

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin  
Innehållsansvar: Ylva Drape Carlström, (ylvdr), Vårdenhetschef  
Granskad av: Ylva Drape Carlström, (ylvdr), Vårdenhetschef  
Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-10-30

Giltig till: 2027-10-30

# Läkemedelshanteringsrutin - lokala tillägg avdelning 68

## Förändringar sedan föregående version

Ny rutin.

### Innehåll

Läkemedelshanteringsrutin - lokala tillägg avdelning 68 .....	1
Förändringar sedan föregående version .....	1
Bakgrund och syfte .....	2
Utförande.....	2
Kapitel 1 Ansvar .....	2
Kapitel 2 Ordination .....	3
Kapitel 3 Beställning av läkemedel.....	3
Kapitel 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd .....	5
Kapitel 5 Iordningställande och administrering/överlämnande.....	6
Kapitel 6 Överflyttningar mellan vårdenheter .....	7
Kapitel 7 Arbetsmiljöaspekter .....	7
Kapitel 8 Kvalitetssäkring.....	8
Kapitel 9 Narkotikaklassade läkemedel .....	8
Kapitel 10 Medicinska gaser .....	10
Kapitel 11 Uppföljning .....	10
Relaterad information .....	10

Arbetsgrupp .....	10
Ansvar .....	10
Uppföljning, utvärdering och revision .....	10

## Bakgrund och syfte

Rutinen syftar till att läkemedelshanteringen vid avdelning 68 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 rutin.

## Utförande

### Kapitel 1 Ansvar

Ifyllda och signerade ansvarsbeskrivningar förvaras i pärm för **Läkemedelsrutiner** i läkemedelsrummet.

Övergripande läkemedelsansvar för verksamheten: **Pernilla Dahm Kähler**

Övergripande läkemedelsansvarig på avd.68: **Ylva Drape Carlström**

Läkemedelsansvarig sjuksköterska: **Ida Nygren Hansson**

Läkemedelsansvarig sjuksköterska, ersättare: **Louise Sellgren**

Kontrollansvarig Narkotika: **Maja Karlsson, Linnea Hermansson**

Gasansvarig: **Anna Brännström**

- Ansvarsbeskrivning [läkemedelsansvarig läkare](#) (mall 2)
- Ansvarsbeskrivning [vårdenhetschef/enhetschef](#) (mall 3)
- Ansvarsbeskrivning [läkemedelsansvarig sjuksköterska](#) (mall 4)
- Ansvarsbeskrivning för [kontrollansvarig narkotika](#) (mall 5)

- Ansvarsbeskrivning för [gasansvarig \(medicinsk gas på flaska\)](#) (mall 13)
- Ansvarsbeskrivning för akutvagn/-vätske/-ansvarig på enheten
- [Signaturlista](#) (mall 11) Aktuell lista förvaras: i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.

## Kapitel 2 Ordination

- Ordinationssystem som används:  
Läkemedelsmodulen i Melior  
Orbit  
EDA-protokoll  
Anestesijournal

Dessa ordinationssystem finns elektroniskt eller som pappersjournal.

- 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: genomgång av VÖL en gång per år
- Generellt direktiv att vaccinera vårdpersonal mot säsongsinfluensa (använd bilaga 1 i rutin [Influensavaccinering av vårdpersonal inom SU](#)), fastställt original förvaras i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.
- Utbyte till synonymer: Utbytbara läkemedel enligt Läkemedelsverket. FASS.

## Kapitel 3 Beställning av läkemedel

- Mall 12: Lista över behöriga beställare av läkemedel förvaras i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.

- Fastställd lista över sortimentet i PNL förvaras i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet/tarifolder i läkemedelsrummet.
- PNL innehåller frekvent använda läkemedel samt akutläkemedel på respektive vårdenhet och utgör enhetens bassortimentet. Revideras kontinuerligt av läkemedelsansvariga samt VÖL.
- Fastställd lista över sortimentet i vPNL (vätskevagn) förvaras i pärmen ”Läkemedelshantering”/tarifolder i läkemedelsrummet.

Beställs vid behov i HAMLET. Alla barnmorskor/sjuksköterskor ska kunna göra en beställning.

- Enhetens beställningsdag/-ar: Läkemedel beställs tisdagar före kl. 09.30. Läkemedel som tagit slut förs upp på lista för att underlätta beställning
- Kundnummer hos RGL: 40004471103
- Kundnummer hos Extemporetillverkning: SA1112
- Mottagning av läkemedelsleverans från mottagning till inleverans i Hamlet görs på följande sätt: Kvittens vid mottagande, läkemedel ställs genast in i läkemedelsrummet, om man ej hinner själv plocka upp, delegeras det till kollega. Kylvaror prioriteras. Vid uppackning bockas följesedel av och hållbarhet kontrolleras och inleverans görs i HAMLET. Rutin för inleverans finns i Apotekspärmen. När restnoterade läkemedel kommer ska inleverans göras.
- När narkotika förs in, bör två närvara. Följesedlar för narkotiska preparat sparas. Följesedeln på narkotika behövs vid den månatliga avstämningen som narkotikaansvarig sjuksköterskan gör. Efter det kan följesedeln slängas.
- Signerad överenskommelse för PNL-service, Vätskevagn, Slutenvårdsdos förvaras i PNL-pärmen i läkemedelsrummet.

- Rekvirera från VNL (Vård Nära Lager) VNL är ett eller flera gemensamma läkemedelslager som består av mer sällan använda läkemedel och buffertförråd av läkemedel med ojämn förbrukning. VNL sköts av sjukhusapoteket VGR/SU.

## Kapitel 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

- Arbetssätt för hur hållbarhets- och temperaturkontroll, städning och dokumentation utförs, se [Skötsel av läkemedelsförråd med dokumentationsblanketter för temperatur och hållbarhet respektive städning \(mall 9\)](#). Dokumenteras på signaturlista i läkemedelsrummet.
- Mall 8: Läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd. Fastställd lista förvaras i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.
- Indragningar åtgärdas och signeras av: läkemedelsansvarig eller VEC.
- Signerad indragningsskrivelse sparas i 1 år och förvaras i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.
- Patientens privata medicin skall efter medgivande av patient skickas med anhörig hem. Om denna möjlighet ej finns låses läkemedlen in i läkemedelsförrådet.
- Kasserade läkemedel  
Särskilda burkar finns i läkemedelsförrådet avsedda för läkemedelsavfall. När burken är full lämnas den i rum för återvinning.
- Nycklar: Nycklar till läkemedelsförrådet, varje sjuksköterska/barnmorska har ID kort för kortläsare. Nyckelkort får inte lånas ut. En "vanlig" extra nyckel finns i gyn akutens läkemedels skåp.
- I läkemedelsrummet finns ett ”blankt” kort med behörighet till läkemedelsrummet för tillfällig personal på avdelning 67. Lämnas åter efter arbetspasset

## Kapitel 5 Iordningställande och administrering/överlämnande

- Iordningställande av injektions/infusionsläkemedel görs enligt Arbetsinstruktion vid iordningställande av läkemedel för injektion och infusion (se kapitel 5.8.4 Regional läkemedelshanteringsrutin) och finns tillgänglig vid arbetsplatsen.
- Gällande spädningsscheman: Regional rutin för spädning av intravenösa läkemedel vuxna VGR som gäller på enheten finns i läkemedelsrummet.
- Tillägg till regional rutin kapitel 5.12 Utbyte till generika/synonyma läkemedel görs enligt Läkemedelsverkets utbytbarhetslista, [www.fass.se](http://www.fass.se) och regionala terapigrupperns bedömning. I de fall utbyte görs ska det dokumenteras i läkemedelsmodulen i Melior, under utdelningskommentar. Läkare ska ordinera rekommenderat läkemedel snarast. Hantering av utbytbara läkemedel till patient (mall 15)
- Läkemedel ska iordningsställas av sjuksköterska och samma sjuksköterska som iordningställer läkemedlen ansvarar för att överlämna/administrera det till patienten.
- 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 har iordningsställt läkemedlet. Beskrivning av dokumentation av iordningsställandet (om olika personer iordningställer respektive administrerar eller läkemedel iordningsställs för att administreras vid senare tillfälle). Iordningsställande dokumenteras i Melior på följande sätt; notera VGR-ID och tidpunkt för iordningsställande i utdelningskommentar i Melior.

- Märkning utan patientidentitet får göras under följande förutsättningar: läkemedlet delas ”bedside”, det vill säga direkt till patienten.
- I Melior antecknas batchnummer för biologiska läkemedel i ruta för utdelningskommentar.
- Kontroll av pågående infusion utförs och dokumenteras enligt Läkemedelshantering SU-övergripande, vid varje skiftbyte eller när någon annan tar över ansvar för patienten. I Melior dokumenteras kontrollen i utvärderingsrutan.
- Självmedicinering: det ska framgå av läkemedelsmodulen och omvårdnadsjournalen att patienten förvarar/sköter medicineringen själv.

## Kapitel 6 Överflyttningar mellan vårdenheter

- Överlämningsrutiner vid förflyttning mellan vårdenheter när t ex Meliors läkemedelsmodul inte används ska ansvarig läkare se till att läkemedelslistan i Melior är uppdaterad.

## Kapitel 7 Arbetsmiljöaspekter

- Redovisning av kemiska produkter i KLARA görs enligt rutin: Följer Lathund för årlig kemikaliehantering i KLARA för enhetens förbrukning, AFS 2017:3.
- Vilka läkemedel som behöver hanteras enligt skyddsinstruktion framgår i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.
- Allergena läkemedel, separat dokument
- De skyddsinstruktioner som gäller på enheten är: i stället för Chemfort.

Mall 10 [Lokal riskbedömning och åtgärdsplan Läkemedel med arbetsmiljörisk \(Word\)](#)

## Kapitel 8 Kvalitetssäkring

- Svartsjournal över genomförd kvalitetsgranskning förvaras i pärmen för ”läkemedelshantering” i läkemedelsrummet och sparas i 3 år.
- Åtgärdsplan för brister som framkommit av kvalitetsgranskning (mall 14): [Åtgärdsplan kvalitetsgranskning av läkemedelshantering](#)) förvaras i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.

Avvikelser rapporteras i MedControl.

## Kapitel 9 Narkotikaklassade läkemedel

- Narkotikaklassade läkemedel hämtade från VNL journalförs: i egen förbrukningsjournal som förvaras i narkotikapärm.
- Narkotika räknas och dokumenteras vid varje enskilt uttag.
- Narkotikaklassade läkemedel som tas från PNL till läkemedelsvagn journalförs; Separat journalblad till varje patient och läkemedel. Förvaras i pärm märkt Narkotikapärm VNL. När patienten skrivs ut kasseras eventuellt kvarvarande läkemedel och dubbelsigneras av ssk. Sparas i 10år.
- Om patient har med sig privata narkotikaklassade läkemedel och om det inte kan ombesörjas att det återförs till hemmet ska de dokumenteras på kvittenslista Kvittens för mottagande och kassation av patientbundna läkemedel (mall 21), förvaras i förekommande fall i Narkotikapärmen. Patientbundna läkemedel får endast i särskilda fall ligga i patientens läkemedelslåda i läkemedelsvagnen i läkemedelsrummet. Narkotikaklassade patientbundna läkemedel skall räknas, diarieföras och dubbelsigneras på befintlig ”förbrukningsjournal narkotika”. Det skall också dubbelsigneras vid återlämning till patienten. Kvarlämnade narkotikaklassade läkemedel ska kasseras, journalföras, diarieföras och dubbelsigneras i ovan nämnda journal.

- Avvikelser avseende narkotika rapporteras: Till kontrollansvarig för narkotika som utreder och sedan rapporterar till VEC. Svinn rapporteras i MedControl och anmäls till verksamhetschef.
- Plan för hur kontroll av narkotika ska utföras [Kontrollplan narkotika](#) (mall 22) förvaras: I Narkotikapärm i Läkemedelsrummet.
- Alla läkemedel som är narkotikaklassade enligt Läkemedelsverket ska vid tillförsel till läkemedelsförrådet skrivas förbrukningsjournal på och arkiveras i 15 år.
- Lån av Narkotiskt läkemedel från annan enhet skall i möjligaste mån undvikas.
- 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 på SITHS-kortet (se kortets baksida) i narkotikajournalen. Uttaget journalförs som tillförsel respektive uttag i förbrukningsjournalerna på båda enheterna och kontrasigneras av behörig personal. Vid hämtning till en enskild patient ska utlämnande sjuksköterska kontrollera att aktuell patient har en pågående vårdkontakt t ex i Elvis eller Melior.
- Uttagna narkotikaklassade läkemedel från annan enhet ska inte återlämnas.
- Hantering av avlidna patienters läkemedel; En avlidna persons privata läkemedel är formellt dödsboets egendom. Av säkerhetsskäl bör stor restriktivitet tillämpas vid utlämnandet av läkemedel till anhöriga. En god rutin kan vara att påtala för anhöriga att överblivna läkemedel lämpligen skickas för destruktion, be om deras godkännande.
- Patientbundna läkemedel får aldrig läggas i enhetens PNL.

## Kapitel 10 Medicinska gaser

- Kontroll av medicinska gasflaskor utförs och dokumenteras enligt [Förvaring och kontroll av medicinsk gasflaska på enhet](#) (mall 18) som förvaras i lokalen där gasflaskorna förvaras, på avdelning 68 i rum 206C.03.325, förrådet utanför sekreterarna.

## Kapitel 11 Uppföljning

- Läkemedelsansvarig läkare samt vårdenhetschef ansvarar att detta dokument uppdateras.

## Relaterad information

Hamlet

Regional Läkemedelshantering

Läkemedelsrutin SU

Antibiotika-spädningsrutiner

AFS 2017:3

## Arbetsgrupp

Ylva Drape Carlström, Vårdenhetschef avdelning 68

Johanna Rydelius, överläkare/sektionschef

## Ansvar

Gäller för all personal inom VO Kvinnosjukvård/område 1/SU. Ansvar för spridning och implementering har verksamhetschef/sektionschef. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

**Innehållsansvar:** Ylva Drape Carlström, (ylvdr), Vårdenhetschef

**Granskad av:** Ylva Drape Carlström, (ylvdr), Vårdenhetschef

**Godkänd av:** Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9786-1429723585-404

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2025-10-30

**Giltig till:** 2027-10-30