

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Transport og utdeling av legemidler er et risikoområde i de hjemmebaserte tjenestene

Lørenskog kommune satte i verk tiltak etter en alvorlig feilutdeling av legemidler. Bedre rutiner, pasientinvolvering og styrket opplæring er nøkkelen til tryggere tjenester.

[Heidi Synnøve Mørk](#)

Spesialsykepleier og seniorrådgiver
Avdeling for operativt tilsyn, Statens helsetilsyn

[Gro Fredheim](#)

Jurist og seniorrådgiver
Avdelingen for operativt tilsyn, Statens helsetilsyn

[Tilsyn](#)

[Legemidler](#)

[Hjemmesykepleie](#)

[Kommunehelsetjeneste](#)

[Risikofaktor](#)

Sykepleien 2024;112(96112):e-96112

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2024.96112](#)

Hovedbudskap

På vei til brukere i hjemmetjenesten oppbevares legemidler i hjemmetjenestens biler, i hjemmesykepleieres lommer, i private vesker eller bæres i hånden inn til pasienten. Dette er eksempler på praksis som innebærer en høy risiko for at legemidler kan komme på avveie, sammenblandes eller forveksles og deles ut til feil pasient.

Over 170 000 personer mottar helsetjenester i hjemmet (1). Den største andelen er eldre over 65 år. Utdeling av legemidler er en viktig del av denne helsehjelpen, og feil i legemiddelhåndteringen kan få fatale konsekvenser. Vi har sett at transport av legemidler ofte ikke er godt nok sikret mot feil i kommunene.

Slik er «legemiddelreisen»

Forsvarlig administrasjon av legemidler er sentralt for gode og trygge helsetjenester til hjemmeboende pasienter. Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte (2).

«Transport av legemidler i hjemmetjenesten utgjør en kjede av handlinger.»

«Legemiddelreisen» omfatter enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemiddelet er ordinert eller rekvirert, til det er utdelt eller eventuelt kassert (3). Transport av legemidler i hjemmetjenesten utgjør en kjede av handlinger, fra legemiddelet mottas fra apotek, fordeles til rett personell som skal bistå i transporten ut til brukeren, og til legemiddelet er gitt og tatt av pasienten ved utdeling i hjemmet. Denne kjeden involverer dessuten flere yrkesgrupper, som assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere. Disse må samhandle for at legemiddelhåndteringen skal kunne skje forsvarlig.

Det er ledelsen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene som må legge til rette for at personellet i tjenesten kan utføre arbeidsoppgavene på en sikker måte, slik at forvekslinger og alvorlige feil ikke skjer (4).

Transport av legemidler er en blindsoner i kommunene

Feilutdeling kan skje dersom kommunen ikke sikrer gode rutiner for transporten av legemidlene og dersom oppgave- og ansvarsfordelingen ikke er tydelig og forstått av personellet som er involvert i legemiddelhåndteringen. Tilsyn med de hjemmebaserte tjenestene i kommunene i 2023 og 2024 har avdekket flere avvik knyttet til legemiddelhåndtering (5, 6).

En gjennomgang av varsler som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester i årene 2019–2023, har vist at hendelser knyttet til bruk av legemidler utgjør 9 prosent av hendelsene som varsles til Statens helsetilsyn (7).

Vi har sett at rutiner og praksis som gjelder for håndtering av legemidler i de hjemmebaserte tjenestene, ikke omfatter selve prosessen med å transportere legemidlene ut til pasientens hjem. Transport av legemidler til pasientene blir ofte oversett i planleggingen. Det kan føre til at legemiddelhåndteringen blir avhengig av enkeltpersoner og tilfeldig organisert. Som et ledd i vår tilsynsmessige oppfølging innhenter vi rutinemessig avvik på liknende hendelser i virksomhetene vi har tilsyn med (8).

Avvik håndteres ofte individuelt

Vi ser at avvikshåndtering som omhandler legemiddelavvik i forbindelse med transport, i liten grad har bidratt til bedre pasientsikkerhet. Det skyldes blant annet at avvik og hendelser ikke blir sett i sammenheng, og at en ikke ser på alle deler av «legemiddelreisen».

«Øverste leder plikter å ha oversikt over avvik og uønskede hendelser i virksomheten.»

Øverste leder plikter å ha oversikt over avvik og uønskede hendelser i virksomheten og jevnlig gjennomgå disse (9). Vi ser imidlertid at avvik ofte blir håndtert individuelt, med råd og veiledning til personen som var involvert, som eneste tiltak (10).

Et tiltak som går igjen, er «å minne helsepersonellet på viktigheten av å gi rett legemiddel». Selv om det kan bidra til å skjerpe bevisstheten hos den enkelte, er det lite egnet til helhetlig forbedring i tjenesten. Vi ser at denne typen individrettet tiltak i liten grad er med på å avdekke de grunnleggende årsakene til sammenblanding og forveksling av legemidler.

Pasient fikk feil legemiddel

Helsetilsynet mottok et varsel fra Lørenskog kommune om at en pasient som bodde hjemme og hadde vedtak om bistand til legemiddelhåndtering, fikk utdelt en multidose som tilhørte en annen pasient. Det ble oppdaget noe tid etter feilutdelingen. Pasienten ble alvorlig syk og innlagt på sykehus.

Vi har undersøkt om kommunen hadde sikret forsvarlig transport og utdeling av legemidler fra hjemmetjenesten og hjem til pasienten. Videre har vi undersøkt hvordan kommunen har benyttet den alvorlige hendelsen i sitt forbedringsarbeid.

«Vi kom til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp.»

Vi kom til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Kommunen hadde ikke sikret forsvarlige rammer for transport av multidoseposene ut til pasienten. Årsaken til at pasienten fikk utdelt feil legemidler, var at en multidose med legemidler som skulle til en annen pasient, havnet mellom to poser som skulle til den aktuelle pasienten.

Dette var ikke et legemiddel pasienten normalt brukte, og det var i tillegg et potent legemiddel. Feilen ble ikke oppdaget ved legemiddelutdelingen, men først da legemiddelposen manglet ved utdeling til neste pasient en tid senere. Denne pasienten fikk dermed heller ikke riktig legemiddel til rett tid.

Involver pasientene

I samtale med pasienten fikk vi høre at feilutleveringen skjedde til tross for at pasienten selv hadde stilt spørsmål ved om utdelingen var korrekt. Et konkret forbedringspunkt pasienten selv foreslo, var at pasienter bør bli involvert i legemiddelhåndtering når det er mulig, ved å etterspørre navn eller be pasienten lese på multidose eller dosett.

Handlingskompetanse til å håndtere legemidler forsvarlig inngår som del av sykepleierutdanningen (11–13). Gjennom tilsyn har vi likevel sett at forventningene til yrkesutøvelsen ikke følges når sykepleiere og annet personell deler ut legemidler i hjemmet.

Lørenskog kommune har pekt på at å involvere pasienter vil kunne bidra til gode observasjoner av kognisjon, syn, koordinasjon og mestring av dagliglivets aktiviteter. Det kan også bidra til å skape relasjoner.

Hva kan vi lære av hendelsen i Lørenskog?

Flere områder knyttet til forsvarlig transport og utdeling av legemidler i kommunen krever forbedringstiltak. Relevante tiltak som kan bidra til felles praksis og sikre forsvarlig transport og utdeling av legemidler, er for eksempel:

- lik og tilstrekkelig opplæring tilpasset ansatte med ulik fagbakgrunn
- kjente og dekkende prosedyrer tilpasset lokale forhold
- gode systemer for kommunikasjon og informasjonsflyt mellom helsepersonell i tjenesten og samhandlende aktører, som apotek og fastlege
- å legge til rette for et ytringsklima som oppfordrer til å identifisere og diskutere områder med for høy risiko i det daglige
- å involvere pasienten i legemiddelhåndtering

I etterkant av den alvorlige hendelsen har Lørenskog kommune arbeidet bredt med forbedringsarbeid for å sikre forsvarlig transport og utdeling av legemidler i hjemmetjenesten. Arbeidet har involvert virksomhetsledere, avdelingsledere, assistenter, helsefagarbeidere, sykepleiere og vernepleiere. Tematikken er behandlet i sektorens fag- og forvaltningsvirksomhet, i virksomhetsledergruppa og i samarbeidsutvalget i kommunen.

«Håndtering av legemidler er komplisert og krever spesiell kompetanse.»

Kommunen har i sin oppfølging etter hendelsen beskrevet risikoen slik: Uforsvarlig transport og oppbevaring av legemidler ved et hjemmebesøk kan gi økt risiko for å forveksle pasienters legemidler. Mange pasienter i hjemmesykepleien har flere multidoseposer til samme doseringstidspunkt.

Flere har både multidose og dosett – eller en kombinasjon av dette – og andre administrasjonsformer, som for eksempel øyedråper, inhalatorer og injeksjoner. Det viser at håndtering av legemidler er komplisert og krever spesiell kompetanse.

Her er forbedringsområder som andre kan lære av

Lørenskog kommune har identifisert flere forbedringsområder for å sikre trygg transport, håndtering og utdeling av legemidler i hjemmetjenesten. Vi vurderer at forbedringsområdene kan være relevante for læring og forbedring også i andre kommuner:

- Kjøp inn vesker eller sekker med glidelås for transport av legemidler. Det kan være små, enkle og oversiktlige vesker eller sekker med plass til for eksempel dosett og multidoser. Lørenskog kommune har pekt på at veskene kan utgjøre et ekstra ledd hvor det kan oppstå feil. Kommunen arbeider videre med å finne gode løsninger for størrelse og utforming.
- Kartlegg logistikken rundt utlevering av legemidler. Lørenskog kommune har evaluert ulike oppbevaringsmåter opp mot pasientsikkerhet og forsvarlighet, som medisindispensere, lagring av legemidler i pasientens hjem og oppbevaring i låst skap.
- Ha dialogmøter med fastlegene i kommunen for å redusere antallet hasteendringer i pasientens legemiddellister. I Lørenskog ble informasjon om faste tidsfrister for ny multidosebestilling gitt både muntlig og skriftlig. Minimum en gang per år skal det holdes samarbeidsmøter.
- Ha én samlet prosedyre for legemiddelhåndtering. Transport av legemidler og involvering av pasient er tatt inn som nye punkter i rutinen, og ledelsen følger med på at rutinen brukes, for eksempel hvor ofte det gjøres oppslag i rutinen.
- Lær opp dem som gir opplæring. Lørenskog kommune har redusert antallet personer som gir opplæring, og gir felles opplæring i forbedringsarbeid for alle nye ledere.
- Ha faste forbedringsmøter. Avvik gjennomgås med ansatte og leder.
- Sett ned en ressursgruppe i legemiddelhåndtering. Lørenskog kommune har valgt å flytte møter i denne gruppa til hjemmetjenestens lokaler for å sikre deltakelse. I tillegg er det mulig å delta digitalt.

Slik vurderer vi kommunens arbeid

Vi vil rose kommunen for å inkludere pasienten, pårørende, ansatte og ledelse på ulike nivåer i forbedringsarbeidet. Det er også positivt at forbedringsarbeidet i kommunen inkluderer store deler av helse-, omsorgs- og mestringssektoren, ikke bare hjemmetjenesten.

Den brede involveringen i forbedringsarbeidet bidrar til å sikre lik praksis og læring på tvers. Forbedringsarbeidet har, slik vi opplever det, bygget på en åpenhetskultur i kommunen. Kommunens ledelse har stilt seg positiv til å bli omtalt i denne artikkelen og ønsker å bidra til forbedring i tjenestene.

Vi har sett at bred involvering i forbedringsarbeid og oppmerksomhet rundt læringskultur har positiv effekt på arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten (14). Vårt råd til kommunenes forbedringsarbeid er å sikre at tjenesten er tilpassningsdyktig, og at den har nødvendig søkelys på risiko og en interesse for læring i organisasjonen.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



KRITISK: Uforsvarlig transport og oppbevaring av legemidler ved et hjemmebesøk kan gi økt risiko for å forveksle pasienters legemidler. *Illustrasjonsfoto: Bodil Johansson/Scandinav/NTB*

1. Statistisk sentralbyrå (SSB). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. Oslo: SSB; 17. juni 2024 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
2. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 7. FOR-2008-04-03-320 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2022-06-02-977>
3. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 3 bokstav e. FOR-2008-04-03-320 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2022-06-02-977>
4. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m. §§ 3-1 og 4-1. LOV-2011-06-24-30 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg>
5. Helsetilsynet. Kommunikasjon og informasjonsflyt i de hjemmebaserte tjenestene ved bistand til legemiddelhåndtering. Oslo: Helsetilsynet; 5. oktober 2023 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/2023/kommunikasjon-og-informasjonsflyt-i-de-hjemmebaserte-tjenestene-ved-bistand-til-legemiddelhaandtering/#>

6. Helsetilsynet. Tilsyn etter alvorlig sykdomsforløp grunnet feil medisiner gitt av hjemmetjenesten. Oslo: Helsetilsynet; 10. november 2023 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/2023/egenrapporter/tilsyn-etter-alvorlig-sykdomsforloep-grunnet-feil-medisiner-gitt-av-hjemmetjenesten/>
7. Helsetilsynet. Varsler som gjaldt kommunale helse- og omsorgstjenester de fire første årene etter utvidelsen av varselordningen fra 1. juli 2019. Oslo: Helsetilsynet; 6. februar 2024 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2024/varsler-som-gjaldt-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-de-fire-foerste-arene-etter-utvidelsen-av-varselordningen-fra-1-juli-2019/#>
8. Helsetilsynet. Helsetilsynets oppfølging av varsler etter svært alvorlige hendelser. Oslo: Helsetilsynet; 29. februar 2024 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlige-hendelser/metoder-for-oppfoelging-av-varselsaker/>
9. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
10. Sykepleien. Helsetilsynet har fått 873 meldinger om alvorlige hendelser de siste fire årene. Oslo: Sykepleien; 6. februar 2024 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://static.sykepleien.no/2024/02/helsetilsynet-har-fatt-873-meldinger-om-alvorlige-hendelser-de-siste-fire-arene>
11. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. FOR-2019-03-15-412 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>
12. Regjeringen. Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 25. januar 2008 [hentet 17. juni 2024] Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
13. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; u.å. [hentet 17. juli 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/sites/default/files/2024-01/nsf-1361841-v1-ny_pdf_til_nettsidene_-_yrkesetiske_retningslinjer_for_sykepleiere.pdf
14. Helsetilsynet. Rapport i tilsynssak – kommunikasjon og informasjonsflyt i de hjemmebaserte tjenestene i kommunen. Oslo: Helsetilsynet; 14. juni 2023 [hentet 17. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/2023/rapport-i-tilsynssak-kommunikasjon-og-informasjonsflyt-i-de-hjemmebaserte-tjenestene-i-kommunen/#>