

Anbefaling

Legemidler med forvekslingsfare

Legemiddelhåndtering - Veileder med anbefalinger for helseforetak i Helse Sør-Øst RHF 2025, Kap. 2.2.1

Dato: 5.desember 2025

Hensikt	Forebygge forveksling av legemidler som kan føre til at pasienten får feil legemiddel, feil dose, feil legemiddelform eller feil administrasjonsform.
Omfang	Alle helseforetak og sykehus som oppbevarer, istandgjør og deler ut legemidler til pasient
Grunnlagsinformasjon/ bakgrunn	Omfanget av forvekslinger på grunn av like pakninger eller like navn, er lite kjent, men det foreligger mange eksempler på feil fra ulike meldesystemer. Helse Sør Øst har ingen samlet oversikt over antall meldte uheldige hendelser fra de ulike helseforetakene. Ved Oslo universitetssykehus var imidlertid 1027 (47%) av 2185 meldte legemiddelhendelser i 2024 kategorisert som «utdeling / administrasjon av legemidler». I tillegg var det meldt 51 hendelser som angikk ordinering av «feil legemiddel/legemiddelform». For en del av disse uheldige hendelsene inngår forveksling som del av årsaksanalysen. Anbud på legemidler skjer regelmessig, og medfører at helseforetakene endrer leverandører, og dermed utseende på legemidlene. Dette, sammen med store problemer med legemiddelmangel, gjør at helsepersonell ofte må forholde seg til nytt utseende. I MetaVision vil legen i hovedsak ordinere med virkestoff. Sykepleier skal dokumentere administrert preparatnavn. Ved valg av preparat er det fare for feil legemiddel eller legemiddelform for eksempel tabletter/depotabletter dersom man ikke velger riktig produkt fra nedtrekksmenyen eller scanner strekkoden til legemiddelet ved klargjøring.

	Lukket legemiddelsløyfe med elektronisk identifisering av legemiddel vil øke sikkerheten for at riktig legemiddel gis i riktig dose på riktig måte. Utforming av legemiddelemballasje kan forebygge forveksling av styrker og administrasjonsform. Det finnes i dag ingen standardisering for utforming av emballasje med tanke på å redusere forvekslingsfare. Det anbefales at helseforetakene bruker avvikssystemet til å fange opp ulike hendelser og årsaksanalysere disse. Legemiddelkomité, sykehusapoteket og Regionalt legemiddelhåndteringsutvalg er aktuelle mottakere for vurdering av og forslag til tiltak på henholdsvis lokalt og regionalt nivå. Eksempler på forveksling: Feil legemiddel: Navnsetting besluttes av Statens legemiddelverk (SLV). Ved opprettelse av nye preparatnavn blir det naturlig tatt hensyn til mulig forvekslingsfare med eksisterende legemiddelnavn. Ved generisk navn skal navnet inneholde firmanavnet. Eksempler på forvekslinger grunnet like navn er OxyContin-OxyNorm, Dopamin-Dobutamin og Cefalotin-Cefotaxim. Feil dosering: Vanlige årsaker til feildosering er forveksling av enheter (IE-E, mg-ml, tbl-mg, mg-µg) og utregninger basert på konsentrasjon av legemiddelet. Pakninger med ulik konsentrasjon eller mengde kan være like og det kan være lett å ta feil produkt. En del legemidler er merket med det totale innholdet i pakningen / ampullen, eks 10 mg /10 ml mens vi i Norge har tradisjon for mg/ml (i dette eksemplet 1 mg/ml). Feil legemiddelform: Mange legemidler finnes i ulike legemiddelformer. Vanlige forvekslinger er mellom tabletter og depottabletter som f.eks Metoprolol tabletter/ Metoprolol depottabletter og Tramagetic OD/Tramagetic Retard Feil administrasjonsmåte: Legemidler som skal gis i.m. eller s.c. gis i.v (eller omvendt), mikstur gis parenteralt, og ernæring som skal gis sentralvenøst gis i perifer vene.
Ansvar	Sykehusinnkjøp divisjon legemidler og virksomhetsleder i sykehus og sykehusapotek

Arbeidsbeskrivelse	Se vedlegg
--------------------	------------

Relaterte dokumenter	Læringsnotat HDir. Forveksling av legemidler
----------------------	--

Vedlegg til Anbefaling: Legemidler med forvekslingsfare

Forhold som kan føre til forveksling og anbefalte lokale tiltak for å redusere disse hendelsene

Forhold	Tiltak
Kurveføring De fleste helseforetak i HSØ benytter nå elektronisk kurve. Dette løser noen kjente problemstillinger som for eksempel utydelig skrift, men innfører samtidig nye. Eksempler på dette kan være: • Valg av feil forordningsmal i nedtrekksmeny • Feil preparat velges i nedtrekksmeny ved ordinasjon/ administrasjon	• Fokus på riktig føring av kurven • Informasjon og opplæring • Innføring av Lukket legemiddelsløyfe med elektroniske kontrollsystemer (hindrer forveksling i klargjøring og administrering)
Muntlig ordineringer Misforståelser ved muntlige ordineringer som f. eks ordinerings over telefon er ikke uvanlig.	Bruk av muntlige ordineringer bør begrenses, så lenge lege har tilgang til en PC. Faste rutiner ved muntlig ordinasjon: • Sykepleier skriver ned • Sykepleier gjentar ordinasjonen høyt • Ordineringsen bekreftes av legen • Sykepleier sender signeringsanmodning til aktuell lege i MetaVision • Lege godkjenner forordning i MV
Mangelfull dobbeltkontroll Det er ulik praksis og etterlevelse av dobbeltkontroll.	Alle HF bør gjennomføre en risikovurdering for å identifisere de områder der dobbeltkontroll vil være et tiltak som reduserer pasientrisiko.

Kompetanse Nyansatte, nyutdannede helsearbeidere og vikarer er ofte involvert ved feilmedisinering. Implementering av nye rutiner er også en risiko.	• Kurs og kompetanseutvikling bør settes i system Det finnes en rekke regionale og lokale kurs, se kap. 1.3 i veileder og kursportefølje. Se også Anbefaling vikarer
Arbeidsforhold Utilstrekkelig bemanning og stress oppgis ofte som årsak til legemiddelforveksling.	• Bemanningen og arbeidsforholdene må være tilfredsstillende • Oversiktlige og ryddige legemiddellager ◦ Legemiddellageret sorteres etter ATC (anatomisk terapeutisk kjemisk legemiddelregister) registeret. Sortering etter ATC systemet anses også som viktig for å unngå navneforveksling • Etablering av basislager for å begrense antall legemidler • Implementering av Apotekstyrt legemiddellager (ASL) vil bidra til sikring og vedlikehold av legemiddellageret
Utskriving av pasient, overføring til annen enhet eller institusjon. Uklarheter vedrørende pasientens legemiddelbruk ved innkomst til - og utskrivning fra sykehus kan føre til forvekslinger. Ufullstendige lister, slurvete håndskrift og overføringsfeil er eksempler.	• Rutiner med sjekklister for opptak av legemiddelanamnese og legemiddelinformasjon i henhold til anbefalingene utskrivning i veilederen for legemiddelhåndtering i Helse Sør-Øst • Det utarbeides en oppdatert legemiddelliste som pasienten skal oppbevare og vise ved kontakt med helsetjenesten • Epikrisen må inneholde relevant beskrivelse av legemidlene som brukes og følge pasient ved overflytting samt nå frem i tide ved utskrivning. Legemiddelhistorikk dvs seponerte legemidler og endringer i dose eller doseringstidspunkt som er gjort under oppholdet må fremgå for å unngå usikkerhet • Rydde i reseptformidleren slik at man fjerner doble resepter og resepter på legemidler som pasienten ikke skal bruke lenger

Merking, og utseende av pakninger Både navnelikhet og pakningslikhet er årsaker til forvekslinger. Det arbeides ovenfor myndigheter og legemiddelindustri for i enda større grad å ha fokus på dette problemet, men design og harmonisering til ulike markeder er ofte førende for valg.	• Vurdere plassering av legemidler i lageret spesielt med fokus på risikolegemidler. • Vurdere valg av legemidler til lagerhold (basisliste)
Anbudssystemene og situasjoner med legemiddelmangel - Hyppige endringer av legemiddelnavn: Legemidler kan være mindre gjenkjennbare enn tidligere. - Mange synonympreparater og likeverdige preparater Endringer i innkjøpsavtaler kan føre til at flere generika er tilgjengelig i legemiddellageret. - Avregistreringer og legemiddelmangel medfører økt bruk av uregistrerte legemidler med utenlandske navn, andre styrker etc. Dette kan medføre forvekslinger og misforståelser.	- Elektroniske systemer må være oppdatert mht nye avtaleprodukter. - Ha system som ivaretar informasjon om byttbare legemidler. - God informasjon ved overgang til nye avtaler eller midlertidige endringer. - Etablere basislager. Unngå å ha flere generiske alternativer på lager. - Alle prosedyrer bør skrives med generiske navn.