

Gäller för: Verksamhet Onkologi

Giltig från: 2025-12-17

Innehållsansvar: Anki Delin Eriksson, (anner61), Koordinator

Giltig till: 2026-09-20

Granskad av: Cecilia Henriksson, (ceche16), Receptarie

Godkänd av: Andreas Hallqvist, (andha16), Verksamhetschef

Hantering av narkotikaklassade läkemedel inom Verksamhet Onkologi

Förändringar sedan föregående version

2025-12-17: Ingen förändring av innehåll. Snabbupprättande pga administrativ omstrukturering. Godkänt av VC Andreas Hallqvist.

Syfte

Verksamhet Onkologi hanterar stora mängder potenta narkotikaklassade läkemedel och det är viktigt med en klinikövergripande rutin som säkerställer en korrekt och säker hantering/handhavande utav dessa läkemedel.

Arbetsbeskrivning

Varje år skall läkemedelsansvarig och narkotikaansvarig sjuksköterska utses.

[Mallar till läkemedelsansvarig och narkotikaansvarig sjuksköterska.](#)

Det åligger vårdenhetschefen (VEC) att varje år utse de sjuksköterskor som skall ha behörighet för att kunna beställa läkemedel till patientnära lager (PNL). Dessa personer bör gå utbildning i beställningssystemet Hamlet.

Ansvarsbeskrivning för narkotikaansvarig sjuksköterska

Narkotikaansvarig sjuksköterska får inte vara densamma som ansvarar för förvaring och beställning till enheten.

Beräknad tid för narkotikaansvarig sjuksköterska är ca två timmar per månad för att genomföra kontroller.

En gång per vecka skall narkotikaklassade läkemedel kontrollräknas utav narkotikaansvarig sjuksköterska. Alla avvikelser förs in på ett dokument

som sparas hos VEC. Detta för att tidigt kunna upptäcka avvikande mönster. Avvikelser bör vara en stående punkt på alla sjuksköterskemöten i syfte att alltid se till att alla är observanta på avvikelser och månadens avvikelser skall gås igenom.

Enligt den SU-övergripande läkemedelshanteringsrutinen ska varje avdelning ha en plan för hur kontroll av narkotika ska utföras enligt [Mall 22 Kontrollplan narkotika](#). Ansvarsfördelningen ska framgå av [Mall 3 Ansvarsbeskrivning vårdenhetschef](#) och [Mall 05 Ansvarsbeskrivning narkotikaansvarig ssk](#).

Förbrukningen ska kontrolleras regelbundet avseende:

- Beställningar från RGL, PNL-rapport för enheten tas fram i Hamlet.
- Beställningar från beredningsenheten och APL, beställningsstatistik finns i filen [Extempore - Power BI Report Server \(vgregion.se\)](#) under fliken narkotika.
- Uttag från VNL, uppgifter finns under fliken inlagrat i Hamlet eller i PNL-rapport för enheten. Uttag från VNL ska jämföras med införsel. De ska vara rimliga för enheten och sjuksköterskan som gjort uttagen ska arbeta på den aktuella enheten.
- Stickprov mot patientjournal

Sortiment

Enheter som har narkotikaklassade läkemedel i sitt PNL skall se över detta regelbundet och sortera ut ur sitt sortiment de preparat och styrkor som ej använts på 6 månader. Även maxlager utav narkotikaklassade läkemedel i PNL skall ses över så att inte volymerna i läkemedelsrummet blir för stora. Detta underlättar också kontrollen utav narkotikaklassade läkemedel och minskar kassationen. All eventuell kassation ska dubbelsigneras.

Förbrukningsjournaler

Alla kontroller, såsom den regelbundna kontrollräkningen, extrakontroller och kontroller emot följesedlar skall dokumenteras i förbrukningsjournal. Dessa skall sparas i 15 år enligt SU rutin. Fullteknade förbrukningsjournaler förvaras i läkemedelsrummet alternativt skickas för arkivering. Start och slutdatum måste alltid finnas.

Följesedlar

När beställda narkotikaklassade läkemedel skall skrivas in i förbrukningsjournalen skall detta göras utav två sjuksköterskor alternativt personal från PNL-service. Beställningen skall även stämmas av mot följesedeln så att den överensstämmer med leveransen samt att rätt mängd förs in i förbrukningsjournalen. Följesedeln signeras utav båda sjuksköterskorna och sparas tills narkotikapåfyllnad och eventuella fakturor är kontrollerade och kan därefter kastas.

Signeringslistor

Varje år skall sjuksköterskor som arbetar på enheten skriva på avdelningens signaturlista. Även bemanningspersonal/vikarier skall göra detta.

[Mall till signaturlista, mall 11](#)

Slutenvårdsdos

Eventuell kassation av slutenvårdsdos-påsar med narkotika ska journalföras. En separat förbrukningsjournal eller [bilaga 2 i Slutenvårdsdos för vårdenhet](#) kan användas. Bokför läkemedelsnamn, patients-id, kasserad mängd, datum och dubbelsignatur.

Utlån

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

Om hämtning måste ske från annat PNL, ska hämtande sjuksköterska visa sitt SITHS-kort och utlämnande sjuksköterska ska anteckna enhet, vgr-id, namn och de åtta sista siffrorna (se kortets baksida) i narkotikajournalen. Uttaget journalförs som tillförsel respektive uttag i förbrukningsjournalerna på båda enheterna och kontrasigneras av behörig personal. Vid hämtning till enskild patient ska utlämnande sjuksköterska kontrollera att aktuell patient har en pågående vårdkontakt t ex i Elvis eller Melior. Vid stora lån skall den sjuksköterska som arbetar på den enhet som skall låna ut läkemedel ringa till den enhet som skall låna och kontrollera att lånet är rimligt och att aktuell patient har en ordination på läkemedlet.

Uttagna narkotikaklassade läkemedel från annan enhet ska inte återlämnas.

Från avsnitt [11.8.3 i Regional Läkemedelshanteringsrutin](#)

Patienter som lämnar läkemedel till enheten

Patienter och anhöriga skall alltid lämna överblivna läkemedel till apotek.

Inneliggande patienter med egna läkemedel

Patientbundna läkemedel som är narkotikaklassade skall patienten om möjligt ombesörja att de återförs till hemmet. Patientbundna läkemedel får endast i särskilda fall ligga i avdelningens läkemedelsrum.

Narkotikaklassade patientbundna läkemedel skall räknas, diarieföras och dubbelsigneras på befintlig ”förbrukningsjournal narkotika”. De skall också dubbelsigneras vid återlämning till patienten. Kvarlämnade narkotikaklassade läkemedel skall kasseras, journalföras, diarieföras och dubbelsigneras i ovan nämnda journal om de inte hämtats inom en vecka.

Hantering av avlidna patienters läkemedel

Enligt regionala läkemedelshanteringen avsnitt 4.4. (4.4.1 och 4.4.2.) 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 destruktions och be om deras godkännande. Dödsboet bör upplysas om att det är brottsligt att inneha eller bruka andras narkotikaklassade läkemedel. Patientbundna läkemedel får aldrig läggas in i enhetens PNL, endast vid särskilda fall.

Om dödsboet inte hämtar läkemedel inom en vecka skall de kasseras, journalföras, dubbelsigneras och diarieföras på befintlig ”förbrukningsjournal narkotika”

Uppföljning, utvärdering och revision

Vid misstanke om svinn bör följande åtgärder vidtas enligt SU:s övergripande läkemedelshanteringsrutin:

- Dubbelkontrollera förbrukningsjournal om något missats att journalföras.
- Jämför uttag mot patientjournal
- Jämför uttag i VNL. För information om specifik patient kontakta Sjukvårdsapoteket VGR SU.
- Tätare narkotikakontroller.

- Svinn ska rapporteras i avvikelssystemet MedControlPro och anmälas till verksamhetschefen. I MedControlPro ska händelsen Narkotikasvinn under rubriken läkemedel användas.

Ansvar

Denna rutin vänder sig till alla som hanterar läkemedel inom verksamhet onkologi. Respektive chef ansvarar för att rutinen är känd.

Relaterad information

[Hamlet](#)

[Regional Läkemedelshanteringsrutin](#)

[Läkemedelsrutin SU](#)

[Mallar till narkotikaansvarig sjuksköterska, läkemedelsansvarig sjuksköterska, ansvarsbeskrivning enhetschef, kontrollplan narkotika och signaturlista](#)

Arbetsgrupp

Cecilia Henriksson, leg receptarie, Vo Onkologi

Anki Delin Eriksson, verksamhetsutvecklare

Vårdenhetschefer inom slutenvården (52,54 & 69)

Läkemedelsansvariga sjuksköterskor på avdelningarna 52, 54 och 69

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Onkologi

Innehållsansvar: Anki Delin Eriksson, (anner61), Koordinator

Granskad av: Cecilia Henriksson, (ceche16), Receptarie

Godkänd av: Andreas Hallqvist, (andha16), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9775-406090012-116

Version: 9.0

Giltig från: 2025-12-17

Giltig till: 2026-09-20