

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra

Giltig från: 2025-11-12

Innehållsansvar: Kristín Geirsdóttir, (krige5), Receptarie

Giltig till: 2027-11-10

Granskad av: Martin Björkdahl, (marbj41), Vårdenhetschef

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

# Läkemedelshantering - lokala tillägg avd 354

## Förändringar sedan föregående version

### Ändrat

Ansvarsbeskrivning Farmaceut i Vården ändrad till Avdelningsfarmaceut

Hantering av kassation av dospåsar med narkotika

Redaktionella ändringar

### Nytt

mall 4: Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig sjuksköterska

Arbetsrutin för riskläkemedel

Hantering av patientbundna läkemedel/narkotika

Kapitel 9. Miljöaspekter

## Bakgrund och syfte

Rutinen syftar till att läkemedelshantering vid avdelning 354 / Strokeenheten sker enligt gällande författningar och i enlighet med Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen samt SU:s gemensamma rutin Läkemedelshantering SU-övergripande. Denna checklista är ett komplement till ovanstående rutiner.

## Kapitel 1. Ansvar

Ifyllda och signerade ansvarsbeskrivningar förvaras hos VEC

- mall 2: Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig läkare
- mall 3: Ansvarsbeskrivning vårdenhetschef/enhetschef
- mall 4: Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig sjuksköterska
- mall 5: Ansvarsbeskrivning narkotikaansvarig farmaceut
- mall 13: Ansvarsbeskrivning gasansvarig (medicinsk gas på flaska)
- Ansvarsbeskrivning avdelningsfarmaceut
- mall 11: Signaturlista. Aktuell lista förvaras i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.

## Kapitel 2. Ordinationer

- Ordinationshandlingar finns i Melior.
- mall 7: Ordination enligt generella direktiv  
Fastställt original förvaras: i pärmen ”Läkemedelshantering” i Läkemedelsrummet.
- Uppdatering av listan med ordinationer enligt generella direktiv i Melior görs enligt följande: läkemedelsansvarig läkare
- Generellt direktiv att vaccinera vårdpersonal mot säsongsinfluensa, fastställt original förvaras hos VEC

## Kapitel 3. Beställning av läkemedel

mall 12: Lista över behöriga beställare av läkemedel förvaras: i ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet

Fastställd PNL-lista förvaras: i PNL pärmen i läkemedelsrummet

Enhetens beställningsdag: tisdag med stopptid 09.30 och leverans nästkommande dag.

Kundnummer hos RGL: 40004412204

Kundnummer hos Extemporetillverkning VGR: ÖS 5558

Mottagning av läkemedelsleverans görs på följande sätt: Mottagande kvitteras, mottagare sätter genast in de levererade backarna i läkemedelsrummet, uppäckning och inleverans görs i normalt fall av PNL-service, alternativt receptarie, så fort som möjligt. Kylvaror prioriteras. Vid uppäckning bockas följesedel av och hållbarhet kontrolleras. Följesedlar med narkotika sparas i PNL pärmen tills nästa narkotikainventering. Kontroll, bedömning och åtgärd av eventuella rester utförs. Avdelningen har PNL-service som sköter detta i första hand.

Signerad överenskommelse för PNL-service, Farmaceut på vårdavdelning. Slutenvårdsdos förvaras: i PNL-pärmen

## Kapitel 4. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

mall 9: Skötsel av läkemedelsförråd finns på kylskåpet. Nya listor och arkiv finns i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.

mall 8: Läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd. Fastställd lista förvaras i pärmen märkt ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.

Indragningar åtgärdas och signeras av farmaceut. Signerad indragningsskrivelse sparas i 1 år och förvaras: i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.

Ansvarig för akutvagn: Oskar Ahlman ssk., hållbarhetskontroll av läkemedel sköter avdelningensfarmaceut.

## Kapitel 5. Iordningsställande

Beredning av injektions/infusionsläkemedel görs enligt: Arbetsinstruktioner vid iordningsställande av sterila läkemedel vid sjukvårdsinrättning.

Gällande spädningsscheman:

Regional rutin för spädning av intravenösa läkemedel vuxna VGR. Finns i PM-pärmen i läkemedelsrummet.

Generikabyte görs enligt:

Läkemedelsverkets utbytbarhetslista eller med stöd av funktionen "utbytbara läkemedel i FASS samt regionala terapigrupperns bedömning

Iordningställande får göras av annan person än den som administrerar/överlämnar under följande förutsättningar:

Läkemedlet går att identifiera och är märkt med namn, personnummer, datum samt signatur av den som iordningställt.

Läkemedlet kommer från slutenvårdsdosen.

Beskrivning av dokumentation av iordningställandet (om olika personer iordningställer respektive administrerar, eller läkemedel iordningställs för att administreras vid senare tillfälle): Iordningsställande dokumenteras i Melior

Märkning utan patientidentitet och administreringstidpunkt får göras under följande förutsättningar: Läkemedlet delas "bedside", det vill säga direkt hos patienten.

## Kapitel 6. Administrering och överlämnande

Kontroll av kontinuerliga infusioner dokumenteras på följande sätt:

Övertag av pågående infusion kontrolleras av ansvarig sköterska varje arbetspass och dokumenteras i utvärderingsrutan i Melior

## Kapitel 7. Överflyttningar mellan vårdavdelningar

Överlämningsrutiner vid förflyttning mellan vårdenheter när t.ex. Meliors läkemedelsmodul inte används:

Vid överföring av patient mellan enheter skall ansvarig läkare se till att läkemedelslistan i Melior, och Pascal, när det gäller dospatient, är uppdaterade.

Journalanteckningar och läkemedelslista skickas med patient, faxas eller postas enligt överenskommelse med mottagande enhet.

## Kapitel 8. Arbetsmiljöaspekter

Redovisning av kemiska produkter görs i KLARA kemikaliehanteringssystem, årligen. Miljöpärm finns i behandlingsrummet på B-sidan och ansvarig är kemikalieombud på avdelningen.

Arbetsrutin för riskläkemedel: Iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet.

## Kapitel 9. Miljöaspekter

Avfall sorteras i avsedda behållare som märks upp med etikett avsedd för avfallstypen. Guide för avfallssortering finns uppsatt i läkemedelsrummet.

En riskbedömning av de läkemedel som används i verksamheten görs årligen

## Kapitel 10. Kvalitetssäkring

Utskriven genomförd kvalitetsgranskning förvaras: i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet

Åtgärdsplan för avvikelser i kvalitetsgranskning (mall 14: Åtgärdsplan kvalitetsgranskning av läkemedelshantering) förvaras: i pärmen ”Läkemedelshantering i läkemedelsrummet.

## Kapitel 11. Narkotikaklassade läkemedel

Rutin för journalföring av narkotika hämtade från VNL: all narkotika hämtad från VNL journalförs i pärmen Narkotikajournal VNL på avdelningen.

Narkotika räknas och dokumenteras vid varje enskilt uttag.

Vid kassation av narkotika från slutenvårdsdos läggs dospåsen i en låst brevlåda i läkemedelsrummet som är märkt “Kassera slutenvårdsdos med narkotika här” Lådan töms regelbundet och kassation journalförs i slutenvårdspärmen och dubbelsigneras, påsen töms och avidentifieras.

Om patient har med sig privata, narkotikaklassade läkemedel ska de dokumenteras på “Kvittens för mottagande och kassation av patientbundna läkemedel” (mall21) och förvaras i läkemedelsrummet. Om dessa läkemedel behöver användas skall överenskommelsen dokumenteras och journalföras i patientbunden förbrukningsjournal.

Plan för hur kontroll av narkotika ska utföras (mall 22 Kontrollplan narkotika):

Narkotikakontroll utförs av farmaceut från annan avdelning (355) en gång i månaden.

Lån av narkotikaklassade läkemedel från annan enhet skall undvikas i möjligaste mån. Om hämtning måste ske från annat PNL skall hämtande ssk/farmaceut visa sitt SITHS-kort och utlämnande ssk/farmaceut skall anteckna enhet, VGR-id, namn och de åtta sista siffrorna på

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

SITHS-kortet, i narkotikajournalen. Uttaget journalförs som tillförsel respektive uttag i förbrukningsjournalerna på båda enheterna och dubbelsigneras av behörig personal. Vid hämtning till enskild patient skall utlämnande ssk/farmaceut kontrollera att aktuell patient har en pågående vårdkontakt i Melior/Elvis.

## Kapitel 12. Medicinska gaser

Kontroll av medicinska gasflaskor (mall 18): görs enligt rutin som förvaras i pärmen för läkemedelshantering

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning  
Östra

**Innehållsansvar:** Kristín Geirsdóttir, (krige5), Receptarie

**Granskad av:** Martin Björkdahl, (marbj41), Vårdenhetschef

**Godkänd av:** Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9777-819499373-471

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2025-11-12

**Giltig till:** 2027-11-10