

Slutrapport Riskanalys Delegering av iordningställande, överlämnande och administrering

Sammanfattning av riskanalysen

I länsövergripande riktlinjer kring delegering av iordningställande, överlämnande eller administrering av läkemedel ska det framgå i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera i verksamheten, samt vilken kunskap och kompetens som krävs av den som mottar en delegering. Riskanalysen visade att **patientsäkerhetsrisker** kopplat till förutsättningar handlade om organisation, om att ha tillgång till relevant journalinformation för läkemedel och att kunna dokumentera genomförda uppgifter. Flera olika risksituationer som rör läkemedelshantering identifierades.

På organisatorisk nivå lyftes risker kopplade till otydlig ansvarsfördelning, bristande avvikelserapportering och bristande resurser kopplat till arbetsförhållande och tidsbrist. En annan typ av risk som identifierades var kopplad till begränsad tillgång (digitalt eller i pappersform) till aktuell läkemedelslista, till bristande underlag vid muntliga ordinationer eller generellt direktiv, brist på patienthistorik för t.ex. överkänslighet eller normalstatus, samt teknisk begränsning för delegerad personal att dokumentera iordningsställande och administrering i digital journal. Risksituationer kopplade till läkemedelshantering handlade om brist på rutiner eller uppgifter som genomförs sällan, såsom bristande kontroll av patient-ID, administrationsväg eller bristande kontroll av infusioner eller medicinska plåster. Spädning av läkemedel samt tillgång till ett stort läkemedelsförråd identifierades också som risker, tillsammans med risk att glömma dokumentera utförda uppgifter.

Kunskaps- och kompetensbrister kring att läsa och tolka informationen i en läkemedelslista eller på en läkemedelsförpackning, inklusive generika identifierades som risker. Detsamma gällande brist på kompetens kring rimlighetskontroll vid administrering samt kontroll av beredningsform, preparatnamn eller dos/mängd. Ytterligare kunskapsgap som kunde kopplas till risker handlade om bristande kunskap om medicinteknisk utrustning och digitala stöd för iordningställande, överlämnande och administrering.

För att minimera identifierade risker krävs **åtgärder** som stärker tydlighet i ansvar och rutiner, förbättrar tillgång till information och dokumentation, samt skapar realistiska arbetsförhållanden som möjliggör säkra kontroller i varje steg av läkemedelshanteringsprocessen (se Figur 1). Vissa av föreslagna åtgärder gäller inte bara vid delegering utan kan ses som övergripande åtgärder för att stärka en säker läkemedelshantering.

• Ansvar och uppgifter

- Det ska finnas en tydlig ansvarsfördelning och beskrivning över vad ansvaret innebär.
- Det ska finnas ett länsövergripande arbetssätt kring delegering, som ger en tydlighet kring processen.
- Delegering ska ske restriktivt och får aldrig ersätta bemanning med behörig personal.
- En hög frekvens av att utföra en delegerad uppgift ska eftersträvas, t.ex. genom att begränsa antalet personer som får delegering.
- Även för delegerad personal ska det finnas tillräckligt med tid avsatt för att kunna utföra delegerade moment, särskilt vid hantering av högriskläkemedel, på ett säkert sätt.
- Det ska finnas resurser för att upprätthålla en god kunskap och kompetens hos personal som får delegering.

- Det behöver finnas en god säkerhetskultur i verksamheten, där alla vågar fråga, där avvikelser är ett lärande och inte ett utpekande och där delegerad personal har samma möjlighet som behörig hälso- och sjukvårdspersonal att rapportera avvikelser kopplat till läkemedelsprocessen.
- Delegerad personal ska kunna dokumentera genomförd arbetsuppgift i journalsystemet.
- **Riskläkemedel och risksituationer**
 - Delegering av högriskläkemedel, t.ex. parenterala beredningar eller läkemedel som kräver noggrann monitorering, bör undvikas.
 - Delegering vid högrisksituationer, t.ex. muntliga ordinationer eller komplex administrering (exv. i sond), bör undvikas eller begränsas till fåtal personer.
 - Delegering för att iordningställa läkemedel, särskilt för riskläkemedel eller för läkemedel som kräver spädning, bör undvikas.
 - Vid flera infarter för administrering (t.ex. subkutana injektioner i Neria Guard) ska infarter vara noga märkta.
 - Antalet olika läkemedel/ beredningsformer som delegeras, särskilt för läkemedel med ökad risk för överkänslighetsreaktion, bör begränsas.
 - Rutiner för kontroll av pågående infusioner och applicerade plåster ska finnas och vara kända även för delegerad personal.
- **Korrekt information kring läkemedel**
 - Delegerad personal ska ha tillgång till aktuell läkemedelslista med ett tydligt ordinationsunderlag, t.ex. gällande generika och tidpunkt för administrering.
 - Delegerad personal ska ha tillgång till den information som behövs för att göra en rimlighetsbedömning i samband med överlämnande eller administrering av läkemedel.
 - Delegerad personal ska för läkemedel som iordningställs, överlämnas eller administreras utifrån generella direktiv (efter vid behovsbedömning av sjuksköterska) eller en procedur (t.ex. smärtlindring vid KAD) ha tillgång till aktuellt ordinationsunderlag i system och insatsstöd.
 - Delegerad personal ska, om de ges delegering för att späda läkemedel, ha tillgång till tydliga instruktioner, t.ex. spädningskort, kring spädnings-momentet.
- **Tillgång till läkemedelsförråd**

Att hämta läkemedel i läkemedelsförråd är inte en delegerad uppgift. Läkemedel ska förvaras oåtkomliga för obehöriga, dvs. tillgång till läkemedelsförråd bör av säkerhetsskäl begränsas till personal som iordningställer, administrerar eller överlämnar läkemedel. Förvaring av läkemedel ska ske så att risk för förväxling minimeras och läkemedel som delegerats kan t.ex. förvaras separat, dvs. inte i huvudförråd.
- **Kunskap**

Kunskap och kompetens som ska säkerställas rör läkemedel i sig (t.ex. olika beredningsformer eller olika administrationssätt), risker kring överkänslighet, kring att späda läkemedel, läkemedelsförpackningar, kring läkemedelshantering generellt och vad som ska kontrolleras vid de olika stegen, vad en rimlighetkontroll innebär, medicinteknisk utrustning. Både teoretisk och praktisk kunskap och kompetens behövs.

Innehållsförteckning

Sammanfattning av riskanalysen.....	1
Bakgrund och inledning.....	3
Uppdragsgivare	4
Syfte*.....	4
Deltagare i analysteamet*.....	4
Metod.....	4
Förutsättningar och antaganden som analysen är baserad på	5
Resultat	5
Åtgärdsförslag	8
Slutsatser*	10
Uppdragsgivarens kommentarer.....	11
Ordförklaringar.....	11
Litteraturlista.....	12
Analysområde och analyscheman*	13

Bakgrund och inledning

Vid årsskiftet 2025/26 upphörde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård att gälla. Samtidigt uppdaterades avsnittet kring delegering av läkemedelshantering i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (1). Vid årsskiftet trädde också Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2025:51) om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter inom tandvården (2) i kraft, samtidigt som Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:12) om delegering inom tandvården upphörde att gälla.

Eftersom SOSFS 1997:14 upphört att gälla, så finns det nu endast föreskrifter som reglerar delegering vid iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel. De uppdaterade föreskrifterna innebär att det nu är möjligt att delegera läkemedelshantering inom **alla** verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. De uppdaterade föreskrifterna poängterar vårdgivarens ansvar för delegering av läkemedelshantering i verksamheten, och att delegering ska vara en del av vårdgivarens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

I HSLF-FS 2017:37 finns nu ett krav på att vårdgivaren ska genomföra en riskanalys, för att bedöma riskerna med att delegera läkemedelshantering i verksamheten. Resultatet från riskanalysen ska vara utgångspunkten vid framtagande av rutiner för delegering av läkemedelshantering i verksamheten. I rutinerna ska det framgå i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel i verksamheten, och vilken kunskap och kompetens som krävs av den som mottar en delegering. Med anledning av detta har Läkemedelskommittén i Region Jönköpings län (RJL), i samråd med enheten för Chefläkare och patientsäkerhet beslutat att genomföra en riskanalys som omfattar RJL, enheter som har avtal med RJL samt kommunerna inom Jönköpings län.

Uppdragsgivare

Läkemedelskommittén i RJL och Enheten för Chefläkare och patientsäkerhet i RJL.

Syfte*

Genomföra en riskanalys på vårdgivarnivå kring delegering av iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel i verksamheter inom Jönköpings län.

Riskanalysen ska vara grunden för avsnittet kring delegering, Ansvar inklusive delegering -Folkhälsa och sjukvård, i de regionövergripande riktlinjerna Ordination och hantering av läkemedel (3).

Deltagare i analysteamet*

Kirurgisk vård

Emma Erlandsson, kirurgavdelningen Värnamo

Frida Aronsson, IVA Ryhov

Medicinsk vård

Anna Halldin, akutmottagningen Eksjö

Viktoria Nyemad Löfvin, Medicin B Ryhov

Annika Åström Victorén, Ambulansen

Fredrik Hegg, Ambulansen

Linda Schönström, Barnkliniken Ryhov

Charlotte Lindqvist, Barnkliniken Ryhov

Psykiatri och rehabilitering

Thomas Jonsson Rättspsyk Ryhov

Vårdcentralerna

Marina Wisth, Wetterhälsan

Helena Strömberg, Wetterhälsan

Tandvården

Sanin Nukovic, Orofacial medicin Jkpg

Kommunerna i Jönköpings län

Helena Spethz, Jönköpings kommun

Sammanställande

Joanna Mellqvist, Folkhälsa och sjukvård/Sektion Chefläkare och patientsäkerhet (analysledare)

Anna Claesson Songsong, Folkhälsa och sjukvård/Sektion Chefläkare och patientsäkerhet

Sofia Scheler, Vårdfarmaci

Malin Holmqvist, Folkhälsa och sjukvård/Stab

Metod

Riskanalysen har utgått ifrån LÖFs Utredning av risker, Handbok för metoden riskanalys (4).

Vi har genomfört riskanalysen digitalt på Pexip vid tre tillfällen på 2 timmar per möte, se Tabell 1 Analysschema. Före, under och efter själva riskanalysen har den sammankallande gruppen förberett och sammanställt data, samt haft digitala avstämningsmöten.

En kort summering av den sammankallande gruppen: Det har gått bra att genomföra analysen digitalt. Det har sparat restid och varit effektivt. Tillfälle 1 fungerade väldigt bra digitalt, då varje

deltagare skrev risker i chatten i Pexip. Tillfälle 2 med riskskattningen var lite svårare att genomföra digitalt, eftersom det var svårt att se till så alla deltagare kom till tals. Även tillfälle 3 hade kanske fungerat bättre i ett fysiskt möte, men fungerade ändå bättre än tillfälle 2. Sammanlagt har själva riskanalysen (Tillfälle 1-3) tagit 6 timmar för hela gruppen. Varje deltagare har sen avsatt 2-4 timmar på egen hand. Den sammankallande gruppen har lagt ungefär 10 timmar på att förbereda och sammanställa resultat mellan gångerna samt att skriva slutrapport.

I slutrapporten markerar * de rubriker som är ett minimum för dokumentation av riskanalys (3). Dessa avsnitt kommer vara stöd till de länsövergripande riktlinjerna.

Förutsättningar och antaganden som analysen är baserad på

Analysområdet är delar av läkemedelsprocessen som rör iordningställande, överlämnande och eller administrering av läkemedel (Figur 1). Följande aktivitet har identifierats i processen: Organisation, Underlag med signerad aktuell ordination, Hämta läkemedel i läkemedelsförråd, Kontroll vid iordningställande mot ordination, Rimlighetsbedömning, Eventuell spädning av läkemedel, Eventuellt byte till likvärdigt läkemedel, Märkning av läkemedel som inte överlämnas/ administreras direkt, Dokumentation av iordningställande, Kontroll vid överlämnande/ administrering mot ordination, Återkommande kontroll vid infusion (eller liknande), Dokumentation av överlämnande/ administrering.

Analysen är baserad på erfarenheter inom hälso- och sjukvård, inklusive tandvård inom Jönköpings län. Gruppen som medverkat i riskanalysen har representerats av läkare, sjuksköterskor, apotekare och tandläkare ifrån RJs verksamheter, ifrån privata vårdgivare som har avtal med RJL samt ifrån Jönköpings kommun. Deltagarna har haft erfarenheter kring delegering, både i den egna verksamheten men många också ifrån flera olika verksamheter. Eftersom riskanalysen genomfördes med ett tätt tidsschema och med relativt kort varsel hade inte alla deltagare möjlighet att medverka vid alla tillfällen. Möjlighet fanns därför att skicka in svar och återkopplingar till analysledaren under arbetets gång.

Graden av allvarighet om/när ett läkemedel ges fel beror på olika saker, t.ex. vilken typ av läkemedel det rör sig om och var det administreras. Det är t.ex. allvarigare om en blodförtunnande tablett inte administreras än om en multivitamin-tablett inte administreras. För att förenkla analysprocessen har vi valt att sätta allvarlighetsgrad 3 (betydande) på alla risker som omfattar läkemedel.

Resultat

Totalt identifierades 38 risker inom definierat analysområde (Figur 1). Riskpoäng beräknades genom att multiplicera värdet för allvarlighetsgrad (1-4) med värdet för sannolikhet (1-4). Antal risker med riskpoäng 8-16, dvs. med en hög riskpoäng, var totalt 12 stycken, inräknat att ambulanssjukvården skattade några risker högre än övriga verksamheter. Antal risker med riskpoäng 6 var 17 stycken. Nedan redovisas risker med högst poäng, samt identifierade orsaker till riskerna inom de olika stegen i analysområdet. Hela analysen finns beskriven i Bilaga 1.

Organisation

En otydlig ansvarsfördelning samt risk för att negativa händelser inte uppmärksammas hade båda hög riskpoäng. Delegering av uppgifter som genomförs i akuta situationer eller under dåliga arbetsförhållanden (tidsbrist, stress, mörker etc.) var två andra risker.

Orsaker till att negativa händelser inte uppmärksammas kan vara dåligt bemötande vid tidigare avvikelser, omständligt att rapportera avvikelser, brist på åtgärd/uppföljning vid avvikelserapportering. Orsaker till otydlig ansvarsfördelning kan vara otydliga rutiner och bristande kommunikation samt att uppgifter som delegeras kan skilja sig åt mellan olika enheter.

Orsaker till dåliga arbetsförhållanden kan vara brist i schemaläggning och begränsningar i personalantal (för få händer för att lösa en situation).

Tidsbrist var en övergripande nämnare som orsak till identifierade risker.

Underlag med signerad aktuell ordination

Begränsad åtkomst till aktuell läkemedelslista för den som får delegeringen, ger begränsad möjligheten att dubbelkontrollera ordinationen. Övana att läsa och tolka en läkemedelslista kan ge minskad förmåga att identifiera risker. Muntliga ordinationer, där t.ex. andra läkemedelsnamn används och skriftligt underlag då saknas för extra koll var ytterligare en risk.

Orsaker till riskerna kan vara begränsad åtkomst (möjlighet att ta del av) i journalsystem eller till utskrivna läkemedelslistor. Orsaker kring att läsa och tolka läkemedelslistan lyfts i aktiviteten kontroll vid överlämnande/ administrering mot ordination.

Hämta läkemedel i läkemedelsförråd

Liknande förpackningsutseende men olika ändamål (t.ex. pipett för ögondroppe/inhalation) och svårighet att läsa och tolka information på förpackningar kan ge en risk för förväxling när läkemedel ska hämtas i ett läkemedelsförråd. Om man sällan är i läkemedelsförrådet eller hämtar läkemedel på uppmaning av andra kan det också uppstå risker. Om många har tillgång till läkemedelsförråd finns en större risk för svinn, samt att det eventuellt inte uppmärksammas eller kan spåras.

Orsaker till riskerna kan vara bristande ordning och struktur i läkemedelsförrådet, t.ex. liknande förpackningar nära varandra. Preparat byter namn och utseende på förpackningar (generika). Brist på förståelse kring olika preparat, språkkunskap eller kunskap för att tolka information på förpackningar. Hög arbetsbelastning och stress. Om många har tillgång till läkemedelsförrådet kan uppgiften att hämta läkemedel bli en sällan-uppgift. I läkemedelsförråd med nyckel är det svårt att hålla koll på vilka som varit där. Lås med logg-funktion saknas t.ex. i kommunal hemsjukvård i hemmet.

Kontroll vid iordningställande mot ordination

Otillräcklig kontroll av beredningsform, preparatnamn eller dos/mängd gör att patienten riskerar att få fel läkemedel/dos. Risken för allvarlig skada är större för högriskläkemedel

Orsaker till riskerna kan vara stressiga situationer.

Rimlighetsbedömning

Begränsad kompetens och kunskap kring vad en rimlighetsbedömning innebär gör att patienten kan få fel läkemedel eller fel dos. Risken är större vid muntlig ordination eller vid administrering enligt generella direktiv. Om administrering inte görs av den som iordningställer, finns risk att rimlighetsbedömning inte görs vid administrering. Avsaknad av patienthistorik för överkänslighet eller begränsad kunskap/ erfarenhet av patientens normalstatus, kan göra att patienten får läkemedel som inte bör ges utifrån patientens aktuella status.

Orsaker till riskerna kan vara att den som är delegerad en uppgift saknar tillgång till journaluppgifter kring överkänslighet och status, och att man litar på att det som är iordningställt är rimligt. Gällande arbete utifrån generella direktiv kan det vara svårt att säga ifrån om ansvarsfördelningen är otydlig men inarbetad historiskt. Läkemedel i dospåse litar man mer på. Det kan också vara olika styrkor på tillgängligt läkemedel jämfört med dosering på läkemedelslista, t.ex. stå 1 tablett 500 mg på listan men är 2x250 mg på förpackningen.

Eventuell spädning av läkemedel

Spädning av läkemedel kräver god kunskap om momentet, annars finns risk att det blir fel styrka, t.ex. förväxling mellan milliliter och milligram eller tiopotensfel, eller kontamination av färdigställt läkemedel.

Orsaker till riskerna kan vara att läkemedlet oftast behöver iordningställas i samband med administrering, samt att det finns en ovana i momentet, både när det gäller parenterala och orala lösningar.

Eventuellt byte till likvärdigt läkemedel

Begränsad kompetens kring generikabegrepp kan leda till risk för förväxling.

Orsaker till riskerna kan vara otillräcklig kunskap/förståelse om generika, dvs. att det kan stå ett läkemedelsnamn på läkemedelslistan men vara ett annat läkemedelsnamn på förpackning eller dospåse på iordningställt läkemedel eller i läkemedelsförråd.

Märkning av läkemedel som inte överlämnas/ administreras direkt

Om läkemedel inte märks korrekt vid iordningsställande (t.ex. personuppgifter och uppgifter kring läkemedlet) kan fel patient få läkemedel.

Orsaker till riskerna kan vara bristande följsamhet till utarbetade rutiner kring märkning och tidsbrist.

Dokumentation av iordningställande

Om iordningställande och överlämnande/ administrering görs av olika personer, finns en risk att dokumentationen glöms bort. Det finns också risk för otydlig ansvarsfördelning.

Orsaker till riskerna hann inte belysas.

Kontroll vid överlämnande/ administrering mot ordination

Bristande kontroll av patient-ID eller administrationsväg mot läkemedelslistan kan göra att fel patient får läkemedel eller att patienten får läkemedel via fel infart. Svårighet att tolka informationen i läkemedelslistan, t.ex. tidpunkt för administrering, kan göra att patienten får fel läkemedel, fel dos, vid fel tid etc. Otillräcklig kunskap om medicinteknisk utrustning som används vid administrering kan göra att läkemedel ges på fel sätt.

Orsaker till riskerna kan vara läkemedlet har iordningställt i fel spruta (intravenös istället för oral). Det kan också vara att det på läkemedelslistan inte framgår klockslag, för insulindos står det t.ex. oftast "administreras vid måltid", men det står klockslag i den planerade insatsen i kommunen (t.ex. i AppVa). Ordination kan vara otydlig eller det kan stå olika i Pascal och Cosmics läkemedelslista.

Återkommande kontroll vid infusion (eller liknande)

Bristande kontroll av infusioner (att de går för fort/ långsamt eller extravasalt) eller applicerade medicinska plåster (att de sitter kvar för länge eller är borttagna i förhand) kan leda till över- eller underbehandling, bristande effekt eller biverkan.

Orsaker till riskerna kan vara dålig dokumentation kring var och när plåster är applicerade, vilket gör att det kan saknas vetskap om att det finns plåster och bristande kontroll av hudkostym. Plåster sitter ibland dåligt och riskera att lossna. Rutiner för hantering av läkemedel som behöver kontrolleras regelbundet kan saknas.

Dokumentation av överlämnande/ administrering.

Möjligheten för delegerad personal att dokumentera iordningsställande och administrering är inte tekniskt möjligt i alla journalsystem, vilket gör att ansvarsfrågan blir otydlig. Den som dokumenterar behöver ha kunskap kring hur läkemedelsmodulen fungerar, vilket gör att det finns ett stort resursbehov av utbildning. Om dokumentation glöms bort eller dokumenteras på fel patient, blir det otydligt kring vilka läkemedel patienten verkligen fått och fel bedömning kan göras.

Orsaker till riskerna kan vara att det inte finns teknisk möjlighet för delegerad personal att dokumentera i dagsläget i alla system.

Åtgärdsförslag

Att iordningställa, överlämna eller administrera läkemedel är riskmoment i sig. Åtgärdsförslagen som framkom kom att innefatta läkemedelsprocessen i allmänhet. De åtgärdsförslag som berörde delegering av iordningställande, överlämnande eller administrering av läkemedel i synnerhet är nedan markerade med *kursiv text*.

Organisation:

För att minimera risker som rör otydlig ansvarsfördelning, bristande avvikelserapportering, dåliga arbetsförhållande och tidsbrist föreslogs följande åtgärder:

- *Att berördas ansvar vid delegering tydligt framgår i rutiner*
- *Att delegering aldrig får vara ett sätt att ersätta bemanning av behörig personal*
- *Att delegering är en del av teamarbetet kring läkemedel, med utgångspunkt kring vad som blir säkert och bäst för patienten*
- *Att tillräckligt med tid för läkemedelshantering, särskilt vid hantering av högriskläkemedel, måste vara avsatt*
- *Skapa arbetssätt med avvikelserapportering med återkoppling ses som en central del för att förbättra delegeringsprocessen*
- *Skapa god säkerhetskultur där avvikelser är ett lärande och inte ett utpekande.*

Underlag med signerad aktuell ordination

För att minimera risker som rör begränsad åtkomst till aktuell läkemedelslista ovan att läsa och tolka en läkemedelslista samt avsaknad av underlag vid muntliga ordinationer föreslogs följande åtgärder:

- *Att läkemedelslistan (ordinationshandlingen) alltid finns tillgänglig för delegerad personal*
- *Att tydligt ordinationsunderlag säkerställs vid delegering av läkemedel som iordningställs/ överlämnas/ administreras utifrån generella direktiv (efter vid behovsbedömning av sjuksköterska) eller en procedur (t.ex. smärtlindring vid KAD)*
- *Undvika delegering baserad på muntlig ordination. Om det inte möjligt, säkerställa arbetssätt med att upprepa ordination "teach-back" och att den dokumenteras skriftligt och signeras av förskrivare i efterhand.*

Hämta läkemedel i läkemedelsförråd

För att minimera risker som rör liknande förpackningsutseende, svårighet att läsa och tolka information på förpackningar och att man sällan använder läkemedelsförrådet och många har tillgång till läkemedelsförråd föreslogs följande åtgärder:

- *Att hämta läkemedel i läkemedelsförråd är inte en delegerad uppgift, men bör begränsas för att minska tillgång till läkemedel.*
- *Begränsa antal personer som har delegering och därmed eventuell tillgång till läkemedelsförråd.*
- *Begränsa delegering av att iordningställa läkemedel för att därmed minska behovet av tillgång till hela läkemedelsförråd*
- *Förvara läkemedel som delegeras separat, dvs. inte i huvudförråd.*
- *Säkerställ kunskapen kring läkemedel och förpackningar genom utbildning.*
- *Säkerställ att läkemedel förvaras på ett sätt så att risk för förväxling minimeras.*
- *Begränsa tillgång till narkotikaklassade läkemedel och ha loggar på narkotika-skåp.*
- *Skapa god säkerhetskultur "Våga fråga"*

Kontroll vid iordningställande mot ordination

För att minimera risker som rör att patienten kan få fel läkemedel pga. otillräcklig kontroll av beredningsform, preparatnamn eller dos/mängd föreslogs följande åtgärder:

- *Säkerställ att det finns tillräcklig tid för att tolka läkemedelsinformationen.*
- *Begränsa delegering av iordningställande, särskilt av högriskläkemedel.*
- *Säkerställ kunskapen kring vad som ska kontrolleras vid iordningställande genom utbildning.*

Rimlighetsbedömning

För att minimera risker som rör begränsad kompetens, administrering utifrån muntlig ordination eller generell direktiv, avsaknad av rimlighetsbedömning vid administrering, avsaknad av patienthistorik för överkänslighet eller normalstatus föreslogs följande åtgärder:

- *Delegering av iordningställande, administrering eller överlämnande utifrån muntlig ordination bör undvikas.*
- *Delegering av iordningställande bör undvikas.*
- *Säkerställ att delegerad personal kan göra en rimlighetkontroll (kunskaps- och tillgångsmässigt)*
- *Säkerställ att delegerad personal har tillgång till information som behövs för att göra en rimlighetsbedömning (t.ex. samma journalsystem)*
- *Att ansvar för bedömning och kontroll i samband med administrering eller överlämnande av iordningställd dos tydligt framgår i rutiner.*
- *Säkerställ kunskap kring läkemedel med ökad risk för överkänslighetsreaktion genom utbildning.*
- *Begränsa antalet läkemedel som delegeras, särskilt för läkemedel med ökad risk för överkänslighetsreaktion*
- *Säkerställ teamarbete med en öppenhet till dialog kring frågor som rör läkemedel*

Eventuell spädning av läkemedel

För att minimera risker som rör spädning av läkemedel, så att det inte blir fel styrka eller kontamination av färdigställt läkemedel föreslogs följande åtgärder:

- *Begränsa delegering av spädning, men det kan vara svårt rent hållbarhetsmässigt.*
- *Säkerställ kunskap kring att späda läkemedel genom utbildning*
- *Säkerställ att instruktioner kring spädnings-momentet finns att tillgå.*

Eventuellt byte till likvärdigt läkemedel

För att minimera risker som rör begränsad kompetens kring generikabegrepp föreslogs följande åtgärder:

- *Säkerställ kunskap och kompetens kring generika genom utbildning.*
- *Att använda verksam substans vid ordination*
- *Att eftersträva sortering på substansnamn i läkemedelsförråd, men det är svårt i patientens egna läkemedelsförråd*

Märkning av läkemedel som inte överlämnas/ administreras direkt

Möjliga åtgärder hann inte belysas i analysen

Dokumentation av iordningställande

Möjliga åtgärder hann inte belysas i analysen

Kontroll vid överlämnande/ administrering mot ordination

För att minimera risker som rör bristande kontroll av patient-ID eller administrationsväg, svårighet att tolka informationen i läkemedelslistan eller bristande kunskap om medicinteknisk utrustning föreslogs följande åtgärder:

- *Eftersträva en god frekvens av delegerad uppgift, t.ex. genom att begränsa delegering av administrering av läkemedel i sond till ett mindre antal personer.*
- *Att det i insats-stödet, t.ex. Appva, står VAD som ska göras men inte vilka läkemedel eller doser som ska ges.*

- *Säkerställ kunskap och kompetens kring läkemedelshantering och medicinteknisk utrustning genom utbildning.*
- Att ha märkning av infarter (t.ex. subkutana injektioner i Neria Guard).
- Att iordningställa läkemedel i rätt sprutor för rätt infart.
- Att ha tydliga ordinationer, där det framgår en tidpunkt.

Återkommande kontroll vid infusion (eller liknande)

För att minimera risker som rör bristande kontroll av infusioner eller medicinska plåster föreslogs följande åtgärder:

- *Säkerställ kunskap och kompetens kring kontroller genom utbildning*
- Att t.ex. frekvens av kontroller för infusioner och plåster tydligt framgår i rutiner.

Dokumentation av överlämnande/ administrering.

För att minimera risker som teknisk möjlighet för delegerad personal att dokumentera iordningsställande och administrering, att den som dokumenterar har kunskap kring hur det digitala ordinationsstödet fungerar, samt att minska risk för dokumentation glöms bort eller görs på fel patient föreslogs följande åtgärder:

- Säkerställ att det finns teknisk möjlighet kring dokumentation för berörda, annars utarbeta reservrutin för dokumentation
- Ha en tydlig ansvarsfördelning kring dokumentation

Slutsatser*

På organisatorisk nivå handlade identifierade risker om otydligt ansvar, bristande avvikelserapportering, resursbrist och tidsbrist. Förslag på åtgärder för att minimera riskerna lyfte vikten av tydlighet i ansvarsfördelning mellan involverade och tydliga länsövergripande riktlinjer. Ytterligare åtgärder var restriktiv delegering i syfte att begränsa antal personer och så att delegering inte ersätter bemanning med behörig personal. På en övergripande nivå lyftes åtgärder kopplade till en god säkerhetskultur samt tid avsatt för moment som rör iordningställande, överlämnande och administrering av läkemedel.

Begränsad tillgång till aktuell läkemedelsinformation, patienthistorik och dokumentationsmöjligheter lyftes också patientsäkerhetsrisker. Detta omfattade särskilt riskläkemedel, t.ex. parenterala beredningar, läkemedel med risk för allvarlig överkänslighetsreaktion eller läkemedel som kräver noggrann monitorering. Förslag på åtgärder för att minimera riskerna lyfte att delegerad personal ska ha tillgång till de journalsystem eller eventuella pappersutskrifter som behövs för att kunna utföra uppgiften. Andra åtgärder handlade om tydlighet i ordinationer, tillgång till information som behövs för kunna göra en rimlighetsbedömning i samband med administrering samt möjlighet att dokumentera utförd åtgärd på motsvarande sätt som behörig personal. Att delegering av iordningställande, överlämnande eller administrering av läkemedel utifrån muntlig ordination bör undvikas helt samt att tydliga ordinationsunderlag vid generella direktiv eller ordination i en procedur måste finnas tillgängligt var ytterligare förslag på åtgärder.

Bristande arbets sätt, särskilt vid moment såsom kontroll av patient-ID eller administrations sätt, kontroll av infusioner och plåster eller vid spädning av läkemedel var risker i arbetsprocessen vid iordningställande, överlämnande eller administrering. Förslag på åtgärder för att minimera riskerna handlade om tydlighet i rutiner, t.ex. kring iordningställande i rätt spruta, märkning av infarter eller kontroller av pågående infusioner och applicerade plåster samt eventuella spädningsinstruktioner. Att undvika delegering av iordningställande av läkemedel, särskilt för riskläkemedel eller för

läkemedel som kräver spädning eller för läkemedel med komplex administrering (exv. i sond) var ytterligare förslag på åtgärder.

Att hämta läkemedel ifrån olika typer av läkemedelsförråd lyftes också som en risksituation. Att hämta läkemedel i läkemedelsförråd är inte en delegerad uppgift, men läkemedel ska förvaras oåtkomliga för obehöriga, dvs. tillgång till läkemedelsförråd bör av säkerhetsskäl begränsas till personal som iordningställer, administrerar eller överlämnar läkemedel.

Risker kopplade till kunskap och kompetens handlade om brist på kunskap och kompetens kring att tolka läkemedelsinformation på läkemedelslista, t.ex. doseringar och beredningsform, eller läkemedelsförpackning, att göra rimlighetskontroll eller att hantera medicinteknisk utrustning och digitala stöd såsom läkemedelslistan. Utbildningsinsatser adresserade därför innehåll kring läkemedelshantering generellt, om läkemedel i allmänhet (t.ex. olika beredningsformer, olika administrationssätt, tolka läkemedelsförpackningar), kring överkänslighet, vad en rimlighetkontroll innebär, vad som ska kontrolleras vid de olika stegen samt om medicinteknisk utrustning som används för läkemedel.

Slutsatserna i riskanalysen ska implementeras i befintliga länsövergripande riktlinjer för Ordination och hantering av läkemedel.

Uppdragsgivarens kommentarer

Läkemedelskommittén anser att riskanalysens slutsats med förslag på åtgärder är rimliga. Riskerna behöver belysas i de länsövergripande riktlinjerna för Ordination och hantering av läkemedel. Sammanhållande för riktlinjerna är i dagsläget Sofia Scheler, apotekare inom Vårdfarmaci, och därför ser Läkemedelskommittén det som rimligt att Sofia ansvarar för att ta fram förslag på riktlinjer kring delegering. Riktlinjerna fastställs därefter av Läkemedelskommitténs ordförande.

Innehållet i de uppdaterade föreskrifterna samt i riktlinjerna behöver kommuniceras ut till alla berörda verksamheter, förslagsvis med stöd med Kommunikationsavdelningen RJL. Malin Holmqvist, läkemedelsstrateg samt Anna Claesson Songsong chefsjuksköterska bör medverka i det arbetet.

För att stärka kunskap och kompetens hos delegerad personal behövs utbildning. Läkemedelskommitténs förslag är att ett utbildningsmaterial som kan användas inom hela RJL tas fram med stöd av Qulturum. Kristin Krigsman Vårdfarmaci, Malin Holmqvist samt Anna Claesson Songsong kan vara personer som är involverade i det arbetet.

Riskanalysen och implementeringen av de uppdaterade riktlinjerna verksamheterna behöver följas upp. Förslagsvis bör riskanalysen ses över inom två år. Uppföljning i verksamheterna bör under 2026 och 2027 ske i samband med extern kvalitetsgranskning av ordination och läkemedelshantering, vid patientsäkerhetsronder samt vid läkemedelsdialoger.

Ordförklaringar

administrering	tillförsel av läkemedel till kroppen
iordningställande	färdigställande av ett ordinerat läkemedel inför administrering
överlämnande	att ett läkemedel som ska tillföras till en patient lämnas över till patienten själv eller till en tredje person som administrerar läkemedlet

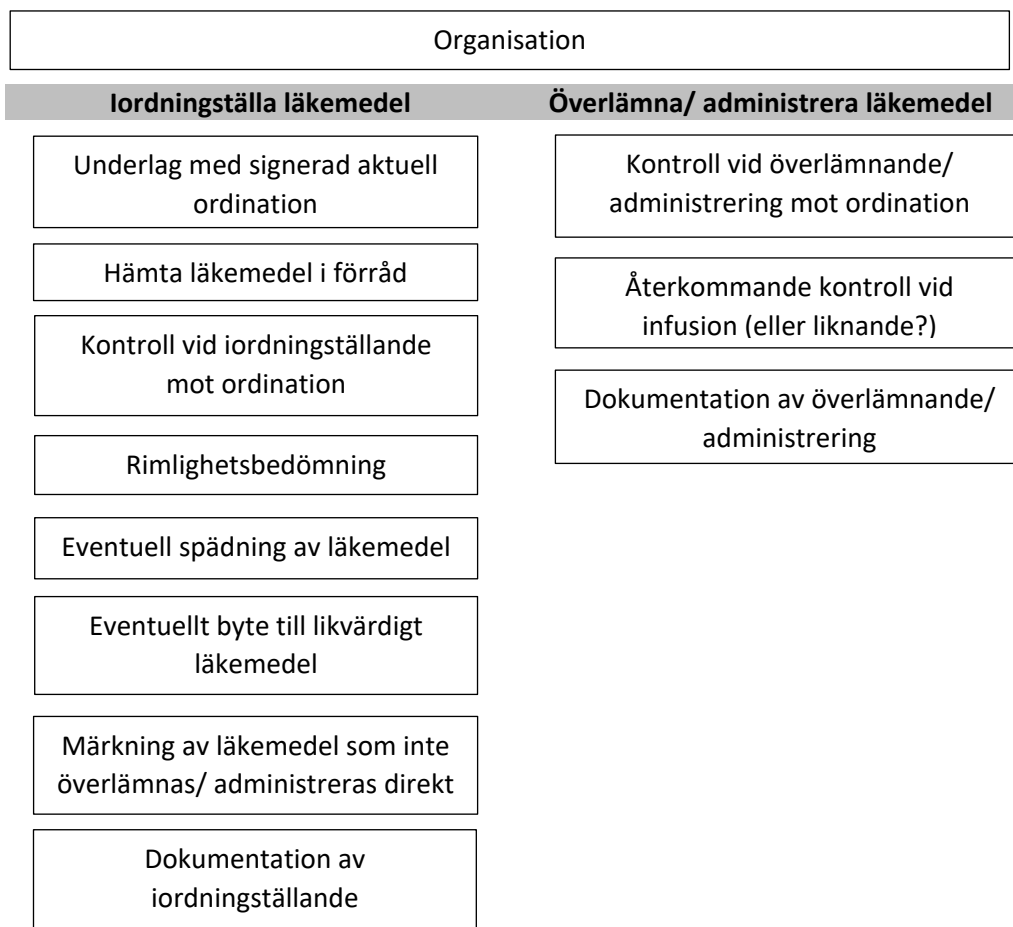
Information ifrån HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

Litteraturlista

1. [Senaste version av HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen](#)
2. [HSLF-FS 2025:51 Socialstyrelsens föreskrifter om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter inom tandvården - Socialstyrelsen](#)
3. [Ordnation och hantering av läkemedel - Riktlinjer Region Jönköpings län-Folkhälsa och sjukvård](#)
4. [Handbok riskanalys](#)

Analysområde och analyscheman*

Figur 1. Analysområdet - process iordningställande, överlämnande och administrering av läkemedel



Tabell 1. Analyschema

Datum och tid	Uppgifter	Beräknad tidsåtgång
25/11 kl 10-12	Tillfälle 1: Genomgång av risker samt att påbörja riskskattning tillsammans. Alla	2 timmar per person
	<i>Sammanställning av identifierade risker. Analysgruppen</i>	3 timmar per person
	<i>Skattande av risker på hemmaplan samt att börja fundera på bakomliggande orsaker. Alla</i>	1 timme per person
10/12 kl 13-15	Tillfälle 2: Genomgång av skattningen samt att få fram de största riskerna. Börja titta på bakomliggande orsaker. Alla	
	<i>Se över ytterligare bakomliggande orsaker och fundera på åtgärder för att minimera risker på hemmaplan. Alla</i>	
16/12 kl 14-16	Tillfälle 3: Genomgång av åtgärder. Diskutera och försök nå konsensus kring när det är stora risker med delegering samt vilka åtgärder som behöver göras. Alla	
	<i>Rapportskrivning. Delar av analysgruppen</i>	
	<i>Utskick och återkoppling till hela gruppen. Delar av analysgruppen</i>	
	<i>Utformande av rutin. Delar av analysgruppen</i>	