

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Giltig från: 2026-06-18

Innehållsansvar: Zeinab Omar Abdulkadir, (zeiom1), Apotekare

Giltig till: 2028-06-18

Granskad av: Ulrika Nimblad, (ulrni18), Apotekare

Godkänd av: Peter Amundin, (petam1), Verksamhetschef

# Läkemedelshantering SU-övergripande

## Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen

### Revideringar i denna version:

Övergripande: Förtydligat syfte och lagt hänvisning till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen i alla kapitel. Förtydligat att lokal läkemedelshanteringsrutin likt andra styrande dokument ska hanteras i SOFIA STYR och revideras minst vartannat år. Ändrat från Läkemedelsförsörjning till Läkemedelsservice på grund av namnbyte. Ny innehållsansvarig och granskare.

Kapitel 1. Nytt stycke om delegering av läkemedelshantering, överförd information från rutin Delegering av läkemedelshantering - iordningsställa, administrera och överlämna pga. utgången rutin. Uppdaterat lokala tillägg.

Kapitel 2. Tagit bort länkar till rutin om sjuksköterskas justering av läkemedelsdos samt rutin om influensavaccinering av vårdpersonal inom SU då dessa rutiner utgått. Uppdaterat lokala tillägg.

Kapitel 4. Nytt tillägg om hantering av nycklar, kortläsare, larm och kort. Justerat lokala tillägg.

Kapitel 5. Tagit bort skrivning om att läkemedelshantering inom ambulanssjukvård inte får delegeras i enlighet med uppdaterad föreskrift (HSLF-FS 2017:37, 2026-01-01) samt flyttat stycke om delegering till kapitel 1. Lagt till nytt stycke om Best Practice iordningställande med tillhörande mall 6. Förtydligande om listor med antidoter.

Kapitel 10. Nytt tillägg om arkiveringstid för åtgärdsplan kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

Kapitel 11. Förtydligande kring kassation av narkotikaklassade läkemedel

Kapitel 12. Uppdaterad länk till ny version av SU:s gashandbok  
Redaktionella ändringar.

## Syfte

Läkemedelshantering SU-övergripande är ett förvaltnings specifikt tillägg till [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#).

Rutinen ger också vägledning för vad som ska finnas lokalt beskrivet i enhetens/verksamhetens lokala läkemedelshanteringsrutin.

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

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

Läkemedelshanteringsrutiner på samtliga nivåer enligt ovan ska vara kända av all personal som hanterar läkemedel.

Som stöd för att upprätta lokal läkemedelshanteringsrutin finns framtagen [mall för lokal läkemedelshanteringsrutin och exempel på ifylld mall för lokal läkemedelshanteringsrutin](#).

Den lokala läkemedelshanteringsrutinen ska likt andra styrande dokument hanteras i [SOFIA STYR](#) och revideras minst vartannat år. Observera att många av de lokala tilläggen såsom ansvarsbeskrivningar, samt lista över generella direktiv om läkemedelsbehandling (GO) ska ses över och fastställas årligen.

## Kapitel 1. Ansvar, rutiner och behörigheter

Tillägg till regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 1 Ansvar, rutiner och behörigheter.

### Strategiskt läkemedelsarbete

På SU finns en funktionsansvarig läkare för läkemedelsfrågor från varje område. Dessa är medlemmar i det SU-övergripande Strategiska rådet för läkemedelsfrågor och leder läkemedelsgrupper på områdesnivå. I områdesgrupper deltar läkare med läkemedelsansvar från berörda verksamhetsområden. Vårdenhetsöverläkare eller annan läkare har övergripande ansvar för läkemedel på vårdenhet. Arbetsfördelningen inom ett verksamhetsområde kan se olika ut inom olika verksamheter. Beskrivning av det SU-övergripande arbetet med läkemedelsfrågor finns

i rutinen: [Strategiskt läkemedelsarbete inom SU](#). I samma dokument finns också länkar till ansvarsbeskrivningar för funktionsansvarig läkare på områdesnivå och verksamhetsområdesnivå.

### **Ansvarsområden för läkemedelshantering**

Samtliga roller med läkemedelshanteringsansvar ska ha ansvarsbeskrivningar där ansvaret tydligt framgår. Som stöd finns regionalt framtagna mallar för ansvarsbeskrivningar på [Vårdgivarwebben](#). De kan anpassas efter enhetens behov.

Verksamhetschef ansvarar för att ansvarsbeskrivning för enhetschefer, vårdenhetschefer och läkemedelsansvarig läkare upprättas.

Vårdenhetschef ansvarar för att utse övriga roller och upprätta ansvarsbeskrivningar för dessa.

Ansvarsbeskrivningarna ska hållas ordnade av tilldelande chef och förvaras på enheten. De ska ses över årligen och revideras vid förändringar. Den årliga översynen ska dateras och signeras på originalet. Uppdragstagaren ska erhålla kopia.

### **Delegering av iordningställande, administrering och överlämnande**

Delegering	Att delegera betyder att behörig hälso- och sjukvårdspersonal ger någon annan personal rätt att göra 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. <a href="#">HSLF-FS 2017:37</a> eller ha fått en delegering enligt reglerna i 9 kap <a href="#">HSLF-FS 2017:37</a> . Att delegera innebär att någon som är formellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en annan person som saknar formell men har reell kompetens för uppgiften.
Överlämnande av läkemedel	Innebär att ett läkemedel som ska tillföras till en patient lämnas över till patienten själv eller till en tredje person som administrerar läkemedlet.

Alla delegeringar som avser läkemedelshantering ska vara skriftliga, personliga, tidsbegränsade (max 1 år i VGR) och gälla för en specifik verksamhet. Delegering får endast ske om det är förenligt med en god och säker vård och efter en individuell bedömning av mottagarens kompetens.

I enhetens lokala rutin ska framgå:

- i vilka situationer en delegering kan ske och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård
- vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att kunna utföra delegerad arbetsuppgift på ett patientsäkert sätt
- vilken behörig hälso- och sjukvårdspersonal som får delegera moment inom läkemedelshantering samt vilken kunskap delegerande person ska ha för uppdraget
- till vilken personalkategori en delegering kan ske
- vilka specifika uppgifter inom läkemedelshantering som är aktuella för delegering
- hur signering av läkemedelshantering säkerställs

Verksamhetschefen ansvarar för att utse person som utfärdar delegering utifrån ett uppdrag. Använd regional mall 20a: [Uppdrag att delegera moment inom läkemedelshantering](#). Verksamhetschefen ansvarar även för att den som tar emot en delegering tilldelas behörighet att signera delegerade moment i Melior. Kopia på mall 20b [Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering](#) skickas till su-epj.lakemedel@vgregion.se enligt: [Delegering av läkemedelsmoment för tilldelning av behörighet i Melior \(vgregion.se\)](#)

## Undantag

Det går inte att delegera en behörighet att dosjustera ett läkemedel eller att hantera läkemedel utifrån generella direktiv (generella ordinationer).

- Dosjustering av läkemedel  
Behörighet att dosjustera kan endast innehas av namngivna sjuksköterskor. Se mall 19a och 19b under [Regionala mallar och blanketter](#).
- Ordination av läkemedel enligt generella direktiv  
Endast läkare får ordinera läkemedel enligt generella direktiv. Ordinationen omfattar läkemedel som får ges av sjuksköterska efter behovsbedömning utan kontakt med läkare. Sjuksköterskan ska kontrollera att överkänslighet inte föreligger. Sjuksköterska dokumenterar ordinationen i läkemedelsjournalen. Ansvarig läkare informeras. Generella direktiv om läkemedelsbehandling ska utfärdas restriktivt och omprövas minst årligen. Se mall 7 [Generella direktiv](#)

[om läkemedelsbehandling](#) och kapitel 2 Ordination i Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen.

## **Dokumentation av iordningställande/överlämnande/administrering**

Alla moment ska signeras, dvs även iordningställande om det är annan person som iordningställer än den som överlämnar/administrerar. För mer information se kapitel 5 - Iordningställande och administrering/överlämnande i denna rutin. Om inte elektroniskt ordinationssystem används ska de personer som tar emot en delegering inom läkemedelshantering, dokumentera arbetsmomenten genom signering på ett ordinationsblad som ska skannas till journal.

### **Följande lokala tillägg ska finnas:**

- Ansvarsbeskrivning [läkemedelsansvarig läkare](#) (mall 2)
- Ansvarsbeskrivning [vårdenhetschef/enhetschef](#) (mall 3)
- Ansvarsbeskrivning [läkemedelsansvarig sjuksköterska](#) (mall 4) (eller motsvarande)
- Ansvarsbeskrivning för [kontrollansvarig narkotika](#) (mall 5) (i förekommande fall)
- Ansvarsbeskrivning för [gasansvarig \(medicinsk gas på flaska\)](#) (mall 13) (i förekommande fall)
- Ansvarsbeskrivning för kontroll av akutvagn, akutväska eller akutask på enheten (utgå från [läkemedelsansvarig sjuksköterska](#) (mall 4) och anpassa)
- Ansvarsbeskrivning för [avdelningsfarmaceut](#) och [klinisk farmaceut](#) (A49 och A50) (i förekommande fall)
- [Signaturlista](#) (mall 11)
- Beskrivning av delegering av läkemedelshantering samt signerade delegeringsbeslut [Uppdrag att delegera moment inom läkemedelshantering](#) (mall 20a) samt [Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering](#) (mall 20b) (i förekommande fall)

Vid förändringar som innebär byte av vårdenhetschef, läkemedelsansvarig sjuksköterska eller i förekommande fall vårdfarmaceut ska Sjukvårdsapoteket meddelas för uppdatering av kontaktlista. Det görs enklast via mejl till [sjukvardsapotek.vgrsu@vgregion.se](mailto:sjukvardsapotek.vgrsu@vgregion.se)

## Kapitel 2. Ordination

Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 2 Ordination.

### Generella direktiv om läkemedelsbehandling

Verksamhetschef ansvarar för generella direktiv om läkemedelsbehandling, och vem som utfärdar och fastställer dessa. Fastställd version av [Generella direktiv om läkemedelsbehandling](#) (mall 7) ska finnas undertecknad och daterad på enheten, så att datum för fastställande och ansvarig läkare kan verifieras.

För att överföra ändringar av generella ordinationer till Melior finns en blankett på [intranätet](#) under rubriken Ansökningar. Ifylld blankett i enlighet med fastställt original mejlas till:

[su-epj.lakemedel@vgregion.se](mailto:su-epj.lakemedel@vgregion.se).

Det är viktigt att i efterhand kontrollera att de generella direktiven är korrekt inskrivna i Melior.

### Utbytbara läkemedel/generika

För information om ordination av utbytbara läkemedel se [Läkemedelsmodul-Melior – Generikabyten](#).

### Muntliga ordinationer

Muntlig ordination får endast ske i akuta behandlingssituationer. Ordinationen ska så snart som möjligt dokumenteras genom att göra en ordination i journalsystemet i efterhand. Om ordinatören är förhindrad att själv göra detta, ska sjuksköterskan som mottar den muntliga ordinationen i stället göra det.

### Dokumentation av muntlig ordination i Melior

- Sjuksköterska öppnar vyn Läkemedelsordination, Ordinera läkemedel.
- Sök fram aktuellt läkemedel under namnsökning och välj ”sätt in”.
- Sök upp ansvarig läkare.
- Om den nya ordinationen interagerar med patientens tidigare inskrivna läkemedel kommer en varningsruta upp. Detta sker även om andra konfliktvarningar är inlagda i historik för detta läkemedel till exempel tidigare överkänsligheter. Vid C eller D interaktion eller om konfliktvarning är inlagd för läkemedlet skall

information om detta vidarebefordras till ansvarig läkare som får ta ställning innan läkemedlet sätts in.

- Skriv in ordinationsorsak samt administreringsätt och dosenhet (ofta förvalt).
- Ange dosering och välj om möjligt tillfällig ordination (tf) längst ner i rullgardinen. Tillfällig ordination rekommenderas då denna ordinationstyp sätts ut automatiskt dagen efter vilket minimerar risken för att ordinationen av misstag pilas vidare.
- Skriv i anvisningsrutan att det är en muntlig ordination och välj OK.
- Om tillfällig ordination har valts som dosering kommer man till rutan – ”Lägg till utdelningsfälle”. Välj aktuellt klockslag och dos och sedan OK.
- Ordinationen är klar. Gå in i utdelningslistan för att signera för utdelning när angiven dos är administrerad till patienten.

## Utvärdering/avslut av läkemedelsbehandling

Den som ordinerar ett läkemedel är skyldig att ange när behandlingen skall utvärderas eller avslutas. Detta kan dokumenteras i anvisningsrutan i läkemedelsmodulen i Melior, i Vård- och läkemedelsberättelse samt i epikris.

## Sjuksköterskas justering av läkemedelsdos

Även om en sjuksköterska inte har behörighet att ordinera läkemedel, får han eller hon justera dosen för vissa läkemedel om detta är motiverat med hänsyn till patientens mål- eller mätvärden. Av lokal rutin (använd [mall 19a](#)) ska framgå vilka läkemedel detta gäller, och vilka namngivna sjuksköterskor (använd [mall 19b](#)) som får utföra dosjustering samt vilken kompetens dessa ska ha.

## Följande lokala tillägg för ordination ska finnas:

- Vilka ordinationssystem/delar av system/moduler förutom Melior som används och för vilka typer av läkemedel
- Hur man kan utläsa att det finns ordinationer i flera system/delar av system/moduler
- [Ordination enligt generella direktiv](#) (mall 7) (i förekommande fall)
- Beskrivning av arbetsgång vid uppdatering av generella direktiv om läkemedelsbehandling samt inläsning till Melior

- Generellt direktiv för ordination av vaccin till vårdpersonal (mall 7) samt förteckning över vilka som har behörighet att vaccinera (i förekommande fall)
- [Lokal rutin för vilka läkemedel sjuksköterska får dosjustera](#) (mall 19a) (i förekommande fall)
- [Personligt uppdrag att dosjustera läkemedel](#) (mall 19b) (i förekommande fall)

## Kapitel 3. Beställning av läkemedel

Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 3 Beställning.

- Läkemedel och vätskevagn beställs via beställnings- och lagerhanteringssystemet Hamlet.
- Licensläkemedel från RGL som inte finns i Hamlet beställs via fax, använd Blankett C [Faxbeställning av licensläkemedel från RGL](#)
- Extemporeläkemedel (inklusive licensläkemedel som tillverkas extempore) beställs från [Extemporetillverkning SU/Östra](#)
- Cytostatika beställs i första hand via [Cytobase](#), i andra hand via fax till lokal Extemporetillverkning
- Varor som inte klassas som läkemedel beställs i Marknadsplatsen.

Kopia på aktuell lista över sortimentet av läkemedel i PNL samt enhetens kundnummer ska finnas utskriven om reservrutin behöver användas, ex vid driftstörningar i Hamlet. Sortimentslistan ska vara fastställd av läkemedelsansvarig läkare eller motsvarande. Se Reservrutin beställning av läkemedel ([Regional rutin för läkemedelshantering i VGR](#) kap 3.9).

Vid kommentarer eller önskemål om sortimentet i VNL skickas en förfrågan till Sjukvårdsapotekets funktionsbrevlåda [sjukvardsapotek.vgrsu@vgregion.se](mailto:sjukvardsapotek.vgrsu@vgregion.se).

För information om leveransmottagande och eventuella avvikelser rörande leveranser av läkemedel, se kapitel 3.4.3 och 3.4.4 i Regional rutin för läkemedelshantering i VGR.

### Följande lokala tillägg för beställning av läkemedel ska finnas:

- Lista över [behöriga beställare av läkemedel](#) (mall 12)
- Fastställd lista över sortimentet i PNL

- Fastställd lista över sortimentet i vätskevagn (i förekommande fall)
- Uppgifter om enhetens beställningsdag/-ar och kundnummer hos RGL
- Kundnummer hos Extemporetillverkning
- Beskrivning över mottagande, uppackning och inleverans i Hamlet och säker förvaring fram till uppackning av levererade läkemedel
- Signerad överenskommelse för PNL-service, farmaceut på vårdavdelning, vätskevagn eller Slutenvårdsdos (i förekommande fall)

## Kapitel 4. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd.

Läkemedel i PNL ska vara sorterade i ATC-kodsordning. För mer information se [Läkemedelsförråd i ATC-ordning](#)

Inför varje sommar ska åtgärder vidtas för att undvika temperaturer över 25 °C i läkemedelsförrådet.

För hantering vid temperaturavvikelser, se kapitel 4.3.3 i Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen.

För hantering och skötsel av akutväskor och akutvagnar se [Information om SUs akutväskor](#).

För hantering av patienters privat medhavda läkemedel se kapitel 4.4 Patientens privata läkemedel i Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen samt [Kvittens för omhändertagande av patientens privata läkemedel](#) (mall 21).

För information kring hantering av nycklar, kortläsare, larm och kort se [Säkerhetshandboken](#).

### Följande lokala tillägg angående läkemedelsförråd ska finnas:

- Arbetssätt för hur hållbarhets- och temperaturkontroll, städning och dokumentation utförs, se [Skötsel av läkemedelsförråd med dokumentationsblanketter för temperatur och hållbarhet respektive städning](#) (mall 9)

- [Läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd](#) (mall 8) (i förekommande fall)
- Beskrivning av arbetsätt som säkerställer att indragningar åtgärdas och hur dessa dokumenteras och arkiveras
- Komplettering vid behov till förvaltningsövergripande rutin, hantering och inventering av nycklar/kod/kort till läkemedelsförrådet samt åtgärd vid förlust av nyckel/kod/kort
- Komplettering vid behov till [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#) med beskrivning av hur patienters privata läkemedel tas om hand och hur kvarglömda läkemedel hanteras, se [Kvittens för omhändertagande av patientens privata läkemedel](#) (mall 21)

## Kapitel 5. Iordningställande och administrering/överlämnande

Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 5 Iordningställande och administrering/överlämnande.

### Dokumentation

I de fall iordningställande och administrering/överlämnande utförs av olika personer ska förutsättningarna för detta beskrivas i lokal rutin. Den som haft ansvaret för respektive del ska kunna spåras.

Iordningställande dokumenteras i Melior, genom dialogrutan Iordningställande i utdelningslistan. Funktionen nås via knappen *Iordningställ*. Administrering dokumenteras med knappen *Sign*. För att dokumentera överlämning används knappen *Överlämna*, görs bland annat av farmaceut. För mer detaljer se [Användarhandbok Melior](#) och [Dokumentation av iordningställande och överlämnande av läkemedel utfört av farmaceut](#).

Om annan journalhandling än Meliors läkemedelsmodul används ska dokumentation av iordningställande respektive administrering/överlämnande som utförs av olika personer beskrivas i lokal rutin. Om dokumentation gör genom signering på ordinationsblad ska detta skannas till journal.

Observera att signering av administrering aldrig får ske innan läkemedlet har givits. Vid avslutat arbetspass ska ansvarig kontrollera att samtliga läkemedel är utdelade och signerade.

Dokumentation av batchnummer för biologiska läkemedel görs i rutan för utdelningskommentar i Meliors läkemedelsmodul.

### **Iordningställande av läkemedel med arbetsmiljörisker**

Se kapitel 5.6 Hantering av arbetsmiljöfarliga läkemedel i [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#).

Utbildningen [Antibiotikahantering](#) i Lärportalen med instruerande filmer beskriver bland annat hur antibiotika ska iordningställas.

För enheter som beslutat att själva iordningställa pulver/granulat till oral suspension till exempel antibiotikamixturer ska rutin [Iordningställande av orala mixturer på vårdenhet på sjukhus](#) följas.

Vid iordningställande av injektions/infusionsläkemedel inklusive läkemedel med risk för överkänslighet, ska hygien- och arbetsinstruktioner vara kända och finnas utskrivna bredvid arbetsplatsen. Använd 5.8.4 Hygien- och arbetsinstruktioner [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#) (utskriftsvänlig version finns). För läkemedel som bedömts utgöra en större arbetsmiljörisk såsom cytostatika krävs ytterligare skyddsföreskrifter. Se även kapitel 8 och rutin [Hantering av cytostatika och cytotoxiska läkemedel](#).

För att identifiera högriskläkemedel och riskmoment ska en lokal riskanalys av alla läkemedelsformer utföras på varje enskild vårdenhet. Detta enligt krav i Europarådets resolution, så kallad ”Best Practice för iordningställande av läkemedel”. Använd [Riskanalys enligt best practice iordningställande](#) (mall 6). Framtagna riskanalyser för högriskläkemedel respektive riskmoment ska finnas tillgängliga för all personal.

### **Märkning**

Läkemedel som inte administreras eller överlämnas i anslutning till iordningställande ska märkas med patientens personnummer, läkemedelsnamn, styrka och tidpunkt för iordningställande samt signeras av den som iordningställt. Märkningen skall också inkludera tidpunkt när läkemedlet skall administreras/överlämnas.

I vissa fall kan patientens personnummer och tidpunkt för administrering/överlämnande utelämnas i märkningen. Förutsättningarna för detta ska i så fall beskrivas i lokal rutin.

### **Utbytbarhet**

För information om utbytbara läkemedel och dokumentation vid utbyte, se 5.12 Utbyte till generika/synonyma läkemedel [Regional rutin för](#)

[läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#). I förekommande fall kan lokal rutin för utbyte finnas. Använd då [Hantering av utbytbara läkemedel till patient](#) (mall 15).

### **Kontroll av kontinuerlig infusion**

Vid kontinuerlig infusion av läkemedel ska kontroll av infusionen enligt kapitel 5.2 i [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#) göras återkommande och vid varje tillfälle som ansvaret för administreringen övergår från en behörig personal till nästa. Kontrollen ska dokumenteras med tidpunkt och vem som gjort kontrollen. I Melior ska detta dokumenteras i utvärderingsrutan.

### **Läkemedesöverkänslighet och biverkningar**

All läkemedelsöverkänslighet ska registreras i patientjournalen och biverkningar rapporteras till Läkemedelsverket eller via tjänsten biverkningsombud genom en anteckning i Melior under rubrik Biverkningsrapport läkemedel. För mer information, se [Biverkningsrapportering](#).

### **Antidoter**

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har sammanställt en [lista över antidoter](#) som hittas på intranätet under [Akutläkemedel](#). Listan finns i två versioner, en sorterad på preparatnamn och en per substans. I listorna framgår även var de olika antidoterna finns inom sjukhuset.

### **Enheter med slutenvårdsdos**

Se rutin [Slutenvårdsdos för vårdenhet](#).

Vid iordningsställande på vårdenhet görs komplettering med de läkemedel som inte kommer i dospåsar, enligt ordination i patientjournal. Varje dospåse är försedd med namn och personnummer varför den ska hanteras som sekretessavfall och kasseras i kärl för läkemedelsavfall.

Vid utebliven/försenad leverans av slutenvårdsdos se [Vårdenhets reservrutin vid utebliven/försenad leverans av slutenvårdsdos](#)

### **Följande lokala tillägg för iordningställande och administrering/överlämnande ska finnas:**

- Arbetsinstruktion för beredning av injektions/infusionsläkemedel ska finnas tillgänglig vid arbetsplatsen

- [Arbetsinstruktion vid iordningställande av läkemedel för injektion och infusion](#) (se kapitel 5.8.4 Regional läkemedelshanteringsrutin)
- Annan arbetsinstruktion (i förekommande fall)
- Vilka fastställda spädningslistor utöver [Regional rutin för spädning av intravenösa läkemedel vuxna VGR](#) och [ePed](#) som gäller på enheten (i förekommande fall)
- Lokalt tillägg till regional rutin, kapitel 5.12 Utbyte till generika/synonyma läkemedel [Hantering av utbytbara läkemedel till patient](#) (mall 15) (i förekommande fall)
- Under vilka förutsättningar olika personer får iordningställa respektive administrera/överlämna.
- Under vilka förutsättningar läkemedel får iordningställas i förväg utan att märkas med patientidentitet och tidpunkt för administrering (i förekommande fall)
- Beskrivning för hur dospåsar inklusive eventuella meddelanden ska hanteras och förvaras inför utdelning (i förekommande fall)
- Signerad överenskommelse enligt [Läkemedelsöverlämning av farmaceut](#) (i förekommande fall)
- Framtagna riskanalyser för högriskläkemedel respektive riskmoment, se [Riskanalys enligt best practice iordningställande](#) (mall 6)
- Om annan journalhandling än Meliors läkemedelsmodul används ska följande lokala tillägg finnas:
  - Beskrivning av dokumentation av iordningställande respektive administrering/överlämnande i de fall olika personer utför momenten (i förekommande fall)
  - Beskrivning för hur batchnummer för biologiska läkemedel ska dokumenteras (i förekommande fall)
  - Beskrivning för hur kontroll av pågående infusion dokumenteras (i förekommande fall)

## Kapitel 6. Administrering/överlämnande

Kapitel 6 Administrering / överlämnande är sammanslaget med kapitel 5 från och med 2024-06-01.

## Kapitel 7. Utskrivning från sjukhus och överföring mellan olika vårdformer

Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 7 Utskrivning från sjukhus och överföring mellan olika vårdformer.

Vid överföring av patient **mellan enheter** ska ansvarig läkare se till att Aktuella ordinationer är uppdaterade i Melior och att förändringar i läkemedelslistan inklusive planer för utvärdering av dessa antecknas i journalen.

**Vid utskrivning från** sjukhuset ska alla ordinationshandlingar stämma överens (Ordinationsöversikt, Aktuella ordinationer och Pascal om patienten har öppenvårdsdos). Observera följande om patienten har öppenvårdsdos: Samtliga läkemedel som förskrivs via Pascal ska finnas i Aktuella ordinationer i Melior.

Förskrivningar samlade i [Nationella läkemedelslistan](#) (NLL) ska kontrolleras mot Aktuella ordinationer. De ska vara aktuella. Avsluta /makulera inaktuella recept.

Följande ska lämnas till patienten när denne/ denna **lämnar sjukhuset**:

- Vård- och läkemedelsberättelse
- Läkemedelslista från Melior
- Om patienten har öppenvårdsdos ska i stället receptutskrift Pascal skickas med.

Vid behov av recept ska detta täcka behovet för tre månader oavsett om förskrivning sker via recept eller om patienten har öppenvårdsdos för att säkerställa tillgång till läkemedel tills primärvården övertar ansvaret.

För detaljerad information, se:

[Läkemedelshantering vid utskrivning från slutenvård](#)  
[Läkemedelsgenomgång och Vård- och läkemedelsberättelse.](#)

**Följande lokala tillägg ska finnas:**

- Överlämningsrutin vid förflyttning av patient mellan vårdenheter

## Kapitel 8. Arbetsmiljöaspekter

Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 8 Arbetsmiljöaspekter.

Arbetsmiljöverket definierar ämnen som kan innebära risker vid ovarsam, felaktig eller bristfällig hantering (AFS 2011:19 och AFS 2005:5).

Före hantering av läkemedel med arbetsmiljörisker ska riskbedömning göras.

Bedömningen ska ligga till grund för eventuella riskreducerande åtgärder exempelvis att använda eller ta fram hanterings- och skyddsinstruktioner. Dessa instruktioner ska vara kända för all personal som hanterar läkemedlen. Som stöd vid riskbedömning och utformning av åtgärdsplan finns [Lokal riskbedömning och åtgärdsplan av läkemedel med arbetsmiljörisk](#) (mall 10). Mer information finns på intranätet: [Hantera läkemedel med arbetsmiljörisk - cytostatika m fl.](#) Se även [bilaga 3 i AFS 2005:5](#) för exempel på läkemedel som medför risk för uppkomst av överkänslighet.

Exempel på övergripande skyddsinstruktioner som kan användas på enheten:

- [Arbetsinstruktion vid iordningställande av sterila läkemedel](#) (inklusive läkemedel med risk för överkänslighet)
- [Iordningsställande av orala mixturer på vårdenheter på sjukhus](#)
- [Hantering av cytostatika och cytotoxiska läkemedel.](#)

**Kemiska produkter** som kan innebära risker ur hälso- och miljösynpunkt ska årligen redovisas av verksamheten (AFS 2011:19). I [Kemikaliehanteringsrutin](#) för SU anges vad som ska registreras. I KLARA kemikaliehanteringssystem finns även säkerhetsdatablad för dessa kemikalier.

**Följande lokala tillägg angående arbetsmiljöaspekter ska finnas:**

- Redovisning av kemiska produkter i KLARA (se ovan)
- Beskrivning över hur personal får kännedom om vilka läkemedel som behöver hanteras enligt skyddsinstruktion
- [Framtagna riskbedömningar och skyddsinstruktioner för läkemedel med arbetsmiljörisk](#) (mall 10)

## Kapitel 9. Miljöaspekter och läkemedelsavfall

Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 9 Miljöaspekter och läkemedelsavfall.

Hantering av läkemedelsavfall följer regional rutin för kassation av läkemedel. Läkemedelsavfall ska förvaras oåtkomligt för obehöriga. Dock kan kärl för kassation av läkemedel som varit ute hos patient, till exempel avslutade infusioner placeras i sköljrum.

Förslutna kärl med avfall ska placeras i särskilda miljörum. Internlogistik ansvarar för att föra dessa kärl till miljöstation på godsmottagning där avhämtning till förbränningsstation sker. Avfallet måste vara korrekt märkt med innehållet överstämmande mot etikett. Avfallet får annars inte transporteras på offentliga vägar då ett korrekt omhändertagande av godset bygger på att chauffören känner till vad godset innehåller.

För mer information se:

- [Regiongemensamma regler om transport av farligt gods/avfall i Västra Götalandsregionen](#)
- [Sorteringsguide för läkemedelsavfall.](#)

*Lokala tillägg behövs inte.*

## Kapitel 10. Kvalitetssäkring

Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 10 Kvalitetssäkring.

[Kvalitetsgranskning](#) av läkemedelshantering sker vartannat år genom en webbaserad enkät som skickas från Sjukvårdsapotek VGR SU till vårdenhetschef på berörda enheter. Frågorna ska besvaras i samråd med andra, exempelvis läkemedelsansvarig sjuksköterska, vårdenhetsöverläkare och i förekommande fall vårdfarmaceut. Det är obligatoriskt att genomföra kvalitetsgranskningen och verksamhetschef eller motsvarande ansvarar för att enkäten besvaras. Svarsjournalen sparas digitalt på enheten i 5 år enligt [Informationshanteringsplaner \(IHP\)](#) för SU.

Resultaten presenteras för verksamheten av företrädare för Sjukvårdsapotek VGR SU. Verksamhetschefen ansvarar för att, om brister identifierats, initiera åtgärder i en åtgärdsplan och följa upp dessa. [Åtgärdsplan kvalitetsgranskning av läkemedelshantering](#) (mall 14) kan användas. Åtgärdsplan arkiveras i 3 år. Sjukvårdsapotek VGR SU och i förekommande fall enhetens vårdfarmaceut kan bistå i arbetet.

Kvalitetssäkring baserat på de läkemedelsrelaterade avvikelser som registrerats i MedControl PRO ska göras minst en gång per år och dokumenteras. Om farmaceut finns på avdelningen bör denna inkluderas i arbetet. Om brister i ordination och läkemedelshantering föreligger ska riskanalyser göras för att identifiera och åtgärda bristerna genom fastställande och uppföljning av en handlingsplan.

Flera nätbaserade utbildningar i läkemedelshantering finns tillgängliga på Lärportalen. Se [Utbildningar och forskning om läkemedel](#).

Som stöd vid introduktion av nyanställda sjuksköterskor och läkare finns regionala introduktionschecklistor i läkemedelshantering:

[Introduktionschecklista för sjuksköterskor angående läkemedelshantering på sjukhus](#) (mall 16)

[Introduktionschecklista för läkare angående läkemedelshantering på sjukhus](#) (mall 17)

## Följande lokala tillägg ska finnas:

- Var åtgärdsplan efter kvalitetsgranskning förvaras

## Kapitel 11. Narkotikaklassade läkemedel

Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 11 Narkotikaklassade läkemedel.

För information om förvaring av narkotikaklassade läkemedel i PNL samt vid överenskommelse om att använda patients privata narkotikaklassade läkemedel, se kapitel 11.5 i Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen.

## Förbrukningsjournaler

All tillförsel/förbrukning/kassation och av narkotikaklassade läkemedel ska noteras i särskild förbrukningsjournal för narkotika. Detta gäller även för narkotikaklassade läkemedel som hämtats från VNL. De ska journalföras i separat förbrukningsjournalshäfte alternativt bilaga 1 Förbrukningsjournal för narkotika.

Hämtning av narkotikaklassade läkemedel från annan enhet ska undvikas i möjligaste mån. Läkemedel i VNL ska användas i första hand. Om narkotikaklassade läkemedel måste hämtas från annat PNL följ instruktion i kapitel 11.8.3 i Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen.

Förbrukningsjournaler ska sparas i **15 år**. Fulltecknade eller avslutade journaler arkiveras i skydd mot brand-, vatten- och stöld. Om dessa förutsättningar inte kan uppnås på verksamheten så kan förbrukningsjournalerna packas i arkivkartonger och skickas till Arkiv och informationsstruktur efter överenskommelse. Se [Leveranser - Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#) för mer information.

## Kassation

Vid kassation av narkotikaklassade läkemedel ska dessa avidentifieras (dvs det ska inte gå att se att det är narkotika) och blandas med andra kasserade läkemedel för att minska risken för stöld. Kassation av narkotikaklassade läkemedel ska dokumenteras och dubbelsigneras. Om den kasserade mängden är mindre än en enhet (ampull, suppositorium, tablett) behöver kasserad mängd inte dubbelsigneras.

Kassation av eventuell dosdispenserad narkotika från Slutenvårdsdos ska journalföras. Använd en separat förbrukningsjournal eller använd bilaga 2 i [Kassationslogg för dosdispenserad narkotika från Slutenvårdsdos](#). Dokumentera datum för kassation, patient-id, kasserat läkemedel och mängd, datum på kasserad dospåse samt dubbelsignera.

## Inventering och kontroll

Inventering av lagret ska göras minst en gång per månad.

Kontrollansvarig narkotika får inte vara densamma som ansvarar för förvaring och beställning av läkemedel till enheten.

Enheten ska ha en plan för hur kontrollerna av narkotika ska utföras. Tillförsel av narkotika från RGL, Extemporetillverkning och VNL ska dokumenteras och kontrolleras. Rimlighetsbedömning av förbrukning och uppföljning av avvikelser ska göras. Dessutom ska stickprov mot patientjournal utföras. För detaljer och verktyg, använd [Kontrollplan narkotika](#) (mall 22).

Ansvarsfördelningen ska framgå av mall 3 Ansvarsbeskrivning enhetschef och mall 5 Kontrollansvarig narkotika (i förekommande fall).

Även enheter som normalt inte hanterar narkotikaklassade läkemedel behöver kontrollera att uttag från VNL inte gjorts av person som jobbar på annan enhet.

Vid misstanke om svinn bör följande åtgärder vidtas:

- Dubbelkontrollera förbrukningsjournal om något missats att journalföras (gå t ex igenom PNL-rapport från Hamlet, förvaring på sal eller läkemedelsvagn)
- Jämför uttag mot patientjournal
- Jämför uttag i VNL (inlagrat i Hamlet). För information om specifik patient kontakta Läkemedelsservice.
- Tätare narkotikakontroller
- Svinn ska rapporteras i avvikelssystemet MedControl Pro och anmälas till verksamhetschefen.
- Konsultera personal- och säkerhetsavdelning. Se rutin [Läkemedelsstöder](#)

Följande lokala tillägg ska finnas:

- Rutin för journalföring av narkotikaklassade läkemedel hämtade från VNL
- Beskrivning av hur narkotika journalförs (minsta möjliga mängd) vid uttag från PNL till läkemedelsvagn (i förekommande fall)
- Beskrivning av hur och var narkotikaklassade läkemedel får förvaras utanför läkemedelsförråd exempelvis läkemedelsvagn, se [Läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd](#) (mall 8)
- Eventuella övriga läkemedel som ska journalföras (ej narkotikaklassade), och i så fall vilka
- En plan för hur kontroll av narkotika ska utföras, se [Kontrollplan narkotika](#)(mall 22)
- Komplettering vid behov till [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#) med beskrivning av hur patienters privata läkemedel tas om hand och hur kvarglömda läkemedel hanteras, se [Kvittens för omhändertagande av patientens privata läkemedel](#) (mall 21)

## Kapitel 12. Medicinska gaser

Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 12 Medicinska gaser.

I [SUs gashandbok](#) finns beskrivet hur beställning av medicinska gasflaskor görs.

Vårdenheter som hanterar medicinsk gas på flaska ska ha en gasansvarig, se mall 13 [Ansvarsbeskrivning gasansvarig \(medicinsk gas på flaska\)](#).

Följande lokala tillägg ska finnas (i förekommande fall):

- Särskild förteckning över var gasflaskor förvaras. [Förvaring och kontroll av medicinska gasflaskor](#) (mall 18) alternativt [Läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd](#) (mall 8)

## Kapitel 13. Licensläkemedel

Tillägg till Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen, kapitel 13 Licensläkemedel.

Följande lokala tillägg ska finnas (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.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Sjukvårdsapotek VGR SU ansvarar för uppföljning/revision.

Revisionsansvarig:

Zeinab Omar Abdulkadir, Apotekare, Läkemedelsservice

Malin Gårlin, sektionsledare, Vårdfarmaci

## Granskning genomförs av

Thomas Brezicka, chefläkare

Johan Sandelin, chefläkare

Jessica Schiött, chefsjuksköterska

Sabina Kocak, receptarie, Vårdfarmaci

## Relaterad information

[Rutin Läkemedelsmodul-Melior \(vgregion.se\)](#)

[Läkemedel – Melior Sahlgrenska Universitetssjukhuset \(vgregion.se\)](#)

[Användarhandbok Melior](#)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

[Mall för lokal läkemedelshanteringsrutin](#)

[Exempel ifylld mall lokal läkemedelshanteringsrutin](#)



# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje verkställighet

**Gäller för:** Sahlgrenska Universitetssjukhuset

**Innehållsansvar:** Zeinab Omar Abdulkadir, (zeiom1), Apotekare

**Granskad av:** Ulrika Nimblad, (ulrni18), Apotekare

**Godkänd av:** Peter Amundin, (petam1), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9790-1368942477-30

**Version:** 36.0

**Giltig från:** 2026-06-18

**Giltig till:** 2028-06-18