

Läkemedelshantering IVA Alingsås

Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument.

Bakgrund och syfte

Detta dokument syftar till att säkerställa att läkemedelshantering på

IVA AL sker enligt gällande författningar i [Regional rutin för](#)

[läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen.pdf](#) och att det tydlig

framgår vilka lokala rutiner som gäller.

Innehållsförteckning

Läkemedelshantering IVA Alingsås	1
Förändringar sedan föregående version	1
Bakgrund och syfte	1
Innehållsförteckning	1
Utförande.....	2
Lagerplatser för läkemedel	2
Hållbarhetskontroll, temperaturkontroll och städning	2
Muntlig ordination.....	3
Dokumentation	3
Iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel	4
Skyddsinstruktioner	5
Narkotikaklassat läkemedel.....	6

Avfallshantering.....	6
Introduktion av nyanställd personal och fortbildning av befintlig.....	7
Relaterad information	7
Bilaga 1.....	8
Mall 9 Skötsel av läkemedelsförråd IVA AL med dokumentationsblanketter för temperatur och hållbarhet respektive städning.....	8
Temperaturkontroll	8
Hållbarhetskontroll	8
Städning	8

Utförande

Lagerplatser för läkemedel

Utöver PNL finns det läkemedel på följande platser:

- Akutväskor 2 stycken
- Akutvagn
- Behandlingsrum
- Luftvägsvagn
- Förråd 1
- Dialysförråd
- Patientrum 3, 4, 5, och 6

Samtliga läkemedel utanför PNL är dokumenterade och godkända av verksamhetschef enligt lokal anpassning av Mall 8 (förvaras i pärm Läkemedelshantering)

Kontroll av hållbarhet, temperatur och uppdatering av innehåll åligger läkemedelsansvarig sjuksköterska.

Hållbarhetskontroll, temperaturkontroll och städning
Sker enligt lokal anpassning av Mall 9 från Regional rutin för läkemedelshantering. Se bilaga 1.

Muntlig ordination

Inom intensivvård förekommer situationer som kräver muntliga ordinationer och då skall läkemedelsnamn styrka och mängd anges och den som tar emot ordinationen bekräftar genom att muntligen upprepa läkemedelsnamn styrka och dos.

Läkemedel som administreras enligt muntlig ordination ska dokumenteras och signeras snarast i en journalhandling.

Dokumentation

Läkemedelsmodul i Melior är originalhandling för dokumentation av ordination, iordningställande och administrering av läkemedel. Inom IVA AL är även övervakningsjournal en originalhandling för dokumentation och den skannas efter vårdtillfället till patientjournalen.

Administrering av vid behovsmedicinering; vätskedrivande, smärtstillande, insulin lugnande och blodtryckssänkande dokumenteras och signeras på övervakningsjournal tillsammans med patientens vitalparametrar. Ordination skall finnas i Melior.

Administrering av IVA-läkemedel: vasoaktiva, sederande, kalium, insulin mm sker ofta kontinuerligt över dygnet och dygnsdos dokumenteras och signeras på övervakningsjournalen. Ordination skall finnas i Melior.

Batchnummer för vacciner och biologiska läkemedel ska dokumenteras i journalhandling. Ex Batchnummer från Albumininfusion, fäst etikett på övervakningskurva.

CRRT-protokoll är originalhandling för ordination av vätskor vid dialysbehandling och skannas till patientjournalen.

Tillfälliga vid behovs läkemedel som ges vid vård i behandlingsrum kan dokumenteras på övervakningskurva alternativt i fritext i Melior.

Iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel

Iordningställande sker i första hand i läkemedelsrum, vid akuta situationer kan iordningställande ske i anslutning till patienten.

För spädning gäller [Regional rutin för spädning av intravenösa läkemedel vuxna VGR v2.0](#) och lokala styrdokument Läkemedel IVA Alingsås, [IVA Alingsås - Styrande dokument - Sjukhusen i väster](#).

Som hjälpmedel för märkning av iordningställda läkemedel bör etikettskrivare användas.

Läkemedel märks enligt följande:

1. patientens personnummer, i brådskande fall kan denna märkning ske i efterhand
2. läkemedlets namn och styrka
3. tidpunkt för iordningställande
4. tidpunkt för administrering eller överlämnande när det är aktuellt
5. signatur
6. övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet, till exempel läkemedlets form eller administreringssätt.

Inom IVA AL förekommer det att läkemedel iordningställs av annan sjuksköterska än den som administrerar. Det är en nödvändighet för att kunna bedriva en säker intensivvård. Sjuksköterska som administrerar säkerställer att innehåll, märkning och hållbarhet är korrekt. Använd med fördel funktionen iordningställ i Melior.

I förekommande fall skall infusionstid framgå av märkning, se styrande dokument.

Hållbarhetstider för specifika infusioner och injektioner finns angivna i [Regional rutin för spädning av intravenösa läkemedel vuxna VGR v2.0](#)

För läkemedel som iordningställts på vårdenheten är användningstiden från öppnande/brytande av förpackningen tills sista dosen

administrerats högst 12 timmar vid förvaring i rumstemperatur och 24 timmar vid förvaring i kylskåp om inte tillverkaren angett annat.

Krämer/salvor/geler/flytande läkemedel har en begränsad hållbarhet efter brytningsdatum och därför viktigt att markera brytdatum. Varor ur PNL har en gul etikett som skall märkas med brytdatum.

Hållbarhetstid efter brytdatum framgår av respektive hylletikett.

Skyddsinstruktioner

På IVA AL är det i huvudsak läkemedel mot infektioner som bör hanteras extra varsamt.

För att minska risk för spill och kontaminering använd underlägg med plastad undersida. För att inte få läkemedel på huden ska engångshandskar användas. Vid risk för stänk kan visir och munskydd användas. Använd sprutor med luer-lockfattning och chemo-spike och andra hjälpmedel som ger ett slutet system. Vid korrekt, lugnt och metodiskt arbete elimineras tryckskillnader och risken för aerosolspridning och stänk minskas.

Vid spill på hud, skölj rikligt med vatten. Vid stänk i ögon, skölj genast rikligt med ögonsköljvätska eller vatten. Ögonskölj finns i desinfektionsrum på IVA.

Vid spill på ytor, sug upp läkemedel med torkduk, eventuellt fuktad med vatten. Torka därefter av ytan med vatten och sedan ytdesinfektion.

Vid hantering av läkemedel utanför ordinarie sortiment som innebär risk för bestående toxisk effekt är det mycket viktigt att tillse att eventuell instruktion och märkning om särskild hantering alltid är synlig. Sök information angående risker vid hantering. Kontakta vid behov sjukhusapoteket för rådgivning. Identifiera om det finns personal i särskild riskgrupp (ex gravid) som kan exponeras. Vid behov av dragskåp finns det möjlighet att använda det i läkemedelsrum på operationsavdelningen.

Läkemedel med ATC-kod G och L innebär generellt utökad risk.

Tänk på att även hantering av tabletter och kapslar kan vara riskmoment.

Narkotikaklassat läkemedel

- Narkotikaklassat läkemedel förvaras i låsta lådor i läkemedelsrum, låst låda akutvagn och akutväskor i läkemedelsrum.
- Kontroll av saldo görs dagligen.
- Avvikelse markeras med röd penna och dubbelsigneras. Avvikelse rapporteras till arbetsledare och vårdenhetschef.
- Vid utlämning av narkotika till annan enhet utförs kontroll enligt regional rutin.

“Hämtning från annat PNL ska göras av sjuksköterska eller annan behörig personal. Denne måste visa sitt SITHS-kort och utlämnande personal ska anteckna enhet, VGR-id, namn och de åtta sista siffrorna (se kortets baksida) i förbrukningsjournalen. Uttaget journalförs som uttag respektive tillförsel i förbrukningsjournalerna på båda enheterna och dubbelsigneras av de personer som hämtar respektive lämnar ut. Vid hämtning till en enskild patient ska utlämnande personal kontrollera i relevant vårdinformationssystem, att aktuell patient har en pågående vårdkontakt.”

[Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen.pdf](#)

Dokumentation av kassation av patientbunden narkotika görs i första hand på övervakningsjournal. Läkemedelsnamn, styrka och återstående mängd noteras och signeras. Dubbelsignering utförs om mängden är mer än en enhet (ampull, tablett).

Narkotikaklassat läkemedel från VNL bör administreras direkt, eventuell retur utförs av sjuksköterska. Får ej läggas i Returlåda.

Kontroll av narkotika utförs enligt Mall22 som är känd av vårdenhetschef och narkotikaansvarig sjuksköterska.

Avfallshantering

Kärl för läkemedelsavfall finns placerad läkemedelsrum för de rester som behöver kasseras där.

Kärl för läkemedelsfall finns även i desinfektionsrum på IVA för läkemedelsavfall som varit i patientkontakt.

Introduktion av nyanställd personal och fortbildning av befintlig

- Visning av samtliga platser för läkemedelsförvaring
- Beställning i VNL
- Nödöppning VNL
- Nycklar till läkemedelsrum
- Akutbeställning
- Signeringslista
- Spädningslista
- Regional rutin
- Lokala styrdokument
- Var hitta information; anslagstavla, pärmar intranät
- Narkotikahantering
- Etikettskrivare
- Märkning av sprutor och val av sprutstorlek till vissa specifika läkemedel
- Städrutiner
- Avfallshantering
- Hållbarhet

Relaterad information

[Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen.pdf](#)

[Regional rutin för spädnings av intravenösa läkemedel vuxna VGR v2.0](#)

[Läkemedel på IVA och Postop - generella direktiv.pdf](#)

[Sorteringsguide läkemedelsavfall](#)

Bilaga 1

Mall 9 Skötsel av läkemedelsförråd IVA AL med dokumentationsblanketter för temperatur och hållbarhet respektive städning

Dokumentation ska göras för samtliga lagerplatser för läkemedel på enheten.

Temperaturkontroll

Kontroll av temperatur skall ske dagligen i kylskåp och varje vecka i rumstemperatur och dokumenteras.

För dokumentation kan blankett ”Dokumentation av temperatur och hållbarhetskontroll” användas. Åtgärda eventuella avvikelser från givna gränser för temperatur, se kapitel 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd i regional rutin för läkemedelshantering. Felanmälan av kyl- och rumstemperatur görs till Västfastigheter kundtjänst, 010-441 35 00, annan aktuell fastighetsförvaltare eller lokalt ansvarig.

Hållbarhetskontroll

Hållbarhetskontroll av läkemedel ska ske en gång i månaden och dokumenteras. Läkemedel med överskriden utgångsdatum/användningstid ska kasseras. För dokumentation kan blankett ”Dokumentation av temperatur och hållbarhetskontroll” användas.

Städning

Städning av läkemedelsförråd ska ske enligt tidsangivelser i tabellen nedan och dokumenteras. För dokumentation kan blankett ”Dokumentation av städning” användas.

Tabellen anpassas beroende på enhetens behov och utformning av läkemedelsförrådet. Denna sida kan anslås i läkemedelsförrådet.

Yta/ utrustning	Metod/frekvens	Utförs av	Kommentar
Golv	Moppning (torr metod) fem dagar/vecka samt vid behov Moppning (våt metod) när man ser fläckar	Lokalvårdare	Spill torkas upp genast av avdelningspersonal. Använd vatten och rengöringsmedel. Använd handskar om det innebär direktkontakt. Samla ihop, torka upp och rengör.
Tvättställ	Rengörs minst fem dagar/vecka	Lokalvårdare	
Hyllor, skåp	Avtorkas med fuktig torkduk, var tredje månad beroende på behov	Personal på vårdenhet, alt enl. ök. av sjukhusapotek VGR lokalt	Utförs t.ex. i samband med kontroll av utgångsdatum på läkemedel
Bänkar, arbetsytor där beredning av läkemedel utförs	Avtorkas med spritbaserat desinfektionsmedel med rengörande effekt innan beredning och när beredning är utförd samt vid behov*	Personal på vårdenhet	Ytor som använts som avlastningsyta bör torkas rena med yt desinfektion efter användning
Läkemedels- vagn	Arbetsyta torkas av dagligen (se ovan). Ytor, lådor och ”handtag” bör rengöras regelbundet. Frekvensen beror på hur vagnen används. Synlig smuts tas bort direkt.	Personal på vårdenhet	Lådorna går i regel att diska i diskdesinfektor (OBS kontrollera med fabrikant)
Medicin- kylskåp	Torkas ur med vatten och diskmedel 1 gång/månad. Spill och kladd ska torkas bort direkt. Tövvattenbehållare töms regelbundet. Synligt kylaggregat dammas av.	Personal på vårdenhet	Frekvens beroende av verksamhet

*se Hygien- och arbetsinstruktioner i kapitel 5 Iordningställande och administrering / överlämnande i regional rutin för läkemedelshantering

Förvaringsplats för läkemedel	Månad	År

Temperaturkontroll					Tömning av vatten	Datum för läkemedel utanför PNL
Temperatur i kyl (+2 - +8°C). Kylskåpet har temperaturregistrering och LARM. Läs av display och signera. Notera och åtgärda endast avvikelser. Dagligen			Temperatur i Läkemedelsrum, Korridor Förråd 1, Behandlingsrum och Dialysförråd Kontrollera att temperatur ej >25° 1 g/vecka (måndagar)		KYLSKÅP 1 g/vecka (måndagar)	1 g/mån
Dag	Min	Max	Sign	Sign	Sign	Sign
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Anmärkningar (t ex åtgärder vid felaktig temperatur):						

Den som utför ovanstående arbetsuppgifter signerar arbetet i protokoll. **Ifyllt protokoll sparas 1 år på enheten.**

Obs! Min-Max på kylen behöver endast kontrolleras om det finns ett LARM, skriv då en notering och ev åtgärd i fältet anmärkningar.

Datum gäller läkemedel utanför PNL enligt särskild lista (Läkemedelsansvarig SSK) (Hållbarhetskontroll av PNL sköts av läkemedelsförsörjningen)

Förvaringsplats för läkemedel	Månad	År

Städning							
	Arbetsbänk och handtag	Sortering skärl	Kylskåp	Hyllor ovan bänk	Hyllor vänster	Hyllor höger	Lådor
	Dagligen	1 g/vecka	1 g/månad	Föregående tillfälle:	Föregående tillfälle:	Föregående tillfälle:	Föregående tillfälle:
Dag	Sign	Sign	Sign	Sign	Sign	Sign	Sign
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
Anmärkningar (t ex åtgärder vid felaktig temperatur):							

Den som utför ovanstående arbetsuppgifter signerar arbetet i protokoll. **Ifyllt protokoll sparas 1 år på enheten.**

Golv och tvättställ städas av Regionservice 5 d/ vecka
Arbetsyta torkas av före och efter beredning av läkemedel

Hela arbetsbänken, och handtag torkas av dagligen i samband med narkotikakontroll
Sorteringskärl diskas 1g/vecka

Kylskåp torkas ur med vatten och lite diskmedel 1g/månad Hyllor, lådor torkas rent var tredje månad

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Sjukhusen i väster

Innehållsansvar: Claes Abrahamsson, (claab3),
Ivasjuksköterska

Godkänd av: Per Werner Möller, (permo7), Enhetschef

Dokument-ID: SV9761-782711715-1191

Version: 1.0

Giltig från: 2026-04-27

Giltig till: 2029-04-27