer där patienter, anhöriga, kolleger eller läkare, samtidigt pockar på sjuksköterskans uppmärksamhet. Gör hon fel och åsamlar patienten skada måste hon leva med det i hela sitt liv.

**Att arbetsmiljön** ger sjuksköterskan utrymme att ostört dela medicin, blanda dropp och göra andra förberedelser är ansvarig chefs uppgift att se till. För den som är nyutbildad krävs dessutom tillåtelse att vara just ny, få utrymme att träna på att

### Ladda ner:

→ Den nya nationella läkemedelsstrategin finns på: [www.regeringen.se/sb/d/108/a/173805](http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/173805)

### Webb

→ Nationellt nätverk för patientsäkerhet kan du läsa mer om på: [www.vardforbundet.se](http://www.vardforbundet.se)

hantera läkemedel och följa upp behandlingen. Det förutsätter att erfarna kolleger tar ett större ansvar.

**När något** ändå händer blir ofta skulden och skammen stor. För enhetschefen Inger Gustafsson på Sunderby sjukhus i Norrbotten är de känslorna det första hon då tar itu med. Det hon försöker få in i allas medvetande är att det är ett systemfel och att någon annan lika gärna kunde ha gjort samma misstag. Tillsammans med sina medarbetare jobbar hon intensivt med att förebygga läkemedelsfel. Med tydliga ordinationer i ett nätbaserat läkemedelssystem och obligatoriska läkemedelsgenomgångar höjer de säkerheten. Två sjuksköterskor har också ett särskilt uppdrag som läkemedelsansvariga. De ser till att ordinationerna går igenom regelbundet och att brister upptäcks.

**Att förebygga** läkemedelsfel är angeläget. Bara läkemedelsförväxlingar uppskattas medföra cirka 6 000 vårdskador per år. Likadana förpackningar och snarlika etiketter är några bovar i dramat. I ett projekt startat av Nationellt nätverk för patientsäkerhet, där Vårdförbundet ingår, är ambitionen att minska

risken för läkemedelsförväxlingar genom ändrad design på läkemedelsförpackningar som upphandlas. Standardiserade etiketter och Tallman lettering, att växla mellan versaler och gemener i läkemedelsnamnet, är några sätt som ska prövas.

Utvecklingen av datoriserade system som ska säkra hanteringen av läkemedel pågår på många håll. Ett exempel är Mini Q, särskilt anpassat för äldre. Ett annat är beslutsstödet Evidos, som Eva-Lott Eitrem, barnmorska och interaktionsdesigner, har skapat. Med det kan sjuksköterskan kontrollräkna en ordination. Om dosen verkar orimlig larmar systemet.

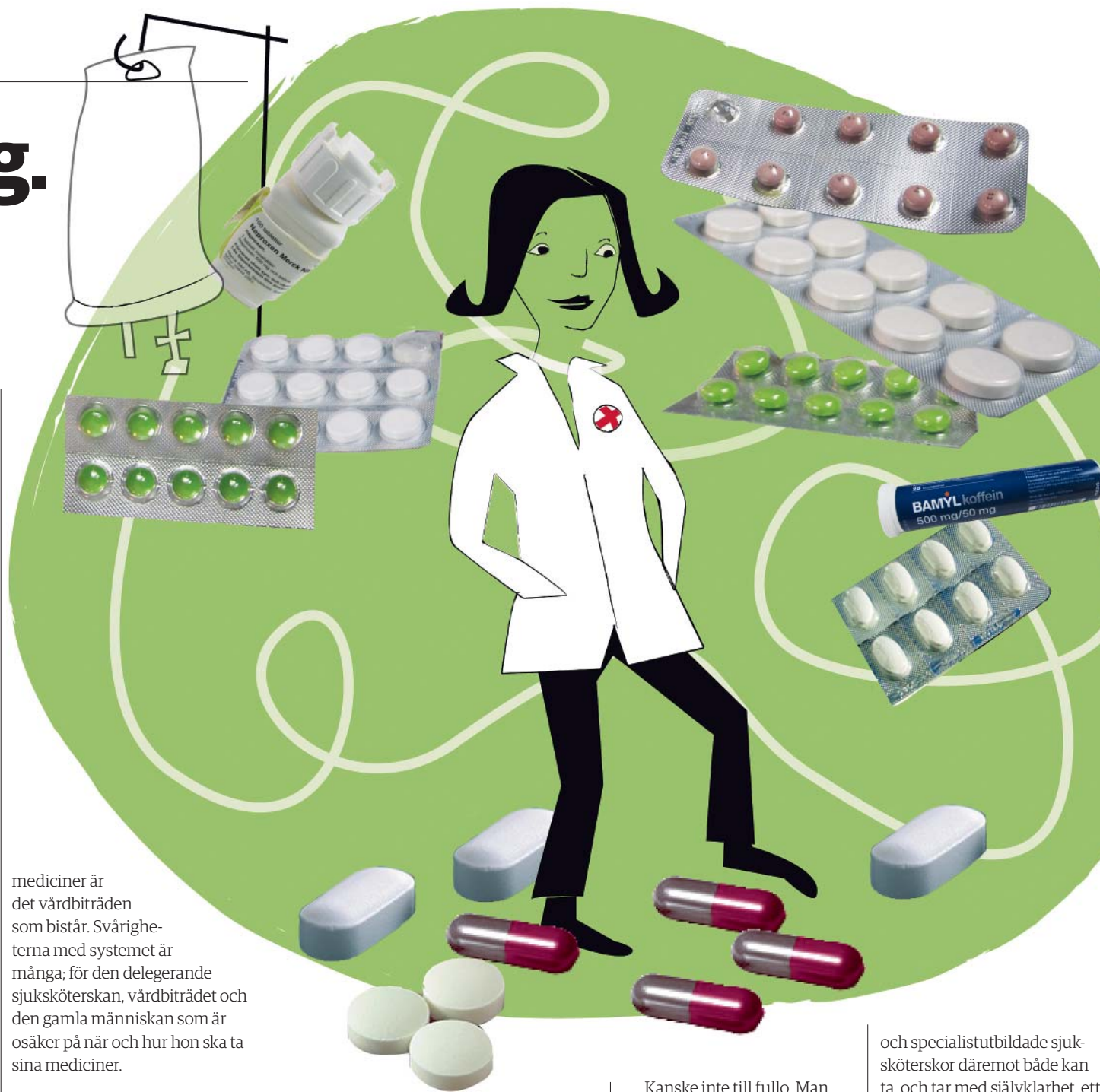
**Ett riskområde** är äldre vården, där delegeringar blir den praktiska lösningen för att alla ska få sina mediciner. Men avsikten är väl ändå inte massdelegeringar satta i system? När Socialstyrelsen för några år sedan utredde hemsjukvården uppdagades att en sjuksköterska kan ha nästan hundra delegeringar. "Detta är oacceptabelt", skrev Socialstyrelsen. Antalet delegeringar per sjuksköterska bedömdes strida mot föreskrifterna.

Ändå finns massdelegeringar kvar. När de gamla behöver hjälp i hemmet med att ta sina

mediciner är det vårdbiträden som bistår. Svårigheterna med systemet är många; för den delegerande sjuksköterskan, vårdbiträdet och den gamla människan som är osäker på när och hur hon ska ta sina mediciner.

**Att följa upp** behandlingen är en annan viktig del i läkemedelshanteringen. Sedan den 1 juli 2007 ska sjuksköterskor rapportera biverkningar till Läke-medelsverket, men någon riktig skjuts har det inte blivit på rapporteringen. Trots att

Redaktör Annica Jonsson  
[annica.jonsson@vardforbundet.se](mailto:annica.jonsson@vardforbundet.se)



både läkemedelsanvändning och multimedicinering ökar i Sverige visar statistiken till och med en sjunkande kurva. Varför är det så? Tar inte sjuksköterskor sitt ansvar för att följa upp läkemedelsbehandling på allvar?

Kanske inte till fullo. Man kan tänka sig flera orsaker. För den nyutbildade och oerfarna behövs inskolning och tid för att rusta sig för alla arbetsuppgifter. Att då kunna ta fullt ansvar i alla delar är inte rimligt. Uppföljning av givna behandlingar kräver också ett erfaret öga. Erfarna

och specialistutbildade sjuksköterskor däremot både kan ta, och tar med självklarhet, ett större ansvar. Men inte alla och inte alltid.

**Det finns** fortfarande på många håll en olycklig konflikt mellan sjuksköterskor och läkare när det gäller ordinerad behandling och uppföljning.

”Gör hon fel måste hon leva med det i hela sitt liv”

Kanske är det den som spökar? I så fall måste båda parter överge dessa spöken. Den erfarna sjuksköterskan ska följa upp läkemedelsbehandlingar, utvärdera, ompröva och ifrågasätta. Det är en viktig del i säker läkemedelsbehandling, liksom att granska de egna rutinerna.

Med ett tydligt mandat är även läkemedelsgenomgångar en given arena för sjuksköterskan. Den erfarna sjuksköterskan är också den som kan ta ansvar för att kunskapsnivån på enheten håller tillräckligt hög nivå.

**Grunden är** en gedigen utbildning. Vid Mälardalens högskola, där Kerstin Jorsäter-Blomgren är lektor, löper läkemedelshantering som en röd tråd genom hela utbildningen; från vad som händer med läkemedlet i kroppen och hur det verkar, till administrering, övervakning och uppföljning av behandlingen, biverkningar och interaktioner – och hur och varför misstänkta läkemedelsbiverkningar ska rapporteras. Men det räcker inte. En viktig förutsättning för en god och säker läkemedelsbehandling är att sjuksköterskor och läkare tar ett gemensamt ansvar. \*

TEXT ANNICA JONSSON  
ILLUSTRATION HELENA HALVARSSON

**Massdelegering**  
– en omöjlig uppgift.

# Delegering. En rävsax för sjuksköterskan

**Inom äldreomsorgen är massdelegeringarna för medicindelning en nödvändighet – som blir en kalkylerad risk. Uppgiften är helt enkelt omöjlig.**

**MOMENT 22** Det går att säga nej till systemet, i teorin. I praktiken betyder det att distriktssköterskan knappt hinner med något annat och vårdbiträdet som inte vill ta emot delegeringar, och enligt författningen har rätt att säga nej, gör sig omöjlig inom hemtjänsten. Skaran gamla som vårdas hemma är allt för stor och deras läkemedelslistor för långa.

Både distriktssköterskan och vårdbiträdet sitter i en rävsax, konstaterar Åsa Gransjön Craftman, sjuksköterska och



**Riskfyllt ansvar.** Vårdbiträden tänker inte alltid på, eller har inte kunskap om, vad det är för läkemedel de ger och distriktssköterskan går inte alltid att nå för att få råd.

visste de att delegeringen ska förnyas varje år samt när den delegerande distriktssköterskan slutar och ersätts av en ny.

När något krånglar eller vårdbiträdet behöver råd ska distriktssköterskan finnas till hands. Men bland vårdbiträ-

dena i studien var det vanligtvis att de hade svårt att nå sin distriktssköterska än att de hade en bra kontakt. Att inte ge dem förutsättningar att göra rätt, tycker Åsa Gransjön Craftman är orättvist.

– De arbetar ofta ensamma

och måste fatta beslut själva. Vanligtvis har de inte kunskap om läkemedlen de ger, exempelvis laxantia, och kan då inte heller se konsekvenserna och följa upp. De kan se symtom men inte tolka dem och vet inte vad som ska rapporteras.

**Sunt förnuft**, en känsla för vad som är rätt och fel att göra, var det som gällde för vårdbiträdena i studien. Deras kompetens var ofta praktisk och erfarenhetsbaserad och förutsatte att de gick hem till samma personer och lärde känna dem. Men så var det inte alltid. På besök hos okända är det svårt att veta vad den gamla klarar själv. Kvällsmedicinen, som ofta innehåller sömnmedel, kan bli stående på natttygsbordet och ihågkommen och svalt först dagen därpå. Och så sover den gamla resten av den dagen.

– Vårdbiträden tänker inte alltid på, eller vet inte, vad det är för läkemedel de ger, säger Åsa Gransjön Craftman.

**Vem som** bär ansvaret för att medicin ges vid fel tillfälle är svårt att avgöra. I hennes tidigare studie säger en sjuksköterska att hon försöker förklara vad författningen säger och vad delegeringen innebär, men att "om vårdbiträdena förstod allt till 100 procent skulle inte en kotte skriva på".

ANNICA JONSSON  
annica.jonsson@vardforbundet.se

Vårdfokus nr 112

"Det ska vara lätt att göra rätt och svårt att göra fel"

## "Lämna inte över till läkare och apotekare"

**Allt oftare görs läkemedelsgenomgångar, men sjuksköterskor är ofta för passiva, anser forskaren Monica Bergqvist.**

**YRKESROLLEN** Sjuksköterskan ser patienten, vet om hon lätt blir yr, äter dåligt, har svårt att sova – och kan koppla till de läkemedel patienten tar. Därför borde hon också vara mer aktiv och inte lämna över läkemedelsgenomgångarna till läkare och apotekare, tycker Monica Bergqvist, som har disputerat på sjuksköterskans roll och ansvar i läkemedelshandling.

Det är bara genom att ställa de rätta frågorna, som aldrig ställs, som sjuksköterskan får veta att patienten som är ordinerad blodförtunnande medel också tar Ipre.

– Patienten visste inte att det var viktigt att berätta det, och

vi hade inte tid att ställa de rätta frågorna. Det borde vi ha gjort, men då måste vi skala bort andra arbetsuppgifter som att tvätta sängar som ingen patient ligger i, säger Monica Bergqvist.

Hon konstaterar att arbetsmiljön i vården är full av stressmoment. Sjuksköterskan blir ofta störd när hon delar medicin och har flera andra saker i huvudet samtidigt, vilket bäddar för fel. Förutsättningarna måste bli bättre, anser hon.

– Det ska vara lätt att göra rätt och svårt att göra fel.

**På många ställen** finns i dag "sällanläkemedelsförråd" och man stänger dörren vid läkemedelsdelning. Apodos är ett

bra system, men det fungerar inte om läkemedlen byts ofta eller om läkemedel eller doser varierar olika dagar. En risk är också att man slår sig till ro med behandlingen och inte utvärderar och omprövar den.

Monica Bergqvist ser många förbättringar som kan få läkemedelshandlingarna ännu säkrare. Ett sätt är att avlasta sjuksköterskorna med en koordinator på avdelningen som till exempel lotsar besökare rätt, ringer efter taxi och svarar i telefon. Då kan sjuksköterskorna fokusera på sina patienter.

Men det behövs också tekniska och organisatoriska lösningar. Det ska till exempel inte gå att koppla ett aggregat

avsett för peg till en intravenös infart. Inte heller ska ett dödligt giftigt läkemedel som kaliumklorid förvaras vid natriumklorid. De två förpackningarna borde dessutom ha olika form och färg för att minska risken för förväxling.

**På senare år** har nya metoder prövats och hjälpmedel har kommit som ska öka säkerheten i vården. Till exempel finns en läkemedelsautomat kopplad till varje enskild patient. Men det är inte idiotsäkert. Fel kan uppstå på automaten och sjuksköterskan kan gå till fel patient. Dessutom är systemet dyrt. \*

ANNICA JONSSON  
annica.jonsson@vardforbundet.se

## Biverkningar. Plikt att anmäla men färre gör det

**OVETANDE** Sedan våren 2007 ska alla sjuksköterskor rapportera till Läkemedelsverket när de misstänker allvarliga och oförutsedda biverkningar samt när de dyker upp allt oftare. Ändå visar en ännu opublicerad enkätstudie att bara 58 procent av de sjuksköterskor som svarade vet att de ska rapportera.

De som hade fått undervisning och information om biverkningsrapportering, 15 procent av de svarande, rapporterade i signifikant högre grad än de utan särskild information. Sjuksköterskor som hade arbetat i mer än 20 år hade bättre kunskap om vad som ska rapporteras än yngre kolleger. Två tredjedelar i studien efterlyste

mer utbildning i farmakologi.

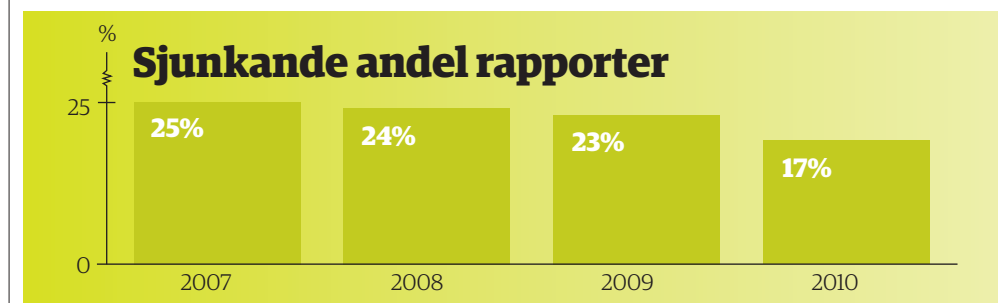
Samtidigt visar siffror från Läkemedelsverket att en allt mindre andel rapporter om biverkningar kommer från sjuksköterskor. Elisabet Ekman, farmaceut och en av forskarna bakom studien, vill nu nå ut till sjuksköterskestudenter med information.

**Hur ofta** biverkningar rapporteras ser olika ut i landet, och skiljer sig mellan olika typer av vård. Sjuksköterskor i barnhälsovården är duktiga på att rapportera biverkningar av vacciner och flest rapporter från slutenvården kommer från röntgensjuksköterskor. En sannolik orsak är att de ger kon-

trastmedel och att reaktionerna på dessa är uppenbara. \*

ANNICA JONSSON

I studien av Elisabet Ekman ingick 753 slumpmässigt utvalda sjuksköterskor varav 60 procent svarade.



Källa: www.lakemedelsverket.se

# Recepthantering. Som gjort för felmedicinering

I dag finns minst tre elektroniska läkemedelslistor för varje patient. Inte konstigt, om det inte vore för att de oftast innehåller olika ordinationer.

**FÖRVIRRAT** När patienten lämnar sjukhuset och går till apoteket för att hämta sina mediciner har han i bästa fall fått med sig en pappersutskrift av läkemedelslistan i patientjournalen med de läkemedel som han förväntas ta.

Men apoteket expedierar inte läkemedel från den. I apotekets dator finns i stället en lista kallad receptregistret, där alla giltiga recept finns sparade: e-recept och pappersrecept med flera uttag. Här finns recept på läkemedel kvar där doserna har ändrats eller läkemedlen satts ut, om de inte har makulerats av förskrivande läkare.

På apoteket finns också ett separat register, läkemedelsför-

teckningen, med information om vilka läkemedel som patienten har fått expedierade på apotek de senaste 15 månaderna.

**Utifrån** informationen i receptregistret om vad som är legalt möjligt att expediera, läkemedelsförteckningen över det patienten tidigare har fått samt patientens berättelse, väljer farmaceuten ut vilka av alla recept som är lämpliga att expediera. Uppgiften är särskilt grannliga när det gäller patienter som tar många läkemedel samtidigt och om det dessutom är ett ombud som hämtar ut läkemedlen.

För de läkemedel som fortfarande omfattas av patent

finns bara en produkt som kan expedieras. Det läkemedelsnamn som läkaren har skrivit på receptet är alltså det som kommer att stå på det expedierade läkemedlet.

Men om patentet har gått ut finns flera produkter att välja mellan och då expedierar

**”Det namn patienten fått höra hos läkaren är inte det som står på burken”**

apoteket den billigaste. Vilken det är kan dock variera eftersom det styrs av vilka produkter som Läkemedelsverket har bedömt vara utbytbara, och av ett regelverk från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket som bestämmer vilka som ska lagras. Det innebär att det namn som patienten har fått höra hos läkaren inte är det namn som står på burken, och att läkemedlet vid nästa expediering kan ha ett helt nytt utseende och ännu ett annat namn.

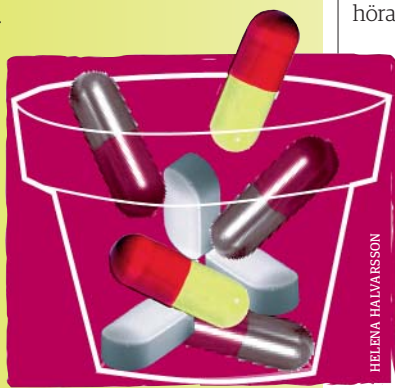
**Patient,** vårdgivare och apotekspersonal måste alltså förhålla sig till tre läkemedelslistor. Världens läkemedelslista är – om den är uppdaterad och fullständig – den som bäst

beskriver hur patienten ska ta sina läkemedel. Men den blir inaktuell och svårtolkad så fort ett läkemedel expedieras med andra namn. I receptregistret och läkemedelsförteckningen kan det finnas läkemedel utskrivna av flera olika läkare, samma preparat kan finnas med olika namn, och giltiga recept på läkemedel som har satts ut eller där dosen är ändrad kan finnas kvar.

Det är möjligt att manuellt makulera de elektroniskt lagrade recept som man själv har förskrivit, men det görs normalt inte. Under 2012 kommer en möjlighet att elektroniskt makulera alla recept förskrivna från samma värdenhet/sammanhållna journalföring att införas, men det kommer fortfarande inte att gå att legalt makulera andra recept.

**Mikael Hoffman,** läkare och chef för Nepi, Nätverket för läkemedelsepidemiologi, pekar på att man i läkemedelsstrategin uppmärksammar behovet av att samla sig – patient/ombud, vårdgivare och expedierande farmaceut – kring en och samma ständigt uppdaterade läkemedelslista. Ett viktigt steg framåt skulle kunna vara en gemensam ordinationsdatabas, anser han. \*

ANNICA JONSSON  
annica.jonsson@vardforbundet.se



## Tre olika listor

→ **Läkemedelslistan,** världens förteckning i patientjournalen över vilka läkemedel patienten förväntas ta.

→ **Receptregistret,** ”Mina sparade recept”, giltiga att expediera.

→ **Läkemedelsförteckningen,** alla läkemedel som har expedierats till patienten de senaste 15 månaderna.

## Nepi

Nätverket för läkemedelsepidemiologi är till för dem som arbetar med läkemedelsuppföljning. Det är en ekonomiskt oberoende stiftelse utan bindningar till läkemedelsföretag.

Läs mer: [www.nepi.se](http://www.nepi.se)

# 5 frågor. Hur ska vi få säkrare läkemedelshantering?

Kerstin Jorsäter-Blomgren ser som viktigast att låta kunskap, ansvar och samsyn mellan professionerna ta plats.

**RIVA REVIR** Receptet låter inte revolutionerande. Varför är det då så svårt, Kerstin Jorsäter-Blomgren, sjuksköterska, medicine doktor och lektor vid Mälardalens högskola?

– Det inkluderar så många aspekter, perspektiv och aktörer. Bristande kunskap hos läkare och sjuksköterskor äventyrar patientens säkerhet, medan vi med rätt läkemedel till rätt patient i rätt dos vid rätt tillfälle och i rätt kombination kan öka säkerheten drastiskt för våra patienter. Säkerställande och översyn av medicinlistan mellan olika vårdinstanser är en viktig faktor, liksom att väga läkemedlets nytta mot risker och att ständigt utvärdera. Att patienten är välinformerad, motiverad och har fått möjlighet att ta ställning är ytterst väsentligt för en god följsamhet till behandlingen och för att undvika risker. Tre avgörande begrepp är kunskap, ansvar och samsyn mellan professioner.

**Hur ser du på sjuksköterskans ansvar och roll när det gäller säkerhet i och uppföljning av läkemedelsbehandling?**

– Sjuksköterskan har en nyckelroll. Vi vet att 10 till 20 procent av alla inläggningar på akutklinikerna är relaterade till en läkemedelsbiverkning eller interaktion och att det råder en enorm underrapportering. Patienten vänder sig till sjuksköterskan med sina symtom och funderingar. Det borde vara självklart

att observera och följa upp en given ordination, att reflektera kring och observera hur patienten svarar på behandlingen och att föra en dialog med läkaren om reaktioner och symtom hos deras gemensamma patient. Jag möter sjuksköterskor som säger ”jag har gjort mitt, det är läkarens ansvar”, ett tänkande som jag är allergisk mot. För en bättre patientsäkerhet behöver vi ta ett gemensamt ansvar för läkemedelshantering där kunskap, ansvar, lyhördhet och respekt är ledsagande. Det finns inget utrymme för revirtänkande här.

**Sjuksköterskor rapporterar sällan biverkningar. Tar de inte uppdraget på allvar?**

– Om kulturen andas att sjuksköterskan inte ska lägga sig i, utan bara göra som läkaren har ordinerat, är det väldigt svårt att ta sitt ansvar och agera när hon möter ett läkemedelsrelaterat problem.

– Sjuksköterskan behöver också en utvidgad kunskap inom farmakologi/farmakovigilans för att kunna agera på ett säkert sätt. Men många upplever att det är eftersatt inom utbildningen. Det måste lärosätena ta till sig.

– Sjukvårds- och organisatoriska/kulturella hinder kan också vara en del i att sjuksköterskan inte tar sitt ansvar på allvar. Vidare tror jag att det även handlar om att sjukvården inte har hittat formerna för

rapportering av läkemedelsbiverkningar. Man skulle kunna ha klinikbundna ombud bland sjuksköterskorna, med ett särskilt ansvar för att följa upp och bevaka detta område.

**Hur kan sjuksköterskorna bli mer delaktiga i läkemedelsgenomgångar?**

– Kontinuerlig övervakning av patientens medicinering är en oerhört viktig funktion för att fånga upp riskfaktorer och förhindra att en biverkning/interaktion uppstår. Hon behöver få in ett tänkande som gör att hon, när patienten uppvisar ett symtom som inte har med grundsjukdomen att göra, reflekterar över om och hur patientens läkemedelssituation eventuellt kan spela roll.

– När sjuksköterskan får vara med i utvärderingen av en behandling, känner sig trygg och upplever att hon har kunskaper och mandat genererar detta per automatik större delaktighet och ansvar.

**Vilken betydelse har den nya nationella läkemedelsstrategin?**

– Förhoppningsvis ger den med tiden en ökad säkerhet. Men målen är övergripande och det är svårt att konkretisera utifrån vad jag hittills tagit del av. Det känns viktigt att bena ut konkreta åtgärder som kan implementeras i arbetet. \*

ANNICA JONSSON

**Kerstin Jorsäter-Blomgren**

hoppas att den nationella läkemedelsstrategin ska ge en ökad säkerhet.



PERNILLE TOFTE