

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Anna Stål, (annka271), Sjuksköterska

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-24

Giltig till: 2028-03-31

Läkemedelshantering på BB Skövde Neonatal

Förändringar sedan föregående version

Förlängt giltighetstiden.

Bakgrund och syfte

Läkemedel ska vara överskådligt ordnade, i fullgott skick och förväntas komma till användning inom rimlig tid.

Ansvar

Samtliga sjuksköterskor ansvarar för ordning och reda i läkemedelsförrådet. Information sker till läkemedelsansvarig beställare vid behov. Dörren ska alltid vara låst, den som låser upp har ansvar för vad som sker i rummet inklusive vilka andra som får tillträde till förrådet.

Tillämpliga lagar, föreskrifter eller externa riktlinjer

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

Regional rutin för läkemedelshantering i VGR - [Regional rutin läkemedelshantering i VGR \(vgregion.se\)](#)

Utförande

Arbetsbeskrivning

Ordination av läkemedel

Läkemedel ska vara ordinerade och uppdateras dagligen på läkarrond i Meliors läkemedelsmodul. I akuta situationer kan även akutbladen samt muntlig ordination göras. Dessa ska sedan föras in i läkemedelsmodulen av ordinatören. Signeras vid iordningställande/administrering i Melior. En ordination ska innehålla följande:

- Läkemedelsnamn/aktivsubstans
- Läkemedelsform
- Styrka
- Dosering
- Administreringsätt
- Administreringsstillfällen
- Administreringslängd (Om möjligt)
- Ordinationsorsak
- Uppföljning
- Ev. Uttrappning
- Maxdos vid vidbehovs ordinationer.

Vid otydliga ordinationer ska kontakt tas med ansvarig läkaren och vid behov görs avvikelse via Medcontrol.

Akutbladet/muntligt ordination

Dessa användas enbart i akuta fall, där de är absolut nödvändiga. En muntlig ordination ska alltid repeteras av mottagare och måste innehålla:

- Läkemedelsnamn/aktiv substans
- Läkemedelsform
- Styrka
- Dosering
- Administrationssätt
- Ordinationsorsak

Generella ordinationer

Översyn av generella ordinationer görs årligen av läkemedelsansvarig sjuksköterska samt läkare. Se läkemedelspärm ”generella ordinationer” för information om de läkemedel som ingår samt hantering av dessa.

Nyckel till läkemedelsförråd

Läkemedelsrummet har kodlås. Signeringslista uppdateras 1 gång per år.
Kvittenslista för
vikariekort/reservkort signeras separat.

Beställningsrutiner

Läkemedelsfunktionen ansvarar för ordinarie beställning måndagar, med läkemedelsleverans tisdagar (Se PNL-pärm och loggbok i läkemedelsrummet). Information till LM-funktionen sker via läkemedelsansvarig sjuksköterska eller enhetschef som även kan använda loggboken. Läkemedel kan vid behov hämtas på VNL eller som lån från annan avdelning tills leverans genomförs. Extrabeställning vardagar sköts av läkemedelsansvarig sjuksköterska eller andra med behörighet.

Akutbeställningar samma dag görs endast i undantagsfall, Samtliga sjuksköterskor kan på jourtid göra akut beställning från RGL och kontakt med jourtjänstgörande enl. separat rutin. [Praktisk information - sjukhus version 17 \(vgregion.se\)](#).

Mottagning av läkemedel vid leverans

Läkemedelsfunktionen ansvarar för leverans tisdagar, övriga leveranser sköts av tjänstgörande sjuksköterska. Följesedel kontrolleras, bockas av, signeras och läggs i loggbok. Narkotika dubbelsigneras. För APL-produkter sätts följesedel i APL-pärm. **Emballage ställs i trådvagn i Miljörummet.** Vid restnotering/ersättningsvara ansvarar PNL-service (Se övergripande SkaS-rutin) tillsammans med läkemedelsansvarig/patientansvarig för information på avdelningen. Alla sjuksköterskor ansvarar att läkemedel finns tillgängligt till nästa leverans eller att extra beställning utförs.

Narkotika

Narkotikajournaler finns i separat pärm. Kontroll görs av utsedda personer, minst en gång per månad. Varje administrering och ev. kassering dubbelsigneras innan arbetspassets slut, om mer än 1 enhet kasseras. Narkotika från VNL dokumenteras under separat flik i ”narkotikapärmen”. Enhetschef informeras vid avvikelser. Läkemedelsansvarig sjuksköterska/enhetschef förvarar färdigskrivna journaler i 15 år. Vid uttag samt tillförsel av narkotika ska detta dokumenteras i förbrukningsjournalen. För information för vad som ska vara med se. [Regional rutin läkemedelshantering i VGR \(vgregion.se\)](#) kapitel 11. Vid hämtning av narkotika på andra avdelningar behöver utöver det ovanstående även de 8 sista siffrorna i SITHS-kortet, VGR-id samt avdelning vara med.

Avfall, reklamationer, indragning av läkemedel

Avfall – se sorteringsguide Fokus, SkaS.

Handskar, underlägg och infusionsspike används vid blandning av antibiotika. Rester läggs i försluten påse i avfallslåda märkt ”Läkemedelsavfall mm”.

Kasserade övriga läkemedel avidentifieras och läggs i avfallslåda ”Läkemedelsavfall + lapp m död fisk-märke”.

Förslutna avfallslådor signeras och ställs för avhämtning i Miljörum.

Felaktigt beställd vara eller indragning/reklamation till RGL sköts av patientansvarig tillsammans med läkemedelsansvarig sjuksköterska. Se reklamationsblankett i läkemedelspärm.

Skötselanvisningar läkemedelsförråd

Alla läkemedel skall dateras vid öppnande till exempel mixturer, orala lösningar, droppar, salvor. Alla arbetspass ansvarar för att bänkar torkas av, sop- plast- och papperssäckar töms samt påfyllning från MIV-förråd sker. Förpackningar med passerat utgångsdatum kasseras. Läkemedel återlämnas via blå back till VNL (om utgångsdatum och batchnummer är läsligt). Narkotika från VNL ska ej läggas i VNL-back. Narkotika kasseras eller lämnas till annan avdelning med överföringsanteckning i respektive narkotikajournal.

Sjuksköterska ska närvara då lokalvårdare städar läkemedelsrummet.

Läkemedelsfunktionen ansvarar för städ av uppmärkta hyllor. Övriga ytor och kyl städas av utsedd ansvarig sjuksköterska en gång/månad.

Hållbarhetskontroll av läkemedel utförs av Läkemedelsfunktionen.

Hållbarhetskontroll av övriga produkter utförs av utsedd ansvarig sjuksköterska två gånger per år, tillhör på stickvagnar och MIV-förråd.

Kontroll av temperatur i kylskåp varje dag, lokaltemperatur en gång/vecka vilket dokumenteras på lista som förvaras i tre år i läkemedelpärm. Vid avvikelser kontaktas enhetschef, om akut åtgärd behövs kontaktas jourhavande tekniker, se Fokus.

Läkemedel som förvaras utanför läkemedelsförrådet

Se läkemedelpärm: "Läkemedel som förvaras utanför läkemedelsförrådet". Denna förteckning revideras en gång/år.

Iordningställande och administration av läkemedel

Alla läkemedel iordningställs, märkt med namn och personnummer, i direkt anslutning till utdelning.

Per os-läkemedel delas i mugg eller p/os-spruta

Antibiotika blandas enligt ePed-instruktion eller FASS. Kan förvaras i kyl, märkt med mängd/ml, datum, klockslag och signum av den som har genomfört iordningsställandet. Antibiotikablandning kan användas till flera patienter inom hållbarhetstiden v.g se kylskåp. Vid antibiotika via en förlängning eller katetrar ska efterspol kopplas med NaCl i samma hastighet som antibiotikan är given. Mängden NaCl anpassas efter förlängningens volymkapacitet.

Erythrocyter kopplas med transfusionsaggregat och ska ges inom 4 timmar utanför kylskåp. Ska även rapporteras till blodcentralen via "interinfo", som du kan öppna via direktlänk i melior. Blodpåsen som är märkt med barnets personnummer sparas därefter i "lilla sköljen" kylan i 24 timmar.

Vid iordningsställande av läkemedel där administrering inte sker i direkt anslutning ska patientbunda läkemedel som ex är i sprutor märkas med följande:

- Patientens namn och personnummer
- Läkemedelsnamn/aktiv substans
- Styrka
- Dosering
- Administreringsätt
- Datum o klockslag för iordningsställande
- Signatur

Vid iordningsställande av icke patientbunda läkemedel som kan sparas i kyl en längre tid ska dessa märkas upp med:

- Datum och Tid
- Läkemedelsnamn och styrka
- Eventuella tillsatser
- Signatur

Vilka läkemedel som kan sparas efter bruten förpackning samt tillredning v.g se separat lista på kylskåp alternativt eped.

Infusioner

Vid användning av infusionspåsar där hela påsen inte ska användas till en patient kan dessa förvaras i kylskåp. Påsen märks då med en infusionsetikett där det ska stå datum, tid samt signering och eventuella tillsatser i påsen. Märkning får inte ske direkt på påsen med en tuschpenna.

Infusioner som kopplas till en patient ska alltid märkas med:

- Läkemedelsnamn/aktiv substans
- Personnummer och namn
- Styrka
- Tidpunkt för iordningsställande
- Infusionstid (om möjligt)
- Ev tillsatser
- Signatur
- Starttid för infusionen

Vid skiftbyte med en patient med pågående infusioner ska övertagande ansvarig sjuksköterska kontrollera att infusionen stämmer och pågår. Detta ska därefter dokumenteras i Meliors läkemedelsmodul under ”utvärdering”, skriv även infunderad dos vid tidpunkt av kontroll.

Delegering av läkemedelsadministrering

Utsedda sjuksköterskor kommer ha som uppdrag att delegera läkemedelsadministrering till undersköterskor och barnsköterskor. Giltig delegering är ett måste för undersköterskor/barnskötare för att administrera läkemedel till patienter.

Medicinska gaser

Alla medicinska gaser ska vara förankrade så de inte kan falla. Tomma och fulla flaskor ska vara synligt åtskilda samt förvaras skilt från lättantändligt material i ett utrymme med tydlig uppmärkning med varningsskylt. Varje avdelning har en gasansvarig sjuksköterska med en ansvarsbeskrivning v.g se läkemedelspärm.

Läkemedel vid utskrivning av patient

Läkemedel vid permission skall pilas av läkare, markeras av sjuksköterska i ruta SS (sköter själv) med kommentar ”permission” innan läkemedlen skickas med hem. Doser som skickas med märks med namn och personnummer. Om recept/leverans blir fördröjd ansvarar avdelningen för läkemedel i hemmet (se ovan) tills varan kan levereras, detta dokumenteras i Slutanteckning på ”Övrigt” i Melior. Läkare ansvarar för information om läkemedelshantering vid utskrivning. Vid enbart behov av vitaminer vid hemgång sköts D-vitamin av BVC. Vid användning av multivitamin och järn skrivs dessa på recept, för mer information om vitaminer v.g se [Vitamin-, mineral- och järntillskott för nyfödda \(vgregion.se\)](#).

Arbetsgrupp

Anna Stål, sektionsledare, BB Skövde Neonatal, Mikaela Sjöberg, sjuksköterska, BB Skövde Neonatal.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Anna Stål, (annka271), Sjuksköterska

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-189

Version: 3.0

Giltig från: 2026-03-24

Giltig till: 2028-03-31