

Gäller för: Verksamhet Neurosjukvård

Giltig från: 2025-10-27

Innehållsansvar: Carina Meyer, (carjo92), Vårdenhetschef

Giltig till: 2027-10-24

Granskad av: Elisabeth Åkerlund, (eliak2), Sektionschef

Godkänd av: Åsa Lundgren Nilsson, (asalu3), Verksamhetschef

# Lokal Läkemedelshanteringsrutin Avd 623

## Bakgrund och syfte

Rutinen syftar till att säkerställa att läkemedelshantering på avdelning 623 sker enligt gällande författningar och i enlighet med regionala instruktioner och SU övergripande rutin. Denna rutin ska läsas tillsammans med regionala instruktioner och SU övergripande rutin.

## Kapitel 1. Ansvar

Ifyllda och signerade ansvarsbeskrivningar förvaras i pärmen “Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet på avd 623.

- Mall 2: Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig läkare
- Mall 3: Ansvarsbeskrivning vårdenhetschef/enhetschef
- Mall 4: Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig sjuksköterska
- Mall 5: Ansvarsbeskrivning narkotikaansvarig sjuksköterska
- Mall 13: Ansvarsbeskrivning gasansvarig (medicinsk gas på flaska)
- Mall 11: Signaturlista.

Mallar för ansvarsbeskrivning finns på Sharepoint och [Mallar och blanketter - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#).

Vid förändringar som innebär byte av vårdenhetschef eller läkemedelsansvarig sjuksköterska/-or ska Sjukhusapoteket meddelas för uppdatering av kontaktlista. Det görs enklast via mejl till: [Sjukhusapoteket.vgrsu@vgregion.se](mailto:Sjukhusapoteket.vgrsu@vgregion.se)

## Kapitel 2. Ordination

Utöver Melior, finns inga andra ordinationssystem.

### Generella ordinationer:

- Mall 7: Ordination enligt generella direktiv.

Läkemedel som får ges av sjuksköterska enligt "*Generella direktiv*" utformas av läkemedelsansvarig läkare och läkemedelsansvarig sjuksköterska på avdelningen.

Uppdatering av listan med ordinationer enligt generella direktiv i Melior görs enligt följande: Ansökan fylls i enligt fastställd lista, granskas av läkemedelsansvarig läkare och läkemedelsansvarig sjuksköterska och mejlas till Neurosjukvårdens systemadministratör för Melior. Revidering ska ske årligen. Fastställt original förvaras i pärmen "*Läkemedelshantering*" i läkemedelsrummet på avd 623. Om generella ordinationer ändras måste dokumentet uppdateras både i pärm och i SOFIA STYR. Kontakta Neurosjukvårdens systemadministratör för SOFIA STYR.

### **Muntlig ordination:**

Dokumentation av muntlig ordination görs i första hand av den som gett ordinationen av läkemedlet. Om han eller hon är förhindrad att dokumentera ska en sjuksköterska dokumentera ordinationen, i enlighet med rutin "*Läkemedelshantering SU-övergripande*".

**Dosjustering** (ej aktuellt)

## **Kapitel 3. Beställning av läkemedel**

- Mall 12: lista över behöriga beställare av läkemedel förvaras i pärmen "*Läkemedelshantering*" i läkemedelsrummet.
- Fastställd PNL-lista förvaras på anslagstavlan och i pärmen "*Läkemedelshantering*" i läkemedelsrummet på avd 623.
- Enhetens beställningsdagar är måndag och torsdag (stopptid 09:30, tilläggsbeställning fram till kl. 14.00. Snabbbeställning kan göras vardagar fram till kl.16.00). Akutbeställningar kan göras dygnet runt.
- Kundnummer hos RGL: 40004451501
- Mottagning av läkemedelsleverans görs på följande sätt: sjuksköterska tar emot leveransen, signerar och ställer genast in de levererade läkemedlen i läkemedelsrummet. Sjuksköterska packar upp och markerar vilka läkemedel som kommit på inleveransdokumenten. Läkemedelsansvarig sjuksköterska gör sedan inleverans så fort det är möjlig i Hamlet. Kylvaror prioriteras. Inlevererade narkotikaläkemedel dokumenteras och signeras i PNLs Narkotikapärm. Vid varje tillförsel görs en kontrollräkning av total mängd narkotika.
- Dosrullar från slutenvårdsdos: leverans sker vardagar mån-tors till avdelningen och sjuksköterska ska ta emot leveransen. Stopptid för slutenvårdsdos är kl. 12.30. Leverans sker senast kl. 18.30 och tidpunkt för första dos är kl. 20.00. Dosrullar förvaras i läkemedelsrummet. På torsdagar levereras slutenvårdsdos fram tills måndag.

## Kapitel 4. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

- Mall 9: Skötsel av läkemedelsförråd. Sjuksköterskor på enheten har ett gemensamt ansvar för att upprätthålla ordning i läkemedelsrummet.
- Mall 8: Läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd. Lista över läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd ska finnas i pärmen *“Läkemedelshantering”*
- Indragningar åtgärdas och signeras av läkemedelsansvarig sjuksköterska och VEC. VEC får mejl om indragningar och ansvarar för att dessa åtgärdas om inte läkemedelsansvarig sjuksköterska är på plats. VEC vidarebefordrar informationen till läkemedelsansvarig läkare och vid behov till samtliga sjuksköterskor. Signerad indragningsskrivelse sparas i 1 år och förvaras i pärmen *“Läkemedelshantering”* i läkemedelsrummet.
- Medicinska gaser kontrolleras av gasansvarig, mall 18 *“Förvaring och kontroll av medicinska gasflaskor”*. Beställningsansvarig för medicinsk gas är utsedd av VEC men även annan personal kan göra beställningar då beställningsansvarig ej är på plats. Dokumenterat underlag sparas i 2 år på enheten.
- Ansvarig för akutvagn är utsedd sjuksköterska på avdelningen. Samtliga sjuksköterskor har ett gemensamt ansvar för att kontrollera akutvagnen.

## Kapitel 5. Iordningställande

- Iordningställande får göras av legitimerad sjuksköterska. Iordningställandet ska vara dokumenteras och signerat i Melior med VGR-ID, datum och klockslag.
- Vid iordningställande av läkemedel vid utskrivning skrivs kommentar i fältet *“läkemedelshantering”* i slutanteckningar.
- Beredning av injektions/infusionsläkemedel samt tillredning av sterila läkemedel görs enligt *“Arbetsinstruktion vid tillredning av sterila läkemedel vid sjukvårdsinrättning: Regional läkemedelshanteringsrutin”*.
- Beredning av injektions/infusionsläkemedel görs enligt: SU-gemensam rutin. Aktuella spädningsscheman *“Spädning av intravenösa läkemedel till vuxna”* förvaras i pärmen *“spädning av intravenösa läkemedel”*. Information om blandbarhet av intravenösa läkemedel finns i [“Start - Blandbarhet \(vgregion.se\)”](http://www.vgregion.se).
- Märkning utan patientidentitet och administreringstidpunkt får endast göras under förutsättning att läkemedlet iordningställs under arbetsdagen för att användas till flera patienter, är märkt med läkemedelsnamn, tillsatser, datum, tid för iordningställande och signatur. Uppdraget läkemedel får sparas i tolv timmar.
- Utbyte till generika/synonyma läkemedel görs enligt Läkemedelsverkets utbytbarhetslista, FASS, regionala terapigrupperns bedömning eller enligt fastställande av vårdenhetsöverläkare i lokal läkemedelshanteringsrutin. Se *“Hantering av utbytbara läkemedel till patient (mall 15)”*. Dokumentation av utbyte görs av sjuksköterskan i Melior läkemedelsmodul i ruta för utdelningskommentar

- Beskrivning av dokumentation av iordningställandet (om olika personer iordningställer respektive administrerar, eller läkemedel iordningställs för att administreras vid senare tillfälle): Iordningställande dokumenteras i Melior genom dialogrutan Iordningställande i utdelningslistan. Funktionen nås via knappen Iordningställ. Administrering dokumenteras vid administreringstillfället i Melior.
- Batchnummer för biologiska läkemedel antecknas under utdelningskommentar i utdelningsvyn i Melior.

## Kapitel 6. Administrering och överlämnande

- I ordinationshandling ska det genom signering framgå vem eller vilka som ansvarar för iordningställandet och administrering/överlämnande av varje ordinerat läkemedel.
- Tidpunkt för iordningställande respektive administrering/överlämnande ska dokumenteras. Om tiden för administrering/överlämnande avviker mer än 30 minuter från angiven ordinationstid ska den faktiska tidpunkten skrivas in i ordinationshandlingen.
- Övertag av pågående infusion kontrolleras av ansvarig sjuksköterska varje arbetspass och dokumenteras i utvärderingsruta i Melior.
- Alla delegeringar som avser läkemedelshantering ska vara skriftliga, personliga, tidsbegränsade (högst ett år) och regelbundet följas upp av den som gett delegeringen.  
[a: Uppdrag att delegera moment inom läkemedelshantering \(Word\)](#)  
[b: Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering \(Word\)](#)
- Signerade delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering förvaras hos VEC.

## Kapitel 7. Överflyttningar mellan vårdenheter

- Vid omflyttning av patient mellan vårdenheter inom neurosjukvården följs rutin: *“Omflyttning och utskrivning av patient inom Neurosjukvården”*
- Vid överflyttning av patient från annat verksamhetsområde ska nytt vårdtillfälle öppnas i melior
- Rutin SU: *“Läkemedelshantering vid utskrivning från slutenvården”*

## Kapitel 8. Arbetsmiljöaspekter

- Kemiska produkter som kan innebära risker ur hälso-och miljösynpunkt ska årligen redovisas av verksamheten i KLARA (AFS 2011:19). I lathund för kemikaliervidering i KLARA anges vad som ska registreras. Ansvarig är kemikalieombud på avdelningen.
- Arbetsrutin för riskläkemedel:
  - Iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet sker enligt rutin [Iordningsställande av läkemedel med risk för överkänslighet \(vgregion.se\)](#)
  - Cytostatika – hantering av cytostatika inom verksamhet onkologi

- Läkemedel med arbetsmiljörisk – Överkänslighet (dokumentet är en sammanställning av läkemedel med publicerad skyddsinfo i FASS)

## Kapitel 9: Miljöaspekter

- Allt avfall sorteras i avsedd behållare som märks upp med etikett avsedd för avfallstypen. Guide för avfallssortering finns uppsatt i anslutning till uppmärkt plats för avfall.

## Kapitel 10 Kvalitetssäkring

- Utskriven genomförd kvalitetsgranskning förvaras: i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet på avd 623.
- Åtgärdsplan för avvikelser i kvalitetsgranskning (mall 14: Åtgärdsplan kvalitetsgranskning av läkemedelshantering) förvaras i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.

## Kapitel 11. Narkotikaklassade läkemedel

- Plan och kontroll av narkotikaläkemedel utförs enligt mall 22 och sparas i separat pärm i läkemedelsrummet
- Kontroll av narkotikaklassade läkemedel görs av utsedda sjuksköterskor minst en gång per månad
- Avvikelser avseende narkotika utreds och rapporteras till VEC. Svinn rapporteras i MedControl PRO.
- Narkotikaläkemedel räknas och dokumenteras vid varje uttag med datum, tillförd mängd och varifrån det kommer, uttagen mängd, behållning efter tillförelse/uttag, patientens personnummer och namn. Sjuksköterska signerar. Separat narkotikajournal finns på röd ssk-expedition i pärmen “narkotikajournal akutvagn” för de narkotikaklassade läkemedel som finns i akutvagnen.
- Lån av läkemedel från/till avdelningen dokumenteras på blankett i läkemedelsrummet (avdelning, vem lämnar/hämtar, läkemedelsnamn, beredningsform, styrka och antal). Hämtande sjuksköterska antecknar och journalför enhet, VGR-id, namn, åtta sista siffror på SITHS-kortet. Vid hämtning kontrolleras att aktuell patient har en pågående vårdkontakt.
- Kassation av narkotikaläkemedel dokumenteras i journal och sker i behållare för läkemedelsavfall, vid behov avidentifieras först. Kassation skall dubbelsigneras av sjuksköterskor. Kassation av narkotika från slutenvårdsdos journalförs “kassaktionslogg - narkotika slutenvårdsdos” och förvaras i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet. Datum, patient-id, läkemedelsnamn, kasserad mängd, datum på dos påse/dospåsar, dubbelsigneras.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- Introduktionsutbildning för nyanställda och fortbildning för personal om rutiner ska finnas. Signaturlista med namn och signatur för dem involverade i läkemedelshantering. Signumlistan förvaras i pärmen ”Läkemedelshantering”.

## Kapitel 12. Medicinska gaser

- Kontroll av medicinska gasflaskor (mall 18)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Neurosjukvård

**Innehållsansvar:** Carina Meyer, (carjo92), Vårdenhetschef

**Granskad av:** Elisabeth Åkerlund, (eliak2), Sektionschef

**Godkänd av:** Åsa Lundgren Nilsson, (asalu3), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9906-1676734750-153

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2025-10-27

**Giltig till:** 2027-10-24