

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Innehållsansvar: Angelika Foss, (angfo3), Apotekare
Granskad av: Angelika Foss, (angfo3), Apotekare
Godkänd av: Peter Amundin, (petam1), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-06-20

Giltig till: 2026-06-20

Läkemedelshantering SU-övergripande

Revideringar i denna version:

Kapitel 1, förtydligat syftet, om strategiskt läkemedelsarbete och ansvarsområden för läkemedelshantering. Nytt tillägg angående ansvarig för akutväska/vagn.

Kapitel 3. Tillägg om avvikelserapportering via AM. Nytt lokalt tillägg: Kundnummer hos Extemporetillverkning. Förtydligande om inleverans.

Kapitel 4. Förtydligat i lokalt tillägg angående skötsel av läkemedelsförråd. Tagit bort hänvisning till Säkerhetshandboken.

Kapitel 5 och 6 omarbetade och hopslagna. Här framgår nu rutin för dokumentation av iordningställande respektive administrering /överlämnande i Melior i de fall detta utförs av olika personer. Ny beskrivning av kontroll av kontinuerlig infusion. Lokalt tillägg angående lokal lista för utbytbara läkemedel (i förekommande fall).

Kapitel 7: Förtydliganden gjorda.

Kapitel 8: Förtydliganden gjorda. Nytt tillägg att det ska framgå vilka läkemedel som behöver hanteras enligt skyddsinstruktion.

Kapitel 10. Nytt stycke om kvalitetssäkring utifrån läkemedelsrelaterade avvikelser.

Kapitel 11. Tillagd information om arkivering av förbrukningsjournaler. Nytt tillägg angående patienters privata narkotikaklassade läkemedel.

Bilaga 2 Kassationslogg för dosdispenserad narkotika från Slutenvårdsdos flyttad till rutin Slutenvårdsdos för vårdenhet.

Kapitel 13: Tillägg att enheten ska beskriva ansvarsfördelning gällande licensmotiveringar och licenser.

Syfte

Läkemedelshantering SU-övergripande är en förvaltningsspecifik komplettering till [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#). Rutinen ger också vägledning för vad som ska finnas lokalt beskrivet i enhetens/verksamhetens lokala läkemedelshanteringsrutin.

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

En rekommendation är att den lokala läkemedelshanteringsrutinen, liksom andra styrande dokument ska hanteras i SOFIA STY och revideras minst vartannat år. Observera att vissa lokala tillägg behöver ses över och fastställas varje år. Rutinen ska vara känd av all personal som hanterar läkemedel.

Kapitel 1. Ansvar

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 med ansvarsbeskrivningar](#). I samma dokument finns också 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 ansvarsbeskrivningarna 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 årlig översynen ska dateras och signeras på originalet. Uppdragstagaren ska erhålla kopia.

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 akutvagn/-väske/-askansvarig 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)

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

Kapitel 2. Ordination

För information se

- [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#) - kapitel 2 Ordination
- [Läkemedelsmodul-Melior](#) - Generikabyten

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 föra över ändringar av generella ordinationer till Melior fyller man i en blankett på [intranätet](#) under rubriken Ansökningar. När den är ifylld i enlighet med fastställt original mejlas ansökan till: 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](#)
- [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#) - kapitel 2 Ordination

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 namnsök 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 t.ex. 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 automatisk 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 valt 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 ska framgå vilka läkemedel detta gäller, och vilka namngivna sjuksköterskor som får utföra dosjustering samt vilken kompetens dessa ska ha. Se rutin och mallar: [Läkemedel – behörighet för sjuksköterska att dosjustera](#).

Följande lokala tillägg för ordination ska finnas:

- Vilka ordinationssystem, förutom Melior som används
- Var man hittar ordinationssystem som inte är en del av Melior (i förekommande fall)
- Vilka ordinationssystem som används för vilka typer av läkemedel
- Ordinationssystemens inbördes relation (vilket system som är basystem och hur man i det kan utläsa att det finns fler ordinationer).
- [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 att vaccinera vårdpersonal mot säsongsinfluensa (se SU-rutin [Influensavaccinering av vårdpersonal inom SU](#)) (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

- Läkemedel och vätskevagn (vPNL) beställs oftast 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.

Utskriven aktuell lista över sortimentet av läkemedel i PNL samt enhetens kundnummer ska finnas tillgängliga om avbrott i Hamlet skulle uppstå. Listan ska vara fastställd av läkemedelsansvarig läkare eller motsvarande. Se även [Reservrutin beställning av läkemedel från RGL](#).

Vid kommentarer eller önskemål om sortimentet i VNL skickas en förfrågan till Läkemedelsförsörjnings funktionsbrevlåda sjukvardsapotek.vgrsu@vgregion.se.

För information om leveransmottagande och eventuella avvikelser rörande leveranser av läkemedel, se kapitel 3.4.3 och 3.4.4 [Regional rutin läkemedelshantering i VGR](#).

Personal anställda inom Sjukvårdsapotek VGR SU rapporterar leveransavvikelser orsakade av RGL via systemet AM.

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 vPNL (vätskevagn) (i förekommande fall)
- Uppgifter om enhetens beställningsdag/-ar och kundnumret hos RGL
- Kundnummer hos Extemporetillverkning

- Beskrivning över mottagande, uppackning och inleverans i Hamlet och säker förvaring fram till uppackning av levererade läkemedel
- Signerad överenskommelse (i förekommande fall) för PNL-service, Farmaceut på vårdavdelning, vPNL (vätskevagn), Slutenvårdsdos

Kapitel 4. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

Se kapitel 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#). För hantering vid temperaturavvikelser, kapitel 4.3.3.

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

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

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 mottagande och kassation av patientbundna läkemedel](#) (mall 21).

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 arbetssätt som säkerställer att indragningar åtgärdas och hur dessa dokumenteras och arkiveras

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 scannas 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 Iordningställande och administrering/överlämnande [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#).

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

För enheter som beslutat att själva iordningställa pulver/granulat till oral suspension t ex antibiotikamixturer ska rutin [Iordningställande av mixturer t ex antibiotika](#) 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 så som cytostatika krävs ytterligare skyddsföreskrifter. Se även kapitel 8 och rutin [Hantering av cytostatika och cytotoxiska läkemedel](#).

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 antiodoter](#) som finns under Akutläkemedel på intranätet. Här anges var de olika antiodoterna finns inom sjukhuset.

Enheter med slutenvårdsdos

Se [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 [Reservrutin för Slutenvårdsdos](#).

Delegering av iordningställande, administrering och överlämnande

Iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel får delegeras inom hälso- och sjukvården med undantag för ambulanssjukvården. Separat SU-övergripande rutin: [Delegering av läkemedelshantering – iordningställa, administrera och överlämna](#)

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

- Arbetsinstruktion för beredning av injektions/infusionsläkemedel ska finnas tillgänglig vid arbetsplatsen
 - Arbetsinstruktion vid tillredning av sterila läkemedel (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.
- Om annan journalhandling än Meliors läkemedelsmodul används: Beskrivning av dokumentation av iordningställande respektive administrering/överlämnande i de fall olika personer utför momenten (i förekommande fall)

- Under vilka förutsättningar läkemedel får iordningställas i förväg utan att märkas med patientidentitet och tidpunkt för administrering (i förekommande fall)
- Signerade delegeringsbeslut
[Uppdrag att delegera moment inom läkemedelshantering](#) (mall 20a samt [Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering](#) (mall 20b) enligt rutin [Delegering av läkemedelshantering – iordningställa, administrera och överlämna](#) (i förekommande fall)
- I Melior antecknas batchnummer för biologiska läkemedel i ruta för utdelningskommentar. Om annan journalhandling än Meliors läkemedelsmodul används, beskriv hur batchnummer ska antecknas
- I Melior dokumenteras utförd kontroll av pågående infusion i utvärderingsrutan. Om annan journalhandling än Meliors läkemedelsmodul används, ska rutin för dokumentation finnas (i förekommande fall)
- Hur dospåsar inklusive eventuella meddelanden ska hanteras och förvaras inför utdelning (i förekommande fall)
- Signerad överenskommelse enligt [Läkemedelsöverlämning av farmaceut](#) (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 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.

Föreskrivningar 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 alternativt Förteckning recept från Pascal om patienten har öppenvårdsdos.

(Om listan i Pascal inte omfattar samtliga läkemedel enligt Aktuella ordinationer ska patienten även ha en utskrift av den samlade läkemedelslistan från Melior vid utskrivning för sin fortsatta läkemedelsbehandling.)

Vid behov av recept ska detta täcka behovet för tre månader oavsett om föreskrivning 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

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 var 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). Information om arbetsmiljörisker tillhandahålls av läkemedelstillverkaren. Se även [bilaga 3 i AFS 2005:5](#). Mer information på intranätet: [Hantera läkemedel med arbetsmiljörisk - cytostatika m fl.](#)

Exempel på övergripande skyddsinstruktioner som kan användas på enheten:

- [Arbetsinstruktion vid iordningställande av sterila läkemedel](#) (inklusive läkemedel med risk för överkänslighet)
- [Iordningställande av mixturer t ex antibiotika](#)
- [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 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
- Vilka skyddsinstruktioner som gäller

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:

- [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#)
- [Regiongemensamma regler om farligt gods avfall](#)
- [Sorteringsguide för läkemedelsavfall.](#)

Lokala tillägg behövs inte.

Kapitel 10. Kvalitetssäkring

[Kvalitetsgranskning](#) av läkemedelshanteringen sker genom en webbaserad enkät som skickas från Sjukvårdsapotek VGR SU till vårdenhetschef. Frågorna ska besvaras i samråd med andra, exempelvis läkemedelsansvarig sjuksköterska, vårdenhetsöverläkare och i förekommande fall vårdfarmaceut. Det är obligatoriskt att genomföra kvalitetsgranskningen. Svarsjournalen sparas digitalt på enheten i 5 år enligt dokumenthanteringsplan 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. 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 [Intranätet](#).

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 svarsjournal över genomförd kvalitetsgranskning och åtgärdsplan förvaras.

Kapitel 11. Narkotikaklassade läkemedel

Förbrukningsjournaler

All tillförsel/förbrukning/kassation och eventuella lån 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.

Regional rutin för dokumentation i förbrukningsjournal ska följas om narkotikaklassade läkemedel måste hämtas från annan enhet. Läkemedel i VNL ska användas i första hand.

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

Dubbelsignering krävs vid 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 eventuella slutenvårdsdos-påsar med narkotika ska journalföras. Använd en separat förbrukningsjournal för detta eller använd [Kassationslogg för dosdispenserad narkotika från Slutenvårdsdos](#) (bilaga 2). Bokför läkemedelsnamn, patient-id, kasserad mängd, datum och dubbelsignera kassationen.

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.

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.

Enheten ska ha en plan för hur kontrollerna av narkotika ska 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 Läkemedelsförsörjning
- 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)
- Rutin för hur privata narkotikaklassade läkemedel förvaras och journalförs på vårdenheten. Se även [Kvittens för mottagande och kassation av patientbundna läkemedel](#) (mall 21)
- Hur och till vem avvikelser avseende narkotika rapporteras
- Eventuella övriga läkemedel som ska journalföras (ej narkotikaklassade), och i så fall vilka
- En plan för hur kontroll av narkotika ska utföras ([Kontrollplan narkotika](#), mall 22).

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 i kapitel 1.

För mer information se [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen.pdf \(vgregion.se\)](#).

Följande lokala tillägg ska finnas (i förekommande fall):

- [Förvaring och kontroll av medicinska gasflaskor \(mall 18\)](#)

Kapitel 13. Licensläkemedel

För hantering av licenser se regional rutin [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen.pdf \(vgregion.se\)](#).

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: Angelika Foss, apotekare Läkemedelsförsörjning, Malin Gårlin, tf enhetschef, Vårdfarmaci.

Granskning genomförs av

Thomas Brezicka, chefläkare

Johan Sandelin, chefläkare

Sabina Kocak, receptarie, Vårdfarmaci

Tomas Lundkvist, enhetschef Läkemedelsförsörjning

Relaterad information

[Läkemedelsöverlämning av farmaceut.pdf \(vgregion.se\)](#)

[Dokumentation av iordningsställande och överlämnande av läkemedel utfört av farmaceut.pdf \(vgregion.se\)](#)

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

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

[Checklista för lokal läkemedelshanteringsrutin](#)

[Exempel ifylld checklista lokal läkemedelshanteringsrutin](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Innehållsansvar: Angelika Foss, (angfo3), Apotekare

Granskad av: Angelika Foss, (angfo3), Apotekare

Godkänd av: Peter Amundin, (petam1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9790-1368942477-30

Version: 35.0

Giltig från: 2024-06-20

Giltig till: 2026-06-20