

Läkemedelshantering - Mall lokal rutin Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	3
2.	Allmänt	3
3.	Ansvar och roller för denna rutin	3
4.	Beskrivning av lokal läkemedelshantering.....	3
4.1.	Ansvarsfördelning inom läkemedelshantering.....	3
4.1.1.	Verksamhetschef.....	3
4.1.2.	Vårdenhetschef	4
4.1.3.	Fördelning av ansvarsuppgifter	4
4.1.4.	Hälso- och sjukvårdspersonal	4
4.2.	Delegering inom läkemedelshantering	4
4.3.	Ordination.....	4
4.3.1.	Ordinationshandlingar på vårdenheten	5
4.3.2.	Krav på ordinationer	5
4.3.3.	Utvärdering och uppföljning av läkemedelsordinationer.....	5
4.3.4.	Samlad information om patientens läkemedelsordinationer.....	6
4.3.5.	Ordinationsmallar	6
4.3.6.	Ordination enligt generella direktiv	6
4.3.7.	Justering av dosering	7
4.3.8.	Utbyte enligt synonymlista.....	7
4.4.	Förskrivning	7
4.4.1.	Receptförnyelse.....	7
4.4.2.	Beroendeframkallande läkemedel	7
4.5.	Iordningställande och administrering.....	7
4.5.1.	Kontroll vid iordningställande.....	8
4.5.2.	Spädningsföreskrifter.....	8
4.5.3.	Slutenvårdsdos.....	8
4.5.4.	Kontroll vid administrering och överlämnande av läkemedel	8
4.5.5.	Patientsäkerhet vid iordningställande och administration.....	9
4.5.6.	Egenansvar i slutenvården	9
4.6.	Rekvisition (beställning och leverans)	9
4.6.1.	Ansvar för läkemedelsbeställning.....	10
4.6.2.	Beställningsrutiner	10
4.7.	Förvaring av läkemedel.....	10
4.7.1.	Läkemedelsförråd	10
4.7.2.	Tillträde till läkemedelsförrådet.....	10
4.7.3.	Kontroll av temperatur	11
4.7.4.	Läkemedel utanför läkemedelsförrådet	11
4.7.5.	Läkemedelsvagnar	11
4.7.6.	Vätskevagnar.....	11
4.7.7.	Jourväskor etc.	11
4.7.8.	Akutläkemedel	11
4.7.9.	Förvaring av till patienten förskrivna läkemedel	12
4.7.10.	Medicinska gaser.....	12
4.7.11.	Kassation och avfall.....	12
4.8.	Narkotikahantering	12
4.8.1.	Förvaring av narkotika	13

4.8.2.	Ansvar för narkotikakontroll	13
4.8.3.	Omfattning av narkotikakontroll	13
4.8.4.	Överföring av narkotika mellan vårdenheter.....	13
4.8.5.	Hantering av svinn.....	13
4.9.	Kvalitetssäkring	14
4.9.1.	Kvalitetsuppföljning - egenkontroll.....	14
4.9.2.	Avvikelse rapportering	14
4.9.3.	Signatur och namnförtydliganden.....	14
4.10.	Övrigt som avviker från övergripande rutin	14
5.	Plan för kommunikation och implementering	14
6.	Dokumentinformation	14
7.	Referenser	14

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Instruktion för upprättande av lokal rutin (tas bort!)

Syftet med denna mall är att underlätta upprättandet av lokal rutin för läkemedelshantering. Genom att använda mallen får vårdenheten ett stöd för att nödvändiga delar tas med i den lokala rutinen.

I mallen finns text som ej är kursiv, denna är tänkt att ni ska ha kvar i den lokala rutinen. Det finns även ledtext (kursiv) som ska tas bort. Den är endast med som stöd för att beskriva vad som bör tas upp under respektive rubrik. Det är möjligt för enskild vårdenhet att ta bort rubriker som inte är relevanta, eller lägga till rubriker vid behov.

Dokumentet ska döpas till "Läkemedelshantering – (enhetens namn) – lokal rutin".

1. Syfte och omfattning

Syftet med rutinen är att skapa en säker hantering av läkemedel där föreskrifter, allmänna råd och rutiner efterföljs. Rutinen gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal på nedanstående vårdenhet:

Verksamhetsområde: *lägg in verksamhetsområdets benämning*

Vårdenhet(er): *lägg in vårdenhetens benämning. Om rutinen gäller flera vårdenheter specificeras det.*

Tidigare stod det Division – ta bort det.

2. Allmänt

Den övergripande rutinen [Läkemedelshantering - Läns-gemensam rutin för hälso- och sjukvård - Region Gävleborg](#) gäller för alla vårdenheter och är grunden i all läkemedelshantering. Denna lokala rutin är ett komplement till den övergripande rutinen. Lokala rutinen revideras årligen och vid förändringar i verksamheten.

3. Ansvar och roller för denna rutin

Beskriv vilka olika funktioner som har ansvar för vad gällande upprättande, implementering och följsamhet av/till denna rutin

4. Beskrivning av lokal läkemedelshantering

4.1. Ansvarsfördelning inom läkemedelshanteringen

4.1.1. Verksamhetschef

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för läkemedelshanteringen. Verksamhetschefen kan överlåta enskilda arbetsuppgifter till medarbetare som har formell kompetens för uppgiften. Överlåtna arbetsuppgifter ska specificeras, tidsättas och fastställas av verksamhetschef och godkännas av den som är mottagare av uppgiften. Verksamhetschefen ansvarar även för eventuella delegeringar inom sitt verksamhetsområde.

4.1.2. Vårdenhetschef

Vårdenhetschefen leder enhetens systematiska patientsäkerhetsarbete så att det bedrivs inom ramen för vårdenhetens åtagande. Vårdenhetschefens ansvar inom läkemedelshantering fastställs på dokumentet ”Läkemedelshantering - Ansvar för vårdenhetschef”.

4.1.3. Fördelning av ansvarsuppgifter

Vårdenhetens fördelning av ansvarsuppgifter finns fastställa i nedanstående dokument som är en del av vårdenhetens rutin för läkemedelshantering.

- Läkemedelshantering - (enhetens namn) - Ansvar för vårdenhetschef
- Läkemedelshantering - (enhetens namn) - Läkemedelsansvarig läkare
- Läkemedelshantering - (enhetens namn) - Läkemedelsansvarig sjuksköterska
- Läkemedelshantering - (enhetens namn) - Ansvar för narkotikakontroll

Ovanstående dokument skapas i Platina med hjälp av respektive mall. Lägg in länkar till era dokument när de är fastställda. Ange vem som ansvarar för att hålla dessa dokument aktuella på vårdenheten.

Dokument för läkemedelsbeställare behövs inte längre, det anmäls på blanketten: [Läkemedelsförsörjning - Anmälan/avanmälan behörig beställare](#)

4.1.4. Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska inom ramen för sitt yrkesansvar följa fastställa rutiner och medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

4.2. Delegering inom läkemedelshantering

Varje vårdenhet som har delegering inom läkemedelshantering ska beskriva detta i en särskild lokal rutin som upprättas med hjälp av särskild mall i Platina. Denna rutin ska fastställas av verksamhetschef. I de fall delegering förekommer läggs länk till lokal rutin för delegering in under denna rubrik. Skriv förslagsvis:

Verksamhetschefen ansvarar för att besluta i vilken omfattning delegering får förekomma, vilka begränsningar som finns och vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda för att delegering ska få ske. Hantering av delegeringar inom läkemedelshantering finns fastställd i rutinen: **Läkemedelshantering – Delegering – Vårdenhetens namn (lägg in länk till er rutin för delegering i förekommande fall).**

Om ni inte har delegeringar inom läkemedelshantering – skriv det eller ta bort detta stycke helt.

4.3. Ordination

Ordination sker enligt [Läkemedelshantering - Länsgemensam rutin för hälso- och sjukvård - Region Gävleborg](#)

Eftersom tydliga och fullständiga ordinationer är en grund för en säker läkemedelshantering, och eftersom det tillkommit nya föreskriftskrav gällande ordination 2018-01-01, har vi lagt till nya fasta texter nedan som vi rekommenderar ska finnas i samtliga lokala rutiner. Under respektive avsnitt anges vad som ska beskrivas för vårdenheten.

4.3.1. Ordinationshandlingar på vårdenheten

Med ordinationshandling menas den handling där patientens läkemedelsordinationer dokumenteras. Ordinationshandlingen är en del av patientens journal. Här beskriver ni vilken/vilka ordinationshandlingar/ordinationssystem som används på er vårdenhet.

4.3.2. Krav på ordinationer

Läkemedelsordinationer ska dokumenteras på ett strukturerat sätt. Det är ett absolut krav att ordinationerna är entydigt utformade så att det inte uppstår tolkningssvårigheter när de enskilda doserna ska tillföras patienten.

De uppgifter om en läkemedelsordination som ska dokumenteras är:

- Läkemedlets namn eller aktiv substans
- Beredningsform
- Ordinationsorsak
- Styrka
- Administreringsätt
- Dosering i antal/volym per doseringstillfälle
- Doseringsintervall/tidpunkter för administrering
- Läkemedelsbehandlingens längd
- När och hur läkemedelsbehandlingen ska följas upp eller avslutas
- I förekommande fall anledningen till att läkemedlet inte får bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel
- Eventuell spädnings – eller beredningsanvisning

Fundera på om ordinationer på vårdenheten uppfyller ovanstående krav. Är det något särskilt som behöver beskrivas i er lokala rutin under denna punkt?

4.3.3. Utvärdering och uppföljning av läkemedelsordinationer

Det är ett föreskriftskrav att varje läkemedelsbehandling ska utvärderas och det är förskrivarens/ordinatörens ansvar att ta ställning till om en behandling ska fortlöpa.

Den som ordinerar ett läkemedel ska planera för uppföljning av den ordinerade läkemedelsbehandlingen, vilket innebär att bestämma tidpunkt för ställningstagande till en eventuell fortsättning av behandlingen eller bestämma ett datum för när den ordinerade läkemedelsbehandlingen ska avslutas. Planerad uppföljning ska dokumenteras i journalen.

I särskilda fall kan det finnas svårigheter med att i förhand ange behandlingens längd men en tydlig dokumentation kring när utvärdering av behandlingen ska ske ska finnas.

Ange hur ovanstående utförs på vårdenheten. Är det något särskilt som behöver beskrivas i er lokala rutin under denna punkt?

4.3.4. Samlad information om patientens läkemedelsordinationer

För att kunna ordinera läkemedel på ett säkert sätt, och utföra lämplighetsbedömning inför ordination, är det en förutsättning att det finns en aktuell läkemedelslista med patientens samtliga ordinerade läkemedel. Det är läkarens ansvar att inför ordination kontrollera om läkemedelslistan är korrekt samt göra en bedömning av om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker.

Med en aktuell läkemedelslista uppnås ökad patientsäkerhet, förbättrad delaktighet hos patienten avseende sin behandling samt förbättrad förutsättning för vårdpersonal att bedöma och behandla patienten.

Ange hur ovanstående utförs på vårdenheten. Hur kontrolleras patientens läkemedelslista (vem ansvarar för att göra det, vilka källor används, hur dokumenteras det)? Hur säkerställs att förändringar i patientens ordinationer dokumenteras i patientens journal och att läkemedelslistan uppdateras under vårdtid/vid utskrivning alt. efter mottagningsbesök? Hur förs aktuell läkemedelslista samt information om genomförda förändringar i läkemedelsbehandlingen vidare till patient och andra vårdgivare? Hur säkerställs att patienten får en uppdaterad läkemedelslista efter vårdkontakt på er vårdenhet?

4.3.5. Ordinationsmallar

Här anges hur hanteringen av eventuella ordinationsmallar i elektroniska journalsystem sköts, exempelvis:

- *Vem får upprätta ordinationsmallar?*
- *Hur hålls ordinationsmallarna aktuella*
- *I vilken utsträckning får/ska ordinationsmallar användas på vårdenheten*

4.3.6. Ordination enligt generella direktiv

Läkemedel som får ordinerats enligt generella direktiv finns fastställda i nedanstående dokument som är en del av vårdenhetens rutin för läkemedelshantering. Dokumentet fastställs av läkemedelsansvarig läkare.

- [Läkemedelshantering - \(enhetens namn\) - generella direktiv](#)

Mallen som finns i Platina ska användas. Lägg en länk till detta dokument när det är fastställt.

Beskriv vilken funktion på vårdenheten som ansvarar för att fastställa generella direktiv på vårdenheten (i föreslagen text ovan står läkemedelsansvarig läkare). Beskriv även hur ansvarig läkare följer upp användningen av generella direktiv och utvärderar ändamålsenlighet och patientsäkerhet.

4.3.7. Justering av dosering

Även om en sjuksköterska inte har behörighet att ordinera ett visst läkemedel, får han eller hon justera doseringen i en läkemedelsordination i de situationer där doseringen är beroende av en patients individuella mål- eller mätvärden. Doseringen får justeras endast om det är förenligt med en god och säker vård av patienten och den ska göras med utgångspunkt i patientens behov.

När en dosering har justerats ska det dokumenteras i patientjournalen.

Vårdenhet vid vilka dosjustering av sjuksköterska förekommer ska beskriva denna hantering här, samt länka till relevanta dokument.

4.3.8. Utbyte enligt synonymlista

Här beskriver ni om vårdenheten använder Läkemedelskommitténs synonymlista för utbyte av synonyma läkemedel. Ange i förekommande fall vem som fastställer att synonymlistan får användas av sjuksköterskor inom vårdenheten (fastställer utskrivna lista), var original av fastställd synonymlista förvaras, och hur hanteringen av kopior sköts. Om synonymlistan inte används – ta bort detta stycke och rubriken.

Länk till dokumentet: [Läkemedel – synonymlista](#)

4.4. Förskrivning

4.4.1. Receptförnyelse

En viktig del för att uppnå en säker läkemedelsförskrivning är att arbetet med receptförnyelser sker strukturerat. Ett väl fungerande arbetssätt minskar risken för felaktig läkemedelsförskrivning och läkemedelsfel.

Beskriv hur vårdenheten arbetar vid receptförnyelser. Exempelvis: på vilka sätt kan recept förnyas, vilken funktion gör vad, vad dokumenteras och hur, hur säkerställs uppföljning av behandling, hur sker rimlighetsbedömning av patientens behov/förskrivna mängd.

4.4.2. Beroendeframkallande läkemedel

Regionens rekommendationer vid förskrivning och uppföljning av beroendeframkallande läkemedel finns beskriven i rutinen: [Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel - Region Gävleborg](#).

Beskriv hur vårdenheten arbetar för att förebygga beroendeutveckling och öka patientsäkerheten. Länka gärna till rutinen ovan samt eventuella lokala rutiner/dokument.

4.5. Iordningställande och administrering

Iordningställande och administrering sker enligt [Läkemedelshantering - Läns-gemensam rutin för hälso- och sjukvård - Region Gävleborg](#)

Om förfarandet avviker från den övergripande rutinen för läkemedelshantering, eller behöver förtydligas ska det kortfattat specificeras här.

Eftersom det tillkommit nya föreskriftskrav gällande iordningställande och administrering 2018-01-01, har vi lagt till nya fasta texter nedan som vi rekommenderar ska finnas i samtliga lokala rutiner. Under respektive avsnitt anges vad som ska beskrivas för vårdenheten

4.5.1. Kontroll vid iordningställande

Den som iordningställer ett läkemedel till en patient ska mot den dokumenterade ordinationen kontrollera:

1. patientens identitet,
2. läkemedelsnamn eller aktiv substans,
3. läkemedelsform,
4. läkemedlets styrka,
5. dosering,
6. administreringsätt, och
7. administreringstillfällen.

Vid iordningställande i form av spädning av läkemedel ska särskild försiktighet iakttas. I samband med iordningställandet ska även läkemedlets hållbarhet kontrolleras liksom att inga synliga förändringar på innehåll eller förpackning kan iakttas.

Den som iordningställer ett läkemedel ska göra en rimlighetsbedömning av den ordinerade och iordningställda dosen.

4.5.2. Spädningsföreskrifter

Här anges om vårdenheten har fastställda spädningsföreskrifter och vem som ansvarar för utarbetande och fastställande av dessa. Lägg gärna in länkar till eventuella spädningsföreskrifter.

Förslag på text om gemensamma antibiotikaspädningsdokumentet används: På vårdenheten används av Läkemedelskommittén fastställd [Spädnings- och administrationsschema för antibiotika](#). Beskriv var utskrifter förvaras samt vem som ansvarar för att aktuell version av spädningslistan finns tillgänglig.

4.5.3. Slutenvårdsdos

Här anges om vårdenheten har slutenvårdsdos (övriga kan ta bort denna rubrik). De som har slutenvårdsdos kan länka till rutinen: [Slutenvårdsdos - Rutin för läkare och sjuksköterskor Gävle sjukhus](#) samt lägga till en kortfattad beskrivning av vad som gäller lokalt på vårdenheten – exempelvis vårdenhetens stopptid. Om blanketten [Slutenvårdsdos - Avbeställning av påsar](#) används för avbeställning av påsar kan detta gärna beskrivas.

4.5.4. Kontroll vid administrering och överlämnande av läkemedel

Den som administrerar eller överlämnar ett läkemedel ska kontrollera att det iordningställda läkemedlet överensstämmer med aktuell ordinationshandling.

Ordinationshandlingen ska kontrolleras före administrering eller överlämnande, för att undvika att dubbel dos ges.

Den som administrerar eller överlämnar ett läkemedel till en patient ska mot den dokumenterade ordinationen kontrollera:

1. patientens identitet, identifierad enligt rutin: [ID-kontroll och ID-märkning](#)
2. läkemedelsnamn eller aktiv substans,
3. läkemedelsform,
4. läkemedlets styrka,
5. dosering,
6. administreringsätt, och
7. administreringstillfällen.

4.5.5. Patientsäkerhet vid iordningställande och administration

Här anges hur vårdenheten verkar för att minska risken för fel vid iordningställande och administrering av läkemedel.

Exempelvis:

- *Hur iordningställda läkemedel märks*
- *Ansvarig på vårdenheten kan besluta om att ett iordningställt läkemedel inte behöver märkas med patientuppgifter samt tid för administrering/överlämnande under förutsättning att det är förenligt med en god och säker vård. Om iordningställda läkemedel inte märks med patientuppgifter ska detta beskrivas.*
- *Om det på vårdenheten förekommer att det inte är samma person som iordningställer och sedan administrerar/överlämnar läkemedel till patienten ska detta beskrivas. Beskriv även hur patientsäkerheten säkerställs vid denna hantering.*
- *Hur säkerställs exempelvis att sjuksköterskor får arbeta i lugn och ostörd miljö vid iordningsställande och administration?*

4.5.6. Egenansvar i slutenvården

Här anges om patienter på vårdenheten får ansvara för att sköta sin medicinering själv under vårdtiden enligt övergripanderutinen för läkemedelshantering. Beskriv i sådana fall hur det säkerställs att patientens läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga vid självmedicinering (exempelvis i låst låda vid sängen), hur ni säkerställer att patienten vet aktuell ordination och hur ni dokumenterar att läkemedlen intagits. Ta bort stycket om det inte är aktuellt.

4.6. Rekvisition (beställning och leverans)

Beställning och leverans av läkemedel till vårdenheten sker enligt [Läkemedelshantering - Läns gemensam rutin för hälso- och sjukvård - Region Gävleborg](#) och [Läkemedelsförsörjning - A till Ö för läkemedelsbeställare](#)

4.6.1. Ansvar för läkemedelsbeställning

Behörigheten att beställa läkemedel anmäls till Läkemedelsenheten på blanketten: [Läkemedelsförsörjning – Anmälan/avanmälan behörig beställare](#).

Kopia på blanketter förvaras (*füll i var ni förvarar den*). Vårdenhetschef ansvarar för att avanmäla personer som inte längre ska ha behörighet att beställa läkemedel.

Det är valfritt om ni vill ha med namnen på era beställare i er rutin för att få en sammanställning över era läkemedelsbeställare (ta bort nedanstående annars).

Nedanstående personer har behörighet att beställa läkemedel till vårdenheten:

- XX
- XX
- XX

4.6.2. Beställningsrutiner

Här anges hur läkemedelsbeställning, mottagande och uppackning sker på vårdenheten. Ange exempelvis om beställningar görs någon särskild dag, hur sjuksköterskor meddelar vad som behöver beställas. Hur ni gör med uppackning, om följesedlar läggs på något särskilt ställe, vem som kvitterar i Proceedo etc.

Om vårdenhetens avdelningssortiment sköts av Läkemedelsenheten (Läkemedelsservice) anges det här. Förslagsvis kan det anges vilken dag beställning/uppackning sker.

Dokument som kan vara lämpliga att länka till under detta avsnitt:

- [Instruktion beställning i Inköpssystemet](#)
- [Kontaktlista läkemedelsförsörjning](#)
- [Läkemedelsförsörjning - A till Ö för läkemedelsbeställare](#)
- [Läkemedelsförsörjning - akut behov av läkemedel](#)
- [Läkemedelsförsörjning - Lathund leta läkemedel i MHS](#)
- [Önskemål om ändring i avdelningssortiment](#)

4.7. Förvaring av läkemedel

Förvaring av läkemedel sker enligt [Läkemedelshantering - Läns-gemensam rutin för hälso- och sjukvård - Region Gävleborg](#) *Om förfarandet avviker från den övergripande rutinen för läkemedelshantering, eller behöver förtydligas, ska det kortfattat specificeras här.*

4.7.1. Läkemedelsförråd

Här beskrivs vilka läkemedelsförråd som finns på vårdenheten. Kom ihåg eventuella behandlingsrum, vätskevagnar och andra platser där läkemedel förvaras.

4.7.2. Tillträde till läkemedelsförrådet

Här anges hur hanteringen av nycklar och passerkort till vårdenhetens läkemedelsförråd sköts för att garantera säkerhet. Exempelvis: Vårdenhetschef

ansvarar för hantering e-tjänstekort samt säkerställer att detta sköts på ett säkert sätt.

4.7.3. Kontroll av temperatur

Här beskrivs hur temperaturmätning görs på vårdenheten. Var termometrar och protokoll finns, när avläsning görs och var ifyllda protokoll sparas.

Lägg länk till dokumentet: [Läkemedelshantering - Temperaturmätning](#)

OBS! Beskriv vad den ska göra som märker att temperaturen avviker.

4.7.4. Läkemedel utanför läkemedelsförrådet

De läkemedel som får förvaras utanför läkemedelsförrådet finns fastställt i dokumentet:

- [Läkemedelshantering – \(enhetens namn\) - läkemedel utanför läkemedelsförrådet](#)

Mallen som finns i Platina ska användas vid upprättandet. Lägg en länk till detta dokument när det är fastställt.

4.7.5. Läkemedelsvagnar

Här anges om vårdenheten använder läkemedelsvagnar och hur dessa hanteras.

Förslagsvis anges för hanteringen av läkemedelsvagnar:

- *Hur många vagnar som finns och var de förvaras*
- *Vilka som har tillgång till vagnarna*
- *Vagnarnas fastställda innehåll*
- *Beskrivning av daglig genomgång och påfyllnad (vem gör det, när, vad fylls på/mot vilket underlag?)*
- *Beskrivning av skötsel av läkemedelsvagnen (inklusive kontroll av läkemedlens hållbarhet) och rengöring*

4.7.6. Vätskevagnar

Här anges om vårdenheten använder vätskevagnar och hur de hanteras.

Förslagsvis anges för hanteringen av vätskevagnar:

- *Hur många vagnar som finns och var de förvaras*
- *Vilken/vilka dagar som vagnarna byts*

4.7.7. Jourväskor etc.

Här anges om vårdenheten har jourväskor eller liknande, hur dessa hanteras och förvaras. Ta bort rubriken om det inte är aktuellt.

4.7.8. Akutläkemedel

Beskriv vårdenhetens hantering av akutläkemedel. Vilka läkemedel för akutberedskap finns, var förvaras de, hur sker kontroll av hållbarhet och påfyllnad.

Vårdenheter på sjukhus som arbetar enligt [Akutvagn, rutin för innehåll och underhåll i specialistvård](#) kan förslagsvis skriva:

Vårdenhetens akutberedskap är enligt rutinen [Akutvagn, rutin för innehåll och underhåll i specialistvård](#). Dokumentet beskriver dels innehåll av läkemedel och övrig utrustning som skall finnas i akutvagnar, dels hur påfyllning av akutvagnar ska ske. *Beskriv sedan var vagn förvaras, hur kontroll sker på er vårdenhet.*

Tidigare har rekommenderats att varje vårdenhet ska göra ett eget dokument om akutläkemedel. För vårdenheter som använder [Akutvagn, rutin för innehåll och underhåll i specialistvård](#) behövs inte detta längre. Det räcker med att ni beskriver er hantering under denna rubrik i den lokala rutinen och länkar till akutvagnsrutinen (som beskrivet ovan).

4.7.9. Förvaring av till patienten förskrivna läkemedel

Om vårdenheten förvarar patienters egna läkemedel på enheten beskriver ni här hur det säkerställs att förvaringen sker avskilt från vårdenhetens övriga läkemedel samt oåtkomligt för obehöriga.

4.7.10. Medicinska gaser

Beskriv vilka gaser som finns på vårdenheten, samt var? Hur sker påfyllnad efter användning och kontroll av hållbarhet av transportabla oxygenflaskor? Ange vem som ansvarar för enhetens hantering av medicinska gaser, samt vilka arbetsuppgifter som ingår i detta ansvar.

Beskriv även hur medicinska gaser ordinerar, hur dokumentation av administrerad gas sker, samt om det är något annat i hanteringen som är av värde att ta upp för att åstadkomma en patientsäker hantering.

4.7.11. Kassation och avfall

Läkemedel (samtliga beredningsformer) sorteras som [Cytostatika och läkemedelsförorenat avfall](#) och kasseras i gula avfallskärl i enlighet med [Hantering av smittförande/kliniskt avfall, Region Gävleborg](#).

Kvarvarande läkemedel i glasampuller och sprutor sorteras i fraktionen [Skärande, stickande och smittförande](#). Detta gäller ej cytostatika eller antibiotika, som alltid ska kasseras som Cytostatika och läkemedelsförorenat avfall.

För en säker hantering av läkemedelsavfall ska riskavfallskärl med läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga. Förslutna kärl som ska destrueras lämnas i miljörum och hämtas av Serviceenhetens vaktmästare.

Beskriv er hantering av läkemedelsavfall – hur ovanstående krav uppfylls.

4.8. Narkotikahantering

Narkotikahanteringen sker enligt [Läkemedelshantering - Läns-gemensam rutin för hälso- och sjukvård - Region Gävleborg](#). *Om förfarandet avviker från den*

övergripande rutinen för läkemedelshantering, eller behöver förtydligas, ska det kortfattat specificeras här.

4.8.1. Förvaring av narkotika

Beskriv var narkotika förvaras på vårdenheten. Kom ihåg eventuella lagerplatser utanför läkemedelsrum – i läkemedelsvagnar, operationssalar etc. Förtydliga att det på varje lagerplats finns förbrukningsjournal och att det måste bokföras när narkotika flyttas från en lagerplats till en annan.

4.8.2. Ansvar för narkotikakontroll

Alla som hanterar narkotika har ansvar för att göra lagersaldokontroll i samband med journalföring av tillförsel eller uttag av narkotika, och om saldot inte stämmer, vidta åtgärder enligt lokal rutin.

Utöver det ska en mer utförlig kontroll av narkotikahanteringen utföras regelbundet. Ansvarig för narkotikakontroll samt dess uppgifter finns specificerade i dokumentet: [Läkemedelshantering – \(enhetens namn\) - Ansvar för narkotikakontroll](#). *Mallen som finns i Platina ska användas vid upprättandet. Lägg en länk till detta dokument när det är fastställt.*

4.8.3. Omfattning av narkotikakontroll

Här anges hur ofta narkotikakontrollen sker på vårdenheten, och vilka moment som ingår i kontrollen.

Om checklistan [Läkemedelshantering - Checklista narkotikakontroll](#) används, länka till denna tillsammans med en beskrivning av omfattning (exempelvis hur många stickprov som görs), och hur spårbarheten mellan olika lagerplatser säkerställs.

Ange även när så är tillämpligt om/hur kontroll av eventuell patientförskriften narkotika görs.

4.8.4. Överföring av narkotika mellan vårdenheter

Överföring av narkotika mellan vårdenheter ska i möjligaste mån undvikas. Den som hämtar och lämnar ut narkotika ska vara sjuksköterska och kunna legitimera sig med E-tjänstekort.

Det lånade läkemedlet ska skrivas ut från förbrukningsjournalen från utlämnande vårdenhet och signeras av båda sjuksköterskorna, samt skrivas in och signeras av båda sjuksköterskorna i den hämtande vårdenhetens förbrukningsjournal så att man enkelt kan följa överföring av kontrollläkemedel mellan vårdenheter.

Ange om vårdenheten använder sig av blanketten [Läkemedelshantering - Utlämnande av narkotika till annan vårdenhet](#), och länka till den om den används.

4.8.5. Hantering av svinn

Här anges hur personal på vårdenheten ska agera vid misstanke/upptäckt av svinn ur narkotikaförrådet.

4.9. Kvalitetssäkring

4.9.1. Kvalitetsuppföljning - egenkontroll

Kvalitetsuppföljning sker enligt [Läkemedelshantering – Kvalitetsuppföljning – Hälso- och sjukvård Landstinget Gävleborg](#), vilket innebär att egenkontroll av läkemedelshanteringens görs årligen efter instruktioner från Läkemedelsenheten.

4.9.2. Avvikelse rapportering

Beskriv hur avvikelser i läkemedelshanteringens rapporteras och hur dessa åtgärdas och följs upp.

4.9.3. Signatur och namnförtydliganden

En förteckning över signatur och namnförtydliganden för alla som är involverade i läkemedelshanteringens finns och är en del av den lokala rutinen.

[Läkemedelshantering – Signatur- och namnförtydliganden](#)

Detta dokument ska skrivas ut från Platina och fyllas i av all hälso- och sjukvårdspersonal som är delaktig i vårdenhetens läkemedelshantering. Vårdenheten ska under denna rubrik ange var originalet av ifylld signaturlista förvaras och hur det säkerställs att den är aktuell.

4.10. Övrigt som avviker från övergripande rutin

Här anges om det finns annat som avviker från den övergripande rutinen för läkemedelshantering.

5. Plan för kommunikation och implementering

Beskriv aktiviteter för kommunikation och implementering. Ange hur vårdenheten informerar om nya och uppdaterade rutiner gällande läkemedelshantering till berörd personal. Beskriv även hur ny personal får kännedom om denna lokala rutin samt om Regionens övergripande rutin för läkemedelshantering.

6. Dokumentinformation

Beskriv vilka personer eller grupper som deltagit i framtagandet av dokumentet

7. Referenser

Dokument	Plats
09-27906 Läkemedelshantering - Läns-gemensam rutin för hälso- och sjukvård - Region Gävleborg	Platina