OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.



Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Frida Hagnestål, (friha22), Apotekare
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Ulla Delfs Moss, (ullmo9), Regionområdeschef
Giltig från: 2026-09-03
Giltig till: 2028-09-03

# Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen

***Observera:*** **RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[1].**

Regional rutin inom hälso- och sjukvård utarbetas på uppdrag och förvaltas av den regionala Läkemedelshanteringsgruppen med deltagare från berörda vårdförvaltningar.
Revideringsförslag stäms av med regionens utförare, beställare och kunskapsorganisationen.
Rutinen godkänns av ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR efter avstämning med Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR. Styrgruppen består av representanter från berörda vårdförvaltningar.

[1] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus:
Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.



VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

# Innehåll

Definitioner....11
1 Ansvar, rutiner och behörigheter....12
1.1 Regelverk....13
1.2 Övergripande ansvar....13
1.3 Verksamhetschefens ansvar....13
1.3.1 Ansvarsfördelning och rutiner....13
1.3.2 Krav på lokaler för läkemedelshantering....16
1.3.3 Hantering av receptblanketter....16
1.4 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar....17
1.4.1 Läkarens ansvar/behörighet....17
1.4.2 Sjuksköterskans ansvar/behörighet....18
1.4.3 Apotekare och receptariers (farmaceuters) ansvar/behörighet....19
1.4.4 Annan legitimerad personal....19
1.4.5 Studerande....19
1.4.6 Icke-legitimerad personal i ambulanssjukvården och räddningstjänsten....20
1.5 Delegering av iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel....21
1.5.1 Ansvar för delegering....22
1.6 Patientsäkerhet....25
1.7 Biverkningsrapportering....25
1.8 Läkemedelsförsäkring, patientförsäkring och patients anmälan om fel i vården....25
1.9 Medicinska gaser....26
1.10 Kommunala akutläkemedelsförråd....26
1.11 Dokumenthantering....27
1.13 Versionshistorik....28

2. Ordination ..... 31
2.1 Regelverk ..... 31
2.2 Allmänt om läkemedelsordination ..... 32
2.2.1 Ordinationssystem ..... 33
2.2.2 Läkemedelsordinationer till barn ..... 34
2.2.3 Planering av uppföljning eller avslut av läkemedelsbehandling ..... 35
2.3 Ordinationstyper ..... 35
2.3.1 Muntlig ordination ..... 35
2.3.2 Generella direktiv om läkemedelsbehandling ..... 36
2.4 Val av läkemedel ..... 37
2.4.1 Generika/synonyma läkemedel ..... 38
2.5 Sjuksköterskas justering av dosering ..... 39
2.6 Utlämnande av läkemedel utan recept ..... 40
2.7 Undantagshantering av läkemedel som inte omfattas av läkemedelsförmånerna ..... 40
2.8 Läkemedelsöverkänslighet ..... 41
2.9 Ordination ur kommunala akutläkemedelsförråd ..... 41
2.10 Ordination av läkemedelsnära produkter ..... 41
2.11 Ordination av vaccin ..... 42
2.7 Versionshistorik ..... 43
3 Beställning ..... 45
3.1 Allmänt ..... 45
3.2 Läkemedelssortiment i VGR ..... 46
3.3 Läkemedelsförråd och PNL/VNL-sortiment ..... 47
3.4 Beställningar till patientnära läkemedelsförråd (PNL) ..... 48
3.4.1 För beställare på sjukhus ..... 49
3.4.2 För beställare utanför sjukhusförvaltning ..... 50

3.4.3 Leverans och kvittensförfarande....51
3.4.4 Leveransavvikelser....52
3.4.5 Resthantering....53
3.5 Boka och hämta läkemedel i VNL (gäller endast sjukhus)....53
3.6 Hämta läkemedel från annat PNL (gäller endast sjukhus)....54
3.7 Övriga läkemedel....54
3.7.1 Läkemedelsnära produkter och handelsvaror....54
3.7.2 Hemofililäkemedel....55
3.7.3 Licensläkemedel....55
3.7.4 Centralt godkända läkemedel som inte är marknadsförda i Sverige....55
3.7.5 Läkemedel inom tillgänglighetsprogram och CUP....55
3.7.6 Medicinsk gas....56
3.7.7 Advanced Therapy Medicinal Products....56
3.8 Retur av läkemedel....57
3.9 Reservrutin....58
3.9.1 Reservrutin för beställare i Hamlet....58
3.9.2 Reservrutin för beställare från Extemporetillverkning (gäller sjukhus)....60
3.10 Versionshistorik....61
4. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd....64
4.1. Regelverk....64
4.2. Allmänt om läkemedelsförvaring....65
4.3 Patientnära Läkemedelsförråd (PNL)....66
4.3.1 Läkemedel utanför låst förvaringsutrymme....66
4.3.2 Skötsel av PNL....67
4.3.3 Hantering vid temperaturavvikelser....69

4.4 Indragning, återkallelse av dospåsar och reklamationer....71
4.4.1 Indragning....71
4.4.2 Återkallelse av dospåsar....72
4.4.3 Reklamationer....72
4.5 Patientens privata läkemedel....73
4.5.1 Förvaring av patientens privata läkemedel....73
4.5.2 Kassation av patientens privata läkemedel....74
4.6 Kassation av läkemedel....74
4.7 Utformning av läkemedelsförråd....74
4.8 Versionshistorik....76
5 Iordningställande och administrering/överlämnande....79
5.1 Regelverk....80
5.2 Kontroller vid iordningställande och administrering eller överlämnande....80
5.3 Märkning av iordningställt läkemedel....81
5.4 Hållbarhet och användningstider....82
5.5 Dokumentation....83
5.6 Hantering av arbetsmiljöfarliga läkemedel....84
5.6.1 Iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet....84
5.6.2 Iordningställande av cytostatika....85
5.7 Iordningställande och administrering eller överlämning av perorala läkemedel....86
5.7.1 Tablett/kapsel....86
5.7.2 Dela/krossa....86
5.7.3 Orala flytande läkemedel....87
5.7.4 Läkemedel via sond....87
5.7.5 Slutenvårdsdos....88

5.8 Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel för injektion och infusion ..... 89
5.8.1 Injektionsvätskor ..... 89
5.8.2 Infusionslösningar ..... 90
5.8.3 Spädningsinstruktioner ..... 90
5.8.4 Hygien- och arbetsinstruktioner ..... 91
5.8.5 Kontroll inför administrering ..... 93
5.8.6 Start av infusion och kontroll av pågående infusion ..... 93
5.9 Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel för inhalation ..... 94
5.10 Iordningställande och administrering eller överlämnande av övriga beredningsformer ..... 94
5.11 Patientbundna läkemedel ..... 95
5.12 Utbyte till generika/synonyma läkemedel ..... 95
5.13 Tider för administrering/överlämnande ..... 96
5.14 Information och uppföljning ..... 96
5.14.1 Läkemedelsöverkänslighet ..... 97
5.15 Antidoter ..... 97
5.16 Biverkningsrapportering ..... 98
5.17 ”Sköter själv” ..... 99
5.18 Patientens privata läkemedel ..... 99
5.19 Permissionsläkemedel/jourdoser ..... 100
5.20 Best practice iordningställande ..... 101
5.20.1 Allmänt om best practice iordningställande ..... 101
5.20.2 Utförande av riskanalys enligt best practice iordningställande ..... 101
5.21 Versionshistorik ..... 104
6 Administrering / överlämnande ..... 107
7 Utskrivning från sjukhus och överföring mellan olika vårdformer ..... 108

7.1 Regelverk....108
7.2 Insändande/remittering till sjukhus....109
7.3 Överflyttningar mellan vårdavdelningar....109
7.4 Utskrivning från sjukhus....109
7.4.1 Läkemedelsordination vid utskrivning....109
7.4.2 Information till patient....110
7.4.3 Information till nästa vårdgivare....112
7.4.4 Läkemedelsbehandling utan avbrott....112
7.5 Versionshistorik....113
8 Arbetsmiljöaspekter....114
8.1 Regelverk....114
8.2 Systematiskt arbetsmiljöarbete....114
8.3 Cytostatika och andra särskilt farliga läkemedel....116
8.4 Läkemedel med risk för överkänslighet....116
8.5 Radioaktiva läkemedel....117
8.6 Anestesigaser och gasflaskor....117
8.7 Gravida och ammande....117
8.8 Versionshistorik....118
9 Miljöaspekter och läkemedelsavfall....119
9.1 Regelverk....119
9.2 Hantering och sortering av läkemedelsavfall....120
9.2.1 Kärl och etikettering....120
9.2.2 Sortering....120
9.2.3 Hämtning av avfall....120
9.2.4 Kassation av narkotikaklassade läkemedel....121
9.2.5 Elektrolytlösningar och parenteral nutrition utan läkemedelstillsatser....121

9.2.6 Förpackningar och förbrukningsmaterial ....121
9.3 Läkemedelsavfall från KAF ....122
9.4 Läkemedelsavfall från privatpersoner ....122
9.5 Versionshistorik....123
10 Kvalitetssäkring ....124
10.1 Regelverk....124
10.2 Rutiner för läkemedelshantering ....125
10.3 Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ....125
10.3.1 Enkät för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ....125
10.3.2 Övergripande kvalitetshöjande aktiviteter....126
10.4 Avvikelserapportering ....126
10.4.1 Avvikelser i läkemedelsförsörjning eller gällande läkemedlens kvalitet ....127
10.5 Versionshistorik....128
11 Narkotikaklassade läkemedel ....129
11.1 Regelverk....129
11.2 Definitioner....130
11.3 Ansvar och lokala rutiner ....130
11.4 Beställning....131
11.5 Förvaring i PNL....131
11.6 Förbrukningsjournal ....132
11.7 Signaturlista....134
11.8 Hanteringsrutiner vid uttag/tillförsel ....134
11.8.1 Tillförsel/Uttag PNL....134
11.8.2 Uttag VNL ....135
11.8.3 Hämta narkotikaklassade läkemedel från annat PNL....135
11.9 Inventering, kontroll och dokumentation ....135

11.9.1 Inventering av lagersaldo....136
11.9.2 Kontroll av levererad mängd mot tillförd mängd....136
11.9.3 Stickprov mot patientjournal....136
11.10 Avvikelsehantering....136
11.11 Versionshistorik....138
12 Medicinska gaser....139
12.1 Regelverk....139
12.2 Allmänt....140
12.3 Ansvar....140
12.3.1 Ansvar för gashantering inom vårdinrättning....140
12.3.2 Ansvar för ordination, iordningställande och administrering....141
12.4 Hantering av gasflaskor....141
12.5 Tillsyn av medicinska gaser....142
12.6 Medicinska gaser i kommunal primärvård....142
12.7 Utbildning....142
12.8 Versionshistorik....143
13 Licensläkemedel....144
13.1 Regelverk....144
13.2 Hantering av licenser....145
13.2.1 Inför start av licensärende - *Förskrivaren*....145
13.2.2 Licensmotivering - *Förskrivaren*....146
13.2.3 Handläggning och beslut av licensärendet – *Apotek/Läkemedelsverket/Förskrivaren*....148
13.2.4 Beställning till vårdenhet....149
13.2.5 Användning av licensläkemedel....150
13.3 Licensläkemedel på radiofarmakaenhet....150
13.4 Licensläkemedel vid utskrivning från vårdenhet....151

13.7 Versionshistorik.....152

# Definitioner

Här listas enbart definitioner för vad som avses i denna rutin. Övriga, allmänna, definitioner återfinns i VGR Informatik och Standardisering - OLLI Begreppstjänst. . I OLLI finns valmöjlighet att söka i ordlista ”VGR gemensam” eller ”Sjukvårdsapotek VGR”. Grundläggande begrepp för läkemedelshantering finns i föreskrift HSLF-FS 2017:37 med tillhörande Handbok.

| Begrepp | Definition |
|---|---|
| **Lokal rutin** | Avser rutin på enhetsnivå för en eller flera enheter |
| **Lokala tillägg** | Avser förvaltningsövergripande riktlinjer/rutiner som kompletterar Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen |
| **RGL** | RegionGemensamt Läkemedelslager drivet av Apoteket AB[2]. RGL ansvarar för utlämnande av rekvisitions-läkemedel till vårdenheter på sjukhusförvaltning. |
| **Signatur** | Avser signum eller annan namnförkortning, ofta i form av initialer, som används för att styrka riktighet och säkerställa spårbarhet |
| **Verksamhetschef** | Enligt föreskrift den som har det övergripande ansvaret för verksamheten inklusive läkemedelshantering. Ansvar, som enligt denna rutin ligger hos verksamhetschef, kan i många fall skötas av vårdenhetschef/enhetschef, se mall 3 Ansvarsbeskrivning för vårdenhetschef och enhetschef |

[2] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus:
Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

# 1 Ansvar, rutiner och behörigheter

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[3]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel: 1. Ansvar, rutiner och behörigheter, Version 6, Giltig från 2026-02-23

## Huvudsakliga ändringar i denna version

Version 6.0, 2026-02-23: Nytt namn på kapitlet. Genomgående ändrat avsnittsnumrering och strukturerat om text i kapitlet. 1.2. Lagt till information om förvaltningars beslut att tillämpa rutinen och länk till ny mall 1 Sammanställning av innehåll i lokal läkemedelshanteringsrutin. 1.3.1 Text om ansvarsfördelning och rutiner har omarbetats och förtydligats. Text om ansvarsbeskrivning/överenskommelse gällande vårdfarmaceuter har lagts till. Ansvar för att kontrollera och ta bort inaktuella användare/behörigheter i Hamlet har lagts till. 1.3.2 Lagt till att arbetsmiljöavvikelser ska rapporteras i MCP. 1.3.3 Ny avsnittsrubrik Hantering av receptblanketter med utökad information om detta 1.4 Lagt till länk till Socialstyrelsen. 1.4.1 Justerat text om sekretess. 1.4.4 Lagt till Tandläkare. 1.4.6 Tagit bort text om att man inte får delegera läkemedelshantering inom ambulanssjukvård. 1.5 Text har anpassats utifrån ny föreskrift för delegering av läkemedelshantering 9 kap HSLF-FS 2017:37, 2026-01-01. Tagit bort tidigare avsnitt 1.4.2 Assistera utan delegering. Under avsnitt 1.5 framgår nu att begreppet ”handräckning” inte finns när det gäller läkemedelshantering. 1.5.1 Lagt till information om tilldelning av behörighet i journalsystem för att hantera dokumentation vid delegering. 1.6. Justerat text om patientsäkerhet. Avsnitten Läkemedelsförsäkring, Patientförsäkring samt Patienters anmälan om fel i vården har slagits ihop till 1.8. Tagit bort hänvisning till ”VGRs tidigare riktlinje för tillämpning av Socialstyrelsens föreskrift för läkemedelshantering”. Redaktionella

[3] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus: Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

ändringar. Regional mall 2, 3, 4, 5, 11, 13, 16, 17, 20a och 20b har reviderats och fått ny grafisk profil.

## 1.1 Regelverk

I detta kapitel återfinns aktuella regelverk under respektive avsnitt.

## 1.2 Övergripande ansvar

Vårdgivaren ska systematiskt och fortlöpande utveckla och säkerställa vårdens kvalitet. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem där de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet identifieras, beskrivs och fastställs.

För varje process ska ingående aktiviteter identifieras och tillhörande rutiner fastställas (SOSFS 2011:9). Läkemedelshantering är en process i ledningssystemet. Då det ofta förekommer att patienter flyttas mellan olika enheter och vårdformer är det nödvändigt att rutiner för läkemedelshantering utformas enhetligt.

Inom VGR tas rutiner för läkemedelshantering fram i tre nivåer där varje undernivå är komplement till den ovanför

1. Regionalt
2. Förvaltning
3. Lokalt per verksamhetsområde eller enhetsnivå

För information om vilka förvaltningar som fattat beslut om att tillämpa de regionala rutinerna se Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben. Mall 1 Sammanställning av innehåll i lokal läkemedelshanteringsrutin beskriver vad som ska finnas lokalt beskrivet i enhetens/verksamhetens lokala läkemedelshanteringsrutin.

## 1.3 Verksamhetschefens ansvar

### 1.3.1 Ansvarsfördelning och rutiner

Verksamhetschefen ansvarar för att fastställa ändamålsenliga rutiner och fördela ansvaret för läkemedelshanteringen inom verksamhetsområdet.

Verksamhetschefen kan skriftligen överlåta enskilda ledningsuppgifter till namngiven person som har tillräcklig kompetens och erfarenhet för uppgiften, såsom vårdenhetschef/enhetschef (4 kap. 5§ Hälso- och sjukvårdsförordning 2017:80). För detta används mall 3 Ansvarsbeskrivning för vårdenhetschef och enhetschef.
Verksamhetschefen har fortfarande det övergripande ansvaret för

uppgifterna. Verksamhetschefen har även det övergripande ansvaret för delegering av läkemedelshantering, vilket beskrivs i 1.5 Delegering av iordningställande, administrering och/eller överlämnande av läkemedel.

### Verksamhetschefen ansvarar för att:

- fastställa lokala rutiner som komplement till regional rutin för att beskriva lokala förutsättningar. Framtagandet av dessa lokala rutiner samt att göra dem kända för berörd personal kan utföras av vårdenhetschef/enhetschef, läkemedelsansvarig läkare och/eller läkemedelsansvarig sjuksköterska på uppdrag enligt mall 3, mall 2 och mall 4.
- personer med ansvar över läkemedelshantering utses och ges tid för sina uppdrag:
    - Läkemedelsansvarig läkare, se mall 2 Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig läkare. Detta kan vara samma person som medicinskt ansvarig läkare. Denna ska utses av verksamhetschef.
    - Läkemedelsansvarig sjuksköterska, se mall 4 Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig sjuksköterska
    - Kontrollansvarig narkotika, se mall 5 Ansvarsbeskrivning för kontrollansvarig narkotika
    - Gasansvarig (medicinsk gas på flaska), se mall 13 Ansvarsbeskrivning gasansvarig (medicinsk gas på flaska)

  Om det finns vårdfarmaceut knuten till enheten ska det finnas ansvarsbeskrivning för avdelningsfarmaceut eller klinisk farmaceut, alternativt motsvarande överenskommelse med Sjukvårdsapotek VGR lokalt, för att tydliggöra ansvaret mellan farmaceut och övrig vårdpersonal.
- introduktionsutbildning för nyanställd personal och fortbildning för all personal om aktuella rutiner finns. För sjukhus se mall 16 Introduktionschecklista för sjuksköterskor angående läkemedelshantering på sjukhus respektive mall 17 Introduktionschecklista för läkare angående läkemedelshantering på sjukhus.
- signaturlista med namn, namnteckning och signatur finns för personal som är involverad i läkemedelshantering. Detta för att ge en spårbarhet för signaturer, t.ex. på etiketter injektioner/infusioner, vid journalföring för narkotikaklassade läkemedel eller vid tillämpning av reservrutin (se mall 11 Signaturlista).

- utse beställare av läkemedel. Utsedda beställare ska framgå i enhetens lokala läkemedelshanteringsrutin (mall 4 Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig sjuksköterska och översikt mall 12 Behöriga beställare läkemedel). Beställare ska utses restriktivt. Det är dock viktigt att det finns tillräckligt många behöriga beställare för att tillgodose verksamhetens behov av läkemedel. En eller flera ersättare för läkemedelsansvarig kan utses vid behov.
- behörigheter i Hamlet kontinuerligt kontrolleras och inaktuella användare/behörigheter i Hamlet tas bort. Se även manual för Hamlet under Hjälp.
- fortlöpande följa upp läkemedelshanteringen inom verksamhetsområdet och säkerställa att rutinerna och ansvarsfördelningen tillgodoser kraven på kvalitet och säkerhet i vården. Se även kapitel 10 Kvalitetssäkring.
- lokaler och utrustning som används vid iordningställande av läkemedel är ändamålsenliga enligt avsnitt 1.3.2 Krav på lokaler för läkemedelshantering.
- utse en person som ansvarig för vårdenhetens receptblanketter enligt avsnitt 1.3.3 Hantering av receptblanketter.
- övergripande ansvara för delegering av läkemedelshantering enligt avsnitt 1.5 Delegering av iordningställande, administrering och/eller överlämnande av läkemedel.
- avvikelser inom verksamheten rapporteras, utreds och följs upp. Verksamhetschefen är ansvarig för hela avvikelsehanteringen inom sin verksamhet. I ansvaret ingår att lyfta allvarligare händelser för dialog till chefläkare som tar ställning till lex Maria-anmälan. Förvaltningsövergripande rutiner ska finnas för bedömning om en avvikelse ska anmälas enligt lex Maria.

Lokala tillägg:

NU-sjukvården

Närhälsan

Regionhälsan

SkaS

SU

SV

SÄS

## 1.3.2 Krav på lokaler för läkemedelshantering

Arbetsplatsen ska vara avskild från annan verksamhet, ha god belysning, bra hygienförhållanden och vara utformad så att iordningställandet kan utföras utan att man blir störd. Skriftliga hygien- och arbetsrutiner för iordningställande av sterila läkemedel ska finnas. Se kapitel 5 Iordningställande och administrering/överlämnande.

Vid ny- och ombyggnad av läkemedelsrum ska ett flertal krav uppfyllas. Kontakta Sjukvårdsapotek VGR lokalt respektive apotekare inom Närhälsan eller Regionhälsan för rådgivning. Se även kapitel 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd.

Alla chefer med arbetsmiljöansvar har ett ansvar gällande arbetsmiljöfarliga läkemedel som hanteras på vårdenheten, t.ex. cytostatika och allergena läkemedel. Särskilda arbetsmiljöföreskrifter finns för anestesigaser och gasflaskor. Ansvaret omfattar även läkemedels påverkan på den yttre miljön. Se kapitel 8 Arbetsmiljöaspekter och kapitel 9 Miljöaspekter och läkemedelsavfall. Avvikelser gällande arbetsmiljö ska alltid rapporteras i MedControl Pro.

## 1.3.3 Hantering av receptblanketter

Pappersblanketter ska bara användas vid undantag från kravet på elektronisk förskrivning se Receptblanketter - Vårdgivarwebben. Om de används, ska de förvaras korrekt och hanteras enligt nedan.

Elektronisk förskrivning är huvudregel vid utfärdande av recept till människa. Förskrivning av läkemedel ska göras via e-recept i vårdenhetens journalsystem när så är möjligt. Saknas tillgång till vårdenhetens journalsystem, till exempel utanför ordinarie arbetsplats, kan Förskrivningskollen användas (gäller även pensionerade förskrivare och vid så kallad fritidsförskrivning). För mer information om fritidsförskrivning se Arbetsplatskoder - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen

Receptblanketter ska förvaras inlåsta och kvitteras ut av respektive förskrivare. Antal utlämnade receptblanketter och dess serienummer ska registreras, exempelvis i en förbrukningsjournal för narkotikaklassade läkemedel. Utlämnade receptblanketter förvaras inlåsta hos respektive förskrivare som har personligt ansvar för dessa.

Receptblanketterna ska vara försedda med arbetsplatskod och förskrivarkod i form av streckkoder som kan läsas av maskinellt av apoteket.

Vårdenheten kan även beställa separata klisteretiketter eller receptblanketter försedda med arbetsplatskod samt gruppförskrivarkod för AT-läkare (9000001) som kan användas av AT-läkare på enheten som saknar personlig förskrivarkod. För information om beställning av receptblanketter och klisteretiketter se Receptblanketter Vårdgivarwebben.

Då förskrivaren slutar sin tjänstgöring på enheten ska receptblanketterna/klisteretiketterna med personlig förskrivarkod återlämnas och kvitteras, därefter destrueras de. Receptblanketter utan personlig förskrivarkod återlämnas till ansvarig för kvittering.

Lokala tillägg:

SkaS

Närhälsan

## 1.4 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal bär själv ansvaret för hur arbetsuppgifterna utförs.

Vem som får utföra vilka arbetsuppgifter framgår här Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? - Socialstyrelsen.

### 1.4.1 Läkarens ansvar/behörighet

- enkel läkemedelsgenomgång/fördjupad läkemedelsgenomgång, se även Regional Medicinsk Riktlinje (RMR) Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse
- ordination av läkemedel - tydlig och samlad bild av patientens totala läkemedelsbehandling, med fördel används Nationella Läkemedelslistan (NLL), se även kapitel 2 Ordination
- iordningställa läkemedel samt dokumentera iordningställandet
- överlämna/administrera läkemedel till patienten samt dokumentera överlämnandet/administreringen
- rapportera biverkningar, se även avsnitt 1.7 och kapitel 5 Iordningsställande och administrering/överlämnande, avsnitt Biverkningsrapportering.
- dokumentation av eventuell överkänslighetsreaktion, se även kapitel 2, avsnitt Läkemedelsöverkänslighet
- uppföljning och dokumentation av behandlingsresultat

- tydlig patientinformation inklusive aktuell läkemedelslista och vid receptförskrivning ge information om att utbyte kan komma att ske på öppenvårdsapotek
- bedöma patientens förmåga att klara sin läkemedelshantering själv/med hjälp av närstående (egenvård) eller om ansvaret bör tas över av sjuksköterska (hälso- och sjukvård), samt bedöma behov av dosdispensering i öppenvård enligt Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Öppenvårdsdos.

**På sjukhus gäller även:**

- att patientens epikris med aktuell läkemedelslista översänds till ansvarig läkare (i tillämpliga fall även ansvarig sjuksköterska) inom öppen hälso- och sjukvård.
- att skriva läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista som skickas till nästa vårdgivare och överlämnas till patienten, se även RMR Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse.

Observera att patientens medgivande ska inhämtas för översändande av handlingar, se SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag.

Reglerna för inre respektive yttre sekretess gäller, dvs om informationen skickas inom vårdgivaren respektive till annan vårdgivare (inom respektive utanför VGR). Inom vårdgivaren, till exempel från sjukhus i VGR till offentlig vårdcentral i VGR (Närhälsan), behövs ej medgivande.

## 1.4.2 Sjuksköterskans ansvar/behörighet

Den som anställs som sjuksköterska inom region och kommun måste enligt huvudregeln ha sjuksköterskelegitimation. Undantag från legitimationskravet för vikarier ska alltid prövas av Socialstyrelsen, se Hälso- och sjukvårdsförordning 2017:80.

- iordningställa ordinerade läkemedel samt dokumentera iordningställandet
- överlämna/administrera läkemedel till patienten samt dokumentera överlämnandet/administreringen
- dokumentera patientens eventuella behov av stöd och hjälp i samband med läkemedelsbehandlingen
- dokumentera eventuella muntliga ordinationer
- rapportera till ansvarig läkare iakttagelser i samband med läkemedelsbehandling
- göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet innan ett läkemedel med stöd av ett generellt direktiv om

läkemedelsbehandling iordningställs och administreras eller överlämnas samt kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer, se även kapitel 2 Ordination, avsnitt Generella direktiv om läkemedelsbehandling

- rapportera biverkningar, se även avsnitt 1.7 och kapitel 5 Iordningsställande och administrering/överlämnande, avsnitt Biverkningsrapportering

## 1.4.3 Apotekare och receptariers (farmaceuters) ansvar/behörighet

- iordningställa ordinerade läkemedel samt dokumentera iordningställandet
- överlämna läkemedel till patienten samt dokumentera överlämnandet
- rapportera biverkningar, se även avsnitt 1.7 och kapitel 5 Iordningsställande och administrering/överlämnande, avsnitt Biverkningsrapportering

## 1.4.4 Annan legitimerad personal

**HSLF-FS 2017:37, 7 kap, 1, 2, 3, 4, 6 §§**

- *Tandläkare är behöriga att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel.*
- *Fysioterapeuter är behöriga att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel som ska ges till patienter i samband med fysioterapi.*
- *Sjukhusfysiker är behöriga att iordningställa radioaktiva läkemedel och överlämna perorala radioaktiva läkemedel.*
- *Biomedicinska analytiker, tandhygienister, röntgensjuksköterskor och de barnmorskor som inte är sjuksköterskor är behöriga att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel inom sina respektive kompetensområden.*
- *Optiker är behöriga att iordningställa och administrera de läkemedel som de är behöriga att rekvirera, dock inte till barn under åtta år.*

## 1.4.5 Studerande

### Läkarstuderande

Förutom legitimerade läkare är den som har särskilt förordnande att utöva yrket behörig att ordinera och rekvirera läkemedel för behandling

av människa (HSLF-FS 2021:75). Hur studerande eller examinerade läkare utan svensk legitimation kan förordna regleras i HSLF-FS 2022:20.

### Sjuksköterskestuderande

**HSLF-FS 2017:37 7 kap 7 §** *Studenter som genomgår verksamhetsförlagd utbildning och de personer som enligt beslut av Socialstyrelsen gör praktisk tjänstgöring i syfte att få svensk legitimation som sjuksköterska får iordningställa, administrera och överlämna läkemedel under tillsyn av sådan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som anges i HSLF-FS 2017:37 7 kap. 1–4 §§.*

Studentens handledare kan inte avsäga sig ansvaret vid eventuellt uppkomna misstag.

Tillsynen ska ske i den omfattning som krävs för att säkerställa att patienten får en god och säker vård. Vilken grad av tillsyn och kontroll som krävs är ytterst en fråga för vårdgivaren att avgöra. Rutiner som beskriver vilken läkemedelshantering som studenterna får utföra, och vilken grad av tillsyn och kontroll som krävs för olika moment, kan vara ett bra stöd till den hälso- och sjukvårdspersonal som ska ansvara för tillsynen.

Studerande i påbyggnadsutbildning kan under eget ansvar få utföra arbetsuppgifter som ligger inom ramen för deras tidigare grundutbildning.

## 1.4.6 Icke-legitimerad personal i ambulanssjukvården och räddningstjänsten

Icke-legitimerad personal i ambulanssjukvården och räddningstjänsten får med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställa och administrera följande läkemedel till en patient utan att en sjuksköterska har gjort en behovsbedömning:

1. medicinsk oxygen
2. läkemedel som innehåller naloxon och som enligt sitt godkännande kan administreras av andra personer än hälso- och sjukvårdspersonal

# 1.5 Delegering av iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel

### Allmänt om delegering

Delegering betyder att behörig hälso- och sjukvårdspersonal ger någon annan personal rätt att utföra en arbetsuppgift som den annars inte får göra.

För att få iordningställa, administrera och överlämna läkemedel ska en person antingen ha behörighet enligt 7 kap. eller ha fått en delegering enligt reglerna i 9 kap HSLF-FS 2017:37. Någon möjlighet att genom ”handräckning” eller annat liknande förfarande få rätt att utföra de reglerade uppgifterna finns inte. Begreppet ”handräckning” finns inte när det gäller läkemedelshantering.

Som övergripande princip gäller att kravet på god och säker vård måste tillgodoses vid delegering av läkemedelshantering. Det är endast iordningställande, administrering och överlämnande som får delegeras inom läkemedelshantering.

Alla delegeringar som avser läkemedelshantering ska vara skriftliga, personliga, tidsbegränsade (max 1 år) och gälla för en viss verksamhet. Alla delegeringar ska sparas enligt gällande informationshanteringsplan. Se mallar för uppdrag och delegeringsbeslut: mall 20a och mall 20b.

Ett beslut om delegering ska följas upp, minst en gång per år.

Delegeringsbeslut är kopplade till en viss verksamhet och därmed inte knutet till den som fattat delegeringsbeslutet. Detta innebär att delegeringsbeslut inte upphör att gälla när den som fattat beslutet slutar sin tjänst.

Rutiner fastställda av verksamhetschef ska beskriva i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera läkemedelshantering i den aktuella verksamheten.

### Regelverk gällande delegering

I patientsäkerhetslagen (2010:659, 6 kap. 3 § PSL) finns grundläggande reglering av delegering. Där anges att hälso- och sjukvårdspersonal bara får delegera arbetsuppgifter när det är förenligt med kravet på en

god och säker vård och att den som delegerar ansvarar för att den som tar emot delegeringen har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

Regelverk för delegering av iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel finns i Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2017:37 9 kap. Delegering av iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel. Reglerna ändrades den 1 januari 2026, då föreskriften SOSFS 1997:14 utgick och HSLF-FS 2017:37 uppdaterades gällande delegering av läkemedelshantering. Andra arbetsmoment än inom läkemedelshantering regleras inte längre.

De nya föreskrifterna innebär också att det blivit möjligt att delegera läkemedelshantering inom all hälso- och sjukvård och tandvård. Administrering av läkemedel vid lokalanestesi genom ledningsblockad inom tandvården får dock inte delegeras eller överlåtas på något annat sätt. Se Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2025:51) om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter inom tandvården .

Enligt HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, får vårdgivaren ett tydligare ansvar för delegering av läkemedelshantering i verksamheten, kopplat till vårdgivarens ansvar för systematiskt kvalitetsarbete. Verksamhetschefen har inte något utpekat ansvar för delegering av läkemedelshantering i HSLF-FS 2017:37. Utöver det ansvar och de uppgifter som verksamhetschefen har enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, är det vårdgivaren som bestämmer vilket ansvar och vilka uppgifter som verksamhetschefen ska ha. Verksamhetschefens ansvar kopplat till kraven för delegering enligt de nya föreskrifterna (HSLF-FS 2017:37 9 kap. 1-9 §§) beskrivs därför i denna rutin.

## 1.5.1 Ansvar för delegering

### Verksamhetschefen ansvarar för att

- besluten om delegering är förenliga med god och säker vård
- risker med delegering i verksamheten analyseras
    - resultatet av riskanalysen ligger till grund för verksamhetens rutiner om delegering för i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera läkemedelshantering i den aktuella verksamheten
- fastställa rutiner för vilken kunskap och kompetens som krävs av den som genom beslut om delegering får hantera läkemedel i

den aktuella verksamheten. Att göra dessa rutiner kända för berörd personal kan utföras av vårdenhetschef/enhetschef, läkemedelsansvarig läkare och/eller läkemedelsansvarig sjuksköterska på uppdrag av verksamhetschef (enligt mall 3, mall 2 och mall 4).

- utse de sjuksköterskor/tandläkare/läkare som får delegera moment inom läkemedelshantering samt vilken kompetens delegerande person ska ha för uppdraget enligt mall 20a. Uppgiften kan utföras av vårdenhetschef/enhetschef som fått detta uppdrag enligt mall 3.
    - om vårdenhetschef/enhetschef ger delegeringsuppdrag ska detta delges till verksamhetschef
- delegeringsbeslut ska vara tidsbegränsade till max 1 års giltighet
- följa upp att besluten om delegering i verksamheten uppfyller god och säker vård minst en gång per år, vilket inkluderar:
    - att delegerade arbetsuppgifter stöds av ett giltigt delegeringsbeslut
    - att säkerställa att kontroll utförts av att mottagarens kunskaper är aktuella
    - att dokumentera uppföljningen av delegeringsbeslut
- återkalla delegeringsbeslut som inte längre är förenliga med en god och säker vård.
  Uppgiften kan utföras av vårdenhetschef/enhetschef som fått detta uppdrag enligt mall 3.
    - återkallelse av delegeringsbeslut ska dokumenteras på delegeringsbeslutet
    - om vårdenhetschef/enhetschef återkallar delegeringsbeslut ska detta delges till verksamhetschef

Möjlighet finns även att delegera läkemedelshantering mellan olika verksamheter och/eller vårdgivare. Verksamhetschefens ansvar omfattar i så fall även den läkemedelshantering som utförs av personal som har fått en delegering av en anställd i verksamheten, men som är anställd i en annan verksamhet. I dessa fall behövs en överenskommelse mellan verksamheterna /vårdgivarna. Delegering av läkemedelshantering mellan personal i olika verksamheter beskrivs i Socialstyrelsens handbok Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

### Den som ger en delegering

- ska ha kunskap och kompetens för uppgiften som ska delegeras
- ska genomgå utbildning som ger kunskap om aktuella lagar, föreskrifter och delgeringsförfarandet, inklusive ansvarsfördelning
- ansvarar för att kontrollera att den som tar emot en delegering har
    - kunskap och kompetens för att utföra uppgiften på ett korrekt och patientsäkert sätt
    - kunskaper om de risker som är förenade med läkemedelshanteringen
- ska dokumentera på delegeringsbeslutet (mall 20b) att den som tar emot delegeringen genomfört utbildning med godkänt resultat samt uppvisat praktiska färdigheter för den delegerade uppgiften
- ansvarar under eget yrkesansvar för
    - sin bedömning av mottagarens kunskap och kompetens
    - beslutet att delegera uppgiften men inte för hur uppgiften fullgörs (2010:659, 6 kap. 2 § PSL)
    - ansvarar för att meddela verksamhetschef om den delegering som givits (kopia av delegeringsbeslut)

### Den som tar emot en delegering

- ska ha dokumenterade kunskaper om hantering om läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen
- ska ha den kunskap och kompetens som krävs för att kunna utföra uppgiften på ett korrekt och patientsäkert sätt
- ska genomgå utbildning inom följande områden
    - allmänt vad som gäller vid delegering inklusive ansvarsfördelning
    - basutbildning om läkemedelshantering
    - journalföring av läkemedel
    - riktad utbildning för delegerad uppgift
- ska ha godkänt resultat i kunskapstest som berör delegering allmänt och delegerad uppgift
- ska uppvisa praktiska färdigheter för den som ger delegeringen
- bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör uppgiften ( 2010:659, 6 kap. 2 § PSL)
- är själv hälso- och sjukvårdspersonal vid utförande av den delegerade uppgiften (2010:659, 1 kap. 4 § p 3 PSL)

För uppdrag och delegeringsbeslut se mall 20a och mall 20b.

Behörighet i aktuellt journalsystem måste tilldelas den som tar emot en delegering för att kunna journalföra de läkemedel som delegeringen avser. För dokumentation i journalsystem se kapitel 5 Iordningställande och administrering/överlämnande avsnitt 5.5 Dokumentation.

Lokala tillägg: SkaS

## 1.6 Patientsäkerhet

Rapportering av negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för all personal inom hälso- och sjukvården. Den som upptäcker en avvikelse ska rapportera in den i MedControl PRO, se även kapitel 10 Kvalitetssäkring.

## 1.7 Biverkningsrapportering

I hälso- och sjukvården är det anställd hälso- och sjukvårdspersonal som sköter rapporteringen av biverkningar till Läkemedelsverket. Med hälso- och sjukvårdspersonal avses här läkare, tandläkare, sjuksköterskor och farmaceuter. Men formellt sett är det den huvudansvariga för verksamheten, den så kallade sjukvårdshuvudmannen, som har ansvar att se till att rapportering av misstänkta biverkningar utförs.

**HSLF-FS 2016:50 19 §** *Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska snarast rapportera samtliga misstänkta biverkningar av läkemedel till Läkemedelsverket. Även misstänkta biverkningar som har samband med exponering i arbetet ska rapporteras.*

Se kapitel 5 Iordningställande och administrering/överlämnande, avsnitt Biverkningsrapportering

## 1.8 Läkemedelsförsäkring, patientförsäkring och patients anmälan om fel i vården

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659, kapitel 3, §8) är personal som arbetar inom hälso- och sjukvården skyldig att upplysa patienten om möjligheten att begära ersättning från Läkemedelsförsäkringen eller Patientförsäkringen.

### Läkemedelsförsäkringen

Läkemedelsförsäkringen gäller vid patientskador som orsakats av läkemedel.

Läkemedelsförsäkringen är ett frivilligt åtagande från läkemedelsföretagens sida, men de allra flesta läkemedelsföretag är anslutna. För att ta reda på om ett läkemedel omfattas av Läkemedelsförsäkringen:

1. Gå in på FASS.se och sök upp läkemedlet.
2. I den inledande sammanfattningen finns uppgiften om läkemedlet omfattas av Läkemedelsförsäkringen eller ej.

En skadeanmälan till Läkemedelsförsäkringen görs på särskild blankett som finns tillgänglig på Svenska Läkemedelsförsäkringens webbplats Läkemedelsförsäkringen. Där finns också mer information.

### Patientförsäkringen

Vårdskada orsakad av felaktig ordination eller felaktig läkemedelshantering i samband med vård kan ersättas av Patientförsäkringen, enligt patientskadelagen (1996:799). Patientförsäkringen ersätter inte biverkningar av ett läkemedel som ordinerats korrekt, däremot kan anmälan av skadan göras till Läkemedelsförsäkringen.

### Patientens anmälan om fel i vården

Den patient som drabbas av sjukdom eller skada i samband med läkemedelshantering, kan själv göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om fel i vården. Även närstående kan göra anmälan. Anmälan kan också göras till Patientnämnden VGR.

## 1.9 Medicinska gaser

Medicinska gaser är läkemedel. Se kapitel 12 Medicinska gaser.

## 1.10 Kommunala akutläkemedelsförråd

Läkemedlen i de kommunala akutläkemedelsförråden ägs av VGR medan kommunen ansvarar för beställning av läkemedel. Sortimentet i akutläkemedelsförråden utarbetas av Terapigrupp Äldre och läkemedel och fastställs årligen av Läkemedelskommittén. Rutiner och sortimentslistor finns på Vårdgivarwebben och i REK-listan.

# 1.11 Dokumenthantering

Respektive förvaltning har lokala rutiner för dokumentstyrning, såsom till exempel ansvar för godkännande/fastställande av rutiner, mall för rutin och rutin för revision.

Det finns en informationshanteringsplan för hälso- och sjukvård samt tandvård som beskriver arkiverings- och gallringstider för olika typer av dokument. Denna är lokalt fastställd på respektive förvaltning. Se ”Process 3.5 Hantera läkemedel” i respektive informationshanteringsplan.

Viktiga generella principer för dokumenthantering är:

- Säkerställ att obehöriga inte kan ändra i originalrutinen
- Underlätta uppdatering (revidering) genom att vid varje klinik/enhet upprätta en förteckning med aktuella rutiners dokumentnamn, nummer, version samt giltighetsdatum
- Skapa en rutin som säkerställer att rätt rutin/version används och att utgången rutin/version dras in
- För att undvika att fel rutin/version används bör man minimera antalet utskrivna kopior. Om man har behov av utskrivna kopior i dagligt arbete ska spårbarhet finnas, t.ex. genom att ange i originalrutinen var kopior förvaras och att kopiorna är signerade av den som godkänt/fastställt dokumentet. Om ytterligare kopior behövs för t.ex. undervisning ska det klart framgå att det är kopior.

# 1.13 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2011-08-24 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2015-02-01 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Redaktionella ändringar |
| 3.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 3.0: Översyn enligt författning HSLF-FS 2017:37 bl a ansvar och behörigheter för läkare, sjuksköterskor respektive farmaceuter. Övriga ändringar av redaktionell karaktär.<br><br>Version 3.1, 2019-11-01: versionshistorik tillagd |
| 4.0 | 2020-04-09 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 4.0: redaktionella ändringar, kompletteringar från ”Vårdhandboken” och från ”Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården”<br><br>Version 4.1, 2020-07-15: redaktionella ändringar |
| 5.0 | 2022-11-22 | Ledningsgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 5.0, 2022-11-22: 1.2.1 Text tillagd om att ansvariga ska få tid för sina uppdrag samt att farmaceut kan finnas knuten till enhet. Lagt till hänvisning till introduktionschecklistor. Utökat text kring att läkemedel får beställas av hälso- och sjukvårdspersonal. 1.2.2 Lagt till Regionhälsan, länk till Vårdgivarwebben för beställning av receptblanketter samt lokala tillägg. 1.3.1 Lagt till läkares ansvar att vid receptförskrivning ge information om att utbyte kan komma att ske. 1.4 Tagit bort begreppet handräckning. 1.4.1 Omarbetat text gällande ansvar verksamhet/verksamhetschef, länkat mallar, lagt till lokalt tillägg samt hänvisat gällande dokumentation. 1.4.2 Ny rubrik assistera utan delegering istället för handräckning samt omarbetat text utifrån Vårdhandboken då begreppet handräckning inte förekommer i föreskrifterna längre. 1.5 Bytt rubrik från Lex Maria och delat upp detta stycke till 1.5 Patientsäkerhet samt 1.6 Biverkningsrapportering samt omarbetat texten under dessa rubriker. Lagt till länk till Patientsäkerhet Vårdgivarwebben samt länkat till HSLF-FS 2017:41. Redaktionella ändringar. Reviderade mallar: 2, 3, 4, 11, 16, 17, 20a och 20b. |
| 6.0 | 2026-02-23 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 6.0, 2026-02-23: Nytt namn på kapitlet. Genomgående ändrat avsnittsnumrering och strukturerat om text i kapitlet. 1.2. Lagt till information om förvaltningars beslut att tillämpa rutinen och länk till ny mall 1 Sammanställning av innehåll i lokal läkemedelshanteringsrutin. 1.3.1 Text om ansvarsfördelning och rutiner har omarbetats och förtydligats. Text om ansvarsbeskrivning/överenskommelse gällande vårdfarmaceuter har lagts till. Ansvar för att kontrollera och ta bort inaktuella |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | användare/behörigheter i Hamlet har lagts till. 1.3.2 Lagt till att arbetsmiljöavvikelser ska rapporteras i MCP. 1.3.3 Ny avsnittsrubrik Hantering av receptblanketter med utökad information om detta 1.4 Lagt till länk till Socialstyrelsen. 1.4.1 Justerat text om sekretess. 1.4.4 Lagt till Tandläkare. 1.4.6 Tagit bort text om att man inte får delegera läkemedelshantering inom ambulanssjukvård. 1.5 Text har anpassats utifrån ny föreskrift för delegering av läkemedelshantering 9 kap HSLF-FS 2017:37, 2026-01-01. Tagit bort tidigare avsnitt 1.4.2 Assistera utan delegering. Under avsnitt 1.5 framgår nu att begreppet ”handräckning” inte finns när det gäller läkemedelshantering. 1.5.1 Lagt till information om tilldelning av behörighet i journalsystem för att hantera dokumentation vid delegering. 1.6. Justerat text om patientsäkerhet. Avsnitten Läkemedelsförsäkring, Patientförsäkring samt Patienters anmälan om fel i vården har slagits ihop till 1.8. Tagit bort hänvisning till ”VGRs tidigare riktlinje för tillämpning av Socialstyrelsens föreskrift för läkemedelshantering”. Redaktionella ändringar. Regional mall 2, 3, 4, 5, 11, 13, 16, 17, 20a och 20b har reviderats och fått ny grafisk profil. |

# 2. Ordination

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[4]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel: 2. Ordination, Version 5.0, Giltig från 2026-02-27

### Huvudsakliga ändringar i denna version

Version 5.0, 2026-02-27: Genomgående ändrat avsnittsnumrering. 2.2 Ny avsnittsrubrik. Förtydligat om reservrutin vid driftstörningar/driftstopp och lagt till lokala tillägg. Förtydligande om dokumentation kring infusioner och vid-behovsordination. 2.2.1 Förtydligat om ordinationssystem. 2.2.3 Ny avsnittsrubrik. Förtydligat uppföljning av läkemedelsbehandling. 2.3 Förtydligat text om ordinationstyper. 2.3.2 Förtydligat text om generella direktiv om läkemedelsbehandling. 2.4 Förtydligat text om REK-listan. Uppdatering av bilder. 2.4.1 Lagt till hänvisning till kap. 13 gällande licensläkemedel. 2.5 Förtydligande av sjuksköterskas justering av dosering. 2.6 Tillagt om permissionsdoser. Borttagen rubrik och stycke Ordination till patienter i kommunal primärvård och öppenvårdsdos, informationen finns i kapitel 7. 2.8 Förtydligat kring registrering av läkemedelsöverkänslighet och information till patient. 2.10 Ny avsnittsrubrik. 2.11 Ny avsnittsrubrik. Övriga redaktionella ändringar. Som följd av ändringarna i kapitlet har även regionala mall 7, 19a och 19b uppdaterats samt fått ny grafisk profil.

## 2.1 Regelverk

Huvudreglerna för ordination framgår i föreskriften HSLF-FS 2017:37 6 kap.

Se vidare Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården – Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och

[4] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus:
Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen under ”Ordination av läkemedel” samt Vårdhandboken avsnitt Ordination av läkemedel.

De tekniska förutsättningarna för ordination på substansnivå finns i nuläget inte i alla regioners journalsystem (Melior, AsynjaVisph, med flera).

## 2.2 Allmänt om läkemedelsordination

Den som ordinerar läkemedel behöver göra detta ostört och fokuserat. VGR har identifierat hög risk för att göra fel om den som ordinerar läkemedel blir störd eller avbruten i sitt arbete. Oavsett vårdform ska ordinerade läkemedel dokumenteras och hållas samlade i patientjournalen, lämpligen i en elektronisk läkemedelslista/läkemedelsjournal. Vid all ordination är det viktigt att ta hänsyn till patientens övriga läkemedel och eventuell överkänslighet.

Ordinatören ansvarar för att läkemedelslistan hålls uppdaterad och att läkemedelsgenomgång utförs enligt den regionala medicinska riktlinjen Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse. Vid alla vårdens övergångar måste en uppdaterad läkemedelslista från patientjournalen följa med övrig information. Se även kapitel 7, Utskrivning från sjukhus och överföring mellan olika vårdformer.

Nationella läkemedelslistan (NLL) är ett register där man kan se information om patientens förskrivna recept och uthämtade läkemedel och andra varor som hämtats ut på apotek.

Fastställd reservrutin vid driftstörningar/driftstopp ska finnas, se nedan: Lokala tillägg: Närhälsan, Sjukhusen i väster, SÄS SkaS och SU

### Lämplighetsbedömning

Vid ordination av ett läkemedel är det viktigt att ordinatören har en helhetssyn och tar hänsyn till patientens samlade läkemedelsbehandling.

Enligt föreskriften ska den som ordinerar ett läkemedel ta hänsyn till patientens

1. hälsotillstånd,
2. ålder,
3. kön,
4. läkemedelsanvändning,
5. pågående behandling och utredning,
6. överkänslighet mot läkemedel, och

7. eventuell graviditet eller amning.

Vid bedömningen ska även läkemedlets kontraindikationer och andra viktiga faktorer, såsom exempelvis kroppsvikt och njurfunktion, för läkemedelsbehandlingen beaktas. Samma bedömning ska göras såväl vid insättning eller utsättning av ett läkemedel, som vid ändring eller förlängning av en pågående läkemedelsbehandling.

### Dokumentation av läkemedelsordination

Enligt föreskriften ska följande uppgifter om en läkemedelsordination dokumenteras

1. läkemedelsnamn eller aktiv substans,
2. läkemedelsform,
3. läkemedlets styrka,
4. dosering,
5. administreringssätt,
6. administreringstillfällen,
7. läkemedelsbehandlingens längd,
8. ordinationsorsak,
9. när och hur läkemedelsbehandlingen ska följas upp eller avslutas,
10. i förekommande fall, anledningen till att läkemedlet inte får bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel, och
11. sådana övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet.

Om doseringen anges som en vidbehovsordination, ska även uppgift om maxdos per dygn och doseringsintervall dokumenteras.

Vid dokumentation av en läkemedelsordination ska internationella enheter förkortas med E.

Dosering ska anges i antal avdelade läkemedelsdoser (till exempel tabletter) per tidsenhet eller volym per doseringstillfälle.

Uppgiften om ordinationsorsak bör anges genom användning av Socialstyrelsens nationella källa för ordinationsorsak, se Kodsystem för ordinationsorsak - Socialstyrelsen

## 2.2.1 Ordinationssystem

På en enhet kan det finnas flera olika ordinationssystem (elektroniska eller i pappersform), till exempel läkemedelsjournal i Melior eller AsynjaVisph, insulin- eller infusionslista, cytostatikaordination, Orbit, anestesijournal och CHA Patientdatasystem. För att få en samlad bild

av en patients läkemedelsordinationer ska det i enhetens/verksamhetens lokala rutin för läkemedelshantering framgå:

- vilket ordinationssystem/delar av system/moduler som används för vilka typer av läkemedel.
- hur man kan utläsa att det finns ordinationer i flera system/delar av system/moduler.

### Läkemedelslista/läkemedelsjournal

Samtliga läkemedel ska, så långt det är möjligt, ordineras i en elektronisk läkemedelslista/läkemedelsjournal. Om hänvisning görs till spädningsschema måste ett aktuellt fastställt schema finnas regionalt (ex. ePed och Regional rutin för spädning av intravenösa läkemedel till vuxna), övergripande på sjukhuset eller lokalt fastställt på enheten/verksamheten.

Att hålla läkemedelslistan aktuell är ett gemensamt ansvar för alla ordinatörer. Den som inte har behörighet att ändra i listan, men upptäcker ett behov av ändring, kontaktar behörig ordinatör. Ordinatör som ändrar doseringen av ett läkemedel är ansvarig för att ändringen registreras i läkemedelslista/läkemedelsjournal.

Lokala tillägg: SkaS och SÄS

### Receptblanketter

För mer information, se kapitel 1.3.3 samt Receptblanketter - Vårdgivarwebben.

## 2.2.2 Läkemedelsordinationer till barn

Vårdgivaren ska säkerställa att den som ordinerar läkemedel till ett barn ges förutsättningar att göra detta med utgångspunkt i barnets behov.

Som stöd vid ordination av läkemedel till patienter under 18 år ska barnläkemedelsdatabasen ePed användas. I Melior är ePed integrerat och i AsynjaVisph finns en länk till VGR:s ePed-instruktioner. Utöver lämplighetsbedömning enligt författningskrav behöver det för barn även tas hänsyn till innehåll av hjälpämnen samt hanterbara volymer. Kunskapsstöd för ordination och hantering av läkemedel för enteral administrering finns också framtaget av Läkemedelsverket, se Säkrare ordination och läkemedelshantering till barn – kunskapsstöd samt Ordination av läkemedel via enteral infart eller sond.

### 2.2.3 Planering av uppföljning eller avslut av läkemedelsbehandling

Enligt föreskriften ska den som ordinerar ett läkemedel planera för en uppföljning av den ordinerade läkemedelsbehandlingen. Där ingår att bestämma när bedömning om eventuell fortsättning av behandlingen ska ske eller bestämma ett datum för när den ordinerade läkemedelsbehandlingen ska avslutas.

Läkemedel som patienten har slutat använda eller ska sluta använda ska sättas ut. Ordinatör som sätter ut läkemedlet ansvarar för dokumentation av utsättningen. Det är starkt rekommenderat att utsättningsorsak ska anges, särskilt om utsättningen är orsakad av biverkning. Om patienten själv har avslutat sin behandling, bör ordinatör informeras om orsaken. Se även kapitel 7, Utskrivning från sjukhus och överföring mellan olika vårdformer.

## 2.3 Ordinationstyper

**Stående ordination**

- Kontinuerlig ordination
- Vidbehovsordination

**Tillfällig ordination**

- Med tillfällig ordination avses läkemedel som gäller under en viss tid och sedan avslutas. Detta i motsats till vidbehovsordination som ordinerats i förväg och som ges när vissa villkor är uppfyllda.

### 2.3.1 Muntlig ordination

Muntlig ordination får endast ske i akuta behandlingssituationer. Sjuksköterskan som tar emot ordinationen repeterar denna och administrerar läkemedlet. Muntlig ordination ska innehålla samtliga uppgifter, se 2.2. Så snart som möjligt dokumenteras ordinationen av ordinatören och signeras av den som utfört administreringen. Om ordinatören är förhindrad att dokumentera ordinationen ska det göras av en sjuksköterska, som då också ska dokumentera namnet på den som ordinerat läkemedlet och tidpunkten för ordinationen. Ordinatören kontrasignerar ordinationen i efterhand så snart som möjligt. Ovanstående gäller även för telefonordination.

## 2.3.2 Generella direktiv om läkemedelsbehandling

Verksamhetschef beslutar om generella direktiv om läkemedelsbehandling (tidigare benämnt GO) ska tillämpas och vem som får utfärda dessa, vilket ska framgå i lokal rutin. Generella direktiv om läkemedelsbehandling ska vara fastställda av verksamhetschef, medicinskt ansvarig läkare eller läkare med särskilt uppdrag. Endast läkare får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Direktiven ska vara daterade och undertecknade. För utformning av generella direktiv, kan mall 7. Generella direktiv om läkemedelsbehandling med fördel användas.

Enligt föreskriften ska ett generellt direktiv vara skriftligt och innehålla uppgifter om

1. läkemedelsnamn eller aktiv substans,
2. läkemedelsform,
3. läkemedlets styrka,
4. dosering,
5. maxdos,
6. administreringssätt,
7. indikationer och kontraindikationer, och
8. antalet tillfällen som läkemedlet får ges utan att en läkare kontaktas.

Generella direktiv omfattar läkemedel som får ges av sjuksköterska efter behovsbedömning utan kontakt med läkare. Sjuksköterskan ska kontrollera indikation och kontraindikationer, att överkänslighet inte föreligger samt att aktuellt läkemedel inte redan är ordinerat eller nyligen utsatt. Sjuksköterskan ska även dokumentera ordinationen inklusive behovsbedömningen i journalen samt informera ansvarig läkare. Sjuksköterskan ska uppmärksamma patientansvarig läkare om en patient ofta får läkemedel genom generella direktiv. Läkaren ska då överväga om läkemedel givna enligt generella direktiv ska ordineras som stående ordination på grund av bestående förändring i patientens behov, eller om annan behandling kan vara aktuell.

Generella direktiv om läkemedelsbehandling ska utfärdas mycket restriktivt och omprövas minst årligen. I de fall läkaren kan förutse patientens läkemedelsbehov ska i stället stående ordination utfärdas.

Lokala tillägg: SkaS

## 2.4 Val av läkemedel

Läkemedelskommittén i VGR ger årligen ut REKlistan som presenterar läkemedel som rekommenderas för behandling av vanliga sjukdomar. Rekommendationerna är grundade på vetenskaplig dokumentation avseende effekt och säkerhet, farmaceutisk ändamålsenlighet, kostnadseffektivitet och miljöaspekter. Vid ordinationstillfället kan ordinatören se vilka läkemedel som är rekommenderade och ska välja dessa i första hand.

Sjukvårdsapotek VGR har med hjälp av Läkemedelskommitténs terapigrupper och analys av VGR:s läkemedelsförbrukning utsett ett definierat sortiment som bör tillgodose vårdens behov. Det definierade sortimentet består av kostnadseffektiva alternativ, till exempel upphandlade läkemedel, men styrs även av REKlistan.

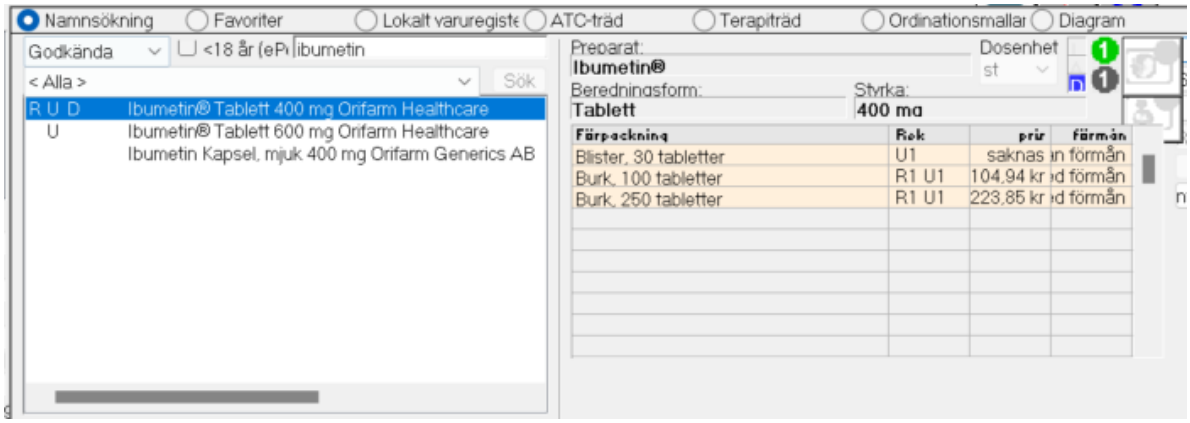
### Gäller endast sjukhus

För avdelningar anslutna till Slutenvårdsdos överförs ordinationer av tabletter/kapslar automatiskt från läkemedelsmodulen i Melior till slutenvårdsdosenheten vid vårdenhetens stopptid. Om avdelningen är ansluten till slutenvårdsdos ska ordinatören i första hand välja ett D-markerat läkemedel vid ordination. Om avdelningen inte har slutenvårdsdos väljs i stället U-markerade läkemedel, vilket utgör det definierade sortimentet för slutenvård. För mer information om slutenvårdsdos, se kapitel 5, avsnitt Slutenvårdsdos.

Tabell 1: Vilka läkemedel som ska väljas vid ordination respektive förskrivning

| Markering i Melior | Betydelse | Kommentar |
|---|---|---|
| D | Sortiment för slutenvårdsdos | Väljs i första hand |
| U | Upphandlade och utvalda läkemedel | Väljs om inget D-markerat läkemedel finns eller om avdelningen inte har slutenvårdsdos |
| R | Rekommenderade läkemedel | Väljs vid receptförskrivning |

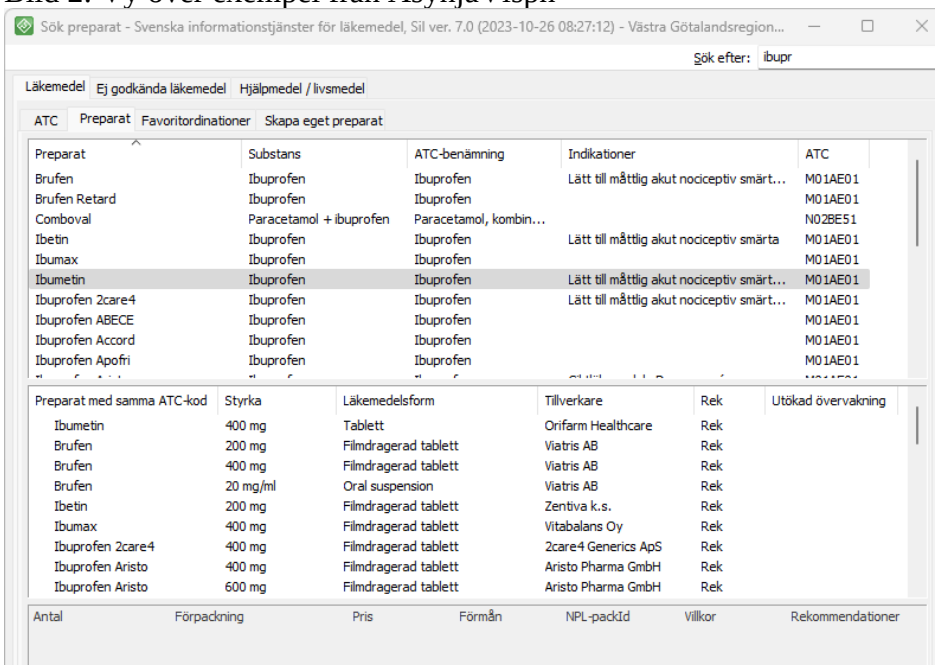
Bild 1: Vy över exempel från Melior




**AsynjaVisph**

I AsynjaVisph framgår enbart rekommenderat sortiment för receptförskrivning. Dessa markeras med Rek.

Bild 2: Vy över exempel från AsynjaVisph




Närhälsan har tagit fram gemensamma ordinationsmallar som kan användas av användare av journalsystemet AsynjaVisph. Bland annat finns favoritordinationer baserade på REKlistans infektionskapitel och regiongemensamma licenser. Det primära syftet med dessa är att minska risken för fel och att spara tid vid ordinationstillfället.

Lokala tillägg: Närhälsan

## 2.4.1 Generika/synonyma läkemedel

Vid ordination ska läkare i möjligaste mån ordinera utifrån det sortiment som finns på enheten. Detta för att undvika utbyten i samband med iordningställande.

Läkemedel får bytas ut till likvärdigt läkemedel utan ny ordination i de fall som anges i avsnitt Utbyte till generika/synonyma läkemedel i kapitel 5 Iordningställande och administrering/överlämnande, under förutsättning att ordinatören inte angivit att byte ej får ske.

Om den som ordinerar ett läkemedel på medicinska grunder bedömer att läkemedlet inte får bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel ska anledningen till detta dokumenteras.

Hinder för utbytbarhet kan till exempel vara överkänslighet för hjälpämne som ingår i läkemedlet. Detta enligt Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården – Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen.

För hantering av utbyte av licensläkemedel, se kapitel 13.2.5.

Ordinatörer ska markera i läkemedelsjournalen när preparat av medicinska skäl ej får bytas ut genom att:

- i Ordinationsöversikten i Melior bocka i rutan ”föreslå ej synonymbyte” och dokumentera ej byte i anvisningsrutan
- i AsynjaVisph markera att läkemedel ej får bytas ut genom att bocka i ”får ej bytas ut” i ordinationen
- vid användande av papperslista skrivs ”får ej bytas” under preparatnamnet.

Lokala tillägg: SÄS, SkaS, Sjukhusen i väster

## 2.5 Sjuksköterskas justering av dosering

Enligt föreskriften får en sjuksköterska justera doseringen i en läkemedelsordination i de situationer där doseringen är beroende av en patients individuella mål- eller mätvärden, även om hen inte har behörighet att ordinera läkemedlet. Doseringen får justeras endast om det är förenligt med en god och säker vård av patienten och den ska göras med utgångspunkt av patientens behov. Läkaren anger i patientjournalen inom vilket intervall patientens värde ska ligga, dessutom anges målvärde för styrande parameter som är angiven ovan.

När en dosering har justerats ska det dokumenteras i patientjournalen. Endast särskilt utsedda sjuksköterskor med säkerställd specifik kompetens har behörighet att göra dosjusteringar.

Verksamheten ska i lokal rutin beskriva vilka läkemedel som namngiven sjuksköterska kan dosjustera. I rutinen ska det även framgå

vilken kompetens som en sjuksköterska ska ha för att få justera doseringen i en läkemedelsordination.

Se mall 19a Lokal rutin för dosjustering av ordinerat läkemedel och mall 19b Personligt uppdrag att dosjustera ett ordinerat läkemedel

Lokala tillägg: SkaS, Närhälsan

## 2.6 Utlämnande av läkemedel utan recept

För att undvika avbrott eller fördröjning av patientens läkemedelsbehandling kan vårdenhet och mottagning behöva lämna ut läkemedel till patient efter ordination av läkare, i form av jourdos eller permissionsdos.
Med jourdos menas läkemedel som vid behandlingstillfället lämnas ut i mindre antal doser för att täcka patientens behov tills patienten kan få läkemedel expedierat på apotek. Med permissionsdoser menas läkemedelsdoser som lämnas ut för att täcka patientens behov under permission från vårdenheten. Endosförpackade läkemedel bör användas. Se även kapitel 5, avsnitt Permissionsläkemedel/jourdoser. I de fall läkemedlet ska lämnas ut inför besök på vårdinrättning, till exempel röntgen, ska läkemedlet i första hand lämnas till patient i samband med mottagningsbesök. När inte detta är tillämpligt ansvarar respektive vårdenhet för att patienten kostnadsfritt förses med läkemedlet. Lokala rutiner för detta ska finnas. Se Regional medicinsk riktlinje (RMR) Läkemedel vid besök på vårdinrättning

Lokala tillägg:

SÄS

SkaS

## 2.7 Undantagshantering av läkemedel som inte omfattas av läkemedelsförmånerna

Läkemedel som inte omfattas av läkemedelsförmånen kan i undantagsfall subventioneras till enskild patient om särskilda kriterier uppfylls enligt regionalt beslut. De i VGR fastställda kriterier som gäller anges i Kriterier för undantagshantering av läkemedel som inte omfattas av läkemedelsförmån, tjänsteutlåtande.

Lokala tillägg: SkaS, Sjukhusen i väster och SÄS

## 2.8 Läkemedelsöverkänslighet

All läkemedelsöverkänslighet ska registreras i patientjournalen med ATC-kod/-koder, där sådan är känd. (Vissa substanser kan finnas under flera ATC-koder.) Då finns förutsättning för att få ett varningsmeddelande vid försök till insättning av olämpliga läkemedel.

För att kunna avgöra om man vågar re-exponera patienten för ett läkemedel är det särskilt viktigt att dokumentera:

- typ av reaktion: till exempel klåda, utslag, anafylaxi eller annan specificerad reaktion
- allvarlighetsgrad
- visshetsgrad - är det säkerställt eller bara misstänkt?

Patienten ska få information om sin överkänslighet, både muntligt och skriftligt. Biverkningar rapporteras direkt till Läkemedelsverket elektroniskt via en e-tjänst. Se även information i kapitel 5, avsnitt Biverkningsrapportering.

Lokala tillägg: SkaS, SÄS och SU

## 2.9 Ordination ur kommunala akutläkemedelsförråd

De kommunala akutläkemedelsförråden (KAF) finns för att läkemedel snabbt ska kunna sättas in vid akuta tillstånd hos patienter som är inskrivna i kommunal hemsjukvård, oberoende av boendeform. Ordination kan ges av såväl öppenvårds-som slutenvårdsläkare till kommunal sjuksköterska som har tillgång till förråden. Ordinationen ska dokumenteras i journal samt i läkemedelslista/Pascal med notering om att läkemedlet tas från akutläkemedelsförrådet. Utsättningsdatum för en akut ordination ska anges för att inte avslutad läkemedelsbehandling ska stå kvar i Pascal. Se även Kommunala akutläkemedelsförråd, Vårdgivarwebben samt Sortiment i kommunala akutläkemedelsförråd, Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen.

## 2.10 Ordination av läkemedelsnära produkter

Läkemedelsnära produkter ska ordineras och dokumenteras enligt lokala rutiner. Se även Förskrivning av läkemedelsnära produkter

## 2.11 Ordination av vaccin

Se Socialstyrelsens föreskrifter om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel (HSLF-FS 2018:43) Se även Vaccinationer Vårdgivarwebben.

Lokala tillägg: Närhälsan

# 2.7 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2011-08-24 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2012-12-01 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt stycke om läkemedelsgenomgångar med hänvisning till regional medicinsk riktlinje (2.2.1). Nytt stycke om ordinationssystem (2.2.3). Nytt stycke om definierat sortiment (2.3.3). Ändringar av redaktionell karaktär. |
| 3.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 3.0, 2018-08-10: Översyn enligt författning HSLF-FS 2017:37. Nytt stycke om dosjustering av sjuksköterska, stycke om telefonordination borttaget. Övriga ändringar av redaktionell karaktär.<br>Version 3.1, 2018-12-28: redaktionella ändringar<br>Version 3.2, 202019-11-01: versionshistorik tillagd<br>Version 3.3 2020-11-11: Årsöversyn, redaktionella ändringar, tillägg om Ordination vid utlämning utanför förmånen. |
| 4.0 | 2022-11-22 | Ledningsgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 4.0, 2.2 nytt stycke Lämplighetsbedömning, ny rubrik Uppgifter i en läkemedelsordination, förtydliganden av bland annat: Planering av uppföljning eller avslut av läkemedelsbehandling, Ordinationstyper, Muntlig ordination, ePed och Generella direktiv om läkemedelsbehandling. 2.2.7 Nytt stycke om Utlämnande av läkemedel inför öppenvårdsbesök, 2.2.10 förtydligat text om biverkningsrapportering, 2.3 Förtydligat om U-markerade läkemedel, 2.3.1 förtydligat vad som gäller för Närhälsan, 2.5 rubrik ändrad från Vaccinationer till Vaccin, 2.6 förtydligat Sjuksköterskas justering av dosering. Övriga redaktionella ändringar. Som följd av ändringarna i kapitlet har även mall 7, 19a och 19b uppdaterats.<br>Version 4.1, 2024-06-12: 2.3.1 Utbyte av läkemedel, justerad information med hänvisning till kapitel 5 och hantering i AsynjaVisph. |
| 5.0 | 2026-02-27 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 5.0, 2026-02-27: Genomgående ändrat avsnittsnumrering. 2.2 Ny avsnittsrubrik. Förtydligat om reservrutin vid driftstörningar/driftstopp och lagt till lokala tillägg. Förtydligande om dokumentation kring infusioner och vid-behovsordination. 2.2.1 Förtydligat om ordinationssystem. 2.2.3 Ny avsnittsrubrik. Förtydligat uppföljning av läkemedelsbehandling. 2.3 Förtydligat text om ordinationstyper. 2.3.2 Förtydligat text om generella direktiv om läkemedelsbehandling. 2.4 Förtydligat text om REK-listan. Uppdatering av bilder. 2.4.1 Lagt till hänvisning till kap. 13 gällande licensläkemedel. 2.5 Förtydligande av sjuksköterskas justering av dosering. 2.6 Tillagt om permissionsdoser. Borttagen rubrik och stycke Ordination till patienter i kommunal primärvård och öppenvårdsdos, informationen finns i kapitel 7. 2.8 Förtydligat kring registrering av läkemedelsöverkänslighet och information till patient. 2.10 Ny avsnittsrubrik. 2.11 Ny avsnittsrubrik. Övriga redaktionella ändringar. Som följd av ändringarna i kapitlet har även regionala mall 7, 19a och 19b uppdaterats samt fått ny grafisk profil. |

# 3 Beställning

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[5]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel: 3. Beställning, Version 8.0, Giltig från 2026-07-01

**Huvudsakliga ändringar i denna version:**
Version 8.0, 2026-07-01: 3.3 Omarbetat stycke kring beställning i Hamlet. Ändrat stycke om rekommenderade lagernivåer. Ändrat i avsnitt 3.4.1 om öppning, stängning eller flytt av enheter. 3.4.3 Borttaget att följesedlar för narkotika ska sparas. Flyttat avsnitt om extempore från tidigare 3.7 till 3.4 samt ändrat övergripande struktur i 3.4 Beställningar till patientnära läkemedelsförråd (PNL). 3.5 Förtydligande om förvaringsanvisning vid uttag ur VNL. 3.7.4 Nytt stycke om centralt godkända läkemedel som inte är marknadsförda i Sverige. 3.7.5 Nytt stycke om läkemedel inom tillgänglighetsprogram och CUP. Tidigare avsnitt 3.7.6 Läkemedel i klinisk prövning har utgått, information publiceras på Vårdgivarwebben. 3.9.1 Kontaktuppgifter och kundnummer till RGL/Medovia samt blankett för läkemedelsrekvisition ska skrivas ut inför eventuell reservrutin. Redaktionella ändringar.

## 3.1 Allmänt

Hälso- och sjukvårdspersonal som utsetts av verksamhetschef eller av denna utsedda person får beställa läkemedel. Utsedda beställare ska framgå i enhetens lokala läkemedelshanteringsrutin (Läkemedelsansvarig: mall 4, översikt: mall 12). Beställare ska utses restriktivt. Det är dock viktigt att det finns tillräckligt många behöriga beställare för att tillgodose verksamhetens behov av läkemedel. Vid behov kan en eller flera ersättare för läkemedelsansvarig utses.

[5] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus:
Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Läkemedel till vårdenhet på sjukhus ska beställas från RGL (Regiongemensamt läkemedelslager), Extemporetillverkning eller via överförd ordination till slutenvårdsdos. Även vid behov av läkemedel som tillhandahålls direkt av läkemedelsföretag genom tillgänglighetsprogram måste RGL kontaktas och leverans ska gå via RGL. Läkemedel till vårdenheter som inte ligger inom sjukhusförvaltningar, såsom Närhälsan och Regionhälsans vårdenheter, beställs från Medovia. De flesta vacciner kan beställas direkt från Oriola, vilket Närhälsan och Regionhälsan alltid ska göra.

Läkemedel beställs via e-handel. För korrekt leveransadress och kontaktuppgifter behöver dessa uppgifter meddelas leverantören, till exempel vid flytt, stängning eller uppstart av nytt PNL. Det sker via förvaltningens e-handelskoordinator, se E-handelskoordinatorer - VGR gemensamt.

### Gäller på sjukhus

Samtliga sjuksköterskor, biomedicinska analytiker, barnmorskor och röntgensjuksköterskor samt utsedda farmaceuter kan boka läkemedel i VNL och göra akutbeställningar i Hamlet. Akutbeställning ska endast användas restriktivt eftersom det medför höga leveranskostnader, se även avsnitt 3.4.1.

## 3.2 Läkemedelssortiment i VGR

Definierat sortiment ska väljas i första hand. Definierat sortiment består av A- och B-sortiment. I Hamlet framgår vilka läkemedel som är A- respektive B-sortiment.

- A-sortiment: Upphandlade läkemedel och spolvätskor.
- B-sortiment: Övriga läkemedel och spolvätskor som definierats av regionen utifrån rekommendationer, verksamhetsbehov och kostnadseffektivitet.

Beställning från RGL:

Definierat sortiment ska normalt levereras inom 24 timmar från RGL efter beställning i Hamlet.

Beställning från Medovia:

Definierat sortiment ska normalt levereras inom tre vardagar från Medovia efter beställning i Hamlet.

Läkemedel som ligger utanför definierat sortiment kallas C-sortiment. Dessa kan ha en längre leveranstid. Det framgår inte heller i Hamlet vid

beställning om läkemedlet är tillgängligt eller inte kan levereras på grund av till exempel restnotering.

## 3.3 Läkemedelsförråd och PNL/VNL-sortiment

Läkemedelsförråd inom vården delas upp i PatientNära Läkemedelsförråd (PNL) och VårdNära Läkemedelsförråd (VNL). VNL finns endast på sjukhus. Se även kapitel 4 Förvaring och skötsel i läkemedelsförråd.

### Lagernivåer

Sortimentet i PNL ska anpassas efter enhetens behov, regionens definierade sortiment och lagernivåer bör täcka minst två veckors normalförbrukning. Detta för att minska risken att läkemedel som behövs för att bedriva vård saknas vid bristsituationer av läkemedel samt på grund av beredskapsskäl.

Därutöver ska det finnas motsvarande en månads normalförbrukning av kritiska läkemedel för intensivvård, prehospital vård och akut tandvård. Listan över kritiska läkemedel hanteras regiongemensamt via Sjukvårdsapotek VGR. För information om vilka läkemedel i vårdenhetens sortiment som omfattas på sjukhus, kontakta Sjukvårdsapotek VGR lokalt, Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL.

Bedömning och justering av lagernivåer för att täcka behov enligt ovan gäller alla läkemedelsförråd (PNL, VNL). Vätskor som förvaras i vätskevagn (vPNL) på sjukhus är undantagna rekommendation om två veckors förbrukning men rekommendationen gäller för vätskelager (centralt vätskelager på sjukhus som sköts av Sjukvårdsapotek VGR lokalt).

Från och med 1 januari 2027 blir alla regioner skyldiga enligt regelverket att lagerhålla läkemedel och andra sjukvårdsprodukter motsvarande en månads normalförbrukning. Eventuell påverkan på lagernivåer i PNL är ännu inte specificerat.

### Revidering och fastställande av sortiment

Sortimentet i PNL ska revideras efter behov men minst årligen. PNL-rapport från Hamlet kan användas för analys av enhetens förbrukning.

Sortimentet i PNL ska fastställas av ansvarig läkare, som antingen kan vara verksamhetschef eller utsedd av verksamhetschef, se Mall 2

Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig läkare. Sortimentslista från Hamlet bör användas för fastställande av sortimentet.

Sortimentet i VNL ska fastställas av den på förvaltningen medicinskt ansvarige för VNL.

Utskriven kopia på sortimentslista ska finnas i PNL, det underlättar när reservrutin behöver användas, se även avsnitt 3.9.

### Vätskevagnar (gäller sjukhus)

Vätskevagnar (benämns även vätske-PNL eller vPNL) är avsedda för frekvent använda infusions-, spol- och desinfektionsvätskor. Sortimentet ska godkännas av farmaceut på Sjukvårdsapotek VGR lokalt och fastställas av verksamhetschef (läkare) alternativt läkemedelsansvarig läkare eller motsvarande, på samma sätt som PNL-sortimentet (se ovan). Vätskevagnarna ingår i PNL. Sortimentet ska revideras minst årligen. Vagnen ska förvaras oåtkomlig för obehöriga.

Beställning av vätskevagn läggs i Hamlet enligt överenskommelse och förvaltningens rutiner. I vissa fall görs beställningen enligt fast leveransschema, så kallat abonnemang. Påfyllnad av vätskevagn sker av Sjukvårdsapotek VGR lokalt.

Vätskevagnar transporteras av Internlogistik eller Intern service. Vid transport ska vätskevagnarna täckas med överdrag/kapell och ha hel bottenplatta.

För att anskaffa ny vätskevagn, eller för att göra en revision av sortimentet i befintlig vätskevagn – kontakta Sjukhusapotek VGR lokalt.

## 3.4 Beställningar till patientnära läkemedelsförråd (PNL)

Läkemedel beställs vanligtvis i lagerhanteringssystemet Hamlet.

I Hamlet kan läkemedelsbeställning göras på olika sätt. Inventeringsbeställning via saldouppdatering i Hamlet rekommenderas eftersom det har flera fördelar: ökad följsamhet till definierat sortiment, mer kostnadseffektiva beställningsmönster och en bättre beredskap avseende läkemedelslager. För inventeringsbeställning behövs definierade lagerparametrar (maxlager och beställningspunkt) för varje artikel i PNL, se även ovan om lagrets storlek.

För detaljerad information, se manual som finns i Hamlet.

## 3.4.1 För beställare på sjukhus

För mer information se ”Vårdenhet på sjukhus” på Läkemedelsbeställning.

Öppning, stängning eller flytt av enheter (både tillfällig och permanent) ska informeras om och hanteras enligt förvaltningens rutiner.

#### 3.4.1.1 RGL

Det finns olika typer av beställningar från RGL. Se Hamlet för enhetens stopptider för olika typer av beställningar. För läkemedel avsedda för akut behov och för direkt leverans kan en akutbeställning göras enligt beskrivning nedan. De olika beställningstyperna debiteras enligt gällande avtal.

**NORMALBESTÄLLNING**

RGL ska normalt kunna leverera läkemedel i det definierade sortimentet (se avsnitt 3.2 ovan) vardagen efter att beställningen inkommit till RGL, beroende på stopptid. C-sortiment kan ha längre leveranstid.

Beställning till PNL sker vanligtvis en gång per vecka på bestämd veckodag. I vissa fall kan annan frekvens vara överenskommen.

Vid behov av förändrad beställningsdag eller beställningsfrekvens ska Sjukvårdsapotek VGR lokalt kontaktas, se Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL.

**AKUTBESTÄLLNING**

Akutbeställningar är avsedda för akut behov av läkemedel på sjukhus som inte finns inom den egna förvaltningen/sjukhuset för omgående leverans. Akutbeställning ska endast användas i akuta lägen eftersom det medför högre kostnader.

Beställ så här:

Lägg akutorder i Hamlet, kontakta därefter RGL enligt nedan.

Kontakter med RGL på ordinarie öppettider:

- Kontakta RGL via telefon 010-447 71 00. Telefonnummer visas även i Hamlet när akutbeställning genomförs.
- Kom överens med RGL om önskad leveranstid
- Leverans ska ske direkt till beställande enhet

Se Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL.

**Kontakter med RGL på jourtid (årets alla dagar utanför ordinarie öppettider):**

Kontakta telefonväxeln på sjukhuset eller direkt via telefonväxeln Sahlgrenska Universitetssjukhuset, se Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL.

Telefonnummer visas även i Hamlet när akutbeställning genomförs. Observera: ange att du vill bli kopplad till jourfarmaceut på RGL.

#### 3.4.1.2 EXTEMPORETILLVERKNING

Extemporeläkemedel som inte finns att beställa i Hamlet beställs från Extemporetillverkning elektroniskt via Cytobase (cytostatika) alternativt via fax/mejl (övrig extempore). Se Information om extempore för vårdpersonal för detaljerad beskrivning.

#### 3.4.1.3 SLUTENVÅRDSDOS

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.

### 3.4.2 För beställare utanför sjukhusförvaltning

För mer information se ”Vårdenhet utanför sjukhus” på Läkemedelsbeställning.

#### 3.4.2.1 MEDOVIA

Medovia ska normalt kunna leverera läkemedel i det definierade sortimentet den tredje vardagen efter att beställningen inkommit till Medovia. C-sortiment kan ha längre leveranstid.

Beställning till PNL sker vanligtvis en gång per vecka på bestämd veckodag. I vissa fall kan annan frekvens vara överenskommen. Vid behov av förändrad beställningsdag ska Användarsupport Hamlet kontaktas.

Beställning av extemporeläkemedel

Inom Närhälsan och Regionhälsan beställs extemporeläkemedel från Medovia, se Beställningsblankett för Extempore Medovia. Blanketten används när specifikt extemporeläkemedel inte finns att beställa i Hamlet. Efter en beställning av ett nytt extemporeläkemedel, läggs

varan upp i Hamlet. Vid kommande beställning kan läkemedlet beställas direkt i Hamlet.

### 3.4.3 Leverans och kvittensförfarande

Transport till PNL och kvittens av läkemedel sker enligt lokala överenskommelser/rutiner. Om leveransplats med QR-kod används behöver mottagande enhets personal inte kvittera mottagandet. Obehöriga får inte ha tillträde till sådan leveransplats, det vill säga det behöver vara ett låst utrymme eller under ständig uppsikt av behörig personal.

**Vid mottagande**, kontrollera alltid följande:

- antal kollin (plastbackar, kartonger och/eller påsar)
- att dessa levererats till rätt enhet/avdelning
- att alla kollin har obruten plombering

Leveransen ska packas upp snarast möjligt (särskilt kylvaror) och läkemedlen placeras på avsedd plats i PNL. Vid uppackning av frysta läkemedel bör skyddande handskar användas. Har enheten PNL-service ska uppackning av läkemedel ske enligt överenskommelse med Sjukvårdsapotek VGR lokalt.

Läkemedel ska alltid förvaras oåtkomligt för obehöriga.

Observera att kylkollin är validerade att behålla rätt temperatur för kylförvarade läkemedel under transport och fram till senast klockan 15.00 (RGL) respektive 16.30 (Medovia) på leveransdagen. Om inte kylvarorna placerats i kyl innan dess kan inte läkemedlens kvalitet garanteras. Det finns även läkemedel som ska förvaras i kyl men som kan transporteras i rumstemperatur och sedan placeras i kyl efter uppackning.

**Vid uppackning,** kontrollera alltid följande:

- att alla kollin har obruten plombering
- att följesedel finns i försändelsen
- att rätt läkemedel levererats i rätt mängd
- att alla läkemedelsförpackningar är obrutna, oskadade och att hållbarheten är rimlig (i normalfallet minst 3 månader)

Journalför narkotikaklassade läkemedel vid leverans och kontrollräkna saldot i PNL.

Läkemedlen levererade från RGL/Medovia ska inlevereras i Hamlet direkt efter uppackning och kontroll av att rätt läkemedel levererats i

rätt mängd. Under- och överleverans ska rapporteras som avvikelse till RGL/Medovia, se 3.4.4 Leveransavvikelser nedan.

Flergångsemballage ska returneras till respektive leverantör, enligt överenskommelse med Försörjningsförvaltningen (Internlogistik/Intern service inom sjukhus respektive Regiontransporter mellan sjukhus/andra vårdenheter).

## 3.4.4 Leveransavvikelser

Felaktiga, skadade, försenade och uteblivna leveranser ska rapporteras som avvikelser till levererande part (till exempel RGL, Medovia, Extemporetillverkning eller Slutenvårdsdosenhet). I samråd med levererande part avgörs åtgärd samt uppföljning av åtgärden. För hantering av spill/kross, se lokal rutin för hantering av arbetsmiljöfarliga läkemedel, se även kapitel 8. Avvikelser som påverkar patientsäkerheten ska även rapporteras på sedvanligt sätt i MedControl Pro. Se även kapitel 10. Kvalitetssäkring. Avvikelser som har orsakats av VGR:s egna transportörer ska också rapporteras i MedControl Pro.

### RGL

Kontakta RGL så snart som möjligt efter att avvikelsen upptäckts via telefon 010-447 71 00 eller använd blankett B Blankett avvikelser läkemedelsleveranser från RGL. Blanketten faxas till RGL på 010-447 72 38, alternativt mejlas till RGL på kundservice.rgl@apoteket.se.

Se Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL.

### Medovia

Fyll i blankett Blankett Avvikelser Läkemedelsleveranser Medovia och mejla den till order.skane@medovia.se så snart som möjligt efter att avvikelsen upptäckts, senast efterföljande arbetsdag. Behåll fellevererat eller skadat läkemedel (kross) tills Medovia återkopplat om åtgärd, till exempel foto på skadad förpackning, retur eller kassation. Om retur av fellevererat läkemedel ska ske, se 3.8 Retur av läkemedel. Vid frågor kontaktas Medovia kundtjänst på telefonnummer 010-101 50 62.

### Extemporetillverkning

Se Information om extempore för vårdpersonal under rubriken Avvikelser

### Slutenvårdsdos

Kontakta lokal Slutenvårdsdosenhet via telefon för åtgärd, se Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL.

## 3.4.5 Resthantering

### Rester på definierat sortiment (A- och B-sortiment)

Om läkemedlet inte kan tillhandahållas från tillverkaren byter RGL/Medovia till utbytbart läkemedel om sådant finns tillgängligt efter överenskommelse med Sortimentsrådet Läkemedel. Information om detta framgår i Hamlet, Sortimentsrådet Läkemedel - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Beställande enhet ansvarar för att under Orderstatus (Hamlet) bevaka att beställda varor levereras. Om beställd vara eller ersättningsvara inte levereras kan RGL/Medovia kontaktas för diskussion om åtgärd. Vid kontakt bör beställande enhet kunna uppge ordernummer eller apotekskundnummer/GLN-kod för snabbare hantering. Ordern annulleras vanligtvis om den inte levererats inom 30 dagar.

### Rester på icke definierat sortiment (C-sortiment)

Vid beställning av C-sortiment sker inget automatiskt utbyte vid tillgänglighetsproblem. Beställande enhet kan kontakta RGL/Medovia, för att undersöka tillgänglighet på önskat läkemedel. Ordern annulleras vanligtvis om den inte levererats inom 30 dagar.

# 3.5 Boka och hämta läkemedel i VNL (gäller endast sjukhus)

Läkemedel söks upp och bokas i VNL via Hamlet. För en detaljerad beskrivning se manual i Hamlet och manual Läkemedelsautomat.

Hämta inte mer läkemedel från VNL än enstaka dos(er). Läkemedel ska normalt förvaras i sin originalförpackning av kvalitetsskäl. På originalförpackningen framgår hur läkemedlet ska förvaras och den som gör uttag i VNL ansvarar för att läkemedel förvaras enligt tillverkarens anvisning även efter uttaget. Om läkemedel i VNL saknar ytterförpackning kan förvaringsanvisning kontrolleras i FASS. Läkemedel som plockas ur sin originalförpackning i VNL och ej är identifierbara med namn, läkemedelsform och styrka ska placeras i läkemedelspåse eller liknande. Påsen ska förses med information om vad som ligger i. Använd i första hand etiketten från

läkemedelsautomaten till detta. Komplettera med förvaringsanvisning vid behov. Vid plock av enstaka tabletter/kapslar ur burk ska sked eller motsvarande användas.

För information om bokning/hämtning av narkotikaklassade läkemedel, se kapitel 11. Narkotikaklassade läkemedel.

Lokala tillägg: Lokal reservrutin för hantering av driftstopp av läkemedelsautomat finns i nödpärm i varje VNL och nås via lokalt intranät.

Lokala tillägg AL

Lokala tillägg KS

Lokala tillägg SkaS

Lokalt tillägg SU

Lokalt tillägg SÄS

## 3.6 Hämta läkemedel från annat PNL (gäller endast sjukhus)

Om aktuellt läkemedel efter sökning varken finns i enhetens eget PNL eller i VNL kan det eventuellt hämtas från annan enhets PNL. Aktuell enhet ska först kontaktas för att fråga om läkemedlet kan hämtas. I första hand hämtas originalförpackning eller endosmärkta läkemedel. I undantagsfall får lösa tabletter, del av blisterkarta eller liknande hämtas. Dessa ska då läggas i läkemedelspåse som märks med följande uppgifter: läkemedelsnamn, beredningsform, styrka, signum, hämtningsdatum samt eventuell relevant förvaringsanvisning.

Hämtning av narkotikaklassade läkemedel från annan enhet ska undvikas i möjligaste mån. För hantering, se kapitel 11. Narkotikaklassade läkemedel.

## 3.7 Övriga läkemedel

### 3.7.1 Läkemedelsnära produkter och handelsvaror

Handelsvaror, till exempel stomiprodukter, sprut- och tillsatsetiketter, förbrukningsjournaler, läkemedelspåsar, hudkrämer, tandkräm, tvål och sanitetsprodukter ska beställas via Marknadsplatsen.

De flesta läkemedelsnära produkter beställs via Marknadsplatsen. Vissa läkemedelsnära produkter som ingår i definierat sortiment, till exempel spolvätskor och teknisk sprit, kan beställas via Hamlet.

## 3.7.2 Hemofililäkemedel

Patienter med blödarsjuka hanteras i normalfallet av Koagulationscentrum på SU/Sahlgrenska, men kan akut behöva vård på något annat av VGRs sjukhus. För att säkerställa att dessa patienter får snabb tillgång till faktorkoncentrat i det akuta skedet finns ett akutlager på SkaS Skövde, i NU-sjukvården/NÄL samt på SÄS/Borås. För detaljer, se Tillgång till faktorkoncentrat för patienter med blödarsjuka samt lokalt intranät.

### Lokala länkar

Länk till SkaS intranät om hemofiliprodukter

## 3.7.3 Licensläkemedel

Se kapitel 13. Licensläkemedel.

## 3.7.4 Centralt godkända läkemedel som inte är marknadsförda i Sverige

Vid behov av ett centralt godkänt läkemedel som inte finns tillgängligt att beställa i Hamlet kontaktas RGL för utredning om tillgänglighet, pris och ledtid. Behandlande läkare ansvarar för att, innan kontakt med RGL tas, undersöka om läkemedlet är föremål för nationell samverkan Läkemedel – ordnat införande - Samverkanläkemedel. Läkaren kan också behöva meddela behov av utredning om upphandling/prisförhandling är aktuell. Diskussion sker då med Inköpsstyrgrupp Läkemedel och läkemedelsnära - VGR gemensamt.

## 3.7.5 Läkemedel inom tillgänglighetsprogram och CUP

Läkemedel som inte ännu är godkända i Sverige kan i vissa fall tillhandahållas genom olika typer av s.k. ”tillgänglighetsprogram”, där enskild patient, genom programmet, får tillgång till behandling:

- CUP avser, av Läkemedelsverket, godkänt program i Sverige. För information se Icke godkända läkemedel genom Compassionate use programme | Läkemedelsverket och lista över Pågående godkända CUP | Läkemedelsverket.

- Andra typer av program, early/expanded access etc., som inte är godkända av Läkemedelsverket, kräver enskild licens. Dessa kallas också ibland ”Named Patient Program”. Läkemedel inom dessa bör tillhandahållas utan kostnad för patient och verksamhet.

Vid behov av läkemedel genom ett tillgänglighetsprogram kontaktas alltid RGL/Sjukvårdsapotek VGR så snart som möjligt. Specifik rutin för beställning/leverans av läkemedlet tas fram av RGL/Sjukvårdsapotek VGR.

Särskilt att beakta:

- Beställning av läkemedel via RGL ska föregås av ansökan till och godkännande från aktuellt företag om deltagande för respektive patient
- Längre ledtid kan uppstå pga avvikande distributions- och beställningsförfarande
- Ofta krav på behandlande läkare om uppföljning, rapportering etc.
- Enskild licens krävs, vid ansökan om licens kan det krävas kompletterande information om programmet/produkten (ej för svensk CUP)

Behandlande läkare behöver inför ansökan till ett program också beakta:

- Pågående hälsoekonomiska utredningar och eventuell avrådan att använda läkemedlet Läkemedel – ordnat införande - Samverkanläkemedel
- Etiska principer, såsom risk för ojämlik vård, tillkommande patienter med samma behov, fortsatt behandling efter avslutat program och kostnader efter avslutat program, se exempelvis SU:s Checklista användning av kostsamma läkemedel.

## 3.7.6 Medicinsk gas

Se kapitel 12. Medicinska gaser.

## 3.7.7 Advanced Therapy Medicinal Products

### ATMP

ATMP är en förkortning som står för Advanced Therapy Medicinal Products och som kan översättas till läkemedel för avancerad terapi. Det är läkemedel som innehåller mänskliga celler, gener eller vävnader. Regulatoriskt räknas ATMP som läkemedel och dess tillverkning regleras av Läkemedelsverket.

Det finns olika klasser av ATMP:

- Läkemedel för genterapi
- Läkemedel för somatisk cellterapi
- Vävnadstekniska produkter
- Kombinationsläkemedel för avancerad terapi

ATMP kan för närvarande endast beställas på SU, enligt separata rutiner.

Mer info finns på ATMP Läkemedel för avancerade terapier - Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt på Läkemedelsverkets webbplats.

## 3.8 Retur av läkemedel

Läkemedel får endast returneras till leverantör (RGL, Medovia, eller Extemporetillverkning) efter överenskommelse såsom vid felleverans, reklamation eller enligt indragningsskrivelse. För mer information om indragningar och reklamationer, se kapitel 4 Förvaring och skötsel i läkemedelsförråd.

### Retur av läkemedel till RGL

För retur av läkemedel till RGL ska blankett A Retur och/eller reklamation av läkemedel till RGL alltid användas, se nedan.

- Kontakta RGL kundservice på e-post kundservice.rgl@apoteket.se eller via telefon 010-447 71 00 **innan** retur av läkemedel.
- RGL ger dig en detaljerad beskrivning av hur du ska gå till väga, samt för att i förekommande fall få en returetikett att fästa utanpå returkollit. Returetikett ska användas för spårbarhet vid retur.
- Packa och skicka läkemedlet enligt anvisning på blankett A Retur och/eller reklamation av läkemedel till RGL
- För överenskommelse om hämtning och returnering av returkollit: kontakta Internlogistik/Intern service.

Vid retur i samband med **indragning** av läkemedel ska även en kopia på indragningsskrivelsen skickas med.

### Retur av läkemedel till Medovia

- Fyll i Returblankett reklamation indragning och retur Medovia och mejla den till Medovia på order.skane@medovia.se. Invänta mejl med returgodkännande och returetikett från Medovia för att kunna returnera varan. Retur ska göras omgående efter mottaget returgodkännande.

- Packa varan väl i en separat kartong tillsammans med utskrift av returgodkännandet. Fyll i RG-numret på returetiketten (framgår på returgodkännandet) samt fäst returetiketten utanpå returkollit.
- För överenskommelse om hämtning och returnering av returkollit: kontakta Regiontransporter på 031-343 26 80.

#### Retur av läkemedel till Extemporetillverkning (gäller sjukhus)

För eventuell retur av extemporeläkemedel från vårdenhet på sjukhus till Extemporetillverkning, se Information om extempore för vårdpersonal på sjukhus under rubriken Avvikelser.

## 3.9 Reservrutin

### 3.9.1 Reservrutin för beställare i Hamlet

Sjukvårdsapotek VGR beslutar gemensamt med RGL/Medovia om och när reservrutinen ska användas.

Som en förberedelse för eventuell beställning enligt reservrutin ska varje enhet ha kontaktuppgifter och kundnummer till RGL/Medovia samt blankett för läkemedelsrekvisition utskrivna.

Efter att beslut om reservrutin fattats informerar Sjukvårdsapotek VGR lokalt berörda beställare på sjukhus, i första hand via telefon. Se Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL.

Enheter utanför sjukhus informeras om att reservrutin ska tillämpas av respektive förvaltning.

Observera att:

- Manuell beställning (via utskrivet beställningsunderlag från Hamlet alternativt beställningsblankett enligt nedan) endast ska användas efter att reservrutin startats.
- Vid manuell beställning av narkotika ur förteckning II och III får beställningen inte uppta annat läkemedel. Styrka och mängd ska förtydligas med bokstäver.

#### Om Hamlet fungerar, men beställningar inte överförs

Skriv ut beställningsunderlag:

När beställare fått information om att reservrutin ska tillämpas ska utskriven order från ”Orderstatus” i Hamlet användas som beställningsunderlag. Beställ endast det nödvändigaste via reservrutin. Observera att även ordinarie order troligtvis kommer att levereras när Hamlet fungerar igen. Innebär driftstörningen begränsning i vilka

leveranser som kan ske, kommer leveranser i första hand att ske till verksamhet med akut behov av specifikt läkemedel efter samråd mellan Sjukvårdsapotek VGR och RGL/Medovia.

Komplettera beställningsunderlag:

Utskriften från Hamlet ska kompletteras med följande

- Antal sidor
- Kundnummer eller GLN-kod
- Beställarens telefonnummer
- Underskrift och namnförtydligande av beställaren

Skicka beställning till RGL respektive Medovia:

RGL: Beställning skickas via fax 010-447 72 38 eller skannas in och skickas via e-post kundservice.rgl@apoteket.se.

Medovia: Beställning mejlas till order.skane@medovia.se.

### Om Hamlet inte fungerar:

Använd antingen Blankett för Läkemedelsrekvisition RGL/Medovia eller utskriven sortimentslista i PNL för beställning, enligt nedan.

Om reservrutin för beställning av narkotika ur förteckning II och III behöver användas får rekvisitionsblanketten inte uppta annat läkemedel. Styrka och mängd ska förtydligas med bokstäver.

*Blankett för läkemedelsrekvisition RGL:*

Använd Faxbeställningsblankett RGL. Ange ”Apoteket Kundcentrum Göteborg” under apotekets namn på faxblanketten. Skicka beställning till RGL via fax 010-447 72 38 eller skanna in och skicka via e-post kundservice.rgl@apoteket.se.

*Blankett för läkemedelsrekvisition Medovia:*

Använd Läkemedelsrekvisition Medovia. Beställning skickas via e-post order.skane@medovia.se.

*Utskriven sortimentslista (RGL/Medovia):*

Komplettera sortimentslista med följande:

- Antal förpackningar för de preparat som beställs
- Antal sidor
- Kundnummer eller GLN-kod
- Beställarens telefonnummer
- Underskrift och namnförtydligande av beställaren

Skicka beställningen till RGL respektive Medovia. (RGL: fax 010-447 72 38 eller e-post kundservice.rgl@apoteket.se, Medovia: e-post order.skane@medovia.se).

### 3.9.2 Reservrutin för beställare från Extemporetillverkning (gäller sjukhus)

Se Information om extempore för vårdpersonal under rubriken Reservrutiner för beställning och leverans.

# 3.10 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2011-08-24 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2013-04-01 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Kapitlet är reviderat i sin helhet och anpassat innehållet till den nya försörjningsmodellen. |
| 3.0 | 2017-03-31 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Kapitlet är reviderat i sin helhet. Kapitlet ersätter i förekommande fall de instruktioner Sjukhusapoteket VGR utfärdat om beställning och leverans av läkemedel. |
| 4.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 4.0: Översyn enligt författning HSLF-FS 2017:37. Förtydligande avseende befogenheter. Övriga ändringar av redaktionell karaktär. Version 4.1, 2019-11-01: Versionshistorik tillagd |
| 5.0 | 2020-01-20 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 5.0: 3.1 Information om medicinsk attestant i Marknadsplatsen borttaget. 3.2: Förtydligande om markering av sortiment i Marknadsplatsen.3.4.2 Förtydligande om akutbeställningar. 3.4.3 Förtydligande om hantering av följesedlar och tillagt slutenvårdsdos. 3.4.4 Förtydligande om slutenvårdsdos 3.7.1 Förtydligande om beställning av extemporeläkemedel till sjukhus. 3.7.7. Advanced Therapy Medicinal Products – ATMP – helt nytt avsnitt. Redaktionella ändringar |
| 6.0 | 2022-11-22 | Ledningsgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 6.0, 2022-11-22: 2.1 Lagt till farmaceuter. 2.4 Anpassningar till Närhälsans och Regionhälsans arbetssätt. 2.4.3 Lagt till att läkemedelsförpackningarna ska vara obrutna vid leverans. 2.4.4 Förtydligande om spill och kross samt att avvikelser rapporteras i MedControl om patientsäkerheten påverkas. Namnbyte från Sjukhusapoteket till Sjukvårdsapoteket. Tagit bort APL och lagt till Beredningsenheten. Uppdaterade länkar. Förtydligande om ATMP. Redaktionella ändringar och förtydligande. Blankett B reviderad.<br><br>Version 6.1, 2023-02-10: 2.4.3 Lagt till att kontroll att läkemedelsförpackningarna ska vara obrutna sker vid uppackning. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7.0 | 2023-12-01 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 7.0 2023-12-01: 3.3 Läkemedelslager, tillägg av rutin gällande läkemedelslagers storlek. 3.4.3 Leverans och kvittensförfarande, förtydligande om kylvaror. 3.7.6 Läkemedel i klinisk prövning, avsnittet uppdaterat gällande läkemedel i klinisk prövning inklusive hantering av kliniska prövningar där tillverkad radiofarmaka är prövningsläkemedel. 3.8 Retur av läkemedel, avsnittet är uppdaterat med hantering av retur till RGL.<br><br>Version 7.1, 2024-12-17: 3.9 Reservrutin förtydligat angående beställning av narkotika klass II och III.<br><br>Version 7.2, 2025-07-02: Ändrad benämning av PNL från Patientnära lager till Patientnära läkemedelsförråd. 3.7.6 Läkemedel i klinisk prövning uppdaterad pga avslutad övergångsperiod mellan regelverk.<br><br>Version 7.3, 2025-09-01: Texten är justerad på grund av byte av avtalad läkemedelsleverantör från RGL till Medovia och byte av beställningssystem från Marknadsplatsen till Hamlet, för vårdenheter utanför sjukhusförvaltning. |
| 8.0 | 2026-07-01 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | 3.3 Omarbetat stycke kring beställning i Hamlet. Ändrat stycke om rekommenderade lagernivåer. Ändrat i avsnitt 3.4.1 om öppning, stängning eller flytt av enheter. 3.4.3 Borttaget att följesedlar för narkotika ska sparas. Flyttat avsnitt om extempore från tidigare 3.7 till 3.4 samt ändrat övergripande struktur i 3.4 Beställningar till patientnära läkemedelsförråd (PNL). 3.5 Förtydligande om förvaringsanvisning vid uttag ur VNL. 3.7.4 Nytt stycke om centralt godkända läkemedel som inte är marknadsförda i Sverige. 3.7.5 Nytt stycke om läkemedel inom tillgänglighetsprogram och CUP. Tidigare avsnitt 3.7.6 Läkemedel i klinisk prövning har utgått, information publiceras på Vårdgivarwebben. 3.9.1 Kontaktuppgifter och kundnummer till RGL/Medovia samt blankett för läkemedelsrekvisition ska skrivas ut inför eventuell reservrutin. Redaktionella ändringar |

# 4. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[6]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel: 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd, Version 6.0, Giltig från 2026-07-01

**Huvudsakliga ändringar i denna version**

Version 6.0. 2026-07-01: 4.3.1 Förtydligande kring hantering vid temperaturavvikelser, riskbedömning, åtgärder och dokumentationskrav för läkemedel som förvaras utanför låst utrymme. Förtydligande av krav för Mobila verksamheter. 4.4 Ändrat struktur och förtydligat avsnitt om indragningar, återkallelse av dospåsar och reklamationer. 4.4.1 Förtydligande kring indragning av läkemedel. 4.7 Tillägg om projektguide för om- och nybyggnation. Övriga redaktionella ändringar. Som följd av ändringarna i kapitlet har även regionala mall 8 och mall 9 uppdaterats.

## 4.1. Regelverk

**HSLF-FS 2017:37 12 kap 1 §**

*Läkemedel ska förvaras*
*1. oåtkomliga för obehöriga,*
*2. enligt tillverkarens anvisningar,*
*3. på ett sådant sätt att deras kvalitet inte försämras, och*
*4. i ett särskilt läkemedelsförråd som är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning.*

[6] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus:
Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

## 4.2. Allmänt om läkemedelsförvaring

Läkemedel ska förvaras inlåsta. Verksamhetschefen beslutar vem som ska ha tillgång till vilket läkemedelsförråd. Endast den som har till uppgift att iordningställa/administrera/kontrollera läkemedel eller arbeta med lagervård får ha tillgång till läkemedelsförrådet. Om det är förenligt med en säker hantering, får läkemedel som måste vara lätt tillgängliga förvaras utanför låst förråd, se avsnitt 4.3.1.

I läkemedelsförråd får endast läkemedel och närstående varor, t ex administreringshjälpmedel, förvaras.

Läkemedelsförråd ska hålla en rumstemperatur mellan +15°C – +25°C Läkemedelskylskåp ska hålla en temperatur mellan +2°C – +8°C.

Temperatur i frysskåp anpassas enligt läkemedelstillverkarens anvisningar.

Rutiner för förvaring, hantering och inventering av nycklar/kod/kort till läkemedelsförrådet samt åtgärd vid förlust av nyckel/kod/kort ska finnas och vara i enlighet med förvaltningens säkerhetsrutiner. Vid behov kan dessa kompletteras i den lokala instruktionen på enheten.

I VGR finns två nivåer av läkemedelsförråd i vården:

- PatientNära Läkemedelsförråd (PNL)
- VårdNära Läkemedelsförråd (VNL)

**PNL** är respektive enhets läkemedelsförråd som innehåller ett bassortiment av frekvent använda läkemedel samt akutläkemedel. Exempel på patientnära förvaringsutrymmen är:

- Läkemedelsrum
- Medicinskåp
- Läkemedelsvagn
- Vätskevagn

**VNL** är gemensamma läkemedelsförråd på sjukhus och består av mer sällan använda läkemedel och buffertförråd av läkemedel med ojämn förbrukning. VNL sköts av Sjukvårdsapotek VGR lokalt.

Se även kapitel 3 Beställning.

Lokala tillägg:

SU: Allmän säkerhet SU, Säkerhetshandboken SU

SkaS: Trygghetscentralen - Skaraborgs Sjukhus

## 4.3 Patientnära Läkemedelsförråd (PNL)

Läkemedel ska förvaras överskådligt och i god ordning för att minska risken för förväxling. Förvaringsordningen (exempelvis alfabetisk, ATC-kodsordning eller indelning efter olika beredningsformer eller dylikt) bör ske på liknande sätt inom hela förvaltningen.

Läkemedel ska förvaras i originalförpackning av kvalitetsskäl och för att väsentliga uppgifter såsom namn, styrka, utgångsdatum och batchnummer ska finnas kvar. Angiven hållbarhet gäller endast i originalförpackning och vid förvaring enligt tillverkarens anvisning. Av säkerhetsskäl får uttagen dos, till exempel lösa tabletter, inte återföras till originalförpackningen eftersom hållbarheten inte kan garanteras och spårbarheten saknas.

Läkemedel hämtade från VNL, som inte omedelbart ges till patient, bör förvaras på särskild och uppmärkt plats i PNL.

Läkemedelsvagnar ska förvaras inlåsta i läkemedelsrum alternativt vara låsta och fastlåsta när de inte används/hålls under uppsikt.

### 4.3.1 Läkemedel utanför låst förvaringsutrymme

Läkemedel får endast i undantagsfall förvaras utanför låst utrymme. De ska dock fortfarande förvaras oåtkomligt för obehöriga eller vara under ständig uppsikt. Samtliga platser där läkemedel förvaras ska uppfylla kraven för läkemedelsförvaring, se avsnitt 4.1.

Risken för att obehöriga kan få tillgång till dessa läkemedel ska bedömas och minimeras (till exempel med tanke på stöld eller sabotage).

Dessa läkemedel ska upptas på särskild lista (mall 8) som fastställs av verksamhetschef/vårdenhetschef/enhetschef. Även akutaskar med läkemedel som förvaras i olåst utrymme ska skrivas in.
Läkemedel som ingår i mobila verksamheter omfattas av samma krav.

I enhetens lokala läkemedelshanteringsrutin ska det framgå var listan förvaras. Listan ska förvaras oåtkomlig för obehöriga.

Lokala tillägg:

SV

SkaS

SU

SÄS

## 4.3.2 Skötsel av PNL

Syftet med regelbunden skötsel av PNL är att läkemedel ska vara i fullgott skick, läkemedel ska vara överskådligt ordnade för att minska risken för felplock och förväxlingar samt att bibehålla ett sortiment anpassat till enhetens behov.

Basala hygienrutiner ska följas vid all läkemedelshantering.

### Sortimentshantering

Enhetens förråd ska vara överskådligt och hållas aktuellt, både med tanke på innehåll och följsamhet till definierat sortiment, se vidare i avsnitt 3.2 Läkemedelssortiment i VGR. Om man ser behov av att ändra i enhetens ordinarie sortimentet vad gäller läkemedel, maxlager (ML) och beställningspunkt (BP), kontakta läkemedelsansvarig för vidare hantering.

Läkemedel utanför enhetens ordinarie sortiment ska rensas bort när pågående behandling avslutats. Oanvända läkemedel från VNL ska kasseras, eller hanteras enligt förvaltningens egen rutin. Läkemedel utanför enhetens ordinarie sortiment kan flyttas till VNL efter kontakt med Sjukvårdsapotek VGR lokalt.

### Hållbarhetskontroll och städning

Hållbarhetskontroll på samtliga läkemedel ska göras varje månad. Som stöd kan Hamlet användas. Läkemedel med utgången hållbarhet ska inte användas utan kasseras. Brutna läkemedelsförpackningar med överskriden användningstid ska kasseras löpande enligt användningstid, se Svensk läkemedelsstandard (SLS).

Rutiner för hållbarhetskontroll och städning ska finnas i enhetens lokala läkemedelshanteringsrutin. Hållbarhetskontroll och städning ska dokumenteras. I mall 9 finns blanketter att använda för denna dokumentation. I mall 9 finns även exempel på metod och frekvens för städning av olika ytor och utrustning. Enheten bör ha en sammanställning över lagerplatser (se mall 8) och det ska finnas dokumentationsblanketter för varje lagerplats.

Om enheten har PNL-service ska hållbarhetskontroll och städning ske och dokumenteras enligt överenskommelse med Sjukvårdsapotek VGR lokalt.

### Kontroll av temperatur

Temperaturen där läkemedel förvaras ska kontrolleras och dokumenteras. I mall 9 finns blanketter att använda för denna dokumentation. Om temperaturen avviker från angivna referensvärden vidtas åtgärder enligt avsnitt 4.3.3 nedan.

Termometrar som används ska mäta min- och maxtemperatur och köps in via Marknadsplatsen. Mätnoggrannhet bör verifieras en gång per år mot referenstermometer eller enligt tillverkarens anvisning. Termometrar som vid upprepade tillfällen visar avvikande mätvärden ska bytas eller kalibreras.

Rumstemperatur ska kontrolleras och dokumenteras minst en gång per vecka. Temperatur i kylskåp och eventuella frysskåp ska kontrolleras och dokumenteras dagligen. I kylskåp eller förvaringsutrymme med inbyggd kontinuerlig temperaturregistrering och larmfunktion vid avvikande temperatur ska det kontrolleras att larm ej utlösts. För kylskåp/förvaringsutrymme med inbyggd temperaturregistrering dokumenteras godkänd kontroll enbart med signum. I lokal rutin ska det framgå om och hur man använder befintligt larmsystem för kontroll och dokumentation.

### Kylförvaring

Vanligtvis är läkemedelskylskåp inställda på att hålla +5°C. Temperaturavläsning kan göras via inbyggd temperaturregistrering eller med extern termometer. Luft ska kunna cirkulera runt förpackningarna. Beakta risk för ojämn temperatur till exempel i kylskåpsdörr. Skillnader kan förekomma beroende på modell, se kylskåpets manual.

Vid användning av extern termometer bör dess givare vara placerad i ett temperaturdämpande medium, t.ex. glycerol eller vatten, för att motverka att tillfälliga temperaturförändringar påverkar mätresultatet. Provtagningsrör är lämpliga som behållare för temperaturdämpande medium. Mediet bör bytas en gång per år.

För att förebygga risk för avvikande temperaturer i läkemedelskylskåp kan förebyggande åtgärder vidtas, till exempel:

- Töm eventuell tövattenflaska regelbundet
- Avfrosta kylskåpet regelbundet
- Håll kylskåpet så dammfritt som möjligt, såväl invändigt som utvändigt. Rengör insidan med trasa fuktad med vatten och allrengöringsmedel.

## 4.3.3 Hantering vid temperaturavvikelser

### Hantering vid avvikande rumstemperatur i läkemedelsförråd

Vid avvikande temperatur samt för att förebygga risk för höga temperaturer i läkemedelsförråd kan åtgärder vidtas till exempel:

- solfilm/markis
- kylanläggning

Vid risk för höga temperaturer i läkemedelsförrådet rekommenderas att avläsa rumstemperaturen dagligen så att åtgärder kan vidtas i tid. Om temperaturen riskerar att överstiga 25°C behöver enheten ta ställning till vilka eventuella åtgärder som ska vidtas. Ta i förekommande fall kontakt med Västfastigheter, annan aktuell fastighetsförvaltare eller lokalt ansvarig. I andra hand kan läkemedlen flyttas till rum med lägre temperatur (rummet måste uppfylla övriga krav på läkemedelsförvaring, se avsnitt 4.2 ovan).

### Hantering vid avvikande temperatur i kylskåp

Vid avvikande temperaturer och/eller temperaturlarm - ta ställning till vilka eventuella åtgärder som behöver vidtas, exempelvis:

- Flytta läkemedlen till annat kylskåp (kylskåpet ska uppfylla övriga krav på läkemedelsförvaring se avsnitt 4.2)
- Kontrollera att eventuell tövattenflaska är tömd
- Kontrollera om kylskåpet behöver frostas av
- Kontrollera att kylskåpsdörren kan stängas ordentligt
- Kontrollera kylskåpets inställda referensvärde, se kylskåpstillverkarens manual
- Kontrollera larm från eventuellt temperaturövervakningssystem, se systemets manual
- Kontrollera befintlig dokumentation – hur länge har temperaturavvikelsen pågått?
- Dokumentera utförda åtgärder på fastställt dokument (temperaturlista), datera och signera (se mall 9)

Ta kontakt med Västfastigheter, Medicinsk teknik, annan aktuell fastighetsförvaltare eller lokalt ansvarig vid behov av felsökning.

Bedöm läkemedlens kvalitet innan de används, se nedan. Eventuella vidtagna åtgärder och ställningstaganden ska dokumenteras på temperaturlistan.

## Bedömning av läkemedlens kvalitet

För att avgöra om läkemedel kan anses hålla tillräckligt god kvalitet trots temperaturavvikelse vid förvaring måste en bedömning göras från fall till fall innan läkemedlet kan administreras/överlämnas. Kontakta läkemedelstillverkaren för information om specifika preparat vid tveksamheter. Sjukvårdsapotek VGR lokalt eller apotekare inom Närhälsan/Regionhälsan kan eventuellt hjälpa till i bedömningen.

Ett läkemedel som tillfälligt har blivit fryst eller utsatts för kyla kan oftast användas, såvida inget annat står på förpackningen eller i bipacksedeln. Till exempel om läkemedlet har märkningen ”Får ej frysas” på förpackningen behöver läkemedlet sannolikt kasseras om det blivit fryst.

Kontrollera vilka läkemedel som är känsliga för frost eller högre temperaturer, se förvaringsanvisning på originalförpackning, bipacksedel eller FASS.se.

- Konventionella tabletter är generellt hållbara och klarar av både värme och kyla.
- Lösningar, såsom orala lösningar och injektionslösningar är känsliga för växlande temperatur. Man bör vara extra noga med att syna dessa före administrering om de förvarats i höga temperaturer och kassera dessa vid missfärgning eller kristallbildning. All form av nedbrytning syns dock inte.
- Vissa läkemedel som förvaras i kylskåp är extra känsliga för temperaturavvikelser, exempelvis biologiska läkemedel, vacciner, blodprodukter, antiserum, antikroppar, enzymer och interferoner. Säkerställ att de administreras så snart som möjligt efter uttagande från kylskåp.
- Brustabletter, munsönderfallande och buckala tabletter är känsliga för fukt och värme och därmed är det extra viktigt att dessa förvaras i originalförpackning.
- Kapslar är generellt mer fuktkänsliga än tabletter.
- Suppositorier är känsliga för värme, och bör inte användas om de har varit smälta.
- Salvor är mer mikrobiologiskt hållbara än krämer eller andra beredningsformer med högre vattenhalt. Bakteriell eller annan mikrobiologisk tillväxt kan öka vid högre temperaturer.

# 4.4 Indragning, återkallelse av dospåsar och reklamationer

Läkemedel som omfattas av indragning, återkallelse och reklamation ska förvaras avskilda från övriga läkemedel på tydligt uppmärkt plats för vidare hantering.

## 4.4.1 Indragning

Om ett läkemedel dras in av tillverkaren/Läkemedelsverket meddelas detta via en särskild indragningsskrivelse.

Är vårdenheten berörd av indragningen kommer ni bli informerade enligt nedan.

- RGL: Sjukvårdsapotek VGR lokalt sprider indragningsmeddelande till berörda vårdenheter.
- Extemporetillverkning och APL: Extemporetillverkning Sjukvårdsapotek VGR (orderberedande enhet) sprider indragningsmeddelande till berörda vårdenheter.
- Medovia: Indragningar som berör Regionhälsan och Närhälsan förmedlas direkt från Medovia via e-post till vårdenheten.

Hantering av indragning:

- Den som tar emot indragningen ansvarar för att det så fort som möjligt kontrolleras om indraget läkemedel finns på enheten. Kontrollera även förvaringsutrymmen utanför läkemedelsrummet, till exempel läkemedelsvagnar och akutaskar.
- Om indraget läkemedel finns på enheten plockas detta omedelbart bort och förvaras separat och tydligt uppmärkt. Indragningen hanteras enligt följande:
    - Av indragningsskrivelsen framgår vilka åtgärder som ska vidtas på vårdenheten. Ofta avser indragningen enbart viss batch/lotnr, inte alla förpackningar av produkten. Efter kontroll och eventuell retur ska indragningsskrivelsen signeras och dateras av den som hanterat indragningen.
    - För hantering av retur, se kapitel 3.8 Retur av läkemedel.
- Den signerade indragningsskrivelsen sparas i ett år, inklusive beskrivning av vidtagen åtgärd. Indragningsskrivelsen sparas även om läkemedel som omfattas av indragningen inte fanns på enheten.
- Av enhetens lokala läkemedelshanteringsrutin ska framgå var indragningsskrivelserna ska förvaras efter ovanstående åtgärder.
- Den som hanterat indragningen underrättar läkemedelsansvarig sjuksköterska/farmaceut vilka åtgärder som är gjorda.

## 4.4.2 Återkallelse av dospåsar

Återkallelse av dospåse från slutenvårdsdos kan bero på indragning från läkemedelstillverkare eller upptäckta kvalitetsbrister i dosdispenseringen. Återkallade dospåsar får inte kasseras utan måste returneras till slutenvårdsdosenhet för att säkerställa att felaktiga läkemedel inte nått patient.

Personal på slutenvårdsdosenheten kontaktar aktuell vårdenhet och instruerar om hur returen av dospåsar ska ske.

## 4.4.3 Reklamationer

Vid uppenbar eller misstänkt kvalitetsbrist från tillverkare ska läkemedlet reklameras. Avvikelser som påverkar patientsäkerheten ska även rapporteras på sedvanligt sätt i MedControl Pro. Se även kapitel 10 Kvalitetssäkring. Vid leveransavvikelser, se kapitel 3, Leveransavvikelser.

### RGL

Om ett läkemedel behöver reklameras ska RGL kontaktas för överenskommelse om åtgärd, till exempel om det ska returneras eller ej. Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL.

Fyll i blankett A ”Retur och/eller reklamation av läkemedel till RGL” som underlag till utredning och kreditering. Om läkemedlet ska returneras följs anvisning i avsnitt 3.8, annars faxas eller mejlas blanketten till RGL.

RGL bedömer om kreditering av reklamerade läkemedel kan göras och återrapporterar till enheten i enlighet med kontaktuppgifter på ifylld blankett. Kreditering ska ske inom 30 dagar från att kontakt tagits.

I det fall reklamerade läkemedel inte ska returneras ska dessa kasseras enligt rutin för hantering av kasserade läkemedel i kapitel 9 Miljöaspekter och läkemedelsavfall.

### Medovia

Om ett läkemedel behöver reklameras fyll i Returblankett reklamation indragning och retur Medovia och mejla den till Medovia på order.skane@medovia.se. Invänta svar från Medovia med besked om läkemedlet behöver returneras eller ej. Om retur krävs, följs anvisning i avsnitt 3.8. Retur av läkemedel.

I det fall reklamerade läkemedel inte ska returneras ska dessa kasseras enligt rutin för hantering av kasserade läkemedel i kapitel 9

Miljöaspekter och läkemedelsavfall. Eventuell kreditering görs efter tillverkarens godkännande.

### Extemporeläkemedel

Se avsnitt Avvikelser på Information om extempore för vårdpersonal.

# 4.5 Patientens privata läkemedel

## 4.5.1 Förvaring av patientens privata läkemedel

På vissa mottagningar och inom Närhälsan kan det förekomma att patienters privata läkemedel förvaras på enheten, till exempel då patienten behöver hjälp med administrering.

Inom slutenvården kan privata läkemedel i vissa fall förvaras på enheten under vårdtiden (se även nedan stycke ”Användning av inneliggande patienters privata läkemedel”).

När vårdenheten tar emot privata läkemedel för förvaring, kassation eller för användning under vårdtiden, ska överlämnandet och mottagandet dokumenteras, se mall 21 Kvittens för omhändertagande av patientens privata läkemedel. För narkotikaklassade läkemedel gäller även krav på dokumentation i förbrukningsjournal, se kapitel 11 Narkotikaklassade läkemedel.

Privata läkemedel får inte ges till någon annan och ska förvaras åtskilda från enhetens läkemedel samt åtskilda från övriga patienters läkemedel.

Kvarglömda privata läkemedel hanteras enligt lokala rutiner, se även avsnitt nedan angående kassation.

### Användning av inneliggande patienters privata läkemedel

Undantagsvis kan patientens privata läkemedel behöva användas under vårdtiden på sjukhus. Det kan vara för att lösa akuta behov, till exempel om det läkemedel som patienten måste ta inte finns tillgängligt vid ankomst till vårdenhet eller för patientbundna inhalatorer, ögondroppar och insulin. Se kapitel 5 Iordningställande och administrering/överlämnande, ”Patientens privata läkemedel”, för krav på dokumentation i det fall patientens privata läkemedel ges på vårdenhet.

### 4.5.2 Kassation av patientens privata läkemedel

Vid eventuell kassation av patientens privata läkemedel som förvaras på enhet bör ansvaret mellan patient och vårdenhet finnas beskrivet i lokal rutin. Överlämnandet och omhändertagande av privata läkemedel för kassation dokumenteras och signeras, se mall 21.

En avliden persons privata läkemedel är formellt dödsboets egendom. Av säkerhetsskäl bör stor restriktivitet tillämpas vid utlämnandet av läkemedel från sjukvården till anhöriga. En god rutin kan vara att påtala för anhöriga att överblivna läkemedel lämpligen skickas för destruktion och be om deras godkännande. Speciellt gäller det narkotika eftersom det är brottsligt att inneha eller bruka någon annans narkotikaklassade läkemedel. Det behöver dödsboet upplysas om.

Om en inneliggande patient som har öppenvårdsdos avlider ska patienten markeras som avliden i Pascal för att undvika onödig dosproduktion. Information kring detta finns i Pascal handbok Manualer och checklistor - Öppen info: Pascal - Confluence (atlassian.net) (avsnitt 20.6, 20.7).

## 4.6 Kassation av läkemedel

Se kapitel 9. Miljöaspekter och läkemedelsavfall.

## 4.7 Utformning av läkemedelsförråd

Läkemedelsförråd ska vara låsbart och bör vara beläget så att arbetet kan utföras ostört. Det bästa alternativet är ofta separata läkemedelsrum, disponerade så att man har nödvändig utrustning inom räckhåll och enbart avsett för läkemedelshantering. Utrymmet behöver vara tillräckligt stort för att rymma läkemedel som krävs enligt kapitel 3 baserat på normalförbrukning samt för att bibehålla god ordning. Läkemedelsförråd bör inte placeras i direkt solljus. God belysning är väsentligt ur säkerhetssynpunkt.

Kontakta Sjukvårdsapotek VGR lokalt för att få råd om hur läkemedelsförrådet kan anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning samt enligt gällande regelverk.

Vid ny- eller ombyggnation av läkemedelsrum finns en fastställd standard enligt PTS (program för teknisk standard), Typrum 27 – Läkemedelsrum. Västfastigheter har vidare en projektguide för om- och nybyggnation av läkemedelsrum, där det framgår att Sjukvårdsapotek

VGR lokalt ska kontaktas för bedömning av behovet av säkerhetsbänk i läkemedelsrum.

Lokala tillägg:

SkaS: Bygga och inreda läkemedelsrum

SU: Rutin för ny- och ombyggnad av medicinrum läkemedelsrum

# 4.8 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2011-08-24 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2016-08-17 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Förtydligande om vem som får ha tillgång till läkemedelsförråd, rutiner för hantering av nycklar och vad som får förvaras i läkemedelsförråd. Förtydligande om temperaturmätning och hantering av termometrar. Hantering av indragningar och reklamationer reviderat i sin helhet med bl a ny blankett för detta. Förtydligande om hantering av patienters privata läkemedel. |
| 3.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 3.0: Anpassning till författning HSLF-FS 2017:37, delvis redigering av temperaturmätning respektive omhändertagande av avlidens privata läkemedel, ny lathund för inredning av läkemedelsrum, justerad mall 8, flyttat avsnitt om självmedicinering till 5.8, övriga ändringar av redaktionell karaktär.<br><br>Version 3.1, 2019-11-01: Versionshistorik tillagd |
| 4.0 | 2021-04-12 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 4.0: Förtydligat 4.3.1 Läkemedel utanför låst förvaringsutrymme. 4.3.3 Nya stycken om hantering vid avvikande temperatur i kylskåp. 4.3.5 Nytt stycke om återkallelse av dospåsar. 4.6 Nytt stycke om utformning av läkemedelsrum. Info om Programteknisk standard borttagen. Redaktionella ändringar.<br><br>Version 4.1 2022-06-16: 4.4.1 förtydligat ang. förvaring av patientens privata läkemedel inom öppenvård. |
| 5.0 | 2023-12-01 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 5.0: Förtydliganden i 4.2 om tillgång till läkemedelsförråd. Förtydliganden i 4.3 om förvaring i PNL, hållbarhetskontroller och temperaturkontroller. Avsnitten om indragningar, reklamationer och patientens egna läkemedel är omarbetade. Tillagt info om ökade lagernivåer. Redaktionella ändringar.<br><br>Version 5.1: Förtydliganden i 4.4 om patientens privata läkemedel.<br><br>Version 5.2, 2024-12-17: 4.2 Läkemedelsförvaring, RGL borttaget eftersom det inte är ett läkemedelsförråd inom vården (som avses i 4.2).<br><br>Version 5.3, 2025-07-02: Ändrad benämning av PNL från Patientnära lager till Patientnära läkemedelsförråd.<br><br>Version 5.4, 2025-09-01: Texten är justerad på grund av byte av avtalad läkemedelsleverantör från RGL till Medovia och byte av beställningssystem från Marknadsplatsen till Hamlet, för vårdenheter utanför sjukhusförvaltning. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6.0 | 2026-07-01 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | 4.3.1 Förtydligande kring hantering vid temperaturavvikelse, riskbedömning, åtgärder och dokumentationskrav för läkemedel som förvaras utanför låst utrymme. Förtydligande av krav för Mobila verksamheter. 4.4 Ändrat struktur och förtydligat avsnitt om indragningar, återkallelse av dospåsar och reklamationer. 4.4.1 Förtydligande kring indragning av läkemedel. 4.7 Tillägg om projektguide för om- och nybyggnation. Övriga redaktionella ändringar. Som följd av ändringarna i kapitlet har även regionala mall 8 och mall 9 uppdaterats. |

# 5 Iordningställande och administrering/överlämnande

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[7]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel: 5. Iordningställande och administrering/överlämnande, Version 5.0, Giltig från 2023-12-01. Nytt avsnitt 5.20 giltigt från 2025-07-02.

### Huvudsakliga ändringar i denna version

Version 5.0:

Ändrad kapiteltitel från Iordningställande till Iordningställande och administrering/överlämnande. Kapitlet sammanslaget med tidigare kapitel 6 Administrering/överlämnande och omarbetat i sin helhet. Förtydliganden om riskbedömning av läkemedel och kompletterat med hantering av arbetsmiljöfarliga läkemedel. Förtydliganden i avsnitt 5.5 om signering. Förtydliganden i avsnitt 5.7 om delbarhet. Arbetsinstruktion vid iordningställande av sterila läkemedel omarbetad. Hantering av särskilda beredningsformer omarbetad. Kompletterat med information om utbyte till likvärdigt preparat.

Version 5.1, 2025-07-02: Ny rutin tillagd: avsnitt 5.20 ”Best practice för iordningställande av läkemedel”. Även tagit bort särskild rutin för Regionhälsans mottagningar i 5.12 Utbyte till generika/synonyma läkemedel.

Version 5.2, 2025-12-03: Borttag av exempel på produktnamn i arbetsinstruktion vid iordningställande av läkemedel för injektion och infusion.

Version 5.3, 2026-03-23: Justerat benämningen av Best practice iordningställande i avsnitt 5.20.

[7] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus: Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

5.4, 2026-07-01: 5.20, lagt till vägledning för högriskläkemedel – Högrisklista (JOIKA) och vägledning för högriskläkemedel – Parenteralt Kalium som underlag för riskbedömning vid Best practice iordningställande.

## 5.1 Regelverk

Huvudreglerna för iordningställande och administrering eller överlämnande framgår i HSLF-FS 2017:37 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

**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 kapitel 8 Arbetsmiljöaspekter, mall 10 Lokal riskbedömning och åtgärdsplan Läkemedel med arbetsmiljörisk samt avsnitt 5.6 Hantering av arbetsmiljöfarliga läkemedel nedan.

Se även kapitel 1 Ansvar, rutiner och behörigheter samt Vårdhandboken.

## 5.2 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.

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.

Den som administrerar eller överlämnar ett läkemedel ska kontrollera patientens identitet. Det kan ske genom kontroll av identitetsband, genom att patienten själv uppger sitt namn och personnummer eller i förekommande fall genom god personlig kännedom.

## 5.3 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.

## 5.4 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).

## 5.5 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 5.2.1 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 vaccíner och biologiska läkemedel ska antecknas enligt lokal rutin, se avsnitt 5.16 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 5.12.

Lokala tillägg:

SkaS

SU

SÄS

## 5.6 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 kapitel 8 Arbetsmiljöaspekter och mall 10 Lokal riskbedömning och åtgärdsplan Läkemedel med arbetsmiljörisk.

### 5.6.1 Iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet

#### Plats för iordningställande

Iordningställande bör om möjligt ske på separat plats i läkemedels-rummet 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 avvikelse i MedControl Pro.

## 5.6.2 Iordningställande av cytostatika

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

Se även kapitel 8. Arbetsmiljöaspekter.

Lokala tillägg:

NU-sjukvården

SÄS

SU

# 5.7 Iordningställande och administrering eller överlämning av perorala läkemedel

## 5.7.1 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.

## 5.7.2 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 läkemedelshantering.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 5.14 och kapitel 8 Arbetsmiljöaspekter.

## 5.7.3 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 kapitel 9 Miljöaspekter och läkemedelsavfall.

## 5.7.4 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.

### 5.7.5 Slutenvårdsdos

VGR har tillstånd att bedriva maskinell dosverksamhet för de avdelningar 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 5.7.1.

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 dosexpedierade läkemedel i öppenvård (ordinerade i Pascal).

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

- att dospåsar kontrolleras mot ordinationen enligt 5.2. 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.
- att eventuella avvikelser/felleveranser som upptäcks rapporteras som en avvikelse enligt ordinarie rapporteringsförfarande i MedControl Pro, se även kapitel 10 Kvalitetssäkring. 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 oöppnade till patienten.

- att ej givna narkotikaklassade läkemedel dokumenteras och kasseras enligt förvaltningens rutiner. Se även kapitel 11 Narkotikaklassade läkemedel, avsnitt om Returer och kassationer av narkotikaklassade läkemedel.
- att överblivna dospåsar, av sekretesskäl även tomma, slängs i kärl för läkemedelsavfall.

Lokala tillägg slutenvårdsdos:

SkaS

SU

SV

SÄS

# 5.8 Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel för injektion och infusion

## 5.8.1 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 brytampull 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

## 5.8.2 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 5.3 Märkning av iordningställt läkemedel.

## 5.8.3 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

## 5.8.4 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 torrsubstans 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.)
    - Rotera 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) uppstått.
- 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 Förvaring, märkning, lagrings- och användningstider för läkemedel

## 5.8.5 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.

## 5.8.6 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 5.2 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.

# 5.9 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

# 5.10 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 färdiganvända. 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.

## 5.11 Patientbundna läkemedel

Vissa beredningsformer bör vara patientbundna och ska inte användas till annan patient. Exempel är aerosolflaskor/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.

## 5.12 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 vårdenhet inom VGR. Detta framgår via läkemedlets informationsruta i Hamlet och i Sammanställning över läkemedel med utbytbarhet bedömd av terapigrupper (nås via Utbytbarhet enligt terapigrupp - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen). 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 ordinatör 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.

## 5.13 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.

## 5.14 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 medicinering 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.

### 5.14.1 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 ventilera med andningsmask och andningsblåsa.

Se även kapitel 2, avsnitt Läkemedelsöverkänslighet.

Lokala tillägg

SkaS

## 5.15 Antidoter

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

- Giftinformationscentralen

- Antidotlista (pdf via Giftinformationscentralens hemsida)

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

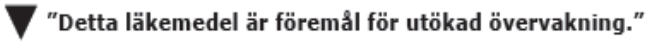
## 5.16 Biverkningsrapportering

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.

## 5.17 ”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.

## 5.18 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) 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 kapitel 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

## 5.19 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 kapitel 7 Utskrivning från sjukhus och överföring mellan olika vårdformer.

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

Det finns olika sätt att iordningsställa läkemedel som ska tas med hem, t.ex. 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 t.ex. dosett eller dosexpedierade läkemedel för en vecka användas. Dokumentation ska göras på samma sätt som för permissionsläkemedel.

# 5.20 Best practice iordningställande

## 5.20.1 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 vårdenhet, 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 vårdenhet 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.

## 5.20.2 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
    - Läkemedelssäkerhet på 1 minut - ePed: 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.

# 5.21 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2011-08-24 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2015-02-01 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Avsnitt ”5.6 Utbyte till generika/synonyma läkemedel” är anpassat till att den regionala Generika- och synonymlistan försvinner, samt ny funktionalitet i Hamlet och www.fass.se, samt redaktionella ändringar. |
| 3.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 3.0: Översyn enligt författning HSLF-FS 2017:37. Hänvisning till Sväljes hela borttagen, länk till Blandbarhetsdatabasen tillagd, text om arbetsmiljöfarliga läkemedel flyttad till kap 8, sköter själv flyttad (avsnitt 4.4) hit. Övriga ändringar av redaktionell karaktär.<br>Version 3.1 2019-04-30: Arbetsinstruktion för iordningställande av sterila läkemedel infogad i texten (avsnitt 5.5.1)<br>Version 3.2, 2019-11-01: Versionshistorik tillagd |
| 4.0 | 2021-06-28 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | 5.1: Utdrag från HSLF-FS 2017:37 tillagd. 5.1.1: Ny rubrik Kontroller vid iordningställande, inget ändrat innehåll. 5.1.2: Att infusioner ska märkas med starttid flyttat till kap 6. 5.2: Redaktionella ändringar kring dokumentation med tillägg gällande biologiska läkemedel, generisk förskrivning och iordningställande enligt generellt direktiv. 5.2 och 5.8: Förtydligande kring synonymbyte. 5.5.2: Lagt till länk till regional spädningslista ”Spädning av intravenösa läkemedel till vuxna”. 5.5.3: Tillägg att spike med membran som kan spritas av kan användas till flergångsförpackningar. Information om användning av filterkanyl till brytampuller. 5.7: Iordningställande av inhalationsläkemedel komprimerat och nytt stycke om patientbundna läkemedel tillagt. 5.9: Hänvisningar tillagda angående radioaktiva läkemedel. Övriga redaktionella ändringar. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5.0 | 2023-12-01 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Ändrad kapiteltitel från Iordningställande till Iordningställande och administrering/överlämnande. Kapitlet hopslaget med tidigare kapitel 6 Administrering/överlämnande och omarbetat i sin helhet. Förtydliganden om riskbedömning av läkemedel och kompletterat med hantering av arbetsmiljöfarliga läkemedel. Förtydliganden i avsnitt 5.5 om signering. Förtydliganden i avsnitt 5.7 om delbarhet. Arbetsinstruktion vid iordningställande av sterila läkemedel omarbetad. Hantering av särskilda beredningsformer omarbetad. Kompletterat med information om utbyte till likvärdigt preparat.<br><br>*5.1, 2025-07-02*: Ny rutin, avsnitt 5.20 Best practice för iordningställande av läkemedel. Även tagit bort särskild rutin för Regionhälsans mottagningar i 5.12 Utbyte till generika/synonyma läkemedel.<br><br>*5.2, 2025-12-03*: Borttag av exempel på produktnamn i arbetsinstruktion vid iordningställande av läkemedel för injektion och infusion.<br><br>*5.3, 2026-03-23*: Justerat benämningen av Best practice iordningställande i avsnitt 5.20.<br><br>*5.4, 2026-07-01:* 5.20, lagt till vägledning för högriskläkemedel – Högrisklista (JOIKA) och vägledning för högriskläkemedel – Parenteralt Kalium som underlag för riskbedömning vid Best practice iordningställande. |

# 6 Administrering / överlämnande

**Kapitel 6 Administrering / överlämnande är sammanslaget med kapitel 5 från och med 2023-12-01.**

# 7 Utskrivning från sjukhus och överföring mellan olika vårdformer

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[8]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel 7 Utskrivning från sjukhus och överföring mellan olika vårdformer, Version 4.0, Giltig från 2024-04-11

### Huvudsakliga ändringar i denna version

Version 4.0: Ändrat rubrik 7.1 från Allmänt till Regelverk. Ny hänvisning till lokalt tillägg i 7.4.1., SFS 2009:400 och Lag 2022:913 i 7.4.3. Samt förtydliganden och övriga redaktionella ändringar.

## 7.1 Regelverk

För patientsäker vård är det viktigt att korrekt information följer patienten och överförs mellan de olika vårdgivarna utan dröjsmål. Krav på överföring mellan vårdformer beskrivs i följande regelverk.

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården 10 kap. ”Ställningstagande till pågående läkemedelsbehandling vid inskrivning” och 11 kap. ”Läkemedelsgenomgångar”.

Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30

Lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation | Sveriges riksdag (riksdagen.se)

[8] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus:
Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

## 7.2 Insändande/remittering till sjukhus

Tjänstgörande sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård (kommunala hälso- och sjukvårdens boendeenheter, kommunal primärvård i ordinärt boende) eller remitterande läkare ansvarar för att aktuell läkemedelslista samt information om eventuell öppenvårdsdos medföljer patient som är i akut behov av sjukhusvård. Namn på ansvarig läkare bör framgå.

På sjukhus ska personal med behörighet i Pascal kontrollera om patienten har öppenvårdsdos.

Om patienten har öppenvårdsdos:

- Se till att dosikonen i Melior är tänd.
- Inskrivande läkare ska föra över samtliga förskrivningar i Pascal till sjukhusets journalsystem och sedan bedöma vilka ordinationer som är aktuella vid slutenvårdstillfället.
- Vid längre vårdtid (mer än en vecka) ska vårdgivarna komma överens om vem som markerar patientstatus som vilande samt återaktiverar leverans av doser till patienten. Se även 7.4.4.

Läkemedelsgenomgång ska genomföras vid inskrivning på sjukhus, se Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse (vgregion.se)

## 7.3 Överflyttningar mellan vårdavdelningar

För information om läkemedelsordination vid förflyttning mellan olika vårdavdelningar kontakta Meliorförvaltningen på respektive sjukhus.

## 7.4 Utskrivning från sjukhus

### 7.4.1 Läkemedelsordination vid utskrivning

Vid utskrivning från slutenvård ska pågående ordinationer granskas och inaktuella läkemedel sättas ut med angivande av utsättningsorsak. Det kan gälla infusioner och andra tillfälliga ordinationer som patienten inte hade vid inskrivning på sjukhus, till exempel sömnmedel.

Om patienten har öppenvårdsdos ska utskrivande läkare kontrollera att den medskickade läkemedelslistan och patientens förskrivningar i Pascal stämmer överens. Nya förskrivningar till patienter med öppenvårdsdos ska göras i Pascal. För patienter utan öppenvårdsdos ska utskrivande läkare kontrollera att den medskickade läkemedelslistan

och Nationella läkemedelslistan (NLL) stämmer överens. NLL kan nås via Förskrivningskollen och kommer att implementeras i regionens journalsystem.

Lokalt tillägg:

NU-sjv

## 7.4.2 Information till patient

Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som givits samt eventuell uppföljning av hälso- och sjukvården. God information till patienten om orsaken till de olika läkemedelsbehandlingarna minskar risken för läkemedelsrelaterade fel.

En korrekt läkemedelsanvändning förutsätter att patienten är väl införstådd med syftet med behandlingen och tar sina läkemedel enligt ordination.

### Läkemedelslista

Patienten ska få en aktuell läkemedelslista, där dosering, indikation och behandlingstid framgår. Den skriftliga läkemedelslistan är patientens källa till information om hur läkemedlen ska tas. Kontrollera noga att läkemedelslistan speglar patientens samtliga gällande ordinationer, så vitt det går att bedöma från tillgänglig information. Vid utskrift från journalsystemet Melior, kontrollera/justera listan så att den är korrekt även för nästa dag (efter hemgång). Be gärna patienten att i lugn och ro gå igenom läkemedelslistan och meddela om den inte stämmer eller om något är oklart.

Det är viktigt att utskrivande läkare/farmaceut går igenom den fortsatta läkemedelsbehandlingen med patienten/anhöriga. Speciell vikt bör läggas på att

- informera om indikationen för nya läkemedel
- förklara varför gamla läkemedel eventuellt har tagits bort
- informera om vem som är ansvarig för uppföljning
- upplysa om biverkningar som det är viktigt att vara vaksam på
- vid receptförskrivning informera om att utbyte kan komma att ske på öppenvårdsapotek
- skriva ut och lämna en sammanfattande läkemedelsberättelse om given behandling och andra läkemedelsförändringar
- uppmana att alltid ta med den senaste läkemedelslistan vid besök i sjukvården samt att slänga gamla läkemedelslistor

- uppmana till att lämna in läkemedel som inte längre ska användas till ett apotek.

För mer information om öppenvårdsdos se Pascal - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen (vgregion.se), Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Öppenvårdsdos (vgregion.se).

### Läkemedelsberättelse

Läkemedelsberättelsen är en del av utskrivningsinformationen. Den är en kortfattad redogörelse för de förändringar av läkemedelsbehandlingen som gjorts under vårdtiden och ska skrivas på ett sådant sätt att patienten kan förstå. Se Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse (vgregion.se).

Lokala tillägg:

SU

SV

### Användaranvisningar samt bedömning av patientens läkemedelshantering

Instruktioner kring hur man använder läkemedlet på rätt sätt ska vara givna innan utskrivningen, se även Kapitel 5 Iordningställande och administrering/överlämnande.

Patienten bör själv ha fått tillfälle att träna på att använda sitt läkemedel på rätt sätt under överinseende av sjukvårdspersonal. Bedömning av patientens färdighet att klara av medicineringen ska göras. Det kan gälla t.ex. inhalationsläkemedel, ögonpreparat, injektioner eller suppositorier.

Se medicininstruktioner (specifikt per preparat) och 1177 Behandling med läkemedel (allmänna texter om läkemedel och praktiska råd)

Inför utskrivningen ska alltid patientens förmåga att klara sin läkemedelshantering bedömas. Om patienten behöver stöd görs en bedömning av vilken typ av stöd som passar bäst i respektive fall, t ex hjälp av närstående, hjälpmedel som dosett/öppenvårdsdos, hemtjänst (Socialtjänstlagen) eller om läkemedelsansvaret bör tas över av sjuksköterska (Hälso- och sjukvård). Se Egenvårdsrutin - Vårdsamverkan i Västra Götaland (vardsamverkan.se) Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) | Sveriges riksdag (riksdagen.se).

Som bedömningshjälpmedel kan SMA (Safe Medication Assessment) användas.

## 7.4.3 Information till nästa vårdgivare

Läkemedelsberättelsen ska skickas till nästa vårdgivare (inklusive kommunal hälso- och sjukvård) senast på utskrivningsdagen tillsammans med aktuell läkemedelslista från Melior samt information om eventuell öppenvårdsdos.

Den slutna vården ska överföra information till berörda som är nödvändig för patienten, socialtjänst eller hälso- och sjukvård om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det. Information mellan vårdgivare ska överföras senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården (SFS 2017:612, lagändring SFS 2019:979).

Observera att patientens medgivande ska inhämtas för översändande av handlingar, se SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag.

Reglerna för inre respektive yttre sekretess gäller, dvs om informationen skickas inom vårdgivaren respektive till annan vårdgivare (inom respektive utanför VGR). Inom vårdgivaren, till exempel från sjukhus i VGR till offentlig vårdcentral i VGR (Närhälsan), behövs ej medgivande. Se Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse.

## 7.4.4 Läkemedelsbehandling utan avbrott

Se Regional medicinsk riktlinje Förskrivning av läkemedel till patient vid överföring mellan vårdenheter. När patienten skrivs ut från sjukhuset och ansvaret går över till primärvården behöver utskrivande läkare säkerställa att patienten är försedd med recept som täcker behovet tills eventuell förnyad förskrivning sker från primärvården.

För att undvika behandlingsavbrott vid utskrivning från sjukhus ska de läkemedel som patienten saknar skickas med från avdelningen (så kallade jourdoser) tills dess att apotek kan expediera läkemedlen, eller till dess att dospatienten har fått sina nya dosrullar. För vid behovs-läkemedel får en bedömning göras från fall till fall. Även läkemedelsnära produkter som behövs för läkemedelsbehandlingen ska beaktas och kan behöva skickas med, se Sesam LMN - Läkemedelsnära produkter i Västra Götaland . Se även kapitel 5 Iordningställande och administrering/överlämnande.

Angående stopptider för dosexpedierade läkemedel, kontrollera i Pascal eller kontakta patientens dosapotek. Observera att vid akutbeställning av öppenvårdsdospåsar bör patientstatus vara vilande i Pascal tills alla ändringar/ nyförskrivningar är gjorda. Detta för att undvika att flera

akutdosrullar hinner produceras och levereras till samma patient. För patienter vars öppenvårdsdos blivit vilande på sjukhus ska produktion återaktiveras innan hemgång. Se kapitel 2. Ordination.

Läkemedel på recept kan hämtas ut under vårdtiden. På så sätt kan läkemedlen vara patienten tillhanda vid utskrivningssamtalet, vilket kan vara en pedagogisk fördel. Tänk på legitimation/fullmaktskrav vid expedition av läkemedel från öppenvårdsapotek.

## 7.5 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2011-08-24 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2015-10-13 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Kapitlet är reviderat i sin helhet. Innehållet har kortats ner och i tillämpliga delar hänvisas istället till Regionala medicinska riktlinjer. |
| 3.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 3.0: Anpassat till författning HSLF-FS 2017:37. Övriga ändringar är av redaktionell karaktär.<br>Version 3.1, 2019-11-01: versionshistorik tillagd<br>Version 3.2, 2021-05-26: Redaktionella ändringar: Ändrat rubrik 7.1 från Regelverk till Allmänt samt borttag av hänvisning till SOSFS 2005:27 då föreskriften har upphört. Ny hänvisning till SMA i 7.4.4, samt övriga redaktionella ändringar. |
| 4.0 | 2024-04-11 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 4.0: Ändrat rubrik 7.1 från Allmänt till Regelverk. Ny hänvisning till lokalt tillägg i 7.4.1., SFS 2009:400 och Lag 2022:913 i 7.4.3. Samt förtydliganden och övriga redaktionella ändringar. |

# 8 Arbetsmiljöaspekter

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[9]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel: 8. Arbetsmiljöaspekter, Version 5.0, Giltig från 2024-03-01

### Huvudsakliga ändringar i denna version

8.1 Ny rubrik Regelverk. 8.2 Text flyttad från mall 10. Förtydliganden angående bl.a. ansvar för riskbedömning och skyddsinstruktioner. 8.3 Förtydligat utbildning och beställning av cytostatika. 8.4 Rubrik ändrad från Andra läkemedel med risk för bestående toxisk effekt till Läkemedel med risk för överkänslighet. Mall 10 ”Lokal riskbedömning och åtgärdsplan Läkemedel med arbetsmiljörisk” omarbetad. Redaktionella ändringar.

Version 5.1, 2025-05-22: 8.2 Länkar tillagda till sammanställning av skyddsinformation respektive RCC Kunskapsbanken. Uppdaterat information om AFS och länkar.

## 8.1 Regelverk

Risker i arbetsmiljön (AFS 2023:10), föreskrifter - Arbetsmiljöverket, avdelning V, kap 10, beskriver vilka krav som gäller för handhavande av cytostatika och andra läkemedel som kan orsaka bestående ohälsa. Se även Arbetsmiljöverkets webbplats Cytostatika och cytotoxiska läkemedel - Arbetsmiljöverket och Läkemedel - Arbetsmiljöverket.

## 8.2 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Vid hantering av läkemedel kan det finnas arbetsmiljörisker.

Systematiskt arbetsmiljöarbete är en metod för att kartlägga, planera, genomföra och följa upp åtgärder för att säkra en god fysisk och psykosocial arbetsmiljö.

[9] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus: Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Arbetsgivaren är enligt lag skyldig att bedriva systematiskt arbetsmiljöarbete. Alla verksamheter ska genomföra riskbedömning av de läkemedel som används i verksamheten utifrån lokala förutsättningar samt säkerställa att lokala skyddsinstruktioner för korrekt hantering finns. Som lokal skyddsinstruktion kan i relevanta fall eventuell förvaltningsövergripande arbetsinstruktion användas (se lokala tillägg nedan) alternativt arbetsinstruktion vid iordningställande i kapitel 5.

Chef med arbetsmiljöansvar ansvarar för att en riskbedömning utförs, att eventuell åtgärdsplan tas fram och följs upp samt att personalen har kännedom om vilka läkemedel som har skyddsinstruktioner och har tillgång till dessa.

När personal lånas in från annan enhet (exempelvis vårdfarmaceuter, lokalvård, fysioterapeuter) behövs en samverkan mellan berörda chefer kring arbetsmiljöansvaret.

För riskbedömning och framtagande av åtgärdsplan används mall 10 Lokal riskbedömning och åtgärdsplan Läkemedel med arbetsmiljörisk.

Produktspecifik skyddsinformation finns för vissa läkemedel i FASS under rubriken Skyddsinfo. En sammanställning över läkemedel som har skyddsinformation finns samlat här: Produkter med publicerad skyddsinfo inkl. ATC-koder och substanser. För vissa extempore-läkemedel finns skyddsinformation att hämta på www.apl.se. För cytostatika kan även Basfakta om läkemedel - RCC Kunskapsbanken vara till hjälp vid bedömningen.

Hälsan och Arbetslivet är VGR:s stödjande funktion i det systematiska arbetsmiljöarbetet. De har tagit fram guider för hälso- och arbetsmiljöarbete, inklusive guide för Läkemedel. I guiden beskrivs bland annat riskbedömning enligt mall 10 Lokal riskbedömning och åtgärdsplan Läkemedel med arbetsmiljörisk, genomförande och uppföljning av åtgärder. Här beskrivs även ansvar och roller.

Sjukvårdsapotek VGR lokalt eller apotekare inom Närhälsan/Regionhälsan kan kontaktas vid råd för säker hantering av läkemedel.

Om personal riskeras att utsättas för, eller har utsatts för, arbetsmiljöfarliga läkemedel där skyddsinstruktion inte följts eller kunnat följas, ska händelsen registreras och utredas som en avvikelse i MedControl Pro.

## 8.3 Cytostatika och andra särskilt farliga läkemedel

Vid hantering av cytostatika ska lokala skyddsinstruktioner finnas.

Iordningställande och administrering av särskilt farliga läkemedel får endast utföras av personer som genomgått särskild utbildning och har kunskaper om möjliga hälsorisker och de skyddsåtgärder som skall vidtas vid arbete med läkemedlen.

Cytostatika ska i möjligaste mån beställas från extemporetillverkningen inom Sjukvårdsapotek VGR.

Om iordningställande av cytostatika sker på vårdenhet eller mottagning ska dessa vara utrustade med säkerhetsbänk och övrig nödvändig utrustning för arbetet.

Information om säkerhetsbänkar finns på arbetsmiljöverkets webbplats Mikrobiologiska säkerhetsbänkar - Arbetsmiljöverket (av.se)

Lokala tillägg:

SkaS

SÄS

SU

Observera att många monoklonala antikroppar tillhör samma ATC-kod som cytostatika (L01). Även vissa läkemedel som tillhör ATC-kod J05 klassas som särskilt farliga läkemedel då de är cytotoxiska. Efter riskbedömning kan dock dessa i många fall hanteras som läkemedel med risk för överkänslighet (som till exempel penicillin).

## 8.4 Läkemedel med risk för överkänslighet

För iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet se kapitel 5 avsnitt Hantering av arbetsmiljöfarliga läkemedel. Vissa läkemedel kan orsaka överkänslighet vid hantering. Detta kan exempelvis visa sig i form av snuva, ögonirritation, klåda, eksem, astma och anafylaktisk chock.

Exempel på läkemedel som orsakat överkänslighet bland sjukvårdspersonal är sulfonamider, cefalosporiner, penicilliner, neomycin, bensokain och levomepromazin samt klorpromazin (avregistrerat men kan finnas som licensläkemedel).

Hantering av dessa läkemedel ska alltid ske så att personal och omgivning skyddas från exponering. Arbetet ska utföras så att risken

för exponering via luftvägar, hud och ögon minimeras. God arbetsteknik, noggrannhet och väl inarbetade rutiner är avgörande oavsett vilka hjälpmedel som används.

Det är olämpligt att personer som visat överkänslighet för ett läkemedel på nytt utsätts för detta.

Lokala tillägg:

SkaS

NU-sjukvården

SU

## 8.5 Radioaktiva läkemedel

Bestämmelser angående radioaktiva läkemedel finns i strålskyddslagen (SFS 2018:396) och i Läkemedelsverkets föreskrifter och allmänna råd (LVFS 2014:4) om beredning och hantering av radioaktiva läkemedel.

## 8.6 Anestesigaser och gasflaskor

Speciella arbetsmiljöaspekter finns kring anestesigaser samt gasflaskor. Se Arbetsutrustning och personlig skyddsutrustning – säker användning (AFS 2023:11), föreskrifter - Arbetsmiljöverket, kap 9 och 10, Risker i arbetsmiljön (AFS 2023:10), föreskrifter - Arbetsmiljöverket., avdelning V, kap 10, och Produkter – tryckbärande anordningar (AFS 2023:5), föreskrifter - Arbetsmiljöverket. Se även kapitel 12 Medicinska gaser

## 8.7 Gravida och ammande

Arbetstagare som arbetar med läkemedel som är reproduktionsstörande eller kan ha skadlig inverkan på graviditet eller amning, ska upplysas om de risker som exponering för läkemedlen kan innebära. Se Guide för hälso- och arbetsmiljöarbete - Gravida och ammande arbetstagare. För mer information se Planering och organisering av arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar (AFS 2023:2), föreskrifter - Arbetsmiljöverket 7 kap.

# 8.8 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2011-08-24 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2016-04-12 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Kapitlet är reviderat i sin helhet. |
| 3.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 3.0: Översyn enligt författning HSLF-FS 2017:37, endast ändringar av redaktionell karaktär. 8.2 text flyttad från kap 5.<br>Version 3.1, 2019-11-01: versionshistorik tillagd |
| 4.0 | 2021-09-07 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | 8.1 Kontakt till lokala sjukhusapoteket tillagd. 8.2 Information om skyddsinformationsblad tillagt. 8.2.2 Radioaktiva läkemedel nytt. Samt mindre redaktionella ändringar. |
| 5.0 | 2024-03-01 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | 8.1 Ny rubrik Regelverk. 8.2 Text flyttad från mall 10. Förtydliganden angående bl.a. ansvar för riskbedömning och skyddsinstruktioner. 8.3 Förtydligat utbildning och beställning av cytostatika. 8.4 Rubrik ändrad från Andra läkemedel med risk för bestående toxisk effekt till Läkemedel med risk för överkänslighet. Mall 10 ”Lokal riskbedömning och åtgärdsplan Läkemedel med arbetsmiljörisk” omarbetad. Redaktionella ändringar.<br>Version 5.1, 2025-05-22: Tillagt länk till sammanställning av skyddsinformation och länk till RCC Kunskapsbanken. Uppdaterat information om AFS och länkar. |

# 9 Miljöaspekter och läkemedelsavfall

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[10]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel 9 Miljöaspekter och läkemedelsavfall, Version 5.0, Giltig från 2024-03-01

### Huvudsakliga ändringar i denna version

Version 5.0: 9.1 Ändrad rubrik från Allmänt om läkemedelsavfall till Regelverk. 9.2 Tillägg angående sortering och läkemedel som varit patientnära samt lokalt tillägg för Närhälsan. Ändrad rubrik från Förvaring av läkemedelsavfall och Sortering och kassation av läkemedelsavfall. 9.2.5 Tillägg med parenteral nutrition. 9.2.6 Tillägg angående cytostatikaavfall från behandling i hemmet. Tillägg angående förpackningar som varit i kontakt med antibiotika. 9.3 Bytt rubrik från Hantering inom Närhälsan till Läkemedelsavfall från KAF. Övriga redaktionella ändringar.

## 9.1 Regelverk

Läkemedel faller under definitionen ”farligt avfall”, vilket innebär ett särskilt strikt och detaljerat regelverk som är juridiskt bindande för alla verksamheter inom VGR. För hantering av smittförande avfall och läkemedelsavfall, se Regiongemensamma regler om farligt gods, avfall.pdf (vgregion.se) på Regiongemensamma regler om transport av farligt gods - VGR gemensamt (vgregion.se). Rutiner kring kassation av läkemedel syftar till att hindra obehörigt användande samt att tillgodose de krav som finns på arbetsmiljö och skydd av den yttre miljön. Västra Götalandsregionen har tagit fram miljömål samt en färdplan som nås via Läkemedel - VGR gemensamt (vgregion.se).

[10] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus:
Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

# 9.2 Hantering och sortering av läkemedelsavfall

## 9.2.1 Kärl och etikettering

Läkemedel som ska kasseras ska alltid förvaras oåtkomligt för obehöriga. Kasserade läkemedel sorteras i avsedda kärl som ska märkas med särskilda etiketter. Kärlen och etiketter för märkning beställs via Marknadsplatsen. Kärlet förses med rätt etikett då det börjar användas. Datumet på etiketten fylls i först när behållaren ska skickas för destruktion.

Om flytande läkemedel hälls ut direkt i kärlet måste det förses med absorbent (uppsugande material i tillräcklig mängd). Kärl för kasserade läkemedel bör som mest fyllas till 2/3 (se märkning på kärlet) för att undvika arbetsmiljörisk (tunga lyft) och förslutas väl.

## 9.2.2 Sortering

Beställande enhet ansvarar för att sortera, packa och märka läkemedelsavfall.

Det finns en guide till hjälp för vårdpersonal vid sortering av kasserade läkemedel, läkemedelsförpackningar och tillhörande material: Sorteringsguide läkemedelsavfall (vgregion.se). För sortering av övriga specifika avfallsprodukter inom regionen, se Produktlista A-Ö VGR 2023.

Läkemedel som varit patientnära, till exempel infusioner, får inte återföras till läkemedelsrummet på grund av risk för kontaktsmitta, utan kasseras i ett annat utrymme.

Vid frågor om sortering av läkemedelsavfall kan Sjukvårdsapotek VGR samt apotekare inom Närhälsan respektive Regionhälsan kontaktas.

## 9.2.3 Hämtning av avfall

På sjukhus hämtas kasserade läkemedel av Internlogistik för skickning till förbränning. Enheter utanför sjukhus skall fylla i godsdeklaration, som beställs från Marknadsplatsen. Hämtning sker enligt lokala rutiner. För vårdpersonal som hanterar smittförande- och läkemedelsavfall finns utbildningen ”Hantering av smittförande- och läkemedelsavfall” (Lärportalen).

För mer information och frågor om transport/avsändning/kärl kontakta VGR:s säkerhetsrådgivare, se Regiongemensamma regler om transport av farligt gods - VGR gemensamt (vgregion.se).

Lokalt tillägg: Närhälsan

## 9.2.4 Kassation av narkotikaklassade läkemedel

Kassation av narkotikaklassade läkemedel ska journalföras och dubbelsigneras på enheten. För detaljer se kapitel 11 Narkotikaklassade läkemedel. För att dokumentera kassation av slutenvårdsdospåsar, gäller förvaltningens rutiner, se kapitel 5 Avsnitt Slutenvårdsdos.

Narkotikaklassade läkemedel som kasseras ska avidentifieras genom att:

läkemedel i till exempel tryckförpackning, burk eller dospåsar töms ur förpackning och slängs i kärl för kasserade läkemedel

medicinska plåster klipps sönder och slängs i kärl för kasserade läkemedel

flytande läkemedel i ampuller töms ut i kärl för kasserade läkemedel. Även små mängder av orala lösningar töms ut i kärl för kasserade läkemedel. Kärlet skall förses med absorbent (uppsugande material till exempel cellstoff i tillräcklig mängd).

Större mängder flytande läkemedel i flaska/ kassett/ pump etc., kasseras i originalförpackning. Originalförpackningen ska avidentifieras i möjligaste mån.

## 9.2.5 Elektrolytlösningar och parenteral nutrition utan läkemedelstillsatser

Behållare innehållande parenteral nutrition eller elektrolytlösningar utan läkemedelstillsats kasseras i restavfall. Elektrolytlösningar utan läkemedelstillsatser kan även tömmas ut i avlopp, ej i handfat som används av patienter. Spola med vatten efteråt. Som elektrolytlösningar räknas i detta sammanhang klara elektrolytlösningar, till exempel Ringer-Acetat samt natriumklorid- och glukoslösningar.

## 9.2.6 Förpackningar och förbrukningsmaterial

Tomma förpackningar (plastburkar, ytterförpackningar, blisterkartor etc.) källsorteras till respektive fraktion, förutom om dessa innehåller rester av antibiotika eller cytostatika eller andra särskilt farliga läkemedel enligt Risker i arbetsmiljön (AFS 2023:10), föreskrifter - Arbetsmiljöverket, avdelning V, kap 10. Förpackningar som innehållit flytande läkemedel betraktas som tomma om de är droppfria, dvs inga läkemedelsrester droppar ur dem när de vänds upp och ner. Tömda dospåsar sorteras av sekretesskäl som läkemedelsavfall.

### Förpackningar med rester av antibiotika eller cytostatika

Förpackningar eller förbrukningsmaterial som kan ha förorenats av antibiotika ska alltid sorteras som läkemedelsavfall. För att minska risken för att partiklar sprids i rummet bör avfallet först läggas i en plastpåse som försluts eller i PactoSafe.

Förpackningar eller förbrukningsmaterial som varit i kontakt med cytostatika/cytotoxiska läkemedel ska alltid läggas i plastpåse som försluts eller i PactoSafe och sorteras till kärl för cytostatika.

I det fall patient behandlas i hemmet inom sjukhusbunden vård med läkemedel som medför farligt avfall, t.ex. förbrukningsmaterial med rester av cytostatika, ska den behandlande vårdenheten på sjukhuset säkerställa att avfallet kan tas omhand inom det ordinarie kassationsflödet. Till exempel kan detta ske genom att ett etiketterat kärl för cytostatikaavfall lämnas till patient eller anhörig och sedan återförs till sjukhus för kassation, enligt överenskommelse mellan patient/anhörig och vårdenheten.

## 9.3 Läkemedelsavfall från KAF

Förutom ovanstående gäller följande inom Närhälsan: Personal inom Kommunala Akutläkemedelsförråd (KAF) får lämna in kasserade läkemedel från KAF till vårdcentral med samordningsansvar. Personal inom KAF ansvarar då för att kasserade läkemedel förpackas, märks och deklareras enligt ovan. Samtliga kärl för kasserade läkemedel hämtas av Regiontransporter eller av upphandlad entreprenör på avlämningspunkten för turbilen. Vid oklarheter kontaktas Regiontransporter.

## 9.4 Läkemedelsavfall från privatpersoner

Privatpersoner som hämtat ut läkemedel från öppenvårdsapotek/dosapotek ska själva lämna sitt läkemedelsavfall till apotek.

I de fall vårdpersonal har hand om patientens privata läkemedel, till exempel öppenvårdsdosrullar på mottagning, ska eventuell kassation hanteras enligt kapitel 4 avsnitt Patientens privata läkemedel samt enligt 9.2 Sortering och kassation av läkemedelsavfall ovan.

# 9.5 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2011-08-24 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2015-10-13 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Kapitlet är helt omarbetat och sammanslaget med Sjukhusapoteket VGR:s instruktion om hantering av kasserade läkemedel (QSA901) samt dokumentet ”Smittförande avfall och läkemedelsavfall, Sortering - Paketering – Märkning”. Kapitlet ersätter QSA901. |
| 3.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 3.0: Översyn enligt författning HSLF-FS 2017:37, endast ändringar av redaktionell karaktär.<br>Version 3.1, 2019-11-01: versionshistorik tillagd |
| 4.0 | 2022-06-16 | Ledningsgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 4.0: Hänvisning till Miljömål 2030 i 9.1. Lagt till stycke om utbildningsfilm i 9.2. Nytt avsnitt 9.2.2 Hantering av elektrolytlösningar utan läkemedelstillsats. Förtydligat stycke om läkemedelsavfall från privatpersoner 9.5. Förtydligat angående förpackningar som varit i kontakt med cytostatika/cytotoxiska läkemedel 9.2.3. Redaktionella ändringar.<br>Innehållet avstämt med Tobias Karlsson Närhälsan och Ulrika Eriksson Krebs Läkemedelsenheten, Koncernkontoret. |
| 5.0 | 2024-03-01 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 5.0: 9.1 Ändrad rubrik från Allmänt om läkemedelsavfall till Regelverk. 9.2 Tillägg angående sortering och läkemedel som varit patientnära samt lokalt tillägg för Närhälsan. Ändrad rubrik från Förvaring av läkemedelsavfall och Sortering och kassation av läkemedelsavfall. 9.2.5 Tillägg med parenteral nutrition. 9.2.6 Tillägg angående cytostatikaavfall från behandling i hemmet. Tillägg angående förpackningar som varit i kontakt med antibiotika. 9.3 Bytt rubrik från Hantering inom Närhälsan till Läkemedelsavfall från KAF. Övriga redaktionella ändringar. |

# 10 Kvalitetssäkring

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[11]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel: 10. Kvalitetssäkring, Version 3.0, Giltig från 2025-07-02

### Huvudsakliga ändringar i denna version

Version 3.0: 10.2 Förtydligat ansvar. 10.3 Uppdaterat arbetssätt kring kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. 10.4 Förtydligande kring rapportering i MedControl PRO. Övriga redaktionella ändringar.

Version 3.1, 2026-02-23: 10.4 Lagt till underrubrik om ansvar för avvikelser. Lagt till avvikelser om arbetsmiljö samt ansvar för verksamhetschef och vårdenhetschef/enhetschef i enlighet med uppdaterat kapitel 1 samt lagt till länkar till mer information.

## 10.1 Regelverk

**HSLF-FS 2017:37 4 kap 2 §**: *Vårdgivaren ska fastställa rutiner för ordination och hantering av läkemedel i verksamheten*.

**HSLF-FS 2017:37 4 kap 3 §**: *Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning*.

**SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, kap. 5, Utredning av avvikelser**

**Patientsäkerhetslag (2010:659)**

[11] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus:
Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

## 10.2 Rutiner för läkemedelshantering

Regional rutin för läkemedelshantering gäller alla vårdenheter på berörda vårdförvaltningar i Västra Götalandsregionen. Verksamhetschefen ansvarar för att lokala rutiner fastställs som komplement till regional rutin för att beskriva lokala förutsättningar. Framtagandet av dessa lokala rutiner samt att göra dem kända för berörd personal kan utföras av vårdenhetschef/enhetschef på uppdrag enligt Mall 3 ”Ansvarsbeskrivning för vårdenhetschef och enhetschef”. Se även kapitel 1. Ansvar, rutiner och behörigheter.

## 10.3 Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Modellen för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i VGR baseras på aktiviteter i två-års-cykler.

- Vartannat år utförs en enkätgranskning i vilken alla vårdenheter som hanterar läkemedel besvarar en enkät och utifrån sitt resultat ta fram en åtgärdsplan utifrån identifierade brister.
- Vartannat år fokuseras arbetet på kvalitetshöjande åtgärder, såsom utbildningar, baserat på utvärdering av resultatet från enkäten.

### 10.3.1 Enkät för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Enkätgranskningen består av fyra regionalt fastställda webbenkäter anpassade till sjukhus, Närhälsan, Regionhälsan respektive kommunala akutläkemedelsförråd.

Sjukvårdsapotek VGR lokalt skickar ut enkäten till berörda enheter på sjukhus. Apotekare inom Närhälsan/Regionhälsan skickar ut motsvarande webbenkät till Närhälsan/Regionhälsan. Regional kvalitetsansvarig apotekare Sjukvårdsapotek VGR ansvarar för att enkäten skickas till kommunala akutläkemedelsförråd.

Verksamhetschef eller motsvarande ansvarar för att enkäten besvaras på alla berörda vårdenheter. Enkäten ska besvaras av verksamhetschef/vårdenhetschef/enhetschef, läkemedelsansvarig sjuksköterska (eller motsvarande) och läkemedelsansvariga läkare i samråd, eventuellt med stöd av enhetens farmaceut.

Eventuella brister i läkemedelshanteringen som identifieras genom svaren på enkäten, sammanställs i en rapport tillsammans med hänvisning till regelverk eller rutin. Sjukvårdsapotek VGR lokalt,

apotekare inom Närhälsan/Regionhälsan respektive Regional kvalitetsansvarig apotekare Sjukvårdsapotek VGR ansvarar för att resultatet från enkäterna delges berörda vårdenheter och chefer.

Verksamhetschefen ansvarar för att en åtgärdsplan upprättas utifrån eventuella identifierade brister på vårdenheten, att bristerna åtgärdas och att åtgärderna följs upp. Verksamhetschefen kan delegera utförandet av detta, men inte ansvaret. Sjukvårdsapotek VGR lokalt respektive apotekare inom Närhälsan/Regionhälsan kan fungera som ett stöd i arbetet. Det finns en mall för åtgärdsplan, mall 14 ”Åtgärdsplan efter kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering”.

### 10.3.2 Övergripande kvalitetshöjande aktiviteter

Sjukvårdsapotek VGR, på regional nivå och lokalt på förvaltningsnivå, och chefläkaravdelningen inom Närhälsan respektive Regionhälsan använder resultaten från kvalitetsgranskningen för att identifiera övergripande trender och bakomliggande orsaker till kvalitetsbrister. Utifrån detta genomförs olika kvalitetshöjande aktiviteter, t.ex. utbildningsinsatser, omarbetade rutiner och information.

## 10.4 Avvikelserapportering

Avvikelserapportering är en del i det systematiska förbättringsarbetet i vården. Rapportering och analys av avvikelser behövs för ökad säkerheten i verksamheten för både patienter och personal.

En avvikelse är något som avviker från normal rutin. Det räknas som en avvikelse oavsett om det handlar om misstag, situationer som lett till eller kunnat leda till skada, felaktigheter, merarbete eller tidsspillan. Avvikelser inom läkemedelshantering kan exempelvis handla om fel i ordination, fel vid iordningställande av läkemedel, fel förvaring av läkemedel eller bristande dokumentation. När en avvikelse inträffat eller riskerat att inträffa, ska fokus i första hand vara på händelsen och på det system som lett fram till händelsen, inte på vem som var inblandad.

#### Ansvar för avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen ansvariga för att avvikelser rapporteras när de inträffar eller upptäcks.

Den som upptäcker en avvikelse gällande läkemedelshantering i VGR ska rapportera den i MedControl PRO. Även avvikelser gällande arbetsmiljö kopplat till läkemedelshantering ska rapporteras i

MedControl Pro. För avvikelser som rör narkotikaklassade läkemedel, se kapitel 11 Narkotikaklassade läkemedel, avsnitt Avvikelsehantering.

Verksamhetschef är ansvarig för avvikelsehanteringen inom sin verksamhet. I detta ansvar ingår också att lyfta allvarligare händelser för dialog till chefläkare som tar ställning till Lex Maria-anmälan. Om avvikelsen har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada är vårdgivaren skyldig att anmäla enligt Lex Maria. Huvudsyftet med Lex Maria är att ta tillvara erfarenheter av skador och tillbud som inträffar.

Vårdenhetschef/enhetschef ansvarar för att medarbetarna får återkoppling kring utredda avvikelser inom verksamheten.

Mer information om avvikelsehantering:

- Patientsäkerhet/Verktyg och metoder/Händelseanalys - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen
- Avvikelsehantering i samverkan - Vårdsamverkan i Västra Götaland
- MedControl PRO (avvikelsehantering) - VGR gemensamt.
- HSLF-FS 2017:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
- HSLF-FS 2017:41 Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

## 10.4.1 Avvikelser i läkemedelsförsörjning eller gällande läkemedlens kvalitet

- Felaktiga, försenade och uteblivna leveranser av läkemedel ska rapporteras som avvikelser till respektive leverantör. För detaljer, se kapitel 3 Beställning.
- Avvikelser för extemporeläkemedel på sjukhus, se Information om extempore för vårdpersonal (fd extemporehandboken), under Avvikelser.
- Avvikelser i slutenvårdsdospåsar på sjukhus rapporteras i MedControl PRO. Slutenvårdsdosenheten ska informeras om avvikelsen påverkat eller riskerar att påverka patient, se kapitel 5 Iordningställande och administrering/överlämnande, avsnitt Slutenvårdsdos.
- Avvikelser i dosexpedierade läkemedel i öppenvård ska rapporteras enligt Doshandbok Västra Götalandsregionen.

Vid misstänkt kvalitetsbrist på läkemedlet från tillverkare ska reklamation göras, se kapitel 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd, avsnitt Reklamationer. Om den misstänkta

kvalitetsbristen inneburit patientskada eller risk för patientskada, ska händelsen också rapporteras i MedControl PRO.

## 10.5 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2011-08-24 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 2.0: Anpassning till HSLF-FS 2017:37, ny underrubrik, 10.2 ”Lokala rutiner för läkemedelshantering” tillagt, ändrad underrubrik till 10.3 Kvalitetsgranskning<br>Version 2.1, 2019-11-01: Versionshistorik tillagd<br>Version 2.2, 2021-10-06: Mindre redaktionella ändringar. |
| 3.0 | 2025-07-02 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 3.0: 10.2 Förtydligat ansvar. 10.3 Uppdaterat arbetssätt kring kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. 10.4 Förtydligande kring rapportering i MedControl PRO. Övriga redaktionella ändringar.<br>Version 3.1, 2026-02-23: 10.4 Lagt till underrubrik om ansvar för avvikelser. Lagt till avvikelser om arbetsmiljö samt ansvar för verksamhetschef och vårdenhetschef/enhetschef i enlighet med uppdaterat kapitel 1 samt lagt till länkar till mer information. |

# 11 Narkotikaklassade läkemedel

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[12]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel: 11. Narkotikaklassade läkemedel, Version 6.0, Giltig från 2024-12-18

### Huvudsakliga ändringar i denna version

Version 6.0, 2024-12-18: 11.3 Ansvar: ändrat till Ansvar och lokala rutiner. 11.4 Beställning: tillagt om beställning vid reservrutin. 11.5 Förvaring i PNL: förtydligat om patientens privata läkemedel. 11.6 Förbrukningsjournal: förtydligat om dokumentation, överföring till ny förbrukningsjournal från avslutad, arkivbeständighet, rättning och kassation. 11.8 Hanteringsrutiner vid uttag/tillförsel: kompletterat om ej använd narkotika och hämtning av narkotika från annat PNL av behörig personal. Tidigare avsnitt 11.10 Inventering och kontroll har ändrats till 11.9 Inventering, kontroll och dokumentation, och avsnittet har fått nya underrubriker, samt förtydligat stickprov för slutenvårdsdospåsar. Övriga redaktionella ändringar.

Version 6.1, 2025-09-01: Texten är justerad på grund av byte av avtalad läkemedelsleverantör från RGL till Medovia och byte av beställningssystem från Marknadsplatsen till Hamlet, för vårdenheter utanför sjukhusförvaltning.

Version 6.2, 2025-12-03: 11.6 Förbrukningsjournal: Text om journalföring av utbytbara läkemedel justerad för att överensstämma med Vårdhandboken.

## 11.1 Regelverk

Lag (1992:860) om kontroll av narkotika | Sveriges riksdag (riksdagen.se)

[12] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus: Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

6 § Narkotiska läkemedel får lämnas ut endast efter förordnande av läkare, tandläkare eller veterinär. Sådant förordnande ska ske med största försiktighet.

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

12 kap 3§: Tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel ska dokumenteras i en särskild förbrukningsjournal.

12 kap 4§: Vårdgivaren ska regelbundet kontrollera tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel som ett led i egenkontrollen enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit

Se även Narkotikahantering - Vårdhandboken (vardhandboken.se) och Journalhantering - Vårdhandboken (vardhandboken.se)

## 11.2 Definitioner

Narkotikaklassade läkemedel avser samtliga läkemedel som enligt Läkemedelsverket klassas som narkotika klass II-V (LVFS 2011:10). Förteckning över vilka läkemedel som är narkotikaklassade finns på ”Sök läkemedelsfakta” på Läkemedelsverkets webbplats. I FASS är dessa läkemedel markerade med symbol vid varje enskilt läkemedel.


Narkotikum enligt förteckning II


Narkotikum enligt förteckning III


Narkotikum enligt förteckning IV-V

## 11.3 Ansvar och lokala rutiner

Rutinerna och ansvarsfördelningen för hantering av narkotikaklassade läkemedel ska dokumenteras i lokal rutin och ska innehålla:

- Vem som ansvarar för narkotikakontroll. Använd mall 5 Ansvarsbeskrivning för kontrollansvarig narkotika.
- Kontrollplan narkotika se mall 22 Kontrollplan narkotika. För Närhälsan gäller kontrollplan narkotika (Närhälsan).

- Beskrivning över hur och till vem avvikelser avseende narkotikaklassade läkemedel rapporteras.
- Signaturlista. Se mall 11 Signaturlista.
- Vilka övriga läkemedel som ska journalföras (ej narkotikaklassade), i förekommande fall.
- Beskrivning över hur och var narkotikaklassade läkemedel får förvaras utanför läkemedelsförråd exempelvis läkemedelsvagn, akutvagn.  Se 11.5 Förvaring i PNL.

## 11.4 Beställning

Beställning av narkotikaklassade läkemedel får inte göras av den som är utsedd att inventera och kontrollera narkotikaklassade läkemedel på enheten. Samma person kan således inte vara både läkemedelsansvarig och kontrollansvarig narkotika. För att underlätta kontrollräkning bör i första hand endosförpackning eller blisterförpackningar beställas, förutsatt att detta ingår i definierat sortiment (se kapitel 3).

Om reservrutin för beställning av narkotika ur förteckning II och III behöver användas, (se Reservrutin kapitel 3) använd Faxbeställningsblankett RGL respektive Läkemedelsrekvisition Medovia. Rekvisitionen får inte uppta annat läkemedel. Styrka och mängd ska förtydligas med bokstäver.

## 11.5 Förvaring i PNL

- Det ska framgå vilka läkemedel som är narkotikaklassade och som ska journalföras. Till exempel kan dessa förvaras avskilt från övriga läkemedel eller vara tydligt uppmärkta.
- Minsta möjliga mängd narkotikaklassade läkemedel får tas ut till patient och förvaras i t ex läkemedelsvagn/läkemedelsskåp.
- Narkotikaklassade läkemedel som förvaras utanför PNL ska vara dokumenterade, se även kapitel 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd och Mall 8 Läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd.
- Om en vårdenhet stängs för en kortare tid (upp till tre månader), ska narkotika förvaras på ett säkert sätt i ett låst utrymme. Inventering/saldokontroll ska minst göras i samband med stängning respektive öppning av vårdenheten. Om narkotika är inlåst i ett utrymme dit det inte finns spårbarhet för in- och utpassage bör månatlig inventering/saldokontroll genomföras även under stängd tid.

- Vid stängning på obestämd tid ska samtliga förbrukningsjournaler avslutas, t ex genom att överlåta läkemedlen till annan vårdenhet eller genom kassation.
- Om det finns överenskommelse med patient om att använda privata narkotikaklassade läkemedel för att undvika behandlingsavbrott, ska överenskommelsen dokumenteras och läkemedel journalföras i patientbunden förbrukningsjournal. Även privata läkemedel som överlämnas för förvaring ska dokumenteras. Se kapitel 4. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd, avsnitt: Patientens privata läkemedel och mall 21 Kvittens för omhändertagande av patientens privata läkemedel.

## 11.6 Förbrukningsjournal

Tillförsel av narkotikaklassade läkemedel till PNL och förbrukningen av dessa läkemedel dokumenteras i en särskild förbrukningsjournal som beställs via Marknadsplatsen.

Varje journal gäller för ett läkemedel. Om utbytbara läkemedel journalförs i samma förbrukningsjournal ska samtliga läkemedelsnamn anges på framsidan och aktuellt läkemedelsnamn anges vid tillförsel och kassation. Observera i så fall risken för felräkning vid kontroller.

Fulltecknad eller avslutad förbrukningsjournal sparas i femton år efter sista anteckning. Patientbunden förbrukningsjournal ska bevaras då det är en journalhandling. Vid byte till ny förbrukningsjournal, ska kvarvarande mängd läkemedel följa med från den fulltecknade/avslutade journalen till den nya och anges som ”behållning” med kommentar om att mängden är överförd från en tidigare journal. Överensstämmelse av överförd mängd läkemedel mellan journalerna ska säkerställas. Det ska framgå tydligt i vilken ordningsföljd journaler för samma läkemedel kommer, såsom att datum för avslutande och ny journal överensstämmer eller genom att numrera journalerna. Om ensidig förbrukningsjournal används (till exempel för narkotika med låg förbrukning), numreras varje sida.

Dokumentationen i förbrukningsjournalen ska vara arkivbeständig. Använd arkivbeständig penna eller arkivbeständig etikett. Etiketter som man skriver ut på vårdenhet är vanligtvis thermoetiketter och inte arkivbeständiga enligt leverantör.

Avslutade förbrukningsjournaler bör inte förvaras i anslutning till pågående förbrukningsjournaler utan ska arkiveras brand-, vatten- och stöldsäkert. Om detta inte kan uppfyllas på vårdenheten skickas

förbrukningsjournalerna till förvaltningens arkiv enligt lokal rutin. Vid behov kan verksamhetens arkivredogörare kontaktas.

Det som dokumenteras får ej raderas eller göras oläsligt. Vid rättning av skrivfel ska den ursprungliga noteringen gå att läsa. Rättningen ska signeras och dateras. Inga sidor får avlägsnas eller tillföras förbrukningsjournalen.

### I förbrukningsjournalen ska följande uppgifter föras in:

- Datum
- Tillförd mängd och varifrån tillförseln kommit
- Uttagen mängd
    - Mängd anges som antal enheter (till exempel styck, milliliter eller milligram).
    - Ges mindre dos än hel ampull, suppositorium, tablett eller motsvarande ska kvarvarande mängd kasseras och dokumenteras.
    - Vid uttag och kontroll av flytande oral narkotika ska mängden i behållaren vägas (med locket på) eller mätas med avsedd mätsticka före och efter uttag av dos.
- Kontrollräknad behållning efter tillförsel/uttag
- Patientens personnummer, alternativt födelsedatum och namn
- Vid uttag till annat läkemedelsförråd anges förrådets namn istället för patientidentitet. Se avsnitt 11.8.3 Hämta narkotikaklassade läkemedel från annat PNL.
- Eventuell brist eller överskott i anmärkningskolumn
- Sjuksköterska eller annan behörig person styrker uppgifterna ovan med signatur/namnteckning

### Dokumentation vid kassation (till exempel passerad hållbarhet, kross):

- Datum
- Under rubrik uttagen mängd antecknas kassationsmängd
- Under rubrik patient/personnummer anges ”kassation” som orsak
- Ange orsak till kassation t ex hållbarhet, kross
- Under rubrik behållning antecknas kvarvarande mängd
- Dubbelsignatur
    - Om den kasserade mängden är mindre än en enhet (ampull, suppositorium, tablett) behöver kasserad mängd inte dubbelsigneras.

**Slutenvårdsdos**

För att dokumentera kassation av narkotikaklassade läkemedel följ förvaltningens rutiner.

Lokala tillägg:

SV: Alingsås lasarett Kungälvs sjukhus

SkaS

SU

SÄS

# 11.7 Signaturlista

En signaturlista över behörig personal som hanterar narkotikaklassade läkemedel ska finnas på respektive enhet (se mall 11 Signaturlista). Listan ska hållas aktuell och ses över årligen. Inaktuell signaturlista ska sparas enligt gällande informationshanteringsplan.

# 11.8 Hanteringsrutiner vid uttag/tillförsel

Alla noteringar i förbrukningsjournaler ska utföras så att de i efterhand kan kontrolleras och verifieras. Alla har ett ansvar att kontrollräkna vid varje hanteringstillfälle av narkotikaklassade läkemedel. Om en enhet har flera lagerplatser för narkotikaklassade läkemedel, ska det finnas förbrukningsjournal vid varje lagerplats. Vid flytt av läkemedel mellan lagerplatser ska detta noteras i förbrukningsjournaler som uttag och tillförsel på respektive plats. Observera att detta även gäller vid eventuell påfyllnad av akutask/akutvagn/akutväska från läkemedelsförråd.

För hantering vid kassation se kapitel 9 avsnitt “Kassation av narkotikaklassade läkemedel” samt dokumentation i förbrukningsjournal enligt ovan.

## 11.8.1 Tillförsel/Uttag PNL

- Kontrollräkning av totalmängd av läkemedlet ska ske vid varje tillförsel eller uttag. Fabriksplomberade förpackningar ska inte brytas vid kontrollräkningen men plomberingen ska säkerställas. Vid brist/överskott – uteslut räknefel och skriv kommentar i förbrukningsjournalen. Rapportera avvikelser enligt lokal rutin.
- Avstämning av leverans från leverantör görs mot följesedel.
- Skriv leveransen som en tillförsel i förbrukningsjournalen.
- Vid uttag av narkotikaklassade läkemedel till patient skall i möjligaste mån uttag ske för enskilt utdelningstillfälle.

- Narkotikaklassade läkemedel som är uttaget från PNL till patient och som inte används ska kasseras. Kassationen skall redovisas i förbrukningsjournalen, för detaljer se 11.6.

### 11.8.2 Uttag VNL

- Vid uttag från läkemedelsautomat ska patientens personnummer anges vid bokning respektive vid direktuttag. För detaljer och hantering av t ex reservnummer, se hjälpavsnitt i Hamlet.
- Vid uttag av narkotikaklassade läkemedel till patient ska i möjligaste mån uttag ske för enstaka administreringstillfällen.
- Vid eventuell påfyllnad av akutask/akutvagn/akutväska, se förvaltningens lokala rutin.

Narkotikaklassade läkemedel som uthämtats från VNL till patient och som ej används ska hanteras enligt förvaltningens läkemedelshanteringsrutin.

### 11.8.3 Hämta narkotikaklassade läkemedel från annat PNL

Hämtning av narkotikaklassade läkemedel från annan enhet ska undvikas i möjligaste mån. Läkemedel i VNL ska användas i första hand.

Hämtning från annat PNL ska göras av sjuksköterska eller annan behörig personal. Denne måste visa sitt SITHS-kort och utlämnande personal ska anteckna enhet, VGR-id, namn och de åtta sista siffrorna (se kortets baksida) i förbrukningsjournalen. Uttaget journalförs som uttag respektive tillförsel i förbrukningsjournalerna på båda enheterna och dubbelsigneras av de personer som hämtar respektive lämnar ut. Vid hämtning till en enskild patient ska utlämnande personal kontrollera i relevant vårdinformationssystem, att aktuell patient har en pågående vårdkontakt.

## 11.9 Inventering, kontroll och dokumentation

Narkotikaklassade läkemedel kontrolleras regelbundet och dokumenteras enligt enhetens kontrollplan narkotika, se mall 22 Kontrollplan narkotika. För Närhälsan gäller kontrollplan narkotika (Närhälsan).

För råd angående hur kontroller kan genomföras kontakta Sjukvårdsapotek VGR lokalt.

Ansvarsfördelning av narkotikakontroll ska beskrivas i enhetens lokala läkemedelshanteringsrutin. Se mall 5 Ansvarsbeskrivning för kontrollansvarig narkotika.

Inventering och kontroll av narkotikaklassade läkemedel ska utföras av annan behörig hälso- och sjukvårdspersonal än den som beställer läkemedel. Om antalet anställda vid enheten eller hos vårdgivaren är så få att kontrollen inte kan utföras av egen personal kan annan behörig hälso- och sjukvårdpersonal från en annan enhet anlitas.

### 11.9.1 Inventering av lagersaldo

Minst en gång i månaden ska inventering/saldokontroll av narkotikaklassade läkemedel på samtliga lagerplatser utföras och jämföras mot förbrukningsjournal. Inventering innebär att antalet doser (till exempel antal tabletter) kontrollräknas och att det kontrolleras att rätt läkemedel finns i förpackningen. Fabriksplomberade förpackningar ska inte brytas.

Eventuella avvikelser dokumenteras och åtgärdas enligt gällande rutin. Enhetschef/verksamhetschef tar ställning till om inventering av lagret ska ske oftare (efter varje arbetspass, dagligen, veckovis) än en gång i månaden.

### 11.9.2 Kontroll av levererad mängd mot tillförd mängd

Kontroll av samtliga leveranser ska göras med en frekvens anpassad till verksamheten, dock minst två gånger per år. I kontrollen ska man jämföra uppgifter på leveranser/följesedlar med tillförsel i förbrukningsjournal.

### 11.9.3 Stickprov mot patientjournal

Stickprovskontroll innebär att uttagen mängd på patient jämförs med signerad mängd i patientjournalen. Stickprov ska utföras med en frekvens anpassad till verksamheten, dock minst en gång per år per läkemedel i PNL.

Gäller sjukhus: Även slutenvårdsdospåsar och uttag från VNL ska ingå i stickprovskontrollen.

## 11.10 Avvikelsehantering

En avvikelse kan vara att mängden i förbrukningsjournalen inte överensstämmer med den faktiska mängden i läkemedelsförrådet, att ett inlevererat läkemedel inte förts in i förbrukningsjournalen, att orimliga

mängder hämtats ut eller att obehörig personal hämtat narkotikaklassade läkemedel från VNL (på sjukhus).

Om en avvikelse upptäcks ska det rapporteras i MedControl Pro och utredas enligt lokal rutin. Gäller avvikelsen misstänkt svinn använd kategori Narkotikasvinn.

Oförklarlig brist anmäls till närmaste chef tillsammans med eventuell polisanmälan. Vid svinn kan de lokala rutinerna för narkotikakontroll samt tillämpningen av dem behöva ses över.

På sjukhus kan Sjukvårdsapotek VGR lokalt kontaktas för stöd i utredningen. Inom Närhälsan kan Säkerhetsfunktionen kontaktas.

Lokala tillägg: Närhälsan

# 11.11 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2011-08-24 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2013-12-02 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Verksamhetschefens/vårdgivarens ansvar anpassat enligt SOSFS 2011:9 och 2012:9. Förtydligande av ansvar för och utförande av inventering, kontroll och avvikelserapportering avseende kontrolläkemedel. Förtydligande avseende arkiveringstider. Ändringar av redaktionell karaktär. |
| 3.0 | 2015-01-01 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Benämning ”kontrollvara” ersätts med ”Narkotikaklassade läkemedel”. Förtydligande av förvaring av narkotikaklassade läkemedel i PNL (11.4). Hantering av förbrukningsjournal förtydligad (11.5). Avvikelsehantering förtydligat (11.11). Ändringar av redaktionell karaktär. |
| 4.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Översyn enligt författning HSLF-FS 2017:37. Övriga ändringar av redaktionell karaktär |
| 5.0 | 2019-11-29 | Styrgrupp Sjukhusapoteket VGR | Förtydligande vad gäller hämtning från annat PNL, lokala rutiner för ansvarsfördelning. Avsnitt om förslag på åtgärd vid avvikelse borttaget. Övriga ändringar av redaktionell karaktär.<br><br>Version 5.1, 2021-12-20: Tillägg av ”namnteckning” i kap 11.6. Övriga ändringar av redaktionell karaktär. |
| 6.0 | 2024-12-18 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 6.0: 11.3 Ansvar: ändrat till Ansvar och lokala rutiner. 11.4 Beställning: tillagt om beställning vid reservrutin. 11.5 Förvaring i PNL: förtydligat om patientens privata läkemedel. 11.6 Förbrukningsjournal: förtydligat om dokumentation, överföring till ny förbrukningsjournal från avslutad, arkivbeständighet, rättning och kassation. 11.8 Hanteringsrutiner vid uttag/tillförsel: kompletterat om ej använd narkotika och hämtning av narkotika från annat PNL av behörig personal. Tidigare avsnitt 11.10 Inventering och kontroll har ändrats till 11.9 Inventering, kontroll och dokumentation, och avsnittet har fått nya underrubriker, samt förtydligat stickprov för slutenvårdsdospåsar. Övriga redaktionella ändringar.<br><br>Version 6.1, 2025-09-01: Texten är justerad på grund av byte av avtalad läkemedelsleverantör från RGL till Medovia och byte av beställningssystem från Marknadsplatsen till Hamlet, för vårdenheter utanför sjukhusförvaltning. |

# 12 Medicinska gaser

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[13]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel: 12. Medicinska gaser Version 7.0. Giltig från 2024-06-12

### Ändringar i denna version

Version 7.0: Anpassat benämningar av gas efter Vårdhandboken. 12.3 Medicinsk gasanläggning- omformulerat och förtydligat text bl.a. vårdpersonalens användaransvar. 12.3 Gasflaskor - förtydligat gällande gasansvarig. 12.4 Hantering av gasflaskor - omarbetat och förtydligat text bl.a. gällande varningsskyltar. Bytt plats på rubrikerna Allmänt och Regelverk och tagit bort hänvisning till Handboken Transport av farligt gods - Väg och järnväg under Regelverk. Övriga redaktionella ändringar.

## 12.1 Regelverk

Arbetsmiljöverket har utfärdat speciella föreskrifter om anestesigaser och gasflaskor Produkter – tryckbärande anordningar (AFS 2023:5), föreskrifter - Arbetsmiljöverket, och Arbetsutrustning och personlig skyddsutrustning – säker användning (AFS 2023:11), föreskrifter - Arbetsmiljöverket, kap 9 och 10, samt Risker i arbetsmiljön (AFS 2023:10), föreskrifter - Arbetsmiljöverket., avdelning V, kap 10.

I Säkerhetsnorm för medicinska gasanläggningar SIS HB 370 (2014, endast tillgänglig som bok) ges förslag på gaskommittés arbetsuppgifter.

I **HSLF-FS 2017:37 7 kap 8 §** anges följande: Icke legitimerad personal i ambulanssjukvården och räddningstjänsten får med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställa och administrera medicinsk oxygen till en patient, utan att en sjuksköterska har gjort en sådan behovsbedömning som anges i 6 kap 7 §.

[13] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus:
Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

# 12.2 Allmänt

Medicinska gaser det vill säga medicinsk oxygen (andningsoxygen), medicinsk luft (andningsluft), lustgas och lungtestgas är läkemedel. Det finns också gas som klassas som medicinskteknisk gas (koldioxid). Vid större sjukvårdsinrättningar har man vanligtvis en medicinsk gasanläggning för den huvudsakliga försörjningen ut till användaren. På mindre sjukvårdsinrättningar och i kommunal primärvård används företrädesvis flaskor. I VGR organiseras frågor som rör medicinska gaser som till exempel försörjning, användning och uppföljning till en gaskommitté per sjukhusförvaltning. Gaskommittén säkerställer att det finns dokumenterade rutiner för säker användning av försörjningssystem för medicinska gaser. För mer information om Medicinska gaser läs även Vårdhandboken.

# 12.3 Ansvar

## 12.3.1 Ansvar för gashantering inom vårdinrättning

### Medicinsk gasanläggning

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för den medicinska gasanläggningen. Fastighet, stöd och service har i VGR tillverknings- och driftansvar för medicinska gasanläggningar. Verksamhetschef ansvarar för att det finns skriftliga rutiner för medicinsk gasanläggning med tillhörande utrustning och att dessa är kända och efterföljs. Som stöd för att uppfylla detta ansvar kan verksamhetschefen ta hjälp av sjukhusets gashandbok och den medicintekniska enheten.

Vårdpersonal som använder medicinsk gasanläggning har ett ansvar för hur man använder gasanläggningen. I det ansvaret ingår att läsa och arbeta enligt de skriftliga rutiner som finns, exempelvis sjukhusets gashandbok samt eventuella lokala rutiner, som bland annat ska beskriva hur ett gasbortfallslarm ska hanteras.

### Gasflaskor

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för gashanteringen inom den egna verksamheten samt att utse ansvarig för gasflaskor (se mall 13 Ansvarsbeskrivning gasansvarig (medicinsk gas på flaska)). Mall 13 kan lokalt kompletteras med ytterligare ansvarsområden. Exempel på detta kan vara att medverka i framtagande av bassortiment för gaser eller ansvara för beställning/mottagning/retur av gasflaskor. I dessa fall är det

viktigt att man beaktar att aktuell person har rätt behörighet/kompetens för uppgiften, t ex legitimerad sjuksköterska.

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns skriftliga rutiner och att dessa är kända och efterföljs.

För lokala tillägg gällande medicinsk gasanläggning/gasflaskor (gashandbok) se:
NU

SÄS

SkaS

## 12.3.2 Ansvar för ordination, iordningställande och administrering

Ansvar för ordination, iordningställande (flödesinställning och övriga förberedelser för tillförsel till patient) och administrering gäller som för andra läkemedel. Behandling ska alltid ordineras av läkare med angivande av dos (liter/minut) och behandlingstid.

**Gäller endast sjukhus**

För varje ändring i dos/flöde ska sjuksköterskan dokumentera detta i patientjournalen.

# 12.4 Hantering av gasflaskor

Flaskorna ska förvaras skilt från andra varor, och ska normalt inte stå i det ordinarie läkemedelsförrådet. Olika gassorter ska särskiljas från varandra och tomma och fyllda flaskor ska förvaras åtskilda på uppmärkt plats. Medicinska gaser är fyllda i vita flaskor med färgmarkering på "flaskbröstet" som anger gassort. Exempelvis medicinsk oxygen (vit), medicinsk luft (svart/vit), lustgas (blå), lungtestgas (ljusgrön). Exempel på medicinteknisk gas: koldioxid (grå). Mer information om olika gassorter finns beskrivet på Lindes webbplats.

Gasflaskorna ska kontrolleras regelbundet, se Mall 18 Förvaring och kontroll av medicinska gasflaskor. Gasflaskorna ska skrivas upp på en särskild förteckning, Mall 8 Läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd eller Mall 18 Förvaring och kontroll av medicinska gasflaskor, kan användas.

Fylld gasflaska får inte utsättas för temperatur över +50 ° C (enligt Säkerhetsnorm för medicinska gasanläggningar SIS HB 370).

Gasblandning med lustgas och oxygen får inte utsättas för långvarig kyla (under – 5 ° C) eftersom det då finns risk för att de ingående gaserna separerar. Gasflaskor ska alltid förvaras i väl ventilerande utrymmen. I rummet får det inte lagras fett eller oljor, inte heller brännbart material som till exempel textilier. Ett trångt linneförråd är direkt olämpligt.

Gasflaskor ska hanteras varsamt eftersom de innehåller gas med högt tryck. Vid förvaring av gasflaskor ska flaskventilen vara stängd. Gasflaskor ska vara säkrade mot att falla och större flaskor ska vara fastkedjade. Även små gasflaskor avsedda för exempelvis behandling vid patienttransport utgör en fara om flaskventilen skadas under hanteringen. I värsta fall kan ventilen brytas av. Flaskan kan bli en farlig projektil på grund av det höga trycket om den inte sitter fast.

Varningsskylt för gasflaskor ska sitta väl synlig på eller i anslutning till dörr till rum där gasflaskor förvaras och på eller i anslutning till dörrar in till vårdenheten. (enligt §15, kap 9, Arbetsutrustning och personlig skyddsutrustning – säker användning (AFS 2023:11), föreskrifter - Arbetsmiljöverket). Varningsskyltar beställs i Marknadsplatsen.




## 12.5 Tillsyn av medicinska gaser

Kontroll av rutiner för gashanteringen utförs inom det ordinarie egenkontrollsystemet på vårdinrättningen. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är den myndighet som ser över vårdgivarens arbete med egenkontroll, ansvarsförhållanden och ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2011:9).

## 12.6 Medicinska gaser i kommunal primärvård

Vid behandling med medicinska gaser i kommunal primärvård förskrivs detta på recept av läkare. Det är förskrivarens ansvar att patient och anhörig kan använda utrustning och medicinsk gas på ett tillfredsställande sätt. Öppenvårdsapotek gör beställningen av gasen. Leverans sker direkt från gasleverantör till patient eller apotek. Observera att samma risker och säkerhetsföreskrifter, som vid hantering av lösa gasflaskor på sjukvårdsinrättning, gäller för behandling av medicinska gaser i kommunal primärvård. Hämtning av tomma gasflaskor beställs via öppenvårdsapotek.

## 12.7 Utbildning

En webbaserad utbildning från Linde i Lärportalen, ”Medicinska gaser, Linde”.

En filmad föreläsning ”Säker hantering av medicinska gaser”.

Ett avsnitt om ”Medicinska gaser” i Vårdhandboken

Ett avsnitt om ”Oxygenbehandling” i Vårdhandboken

# 12.8 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2011-08-24 | Karin Lendenius, Läkemedelschef VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2014-05-01 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | 12.1 förtydligande gällande innehåll i SIS handbok 370<br>12. 2.1 helt omarbetad samt hänvisning till ny mall ”Ansvarsbeskrivning för gasansvarig”, mall 13. Tydligare uppdelning av ansvar för centralgas respektive gasflaskor. Tillägg om förvaring och hantering av gasflaskor. 12.2.2 ny punkt, ”Ansvar för ordination, iordningställande och administrering” 12.3 förkortad eftersom tillsyn av medicinska gaser har förändrats Övergripande redaktionella ändringar |
| 3.0 | | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | 12.3 Nytt stycke om hantering av gasflaskor. |
| 4.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Version 4.0: Översyn enligt författning HSLF-FS 2017:37. Övriga ändringar av redaktionell karaktär. 12.3 Nytt stycke om hantering av gasflaskor.<br>Version 4.1, 2019-11-01: Versionshistorik tillagd |
| 5.0 | 2020-04-09 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Förtydligande kring förvaring av gasflaskor. Hänvisning till föreskrift uppdaterat. Ändrad information om web-utbildning |
| 6.0 | 2022-06-16 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Förtydligande kring färgkodning av flaskor Omformulering kring användning av mall 8. Förtydligande kring varningsskyltar redaktionella ändringar. |
| 7.0 | 2024-06-12 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 7.0: Anpassat benämningar av gas efter Vårdhandboken.12.3 Medicinsk gasanläggning- omformulerat och förtydligat text bl.a vårdpersonalens användaransvar. 12.3 Gasflaskor- förtydligat gällande gasansvarig. 12.4 Hantering av gasflaskor- omarbetat och förtydligat text bl.a. gällande varningsskyltar. Bytt plats på rubrikerna Allmänt och Regelverk och tagit bort hänvisning till Handboken Transport av farligt gods -Väg och järnväg under Regelverk. Övriga redaktionella ändringar. |

# 13 Licensläkemedel

***Observera*:** RGL (Regiongemensamt Läkemedelslager) i detta dokument avser RGL drivet av Apoteket AB. Rutinen gäller endast sjukhus som ännu får leveranser av RGL Apoteket AB[14]. För sjukhus som får leveranser av RGL i regionens egen regi, se Regionala rutiner för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

Kapitel: 13 Licensläkemedel, Version 4.0, Giltig från 2024-09-06

### Huvudsakliga ändringar i denna version

Version 4.0, 2024-09-06: Ändrad ordning av kapiteltexten inklusive att flera rubriker ändrats, för ett förtydligat licensflöde med beskrivande avsnitt för respektive steg i flödet. Tillagt om beredskapslicenser. Förtydligande om förskrivarens ansvar. Tabell med generell/enskild licens uppdaterad med gällande uppgifter och tillagt om enskild licens på vårdenhet. Tillagt att utbyte av licensläkemedel inte är tillåtet.

Version 4.1, 2025-09-01: Texten är justerad på grund av byte av avtalad läkemedelsleverantör från RGL till Medovia och byte av beställningssystem från Marknadsplatsen till Hamlet, för vårdenheter utanför sjukhusförvaltning.

## 13.1 Regelverk

Enligt föreskriften **HSLF-FS 2018:25** är licens ett försäljningstillstånd för ett apotek att sälja ett läkemedel som inte är godkänt i Sverige. Ett icke-godkänt läkemedel får inte utlämnas från apotek förrän Läkemedelsverket beviljat licens till apoteket.

Det finns olika sorters licenser:

- Enskilda licenser är till för en enskild namngiven patient.
- Generella licenser är till för flera patienter på en eller flera vårdenheter, till exempel regiongemensamma licenser.
- Beredskapslicenser är till för bruk av läkemedlet för hela eller delar av landets befolkning för att till exempel förhindra

[14] Från och med september 2026 startar läkemedelsleveranser till sjukhus från RGL i regionens egen regi, istället för från RGL Apoteket AB. Under en övergångsperiod hösten 2026 gäller två olika rutiner parallellt. Se datumplan angående vilken rutin som gäller för vilka förvaltningar/sjukhus: Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen.

smittspridning, efter central ansökan från ett fåtal aktörer, såsom Folkhälsomyndigheten.

En licens är giltig i ett år från dagen för beslutet, om inte Läkemedelsverket anger en kortare tid.

För generella licenser kan särskilt tillstånd utfärdas av Läkemedelsverket för att apotek ska kunna expediera recept. För förteckning över särskilda tillstånd, se Särskilt tillstånd att expediera recept när generell licens finns | Läkemedelsverket (lakemedelsverket.se).

## 13.2 Hantering av licenser

Licenser behövs i de fall godkända läkemedel saknas i Sverige och läkemedlet ändå behövs för behandling av patienter. Se även information om licens för läkemedel på Läkemedelsverkets webbplats.

Följande ska finnas i enhetens lokala läkemedelshanteringsrutin i förekommande fall: Beskrivning över ansvarsfördelning, vem som skriver och förnyar licensmotiveringar för generella licenser inom enheten och vem som bevakar giltighetstiden för aktuella licenser.

Licensflödet består av följande delar. Flödet beskrivs mer i detalj nedan.

1. **Förskrivaren** bedömer att behov av läkemedel på licens finns.
2. **Förskrivaren** startar ett licensärende och skickar in en motivering. Recept förskrivs vid enskild licens till patient när läkemedlet ska hämtas ut på öppenvårdsapotek.
3. **Apoteket** ansöker om licens till Läkemedelsverket
4. **Läkemedelsverket** handlägger inom 7 dagar och begär in eventuella kompletteringar
5. **Förskrivaren** gör eventuella kompletteringar
6. **Läkemedelsverket** fattar beslut om licens
7. **Apoteket** kan beställa läkemedlet efter beviljad licens
8. **Vårdenhet** beställer licensläkemedlet från RGL respektive Medovia för leverans till vårdenhet, alternativt hämtar **patient** ut licensläkemedlet på recept från öppenvårdsapotek.

### 13.2.1 Inför start av licensärende - *Förskrivaren*

Innan förskrivaren startar ett licensärende ska förskrivaren säkerställa att det inte finns godkända alternativ för att tillgodose patientens/klinikens medicinska behov.
Information om redan godkända regiongemensamma generella licenser i VGR finns på Licenser för läkemedel - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen. Regiongemensamma generella licenser hanteras av Sortimentsrådet Läkemedel.

För Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns information om förvaltningens licenser på intranätet, Licensläkemedel - Sahlgrenska Universitetssjukhuset (vgregion.se).

Vid frågor om giltig licens redan finns kontaktas RGL (se Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL) respektive Medovia (010-101 50 62, order.skane@medovia.se).

Om det redan finns en licens kan den förlängas förutsatt att ansvarig förskrivare som skrivit motiveringen jobbar kvar och godkänner förlängningen och att det inte gått för lång tid. Vid behov av förlängning av generell licens inom en sjukhusförvaltning, kontakta Sjukvårdsapotek VGR lokalt. Se Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL. Vid behov av förlängning av generell licens inom Närhälsan eller Regionhälsan, kontakta Medovia (010-101 50 62, order.skane@medovia.se).

För att ansöka om generell licens för flera vårdenheter, ett helt sjukhus eller en regiongemensam licens, gäller att förskrivaren ska ha god kunskap om och insyn i den vård som bedrivs vid samtliga vårdenheter som anges i ansökan (HSLF-FS 2018:25 §9).

## 13.2.2 Licensmotivering - *Förskrivaren*

Ansökan och motivering till licens skapas i den nationella e-tjänsten KLAS • E-hälsomyndigheten (ehalsomyndigheten.se).

Förskrivaren fyller i en licensmotivering i KLAS (eHälsomyndigheten - Logga in (ehalsomyndigheten.se)). Observera att e-tjänstekort krävs. För att skapa licensmotivering för humant bruk, se beskrivning av hur motiveringen skapas i Användarhandledning för läkare och tandläkare (ehalsomyndigheten.se) och information nedan.

- Sök upp produkt.
    - I första hand ska aktuellt läkemedel sökas fram. Detta görs genom att trycka på ”Sök produkt”. Om läkemedlet inte hittas vid sökning, kan det fyllas i manuellt genom att klicka i alternativet ”Ange produkt manuellt”. Produktinformation bör skickas med som bilaga till motiveringen om man angett läkemedlet manuellt.
- Fyll i aktuella fält i KLAS.
    - För uppgifter om generell eller enskild licens, se tabell nedan.
    - För uppgift om totalmängd: ”Ett års förbrukning” är förifyllt. Ange mindre mängd vid behov.

**Tabell: Uppgifter i KLAS för generell respektive enskild licens**

| **Generell licens:**<br><br>**Ange följande i KLAS** | **Enskild licens:**<br><br>**Ange följande i KLAS** |
|---|---|
| **Vårdinrättning/sjukhus** = förvaltning inom VGR<br><br>**Klinik** = namn på aktuell klinik/er eller verksamhetsområde/n<br><br>Om licensen gäller hela sjukhuset anges förvaltningen inom VGR och ingen klinik.<br><br>**Vid licens för extemporeläkemedel på sjukhus** Aktuell extemporetillverknings-enhet anges under vårdinrättning/sjukhus:<br><br>• Extemporetillverkningsenhet NU-sjv<br>• Extemporetillverkningsenhet SkaS<br>• Extemporetillverkningsenhet SU/Ö<br>• Extemporetillverkningsenhet SU/S<br>⇒ Extemporetillverkningsenhet ska informeras att licensmotivering är gjord, se Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL.<br>⇒ I de fall licens söks för ett preparat som en del i en klinisk studie skall licensmotiveringen innehålla uppgifter om den prövning som produkten ska användas i, till exempel EudraCT nummer xxxx-xxxxxx-xx. | Patientens namn och personnummer |
| **Apotek** = det apotek varifrån vårdenheten rekvirerar läkemedel =<br><br>RGL (Apoteket AB): ” *Göteborg Kundcentrum* "<br><br>(Besöksadress: Importgatan 7, Hisings Backa) | **Apotek** =<br><br>**Vid recept till patient för utlämnande på öppenvårdsapotek**: Specifikt apotek kan men behöver inte anges. Alla apotek kan söka upp motiveringen när patienten har valt apotek för uthämtning. Se mer information nedan. |

| | |
|---|---|
| respektive<br><br>Medovia: ” *Medovia Skåne*” | **Vid enskild licens till patient på vårdenhet** där läkemedlet ska levereras till vårdenhet, ska följande apoteksnamn anges.<br><br>• Vårdenhet sjukhus, RGL eller extempore-tillverkningsenhet på sjukhus: ”*Göteborg Kundcentrum*”<br>• Vårdenhet utanför sjukhus, Medovia: ” *Medovia Skåne*”<br><br>**Om patienten har öppenvårdsdos** och licensläkemedlet ska dosdispenseras, ange apoteksnamn ”Apotekstjänst Sverige AB”. För att se VGR:s dossortiment, se Apotekstjänst webbplats. |

Vid enskild licens på recept, behöver förskrivaren förskriva recept och informera patienten om att patienten själv ska kontakta ett öppenvårdsapotek som ska ansöka om licens, antingen vilket apotek som helst eller ett särskilt apotek, beroende på vad förskrivaren angett i KLAS.

Ifylld licensmotivering för generell licens sparas enligt förvaltningens rutiner under giltighetstiden. Vid enskild licens skriver förskrivaren ut licensmotiveringen och skannar in i patientens journal.

Lokala tillägg:

SkaS

SU

## 13.2.3 Handläggning och beslut av licensärendet – *Apotek/Läkemedelsverket/Förskrivaren*

Normal handläggningstid för Läkemedelsverket att bedöma ett licensärende är sju arbetsdagar. I vissa fall kan bedömningen ta längre tid, till exempel när den specifika produkten inte tidigare har förekommit på licens.

Förskrivaren som motiverat licens kan se status på ärendet i KLAS under "Mina ärenden". Läkemedelsverket meddelar förskrivaren om kompletterande uppgifter behövs. Förskrivaren kompletterar uppgifterna i KLAS.

Läkemedelsverkets beslut om licens beviljats eller ej meddelas apoteket i KLAS.

Läkemedelsverket meddelar förskrivaren om ett ärende avslås och i de fall Läkemedelsverket anser att särskild information bör meddelas förskrivaren vid beviljad licens. Förskrivaren meddelas då via post.

## 13.2.4 Beställning till vårdenhet

Efter det att licensen godkänts av Läkemedelsverket kan apoteket expediera beställningar av licensläkemedlet.

Licensläkemedel beställs via Hamlet enligt normal beställningsrutin se även kapitel 3. Beställning. Finns inte läkemedlet i Hamlet, se nedan.

### RGL (Apoteket AB)

- Licensläkemedel som inte finns i Hamlet beställs via fax på en särskild blankett, Blankett C Faxblankett Licensläkemedel RGL. Det gäller både läkemedel på generell licens och läkemedel till en enskild patient som vårdas på vårdinrättning och enskild licens finns beviljad.
- Läkemedel som patienten har på recept med enskild licens, kan beställas till vårdenhet i det fall licensen är sökt av ett apotek inom Apoteket AB. Om Apoteket AB inte är det apotek som ansökt om licensen, behövs en ny licensansökan innan läkemedlet beställs till vårdenhet, se ovan.
- Extemporeläkemedel: Om enskild licens ska beredas på extemporetillverkningsenhet, ska Blankett C – Faxbeställning av licensläkemedel från RGL användas vid beställning och man anger då patientuppgifter för enskild licens samt vårdenhet och aktuell extempore-enhet. För mer information, se Information om extempore för vårdpersonal (fd extemporehandboken).
- Radiofarmaka: se nedan.

RGL kontrollerar att godkänd licens finns när beställning inkommer. Om giltig licens eller licensmotivering saknas ska RGL snarast återkoppla detta till beställande enhet. I samband med det kan RGL, på förfrågan, informera enheten om licens finns på andra enheter inom kliniken samt vilken förskrivare som ansvarar för licensen.

### Medovia

Finns inte licensläkemedlet att beställa i Hamlet, kontaktas Medovia (010-101 50 62, order.skane@medovia.se). Medovia skapar ett varunummer för aktuellt licensläkemedel när licensen är godkänd och läkemedlet kan då beställas i Hamlet.

### 13.2.5 Användning av licensläkemedel

I samband med ordination av ett läkemedel på licens ska förskrivaren ge information till patient och berörd personal om läkemedlet, så som dosering, iordningställande och administrering. Förskrivaren ansvarar också alltid för att följa upp behandlingen.

Läkemedel ska alltid förvaras överskådligt och i god ordning för att minska risken för förväxling (se kapitel 4). Licensläkemedel behöver placeras så att förväxling inte sker med godkända läkemedel eller andra licensläkemedel.

Observera att utbyte av ordinerat licensläkemedel till andra godkända läkemedel eller andra licensläkemedel med samma aktiva substans, normalt inte är tillåtet utan en ny ordination. Utbyte av ordinerat godkänt läkemedel till ett licensläkemedel får inte heller ske. Undantag kan finnas enligt lokala beslut om utbytbarhet för licensläkemedel på förvaltningen, till exempel vid en restsituation.

## 13.3 Licensläkemedel på radiofarmakaenhet

Radiofarmaka beställs av enheten direkt från leverantör men licensen söks av RGL (Apoteket AB). Efter att förskrivaren skickat in licensmotiveringen via KLAS, ska enheten skicka kompletterande uppgifter för radiofarmakaenhet till RGL Blankett D – Licensläkemedel på radiofarmakaenhet (sida 1).

När Läkemedelsverket godkänt licens skickar RGL en kopia på godkännandet av licensen (licenssvaret) till beställande radiofarmakaenhet. Licenssvaret arkiveras ett år på enheten.

I brådskande fall kan enheten ringa till RGL (Samtliga kontaktuppgifter Sjukvårdsapotek VGR och RGL) för att kontrollera att licensen är godkänd.

Enheten ansvarar för att dokumentera användningen av licensläkemedlet, se sida 2 på Blankett D – Licensläkemedel på radiofarmakaenhet.

Användning av enskild radiofarmakalicens som bara används vid ett tillfälle kan dokumenteras på kopia på godkännandet av licensen (licenssvaret) från Läkemedelsverket med given dos till patient, datum och signum.

## 13.4 Licensläkemedel vid utskrivning från vårdenhet

Vid utskrivning av patient som har fått licensläkemedel på vårdenhet behöver man undersöka om enskild licens behövs för fortsatt behandling, förutom recept på läkemedlet.

Om det finns en generell licens, till exempel regiongemensam, kan denna användas även för recept förutsatt att Läkemedelsverket beviljat särskilt tillstånd, se Särskilt tillstånd att expediera recept när generell licens finns | Läkemedelsverket (lakemedelsverket.se). I annat fall krävs att läkaren skickar in en motivering om enskild licens, se ovan.

Observera att anskaffning av licensläkemedel kan ta tid på öppenvårdsapoteket. Iordningställ läkemedel från avdelningen så att det säkerställs att patienten inte får ett avbrott i sin läkemedelsbehandling.

# 13.7 Versionshistorik

| Version | Giltig från | Fastställd av | Huvudsakliga ändringar |
|---|---|---|---|
| 1.0 | 2017-04-19 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Nytt dokument |
| 2.0 | 2018-08-10 | Ledningsgrupp Sjukhusapoteket VGR | Revidering med hänsyn till HSLF-FS 2017:37, uppdatering i enlighet med regelverk för KLAS, övriga ändringar av redaktionell karaktär.<br><br>Version 2.1, 2018-11-23: Redaktionella ändringar<br><br>Version 2.2, 2018-12-14: Förtydligande med hänsyn till HSLF-FS 2018:25 ”Licensföreskrifter” och möjlighet att söka generell licens för flera vårdenheter. Redaktionella ändringar avseende vad som ska anges i KLAS<br><br>Version 2.3, 2019-11-01: Versionshistorik tillagd.<br><br>Version 2.4, 2020-04-09: Redaktionella ändringar |
| 3.0 | 2022-06-16 | Ledningsgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Genomgående ändringar avseende extemporeläkemedel på grund av att VGR tagit över lokala beredningsenheter på sjukhus i egen regi från APL. 13.2, förtydligat stycke om ansvarsfördelning. 13.4, förtydligat stycke om beställning och leverans av licensläkemedel. 13.5, nytt stycke om licensläkemedel på radiofarmakaenhet, flyttat från ”Blankett D Licensläkemedel på radiofarmakaenhet”. ”Blankett C Faxbeställning av licensläkemedel från RGL” uppdaterad. Övriga redaktionella ändringar. |
| 4.0 | 2024-09-06 | Ordförande Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR | Version 4.0: Ändrad ordning av kapiteltexten inklusive att flera rubriker ändrats, för ett förtydligat licensflöde med beskrivande avsnitt för respektive steg i flödet. Tillagt om beredskapslicenser. Förtydligande om förskrivarens ansvar. Tabell med generell/enskild licens uppdaterad med gällande uppgifter och tillagt om enskild licens på vårdenhet. Tillagt att utbyte av licensläkemedel inte är tillåtet.<br><br>Version 4.1, 2025-09-01: Texten är justerad på grund av byte av avtalad läkemedelsleverantör från RGL till Medovia och byte av beställningssystem från Marknadsplatsen till Hamlet, för vårdenheter utanför sjukhusförvaltning. |

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

# Information om handlingen

**Handlingstyp**: Rutin

**Gäller för**: Västra Götalandsregionen

**Innehållsansvar**: Frida Hagnestål, (friha22), Apotekare

**Granskad av:** Peter Amundin, (petam1), Verksamhetschef, Maria Carlson Brühl, (marbr68), Strateg, Christopher Eriksson, (chrer24), Områdeschef, Christian Göransson, (chrgo6), Verksamhetschef, Mari Henning, (marhe197), Enhetschef, Henrik Hultqvist, (henhu2), Controller, Markus Håkansson, (marha68), Verksamhetschef, Jonas Thorén, (jonth), Distriktsläkare

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

**Dokument-ID**: RHS9924-923386695-385

**Version**: 28.0

**Giltig från:** 2026-09-03

**Giltig till:** 2028-09-03