

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Frida Hagnestål, (friha22), Apotekare

Granskad av: Frida Hagnestål, (friha22), Apotekare

Godkänd av: Ulla Delfs Moss, (ullmo9), Regionområdeschef

Giltig från: 2026-09-01

Giltig till: 2028-09-01

Iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel inom vården i VGR

Regional rutin för läkemedelshantering i
Västra Götalandsregionen

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1. Regelverk	4
2. Kontroller vid iordningställande och administrering eller överlämnande	5
3. Märkning av iordningställt läkemedel	6
4. Hållbarhet och användningstider	8
5. Dokumentation	8
6. Hantering av arbetsmiljöfarliga läkemedel	10
7. Iordningställande och administrering eller överlämning av perorala läkemedel	12
8. Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel för injektion och infusion	16
9. Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel för inhalation	22
10. Iordningställande och administrering eller överlämnande av övriga beredningsformer	23
11. Patientbundna läkemedel	23
12. Utbyte till generika/synonyma läkemedel	23
13. Tider för administrering/överlämnande	25
14. Information och uppföljning	25
15. Antidoter	27
16. Biverkningsrapportering	27
17. ”Sköter själv”	28

18.	Patientens privata läkemedel	29
19.	Permissionsläkemedel/jourdoser	30
20.	Best practice iordningställande.....	31
21.	Versionshistorik	34

Sammanfattning

Detta dokument är en regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen som gäller vårdenheter på alla sjukhusförvaltningar, Närhälsan och Regionhälsan.

Dokumentet beskriver iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel på vårdenhet.

Regionala rutiner för läkemedelshantering utarbetas på uppdrag av Sjukvårdsapotek VGR genom den regionala Läkemedelshanteringsgruppen.

Huvudsakliga ändringar i denna version

Version 1.0, Giltig från 2026-09-01: Nytt dokument. Texten motsvarar version 5.0 av kapitel 5 i [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#) med skillnaden att den är uppdaterad avseende att RGL (Regiongemensamt läkemedelslager) tas över i regionens egen regi av Högsbodepån istället för att drivas av Apoteket AB, under hösten 2026¹.

1. Regelverk

Huvudreglerna för iordningställande och administrering eller överlämnande framgår i [HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården](#) 8 kap.

Iordningställande: färdigställande av ett läkemedel inför administrering eller överlämning

Administrering: tillförsel av läkemedel till kroppen

¹ [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#) gäller fortsatt för de sjukhus som inte gått över till RGL i egen regi under en övergångsperiod hösten 2026. Därefter kommer den utgå och ersättas av denna rutin med flera separata rutiner per område. Alla rutiner finns på [Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#).

Överlämnande: att ett läkemedel som ska tillföras till en patient lämnas över till patienten själv eller till en tredje person som administrerar läkemedlet

Innan ett läkemedel iordningställs och administreras eller överlämnas till en patient ska ordinationen vara signerad av den som har ordinerat läkemedlet.

Läkemedel ska som huvudregel administreras eller överlämnas av den som har iordningställt det. Lokal rutin ska beskriva under vilka förutsättningar iordningställande respektive administrering /överlämnande får göras av olika personer.

Alla läkemedel som hanteras ska ha genomgått en riskbedömning utifrån arbetsmiljösynpunkt för att bedöma om skyddsåtgärder behövs. För mer information se rutin [Arbetsmiljöaspekter vid läkemedelshantering på vårdenhet i VGR](#), [mall 10 Lokal riskbedömning och åtgärdsplan Läkemedel med arbetsmiljörisk](#) samt avsnitt 6 Hantering av arbetsmiljöfarliga läkemedel nedan.

Se även rutin [Ansvar, rutiner och behörigheter inom läkemedelshantering på vårdenhet i VGR](#) samt [Vårdhandboken](#).

2. Kontroller vid iordningställande och administrering eller överlämnande

Den som iordningställer läkemedel behöver göra detta ostört och fokuserat. VGR har identifierat hög risk för att göra fel om den som iordningställer läkemedel blir störd eller avbruten i sitt arbete.

Den som iordningställer och administrerar eller överlämnar ett läkemedel ska mot den signerade ordinationen kontrollera följande:

- patientens identitet
- läkemedlets namn eller aktiv substans, styrka och läkemedelsform
- dosering

- administreringssätt och administreringstillfällen

Det ska framgå vem som ordinerat läkemedlet och vid vilken tidpunkt.

Kontroll av patientens identitet kan ske genom kontroll av identitetsband, genom att patienten själv uppger sitt namn och personnummer eller i förekommande fall genom god personlig kännedom.

Läkemedlet ska kontrolleras avseende:

- att läkemedlet är oskadat och har förvarats enligt tillverkarens anvisningar
- hållbarhetsdatum och användningstid
- att injektions- och infusionsvätskor har täta förslutningar och kopplingar samt att ingen fällning uppstått eller synbara förändringar skett
- om riskbedömning eller särskilda anvisningar finns för läkemedlet, till exempel tas till mat eller på fastande mage, om tabletter får delas eller krossas, hur länge läkemedlet får vara utanför kylförvaring innan det administreras eller om läkemedlet måste skyddas mot ljus under administreringen.

Även följande ska kontrolleras:

- att dosen är rimlig, såväl den ordinerade som den iordningställda dosen, stöd för bedömningen finns i till exempel FASS alternativt ePed eller lokala rutiner
- att ingen dubbelbehandling föreligger
- att patientens aktuella tillstånd är förenligt med ordinationen
- eventuell överkänslighet mot aktuellt läkemedel.

3. Märkning av iordningställt läkemedel

Om ett iordningställt läkemedel inte administreras direkt ska förpackningen eller behållaren märkas. Märkning ska också ske

om läkemedlet ska administreras eller överlämnas av annan person än den som har iordningställt det. Märkningen ska innehålla följande uppgifter:

1. patientens personnummer
2. läkemedlets namn och styrka
3. tidpunkt för iordningställande
4. tidpunkt för administrering eller överlämnande
5. signum
6. övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet, till exempel läkemedlets form eller administreringssätt.

I vissa fall, med hänsyn taget till god och säker vård, kan verksamheten besluta att iordningställt läkemedel inte behöver märkas med patientens identitet och tidpunkt för administrering eller överlämnande. Om detta tillämpas ska det beskrivas i enhetens lokala läkemedelshanteringsrutin.

Om medicinbägare används ska märkning göras på bägaren, ej på locket.

För infusionsvätskor gäller:

Infusionsvätskor ska alltid märkas enligt punkt 1–3 och 5–6 ovan, med eventuella tillsatser (preparatnamn, styrka, mängd) och när så är möjligt med infusionstid. Om infusionen inte påbörjas direkt ska märkning enligt punkt 4 ske vid infusionsstart. En etikett ska fyllas i och sättas på flaskan/påsen vare sig tillsats gjorts eller inte. Förtryckta etiketter bör användas. Skriv aldrig med tuschpenna direkt på en infusionspåse eftersom färgen kan absorberas.

För medicinska plåster gäller:

Plåstret ska märkas med datum och tidpunkt för applicering samt signum.

4. Hållbarhet och användningstider

I grunden gäller tillverkarens anvisningar. Särskilda anvisningar om ljus- och temperaturkänslighet kan finnas. För bruten förpackning kan andra hållbarhetstider gälla. Vägledning för användningstider finns i [Svensk Läkemedelsstandard \(SLS\)](#), kapitlet *Förvaring, märkning, lagrings- och användningstider för läkemedel*, på Läkemedelsverkets webbplats.

Brytningsdatum antecknas på alla krämer/salvor/geler och flytande läkemedel samt övriga läkemedel vars hållbarhet förkortas när förpackningen har öppnats. För läkemedel med kortare hållbarhetstid än 24 timmar anges även klockslag.

Hållbarhetstider för specifika infusioner och injektioner finns angivna i [Spädning av intravenösa läkemedel till vuxna](#) samt [ePed](#). För sprutor som iordningställts på vårdenheten är användningstiden från öppnande/brytande av förpackningen tills sista dosen administrerats högst 12 timmar vid förvaring i rumstemperatur och 24 timmar vid förvaring i kylskåp om inte tillverkaren angett annat.

För infusionslösningar är användningstiden 12 timmar, eventuellt begränsas tiden av tillsatta läkemedel, se produktresumé och/eller bipacksedel på www.fass.se.

Om aktuell terapi kräver längre infusionstid än 12 timmar ska riskerna med en förlängning ur hygienisk mikrobiologisk synvinkel bedömas i varje enskilt fall (eller belysas med tillväxtstudier).

5. Dokumentation

I journalhandlingen ska genom signering framgå vem eller vilka som ansvarat för iordningställandet och administreringen/överlämnandet av varje ordinerat läkemedel. Även tidpunkt för iordningställandet respektive administrering/överlämnande ska framgå av dokumentationen.

Signeringen vid iordningställandet respektive administrering eller överlämnande står för att kontroller enligt avsnitt 2 har utförts. Signering vid administrering eller överlämnande står även för att läkemedlet har administrerats/överlämnats.

Om iordningställande och administrering eller överlämnande utförs av olika personer ska det finnas lokala rutiner som beskriver under vilka förutsättningar detta får ske. Om iordningställande och administrering eller överlämnande görs av olika personer ska respektive moment signeras och dokumenteras av respektive person.

I de undantagsfall läkemedel iordningställs i förväg innan en fastställd ordination finns, t ex inom opererande verksamheter, ska förfarandet för kontroller, märkning och dokumentation framgå i den lokala rutinen.

När ett läkemedel iordningställs enligt generellt direktiv om läkemedelsbehandling ska behovsbedömningen dokumenteras i patientjournalen.

Batchnummer för vacciner och biologiska läkemedel ska antecknas enligt lokal rutin, se avsnitt 16 Biverkningar. För lista med biologiska läkemedel se [Läkemedelsverkets webbplats](#). För vacciner och biologiska läkemedel gäller att om batchnummer inte dokumenterats i patientjournalen vid iordningställandet ska detta ske i samband med administrering/överlämnande.

Om ett ordinerat läkemedel inte administreras/överlämnas ska orsaken till detta dokumenteras.

I patientjournalen ska namnet på det iordningställda och administrerade eller överlämnade läkemedlet framgå. Om det skiljer sig från det ordinerade preparatet ska detta antecknas specifikt, gäller även vid generisk ordination. För mer information se avsnitt 12.

Lokala tillägg:

[SkaS](#)

[SU](#)

[SÄS](#)

6. Hantering av arbetsmiljöfarliga läkemedel

I [Risker i arbetsmiljön \(AFS 2023:10\), föreskrifter - Arbetsmiljöverket](#), avdelning V, kap 10, beskrivs vilka krav som gäller för handhavande av cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt, se även Arbetsmiljöverkets webbplats [Läkemedel - Arbetsmiljöverket](#).

En riskbedömning av de läkemedel som används i verksamheten ska alltid göras. Utifrån denna bedömning ska skyddsinstruktioner finnas för varje läkemedel som kräver detta och eventuell åtgärdsplan tas fram vid behov. Vid hantering av dessa läkemedel ska skyddsinstruktionerna följas. För mer information se rutin [Arbetsmiljöaspekter vid läkemedelshantering på vårdenhet i VGR](#) och [mall 10 Lokal riskbedömning och åtgärdsplan Läkemedel med arbetsmiljörisk](#).

6.1. Iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet

Plats för iordningställande

Iordningställande bör om möjligt ske på separat plats i läkemedelsrummet eller i annat avskilt utrymme. Möjlighet till ögonsköljning ska finnas. Om säkerhetsbänk eller dragskåp/punktutsug finns i rummet ska dessa användas. Arbetsytan ska vara lätt att rengöra. Använd underlägg med plastad undersida.

Skyddsklädsel

För att inte få läkemedel på huden ska engångshandskar användas. Undvik att ta på andra ytor eller utrustning än den som för stunden används, för att minska risken för spridning av spill.

Vid risk för stänk kan exempelvis skyddsglasögon, ärmskydd, förkläde användas. Om säkerhetsbänk/punktutsug saknas bör andningsskydd av lämplig skyddsklass användas när det finns risk för damm. Till exempel vid spill och krossning av läkemedel.

Hjälpmedel

Använd sprutor med luer-lockfattning och spike/andra hjälpmedel som ger ett slutet system. Spike som används ska ha ett hydrofobt luft- och aerosolfilter på 0,2 µm, så kallade chemo-spikes. Vid korrekt, lugnt och metodiskt arbete elimineras tryckskillnader och risken för aerosolspridning och stänk minskas.

Spill

Vid spill på hud, skölj rikligt med vatten. Vid stänk i ögon, skölj genast och rikligt med ögonsköljvätska eller vatten. Ta ur eventuella kontaktlinser. Kontakta ögonläkare vid kvarstående besvär.

Vid spill på arbetskläder, byt genast. Vid stort spill hanteras textilierna som kraftigt förorenad tvätt.

Vid spill på ytor, sug upp läkemedel med torkduk, eventuellt fuktad med vatten. Torka därefter av ytan med vatten och sedan ytdesinfektion med tensid. Arbeta med torkduk utifrån och in för att minimera spridning.

Spill registreras som avvikelser i MedControl Pro.

6.2. Iordningställande av cytostatika

Beredning av parenterala lösningar för cytostatikabehandling bör göras av extemporetillverkningen inom Sjukvårdsapotek VGR. I de fall iordningställande av cytostatika sker på vårdenheter/mottagning ska dessa vara utrustade med säkerhetsbänk och övrig nödvändig utrustning för arbetet.

Se även rutin [Arbetsmiljöaspekter vid läkemedelshantering på vårdenheter i VGR](#).

Lokala tillägg:

[NU-sjukvården](#)

[SÄS](#)

[SU](#)

7. Iordningställande och administrering eller överlämning av perorala läkemedel

7.1. Tablett/kapsel

Av hygieniska- och arbetsmiljöskäl ska tabletter och kapslar ur burk alltid iordningställas med sked, pincett, extra medicinbägare eller förpackningslocket. Om flergångssked/pincett använts sköljs den av med vatten efter användning.

Många läkemedel kan ge skador i matstrupen om de fastnar där. Därför ska alltid läkemedel som är avsedda att sväljas hela intas med riklig mängd vätska (minst ett halvt dricksglas) och i sittande/stående ställning. Patienter med sväljsvårigheter, och i vissa fall barn, bör få sina läkemedel i andra läkemedelsformer, till exempel i flytande form eller som suppositorium.

7.2. Dela/krossa

Om patienten inte kan svälja ett läkemedel måste läkemedelsformen eller administreringssättet omprövas. Saknas alternativa beredningsformer kan tabletter i vissa fall delas eller krossas. Läkemedel med risk för överkänslighet bör helst inte krossas eller delas. Lös tablett, hel eller delad, får inte återföras till originalförpackning utan ska kasseras.

Vissa tabletter och kapslar måste sväljas hela. Detta är vanligt för bland annat tabletter och kapslar som har förlängd effekt (t ex ”retard”, ”depot”) eller är överdragna med ett skikt som motstår saltsyra i magsäcken (enterotabletter). Andra bör sväljas hela för att de innehåller cytostatika, smakar illa eller av andra skäl. För vissa läkemedel finns information om delbarhet på fass.se för respektive preparat under ”delbarhetsinformation” eller i

produktresumén punkt 3. För preparat som saknar FASS-text kan produktresumé finnas på Läkemedelsverkets hemsida.

Information kan också finnas på sidan lakemedelshantering.se (Nationellt kunskapsstöd, förvaltas av Region Skåne) eller i [ePed VGR](#).

En brytskåra, eller delningsskåra, på en tablett kan ha olika funktioner: att tabletten kan delas i lika doser, att enbart underlätta nedsväljning eller att skåran inte har någon funktion alls för delbarhet. Brytskårans funktion framgår i produktresumén under punkt 3. Det blir ingen dosnoggrannhet vid delning av tabletter med brytskåra som inte är avsedd för att dela tabletten i lika delar. Detta måste särskilt beaktas vid delning av tabletter med potent läkemedelsinnehåll eller vid delning i fjärdedelar, då delade tabletter ordinerats. Tablettdelare kan användas för att få en god doseringsnoggrannhet och för att minska risken för exponering av damm.

Om en tablett ska krossas, ska detta göras med hjälp av tablettkross för att minska damningsrisken. Det är viktigt att den rengörs noggrant efter användandet för att minska kontaminationsrisken. Ett alternativ till tablettkross kan vara att slamma upp tabletten i vatten. Till uppslammad tablett får endast spruta för oralt/enteralt bruk användas. Hela mängden vätska och upplöst tablett administreras.

Om antibiotika, till exempel penicilliner och cefalosporiner, måste krossas eller delas bör det finnas en helt separat uppsättning krossare och delare. Detta eftersom överkänslighet kan förekomma och hos vissa patienter ge upphov till kraftiga reaktioner. Se även avsnitt 14 och rutin [Arbetsmiljöaspekter vid läkemedelshantering på vårdenhet i VGR](#).

7.3. Orala flytande läkemedel

Flytande läkemedel mäts upp med hjälp av medicinbägare eller oral spruta/pipett. Observera förväxlingsrisken mellan injektionsläkemedel och perorala läkemedel i spruta. Ges flytande

läkemedel peroralt med hjälp av spruta och/eller sond, ska speciell spruta användas för oralt/enteralt bruk, t.ex. lila sprutor. Dessa passar inte för användning i IV-infart. Därmed elimineras risk för feladministrering.

Flytande läkemedel bör iordningställas i nära anslutning till administreringen, eftersom läkemedel kan reagera med plast och luftens syre. Kontaminationsrisken måste också beaktas. Detta gäller även brustabletter som löses/uppslammas i vatten före intagandet. Upplösta tabletter som inte används omedelbart ska kasseras som läkemedelsavfall, se även rutin [Kassation av läkemedel på vårdenhet i VGR](#).

7.4. Läkemedel via sond

Innan ett läkemedel administreras via sond behöver det kontrolleras om läkemedlet kan ges i sond och om det är kompatibelt med eventuell sondnäring. Vissa läkemedel, till exempel tabletter med dålig löslighet, lämpar sig inte för administrering via sond då det finns risk för att läkemedel fastnar i sonden och orsakar stopp.

Sonden ska spolas med vatten både före och efter att läkemedel har administrerats. Om flera läkemedel ska ges, administreras ett läkemedel i taget och sonden spolas mellan varje läkemedel. Observera att extra noggranna rutiner måste iakttas för att undvika förväxling när patienten har både sond och intravenös infartsväg. Läkemedel för administrering i sond ska iordningställas i speciell spruta avsedd för oralt/enteralt bruk, t.ex. lila sprutor. För detaljerad information om läkemedel via sond (enteral administrering) se kunskapsstöd [Ordination och hantering av läkemedel via enteral infart eller sond](#) från Läkemedelsverket.

7.5. Slutenvårdsdos

VGR har tillstånd att bedriva maskinell dosverksamhet för de avdelningar på sjukhus som har en sådan överenskommelse med Sjukvårdsapotek VGR. För avdelningar anslutna till

Slutenvårdsdos överförs ordinationer av tabletter och kapslar automatiskt från läkemedelsmodulen i Melior till slutenvårdsdosenheten på vårdenhetens stopptid. Detta innebär att D-markerade läkemedel avsedda för inneliggande patienter iordningställs och levereras i dospåsar. Slutenvårdsdos i VGR levereras i form av enkeldos, d.v.s. en till flera tabletter/kapslar av samma läkemedel, avsedd för en patient och ett dostillfälle. Dospåsen är märkt med läkemedelsdata, patientdata och produktionsenhet.

D-markerade tabletter/kapslar som ordinerats efter gällande stopptid produceras inte i dospåsar, och behöver iordningställas på enheten. Se avsnitt 7.1.

Vid driftstörningar i slutenvårdsdosproduktionen meddelar Sjukvårdsapotek VGR vårdenheten och informerar om när produktionen beräknas vara i drift. Under driftstörningar behöver även D-markerade tabletter/kapslar iordningställas på vårdenheten.

Observera att slutenvårdsdos inte ska förväxlas med dosexpederade läkemedel i öppenvård (ordinerade i Pascal).

I samband med administrering/överlämnande av slutenvårdsdos ansvarar sjuksköterska för:

- att dospåsar kontrolleras mot ordinationen enligt avsnitt 2. Om ordinationsändringar har genomförts efter produktion av dospåsen ska sjuksköterskan manuellt korrigera mängden läkemedel. Vid dosminskning plockas tablett/kapsel bort från dospåsen, och vid dosökning kompletteras dospåsen med läkemedel från PNL/VNL (PatientNära Läkemedelsförråd/VårdNära Läkemedelsförråd).
- att eventuella avvikelser/felleveranser som upptäcks rapporteras som en avvikelse enligt ordinarie rapporteringsförfarande i MedControl Pro, se även rutin [Kvalitetssäkring inom läkemedelshantering på vårdenhet i](#)

[VGR](#). Det är bra om sjuksköterskan även hör av sig direkt till produktionsenheten. Felaktig dospåse sparas och returneras i samråd med slutenvårdsdosenheten.

- att i möjligaste mån överlämna dospåsar öppnade till patienten.
- att ej givna narkotikaklassade läkemedel dokumenteras och kasseras enligt förvaltningens rutiner. Se även rutin [Hantering av narkotikaklassade läkemedel på vårdenhet i VGR](#), avsnitt Dokumentation vid kassation.
- att överblivna dospåsar, av sekretesskäl även tomma, slängs i kärl för läkemedelsavfall.

Lokala tillägg slutenvårdsdos:

[SkaS](#)

[SU](#)

[SV](#)

[SÄS](#)

8. Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel för injektion och infusion

8.1. Injektionsvätskor

Vid beredning av injektionsvätskor och infusioner bör sprutor med luer-lock-fattning användas för att minska risken att de lossnar från kanyl, spike, propp eller olika infusionskopplingar.

Injektionsläkemedel i flergångsförpackning dras med fördel upp med tunn kanyl för att skona gummimembranet alternativt med spike med membran som kan spritas av.

När vätska dras upp ur brytpull av glas är det lämpligt av försiktighetsskäl att använda glasavskiljande partikelfilter, exempelvis filterkanyl eller filterstrå. Detta för att hindra att eventuella glaspartiklar från ampullen hamnar i läkemedlet och

därmed förs vidare in i kroppen. Byt kanyl före tillsats till infusion. Brytampuller är för engångsbruk.

Steril propp till injektionsspruta sätts på när en uppdragen spruta inte används omedelbart.

För mer information, se [Vårdhygien i Västra Götaland - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#) och [Vårdhandboken](#).

Lokala tillägg:

[SkaS](#)

8.2. Infusionslösningar

Tillsatser till infusionslösningar görs omedelbart före användningen och innehållet måste blandas efter varje tillsats. När tillsatser görs ska infusionspåsen ligga på en arbetsbänk för att minska risken för att påsen punkteras. Vid tillsats av läkemedel ska tillverkarens anvisning eller lokalt fastställda anvisningar följas.

Utfällning kan uppstå då två koncentrerade läkemedelslösningar blandas, olika läkemedel bör därför aldrig dras upp samtidigt i en injektionsspruta, eller sättas till en infusionspåse om man inte är säker på att de är blandbara.

Flera läkemedel är inte fysikaliskt och/eller kemiskt kompatibla med varandra vilket kan medföra risk för utfällning, kateterocklusion och effektbortfall. Därför måste en bedömning göras innan flera läkemedel administreras samtidigt i samma venkateter. Blandbarhetsdatabasen finns som stöd: <http://blandbarhet.vgregion.se>, går även att nå via Vårdgivarwebben eller via "Länkar" i läkemedelsmodulen Melior. Sökresultat visar om valda läkemedel är kompatibla att samadministrera eller ej.

Tillsatser till pågående infusion får ej göras då det är förenat med risker, till exempel utfällning, kontamination och felaktiga koncentrationer.

Infusionsvätskor för parenteral nutrition kan beställas från tillverkningsenhet om lämplig fabrikstillverkad lösning saknas.

Se även avsnitt 3 Märkning av iordningställt läkemedel.

8.3. Spädningsinstruktioner

Spädningsinstruktioner för läkemedel till vuxna finns i regional rutin [Spädning av intravenösa läkemedel till vuxna](#).

Spädningsinstruktioner för läkemedel till barn finns tillgängliga via ePed som nås antingen direkt via Melior respektive AsynjaVisph eller via [ePed VGR](#).

Ytterligare spädningslistor ska vara aktuella och fastställda av verksamhetschefen för att kunna användas vid iordningställande.

Alla läkemedel finns inte med i regional eller lokal spädningslista. Se bipacksedel eller produktresumé för information. För preparat som saknar FASS-text kan produktresumé finnas på Läkemedelsverkets hemsida.

Lokala tillägg:

[SkaS](#)

8.4. Hygien- och arbetsinstruktioner

Följ basala hygienrutiner vid all läkemedelshantering.

Nedan presenterade hygien- och arbetsinstruktioner ska föreligga i skriftlig form och finnas i anslutning till arbetsplatsen. Länk till utskriftsvänlig version: [Arbetsinstruktion vid iordningställande av läkemedel för injektion och infusion](#).

Arbetsinstruktion vid iordningställande av läkemedel för injektion och infusion

- Kontrollera om läkemedlet behöver särskild hantering och läs beredningsinstruktionen.
Se lokal riskbedömning.
- Använd avsedd arbetsplats för beredning av läkemedel.
- Desinficera händerna innan arbete påbörjas.

- Arbeta aseptiskt (dvs att inget material förorenas/kontamineras under hanteringen). Vidrör exempelvis inte kolven på sprutan.
- Torka av arbetsytan med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med rengörande effekt före allt arbete.
- Plocka fram läkemedel och tillbehör som behövs vid iordningställandet.
- För iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet: Använd underlägg med plastad undersida, sprutor med luer-lockfattning och uppdragnings-spike för toxiska substanser/andra hjälpmedel som ger ett slutet system. Sprutadaptor kan användas för att minska risk för läckage vid isärkoppling. Använd handskar för att skydda huden från läkemedelsspill.
- Kontrollera:
 - att det är rätt läkemedel och rätt styrka
 - att förpackningarna är oskadade och att hållbarhetsdatum inte överskridits, gäller även sterila tillbehör
 - att läkemedlets utseende inte avviker från det normala.
- Desinficera gummimembran/ampullhals på läkemedlen. Gnugga och låt torka, ytan ska vara fuktig i åtminstone 30 sekunder.
- Vid lösning av torrs substans i membranförsedd injektionsflaska.
 - Fyll en luer-lock spruta med lösningsmedel och tillsätt till flaskan. Vid användning av spike, arbeta lugnt för att inte skapa övertryck. Vid små volymer är det extra viktigt att säkerställa att hela volymen spädningsvätska kommer ner i injektionsflaskan för att erhålla rätt koncentration. Exempelvis kan man trycka ner två extra ml luft för att tömma spiken som rymmer 0,5 ml (berör volymer på 5 ml eller mindre.)

- Roter flaskan eller skaka försiktigt (undvik att skaka kraftigt för att inte skapa övertryck). Kontrollera att substansen löst sig helt.
- Dra upp läkemedlet i sprutan. Vid användning av spike, vänd flaskan och dra upp. Spruta tillbaka eventuell luft och överskottsvolym i flaskan innan isärkoppling. Vid små volymer, se till att eventuell sprutadaptor är fylld.
- Glasampuller bryts med hjälp av ampullbrytare eller injektionstork.
- Dra upp läkemedlet i sprutan. Om det är ur en glasampull kan filterkanyl eller annat glasavskiljande filter användas av försiktighetsskäl. Byt kanyl före tillsats till infusion. Ampuller är för engångsbruk.
- Sätt på kork/propp på sprutan.
- Märk sprutan med etikett.

Vid iordningställande av infusion:

- Vid iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet bör droppaggregatet förfyllas med infusionsvätskan innan läkemedlet tillsätts, för att minska risken för spill av läkemedel.
- Tillsatser görs omedelbart före användning. Använd alltid nya sterila sprutor och kanyler för varje tillsats. Innehållet blandas noggrant efter varje tillsats (skaka inte, vänd försiktigt flera gånger).
- Kontrollera lösningen efter varje tillsats så att inga synbara förändringar (fällning, färgförändring) uppstår.
- Fyll i etikett och sätt den på flaskan/påsen/sprutan. Skriv aldrig med tuschpenna direkt på en infusionspåse eftersom färgen kan absorberas.

Efter iordningställandet:

- Avfallshantering enligt anvisning. Se [Sorteringsguide för läkemedelsavfall](#).

- Vid iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet slängs allt använt material inklusive underlägg och handskar i kärl för läkemedelsavfall. Låt spiken sitta kvar i injektionsflaskan. För att minska risken för att partiklar sprids i rummet bör avfallet först läggas i en plastpåse som försluts eller i PactoSafe.
- Torka av arbetsytan med ytdesinfektion med tensid/rengörande effekt. Vid iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet – torka först med vatten.

Användningstider

Hållbarhet i bruten förpackning enligt SLS, om ej annat finns angivet i [Spädning av intravenösa läkemedel till vuxna](#) samt [ePed](#) eller anges av tillverkaren:

Injektionsflaskor brutna (totaltid efter brytning):

- okonserverade 12 timmar rumstemperatur eller 24 timmar i kylskåp
- konserverade (flera patienter) 7 dagar

Infusionspåse efter tillsats – användningstid 12 timmar

Mer om hållbarheter finns i [Svensk Läkemedelsstandard](#), se ”Förvaring, märkning, lagrings- och användningstider för läkemedel”.

8.5. Kontroll inför administrering

Den som administrerar en infusion eller injektion ska före administreringen kontrollera att förpackningen inte är skadad och att lösningens utseende inte avviker från det normala.

8.6. Start av infusion och kontroll av pågående infusion

Start av infusion ska framgå av infusionsetiketten. Om tidpunkten för start av infusion är en annan än tidpunkten för iordningställande ska behållaren märkas med starttid.

Vid kontinuerlig infusion ska kontrollen enligt avsnitt 2 göras så ofta det behövs för att säkerställa en god och säker läkemedelsbehandling samt vid varje tillfälle som ansvaret för administreringen övergår från en behörig hälso- och sjukvårdspersonal till någon annan sådan personal. I patientjournalen ska det framgå vem som gjort kontrollen och när. I enhetens lokala rutin bör det framgå hur denna kontroll ska dokumenteras.

9. Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel för inhalation

Inhalationshjälpmedel ska användas på rätt sätt, vara rätt monterat och rengjort innan ordinerad mängd läkemedel iordningställs. Patienten får därefter inhalera.

Det är viktigt att kontrollera att patienten behärskar inhalationstekniken. Instruktionsfilmer för många inhalatorer finns på <https://www.medicininstruktioner.se/>.

Spädning av inhalationsvätskor ska göras i samband med inhalationstillfället.

Exponeringsrisk

För potenta inhalationsläkemedel är det viktigt att iaktta skyddsföreskrifter enligt [Risker i arbetsmiljön \(AFS 2023:10\)](#), [föreskrifter - Arbetsmiljöverket](#), avdelning V, kap 10, se även Arbetsmiljöverkets webbplats [Läkemedel - Arbetsmiljöverket](#). Inhalation av läkemedel som omfattas av denna föreskrift ska endast göras inom enhet som har förtrogenhet med och är särskilt utrustad för denna hantering.

Lokala tillägg beredning av potenta inhalationsläkemedel:

[SkaS](#)

10. Iordningställande och administrering eller överlämnande av övriga beredningsformer

För medicinska plåster och implantat ska det anges i läkemedelsjournalen när och var på kroppen de appliceras. För plåster gäller också att dessa ska märkas med datum och tidpunkt för applicering samt signum. Observera att det generellt finns mycket aktiv substans kvar efter att dessa läkemedel är färdig använda. Det är därför viktigt att ta bort dem i tid. Tänk på att använda medicinska plåster klassas som läkemedelsavfall.

Suppositorier, vagitorier och plåster bör aldrig delas/klippas.

Läkemedel som upptas i munslemhinnan kan ha olika beredningsform som ska hanteras olika (till exempel resoriblett respektive buckaltablett). Kontrollera var och hur läkemedlet ska appliceras i munhålan.

11. Patientbundna läkemedel

Vissa beredningsformer bör vara patientbundna och ska inte användas till annan patient. Exempel är aerosolfaskor/inhalatorer, ögondroppar, sublingualsprayer och nässprayer. Vid hemgång kan patientbundna förpackningar skickas med patienten hem om läkemedlet är ordinerat även efter utskrivning. Hanterings- och bruksanvisning ska medfölja förpackningen.

12. Utbyte till generika/synonyma läkemedel

Läkemedel får bytas ut mot ett annat preparat utan kontakt med läkare om:

- läkemedlen är utbytbara enligt Läkemedelsverkets utbytbarhetslista, nås via funktionen ”Utbytbara läkemedel” för respektive preparat på www.fass.se, eller Läkemedelsverkets hemsida

- regional terapigrupp har bedömt läkemedlen som kliniskt likvärdiga vid behandling på vårdenheter inom VGR. Detta framgår via läkemedlets informationsruta i Hamlet och i [Sammanställning över läkemedel med utbytbarhet bedömd av terapigrupper](#) (nås via [Sortimentsrådet Läkemedel på Vårdgivarwebben](#)). För att sortera eller filtrera, öppna listan i Excel. Eventuella begränsningar i utbytbarheten framgår i sammanställningen.
- det finns annan styrka av utbytbart preparat enligt ovan vid fasta beredningsformer såsom tabletter, kapslar och plåster. Läkemedel där styrkan anges i koncentration omfattas inte, till exempel får ordination av Glucos 50 mg/ml 1000 ml inte bytas till Glucos 100 mg/ml 500 ml utan att läkare kontaktas men 1 tablett Furix 40 mg kan bytas till 2 tabletter Furix 20 mg. Utbyte till halv tablett får bara utföras om ersättningspreparatet är delbart i lika doser, kontrollera delbarhet i FASS eller produktresumé punkt 3.

Förutsättning för allt utbyte är att ordinator inte angivit att byte inte får ske.

Observera att läkemedel inom samma ATC-kod inte nödvändigtvis är utbytbara vilket bör beaktas vid arbete i till exempel Melior, Hamlet och AsynjaVisph.

Beslut om ytterligare utbytbarhet kan också fattas på förvaltnings- och enhetsnivå, se exempel mall 15.

Utbyte av läkemedel ska dokumenteras i patientens läkemedelsjournal. Det ska framgå vilket läkemedel som iordningställts eller administrerats/överlämnats, detta inkluderar läkemedelsnamn samt styrka och antal enheter.

Dokumentation av utbyte görs på följande sätt:

- I Meliors läkemedelsmodul dokumenteras utbyte i ruta för utdelningskommentar alternativt som en kommentar under knapp Iordningsställ.

- Vid användande av papperslista:
 - stryks det ursprungliga preparatnamnet i läkemedelsjournalen
 - synonymläkemedlet skrivs in
 - ändringen signeras och dateras.
- I AsynjaVisph dokumenteras utbyte genom att i läkemedelsmodulen lägga en kommentar i administreringsfliken.

Lokala tillägg:

[Sjukhusen i väster](#)

[SkaS](#)

[SÄS](#)

13. Tider för administrering/överlämnande

Läkemedel med oregelbunden dosering utgör en patientsäkerhetsrisk och måste ägnas särskild uppmärksamhet, så att de inte glöms bort eller ges i flerdubbla doser. Detta gäller också läkemedel som ges regelbundet med glesa intervall, till exempel 1 gång per vecka eller 1 gång per månad.

Om tiden för administrering/överlämnande avviker mer än 30 minuter från den angivna tiden i ordinationen, ska den faktiska tidpunkten skrivas in i ordinationshandlingen.

14. Information och uppföljning

Vid överlämnande av läkemedel ska patienten få erforderlig information, t.ex. om hur läkemedlet ska intas (under tungan, sväljs hel, till/mellan måltider, inhalationsteknik etc.). Det är viktigt att motivera patienten till fortsatt behandling. Genom utbildning och information förbereds patienten för den medicineringsplan hen förväntas klara av i eget boende. Informationens mängd och karaktär måste anpassas individuellt till varje patient.

Det kan vara bra att be patienten återberätta hur medicineringen ska gå till.

Det är viktigt att information och kontakt mellan vårdpersonal och patient upprätthålls för att säkerställa att patienten har förstått och använder läkemedel enligt ordination.

Informera patienten om hur denne på ett säkert och miljövänligt sätt hanterar kassation av läkemedel och läkemedelsrester.

Säkerhetsaspekten handlar om att läkemedel inte ska hamna i orätta händer och användas i missbrukssammanhang eller att barn eller djur ska komma till skada. För vissa läkemedel är detta extra viktigt, t.ex. östrogenplåster, narkotika och cytotoxiska läkemedel. Privatpersoner ska lämna in sitt läkemedelsavfall till valfritt öppenvårdsapotek.

Den som administrerar eller överlämnar ett läkemedel ska följa upp både positiva och negativa effekter av läkemedlet under vårdtiden och om det finns några problem i samband med intaget (smak, sväljbarhet etc.). Iakttagelserna dokumenteras och vidarebefordras till patientansvarig läkare.

14.1. Läkemedelsöverkänslighet

All överkänslighet ska dokumenteras i journal enligt instruktion för gällande journalsystem. I elektroniska journalsystem markeras läkemedelsöverkänslighet med varningssymboler.

På mottagningar, avdelningar och på annan plats där behandlingar med risk för överkänslighetsreaktion utförs ska det finnas en akutbricka/ask, akutväska eller akutvagn och syrgas samt utrustning för att ventileras med andningsmask och andningsblåsa.

Se även rutin [Ordination av läkemedel i VGR](#), avsnitt "Läkemedelsöverkänslighet".

Lokala tillägg:

[SkaS](#)

15. Antidoter

Vid förgiftning/överdosering av vissa läkemedel kan specifika antidoter sättas in. Information finns på

[Giftinformationscentralen](#).

På Giftinformationscentralens sida [Antidotregistret](#) finns uppgifter om användningen av antidoter samt tillgänglighet i landet. Se även [ePed](#) för lämplig hantering av antidoter till barn.

För hantering av antidoter lokalt, regionalt och nationellt, se [Antidoter och regional samverkan - Regional rutin 2023 - 2027 \(vgregion.se\)](#).

Lokala tillägg antidoter

[NU-sjukvården](#)

[SÄS](#)

[Sjukhusen i väster](#)

[SkaS](#)

[SU](#)

16. Biverkningsrapportering

Det är viktigt att all personal som har kontakt med patienten är observant på läkemedelsbiverkningar och rapporterar gjorda iakttagelser ([LVFS 2012:14](#)). Läkare, tandläkare, sjuksköterskor, farmaceuter och patienter/konsumenter kan rapportera biverkningar.

Samtliga misstänkta biverkningar av läkemedel ska snarast rapporteras via [Läkemedelsverkets e-tjänst för biverkningsrapportering](#). Notera att även förgiftningar med och missbruk av nya läkemedel räknas som biverkningar vad gäller rapporteringskrav enligt EU:s regler.

För vacciner och biologiska läkemedel är det av extra betydelse att batchnummer anges. För lista med biologiska läkemedel, se [Läkemedelsfakta på Läkemedelsverkets hemsida](#).

Vid myndigheternas godkännanden av nya läkemedel är endast de vanligaste biverkningarna och interaktionerna kända. Kunskapen om mer ovanliga biverkningar är ofta mycket begränsad. Att rapportera vid misstanke om biverkning är därför av stor betydelse för att klargöra riskprofilen hos nya läkemedel när de kommit i kliniskt bruk.



Läkemedel under utökad övervakning har en svart triangel med spetsen nedåt i läkemedlets bipacksedel, tillsammans med en kort mening som förklarar vad triangeln betyder: Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. För dessa läkemedel är det extra viktigt att rapportera in misstänkta biverkningar.

Regionala Biverkningsenheten på Klinisk farmakologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset utbildar och informerar sjukvården om läkemedelsbiverkningar och biverkningsrapportering och nås på:
biverkningsenheten@vgregion.se.

17. "Sköter själv"

HSLF-FS 2017:37 10 kap 1§ *Vid inskrivning av en patient i sluten vård ska hälso- och sjukvårdspersonalen ta ställning till om patienten har möjlighet att själv fortsätta ansvara för sin egen pågående läkemedelsbehandling eller om läkemedlet i stället ska administreras eller överlämnas av hälso- och sjukvårdspersonal.*

Patienten kan sköta delar av sin medicinering själv, som träning inför hemgång eller för att bevara/öka en självständighet i medicineringen. Sådana läkemedel som patienten är väl förtrogen med och själv sköter (t.ex. ögondroppar, salvor, inhalationer, insulin), kan undantagsvis förvaras inlåst vid patientens säng. Det får dock inte finnas risk för obehörig åtkomst och det ska framgå av läkemedelsjournal och omvårdnadsjournal att patienten

förvarar/sköter medicineringen själv. Sjuksköterskan följer upp hur intag/självmedicinering av läkemedel fungerar, samt att patienten tagit läkemedel enligt ordination, och dokumenterar detta i journalen enligt förvaltningens regelverk.

18. Patientens privata läkemedel

Vid ankomst till avdelningen är patienten ibland ordinerad läkemedel som inte finns tillgängligt. För att lösa ett akut behov kan man behöva använda patientens privata medicin. I dessa fall måste följande villkor vara uppfyllda:

- Inskrivande läkare ska ha bedömt behovet och ordinerat läkemedlet
- Givna doser ska journalföras enligt normal rutin
- Läkemedlets identitet måste vara helt fastställd (stöd för att identifiera tabletter finns på [FASS.se](https://fass.se)) och ska finnas i sin originalförpackning eller i öppenvårdsdospåsar, förutsatt att alla läkemedel i påsen används vid samma tidpunkt
- Läkemedlet ska bedömas vara i fullgott skick
- Läkemedlet ska förvaras väl åtskilt från ordinarie läkemedelssortiment
- I läkemedelsjournal ska framgå när privata läkemedel använts

Patienter ska endast undantagsvis använda privata läkemedel. För vissa patientbundna läkemedel kan det dock vara lämpligt, t.ex. inhalatorer, ögondroppar och insulin. Observera att det kan föreligga osäkerhet avseende identitet och effekt av medhavda läkemedel beroende på hur patienten förvarat dem. Patientens privata läkemedel får inte användas som ett led i avdelningens besparingskrav, utan bör beställas till enheten om patienten är ordinerad det.

Se även rutin [Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd i VGR](#).

19. Permissionsläkemedel/jourdoser

På vårdenheter och mottagningar kan man behöva lämna ut läkemedel till patient efter ordination av läkare. Det kan gälla behandling under permission eller s.k. jourdoser om öppenvårdsapotek inte är tillgängligt. Överlämnade doser ska dokumenteras i journalen. Det åligger den som lämnar ut jourdoser att se till att patienten, anhörig eller annan som stödjer patienten får adekvat information om praktisk hantering av läkemedlen. Se även rutin [Läkemedelshantering vid utskrivning från sjukhus och överföring mellan olika vårdformer i VGR](#).

För de vårdenheter som har slutenvårdsdos kan D-markerade permissionsläkemedel produceras efter överenskommelse med respektive slutenvårdsdosenhet.

Det finns olika sätt att iordningställa läkemedel som ska tas med hem, till exempel enkeldospåse eller dosett. Beakta läkemedlets hållbarhet utanför originalförpackning.

Förpackningen/dosetten ska märkas med:

- Patientens namn och personnummer
- Läkemedlets namn, läkemedelsform och styrka
- Datum för överlämnandet
- Anvisningar om läkemedlets användning inklusive dosering
- Signum av den som iordningställt förpackningen

Vid permission ska medicinlista för de datum som permissionen gäller alltid skrivas ut och lämnas till patienten, anhörig eller annan som stödjer patienten.

Vid träning inför utskrivning kan till exempel dosett eller dosexpederade läkemedel för en vecka användas. Dokumentation ska göras på samma sätt som för permissionsläkemedel.

20. Best practice iordningställande

20.1. Allmänt om best practice iordningställande

För att förebygga fel som kan leda till vårdskada vid hantering av läkemedel är det viktigt att uppmärksamma och hantera risker.

Personal på vårdenheter som hanterar läkemedel ska ha kännedom om så kallade högriskläkemedel och riskmoment vid iordningställande.

För att identifiera högriskläkemedel och riskmoment ska en lokal riskanalys utföras på varje enskild vårdenheter, enligt krav i Europarådets resolution [Om goda rutiner för iordningställande inom hälsovårdsinrättningar för läkemedel för parenteral användning](#) ("Best practice iordningställande"). I VGR avses riskanalys av alla läkemedelsformer, inte enbart parenterala läkemedel.

- *Högriskläkemedel* är sådana läkemedel vars felaktiga användning i högre grad än övriga läkemedel kan leda till allvarliga följder för patienten, enligt WHO:s definition ([Medication Safety in High-risk Situations \(who.int\)](#)). Antalet misstag vid användning av dessa läkemedel behöver inte vara fler jämfört med övriga läkemedel men konsekvensen av ett fel kan vara mer förödande för patienten.
- *Riskmoment* kan vara sådant som innebär risk för fel under iordningställandet och som kan leda till allvarliga följder för patienten, till exempel förväxlingsrisk eller att iordningställandet inte kan ske i en störningsfri miljö.

Syftet med en lokal riskanalys på vårdenheter är att medvetandegöra berörd vårdpersonal vilka läkemedel och arbetsmoment som innebär en risk på just den egna vårdenheten. Ett och samma läkemedel skulle kunna utgöra en risk i en verksamhet men inte en annan på grund av olika lokala förutsättningar såsom utformning av läkemedelsrum och hur ofta läkemedlet används. Information

om högriskläkemedel och riskmoment ska därför vara en del av introduktion av ny personal på vårdenheten och informationen ska hållas uppdaterad.

20.2. Utförande av riskanalys enligt best practice iordningställande

Vårdenhetschef/enhetschef ansvarar för att riskanalys genomförs men kan lämna uppgiften att utföra riskanalysen till annan personal. Det rekommenderas att läkemedelsansvarig sjuksköterska eller motsvarande utför riskanalysen, i samråd med vårdfarmaceut i förekommande fall.

Utförande

- Ladda ner [mall för riskanalys](#) (Mall 6 på [Mallar och blanketter - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)).
- Identifiera vårdenhetens högriskläkemedel och riskmoment. För denna bedömning används följande underlag:
 - Rapporterade läkemedelsavvikelser på enheten.
 - Exempel på kända högriskläkemedel och riskmoment i [Best practice Iordningställande](#), under rubrik "e1. Riskskattning" och "e2. Avvikelse", klass III Påtagligt ökad risk/Känd avvikelse.
 - Exempel i mallen på kända högriskläkemedel med förslag på åtgärder.
[Vägledning för högriskläkemedel – Högrisklista \(JOIKA\)](#) och [Vägledning för högriskläkemedel – Parenteralt Kalium](#) från Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
 - På [Läkemedelssäkerhet på 1 minut - ePed](#) finns exempel på risker och förslag på åtgärder.

Information om läkemedel kan också inhämtas från regionala spädningslistan, ePed-instruktioner, blandbarhetsdatabasen och läkemedlets produktinformation (Fass).

- Fyll i mallarna för högriskläkemedel respektive riskmoment: För varje identifierad risk, ange patientsäkerhetsrisker, eventuella åtgärder för att minska eller eliminera riskerna, och i förekommande fall ansvarig för åtgärden.

Under riskanalysen kan nya högriskläkemedel och riskmoment identifieras som inte tidigare finns listade i [Best practice Iordningställande](#) eller som exempel i mallen. För att identifierade risker ska komma andra till del, rekommenderas att en beskrivning av risken och eventuellt förslag på åtgärd skickas till eped-redaktionen VGR eped.vgr@vgregion.se. Detta gäller både läkemedel till barn och till vuxna. ePed-redaktionen tar vidare informationen till ePed:s nationella centralredaktion för riskskattning och eventuell publicering på [Best practice Iordningställande](#).

Efter riskanalys

Vårdenhetschef/enhetschef ansvarar för att:

- genomförd riskanalys för högriskläkemedel respektive riskmoment sparas på enheten tillgänglig för enhetens personal
- all personal som hanterar läkemedel på vårdenheten känner till enhetens högriskläkemedel, riskmoment och identifierade åtgärder (gäller även eventuell inlånad personal från andra enheter eller farmaceuter som inte har sin anställning där)
- information om enhetens högriskläkemedel och riskmoment ingår i introduktion av ny personal som ska hantera läkemedel på enheten
- riskanalys genomförs vid ändringar av exempelvis nya arbetssätt, nya läkemedel/förändrat sortiment vid upphandling, nya eller ändrade lokaler
- följa upp att identifierade åtgärder från riskanalysen efterlevs

Vårdenhetschef/enhetschef kan ge i uppgift till annan personal att genomföra punkterna ovan.

21. Versionshistorik

I denna tabell visas huvudsakliga ändringar för de fem senaste versionerna.

Version	Giltig från	Fastställd av	Huvudsakliga ändringar
1.0–2.0	2026-09-01	Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR Innehållsgranskning kopplat till RGL i egen regi är utförd av regional chefapotekare Sjukvårdsapotek VGR	Nytt dokument. Texten motsvarar version 5.0 av kapitel 5 i Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen med skillnaden att den är uppdaterad avseende att RGL tas över i regionens egen regi istället för att drivas av Apoteket AB, under hösten 2026. Version 5.0 av kapitel 5 i Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen är avstämd med Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Frida Hagnestål, (friha22), Apotekare

Granskad av: Frida Hagnestål, (friha22), Apotekare

Godkänd av: Ulla Delfs Moss, (ullmo9), Regionområdeschef

Dokument-ID: RHS19045-927500356-757

Version: 2.0

Giltig från: 2026-09-01

Giltig till: 2028-09-01