Gäller för: Verksamhet Neurosjukvård
Innehållsansvar: Nadia Assadi, (nadas3), Receptarie
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Åsa Lundgren Nilsson, (asalu3), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-03-27
Giltig till: 2027-03-26

Lokal Läkemedelshanteringsrutin Avd 135

Bakgrund och syfte

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

Kapitel 1. Ansvar

Ifyllda och signerade ansvarsbeskrivningar förvaras i läkemedelspärm *”Lokal läkemedelshantering”* i läkemedelsrummet avd.135.

1. Mall 2 Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig läkare (PDF)
2. Mall 3 Ansvarsbeskrivning för vårdenhetschef och enhetschef (PDF)
3. Mall 4 Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig sjuksköterska (PDF)
4. Mall 5 Ansvarsbeskrivning för kontrollansvarig narkotika (PDF)
5. Mall 13 Ansvarsbeskrivning gasansvarig (medicinsk gas på flaska) (PDF)
6. Ansvarsbeskrivning för farmaceut på avdelningen
7. Mall 11Signaturlista (PDF)

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

Kapitel 2. Ordination

Ordinationssystem, förutom Melior, är dygnsjournal från IVA, och operationsblad från operation. Dessa ordinationshandlingar finns i E-arkiv Melior, laddas ner vid behov.

- Generella ordinationer
  Mall 7 Generella direktiv om läkemedelsbehandling (Word)
  Läkemedel som får ges av sjuksköterska enligt *”Generella direktiv”* utformas av vårdenhetsöverläkare på avdelningen. Uppdatering av generella direktiv i Melior görs genom att:
  Ansökan fylls i enligt fastställd lista, granskas av vårdenhetsöverläkare och mejlas till Neurosjukvårdens systemadministratör för Melior. Revidering ska ske årligen.
  Fastställd originallista Generella ordinationer förvaras i pärmen *”lokal*

läkemedelshantering", i läkemedelsrummet på avd.135, Generella ordinationer avdelning 135 NEU 02 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 aktuell)
- Influensavaccination av vårdpersonal sker enligt generellt direktiv om *"Influensavaccinering av vårdpersonal inom SU"*. Fastställt original förvaras i *"Vaccinationspärmen"* i läkemedelsrummet på avdelning 135. Vem som får vaccinera och dokumentera i "Mitt vaccin" bedöms enligt bedömningsunderlags-mall:

  Influensavaccinering av vårdpersonal inom SU

Kapitel 3. Beställning av läkemedel

- Lista över behöriga beställare av läkemedel förvaras i pärmen *"Lokal läkemedelshantering"* i läkemedelsrummet avd.135, Mall 12 Behöriga beställare läkemedel (PDF)
- Fastställd PNL-lista förvaras i tarifolden och i pärmen *"Lokal läkemedelshantering"* i läkemedelsrummet avd.135.
- Beställning av läkemedel görs i lagerhållningssystemet Hamlet, undantaget vissa licens- och APL-läkemedel som beställs via fax eller telefon. Beställningsblanketter och kontaktinformation finns i tarifolden samt i pärmen *"Lokal läkemedelshantering"* i läkemedelsrummet avd.135.
- Beställningsdagar är måndag och torsdag. Stopptid kl.09:30, tilläggsorder kl. 14:00. Snabb order kan beställas alla dagar fram till kl. 16:00. Akutorder kan göras dygnet runt.
- Kundnummer:
  RGL: 40 004 426 224
  APL: SA0502
  Apotek (kronansapotek): 98 03191
- Mottagning av läkemedelsleverans: receptarie eller sjuksköterska tar emot leverans och signerar. Levererade läkemedel ställs omgående in i läkemedelsrummet och packas upp av receptarie/sjuksköterska som gör inleverans i Hamlet. Kylvaror prioriteras. Inlevererade narkotikaläkemedel dokumenteras och signeras i PNL Narkotikapärm. Vid varje tillförsel görs en kontrollräkning av total mängd narkotika.
- Dosrullar från slutenvårdsdos: Leverans sker vardagar till avsett skåp som kan låsas upp av sjuksköterska genom SITHS-kort och personlig kod. Stopptiden för slutenvårdsdos är kl.13:00. Sjuksköterska levererar sedan ut respektive dosrulle till

läkemedesvagn i aktuell modul på avdelningen. Kvittenslistan signeras vid mottagning av dosrullar och sparas i pärmen *”Slutenvårdsdos”* under minst i ett år.

Kapitel 4. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

- Receptarie tillsammans med sjuksköterskor på enheten har ett gemensamt ansvar för ordning i läkemedelsrummet. Mall 9 Skötsel av läkemedelsförråd med dokumentationsblanketter för temperatur och hållbarhet respektive städning (PDF)
- Lista över läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd finns i pärmen *”Lokal läkemedelshantering ”* och i SharePoint, Mall 8 Läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd (Word)
- Patienten privata läkemedel
  När vårdenheten tar emot privata läkemedel för förvaring, kassation eller för användning under vårdtiden, ska överlämnandet och mottagandet dokumenteras, se Mall 21 Kvittens för omhändertagande av patientens privata läkemedel (Word). För narkotikaklassade läkemedel gäller även krav på dokumentation i förbrukningsjournal
- Indragningar åtgärdas och signeras av receptarie, läkemedelsansvarig sjuksköterska och vårdenhetschef. Signerad indragningsskrivelse sparas i 1 år och förvaras i pärmen *” Lokal läkemedelshantering ”* i läkemedelsrummet.
- Medicinska gaser kontrolleras av gasansvarig, Mall 18 Förvaring och kontroll av medicinska gasflaskor (Word)
- Beställningsansvarig för medicinsk gas är samordnare. Dokumenterat underlag sparas i 2 år på enheten.
- Ansvarig för akutvagn/trombolysväskor är utsedd sjuksköterska på avdelningen.

Kapitel 5. Iordningställande

- Iordningställande får göras av legitimerad sjuksköterska eller farmaceut, receptarie. Iordningställandet ska vara dokumenterat 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 sker 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*) och Lokala spädningsrutiner för avdelningen Spädningsrutin Avd. 135 Stroke .
  Information om blandbarhet av intravenösa läkemedel finns i “Blandbarhet läkemedel - blandbarhet.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, om det inte står annat i FASS.

- Utbyte till generika/synonyma läkemedel görs enligt Läkemedelsverkets utbytbarhetslista, FASS, regionala terapigruppers 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
- 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)

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 ett nytt vårdtillfälle öppnas i Melior
- Rutin SU: Läkemedelshantering vid utskrivning från slutenvård

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 kemikalierevidering 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 Iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet

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.
- Säkerhetsbänk är utformad och används för både personalskydd och produktskydd.
- En riskbedömning av de läkemedel som används i verksamheten görs årligen

  Mall 10 Lokal riskbedömning och åtgärdsplan Läkemedel med arbetsmiljörisk (Word)

Kapitel 10 Kvalitetssäkring

- Utskriven genomförd kvalitetsgranskning förvaras i pärmen *" Lokala läkemedelshantering"* i läkemedelsrummet avd.135.
- Åtgärdsplan för avvikelser i kvalitetsgranskning av läkemedelshantering förvaras i pärmen *"Lokal läkemedelshantering"* i läkemedelsrummet och arkiveras i tre år.

  Mall 14 Åtgärdsplan efter kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering (Word)

Kapitel 11. Narkotikaklassade läkemedel

- Plan och kontroll av narkotikaläkemedel utförs enligt mall 22 och sparas i separat pärm i läkemedelsrummet. Mall 22 Kontrollplan narkotika (Word)
- Kontroll av narkotikaklassade läkemedel görs av utsedda sjuksköterskor minst en gång per månad. Daglig kontrollräkning görs av två sjuksköterskor dag/kväll pass.
- Avvikelser avseende narkotika utreds och rapporteras till VEC. Svinn rapporteras i Med Control PRO.
- Narkotikaläkemedel räknas och dokumenteras vid varje uttag med datum, tillförd mängd och varifrån det kommer, uttagen mängd, behållning efter tillförsel/uttag, patientens personnummer och namn. Sjuksköterska signerar.
- Lån av läkemedel från/till avdelningen dokumenteras på blankett i läkemedelsrummet (avdelning, vem lämnar/hämtar, läkemedelsnamn, beredningsform, styrka och antal). Hämtande sjuksköterska/farmaceut 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, receptarie eller farmaceut. Kassation av narkotika från slutenvårdsdos journalförs i pärmen "Slutenvårdsdos" i läkemedelsrummet. Datum, patient-id, läkemedelsnamn, kasserad mängd, datum på dos påse/dospåsar, dubbelsigneras.
- 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 *"PNL narkotikaläkemedel"*.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Neurosjukvård

Innehållsansvar: Nadia Assadi, (nadas3), Receptarie

Granskad av: Mikael Jerndal, (mikje1), Överläkare, Åsa Lundin, (asalu1), Sjuksköterska, Krister Ewaldsson, (chrew), Sektionschef, Matilda Errind Arvgård, (mater13), Vårdenhetschef

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

Dokument-ID: SU9906-1676734750-157

Version: 2.0

Giltig från: 2025-03-27

Giltig till: 2027-03-26