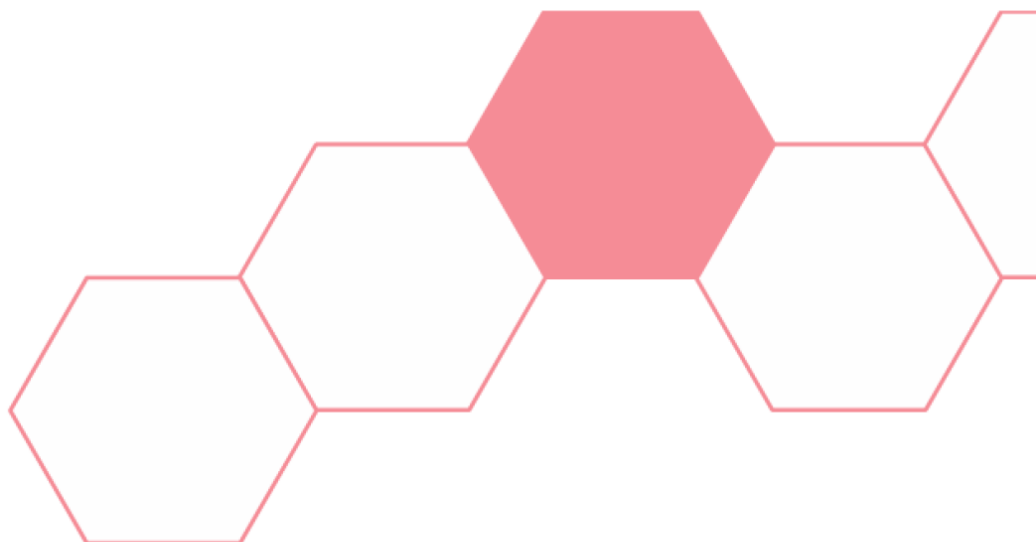


<b>Koncernkontoret</b> <b>Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning</b>		
Regionala enheten för läkemedel		
<b>Regional riktlinje för ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården i Region Skåne</b>		
<b>Senast reviderad</b> 240701, vers. 2.2	<b>Faktaägare</b> Regionala enheten för läkemedel - Sjukhusapoteksfunktionen	<b>Fastställd av:</b> 
		Sida 1 (67)

# REGIONAL RIKTLINJE

## FÖR ORDINATION OCH HANTERING AV LÄKEMEDEL I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I REGION SKÅNE



<b>Faktaansvarig</b>	Enheten för Region Skånes sjukhusapoteksfunktion, Område Läkemedel, Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning, Koncernkontoret		
<b>Fastställd av</b>	Hälso- och sjukvårdsdirektören		
<b>Arbetsgrupp</b>	<b>Frida Furumalm</b>	Apotekare, projektledare	Enheten för Region Skånes sjukhusapoteksfunktion
	<b>Karin Henricson</b>	Apotekare, sakkunnig	Enheten för Region Skånes sjukhusapoteksfunktion
	<b>Stefan Nilsson</b>	Överläkare, verksamhetschef	Läkemedelsrådets representant
	<b>Tommy Schöller</b>	Läkemedelsansvarig läkare	Skånevård Kryh
	<b>Lars Gillberg</b>	Överläkare, enhetschef	Skånevård Kryh
	<b>Petra Elgh</b>	Chefsjuksköterska	Skånevård Kryh
	<b>Daina Selga</b>	Chefsläkare	SUS
	<b>Jennie Tennlo</b>	Sjuksköterska, verksamhetsansvarig läkemedelssystem	SUS
	<b>Else-Maj Rosenlöf</b>	Chefssjuksköterska,	SUS
	<b>David Sparv</b>	Chefssjuksköterska	SUS
	<b>Margareta Eliasson</b>	Spec allmänmedicin, Verksamhetscontroller	SUS
	<b>Gunnar Moustgaard</b>	Läkemedelsansvarig läkare, medicinsk rådgivare	Skånevård Sund
	<b>Ann Svensson</b>	Chefsjuksköterska	Skånevård Sund
	<b>Amelie Persson</b>	Farm. Mag, Klinikfarmaceut	Skånevård Sund
	<b>Petra Fischer-Hagman</b>	Systemansvarig Läkemedel	Digitalisering och IT
<b>Administrativ kontaktperson</b>	<b>Frida Furumalm</b> frida.furumalm@skane.se	Apotekare, projektledare	Enheten för Region Skånes sjukhusapoteksfunktion

	<b>Giltig fr. o. m.</b>	<b>Giltig t.o.m</b>	<b>Ansvarig huvudförfattare</b>
Ursprunglig version	181206	190207	Frida Furumalm
1.1	190207	191113	Frida Furumalm
1.2	191113	200229	Cecilia Lenander
1.3	200301	200505	Cecilia Lenander
1.4	200505	201217	Cecilia Lenander
1.5	201217	210628	Cecilia Lenander
1.6	210628	220110	Cecilia Lenander
1.7	220110	220630	Cecilia Lenander
1.8	220701	230131	Cecilia Lenander
1.9	230201	230702	Lena Olsson
2.0	230703	240128	Lena Olsson
2.1	240129	240630	Lena Olsson
2.2	240701		Lena Olsson

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Ledningssystem .....</b>	<b>2</b>
1.1	Ansvar inom verksamhetsområdet .....	2
1.1.1	Verksamhetschef.....	2
1.1.2	Regionala Läkemedelsansvariga läkare .....	3
1.1.3	Lokal Läkemedelsansvarig läkare, eller motsvarande .....	3
1.1.4	Läkemedelsansvarig sjuksköterska.....	3
1.1.5	Kontrollansvarig sjuksköterska/farmaceut.....	4
1.1.6	Gasansvarig .....	5
1.2	Kvalitetsgranskning .....	5
1.2.1	Egenkontroll .....	5
1.2.2	Avvikelsehantering .....	5
<b>2</b>	<b>Behörighet och ansvar .....</b>	<b>7</b>
2.1	Ansvarsfördelning gällande ordination av läkemedel.....	8
2.1.1	Ordinatör/Förskrivare .....	8
2.1.2	Sjuksköterska.....	8
<b>3</b>	<b>Underlag för ordination.....</b>	<b>9</b>
3.1	Läkemedelsavstämning .....	9
3.2	Läkemedelsgenomgång.....	10
3.2.1	Skånemodellen för läkemedelsgenomgångar .....	10
3.2.2	Basal läkemedelsgenomgång .....	11
3.2.3	Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång .....	11
3.3	Utskrivningsinformation.....	12
3.4	Läkemedelsrekommendationer .....	13
3.4.1	Receptfria läkemedel.....	13
3.4.2	Särskild landstingssubvention .....	13
3.4.3	Läkemedel till asylsökande och papperslösa .....	14
3.5	Licensläkemedel .....	14
3.5.1	Vad är en licens?.....	14
3.5.2	Märkning och produktinformation.....	14
3.5.3	Licensansökan.....	14

3.5.4	Beslut om licens.....	14
3.5.5	Enskild licens.....	14
3.5.6	Generell licens .....	15
3.5.7	Dokumentation.....	15
3.6	Växtbaserade läkemedel, traditionella växtbaserade läkemedel och naturläkemedel.....	15
<b>4</b>	<b>Ordination .....</b>	<b>16</b>
4.1	Ordinationstyper .....	16
4.1.1	Stående ordination.....	16
4.1.2	Tillfällig ordination.....	16
4.1.3	Muntlig ordination .....	16
4.1.4	Generella direktiv om läkemedelsbehandling.....	16
4.1.5	Justering av dosering.....	17
4.1.6	Förskriva naloxon .....	17
4.1.7	Ordination enligt PM .....	18
4.2	Lämplighetsbedömning.....	18
4.3	Dokumentation av läkemedelsordinationer .....	18
4.3.1	Innehåll i läkemedelsordination .....	19
4.3.2	Ordinationsorsak .....	19
4.3.3	Dokumentation vid konsultationer .....	19
4.3.4	Planering av uppföljning eller avslut av läkemedelsordination .....	20
4.3.5	Doseringsformat.....	20
4.3.6	Receptförskrivning.....	21
4.3.7	Utbyte av läkemedel på öppenvårdsapotek .....	21
4.4	Dokumentationssystem för läkemedelsordinationer .....	21
4.4.1	Dokumentation av läkemedelsordination i primärvård .....	21
4.4.2	Dokumentation av läkemedelsordination i slutenvård samt öppenvård .....	21
4.4.3	Doseddispenserade läkemedel för öppenvård .....	22
4.4.4	Läkemedelsordinationer till barn .....	22
<b>5</b>	<b>Ordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel .....</b>	<b>23</b>
5.1	Ordningställande.....	23
5.1.1	Ostörd hantering .....	23

5.1.2	Kontroll vid iordningställande .....	23
5.1.3	Märkning av iordningställda läkemedel .....	24
5.2	Iordningställande av olika läkemedelsformer .....	24
5.2.1	Injektioner och infusioner .....	25
5.2.2	Perorala läkemedel.....	26
5.2.3	Läkemedel via sond .....	26
5.2.4	Patientindividuellt packade doser (PiD) till sjukhusens vårdavdelningar .....	27
5.2.5	Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt .....	27
5.2.6	Avancerade Terapeutiska Medicinska Produkter (ATMP) .....	27
5.2.7	Medicinska gaser .....	28
5.3	Användningstider för läkemedel .....	28
5.3.1	Brytningsdatum .....	28
5.4	Dokumentation vid iordningställande av läkemedel .....	28
5.5	Administrering och överlämnande.....	29
5.5.1	Kontroll vid administrering eller överlämnande av läkemedel .....	29
5.5.2	Administrering av parenterala läkemedel.....	29
5.5.3	Parallellinfusion .....	29
5.5.4	Administrering av läkemedelsinnehållande plåster .....	30
5.5.5	Överlämnande av perorala läkemedel .....	30
5.5.6	Överlämnande – dialog med patient/ närstående .....	30
5.5.7	Användande av patientens egna läkemedel i slutenvården .....	31
5.5.8	Patientmedverkan .....	31
5.5.9	Trygghetsdos .....	32
5.5.10	Jourdos .....	32
5.6	Dokumentation vid administrering eller överlämnande av läkemedel .....	33
5.6.1	Dokumentationskrav .....	33
5.6.2	Läkemedel som får bytas ut .....	33
5.6.3	Batchnummer .....	34
5.6.4	Läkemedelsbiverkningar.....	35
5.6.5	Utökad övervakning .....	35
5.6.6	Överkänslighet.....	36

<b>6</b>	<b>Delegering .....</b>	<b>36</b>
6.1	Delegering betyder att behörig hälso- och sjukvårdspersonal ger någon annan personal rätt att utföra en arbetsuppgift som den annars inte får göra .....	36
6.2	Ansvar hos den enskilde hälso- och sjukvårdspersonalen gällande kontroll och dokumentation .....	37
6.3	Vem har behörighet att delegera? .....	39
6.4	Ansvar på flera nivåer .....	39
6.4.1	Ansvar för verksamhetschef .....	39
6.4.2	Ansvar för den person som delegerar .....	40
6.4.3	Ansvar för mottagare av delegering .....	40
6.4.4	Sjuksköterska med ansvar för patientens omvårdnad .....	41
6.5	Delegering av iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel i Region Skåne .....	41
6.5.1	Undvik delegering genom att bemanna utifrån patientens behov och uppgiftsväxla .....	41
6.5.2	När kan det vara befogat att delegera? .....	41
6.5.3	Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske .....	44
6.6	Delegeringsbeslut – formalia och dokumentation .....	45
<b>7</b>	<b>Rekvisition, kontroll och förvaring av läkemedel .....</b>	<b>46</b>
7.1	Rekvirering av läkemedel .....	46
7.1.1	Offentlig vård .....	46
7.1.2	Externa vårdgivare .....	46
7.1.3	Reservrutin .....	46
7.1.4	Extempore-läkemedel .....	47
7.1.5	Rekvisition och lån mellan avdelningar .....	47
7.1.6	Restnoteringsinformation .....	47
7.1.7	Rekvisition av licensläkemedel .....	47
7.1.8	Rekvisition av medicinska gaser .....	48
7.1.9	Läkemedel för klinisk prövning .....	48
7.1.10	Antidoter .....	48
7.2	Mottagning av läkemedelsbeställning .....	49
7.2.1	Leverans .....	49

7.2.2	Kontroll av leverans.....	49
<b>7.3</b>	<b>Returer.....</b>	<b>50</b>
7.3.1	Returgodkännande.....	50
7.3.2	Kreditering.....	50
7.3.3	Reklamationer .....	50
7.3.4	Indragningar .....	50
7.3.5	Läkemedel för destruktion .....	50
<b>7.4</b>	<b>Förvaring av läkemedel .....</b>	<b>51</b>
7.4.1	Läkemedelsförråd.....	51
7.4.2	Förvaringsanvisningar för läkemedelsförråd.....	53
7.4.3	Kassationshantering infusioner .....	53
7.4.4	Förvaring av medicinska gaser .....	53
7.4.5	Temperaturmätning .....	54
7.4.6	Läkemedelsförvaring för enskild patient.....	55
<b>7.5</b>	<b>Förvaring av läkemedel utanför läkemedelsförråd.....</b>	<b>55</b>
7.5.1	I vårdsalen .....	55
7.5.2	Akutvagn/väska/ask .....	55
<b>7.6</b>	<b>Tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel .....</b>	<b>56</b>
7.6.1	Registrering .....	56
7.6.2	Förvaring av narkotika.....	57
7.6.3	Lån mellan enheter.....	57
7.6.4	Kassation av narkotika.....	58
7.6.5	Narkotikakontroll .....	59
7.6.6	Hantering av avvikelser .....	59
<b>8</b>	<b>Hänvisningar.....</b>	<b>61</b>
<b>9</b>	<b>Bilagor.....</b>	<b>67</b>

# Förord

Enhetliga och tydliga rutiner möjliggör ökad patientsäkerhet i alla led- från ordination till uppföljning av patientens läkemedelsbehandling.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel (HSLF-FS 2017:37) gäller från den 1 januari 2018. I de nya föreskrifterna förtydligas vårdgivarens ansvar för att fastställa rutiner för ordination och hantering av läkemedel i verksamheten, öppen- och slutenvården får gemensamma regler och kraven på kunskap och uppföljning höjs.

Syftet med denna regionala rutin är att den ska stödja alla medarbetare i arbetet för en säker läkemedelshantering. Fokus ligger på att det ska bli rätt från början. Det är viktigt både ur arbetsmiljö- och patientsäkerhetssynpunkt.

Rutinerna ska främja säkerheten så att patienten inte kommer till skada i vårdens övergångar på grund av brister i kommunikation och informationsöverföring. Patienten ska så långt det är möjligt göras delaktig och kan därmed också bidra till en säker läkemedelsanvändning.

Malmö oktober 2018



Pia Lundbom  
Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör



## Inledning

Den regionala riktlinjen för ordination och hantering av läkemedel i Region Skåne gäller för samtlig hälso- och sjukvårdsverksamhet i Region Skåne.

Verksamhetsanpassningar och ansvarsfördelning ska enligt föreskriften förtydligas i lokala instruktioner och för detta ändamål finns regionala stödmallar framtagna. I bilaga 1-17 finns uppdragsbeskrivningar, checklistor och mall till lokala instruktioner. Olika stödmallar kan bli aktuella att använda och vid behov anpassas beroende på verksamhetens uppdrag.

## 1 LEDNINGSSYSTEM

---

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att Vårdgivaren ska fastställa rutiner för ordination och hantering av läkemedel i verksamheten samt säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår extern kvalitetsgranskning.

### 1.1 ANSVAR INOM VERKSAMHETSOMRÅDET

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för verksamheten. I de fall verksamhetschefen inte är läkare, ska denne uppdra åt annan med rätt kompetens att fullgöra viss ledningsuppgift och ska dessutom bevaka att denna uppgift fullgörs på ett tillfredställande sätt. Se regionala mallar för uppdragsbeskrivningar, bilaga 1-7 samt mall för lokala instruktioner, bilaga 15/16.

#### 1.1.1 Verksamhetschef

Verksamhetschefens ansvar gällande läkemedelshantering är att

- tillse att det finns ett entydigt fördelat ansvar för ordination och hantering av läkemedel inom verksamhetsområdet. Ansvarsfördelningen ska vara dokumenterad i en lokal instruktion
- säkerställa att Region Skånes regiongemensamma riktlinje för ordination och hantering av läkemedel samt lokala instruktioner finns tillgängliga, är kända och efterlevs av berörda medarbetare.

Exempel:

- Funktionerna Läkemedelsansvarig läkare och Läkemedelsansvarig sjuksköterska ska finnas inom verksamheten.
- Tydliga instruktioner ska finnas för den personal som iordningställer läkemedel som ska spädas.
- Fastställa och göra den regionala utbyteslistan känd i verksamheten.
- Efterlevnad av verksamhetens lokala instruktion gällande märkning av iordningställda läkemedel.
- Beslutsstöd för ordinationer ska finnas, t.ex. ePed för de som ordinerar och iordningställer läkemedel till barn.
- Tillse att uppföljning av ordinerade läkemedelsbehandlingar görs.
- Fatta beslut om i vilken utsträckning ordination enligt generella direktiv ska förekomma och säkerställa att de omprövas regelbundet.
- Säkerställa att den sjuksköterska som får dosjustera läkemedel enligt särskilt förordnande har adekvat kompetens för uppgiften.
- Tillse att delegering av läkemedelshantering sker på ett korrekt och patientsäkert sätt inom verksamhetsområdet.

**Läs mer:** [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete \(SOSFS 2011:9\)](#)

Bilaga 1 Uppdrag ledningsuppgift ansvar för läkemedelshantering.

### 1.1.2 Regionala Läkemedelsansvariga läkare

Läkemedelsansvariga läkare på regional nivå har ansvar och arbetsuppgifter reglerade enligt Läkemedelsrådets reglemente.

Läs mer: [Läkemedelsrådets reglemente](#)

### 1.1.3 Lokal Läkemedelsansvarig läkare, eller motsvarande

Lokal läkemedelsansvarig läkare eller motsvarande ansvarar för att

- verka för en säker, rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning
- verka för att regelverk och Läkemedelsrådets rekommendationer samt utbyteslista är kända och i största mån efterlevs
- anpassa lokala instruktioner för läkemedelshantering (ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel) som komplement till Regiongemensam riktlinje för ordination och hantering av läkemedel
- medverka till att lokala instruktioner avseende läkemedel samt generella direktiv om läkemedelsbehandling uppdateras årligen
- verka för att styrande dokument för läkemedelshantering och läkemedelsdokumentation blir kända och följs av berörd personal
- samverka med enhetens läkemedelsansvariga sjuksköterska för att samordna riktlinjer och rutiner och åstadkomma förbättrad läkemedelsanvändning i alla moment inklusive beställning, ordination, iordningställande/administration, läkemedelsdokumentation, uppföljning och läkemedelsinformation
- minst en gång årligen i samverkan med läkemedelsansvarig sjuksköterska och eventuell kontaktperson för Läkemedelsservice uppdatera bassortimentet av läkemedel. Detta ska även ske i samband med uppdaterad utbyteslista samt vid nya upphandlingar
- delta i eventuella nätverk för läkemedelsansvariga läkare
- tillsammans med huvudkontaktperson för Melior/PMO/Orbit/motsvarande tillse att nyheter i läkemedelsmodulen i respektive system blir kända och efterlevs av användarna
- vara rådgivande och handleda medarbetare samt följa upp brister i läkemedelshantering och dokumentationen.
- uppmuntra och stödja biverkningsrapportering och avvikelserapportering inom läkemedelsområdet samt följa upp och föreslå säkerhetshöjande åtgärder
- följa upp förbruknings- och förskrivningsstatistik i förhållande till regionala rekommendationer
- medverka vid årlig kvalitetsgranskning/egenkontroll av läkemedelshantering och läkemedelsdokumentationen.

Läs mer: Bilaga 2 Uppdrag och funktionsbeskrivning läkemedelsansvarig läkare. Läs mer om kvalitetsgranskningsmodellen, hänvisning till 1.2.

### 1.1.4 Läkemedelsansvarig sjuksköterska

Läkemedelsansvarig sjuksköterska ansvarar för att

- verka för en säker och effektiv läkemedelsanvändning
- verka för att regelverk och Läkemedelsrådets rekommendationer samt utbyteslista är kända och i största mån efterlevs
- verka för att styrande dokument för läkemedelshantering och läkemedelsdokumentation blir kända och följs av enhetens sjuksköterskor samt av annan berörd personal

- samverka med enhetens läkemedelsansvariga läkare för att samordna riktlinjer och rutiner och åstadkomma förbättrad läkemedelsanvändning i alla moment inklusive beställning, ordination, iordningställande/administration, läkemedelsdokumentation, uppföljning och läkemedelsinformation
- medverka till att lokala instruktioner avseende läkemedel samt generella direktiv om läkemedelsbehandling uppdateras årligen
- tillse att indragningsskrivelserna och meddelanden från läkemedelsleverantören åtgärdas
- ordningen i läkemedelsrummet säkerställs
- tillse att det finns rutiner för att lämna överblivna läkemedel till svansförråd/serviceförråd
- minst en gång årligen i samverkan med läkemedelsansvarig läkare eller motsvarande och eventuell kontaktperson för Läkemedelsservice, uppdatera bassortimentet av läkemedel och sortimentet i vätskevagnar. Uppdatering är särskilt viktigt i samband med uppdaterad utbyteslista samt vid nya upphandlingar
- delta i lokala möten för läkemedelsansvariga sjuksköterskor/farmaceuter samt föra informationen vidare till enhetens sjuksköterskor
- vara rådgivande och handleda medarbetare samt följa upp brister i läkemedelshanteringen och dokumentationen
- delta i introduktionen av nyanställda avseende läkemedelshantering och läkemedelsdokumentation
- tillsammans med huvudkontaktperson för Melior/PMO/Orbit/motsvarande tillse att nyheter i läkemedelsmodulen i respektive system blir kända och efterlevs av användarna
- uppmuntra och stödja biverkningsrapportering och avvikelserapportering inom läkemedelsområdet samt följa upp och föreslå säkerhetshöjande åtgärder
- medverka i den årliga kvalitetsgranskningen/egenkontroll av läkemedelshanteringen och läkemedelsdokumentationen.

**Läs mer:** Bilaga 3, Uppdrag och funktionsbeskrivning läkemedelsansvarig sjuksköterska. Läs mer om kvalitetsgranskningsmodellen, hänvisning till 1.2.

#### 1.1.5 Kontrollansvarig sjuksköterska/farmaceut

Kontrollansvarig sjuksköterska/farmaceut ansvarar för att:

- verka för en säker och effektiv narkotikahantering
- delta i lokala möten för kontrollansvariga sjuksköterskor/farmaceuter samt föra informationen vidare till enhetens sjuksköterskor
- vara rådgivande för och handleda medarbetare samt följa upp brister i narkotikahanteringen och dokumentationen
- i möjligaste mån medverka i den årliga kvalitetsgranskningen/egenkontrollen av läkemedelshanteringen och läkemedelsdokumentationen
- kontrollera samtliga lagersaldon mot förbrukningsjournal, minst en gång per månad, oftare vid behov exempelvis vid saldoavvikelse som föranleder misstanke om oegentligheter.
- kontrollera anteckning i förbrukningsjournal mot ordination i ordinationssystemet/motsvarande.
- kontrollera införsel i förbrukningsjournal mot beställning gjord i Raindance marknadsplatsen.
- kontrollera införsel och utförsel i förbrukningsjournal mot "Blankett vid utlåning av narkotika" om lån från eller till annan enhet har förekommit.
- kontrollera hur eventuell kassation av större mängd narkotika dokumenterats i förbrukningsjournal (t ex vid utgången hållbarhet). Dubbelsignering krävs.

- följa upp och rapportera till enhetschef om det förekommer saldoavvikelser eller andra avvikelser sedan föregående narkotikakontroll.

**Läs mer:** Bilaga 4, Uppdrag och funktionsbeskrivning kontrollansvarig sjuksköterska, samt bilaga 4a Checklista för kontroll och inventering av narkotika.

### 1.1.6 Gasansvarig

Gasansvarig ansvarar för att:

- Tillsammans med verksamhetschef (eller av denne utsedd) bidra till att de lokala rutinerna kring gashantering finns, är relevanta och är uppdaterade.
- Tillsammans med verksamhetschef (eller av denne utsedd) bidra till att rekvisition och mottagningsförfarande sker enligt godkänd rutin.
- Ha kännedom om det fastställda gassortimentet på enheten.
- Tillsammans med verksamhetschef (eller av denne utsedd) vid behov delta i riskbedömning av gashantering på enheten.
- Tillsammans med verksamhetschef (eller av denne utsedd) säkerställa att personal har erforderlig utbildning i medicinska gaser.
- Bidra till att rutiner kring gashantering är kända och följs på enheten.
- Ha kunskap om den rutin som gäller vid driftsstörning eller gasbortfall.
- Ha kunskap om den rutin som gäller vid brand eller nödsituation.

**Läs mer:** Bilaga 5, Uppdrag och ansvarsbeskrivning gasansvarig, samt bilaga 5a Förvaring och kontroll av medicinsk gasflaska på enhet.

## 1.2 KVALITETSGRANSKNING

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs för att uppnå god kvalitet och säkerhet i läkemedelshantering.

### 1.2.1 Egenkontroll

Syftet med egenkontrollen är att ge verksamheten ett hjälpmedel för att själva fånga upp avvikelser mot gällande bestämmelser och styrande dokument och därefter upprätta en åtgärdsplan över det som behöver åtgärdas och arbetas vidare med.

#### **Slutenvård:**

Enhetschefen ansvarar för att genomföra egenkontrollen tillsammans med sektionschef/läkemedelsansvarig läkare/medicinsk ansvarig läkare/motsvarande, läkemedelsansvarig sjuksköterska och övriga berörda.

#### **Primärvård:**

Verksamhetschefen ansvarar för att genomföra egenkontrollen tillsammans med medicinsk rådgivare, läkemedelsansvarig sjuksköterska och övriga berörda. Palliativ vård och ASIH är idag organiserade under Primärvård. Enhetscheferna är då ansvariga för egenkontrollen.

**Läs mer:** [Kvalitetsgranskning och egenkontroll](#)

### 1.2.2 Avvikelsehantering

Samtliga avvikelser rörande läkemedel rapporteras i avvikelssystemet AvIC. Detta innebär att även Region Skånes leverantör av läkemedel kan rapportera, orsaksutreda med mera via AvIC. Avvikelser som avser läkemedelstjänster som tillhandahålls av läkemedelsleverantören ska

rapporteras i flödet "leveranser och tjänster", för att inte förväxlas med läkemedelshantering t.ex. feldosering, feladministrering etc. vilka är händelser som hör till flödet "patientärende". Avvikelse som rör misstänkt eller konstaterat svinn/stöld av narkotika ska kategoriseras som "Säkerhet". Observera att även avvikelser från extern vårdgivare ska registreras i AvIC av den som tar emot informationen. Dokument från extern vårdgivare gällande avvikelsen bifogas då.

Läs mer: [Information om AvIC](#)

## 2 BEHÖRIGHET OCH ANSVAR

Nedanstående tabell beskriver vilka yrkeskategorier inom svensk hälso- och sjukvård som har behörighet att ordinera/förskriva, iordningställa, administrera och överlämna läkemedel.

Läs mer: [HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården](#)

**Tabell 1 Behörighet för hälso-och sjukvårdspersonal enligt HSLF- FS 2017:37**

Yrkestitel	Ordinera/ förskriva	Iordningställa	Administrera	Överlämna
Läkare	Ja	Ja	Ja	Ja
Tandläkare	Ja, inom kompetensområdet	Ja	Ja	Ja
Sjuksköterskor	Ja, särskild behörighet	Ja	Ja	Ja
Fysioterapeuter	Nej	Ja, i samband med fysioterapi	Ja, i samband med fysioterapi	Ja, i samband med fysioterapi
Sjukhusfysiker	Nej	Ja, radioaktiva läkemedel	Nej	Ja, radioaktiva perorala läkemedel
Biomedicinska analytiker	Nej	Ja, inom kompetensområdet	Ja, inom kompetensområdet	Ja, inom kompetensområdet
Tandhygienister	Ja, inom kompetensområdet	Ja, inom kompetensområdet	Ja, inom kompetensområdet	Ja, inom kompetensområdet
Röntgensjuksköterskor	Nej	Ja, inom kompetensområdet	Ja, inom kompetensområdet	Ja, inom kompetensområdet
Barnmorskor som ej är sjuksköterskor	Nej	Ja, inom kompetensområdet	Ja, inom kompetensområdet	Ja, inom kompetensområdet
Apotekare	Nej	Ja	Nej	Ja
Receptarier	Nej	Ja <sup>1</sup>	Nej	Ja
Optiker	Ja, inom kompetensområdet	Ja, med begränsningar	Ja, med begränsningar	Ja, med begränsningar
Sjuksköterskestudenter	Nej	Ja, under tillsyn av legitimerad personal <sup>2</sup>	Ja, under tillsyn av legitimerad personal <sup>2</sup>	Ja, under tillsyn av legitimerad personal <sup>2</sup>
Icke-legitimerade inom ambulans-sjukvård och räddningstjänst	Nej	Ja, andningsoxygen enligt generellt direktiv	Ja, andningsoxygen enligt generellt direktiv	Nej

<sup>1</sup> Utbildningens innehåll kan variera och inkluderar nödvändigtvis inte praktik, kunskap och erfarenhet inom området.

<sup>2</sup> Studentens handledare kan inte avsäga sig ansvaret vid eventuellt uppkomna misstag.

## 2.1 ANSVARFÖRDELNING GÄLLANDE ORDINATION AV LÄKEMEDEL

### 2.1.1 Ordinator/Förskrivare

Vid ordination av läkemedel ansvarar ordinator/förskrivare för att

- ha kännedom om verksamhetens styrande dokument för läkemedelsordination och hantering
- vara restriktiv med muntliga ordinationer och enbart använda detta när det krävs omedelbar behandling
- känna till verksamhetens generella direktiv om läkemedelsbehandling och vara uppmärksam på varför ett förändrat behov uppstått samt om läkemedel givna enligt generella direktiv bör ordineras som stående- eller vid behovs- ordination på grund av bestående förändring i patientens behov
- göra en läkemedelsavstämning tillsammans med patienten för att komplettera och uppdatera uppgifterna i journalens läkemedelslista, hänvisning till [3.1](#)
- vara medveten om att dosjusteringar kan ha utförts av sjuksköterska som har ett särskilt förordnande att dosjustera specificerade läkemedel mot målvärde enligt verksamhetens rutiner, exempel på detta kan vara insuliner, antikoagulantia, diuretika
- göra en lämplighetsbedömning utifrån patientens behov, detta gäller både vid in- och utsättning av läkemedel, ändring eller förlängning av en ordination och är viktigt att tänka på vid receptförnyelse
- åtgärda läkemedelsordination som uppenbart inte är ändamålsenlig och säker och som upptäcks vid läkemedelsavstämningen, hänvisning till [3.1](#)
- dokumentera läkemedelsordinationer i patientjournalen på ett strukturerat sätt i enlighet med gällande rutiner
- alltid ange ordinationsorsak tillsammans med den aktuella ordinationen
- i samråd med patienten planera en tidpunkt för när läkemedelsbehandlingen ska följas upp eller avslutas
- informera patienten om att ett läkemedel kan komma att bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel på ett öppenvårdsapotek vid receptförskrivning.

### 2.1.2 Sjuksköterska

Vid hantering av läkemedelsordination ansvarar sjuksköterska för att

- ha kännedom om verksamhetens styrande dokument för läkemedelsordination, läkemedelsdokumentation och hantering
- göra en behovsbedömning och bedöma läkemedlets indikation och kontraindikation innan överlämning eller administrering av läkemedel enligt generella direktiv, behovsbedömningen ska dokumenteras
- dokumentera en muntlig ordination om ordinatören är förhindrad att göra det själv
- vara medveten om att sjuksköterska kan ha ett personligt förordnande att dosjustera specificerade läkemedel mot målvärde enligt verksamhetens rutiner, exempel på detta kan vara insuliner, antikoagulantia, diuretika.

### 3 UNDERLAG FÖR ORDINATION

---

Ordination innebär beslut av hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Den vård och behandling som en patient får ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.

Den som ska ordinera, iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel måste ha tillgång till en samlad information kring patientens läkemedelsordinationer.

#### 3.1 LÄKEMEDELSAVSTÄMNING

En korrekt och uppdaterad läkemedelslista är en grundförutsättning för att kunna bedöma patientens tillstånd och behandlingseffekter, risker med behandlingen samt biverkningar. Läkemedelsavstämningen syftar till att säkerställa en aktuell läkemedelslista.

Läkemedelsavstämning genomförs vid

- inskrivning i slutenvård
- påbörjad hemsjukvård
- inflyttning i en sådan boendeform eller bostad omfattandes av 12 kap 1§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- besök hos läkare i öppenvård då läkemedelsförändringar genomförs, ex insättning och avslutande av behandling, justering av dos.

Informationsruta 1

Vid läkemedelsavstämningen kartläggs

1. de ordinerade läkemedel som patienten använder samt ordinationsorsak
2. övriga läkemedel, exempelvis receptfria läkemedel (obs NSAID<sup>3</sup>!) och naturläkemedel.

**Öppenvård:** Den som ordinerar läkemedel ansvarar för att läkemedelsavstämning genomförs och för att patienten, eller närstående, får en uppdaterad läkemedelslista. Observera att samtycke krävs från patienten om närstående ska ta del av listan i enlighet med patientlagen. I mottagningsanteckningen dokumenteras om och hur läkemedelsavstämning har genomförts, vilka källor som använts samt att uppdaterad läkemedelslista har lämnats ut. Uppdatera aktuella ordinationer (specialistmottagning/Melior) alternativt läkemedelslistan (primärvård/PMO). Använd sökord "Läkemedelsavstämning, slutförd" för Melior respektive "Läkemedelsavstämning, källor" för PMO. Patienten kan som alternativ till läkemedelsavstämning på specialistmottagning i öppenvård erbjudas remiss för avstämning hos den vårdenhet som har den huvudsakliga vårdkontakten. Den som ordinerar ett läkemedel eller ändrar pågående ordination har dock ett ansvar för att ordination är lämplig både utifrån patientens hälsotillstånd, övriga läkemedel samt annan pågående behandling eller utredning.

#### **Slutenvård/Psykiatrisk heldygnsvård:**

Läkemedelsavstämningen ska påbörjas snarast men bör slutföras senast under första vård dygnet. Stäm av information med patient eller den som hanterar patientens läkemedel. Uppdatera aktuella ordinationer/ordinationsöversikten enligt avstämd läkemedelslista. Dokumentera i journalen att en läkemedelsavstämning gjorts, vilka källor som använts och om oklarheter kvarstår. Använd sökord "Läkemedelsavstämning slutförd". Dokumentation görs enligt [Läkemedelsavstämning steg för steg i Melior](#). Ansvarig läkare på den avdelning där patienten vårdas

---

<sup>3</sup> Exempel på generiska substansnamn: Ibuprofen, Naproxen.



har huvudansvaret för att läkemedelsavstämningen genomförs och att läkemedelslistan i journalsystemet uppdateras.

**Läs mer:**

[Läkemedelssäkerhet](#)

[Tolkningsdokument: SOSFS 2012:9 och framtagna modeller inom Region Skåne](#)

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior](#) (under A. Rutiner)

[Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen PMO](#) (under Läkemedel - Manualer)

[Lathund "Koll på läkemedelslistan Melior"](#) (under Läkemedelsavstämning)

[Lathund "Koll på läkemedelslistan PMO"](#) (under Läkemedelsavstämning)

[Film läkemedelsavstämning slutet- och öppenvård](#)

## 3.2 LÄKEMEDELSGENOMGÅNG

En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning, som genomförs enligt ett förutbestämt strukturerat och systematiskt arbetssätt, i enlighet med lokala riktlinjer och rutiner.

Det övergripande syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen.

Vårdenhet som i sin verksamhet har läkare anställda eller har läkare som arbetar där på uppdrag eller annan liknande grund har skyldighet att erbjuda läkemedelsgenomgångar.

En läkemedelsgenomgång ska resultera i

- en optimering av patientens läkemedelsbehandling
- en individuellt anpassad information till patienten om vilka åtgärder som har vidtagits, orsaker till åtgärderna, mål med läkemedelsbehandlingen och planerad uppföljning
- en uppdaterad läkemedelslista till patienten.

Informationsruta 2

### 3.2.1 Skånemodellen för läkemedelsgenomgångar

I Region Skåne är det beslutat att läkemedelsgenomgångar ska genomföras för patienter inom somatisk vård samt inom psykiatrisk heldygnsvård i enlighet med respektive Skånemodell för läkemedelsgenomgångar (somatik respektive psykiatri, se länkar).

Enligt Skånemodellen för läkemedelsgenomgångar genomförs läkemedelsgenomgångar på två nivåer; Basal läkemedelsgenomgång respektive Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång.

En läkemedelsgenomgång består av följande delar:

- **Faktainsamling**  
Aktuell läkemedelslista via läkemedelsavstämning, diagnoser, symtom, följsamhet, mätvärden t. ex. blodtryck, njurfunktion.
- **Ställningstagande**  
Aktuell indikation, effekt, biverkningar, olämpliga läkemedel, dos anpassad till patient, interaktioner.
- **Dokumentation**  
Identifierade problem relaterade till läkemedelsbehandlingen samt förslag på åtgärder dokumenteras.
- **Åtgärdsplan**  
Upprättande av beslut och åtgärdsplan.
- **Utvärdering**  
Utvärdering av genomförd förändring enligt åtgärdsplan.

Informationsruta 3

Läkaren ansvarar för att patienten får individuellt anpassad information om vilka åtgärder som har vidtagits och orsaker till åtgärderna samt att patienten får en uppdaterad läkemedelslista.

### 3.2.2 Basal läkemedelsgenomgång

Basal läkemedelsgenomgång genomförs i anslutning till ordinarie öppenvårdsbesök eller i samband med sjukhusvistelse och genomförs av patientansvarig läkare, i dialog med patienten. Den basala läkemedelsgenomgången bör enligt Skånemodellen genomföras för alla patienter > 65 år som behandlas med läkemedel.

Läs mer: [Metodstöd Basal läkemedelsgenomgång](#)

### 3.2.3 Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång

Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång ska erbjudas patientgrupper som löper störst risk för läkemedelsrelaterade problem och läkemedelsorsakade sjukhusinläggningar.

Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång enligt Skånemodell genomförs för nedanstående patientgrupper inom somatisk vård:

- Patienter boende inom kommunala vård- och omsorgsboenden för äldre.
- Patienter 65 år och äldre i eget boende med insatser från kommunal hemsjukvård rörande läkemedelsanvändningen.
- Slutenvårdspatienter 75 år och äldre med  $\geq 5$  läkemedel vårdade inom enheter där flertalet patienter använder många läkemedel och därmed har en ökad risk för problem relaterade till läkemedelsbehandlingen (allmän internmedicin/närsjukvård eller motsvarande, geriatrik, neurologi, infektion samt ortopedi).
- Patienter remitterade till en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång.

Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång genomförs även inom psykiatrisk heldygnsvård.

Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång genomförs av ansvarig läkare i samarbete med apotekare, klinisk farmakolog eller geriatriker alternativt läkare med en närliggande specialitet certifierad för att göra läkemedelsgenomgångar.

**Läs mer:** Föreskrifter och regionala/nationella dokument som reglerar arbetet

[HSLF-FS 2017:37 kapitel 11 Läkemedelsgenomgångar](#)

[Skånemodell för läkemedelsgenomgångar somatik/psykiatri](#)

[Tolkningsdokument: SOSFS 2012:9 och framtagna modeller inom Region Skåne](#)

Metodstöd:

[Goda Läkemedelsråd för sköra äldre](#)

[Lathund läkemedelsgenomgångar inom psykiatri](#)

### 3.3 UTSKRIVNINGSPÅSKRIVNING

Misstag och missuppfattningar är vanliga i samband med utskrivning från sjukhus, bland annat om läkemedelsanvändning. Utskrivningsinformation syftar till att säkerställa att information vid utskrivning överförs korrekt till patient och till nästa vårdform.

Utskrivningsinformation ska skrivas när patienter skrivs ut från sjukhusvård.

Följande information ska framgå i utskrivningsinformationen:

- Kortfattad information kring inläggningsorsak, vad som gjorts under vårdtiden samt vad som planeras efter vårdtiden, exempelvis provtagning, återbesök, sjukskrivning.
- Läkemedelsberättelse; vilka läkemedelsförändringar som skett under vårdtiden och varför.
- En aktuell läkemedelslista; information om läkemedelsnamn, beredningsform, styrka, dosering och indikation samt om behov föreligger administreringsätt och behandlingstid.

Informationsruta 4

Läkare på utskrivande avdelning ansvarar för att utskrivningsinformationen är aktuell, för att muntligen gå igenom och överlämna en skriftlig individanpassad utskrivningsinformation till patienten, eller närstående. Informationen ska även överföras till nästa vårdenhet, ex VC, kommun *senast samma dag* om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar. Verksamhetschef säkerställer att det finns lokala rutiner för att information överförs till nästa vårdenhet. För dospatienter ansvarar läkare på utskrivande avdelning även för att föra in läkemedelsförändringar i Pascal. Patienten ska förses med läkemedel som räcker tills dosdispenserade läkemedel kan levereras. Se även 5.5.10 [Jourdos](#).

Av verksamhetschef utsedd funktion, exempelvis medicinsk sekreterare, dokumenterar i patientens journal Melior till vilken/vilka vårdenheter utskrivningsinformationen har skickats.

I journalen skall även målen för läkemedelsbehandlingen, när uppföljning av behandlingen ska göras och vilken vårdenhet som ska ansvara för uppföljningen dokumenteras.

**Läs mer:**

[Läkemedelssäkerhet](#)

[Regionala riktlinjer för utskrivningsinformation](#)

[Patientsäkerhetslag SFS 2010:659, §6](#)

[Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, SFS 2017:612](#)

[Tolkningsdokument: SOSFS 2012:9 och framtagna modeller inom Region Skåne](#)

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior](#) (under A. Rutiner)

[Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen PMO](#) (under Läkemedel - Manualer)

[Lathund "Koll på läkemedelslistan Melior"](#) (under Läkemedelsavstämning)

[Lathund "Koll på läkemedelslistan PMO"](#) (under Läkemedelsavstämning)

### 3.4 LÄKEMEDELSREKOMMENDATIONER

Läkemedelsrådets rekommendationer samt de rekvisitionsläkemedel som upphandlats till särskilda avtalspriser av Koncerninköp, anger vilka läkemedel som i första hand ska användas inom Region Skåne.

**Läs mer:**

[Skånelistan](#)

[Avtalade läkemedel](#)

[Utbyteslista](#) (se Praktisk hantering)

[Sortimentslista Patientindividuellt packade doser](#)

#### 3.4.1 Receptfria läkemedel

Receptfria läkemedel kan förskrivas på recept. Ett fåtal receptfria läkemedel ingår i läkemedelsförmånen, vilket innebär att läkemedlet räknas till patientens högkostnadsskydd om läkaren markerar detta vid förskrivningstillfället.

Läkemedelsrådet i Region Skåne har fastställt övergripande principer för receptförskrivning alternativt egenvård. Om patienten har ett medicinskt behov av ett receptfritt läkemedel bör läkaren ta ställning till behandlingen och utfärda ett recept om detta är lämpligt.

Vid behov av kortvariga behandlingar under 2 – 3 månader rekommenderar Läkemedelsrådet egenvård efter en individuell bedömning, vilket i många fall blir enklare för patienten och för sjukvården. Bedömningen ska inte påverkas av om patienten har frikort, eller om det rör sig om ett barn med kostnadsfria läkemedel.

**Läs mer:**

[Läkemedelsrådets övergripande principer för receptförskrivning alternativt egenvård](#)

#### 3.4.2 Särskild landstingssubvention

Förskrivningar till patient på recept eller hjälpmedelskort av produkter inom läkemedelsförmånen omfattas normalt av högkostnadsskyddet. Det förekommer att förskrivningar avser varor som ligger utanför förmånen, men att patienten av olika skäl ändå inte ska betala. Även i andra fall kan det hända att patienten inte själv ska betala hela kostnaden för sina varor.

För att förskrivningen ska kunna omfattas av Region Skånes särskilda subventioner, för personer folkbokförda i Skåne, måste förskrivningsdokumentet respektive fakturaunderlaget omfatta specifik information.

Följande områden är aktuella för särskild landstingssubvention:

- Undantagshantering för läkemedel utanför förmånen.
- Preventivmedel till ungdomar ("ungdomsrabatt").
- Spolvätskor på recept (tidigare kallade CE-produkter).
- Smittskyddsläkemedel.
- Antipsykotiska läkemedel till vissa patienter.
- Tidigareläggning av läkemedelsinköp vid resa utomlands.

Informationsruta 5

**Läs mer:**

[Förskrivning och fakturering av läkemedel och liknande produkter med särskild landstingssubvention](#)

### 3.4.3 Läkemedel till asylsökande och papperslösa

För asylsökande och papperslösa gäller särskilda regler gällande läkemedelsförskrivning.

Läs mer nedan om vilka läkemedel som subventioneras och hur du som hälso- och sjukvårdspersonal går tillväga för att förskriva läkemedel till asylsökande och papperslösa.

**Läs mer:**

[Läkemedel och läkemedelsnära produkter till asylsökande och papperslösa](#)

## 3.5 LICENSLÄKEMEDEL

### 3.5.1 Vad är en licens?

Licens är ett försäljningstillstånd för ett apotek att sälja ett läkemedel som inte är godkänt i Sverige. Ett icke-godkänt läkemedel får inte utlämnas från apotek förrän Läkemedelsverket beviljat tillstånd till detta, dvs. apoteket har erhållit en beviljad licens.

### 3.5.2 Märkning och produktinformation

Det är viktigt att utförlig dokumentation avseende licensläkemedel finns tillgänglig vid såväl slutensom öppenvård samt att denna information vidarebefordras vid överföring till annan vårdenhet. Eftersom licensläkemedel inte är godkända i Sverige, finns inte heller viktig dokumentation kring dessa preparats indikationer, dosering, biverkningar och interaktioner med mera tillgängliga i FASS. Interaktionsvarning relaterat till licensläkemedel finns därför inte i Melior och PMO.

Läkemedel som inte innehar godkännande i Sverige är inte granskade av Läkemedelsverket. Märkning, produktinformation och förpackning är enligt det språk som förekommer i det land där läkemedlet har godkännande. Viss vägledande information finns framtagen för utvalda licensläkemedel, se länk nedan under "Läs mer".

### 3.5.3 Licensansökan

Licensansökningar görs via e-hälsomyndighetens system Kommunikationslösning för licensansökan (KLAS). I KLAS kan förskrivare skapa och komplettera licensmotiveringar för läkemedel.

Förskrivaren har ansvar för att doseringen är medicinskt ändamålsenlig, för att information till patienten ges, samt för att behandlingen följs upp på lämpligt sätt och att eventuella biverkningar rapporteras till Läkemedelsverket.

Patienter får hämta ut sina licensläkemedel på valfritt öppenvårdsapotek oavsett vilken apotekskedja som har beviljats licensen. Om förskrivaren inte aktivt väljer ett specifikt apotek måste patienten uppsöka ett valfritt apotek som då kan "aktivera" licensansökan. För hantering av licens för rekvisitionsläkemedel, hänvisning till [7.1.7](#).

### 3.5.4 Beslut om licens

Läkemedelsverkets beslut om beviljad licens meddelas apoteket. Förskrivaren får ingen bekräftelse, men kontaktas av Läkemedelsverket vid avslag eller om motiveringen behöver kompletteras. Beviljad licens avser en viss behandlingstid eller mängd. En licens är giltig i ett år från dagen för beslutet, om inte Läkemedelsverket anger en kortare tid.

### 3.5.5 Enskild licens

Enskild licens avser licensläkemedel för en enskild patient.

Licensläkemedel för en enskild patient finns i de flesta fall namngivna med produktnamn i Melior under "Icke godkända" läkemedel. Produktnamnen används också vid elektronisk förskrivning av ett licensläkemedel.

Ordinerade licensläkemedel dokumenteras i Melior/PMO. Bipacksedeln bör när det är möjligt scannas in i journalen.

### 3.5.6 Generell licens

Generell licens kan ges för rekvisitionsläkemedel och kan gälla för en hel vårdenhet eller för ett helt sjukhus.

För ett läkemedel med bred användning, där det finns en bristsituation, kan det vara bra med en generell licens som gäller hela sjukhusets behov.

Förskrivaren ska då ha kunskaper om och insyn i vården på hela sjukhuset för att licensen ska bli godkänd. Det bör anges vilken befattning och vilket ansvarsområde förskrivaren som skickat in licensmotiveringen har. För att söka licens för ett helt sjukhus kan en lämplig befattning vara chefläkare.

För ett läkemedel där det finns flera godkända alternativ och läkemedlet bara används i undantagsfall kan man söka licens till en mindre enhet. Då ska förskrivaren ha god kunskap om och insyn i den vård som bedrivs vid den vårdinrättning eller de vårdinrättningar som anges i den generella licensansökan.

Regionövergripande licens är en generell licens som godkänns tillfälligt för hela regionen, vid till exempel omfattande restsituationer av specifikt, vanligt förekommande läkemedel.

### 3.5.7 Dokumentation

Eftersom licensläkemedel saknar text i FASS är det viktigt att personal som administrerar ett licensläkemedel har god kunskap om läkemedlet och därför bör licensläkemedel som används kontinuerligt på en avdelning/mottagning finnas med i den "Lokala instruktionen för läkemedelshantering".

Behandlande läkare ansvarar för att det finns en tydlig anvisning i ordinationen så att sjuksköterskan som hanterar licensläkemedlet vet hur det ska iordningställas och administreras.

Vid överföring till annan vårdenhet ska licensinformationen dokumenteras. Vid överföring till öppenvård ska dokumentation medfölja remiss eller remissvar till såväl remitterande som patientens läkare i primärvården.

#### Läs mer:

Se mer om rekvisition av licensläkemedel hänvisning [7.1.7](#)

[Licensansökan i KLAS, praktisk hantering](#)

[Nationellt produkt- och artikelregister VARA](#)

[Produktinformation licensläkemedel](#)

För dokumentation gällande licensläkemedel se:

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior](#) (under A. Rutiner)

[Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen PMO](#) (under Läkemedel - Manualer)

Bilaga 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering

## 3.6 VÄXTBASERADE LÄKEMEDEL, TRADITIONELLA VÄXTBASERADE LÄKEMEDEL OCH NATURLÄKEMEDEL

**Växtbaserade läkemedel** kan ordinerar/rekommenderas som "vanliga" läkemedel av legitimerad personal.

**Traditionella växtbaserade läkemedel** har ett mycket begränsat vetenskapligt underlag gällande effekt och säkerhet. Legitimerad personal bör inta en mer restriktiv hållning.

**Naturläkemedel** har godkänts av Läkemedelsverket i enlighet med gällande lagstiftning. Legitimerad

hälso- och sjukvårdspersonal kan förskriva/rekommendera naturläkemedel inom ramen för sin yrkeskompetens. Notera att interaktioner med läkemedel kan förekomma vid användning av vissa naturläkemedel/växtbaserade läkemedel, vilket kan leda till potentiellt skadliga effekter. Rekommendation av naturläkemedel/växtbaserade läkemedel ska journalföras på samma sätt som receptfria läkemedel.

En aktuell förteckning över idag godkända naturläkemedel/växtbaserade läkemedel, med godkända indikationer och övrig produktinformation (produktresuméer) finns på Läkemedelsverkets hemsida.

**Läs mer:**

[Om rekommendationer och förskrivning, Läkemedelsboken](#)

[Växtbaserade läkemedel och naturläkemedel, Läkemedelsverket](#)

[Janusmed interaktioner och riskprofil](#)

## 4 ORDINATION

---

### 4.1 ORDINATIONSTYPER

#### 4.1.1 Stående ordination

Stående ordination kan ges som

- kontinuerlig ordination
- vidbehovsordination.

#### 4.1.2 Tillfällig ordination

Med tillfällig ordination avses läkemedel som ges vid ett enstaka behandlingstillfälle. Detta i motsats till vidbehovsordination som ordinerats i förväg och avser en planerad behandling. Uppgift om behandlingsperiod ska dokumenteras i journalsystemens läkemedelsmodul.

#### 4.1.3 Muntlig ordination

För att en ordination ska vara patientsäker, får muntlig ordination enbart ske när en patient behöver omedelbar behandling. Sjuksköterska som tar emot ordinationen repeterar denna. Ordinationen ska dokumenteras direkt eller i undantagsfall så snart som möjligt av den som ordinerat.

I de fall där den som ordinerat inte kan dokumentera ordinationen, ska sjuksköterskan skriva in ordinationen i Läkemedelsmodulen (Melior) eller i journalen (PMO) som en tillfällig ordination i ansvarig läkares namn.

#### 4.1.4 Generella direktiv om läkemedelsbehandling

Generella direktiv om läkemedelsbehandling är ett beslut om läkemedelsbehandling som gäller patienter på en viss vårdenhets och vid särskilt angivna tillstånd. Endast läkare får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Denna typ av ordinationer ska utfärdas restriktivt och omprövas regelbundet. De generella direktiven ska uppdateras minst en gång årligen.

Anvisningar för ordinationer enligt generella direktiv ska finnas i den lokala instruktionen för läkemedelshandling. Läkemedel som ordinerats enligt generella direktiv får ges till en patient endast efter att en sjuksköterska gjort en bedömning av patientens behov samt kontrollerat läkemedlets indikation och kontraindikation. Sjuksköterska ska även uppmärksamma angiven maxdos och kontrollera hur många doser som får ges utan läkarkontakt.

Ordinationer enligt generella direktiv dokumenteras i läkemedelsmodulen i Melior.

Behovsbedömningen dokumenteras i utdelningskommentaren i utdelningslistan. När det gäller primärvårdens generella direktiv för hemsjukvården dokumenteras det i kommunens journalsystem.

Sjuksköterskan bör uppmärksamma patientansvarig läkare om en patient ofta får läkemedel genom generella direktiv. Läkaren ska då överväga om läkemedel givna enligt generella direktiv bör ordineras som stående- eller vidbehovsordination på grund av bestående förändring i patientens behov, eller om annan behandling kan vara aktuell.

Ett generellt direktiv ska vara skriftligt och innehålla uppgifter om

- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering
- maxdos
- administreringsätt
- indikationer och kontraindikationer
- antalet tillfällen som läkemedlet får ges utan att en läkare kontaktas.

Informationsruta 6

**Läs mer:** Bilaga 8, Blankett Generella direktiv. Bilaga 9, Blankett Generella direktiv primärvård  
[Generella ordinationer blankett beställning Melior](#)  
[Generella ordinationer rutin Melior](#)

#### 4.1.5 Justering av dosering

Sjuksköterska får efter särskilt förordnande justera dosering i en ordination där den är beroende av patientens mål- eller mätvärden, under förutsättning att det är patientsäkert. Med dosjustering menas dositering inom ett av läkaren förbestämt dosintervall. Sjuksköterska som dosjusterar ska ha dokumenterade kunskaper inom det område som rör läkemedel aktuella för dosjustering, vilket ska specificeras i den lokala instruktionen.

Vid en justering av dosering ska detta dokumenteras i läkemedelsmodulen.

Enheten ska ha en lista i den lokala instruktionen över vilka sjuksköterskor som får dosjustera läkemedel. Vilka läkemedel som avses och riktlinjer för dosjustering av dessa ska finnas beskrivna. Exempel på verksamheter där dosjustering kan vara aktuellt är diabetes-, hjärtsvikts-, och antikoagulationsmottagning.

**Läs mer:** Bilaga 7 Uppdrag att dosjustera ordinerat läkemedel, Bilaga 7a Dosjustering av läkemedel eller läkemedelsgrupp, Bilaga 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering

#### 4.1.6 Förskriva naloxon

En sjuksköterska får, utan ordinarie förskrivningsrätt, förskriva läkemedel som innehåller naloxon och som enligt sitt godkännande kan administreras av andra personer än hälso- och sjukvårdspersonal. Detta gäller under förutsättning att sjuksköterskan har den kompetens som krävs, vilket är att först genomgå specifik utbildning vars innehåll följer Naloxonprogrammet i Region Skåne.

Verksamhetschef eller av denne annan utsedd person för Region Skånes sprututbytesmottagningar eller beroendevårdsenheter, inklusive LARO-mottagningar ansvarar för att det görs en bedömning av om sjuksköterskan uppfyller kraven. Denna bedömning ska dokumenteras på avsedd blankett.

**Läs mer:** Bilaga 17 Uppdrag att förskriva naloxon.



#### 4.1.7 Ordination enligt PM

Ordination enligt PM är förenad med ökad risk för felaktig eller utebliven läkemedelsbehandling. I syfte att minska risken ska ordination enligt PM användas restriktivt och enbart när annat ordinationssätt, (exempelvis ordinationsmall), inte är möjligt.

Om det förekommer ordinationer enligt PM inom vårdenheten ska det i den lokala läkemedelsinstruktionen beskrivas vilka läkemedelsbehandlingar som avses

## 4.2 LÄMPLIGHETSBEDÖMNING

Alla läkemedelsordinationer ska alltid utgå från patientens behov och ska därför föregås av att den som ordinerar gör en lämplighetsbedömning för att uppnå en ändamålsenlig och patientsäker ordination. Lämplighetsbedömning ska göras såväl vid insättning som vid utsättning av ett läkemedel, liksom vid ändring eller förlängning av en pågående läkemedelsbehandling.

Det innebär att förnyelse av recept alltid ska föregås av att ordinatören överväger om behandlingen ska fortsätta eller inte.

En aktuell läkemedelslista ska upprättas innan läkemedel ordineras eftersom hänsyn måste tas till pågående läkemedelsanvändning. Läkemedlets kontraindikationer och andra viktiga faktorer för läkemedelsbehandlingen ska beaktas. Det kan handla om patientens inställning till behandlingen, sväljningssvårigheter, behov av enteral tillförsel, svårigheter att öppna vissa typer av förpackningar etc.

Vid lämplighetsbedömning ska följande särskilt tas hänsyn till

- hälsotillstånd
- ålder
- kön
- läkemedelsanvändning
- pågående behandling och utredning
- överkänslighet mot läkemedel
- eventuell graviditet eller amning
- läkemedlets kontraindikationer och andra viktiga faktorer för läkemedelsbehandlingen.

Informationsruta 7

**Läs mer:** Läkemedelsavstämning, [kap. 3.1](#)

## 4.3 DOKUMENTATION AV LÄKEMEDELSORDINATIONER

Läkemedelsordinationer ska dokumenteras i läkemedelsmodulen på ett strukturerat sätt och i ett enhetligt format och bör göras elektroniskt. Detta är viktigt för att den som ska ordinerar, iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel ska ha tillgång till en samlad information om patientens läkemedelsbehandling. Pappersdokumentation av ordinationer ska endast ske i undantagsfall. Om det behövs extra anvisningar för ordinationen får en hänvisning till fastställda behandlingsscheman eller lokalt fastställt spändningsschema göras i ordinationshandlingen.

**Läs mer:**

[Stöddokument för Melior](#)

[Stöddokument för PMO](#)

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior](#) (under A. Rutiner)  
[Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen PMO](#) (under Läkemedel - Manualer)  
[Lärportalen Säker läkemedelshantering läkare](#)  
[Lärportalen Säker läkemedelshantering sjuksköterska](#)

#### 4.3.1 Innehåll i läkemedelsordination

En läkemedelsordination ska innehålla uppgifter om

- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering
- administreringsätt
- administreringstillfällen
- läkemedelsbehandlingsens längd
- ordinationsorsak
- när och hur läkemedelsbehandlingen ska följas upp eller avslutas
- i förekommande fall, anledningen till att läkemedlet inte får bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel
- övriga uppgifter som kan behövas för en säker hantering av läkemedlet.

**Obs! Uppgift om maxdos per dygn ska dokumenteras vid en vidbehovsordination för att undvika överdosering.**

Informationsruta 8

#### 4.3.2 Ordinationsorsak

Ordinationsorsak ska alltid dokumenteras. Ett och samma läkemedel kan vara aktuellt för flera olika indikationer och ordinationsorsak förtydligar då läkemedelsbehandlingsens syfte. Ordinationsorsak är ett stöd för andra professioner i alla vårdformer och underlättar framtagande av utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista.

Uppgiften om ordinationsorsak bör anges genom användning av Socialstyrelsens nationella källa för ordinationsorsak när det blir möjligt.

Det kan vid vissa tillfällen finnas anledning att använda ett läkemedel utanför godkänd indikation (off label). I samband med detta har ordinerande läkare ett utökat ansvar att dokumentera övervägande kring behandlingsstrategin och skäl för val av läkemedel samt följa behandlingsresultat och biverkningar. Off label förskrivning markeras med ett "obs!" på receptet.

#### 4.3.3 Dokumentation vid konsultationer

##### **Generellt gäller:**

Vid behov av konsultation skriver patientansvarig läkare remiss.

Konsultsvar/remissvar förs in i Melior/PMO. Detta ska göras snarast och för patient i slutenvård ska detta göras under det pågående/inneliggande vårdtillfället.

##### **4.3.3.1 Dokumentation vid telefonkonsultation**

Rådfrågning/konsultation via telefon kan bli aktuellt för kortare frågor eller framförallt i akuta och brådskande situationer. Dokumentation förs då direkt i journalsystemet av patientansvarig

remitterande läkare. Anteckningen ska innehålla information om vem som konsulterats/rådfrågats och vilka beslut som tagits.

Vid komplexa frågeställningar, vid avancerade råd och vid olika uppfattningar om den fortsatta behandlingen ska remitterande läkare begära ett skriftligt svar från konsulten. Den som konsulteras kan på motsvarande sätt begära att konsultremiss ska skrivas.

#### 4.3.3.2 Dokumentation av Läkemedelsordinationer

Det rekommenderas att de föreslagna läkemedelsordinationer som ges i konsultsvar/remissvar skrivs in i Melior/PMO av patientansvarig läkare enligt enhetens gällande rutiner. Läkare med patientansvar har helhetsansvaret utifrån de råd man fått.

Vid telefonkonsultation ges ofta råd om läkemedelsbehandling. Den mottagande läkaren ska under samtalet bekräfta att han/hon uppfattat ordinationen genom att upprepa den.

Vid alla ordinationer som inte överensstämmer med FASS-text, eller som på annat sätt är exceptionell, bör skriftlig bekräftelse begäras.

#### 4.3.3.3 Omfattande remissvar

I de fall konsultsvaret är omfattande och det finns behov om ytterligare dokumentation eller då konsultationen gäller en patient på annan plats än det egna sjukhuset, upprättas ett öppenvårdstillfälle på konsultläkarens eget verksamhetsområde. Öppenvårdsanteckningen ska hänvisa till det aktuella vårdtillfälle som konsultationen gäller.

#### 4.3.4 Planering av uppföljning eller avslut av läkemedelsordination

Läkemedelsbehandlingen måste planeras, dokumenteras och följas upp för att säkerställa behandlingens effekt. Behandlingslängd bygger på vilken plan förskrivare tillsammans med patienten kommer fram till. Verksamheten ska ha fastställda lokala instruktioner för hur läkemedelsordinationer följs upp inom rimlig tid.

**Läs mer:** Bilaga 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering.

#### 4.3.5 Doseringsformat

Uppgiften dosering omfattar information om både dos och periodicitet. Genom att använda ett enhetligt format vid dokumentation av dosering minskar risken för missförstånd och felhantering. Dosering ska anges i antal tabletter eller andra avdelade läkemedelsdoser per tidsenhet, eller volym per doseringstillfälle. Internationella enheter ska vid ordinationen förkortas med E. Observera att både förfyllda sprutor och ampuller kan förekomma för läkemedel där styrkan anges i enheter

##### 4.3.5.1 Doseringsformat för lågmolekylära hepariner

Observera att både förfyllda sprutor och injektionsflaskor kan förekomma. Lågmolekylära hepariner är högriskläkemedel med stor risk för förväxling mellan olika koncentrationer och förpackningstyper.

Styrkan i förfyllda sprutor anges som antal enheter per spruta med en standardiserad volym (ex enligt FASS; Fragmin förfylld spruta 10 000 IE, 0,4 ml). Förfyllda sprutor ordinerar i dosenhet styck. Obs! Vid ordination i styck fungerar inte e-peds rimlighetskontroll av dos till barn <18 år (Melior).

Styrkan i injektionsflaskor anges i enheter per ml (ex. enligt FASS; Fragmin 10 000 IE/ml, 1 ml). Injektionsflaskor ordinerar i dosenhet E (enheter).

**Läs mer:** Doseringsformat, se

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior](#) (under A. Rutiner)

[Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen PMO](#) (under Läkemedel - Manualer)

#### 4.3.6 Receptförskrivning

Elektronisk förskrivning (e-recept) är huvudregel. Receptblankett får endast användas i undantagsfall, till exempel vid teknisk störning. Receptblanketter med förtryckt arbetsplatskod ska förvaras inlåsta. Uttag av receptblanketter ska dokumenteras på så vis att uppföljning är möjlig. I den lokala instruktionen för läkemedelshantering ska det framgå hur receptblanketter förvaras och hanteras på enheten.

**Läs mer:**

[Arbetsplatskod - Vårdgivare Skåne](#)

[HSLF-FS 2021:75 förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit](#)

#### 4.3.7 Utbyte av läkemedel på öppenvårdsapotek

För att patienten ska förstå den ordinerade läkemedelsbehandlingen och undvika felanvändning, ska varje förskrivare av läkemedel vid samtal med patienten/närstående förklara att utbyte av läkemedel kan komma att ske på apoteket vid receptförskrivning.

Om det finns en medicinskt motiverad anledning till att läkemedlet inte får bytas mot ett likvärdigt, ska anledningen anges i journalen samt markeras på receptet.

### 4.4 DOKUMENTATIONSSYSTEM FÖR LÄKEMEDELSORDINATIONER

#### 4.4.1 Dokumentation av läkemedelsordination i primärvård

I Region Skåne ordinerar läkemedel i den elektroniska läkemedelsmodulen i PMO.

Ordinationshandling inom primärvård utgörs av patientens läkemedelslista i läkemedelsmodulen och är nåbar för alla användare inom primärvård inklusive privata vårdcentraler inom Hälsoval via det aktiva valet "Blå huset" (sammanhållen journalföring). Särskilda regler gäller för direktåtkomst av patientuppgifter inom sammanhållen journalföring.

**Läs mer:** [Sammanhållen journalföring](#)

Bilaga 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering.

#### 4.4.2 Dokumentation av läkemedelsordination i slutenvård samt öppenvård

Läkemedel skall ordinerar i läkemedelsmodulen i Melior. Enstaka undantag kan finnas för vissa specifika läkemedel som inte kan ordinerar i Melior. Dessa undantagsordinationer ska scannas in i journalen.

Läkemedelsmodulen ska ge en samlad bild av patientens ordinerade och administrerade läkemedel. Detta innebär att:

- Stående ordinationer, vilket inkluderar vidbehovsordinationer, återfinns på samma ställe.
- Läkemedelsmodulen utgör både ordinations- och administreringsunderlag.

Överföringar till andra arbetsunderlag får endast förekomma i fördefinierade fall som tydligt ska framgå av lokala instruktioner. Nödvändiga hänvisningar kan göras till lokalt fastställda behandlings- och/ eller spädningsscheman.

Exempel på detta är

- läkemedelslista för infusioner, t.ex. patientkontrollerad intravenös smärtbehandling (PCA)-lista, epidurallista
- akutjournal, anestesijournal, traumajournal och intensivvårdsavdelningens ordinationslista.

Observera att medicinska gaser är läkemedel och ska ordinerar i Läkemedelsmodulen.

#### 4.4.3 Dosdispenserade läkemedel för öppenvård

Dosdispenserade läkemedel förskrivs via ordinationsverktyget Pascal. Detta är ett alternativ till den traditionella läkemedelshanteringen för personer med regelbunden och stabil medicinering, som behöver stöd och hjälp för att klara sin läkemedelshantering. Vid samtliga vårdbesök ska "förteckning recept" (tidigare benämnt "dosreceptet") medfölja patienten. Detta är viktigt för att uppmärksamma vården om att patienten har dosdispenserade läkemedel. Dock måste ansvarig läkare inom alla vårdformer alltid ta del av den senaste versionen i Pascal då ändringar kan ha skett sedan "förteckning recept" skrevs ut. Alla förskrivande läkare oavsett vårdform ansvarar för att medicinändringar förs in i Pascal och för kontroll av rimligheten i den totala läkemedelsbehandlingen, hänvisning till Läkemedelsavstämning [3.1](#). Utskrivande läkare från slutenvården ansvarar för att patienten i förekommande fall reaktiveras i Pascal och att alla medicinändringar registreras i systemet.

Då patienten läggs in på sjukhus ska dosrullen med fördel tas med. Informationsknapp "DOS" i Melior ska aktiveras för att signalera att patienten har dosdispenserade läkemedel (samtliga personalkategorier har behörighet att göra detta). Vid utskrivning ska patienten förses med en mindre men nödvändig mängd läkemedel som räcker fram till dess patientens dosdispenserade öppenvårdsdoser respektive helförpackningar av läkemedel kan levereras. Om tilläggsåsar ska produceras för att komplettera ordinarie dospåsar, är det viktigt att tillse att patienten har tillgång till sin ordinarie dosrulle i hemmet. Se även 5.5.10 [Jourdos](#).

Dospatient signaleras i PMO med ett kryss i rutan Dosexpedierade läkemedel under Patientinfo. På nedanstående hemsida hittar du riktlinjer samt kontinuitetsplan för dosdispenserade läkemedel i Region Skåne.

#### Läs mer:

[Dosriktlinjer i Region Skåne](#)

[Film läkemedelsavstämning slutenvård](#)

#### 4.4.4 Läkemedelsordinationer till barn

Den som ordinerar läkemedel till ett barn ska göra detta med utgångspunkt i barnets behov. För att kunna ordinera läkemedel på ett säkert sätt bör barnspecifika beslutsstöd användas.

Vid ordination ska följande uppgifter beaktas:

- barnets vikt
- barnets kroppsytta (när dosering baseras på kroppsytta)
- barnets ålder
- styrkan (koncentrationen) på det färdigspädda läkemedlet
- läkemedlets maxdos.

Informationsruta 9

Läkemedelsstödet ePed finns tillgängligt i slutenvården och minskar risken för felaktig läkemedelsbehandling och relaterade skador. Beslutsstödet ska ge förutsättningar för den som ordinerar ett läkemedel till ett barn att göra en rimlighetsbedömning av läkemedelsdoseringen. Ansvarig läkare får därmed stöd vid ordination av läkemedel och ansvarig sjuksköterska får stöd vid iordningställande av läkemedel.

I de fall läkemedel ska spädas och inte finns i ePed ska läkemedlet ordineras i ml av utspädd lösning. I anvisningsrutan i Melior ska tydligt framgå vilken faktisk dos av läkemedlet som barnet ska ha,

angivet i mg. Därefter anges vilket spädningsmedium och vilken volym av detta som ska användas, vad slutkoncentrationen ska vara på det färdigspädda läkemedlet och vilken volym som ska ges.

Läs mer: [Beslutsstöd ePed](#)

## 5 IORDNINGSTÄLLANDE, ADMINISTRERING ELLER ÖVERLÄMNANDE AV LÄKEMEDEL

---

För en patientsäker vård ska iordningställande, administrering eller överlämnande i största möjligaste mån ske i en obruten kedja. Det innebär att den som iordningställer ett läkemedel till en patient själv ska administrera eller överlämna läkemedlet till patienten. Undantag kan göras och läkemedlet kan administreras eller överlämnas av annan behörig personal om det är förenat med god och säker vård.

Innan en ordination iordningställs, administreras eller överlämnas ska den vara signerad ("pilad") av den som ordinerat läkemedlet. Undantag kan göras om patienten behöver omedelbar behandling.

Läs mer: [Behörigheter i Utdelningslistan i Melior](#) (Funktionerna Dosändring, Iordningställ, Överlämna, Administrera i Melior, lathund)

### 5.1 IORDNINGSTÄLLANDE

#### 5.1.1 Ostörd hantering

Ur patientsäkerhetssynpunkt är det viktigt att i så stor utsträckning som möjligt arbeta ostört och utan avbrott när man iordningställer läkemedel och att detta respekteras av kollegorna.

#### 5.1.2 Kontroll vid iordningställande

Mot den dokumenterade ordinationen/generella direktivet ska följande kontrolleras:

- patientens identitet
- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering
- administreringsätt
- administreringstillfällen
- rimlighetsbedömning av den ordinerade och den iordningställda dosen.

Informationsruta 10

Vid iordningställande i form av spädning av läkemedel ska särskild försiktighet iakttas.

Vid spädning av läkemedel ska det finnas tydliga spädningsscheman och instruktioner att följa för den som iordningställer.

Läs mer: Bilaga 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering.

### 5.1.3 Märkning av iordningställda läkemedel

Iordningställt läkemedel som inte omedelbart administreras eller överlämnas ska märkas med uppgifter om

- patientens identitet
- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedlets styrka
- tidpunkten för iordningställandet
- tidpunkten för administreringen eller överlämnandet
- vem som har iordningställt läkemedlet
- sådana övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet.

#### Informationsruta 11

I vissa situationer iordningställs läkemedel till flera personer, för att sedan administreras vid andra tidpunkter. Då är det inte alltid logiskt att märkningen innefattar patientens identitet samt tidpunkten för överlämnande och administrering.

Exempel på sådana situationer är:

- Förfyllda sprutor som levereras via läkemedelsförsörjningen.
- Operationsverksamhet.
- Läkemedel förberedda för akut bruk.

Vårdgivaren får besluta om att ett iordningställt läkemedel inte behöver märkas med punkt 1 och 5 ovan under förutsättning att det är patientsäkert. Direktiv om märkning ska finnas i den lokala instruktionen för att säkerställa riktig märkning.

Enheter som använder Meliors läkemedelsmodul bör använda Zebra etikettskrivare tillsammans med Meliors etikettfunktion vid märkning av iordningställda läkemedel.

**Läs mer:** Bilaga 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering.

## 5.2 IORDNINGSTÄLLANDE AV OLIKA LÄKEMEDELFORMER

Tillredning av läkemedel bör ske i läkemedelsrummet på en speciellt avsedd plats.

Den största risken för exponering av läkemedelssubstanser är vid beredning och administrering.

De vanligaste kontaminationsvägarna är

- aerosolbildning i samband med beredning, t.ex. övertryck vid spädning av torrampull mm.
- stänk, läckage eller aerosolbildning vid justering av volym och luft från spruta
- läckage vid överföring av lösning till spruta eller infusionsvätska samt kopplingar, t.ex. vid injicering
- damning vid krossning eller delning av tabletter
- ångbildning från intorkat spill samt omhändertagande av avfall.

#### Informationsruta 12

### 5.2.1 Injektioner och infusioner

Följande ska beaktas vid iordningställande av injektioner och infusioner:

- Arbetsytan torkas med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid före tillredning.
- Membran på injektionsflaskor/infusionspåsar desinfekteras med alkohol före punktion/brytning.
- Syna infusions- och injektionsvätskor före arbetets början och granska även de färdiga lösningarna.
- Tillsatserna ska göras omedelbart före användningen och innehållet måste blandas efter varje tillsats.
- Vid uppdragning från brytampull av glas bör kanyl med filter användas.

Informationsruta 13

På grund av risk för överföring av blodburen smitta ska flerdosampull/flaska användas restriktivt. Om en flerdosampull använts patientnära får denna inte användas till ytterligare patient utan måste kasseras.

Kvarsittande kanyler ska inte förekomma. Använd spruta får inte återfyllas, detta gäller även sprutor till infusionspumpar. Observera att olika hållbarhets- och användningstider förekommer. Hänvisning till kap. [5.3.](#)

Insulin är ett riskläkemedel. Då insulinpennor används ska dessa vara patientbundna. Insulinpennor ska inte användas som ampuller. Insulinpennor (olika preparat) förekommer i flera olika styrkor, utöver 100 E/ml finns även 200 och 300 E/ml.

När flerdosampull/flaska används gäller följande:

Icke patientbunden flerdosampull/flaska ska

- förvaras i läkemedelsrummet/ låst läkemedelsvagn
- märkas med öppningsdatum, klockslag och signum vid första punktion
- dras upp med ny spruta vid varje uppdragningstillfälle.

Patientbunden flerdosampull/flaska ska

- i första hand förvaras i patientlåda i läkemedelsvagn
- märkas med patient-ID, öppningsdatum, klockslag och signum vid första punktion
- dras upp med ny spruta vid varje uppdragningstillfälle.

Informationsruta 14



## 5.2.2 Perorala läkemedel

### 5.2.2.1 *Tabletter och kapslar*

Följande ska beaktas vid iordningställande av tabletter och kapslar:

- Arbetsytan torkas med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid före tillredning.
- En medicinbägare märkt med patientidentitet ska användas vid iordningställandet.
- Läkemedel i flaska eller burk iordningställs alltid med något hjälpmedel (sked, pincett, extra medicinbägare eller förpackningslocket).
- Tablettedlare används för att få en god doseringsnoggrannhet, när del av tablett ordinerats.
- Lös tablett, hel eller delad, får inte återföras till originalförpackning efter uttag.
- Tablettedlare och tablettkross torkas ur med vatten/ytdesinfektionsmedel efter varje användning.
- Bänken där delning/krossning utförts ska också torkas av.

Informationsruta 15

Vissa tabletter och kapslar **måste** sväljas hela. Uppgifter om vilka tabletter/kapslar som måste sväljas hela finns huvudsakligen i FASS under delbarhetsinformation samt i appen och på webbsida Stöd vid läkemedelshantering. Om en tablett är lämplig att krossa, sker detta med hjälp av tablettkross. Vid all krossning av läkemedel måste risken för överkänslighetsreaktioner och annan toxisk effekt beaktas – dels genom att det dammar, dels genom att läkemedel kan bli kvar till nästa patient. Se även [5.2.5](#).

Läs mer:

[Stöd vid läkemedelshantering](#)

### 5.2.2.2 *Flytande läkemedel*

Flytande läkemedel mäts upp med hjälp av medicinbägare eller pipett. Ges flytande läkemedel peroralt med hjälp av spruta och eventuell sond, ska en oral eller enteral spruta användas. Adaptor med kork appliceras på flaskan.

## 5.2.3 Läkemedel via sond

För att undvika förväxlingar när läkemedel ges via sond ska endast sprutor för enteral nutrition användas. Dessa sprutor kan inte kopplas till venösa infarter, artärkateter eller epiduralkateter och har dessutom en avvikande färg (lila).

Identifiera läkemedel som kan sättas ut, läkemedelssubstanser och läkemedelsformer som kan administreras enteralt, och läkemedel där alternativ administreringsväg kan nyttjas.

Flytande orala beredningar, lösliga tabletter och vanliga tabletter som får finfördelas och är lätta att lösa upp/slamma upp i vatten är de läkemedelsformer som rekommenderas i första hand vid enteral administrering. Observera att vissa tabletter inte får krossas för att ges via sond. Om enteral administrering är vanligt förekommande i verksamheten rekommenderas att specificera hanteringen för varje ingående läkemedel i bassortimentet i den lokala instruktionen.

Läs mer:

[Regional riktlinje för standardiserad märkning av in- och utfarter](#)  
[Läkemedelsverkets kunskapsstöd enteral läkemedelsadministrering](#)  
[Vårdhandboken](#) (Se nutrition, enteral läkemedelstillförel)

Bilaga 15/16 Mall för lokal instruktion

#### 5.2.4 Patientindividuell packade doser (PiD) till sjukhusens vårdavdelningar

PiD är maskinell dosdispensering av läkemedel till patienter som vårdas på sjukhusens avdelningar. Läkarens ordination i Melior överförs direkt, utan några manuella mellanled, till produktion hos läkemedelsleverantören. Tjänsten avser tabletter och kapslar förpackade till varje patient och doseringstillfälle i tydligt märkta dospåsar. Det fabrikat som levereras i dospåsarna är det som är ordinerat i Melior, vilket förbättrar spårbarheten. Var uppmärksam på att alla ordinerade perorala läkemedel inte kan packas maskinellt. Komplettering med manuellt iordningställande ska då göras.

Läs mer:

[Patientindividuell packade doser, PiD](#)

#### 5.2.5 Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt

Beredning av parenterala lösningar för cytostatikabehandling bör göras på lokal tillverkningsenhet. I de fall beredningar sker på vårdenhet/mottagning ska dessa vara utrustade med säkerhetsbänk och övrig nödvändig utrustning för arbetet. Följ lokala skyddsinstruktioner. Observera att många monoklonala antikroppar tillhör samma ATC-kod som cytostatika (L01). Efter riskbedömning kan dock dessa i många fall hanteras som läkemedel med risk för bestående toxisk effekt (motsvarande t.ex. penicillin).

Vid årlig sortimentsgenomgång identifieras enhetens riskläkemedel och rutiner för hantering anges i den lokala instruktionen. Produktspecifika skyddsinformationsblad kan hämtas för de flesta läkemedel från FASS.

I Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2005:5 inklusive ändringsföreskrift 2009:6 finns föreskrifter om handhavande av cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt. För cytostatika finns detaljerad instruktion i Vårdhandboken.

Beredning av läkemedel som kan ge toxisk effekt:

- Beredning av t.ex. antibiotika bör ske på en speciellt avskild plats för att undvika kontamination vid beredning av andra läkemedel. Ett absorberande underlag används för att minska spridning av ev. spill.
- Arbetsytan torkas av med vatten (avlägsnar spill) och därefter med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid.
- Skyddsrock ska användas och vara lokalbunden. Arbetsdräkt som kontamineras vid beredningen ska bytas direkt. Om det finns risk för stänk i ögonen ska skyddsglasögon eller visir användas.
- Handskar och spike används lämpligen för att skydda personen från direktkontakt med läkemedlet. För cytostatika krävs ett slutet system.

Informationsruta 16

Läs mer: Blankett 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering

[Arbetsmiljöverkets föreskrift om cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt, AFS 2005:5 Vårdhandboken](#)  
[FASS](#)

#### 5.2.6 Avancerade Terapeutiska Medicinska Produkter (ATMP)

Läkemedel för avancerade terapier är en relativt ny klass av läkemedel. Hit räknas genterapi, somatisk cellterapi, vävnadsteknisk produkt samt kombinerade produkter. Dessa läkemedel kräver särskilda tillstånd och funktioner (ex. vävnadsinrättningstillstånd, tillstånd och möjlighet att hantera GMO/GMM, möjlighet till lågtemperatur-/kryoförvaring etc). Region Skåne har etablerat ett ATMP-centrum och alla nya ATMP-projekt (dvs. projekt där patienter ännu inte behandlats eller som innebär användning av icke-etablerade behandlingar), vilka tar Region Skånes resurser i anspråk,

måste utvärderas av ATMP-centrum innan de startas upp. Kontakt ATMP-centrum: ATMP-centrum@skane.se

### 5.2.7 Medicinska gaser

Medicinska gaser (andningsoxygen, andningsluft, lustgas) är läkemedel och ska ordineras av läkare med angett flöde (l/min) och behandlingstid. Sjuksköterskan signerar administrerad gas i likhet med övriga läkemedel.

## 5.3 ANVÄNDNINGSTIDER FÖR LÄKEMEDEL

I SLS (Svensk Läkemedelsstandard) finns information om förvaring, märkning, lagrings- och användningstider för läkemedel. I dokumentet finns information om användningstider både för läkemedel med krav på sterilitet (t.ex. infusioner, injektioner, ögondroppar) och för läkemedel utan krav på sterilitet (t.ex. mixturer, näsdroppar).

Användningstid för sterila läkemedel som iordningställts på avdelning är 12 timmar i rumstemperatur enligt SLS. Detta gäller i de fall inget annat har angetts av tillverkare.

Rekommendationerna är baserade på mikrobiologiska aspekter eftersom kemisk-fysikaliska egenskaper är relaterade till den enskilda produkten. Om kortare hållbarhet för bruten förpackning baserat på kemisk- fysikaliska egenskaper hos produkten är angiven, är det denna hållbarhetstid som gäller.

Undantag från ovanstående kan göras i följande fall:

- Infusionsvätskor (t.ex. Glukos, Natriumklorid) utan tillsats – användningstid 24 timmar.
- TPN påsar med/utan tillsats - användningstid 24 timmar.

Informationsruta 17

Vid förlängd hållbarhet för infusionsvätskor med tillsats ska riskanalys gällande förlängd hållbarhet göras i samråd med vårdhygienisk och farmaceutisk kompetens. Beslut fattas av verksamhetschef/medicinskt ledningsansvarig.

Läs mer: [Svensk läkemedelsstandard - användningstider för läkemedel](#)

### 5.3.1 Brytningsdatum

Brytningsdatum ska antecknas på etiketten på alla krämer och liknande samt flytande läkemedel. På injektionsflaskor skrivs datum och klockslag.

## 5.4 DOKUMENTATION VID IORDNINGSTÄLLANDE AV LÄKEMEDEL

I journalen ska följande dokumenteras:

- Vem som har iordningställt läkemedlet.
- När läkemedlet har iordningställts.
- Vem som har utfört en kontroll av ordinationen.
- Tidpunkten för kontrollen.
- Batchnummer om det är fråga om ett biologiskt läkemedel så som vaccin, antikroppar etc. i de fall där det är tillämpligt.
- Om läkemedlet har bytts ut mot ett likvärdigt läkemedel anges namnet på det läkemedel som har iordningställts.

Informationsruta 18

I de fall en farmaceut är ansvarig för iordningställande av läkemedel, ska detta signeras i Meliors utdelningsvy – iordningställande, vilket kräver tillägg i behörighet för farmaceuter.

**Läs mer:**

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior](#) (under A. Rutiner)

[Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen PMO](#) (under Läkemedel - Manualer)

## 5.5 ADMINISTRERING OCH ÖVERLÄMNANDE

### 5.5.1 Kontroll vid administrering eller överlämnande av läkemedel

Följande kontrolleras mot den dokumenterade ordinationen/generella direktivet:

- patientens identitet
- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering
- administreringsätt
- administreringstillfällen
- rimlighetsbedömning av den ordinerade och den iordningställda dosen.

Vid kontinuerlig infusion av läkemedel ska kontrollen göras återkommande och vid varje tillfälle som ansvaret för administreringen övergår från en behörig hälso- och sjukvårdspersonal till ny ansvarig.

Informationsruta 19

Kontrollen ska dokumenteras, hänvisning till [5.6](#).

Vid utdelning av patientindividuellt packade doser (PiD) kontrolleras att patientens identitet (namn och personnummer), datum, klockslag samt ordinerade läkemedel, styrka samt antal tabletter/kapslar stämmer överens mellan utdelningslistan och texten på dospåsen.

### 5.5.2 Administrering av parenterala läkemedel

Omedelbart före användningen ska den som administrerar en infusion eller injektion kontrollera att förpackningen är oskadad och att lösningens utseende inte avviker från det normala. För att säkerställa infusionshastigheten bör den kontrolleras regelbundet under infusionens gång. Vid kontinuerlig infusion av läkemedel ska kontroll, som beskrivits i informationsruta 19, göras återkommande och vid varje tillfälle som ansvaret för administreringen övergår från en behörig hälso- och sjukvårdspersonal till någon annan med samma behörighet. Kontrollen ska dokumenteras.

**Läs mer:**

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior](#) (under A. Rutiner)

[Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen PMO](#) (under Läkemedel - Manualer)

### 5.5.3 Parallelinfusion

Endast läkemedel som är kompatibla ska administreras i samma infart. Backventil ska alltid användas. Om antalet läkemedel överskrider antalet tillgängliga intravenösa infarter måste det övervägas vilka läkemedel som kan ges i samma infart, eller om något läkemedel kan administreras vid annan tidpunkt eller via en annan administreringsväg. Parallelinfusion av läkemedel som inte är kompatibla eller där information saknas innebär en risk för kateterocklusion, terapivikt samt embolier och ska undvikas.

Information finns ibland i läkemedlets produktresumé. Man kan också vända sig till klinisk farmaceut vid frågor om parallellinfusion av läkemedel.

#### 5.5.4 Administrering av läkemedelsinnehållande plåster

När plåstret appliceras på patienten ska dagens datum och klockslag noteras på plåstret och det ska journalföras var det nya plåstret är placerat. När plåstret avlägsnas ska det journalföras att det är borttaget. Dokumentation i Melior sker i utdelningskommentar.

Det använda plåstret viks ihop och placeras i burken för kasserade läkemedel. För att en fullgod effekt ska uppnås under tiden plåstret sitter på huden krävs det att beredningen är överladdad, dvs. innehåller mer läkemedel än vad som tas upp av patienten. Läkemedelsverkets rekommendation är att beredningar med betydande läkemedelsrest ska hanteras som läkemedelsavfall, vilket innebär att de ska lämnas för destruktion. För kassation av plåster innehållande narkotika, hänvisning till

[Kassation av narkotika](#) 7.6.4.

#### 5.5.5 Överlämnande av perorala läkemedel

Doseringstillfällena ska i de flesta fall fördelas så jämnt som möjligt över dygnet.

Det är särskilt viktigt när det gäller antibiotikabehandlingar.

Följande tider rekommenderas för intag av perorala läkemedel:

1 gång dagligen = klockan 8

2 gånger dagligen = klockan 8 och 20

3 gånger dagligen = klockan 8, 14 och 20

I många fall krävs andra doseringstider.

Läkemedel som ska doseras jämnt över dygnet:

Använd d-metoden för att fördela doseringen jämt över dygnet, t.ex.

1d3 = 00 – 08 - 16

1d6 = 02-06-10-14-18-22

Informationsruta 20

Tabletter, kapslar och pulver ska intas med riklig mängd vätska. Intag av läkemedel i liggande ställning bör undvikas. Vissa läkemedel kan ge skador i matstrupen om de fastnar där. Patienter med sväljsvårigheter bör få sina läkemedel i andra beredningsformer, t.ex. lösning, suppositorium.

#### Läs mer:

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior](#) (under A. Rutiner)

[Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen PMO](#) (under Läkemedel - Manualer)

#### 5.5.6 Överlämnande – dialog med patient/ närstående

Vid överlämnande ska patienten få information om det sätt på vilket läkemedlet ska intas (t.ex. under tungan, till/mellan måltider, sväljes hela). Den som överlämnar läkemedlet ska göra sig underrättad om både positiva och negativa effekter av läkemedlet samt om det föreligger några problem i samband med intaget. Hänvisning till [5.6](#) gällande dokumentation av överlämnande.

### 5.5.7 Användande av patientens egna läkemedel i slutenvården

Patientens egna läkemedel kan användas i slutenvård under förutsättning att detta sker i överenskommelse mellan behandlande läkare och patient. Användandet av patientens egna läkemedel får inte äventyra patientsäkerheten. Användning av patientens medhavda läkemedel kan ske under följande förutsättningar:

- Om det är ovanliga läkemedel t.ex. licensläkemedel.
- Personbunden läkemedelsförpackning t.ex. inhalationsläkemedel, insulinpennor, p-piller och ögondroppar.
- Patientens egna dosförpackade läkemedel om förpackningen är obruten och hela innehållet administreras.

Informationsruta 21

Gällande användande av patient medhavda läkemedel innehållande narkotika se 7.6.2 [Förvaring av narkotika](#)

Medhavda läkemedel som inte ska användas under vårdtiden ska i första hand tas tillbaka till hemmet av närstående eller ombud, alternativt förvaras inlåsta i läkemedelsvagn eller läkemedelsrum. Förvaring ska ske avskilt från övriga läkemedel i läkemedelsrummet.

### 5.5.8 Patientmedverkan

#### 5.5.8.1 *Egenvård inom slutenvården, "Sköter själv"*

Enligt patientlagen (2014:821) ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. En patients medverkan, genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder, ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

Vid inskrivning av en patient i slutenvård ska hälso- och sjukvårdspersonal bedöma om en patient har möjlighet att själv fortsätta att ansvara för sin egen pågående läkemedelsbehandling. Bedömningen ska göras återkommande under vårdtiden då patientens tillstånd eller behandling kan komma att ändras.

Om patienten sköter sina läkemedel själv, ska detta dokumenteras i läkemedelslistan som "sköter själv" (SS) och visas i läkemedelslistan med symbolen för detta. Läkemedel som patienten sköter själv behöver inte signeras i läkemedelslistan. Det är mycket viktigt med tydlig kommunikation med patienten vid eventuella ordinationsförändringar så att läkemedelsanvändningen blir korrekt. Det är viktigt att det finns ett låsbart skåp där patientens läkemedel förvaras. Nyckel eller kod ges till patienten.

#### 5.5.8.2 *Egenvård inom öppenvården*

Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt de definitioner som finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), utan en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Om patienten behöver praktisk hjälp för att utföra egenvården, ska den behandlande legitimerade yrkesutövaren samråda med de som kan hjälpa patienten. Det kan vara närstående, ansvarig inom socialtjänsten eller ansvarig befattningshavare hos en annan aktör, exempelvis kommunal hälso- och sjukvårdspersonal, HVB-hem eller andra särskilda boenden. Egenvårdsbedömningen ska dokumenteras och kontinuerligt följas upp och utvärderas av den hälso- och sjukvårdspersonal som gjort bedömningen. Läs mer i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2022:1250) om bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Skulle egenvård efter bedömning inte anses vara lämpligt gäller som i övrig läkemedelshantering Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

**Läs mer:** Bilaga 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering

[Lag \(2022:1250\) om egenvård | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)

[HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel](#)

### 5.5.9 Trygghetsdos

I vissa verksamheter avgör sjuksköterskan tillsammans med läkare om behov finns för patient att själv ha tillgång till ordinerad "vidbehovs-dos". Detta ska användas restriktivt. Trygghetsdos kan vara aktuellt vid t.ex. smärtbehandling i palliativ vård men även i situationer inom andra verksamheter. Patienten ska vara välinformerad om läkemedlet. Läkemedlet ska märkas med patient-id och läkemedlets namn och styrka. Avstämning med patient görs vid varje läkemedelsutdelning. Läkemedel som inte används ska inte återföras till sortimentet i läkemedelsförrådet. Dokumentation av iordningställande och överlämnande av trygghetsdos ska göras i journalsystemets läkemedelsmodul. Lokal instruktion för hur trygghetsdos dokumenteras ska finnas.

### 5.5.10 Jourdos

Jourdos kan även benämnas Hemgångsdos eller Permissionsdos.

Läkemedel kan behöva skickas med patienten från sjukvården för att undvika avbrott eller fördröjning av läkemedelsbehandlingen. Detta kan vara nödvändigt till dess att patienten kan få läkemedlet expedierat på apotek eller att dospåsar finns tillgängliga. Läkemedel får inte överlämnas i större mängd än vad som är nödvändigt. Om läkemedel (som ej är avsett att intas omedelbart) överlämnas till patienten, ska det ske i läkemedelspåse eller annan lämplig förpackning.

Förpackning för jourdos förses med

- patientens namn
- födelsedata
- läkemedlets namn och styrka
- datum för överlämnandet
- anvisningar om läkemedlets användning
- den ordinerandes namn
- signum av den som iordningställt förpackningen.

Informationsruta 22

För avdelningar som har PiD kan även jourdoser beställas för 3 eller 5 dagar.

**Läs mer:**

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior \(under A. Rutiner\)](#)

[Patientindividuella packade doser \(PiD\) - Region Skånes intranät](#)

## 5.6 DOKUMENTATION VID ADMINISTRERING ELLER ÖVERLÄMNANDE AV LÄKEMEDEL

### 5.6.1 Dokumentationskrav

I journalen ska följande dokumenteras:

- Vem som har administrerat eller överlämnat läkemedlet.
- När läkemedlet administrerats eller överlämnats.
- Vem som har utfört en kontroll av ordinationen, se inforuta 10.
- Tidpunkten för kontrollen.
- Batchnummer, om det är fråga om ett läkemedel för vaccination eller ett biologiskt läkemedel i de fall där det är tillämpligt.
- Om läkemedlet har bytts ut mot ett likvärdigt läkemedel ska även namnet på det läkemedel som har administrerats eller överlämnats dokumenteras.
- I de fall en patient inte kan inta/ges en ordinerad läkemedelsdos ska detta dokumenteras i ordinationshandlingen.
- Om läkemedlet är iordningställt av annan än den som administrerar läkemedlet ska detta dokumenteras.
- Hemgångsdos/läkemedel som lämnas ut till patient ska dokumenteras i journal enligt lokal instruktion.

Informationsruta 23

#### Läs mer:

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior](#) (under A. Rutiner)

[Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen PMO](#) (under Läkemedel - Manualer)

### 5.6.2 Läkemedel som får bytas ut

En gemensam utbyteslista fastställs i Region Skåne för läkemedel som beställs på rekvisition. En kompletterande sortimentsstyrningslista används som stöd för läkemedelsleverantören ApoEx för lämplig lagerhållning, vid respektive vårdenhets revidering av bassortiment och beställning av icke-bassortiment.

Utbyteslistan (inklusive analoga listan) och sortimentsstyrningslistan styr sortimentet mot avtalade och rekommenderade läkemedel i Region Skåne, se [Beställa läkemedel Vårdgivare Skåne](#).

Framtagande av överenskommet sortiment i basförråden på vårdenheterna syftar till att uppnå hög tillgänglighet av läkemedel, låg lagerkostnad, minimal kassation. Överenskommet sortiment utgör ett reducerat sortiment avseende förpackningsstorlekar och synonymer (likvärdiga läkemedel).

Vid rekvisering av läkemedel på utbyteslistan och sortimentsstyrningslistan ska i första hand läkemedel i kolumnen "Hänvisning TILL" beställas.

Logistikcentrum ApoEx byter, förutom enligt utbyteslistan, alltid till övriga utbytbara avtalade läkemedel. ApoEx byter även till hänvisade preparat enligt sortimentsstyrningslistan. Om beställaren absolut vill ha ett annat preparat än det hänvisade anges FÅR EJ BYTAS i fältet "Instruktion till leverantör" på den aktuella varuraden.

Ordnatören ska i största möjligaste mån ordinaera läkemedel som är rekommenderade och avtalade i Region Skåne. Om en situation uppstår där ordnatören valt ett läkemedel som inte är tillgängligt i enhetens bassortiment, eller att logistikcentrum tillhandahållit ett annat likvärdigt läkemedel än det beställda,

- får sjuksköterskan byta till det likvärdiga läkemedlet enligt utbyteslistan (obs ej analoglistan).



- får sjuksköterskan byta till ett likvärdigt läkemedel inom respektive **utbytbarhetsgrupp** via **FASS.se** utan kontakt med ordinerande läkare.
- **Observera.** Sjuksköterskan får **inte** byta ut genom att använda sig av Aktiv substans eller ATC-koden.

Se bifogat exempel, Fass.se:

### Läkemedelsnamn

~~Aktiv substans:~~  
~~Paracetamol~~

~~ATC-kod:~~  
~~N02BE01~~

**Utbytbarhet:**  
Utbytbara läkemedel

↓

**Utbytbarhetsgrupp**

**Paracetamol, Tablett 500 mg (Grupp A)**  
 Utbytbarhetsgruppen visar produkter som är utbytbara enligt Läkemedelsverket. För mer info se [Läkemedelsverkets webbplats](#) om utbyte.  
 Apoteken är i vissa fall ålagda att byta ut läkemedel. Produkter/förpackningar som ej ingår i läkemedelsförmånen är inte direkt utbytbara på apotek.  
**Utbytbarhetsinformation för:** Panodil®, Filmdragerad tablett 500 mg

<b>Alvedon®, Filmdragerad tablett 500 mg</b> GlaxoSmithKline Consumer Healthcare AB <i>Vissa förpackningar ingår i förmånen</i>	>
<b>Oparap, Filmdragerad tablett 500 mg</b> Apofri <i>Vissa förpackningar ingår i förmånen</i>	>
<b>Pamol, Filmdragerad tablett 500 mg</b> Takeda Pharma <i>Vissa förpackningar ingår i förmånen</i>	>
<b>Panodil®, Filmdragerad tablett 500 mg</b> Perrigo <i>Vissa förpackningar ingår i förmånen</i>	>

- Vid osäkerhet om utbyte får genomföras skä ordinatorn kontaktas.
- Sjuksköterskan antecknar preparatbytet i sin journalhandling (utdelningslistan i Melior/motsvarande) samt tillser att ordinationen snarast ändras av läkare till aktuell synonym.
- För läkemedel som förskrivs på recept gäller att apoteken har skyldighet att byta läkemedel (i utbytbarhetsgrupper) till likvärdigt läkemedel enligt TLV:s (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) prissättning.

**Läs mer:** [Utbyteslista läkemedel på rekvisition](#) - Övriga riktlinjer och direktiv

### 5.6.3 Batchnummer

Läkemedelsverket kräver att batchnummer alltid ska anges vid rapportering av biverkningar gällande biologiska läkemedel och substanser. Detta är viktigt för spårbarheten och därför ska detta dokumenteras i journal när denna typ av läkemedel administreras eller överlämnas. Ett biologiskt läkemedel är ett preparat vars aktiva substans har producerats i eller renats fram ur material av biologiskt ursprung (levande celler eller vävnad).

Biologiska läkemedel kan vara vacciner, blodprodukter/plasmaderiverade läkemedel (t ex albumin, immunoglobuliner, koagulationsfaktorer), antiserum (mot olika typer av gift, t ex ormgift), antikroppar, enzymer, interferoner, peptidhormoner, peptider, vissa komplexa polysackarider (t ex hepariner) och avancerade terapier (genterapi, somatisk cellterapi eller vävnadsteknisk produkt). I söktjänsten Läkemedelsfakta på Läkemedelsverkets hemsida finns information om alla enskilda läkemedel. Här finns även bipacksedlar och produktresuméer och möjlighet att se om en produkt eller substans räknas som ett biologiskt läkemedel och därmed behöver journalföras gällande batchnummer.

Batchnummer ska dokumenteras för minst följande läkemedelsgrupper:

- vaccin
- blodprodukter/plasmaderiverade läkemedel
- antiserum
- monoklonala antikroppar
- TNF-alfahämmare.

Informationsruta 24

Detta gäller tills de tekniska förutsättningarna i journalsystemen är utvecklade för att kunna dokumentera batchnummer för alla biologiska läkemedel.

De verksamheter som hanterar denna typ av läkemedel frekvent i sin verksamhet, ska ha en rutin för dokumentation av batchnummer i den lokala instruktionen.

**Läs mer:** [Läkemedelsverkets läkemedelsfakta](#)

Bilaga 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering

#### 5.6.4 Läkemedelsbiverkningar

Det är viktigt att all personal som har patientkontakt är observant på läkemedelsbiverkningar och rapporterar gjorda iakttagelser. Observerad eller av patient meddelad läkemedelsbiverkning noteras i journalen samt meddelas läkaren.

Alla misstänkta biverkningar ska rapporteras till Läkemedelsverket, även om allvarliga, tidigare icke kända biverkningar och biverkningar av nya läkemedel ska prioriteras. Även misstänkta biverkningar som har samband med exponering i arbetet ska rapporteras. Utebliven effekt samt förgiftningar med och missbruk av nya läkemedel räknas som biverkningar enligt EU:s rapporteringskrav. Biverkningar av natur-/växtbaserade läkemedel och vissa utvärtes läkemedel (VUM) följer samma krav och regelverk.

Vid rapportering av biologiska läkemedel t.ex. vacciner, interferoner, peptider och monoklonala antikroppar är det viktigt att batchnummer anges.

#### 5.6.5 Utökad övervakning

Idag finns en markering (▼) i FASS, på läkemedlets bipacksedel samt i journalsystemen som innebär att detta läkemedel är föremål för utökad övervakning i hela EU. Utökad övervakning gäller bl.a. för läkemedel med en ny aktiv substans eller biologiska läkemedel (t.ex. vaccin eller läkemedel som är framställt ur plasma). Patienter och hälso- och sjukvårdspersonal uppmuntras särskilt att rapportera alla misstänkta biverkningar av läkemedel som har den svarta triangeln, så att ny information snabbt kan utvärderas.

**Läs mer:**

[LVFS 2012:14 säkerhetsövervakning av humanläkemedel](#)  
[Läkemedelsverket biverkningsrapportering](#)

[Läkemedelsinformationscentral Region Skåne](#)

[Läkemedelsverket, Utökad övervakning](#)

[Läkemedelsförsäkringen](#)

### 5.6.6 Överkänslighet

Läkare och i förekommande fall sjuksköterska ska alltid, innan behandling med läkemedel ges eller undersökning påbörjas, ta reda på om patienten tidigare haft symtom på överkänslighet.

Dokumentation om överkänslighet ska göras på avsedd plats i journalsystemet.

Överkänslighetsreaktioner som anafylaktisk chock, astma eller allvarliga hudreaktioner vid behandling med läkemedel ska alltid anmälas som biverkningsrapport till Läkemedelsverket.

**Läs mer:**

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior](#) (under A. Rutiner)

[Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen PMO](#) (under Läkemedel - Manualer)

## 6 DELEGERING

---

Läkemedelshantering är ett riskfyllt område som har inverkan på patientsäkerheten. Därför är vårdgivaren skyldig att fastställa rutiner för hantering av läkemedel i verksamheten<sup>4</sup> inom ramen för vårdgivarens ansvar för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>5</sup>. Delegering av iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel får endast användas när en rad kvalitets- och kunskapskrav är uppfyllda vilket ställer hög fordran på både den som delegerar en uppgift och på den som mottar den delegerade uppgiften. I Region Skåne ska verksamheter för hälso- och sjukvård ha en säker läkemedelshantering och huvudregeln är att läkemedelshantering ska utföras av behörig personal. Delegering ska inte användas för att lösa brist på personal med formell kompetens, inte heller för att lösa ekonomiska brister.

### 6.1 DELEGERING BETYDER ATT BEHÖRIG HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL GER NÅGON ANNAN PERSONAL RÄTT ATT UTFÖRA EN ARBETSUPPGIFT SOM DEN ANNARS INTE FÅR GÖRA

För vissa arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården finns särskilda bestämmelser som kräver en viss behörighet för att få utföra dem. Dessa reglerade arbetsuppgifter får delegeras endast om det uttryckligen anges i författning att delegering är tillåten. Att iordningsställa och administrera eller överlämna läkemedel till en patient är reglerade arbetsuppgifter och kräver en viss behörighet. Uppgifterna får under vissa förutsättningar delegeras till personal som inte har behörighet att utföra uppgifterna. Möjligheten att delegera uppgifterna gäller i såväl öppen som sluten vård, med undantag för ambulanssjukvården<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup>4 kap. 1 – 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

<sup>5</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

<sup>6</sup> 9 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37

## 6.2 ANSVAR HOS DEN ENSKILDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALEN GÄLLANDE KONTROLL OCH DOKUMENTATION

Uppgifterna i ordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel omfattas av omfattande krav avseende kontroll och dokumentation oavsett om de ligger inom ordinarie yrkesutövning eller om de tillkommit genom delegering<sup>7</sup>. Det betyder att den som mottagit en delegering för till exempel administrering av läkemedel, har samma skyldigheter och ansvar och ska följa samma kontroll- och dokumentationskrav som vilar på den behörige hälso- och sjukvårdspersonalen. I tabell 2 finns beskrivning av samtliga krav avseende kontroll och journaldokumentation som gäller i samband med iordningställning, administrering eller överlämnande av läkemedel.

---

<sup>7</sup> 8 kap HSLF-FS 2017:37

**Tabell 2** Krav på kontroller och journaldokumentation i samband med iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel

Arbetsuppgift	Beskrivning	Kontroller som ska utföras av den som iordningställer, administrerar eller överlämnar läkemedel	Uppgifter som ska dokumenteras av den som iordningställer, administrerar eller överlämnar läkemedel
<b>Iordningställande av läkemedel</b>	Färdigställande av ett ordinerat läkemedel inför administrering.	<p>Kontroller mot dokumenterad ordination:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- patientens identitet</li> <li>- läkemedelsnamn eller aktiv substans</li> <li>- läkemedelsform</li> <li>- läkemedlets styrka</li> <li>- dosering</li> <li>- administreringsätt</li> <li>- administreringstillfällen</li> </ul> <p>Den som iordningställer ett läkemedel ska göra en rimlighetsbedömning<sup>8</sup> av såväl den ordinerade som den iordningställda dosen.</p>	<p>Vid iordningställande och administrering eller överlämnande av ett läkemedel ska det i patientjournalen dokumenteras uppgifter om</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vem som har iordningställt, administrerat eller överlämnat läkemedlet</li> <li>- när läkemedlet har iordningställts, administrerats eller överlämnats</li> <li>- vem som har utfört en kontroll av kontinuerlig infusion och tidpunkten för kontrollen</li> <li>- batchnummer (i vissa fall).</li> </ul>
<b>Administrering av läkemedel</b>	Tillförsel av läkemedel till kroppen.	<p>Kontroller mot dokumenterad ordination:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- patientens identitet</li> <li>- läkemedelsnamn eller aktiv substans</li> <li>- läkemedelsform</li> <li>- läkemedlets styrka</li> <li>- dosering</li> <li>- administreringsätt</li> <li>- administreringstillfällen</li> </ul> <p>Vid kontinuerlig infusion av läkemedel ska kontrollen göras återkommande och vid varje tillfälle som ansvaret för administreringen övergår från en behörig hälso- och sjukvårdspersonal till någon annan sådan personal.</p>	<p>Om aktiv substans har angivits i ordinationen eller om läkemedlet har bytts ut mot ett likvärdigt läkemedel, ska även namnet på det läkemedel som har iordningställts och administrerats eller överlämnats dokumenteras.</p>

<sup>8</sup> Beskrivning av vad som ingår i en rimlighetsbedömning finns i 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.

<b>Överlämning av läkemedel</b>	Ett läkemedel som ska tillföras till en patient lämnas över till patienten själv eller till en tredje person som administrerar läkemedlet.	Samma kontroller som vid administrering av läkemedel.	
---------------------------------	--	---	--

### 6.3 VEM HAR BEHÖRIGHET ATT DELEGERA?

Även om det finns flera yrkesgrupper som har behörighet att iordningsställa, administrera eller överlämna läkemedel så är det endast läkare, tandläkare och sjuksköterskor som får delegera arbetsuppgifterna till någon annan<sup>9</sup>. Förutom den formella kompetensen<sup>10</sup> eller behörigheten måste den läkare, tandläkare eller sjuksköterska som delegerar också ha reell kompetens<sup>11</sup> för den arbetsuppgift som ska delegeras. Den arbetsuppgift som ska delegeras måste med andra ord ligga inom den delegerandes kompetensområde.

### 6.4 ANSVAR PÅ FLERA NIVÅER

Vårdgivaren har skyldighet att fastställa rutiner för hantering av läkemedel i verksamheten och har ansvar för att verksamheten organiseras och bedrivs i enlighet med det hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god och säker vård uppfylls.

#### 6.4.1 Ansvar för verksamhetschef

Verksamhetschefen har ansvar för att Regional riktlinje för ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården i Region Skåne är känd och följs i verksamheten. Avsteg från riktlinjen sker på verksamhetschefens eget ansvar.

Verksamhetschefen har ett övergripande ansvar att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Vidare har verksamhetschefen ett utpekat ansvar för att besluten om delegering i verksamheten är förenliga med en god och säker vård och är ytterst ansvarig för att delegering sker på ett korrekt och patientsäkert sätt inom verksamheten. Verksamhetschefen kan införa restriktioner i fråga om delegeringar i verksamheten, det vill säga bestämma att delegering av arbetsuppgifter inte ska förekomma.

Verksamhetschefen ansvarar för att:

- det inför varje beslut om delegering genomförs en riskbedömning
- besluten om delegering följs upp i verksamheten och omprövas minst årligen eller vid behov
- hålla sig fortlöpande underrättad om vilka delegeringsbeslut som finns i verksamheten
- delegeringar som inte är förenliga med god och säker vård återkallas

<sup>9</sup> 9 kap 2 § HSLF-FS 2017:37

<sup>10</sup> Med formell kompetens avses legitimation för yrket eller godkänd högskoleutbildning som leder till yrkesexamen enligt särskild examensbeskrivning. Utöver sådan utbildning kan för vissa arbetsuppgifter formell kompetens förvärfas genom för yrket fastställd specialistutbildning eller genom särskilda kurser inom yrket (enligt SOSFS 1997:14).

<sup>11</sup> Med reell kompetens avses att en person genom erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet eller genom fortbildning har visat sig ha blivit reellt kompetent för den uppgift som avses att delegeras (a.a.).

- tillhandahålla en tillräckligt omfattande teoretisk och praktisk utbildning som beaktar samtliga krav och förutsättningar i kapitel 6.5.3
- säkerställa att den person som tar emot en delegering kan uppvisa en relevant kunskapsnivå för uppgiften
- genomgången utbildning har dokumenterats i delegeringsbeslutet.

#### 6.4.2 Ansvar för den person som delegerar

Den som utfärdar en delegering ska ha formell och reell kompetens för den aktuella uppgiften. Reell kompetens innebär att ha kompetens att utföra den aktuella arbetsuppgiften i alla dess delar. Om reell kompetens saknas kan vederbörande inte delegera uppgiften till någon annan. Behovet av, och lämpligheten med delegeringen ska bedömas i samråd med verksamhetschef.

Den som delegerar en arbetsuppgift ansvarar för följande:

- Beskriva för mottagaren av delegeringen vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att kunna utföra arbetsuppgiften och förvissa sig om att mottagaren själv anser sig ha den kompetens som krävs. Om mottagaren anser att hen inte har tillräcklig kunskap och erfarenhet av uppgiften får den inte delegeras.
- Ge mottagaren den handledning som behövs.
- Bedöma och försäkra sig om att uppgiftsmottagaren har tillräckligt med kunskap och erfarenhet för uppgiften för att kunna utföra den på ett korrekt och säkert sätt.
- Tillse att den som tar emot uppgiften har dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen.
- Kontrollera och bevaka att den delegerade uppgiften fullgörs på ett sätt som är förenligt med god och säker vård.
- Ompröva delegeringsbeslut när omständigheterna påkallar det.
  - Det kan exempelvis gälla vid omorganisering, förändrad bemanningssituation, om nya tekniker eller rutiner införs eller att mottagen får nya arbetsuppgifter som medför att hen inte längre bör fullgöra uppgiften.
  - Omprövning av beslut ska också ske när tiden för beslutet löpt ut (minst årligen).
- Återkalla delegeringen om mottagaren saknar förmåga att fullgöra uppgiften.

#### 6.4.3 Ansvar för mottagare av delegering

Den som mottar delegering ska på ett betryggande sätt sköta de delegerade uppgifterna. Den som tar emot en delegering avseende iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel:

- Har ett eget ansvar för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter inom ramen för det egna yrkesansvaret<sup>12</sup>.
- Ska ha full insikt i det ansvar som följer en delegering och ska ha kunskaper om vad delegering och gällande bestämmelser för området innebär.
- Ska vara reellt kompetent för uppgiften och ha dokumenterade teoretiska kunskaper såväl som praktiska färdigheter kopplade till den delegerade uppgiften.
- Ska ha kunskap och möjlighet att genomföra de kontroller och dokumentera i patientjournalen de uppgifter som återges i tabell 2.
- Ska upplysa den som delegerar uppgiften om sin förmåga att fullgöra den aktuella uppgiften korrekt och säkert.

---

<sup>12</sup> 6 kap. 2 § Patientsäkerhetslag (2010:659)

- Ansvarar för att det som hen meddelat den som utfärdat delegeringen beträffande sin förmåga att kunna fullgöra den aktuella uppgiften är korrekt.
- Ansvarar för att informera om hen inte kan utföra arbetsuppgiften korrekt och säkert. Då ska delegeringen upphöra.
- Ska kunna svara på de frågor som patienten eventuellt har om det aktuella läkemedlet. Exempelvis läkemedlets effekt, bieffekter, risker eller hur läkemedlet ska intas (vid överlämnande).
- Får inte överlåta uppgiften till någon annan.

#### 6.4.4 Sjuksköterska med ansvar för patientens omvårdnad

På grund av en patients tillstånd eller andra rådande förhållanden kan den sjuksköterska, som vid tillfället är ansvarig för patientens omvårdnad, bedöma att det inte är lämpligt att person med delegering utför den aktuella arbetsuppgiften. Då ska personen med delegering för uppgiften avstå från att utföra den.

## 6.5 DELEGERING AV IORDNINGSTÄLLANDE, ADMINISTRERING ELLER ÖVERLÄMNANDE AV LÄKEMEDEL I REGION SKÅNE

I Region Skåne ska verksamheter för hälso- och sjukvård ha en säker läkemedelshantering. Huvudregeln är att läkemedelshantering ska utföras av behörig personal, som har såväl formell som reell kompetens för uppgiften. Delegering av läkemedelshantering kan ske i undantagsfall i vissa situationer och under vissa förutsättningar (tabell 3.) Delegering ska inte användas för att lösa brist på personal med formell kompetens, inte heller för att lösa ekonomiska brister. Vidare ska det inte finnas en regel i verksamheten att vissa arbetsuppgifter ska delegeras.

### 6.5.1 Undvik delegering genom att bemanna utifrån patientens behov och uppgiftsväxla

Hälso- och sjukvårdspersonalens tid ska användas så effektivt som möjligt utifrån patienternas vårdbehov, med bibehållen patientsäkerhet. Det är patientens behov som ska styra teamets sammansättning kring patienten och alla kompetenser ska beaktas och tas tillvara. Genom uppgiftsväxling (även kallat arbetsväxling eller task-shifting) kan personalstyrkans samlade resurser tillvaratas så effektivt som möjligt. Exempelvis kan iordningställande och överlämnande av läkemedel växlas från sjuksköterskor till apotekare eller receptarier som har specifik kompetens och behörighet för uppgiften.

### 6.5.2 När kan det vara befogat att delegera?

Även om bemanningen i en verksamhet är sådan att det finns personal med formell kompetens och behörighet för iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel i den omfattning som behövs kan det förekomma situationer när det kan anses vara befogat att delegera någon eller några av dessa uppgifter till personal med reell kompetens. Det kan vara situationer när det utifrån ett helhetsperspektiv bättre svarar mot patientens behov, under förutsättning att patientsäkerheten inte äventyras.

Om vårdgivaren beslutat om att delegering av iordningsställande, administrering eller överlämnande av läkemedel får ske i verksamheterna är kravet att det i vårdgivarens rutiner tydligt ska framgå för den hälso- och sjukvårdspersonal som ska delegera och den som tar emot en delegering, i vilka situationer och under vilka förutsättningar delegering av arbetsuppgifterna får ske<sup>13</sup>. Observera att

---

<sup>13</sup> 9 kap. 7 § HSLF-FS 2017:37



beslutet om delegering i det enskilda fallet alltid ska fattas av den hälso- och sjukvårdspersonal som delegerar arbetsuppgiften.

I tabell 3 beskrivs de situationer där delegering av iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel får lov att ske i hälso- och sjukvården i Region Skåne samt vilka förutsättningar som ska uppfyllas för att vården ska betraktas som god och säker.

**Tabell 3** Situationer och förutsättningar för delegering av iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel

Situation	Alkoholmissbruk (vuxna, psykiatrisk öppenvård)
Uppgift(er)	Överlämnande av avvänjningsmedel vid alkoholism och alkoholmissbruk (ex brustablett Antabus).
Förutsättningar	Läkemedlet ska vara märkt enligt bestämmelserna i 8 kap. 7 § HSLF-FS 2017:37. Märkningen ska ha utförts av en sjuksköterska. Läkemedlet får endast överlämnas till patienter som är regelbundna besökare på mottagningen. Övrigt: se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.
Situation	Antidepressiva eller antipsykotiska läkemedel - när känd patient med stabil långvarig behandling med antidepressiva eller antipsykotiska läkemedel har etablerad allians med annan yrkeskategori exempelvis psykolog eller kurator (vuxna, psykiatrisk öppenvård)
Uppgift(er)	Överlämnande av antidepressiva eller antipsykotiska läkemedel.
Förutsättningar	Läkemedlet ska vara märkt enligt bestämmelserna i 8 kap. 7 § HSLF-FS 2017:37. Märkningen ska ha utförts av en sjuksköterska. Läkemedlet får endast överlämnas till patienter som är regelbundna besökare på mottagningen. Om läkemedlet är dosförpackat eller liknande ska sjuksköterska ha kontrollerat dosförpackningen. Övrigt: se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.
Situation	Astma (ej akut), kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) eller allergi (vuxna, slutenvård).
Uppgift(er)	- Administrering eller överlämnande av patientbundna och medhavda inhalationer. - Administrering eller överlämnande av ordinerade inhalationer.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.
Situation	Astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) på mottagning (vuxna, öppenvård).
Uppgift(er)	- Iordningställande, administrering eller överlämnande av inhalationer.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske
Situation	Diagnostisk undersökning (vuxna och barn, öppen- och slutenvård).
Uppgift(er)	- Överlämnande av peroralt kontrastmedel.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.
Situation	Förstoppning (vuxna, slutenvård).
Uppgift(er)	- Administrering eller överlämnande av dosförpackade laxantia för oral respektive rektal administration.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske

Situation	Nästappa vid förkylning och allergi (vuxna och barn, öppen- och slutenvård).
Uppgift(er)	- Administrering eller överlämnande av näsdroppar eller nässpray.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske
Situation	Omläggning av sår (vuxna, öppen- och slutenvård).
Uppgift(er)	- Administrering av salvor. - Administrering av förband innehållande läkemedel.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske
Situation	Stick eller punktion av huden (vuxna och barn, öppen- och slutenvård).
Uppgift(er)	- Administrering eller överlämnande av lokalanestetika i form av salva, gel och plåster inför stick eller punktion av huden.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.
Situation	Svampinfektion i mun (oral candidos) (vuxna, slutenvård)
Uppgift(er)	- Administrering eller överlämnande av oral suspension
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.
Situation	Svampinfektion hud (Candidiasis) (vuxna, slutenvård)
Uppgift(er)	- Administrering eller överlämnande av puder, kräm och vagitorier.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.
Situation	Smärttillstånd, svag till måttlig (vuxna, slutenvård).
Uppgift(er)	- Administrering eller överlämnande av analgetika (per os) som inte är narkotikaklassade läkemedel.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.
Situation	Vaxpropp (vuxna och barn, öppen- och slutenvård).
Uppgift(er)	- Administrering eller överlämnande av örondroppar eller öronspray.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.
Situation	Ögondroppar (vuxna, slutenvård)
Uppgift(er)	- Administrering eller överlämnande av ögondroppar.
Förutsättningar	Före administrering eller överlämnande ska det särskilt uppmärksammas vilket öga som avses att droppas (om det endast är ett), vilken ordning dropparna ska administreras (om det är fler än en sorts ögondroppar) samt den tid som ska förflyta mellan administrering av olika slags ögondroppar. Övrigt: se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.
Situation	Urinkateter (KAD) inläggning (vuxna, slutenvård).
Uppgift(er)	- Iordningsställande och administrering av bedövningsgel vid insättning av KAD.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske .
Situation	Urinkateter (KAD), stopp eller misstänkt stopp (vuxna, slutenvård).
Uppgift(er)	- Iordningsställande och administrering av steril vätska vid sköljning av urinblåsan.
Förutsättningar	Se kapitel 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske .

### 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske

Tillräcklig kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonalen är en förutsättning för att ge sakkunnig vård och för att kunna arbeta i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Utan rätt kunskap och kompetens hos personalen saknas också tillräckliga förutsättningar för att fullgöra rapporteringsskyldigheten. I vårdgivarens rutiner för läkemedelshantering ska det framgå vilken kunskap och kompetens som krävs för den som genom delegering får i uppgift att iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel<sup>14</sup>.

Huvudförutsättningen för att delegering av iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel ska få ske är att vården är fortsatt god och säker. Behovet av och lämpligheten med delegeringen ska ha bedömts i samråd med verksamhetschef och en riskanalys ska ha genomförts innan varje beslut om delegering tas. Den som delegerar ska såväl ha formell som reell kompetens för den delegerade uppgiften. Mottagaren av delegeringen ska ha fått tillräckligt med handledning och ska alltid ha möjlighet att kontakta behörig personal vid behov av stöd och hjälp. Den som tar emot en delegering ska också ha kunskap om de regler och bestämmelser som gäller inom området samt vara införstådd med det egna ansvaret hos hälso- och sjukvårdspersonal för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter. Krav på kunskap och kompetens för mottagare av delegering beskrivs ytterligare i kapitel 6.4.3 Ansvar för mottagare av delegering.

Förutsättningarna i samband med ett delegeringsförfarande är att den som tar emot en delegering:

- Ska ha kontrollerad, konstaterad och dokumenterad reell kompetens för den delegerade uppgiften.
- Ska ha genomgått en teoretisk och praktisk utbildning om läkemedelshantering.
- Ska ha generell kunskap om läkemedel och risker kopplade till läkemedel.
- Ska ha kunskap om det specifika läkemedlet som delegerats och risker kopplade till läkemedlet.
- Ska kunna svara på de frågor som patienten eventuellt har om det aktuella läkemedlet.
- Ska ha förmåga att bedöma patientens tillstånd utefter läkemedelsbehandlingen och tillkalla behörig personal om det inte är lämpligt att utföra den delegerade uppgiften.
- Ska ha teoretisk och praktisk kunskap för att genomföra de kontroller vid iordningställande, administrering eller överlämnande som redovisas i tabell 2.
- Ska ha teoretisk och praktisk kunskap för att dokumentera de uppgifter som krävs vid iordningställande, administrering eller överlämnande som redovisas i tabell 2.
  - Observera att vissa kontroller försvåras när läkemedlen är dosförpackade.
- Ska ha kunskap och kompetens för genomföra en rimlighetsbedömning av såväl den ordinerade som den iordningställda dosen som redovisas i tabell 2. Observera att det ställs särskilda krav på kunskap och kompetens hos den som ska utföra rimlighetsbedömningen. Rimlighetsbedömningen görs genom att
  - granska ordinationen utifrån patientens diagnoser, aktuella tillstånd och mätvärden
  - avgöra om det är en rimlig dosering enligt Fass eller eventuella riktlinjer, aktuell indikation och om det förekommer dubbelbehandlingar

---

<sup>14</sup> 9 kap. 8 § HSLF-FS 2017:37

- värdera om mängden läkemedel som iordningställts är rimlig utifrån volym, antal ampuller, antal tabletter
- kontrollera överkänslighetsmarkering och fråga patienten om läkemedelsöverkänslighet ifall det är första gången patienten får läkemedlet under det aktuella vårdtillfället.
- Ska ha åtkomst till de underlag i patientjournalen som krävs för att genomföra de kontroller vid iordningställande, administrering eller överlämnande som redovisas i tabell 2.
- Ska ha åtkomst till patientjournalen för att dokumentera de uppgifter som krävs vid iordningställande, administrering eller överlämnande som redovisas i tabell 2.
- Ska vara införstådd i rapporteringsskyldigheten, och rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

## 6.6 DELEGERINGSBESLUT – FORMALIA OCH DOKUMENTATION

Delegeringsbeslutet upphör att gälla om den som utfärdat eller mottagit delegeringen avslutar sin anställning eller byter vårdenhets. Ett delegeringsbeslut gäller högst ett år och bevaras i verksamheten i tre år efter det har upphört att gälla.

Ett delegeringsbeslut är personligt:

- Beslutet får endast avse en namngiven person, inte en yrkesgrupp.
- Den person som fått en uppgift tilldelad sig genom delegering får inte i sin tur delegera uppgiften till någon annan.
- Beslutet gäller aldrig en ersättare om mottagaren för delegeringen är ledig eller sjuk.

Bilaga 10 Blankett för delegeringsbeslut ska användas vid beslut om delegering.

- Arbetsuppgiften ska vara tydligt definierad och får inte beskrivas i allmänna termer som exempelvis "administrering av läkemedel". Varje uppgift måste anges var för sig samt under vilka förutsättningar som delegeringen ska gälla.
- Beslutet ska innehålla
  - namn på den som utfärdat delegeringen och på den som tar emot delegeringen
  - uppgifter om kunskap och kompetens hos den som tar emot delegeringen
  - uppgifter om giltighetstid
  - datum för beslut.
- Beslutet ska undertecknas av den som utfärdar delegeringen, den som tar emot delegeringen och av verksamhetschefen.

## 7 REKVISITION, KONTROLL OCH FÖRVARING AV LÄKEMEDEL

---

### 7.1 REKVIRERING AV LÄKEMEDEL

ApoEx AB ansvarar för läkemedelsförsörjningen till sjukvården i Region Skåne. Det omfattar tillhandahållande av läkemedel i hela förpackningar, beredning av cytostatika, sterila beredningar, patientindividuellt packade doser (PiD) samt hantering av kliniska prövningar. Dessutom tillhandahåller företaget tjänsterna läkemedelsservice (LMS) och vätskevagnsservice (VVS).

Endast legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal godkända av verksamhetschef är behöriga att rekvirera läkemedel. Observera att den som rekvirerar läkemedel inte samtidigt ska vara kontrollansvarig för narkotikahandlingen.

#### 7.1.1 Offentlig vård

Raindance Marknadsplats är Region Skånes e-handelssystem för beställning av läkemedel i hel förpackning. Via denna beställningsportal kan Region Skånes verksamheter beställa läkemedel och varor från Region Skånes leverantör av läkemedel (ApoEx AB) samt Region Skånes centrallagerleverantör (OneMed). För vacciner finns särskilda beställningsrutiner, se länk nedan. Verksamhetschef/enhetschef anger behörigheter för beställare, beslutsattestant och inleverans via beställningsformulär för Raindance Marknadsplats.

Ansökan om behörighet att beställa läkemedel och starta upp nytt läkemedelsförråd görs i Serviceportalen. Observera att för primärvård ska alla läkemedel som administreras i verksamheten beställas på rekvisition och alltså inte skrivas på recept (t.ex. osteoporos- och järnpreparat) då upphandlingsrabatter finns.

#### Läs mer:

Bilaga 6 Uppdrag rekvirering av läkemedel

[Samarbetsmanual Region Skåne och ApoEx](#)

[Läkemedelsbeställare i Raindance marknadsplats - Region Skånes intranät \(skane.se\)](#)

[Beställa vaccin](#)

[Avtalade läkemedel i Region Skåne](#)

[Läkemedelsrådets rekommendationer](#)

[Information och stöd för läkemedelsbeställare](#)

#### 7.1.2 Externa vårdgivare

För vårdleverantörer som har avtal med Region Skåne finns det möjlighet att köpa läkemedel via ApoEx till Region Skånes avtalade priser. Läkemedelsbeställningar görs då via ApoEx beställningssystem CARE.

För att skapa en ny behörighet för beställning av läkemedel i CARE eller vid ändring av befintliga, beställande enheter och/eller behöriga beställare, används ApoEx formulär *Blankett för avropsavtal inom Region Skåne*.

#### Läs mer:

[Beställa läkemedel, CARE](#)

[Samarbetsmanual Region Skåne och ApoEx](#)

[Beställa vaccin](#)

[Avtalade läkemedel i Region Skåne](#)

#### 7.1.3 Reservrutin

Vid IT- avbrott som hindrar åtkomst till beställningssystemen, ska reservrutin användas. Då används blanketten "Beställningsblankett för läkemedelsrekvisition".

Läs mer: [Blanketter för beställning](#)

#### 7.1.4 Extempore-läkemedel

Cytostatika, övrig steril och icke-steril extempore beställs via:

- Cytodos
- CytoBase
- kryterad mejl till tillverkningsenhet

Vid beställning via mejl används beställningsblanketter som finns tillgängliga på Vårdgivare Skåne. Vid mejlbeställning ska beredningens komposition, användningsområde, dosering och namn på ordinerande läkare anges. Ytterligare uppgifter kan behövas beroende på beredningsform och indikation.

För lagerberedningar och frekventa extemporeläkemedel har produktmonografier utarbetats tillsammans med specialister. För läkemedel med beviljad rikslicens finns även produktresuméer som godkänts av Läkemedelsverket. Dessa beredningar ska vanligen beställas via Marknadsplatsen. Om varan saknas kontaktas ApoEx.

**Läs mer:**

[Blanketter för beställning](#)

Produktresuméer, produktmonografier, preparatförteckningar, aktuell produktinformation samt information om tillgängliga doseringshjälpmedel se:

[APL](#)

[Unimedica](#)

#### 7.1.5 Rekvisition och lån mellan avdelningar

Vid lån av läkemedel mellan avdelningar bör endos, blister eller annan originalförpackning lämnas ut. Om detta inte går läggs tabletter/kapslar i en läkemedelspåse.

Utlånande sjuksköterska ansvarar för iordningställande och fyller i läkemedlets namn och styrka, utgångsdatum samt datum och signum på läkemedelspåsen samt överlämnar läkemedlen. Observera att särskilda regler gäller för narkotika, hänvisning till [7.6](#).

Läkemedelspåsar är inte till för långtidsförvaring av läkemedel, ange datum när läkemedel läggs i påsen. Låna endast den mängd läkemedel som beräknas för aktuellt vårdtillfälle.

**Läs mer:** [Stöd vid läkemedelshantering – hitta läkemedel](#)

#### 7.1.6 Restnoteringsinformation

Ett läkemedel kallas restnoterat när det under en period inte går att beställa från tillverkaren, det vill säga när innehavaren av godkännande för försäljning av läkemedlet inte kan leverera det. Alternativt föreligger en fördröjning i grossist-/leverantörsledet.

Det kan finnas flera olika anledningar till att ett företag tillfälligt inte kan leverera ett läkemedel, till exempel problem i tillverkningen, brist på aktiv substans eller att efterfrågan på läkemedlet blir oväntat hög. Restnoteringsinformation kommuniceras kontinuerligt på intranätet och Vårdgivare Skåne.

**Läs mer:**

[Restnoterade läkemedel - Vårdgivare Skåne](#)

[Läkemedelsverkets lista över aktuella restnoteringar](#)

#### 7.1.7 Rekvisition av licensläkemedel

Förskrivande läkare måste registrera en licensmotivering via Läkemedelsverkets licenssystem KLAS. Apoteket gör därefter licensansökan. Handläggningstiden är normalt inom 7 arbetsdagar. Om ärendet är medicinskt brådskande markeras detta i licensmotiveringen.

Licensmotiveringen ska riktas till ApoEx Malmö som apotek om läkemedlet ska rekvideras till verksamheten.

När licensen är beviljad registrerar ApoEx detta, varpå beställning är möjlig. Vissa licensläkemedel måste anskaffas internationellt, denna process kan ta någon till några veckor.

Om beställande enheter skickar beställning på licensläkemedel men saknar licens kommer denna orderrad avslås, det vill säga plockas bort från ordern. ApoEx återkopplar detta till beställaren.

Kontakta ApoEx via e-post på [licenser@apoex.se](mailto:licenser@apoex.se) om det inte går att finna en licensvara i beställningssystemet Raindance Marknadsplats/CARE.

**Läs mer:**

Om licensläkemedel. hänvisning till [3.5](#)

[Licensansökan i KLAS, praktisk hantering](#)

[Läkemedelsverkets föreskrifter om licens \(HSLF-FS 2018:25\)](#)

### 7.1.8 Rekvisition av medicinska gaser

Varje rekvisering av medicinsk gas på flaska ska göras skriftligt (elektroniskt eller manuellt). Muntlig beställning, exempelvis beställning direkt ifrån gasförråd, bör enbart tillämpas som nöd-/akutrutin. Rekvisering av medicinsk gas får bara utföras av behörig person. Abonnemang kan tillämpas, förutsatt att rutinen för detta är skriftligen godkänd av verksamhetschef (eller av denne utsedd person) och levererande enhet.

Följande uppgifter ska dokumenteras vid rekvisering av gas:

- Beställarens namn, tillhörighet, RSID samt mottagande enhet i klartext.
- Gas-sort, typ av flaska (exv. Viproxal), volym/storlek samt antal.
- Ändamål om detta inte är självklart (medicinsk eller teknisk gas).
- Överenskommen leveranstid.

Informationsruta 27

**Läs mer:**

[Gas - beställning](#)

Bilaga 5 Uppdrag och funktionsbeskrivning gasansvarig

Bilaga 6 Uppdrag rekvisering av läkemedel

Förvaring av medicinska gaser, hänvisning till [7.4.3](#)

### 7.1.9 Läkemedel för klinisk prövning

I Region Skåne finns ett kompetenscenter för kliniska prövningar; Forum Söder, med ansvar att stödja forskare i södra sjukvårdsregionen. Forum Söder är även delegerad ansvar för att säkerställa kontraktsskrivning mellan Region Skåne och företagssponsor för prövningsuppdraget och detta utförs i tätt samarbete med den kliniska verksamheten. Om läkemedelshandlingen för den kliniska prövningen ska hanteras via Region Skånes avtalade läkemedelsleverantör ApoEx, ska särskilt avtal upprättas för varje enskild prövning mellan sponsor och avtalad läkemedelsleverantör inom kliniska prövningar.

**Läs mer:**

[Forum Söder](#)

[Beställa läkemedel](#)

### 7.1.10 Antidoter

Vid överdosering av vissa läkemedel kan, förutom vanliga åtgärder vid förgiftningar, specifika antidoter sättas in.

Behandlingsanvisningar finns på Giftinformationscentralens hemsida, där finns även ett antidotregister över sjukhusens lagerhållning av antidoter.

Giftinformationscentralen bör kontaktas vid minsta tveksamhet.

- Akut, ring via 112, begär giftinformation.
- I mindre akuta fall 010-4566700.

Informationsruta 28

Läs mer:

[Giftinformationscentralen](#)

[Giftinformationscentralen - sök substans och åtgärd](#)

## 7.2 MOTTAGNING AV LÄKEMEDELSBESTÄLLNING

### 7.2.1 Leverans

Uttransport av läkemedel till samtliga Region Skånes vårdenheter och externa vårdgivare sker enligt befintliga avtal. Transportboxarna innehåller läkemedel eller läkemedelsnära varor som kan vara stöldbegärliga, temperaturkänsliga och/eller mycket dyrbara. Därför får transportboxar aldrig lämnas okvitterade eller i allmänna utrymmen.

### 7.2.2 Kontroll av leverans

Läkemedelsleveransen ska överlämnas till behörig person, som ska kvittera leveransen. Läkemedlen ska om möjligt packas upp genast (särskilt om kylvaror har rekvirerats) och placeras i läkemedelsförrådet. Följesedeln följer med varorna och kontrollen sker lämpligen mot denna. Vid uppackning gäller följande:

#### Kontrollera

- att plomberingen är obruten
- att läkemedlen överensstämmer med gjord rekvisition
- om leveransen innehåller eventuella ändringar så som t.ex. delleranser eller restsituationer.

#### Tillse att

- den person som packar upp leveransen eller delar av leveransen, daterar och signerar åtgärden på följesedeln
- alla följesedlar sparas för inleverans i Marknadsplatsen så att faktureringen av beställningen blir korrekt
- inleverans görs snarast av behörig läkemedelsbeställare
- Följesedlar sparas på avdelningen i 2 år. Obs! PiD följesedlar innehållande narkotika som signerats i samband med kassation av narkotika i dospåsar eller vid flytt av patient till annan enhet ska sparas i 15 år då de räknas som narkotikajournal.
- följesedlar för normalbeställningar via e-handel hanteras enligt "Rutin för mottagningskontroll för inleverans"
- eventuella anmärkningar görs omgående eller senast vardagen därpå till läkemedelsleverantören för rättelse
- tomma läkemedelsboxar så fort som möjligt returneras till läkemedelsleverantören.

Informationsruta 29



Läs mer:

[Rutin för mottagningskontroll vid inleverans](#)

Bilaga 15/16 Stödmall för lokal instruktion

### 7.3 RETURER

**Observera!** Alla boxar som skickas för returer av olika slag, ska vara märkta med returetikett.

För mer information och detaljer, se Region Skånes och ApoEx [Samarbetsmanual](#).

#### 7.3.1 Returgodkännande

Returgodkännande ska finnas för alla returer förutom för destruktions. Kontakt med ApoEx ska alltid tas innan retur av kuranta, oöppnade förpackningar görs, maila [order.skane@apoex.se](mailto:order.skane@apoex.se). Returetikett och plomber finns att beställa i Raindance Marknadsplats/CARE.

Returer gäller förutom för felexpedierade varor och volymer även orimliga beställningar som inte stoppats i orderhanteringen. Kyl- och frysvor samt narkotikaklassade läkemedel får inte returneras.

#### 7.3.2 Kreditering

I vissa fall kan kuranta varor returneras för kreditering. Retur sker omgående och ska vara ApoEx tillhanda inom 5 vardagar i plomberad läkemedelsbox. Temperaturlogg som visar att varan har förvarats i rumstemperatur (+15- +25°C) ska bifogas. Varan ska vara oöppnad och av bibehållen kvalitet.

#### 7.3.3 Reklamationer

Fel på läkemedel ska reklameras. För att göra en reklamation måste blanketten "Reklamation" fyllas i. Kontakta ApoEx för att komma överens om en ny leverans. Skicka varan tillsammans med blanketten till ApoEx i en plomberad läkemedelsbox. Läkemedelsboxen ska ha en returetikett på utsidan.

#### 7.3.4 Indragningar

En indragning innebär att ett läkemedel dras tillbaka från marknaden. Detta sker om ett läkemedel bedöms kunna skada eller skapa obehag för användaren. En indragning kan gälla specifika batcher eller hela produktionen.

Indragningens allvarlighetsgrad avseende hälsorisk klassificeras i tre klasser:

**Klass I:** Användning kan vara livshotande eller ge allvarlig skada.

ApoEx kommunicerar i första hand via telefon till de enheter som köpt varan.

**Klass II:** Användning kan orsaka sjukdom eller felbehandling, utan att vara livshotande. ApoEx kommunicerar med berörda enheter.

**Klass III:** Användning medför ingen påtaglig hälsorisk. Produkten dras in av annan orsak. ApoEx kommunicerar med berörda enheter.

Informationsruta 30

#### 7.3.5 Läkemedel för destruktions

Läkemedel med utgången hållbarhet, eller som av annan anledning ska kasseras, packas i kraftiga genomskinliga plastpåsar (artikelnummer finns på destruktionsblanketten) och returneras till ApoEx i plomberad läkemedelsbox. Ifyllt blankett "Läkemedel för destruktions" skickas med i boxen. För ytterligare information angående avfallshantering av läkemedel, se regionala avfallshandboken.

Läs mer: [Region Skåne och ApoEx Samarbetsmanual](#)  
[Blanketter för retur, reklamation och destruktions](#)  
[Läkemedelsavfall - hantering - Region Skånes intranät](#)

## 7.4 FÖRVARING AV LÄKEMEDEL

Läkemedel ska förvaras

- oåtkomliga för obehöriga
- enligt tillverkarens anvisningar
- på ett sådant sätt att deras kvalitet inte försämras
- i ett särskilt läkemedelsförråd som är anpassat för verksamhetens inriktning och omfattning.

Informationsruta 31

### 7.4.1 Läkemedelsförråd

För att tillmötesgå kraven på en god hygien och arbetsmiljö ska ett speciellt läkemedelsförråd finnas. Läkemedelsförrådet ska endast användas för förvaring av läkemedel inklusive tillbehör samt för iordningställande av läkemedel.

Kraven på läkemedelsförrådets funktion och utrymme varierar beroende på enhetens inriktning och rutiner för förvaring och iordningställande av läkemedel. God belysning och ostörd miljö är viktigt ur säkerhetssynpunkt. Tillträde till läkemedelsförråd har endast sjuksköterska/annan behörig personal i tjänst. Vid städning, reparationer eller underhållsarbete skall läkemedelsförrådet kontrolleras av sjuksköterska/ annan ansvarig person. Personer som ges tillträde till läkemedelsrummet ska kunna uppvisa giltig id-handling och får inte vistas där utan närvaro av behörig person.

Åtgärder ska vidtas så att daglig städning genomförs. Detta är viktigt ur hygien- och patientsäkerhetssynpunkt. Läkemedelsboxen och annat ovidkommande får inte placeras på arbetsbänkar eller där tillredning av sterila läkemedel utförs.

Av säkerhetsskäl ska aldrig personliga ägodelar så som klädesplagg, väskor etc. förvaras i läkemedelsförrådet. Medel för tekniskt bruk (dvs. rengöringsmedel, desinfektionslösningar för lokaler och tillbehör samt reagenser) får inte heller förvaras i läkemedelsförråd, utan ska förvaras i annat låst utrymme. Undantag är de medel som krävs för avtorkning av läkemedelsrummets beredningsytor.

#### 7.4.1.1 Läkemedelsförråd på sjukhus

Läkemedel lagerhålls på avdelning/enhet i läkemedelsförråd och detta kan ske enligt följande alternativ:

- **Läkemedelsrum**

I detta finns t.ex. öppna hyllor, kylskåp, låst skåp för narkotika samt plats för vätskevagn/infusionsvätskor, sprutor och kanyler och andra hjälpmedel för iordningställande av patientdos. Fördelar med detta är

- att förvaring kan ske på öppna hyllor med god överskådlighet
- att arbetet kan utföras ostört
- att endast en nyckel/kort behövs för hela förrådet.

- **Läkemedelsskåp/Läkemedelskylskåp**

Dessa skåp kan vid behov kompletteras med låsbart förvaringsutrymme för vätskor (infusionsvätskor, spolvätskor, lösningar för hudinfektion).

- **Läkemedelsvagn**

Läkemedelsvagnar betraktas som förråd. De ska vara låsta och förvaras säkert när de inte används. Lådorna i vagnen är oftast patientbundna. Begränsa om möjligt uttagen från läkemedelsförrådet till läkemedelsvagn för att undvika felhantering och förväxlingar.

Följande gäller för att få flytta tillbaka blister/endos/ampull till läkemedelsförrådet:

- Blisterkartan ska vara hel, all märkning ska vara kvar.
- Endos/ampull är märkt med alla uppgifter (namn, utgångsdatum, batchnummer).
- Blisterkartan/endos/ampull får aldrig läggas tillbaka i originalförpackning då det är stor risk att den läggs i fel förpackning med felmedicineringar som följd.
- Blisterkarta/endos/ampull läggs framför originalförpackningen i läkemedelsförrådet.

Informationsruta 32

Om verksamheten väljer ett annat arbetssätt för hanteringen av blisterkartor, måste detta tydligt beskrivas i den lokala instruktionen och säkerhetsåtgärder vidtas så att felmedicinering undviks. Vissa lådor kan disponeras för de vanligaste läkemedlen, som ordineras generellt eller vid behov, och för sprutor och andra hjälpmedel mm. När en avdelning stängs ska läkemedelsvagnen förvaras inlåst och vid behov tömmas.

- **Vätskevagn**

Vätskevagn är en speciell vagn som innehåller infusions- och spolvätskor. Läkemedelsleverantören går igenom och kompletterar vagnen efter ett rekvisitionsunderlag som tagits fram på avdelningen/enheten.

Byte av vagn sker enligt överenskommelse med läkemedelsleverantören. Full vagn levereras och den tömda vagnen går i retur.

Systemet innebär att man på avdelningen inte behöver beställa vätskor själv samt slipper tomemballage och tunga lyft. Vagnen ska förvaras säkert, t.ex. i läkemedelsrum, där den då ersätter en hyllmodul. Varje avdelning ansvarar själv för underhåll och rengöring av vätskevagn.

- **Svansförråd/ Serviceförråd**

80 % av de läkemedel som beställs till en avdelning ingår i bassortimentet och används frekvent. Resterande 20 % beställs för ett visst ändamål, t.ex. en viss patient. Dessa läkemedel riskerar att inte komma till användning på avdelningen inom angiven hållbarhetstid, och därmed kasseras när hållbarhetstiden går ut.

Tanken med ett svansförråd/serviceförråd är att ta tillvara överblivna läkemedel som inte ingår i avdelningens bassortiment, så att övriga avdelningar vid behov kan använda dessa läkemedel istället för att rekvirera nya. Detta ger ökad tillgänglighet, ökade miljövinster, minskar kassation och ger minskade kostnader för läkemedel. Observera att narkotiska preparat inte får läggas i svansförråd.

Läs mer: [Beställ läkemedel](#)

#### 7.4.1.2 Läkemedelsförråd i primärvård och kommunal vård

I primärvård och i kommunal hälso- och sjukvård kan ett läkemedelsförråd vara:

- Förråd för akut- eller jourläkemedel.
- Förråd för iordningställande av läkemedel till personer på ett kommunalt boende och/eller läkemedel ordinerade enligt generella direktiv för läkemedelsbehandling.
- Förråd med individuellt förskrivna läkemedel för fler än en person, hänvisning till [7.4.6](#).

Läs mer:

Bilaga 12 Blankett för namnteckning och signatur

Bilaga 11 Anvisningar och protokoll för skötsel av läkemedelsförråd

Bilaga 13 Blankett för temperaturkontroll

Bilaga 5a Förvaring och kontroll av medicinsk gasflaska på enhet

## 7.4.2 Förvaringsanvisningar för läkemedelsförråd

### 7.4.2.1 Gruppordning

Förvaring sker enligt tillverkarens anvisningar. Läkemedlen ska placeras i bokstavsordning eller i ATC-ordning och lämpligen utifrån nedanstående grupper:

- Läkemedel för injektion.
- Övriga läkemedel för invärtes bruk.
- Läkemedel för utvärtes bruk.
- Läkemedel som kräver kylskåp/ sval.

Informationsruta 33

Läs mer:

[ATC-register FASS](#)

### 7.4.2.2 Förväxlingsrisk

En del läkemedel har likartade namn och förpackningar med snarlikt utseende och det finns då en risk för förväxling. Därför är det viktigt att märka upp läkemedlets plats på hyllan.

Läkemedelsansvarig sjuksköterska och personal från Läkemedelsservice (om tjänsten finns i verksamheten) ansvarar för att märkningen av läkemedlens förvaringsplats är tydlig. Det är viktigt att regelbundet se över förvaringen av läkemedel i läkemedelsförrådet för att identifiera och minimera risker för förväxlingar av läkemedel.

### 7.4.3 Kassationshantering infusioner

Använda infusionspåsar som ska kasseras får ej tas in i läkemedelsrummet. De ska läggas i riskavfallsbehållare placerad i skölj eller liknande rum.

Undantaget är infusionspåsar innehållande narkotika som bör kasseras i läkemedelsrum. Undantag kan göras i lokal instruktion.

### 7.4.4 Förvaring av medicinska gaser

Medicinska gaser är läkemedel. Det innebär bland annat att

- medicinska gaser ska förvaras oåtkomligt för obehöriga och regelbundet kontrolleras avseende förvaringssätt och hållbarhet
- doseringsanordningen på apparaturen måste vara sådan, att gasflödet i liter per minut kan avläsas
- användning alltid måste föregås av en ordination.

Informationsruta 34

Medicinska gaser är fyllda i vita flaskor med färgmarkering på "flaskbröset" som anger gassort:

Vit: Andningsoxygen

Svart/vit: Andningsluft

Blå: Lustgas

Grå: Koldioxid

På flaskan finns etiketter där det framgår gassort, fyllningsdatum, och uppgift om sista förbrukningsdatum. Flaskor med oläslig etikett ska reklameras och returneras.

För förvaring och hantering av gasflaskor gäller bland annat följande:

- Varningsskylt för gasflaskor ska finnas både på dörren till förvaringsutrymmet och på entrén till vårdenheten.
- Förrådet där flaskorna förvaras ska vara välventilerat.
- Inga absorberande material som exempelvis textilier får förekomma i förrådet.
- Fett och olja kan självantändas i andningsoxygen under högt tryck och därigenom orsaka explosion och brand. Fett eller oljor får därför inte lagras på samma ställe som gasflaskor eller förekomma på händer eller apparatur vid hanteringen.
- Fylld gasflaska får inte utsättas för onormal uppvärmning.
- Flaskorna ska vara fastkedjade vid vägg eller på speciell kärra.
- Olika gassorter förvaras åtskilda.
- Tomma och fyllda flaskor förvaras åtskilda på uppmärkt plats.
- På varje enhet där lösa gasflaskor används ska det finnas en förteckning över var gasflaskorna förvaras.
- Instruktioner för den praktiska hanteringen av medicinska gaser ska finnas lättillgängliga på enheten.
- Öppen eld får inte förekomma där behandling med andningsoxygen pågår.
- Särskilda regler gäller för hantering av anestesigaser.

Hanteringen av medicinska gaser ska, liksom läkemedelsförrådet, kvalitetsgranskas. Ansvar för enhetens hantering av medicinska gaser ska beskrivas i enhetens lokala instruktioner för läkemedelshantering.

**Läs mer:**

Bilaga 5 Uppdrag och funktionsbeskrivning gasansvarig,  
Bilaga 5a Förvaring och kontroll av medicinsk gasflaska på enhet.

[Gas - beställning - Region Skånes intranät](#)

[Vårdhandboken, oxygenbehandling](#)

[Vårdhandboken, Hur länge räcker gasflaskan?](#)

[Arbetsmiljöverkets föreskrifter om anestesigaser](#)

Dokumentation i läkemedelsmodulen gällande medicinsk gas:

[Skånegemensamma rutiner för Läkemedelsmodulen i Melior](#) (under A. Rutiner)

#### 7.4.5 Temperaturmätning

I utrymme där läkemedel förvaras ska temperaturen kontrolleras och dokumenteras regelbundet. Termometrar som används ska mäta min- och maxtemperatur samt vara tillförlitliga och mäta rätt temperatur. Termometrar bytes, kontrolleras eller kalibreras årligen. Rumstemperatur ska kontrolleras och dokumenteras minst en gång per vecka. Temperatur i kylskåp (gäller även kylskåp med larm) och eventuellt frysskåp ska kontrolleras och dokumenteras dagligen. Avläst temperatur ska dokumenteras på lista som arkiveras i ett år.

Vid konstaterande att läkemedel förvarats vid annan temperatur än rekommenderad ska respektive läkemedelsföretag kontaktas för bedömning av huruvida läkemedlets hållbarhet påverkats.

Kontaktuppgifter till läkemedelsföretag finns på [Företag A-Ö - FASS Vårdpersonal](#).

##### 7.4.5.1 Rumstemperatur

Läkemedel som måste förvaras vid rumstemperatur ska förvaras vid (+15°C - +25°C). Läkemedel kan få förändrad effekt vid förvaring under +15°C. Detta beror på utfällning av aktiv eller annan substans i lösningar (t.ex. Gaviscon mixtur) eller på partikeltillväxt i suspensioner (kortikosteroider för injektion) om de placeras i kylskåp. Andra följder är dosaerosoler som inte fungerar och lösningar som blir för trögflytande.

#### 7.4.5.2 Kylförvaring

Vissa läkemedel kräver kylförvaring (+2°- +8°). Det anges på läkemedelsförpackningen. Avfrostning av kylskåpet ska göras vid behov.

Temperaturen varierar mellan olika platser i kylskåpet och i kylskåpsdörren är den i allmänhet för hög för känsliga preparat (t.ex. vacciner). I medicinkylskåpet får endast läkemedel förvaras.

#### 7.4.5.3 Frysförvaring

Om läkemedlet ska frysförvaras ska det förvaras vid den frystemperatur som finns angiven på förpackningen.

**Läs mer:** Bilaga 13 Blankett för temperaturkontroll

### 7.4.6 Läkemedelsförvaring för enskild patient

#### 7.4.6.1 I slutenvård/primärvård/särskilt boende

Förvaringsutrymme för läkemedel tillhörande enskild patient räknas inte som läkemedelsförråd. När individuellt förskrivna läkemedel till fler än en patient förvaras samlat ska detta utrymme räknas som läkemedelsförråd. Vårdgivaren är då ansvarig för utrymmet.

Om enskild patients läkemedel förvaras på enheten ska det förvaras inlåst. När läkemedel för enskild patient finns i ett samlat förråd ska de förvaras tydligt åtskilda från varandra och vara märkta med namn och personnummer.

#### 7.4.6.2 Läkemedel för vård i hemmet

Läkemedel ska förvaras på en säker plats i patientens bostad. Läkemedel ska förvaras så att det inte finns risk för att obehöriga kan komma åt dessa. Sjuksköterskan måste i varje enskilt fall göra en bedömning gällande förvaring av läkemedel. I de fall sjuksköterskan finner en risk med att läkemedel inte förvaras inlåsta, ska patienten eller anhöriga informeras och läkemedelsskåp om möjligt ordnas.

När det finns ordination på narkotikaklassade läkemedel rekommenderas att dessa förvaras i ett låst läkemedelsskåp. Tänk särskilt på de risker som åtkomst till läkemedel eller läkemedelsavfall kan innebära för barn och husdjur. Lokal instruktion för vårdpersonals hantering av narkotika i hemmet ska finnas. Iakttag särskild försiktighet vid kassation av smärtpåsar, hänvisning till [5.5.4](#).

## 7.5 FÖRVARING AV LÄKEMEDEL UTANFÖR LÄKEMEDELSFÖRRÅD

Under förutsättning att det är förenligt med säker hantering, får läkemedel som måste vara lätt tillgängliga förvaras utanför läkemedelsförrådet.

I den lokala instruktionen för läkemedelshandling ska det framgå vilka läkemedel som bedöms kunna förvaras utanför läkemedelsförrådet.

En förteckning över vilka läkemedel som förvaras utanför läkemedelsförrådet behövs bland annat som underlag för läkemedelsbeställningar och hållbarhetskontroller.

### 7.5.1 I vårdssalen

Vid patientens säng kan undantagsvis förvaras sådana läkemedel som patienten är väl förtrogen med och själv får inta. Läs mer om under vilka förutsättningar detta får ske, hänvisning till [5.5.8](#).

### 7.5.2 Akutvagn/väska/ask

För livshotande situationer ska akutläkemedel finnas tillgängligt på varje avdelning/mottagning där läkemedelsbehandling utförs.

Dessa måste förvaras så att de är lätt åtkomliga i den akuta situationen. Samtidigt måste placeringen dock väljas så att stöldrisken minimeras, läkemedlen ska vara under ständig uppsikt. När en akutask

brutits skall den omedelbart kompletteras eller bytas. Det är viktigt att säkerställa att rutin finns för plombering av akutvagn/väska/ask och kontroll av intakt plombering. Varje akutvagn/väska/ask ska ha en separat narkotikajournal/förbrukningsjournal för att underlätta inventering och för att snabbt upptäcka avvikelser.

Innehållet i akutvagn/väska/ask ska utarbetas utifrån respektive verksamhets behov. Ansvar för iordningställande av akutvagn/väska/ask samt information om dess innehåll och dosrekommendationer ska finnas i lokal instruktion för läkemedelshantering.

**Läs mer:** Bilaga 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering

## 7.6 TILLFÖRSEL, FÖRBRUKNING OCH KASSATION AV NARKOTISKA LÄKEMEDEL

### 7.6.1 Registrering

För att underlätta hanteringen ska förbrukningsjournalen ha plats för patientens ID-etikett. Enheter som använder Meliors läkemedelsmodul och Zebra etikettskrivare, bör använda dessa etiketter i narkotikajournalen. Vid utlån till annan enhet se 7.6.3 [Lån mellan enheter](#).

Vid **tillförsel** till förrådet anges följande i förbrukningsjournalen:

- Datum
- Klockslag
- Tillförd mängd från apoteksleverans eller i akutsituation lånad mängd från annan avdelning
- Kontrollerad behållning efter tillförsel
- Eventuell brist eller överskott i anmärkningskolumnen
- Sjuksköterska eller annan behörig styrker uppgifterna med namnteckning och RSID

Informationsruta 35

Vid **uttag** från förrådet anges följande i förbrukningsjournalen:

- Datum
- Klockslag
- Uttagen mängd
- Patientens namn och personnummer
- Kontrollerad behållning efter uttag
- Eventuell brist eller överskott i anmärkningskolumnen
- Kasserad mängd i anmärkningskolumnen om patient ges mindre mängd än en enhet (ampull, suppositorium, tablett)
- Sjuksköterska eller annan behörig styrker uppgifterna med namnteckning och RSID

Informationsruta 36

**Läs mer:** Bilaga 4, Uppdrag och funktionsbeskrivning kontrollansvarig sjuksköterska/farmaceut.  
Bilaga 4a, Checklista för kontroll och inventering av narkotika.  
Bilaga 14, Blankett vid lån av narkotikaklassade läkemedel.

### 7.6.2 Förvaring av narkotika

Narkotika ska alltid förvaras inlåst, åtkomst via kortläsare/SITHS-kort. Om vårdgivaren eller vårdenheten beslutar om att extra säkerhetsåtgärder behöver vidtas kan ett separat låsbart skåp med kortläsare installeras. Läkemedelsautomater ger ytterligare bättre spårbarhet.

Patients medhavda läkemedel innehållande narkotika ska förvaras inlåst och separata narkotikajournaler upprättas för varje förpackning och patient. Dubbelsignering vid tillförsel och när patient skrivs hem. Uttag under vårdtiden hanteras på sedvanligt sätt för narkotiska preparat. Lokala instruktioner behöver upprättas.

Stängda avdelningar - Töm avdelningen på narkotikaklassade läkemedel när avdelningen stänger och avvakta med att beställa narkotikaklassade läkemedel tills inflyttning.

Om narkotika inte förvaras i läkemedelsrummet, ska separat narkotikajournal föras.

### 7.6.3 Lån mellan enheter

Lån av narkotika mellan vårdenheter ska i möjligaste mån undvikas. För att säkerställa hanteringen vid lån av narkotikaklassade läkemedel ska särskilt framtagen blankett "Blankett vid lån av narkotikaklassade läkemedel" användas. Detta gäller även då narkotiska läkemedel följer med patient vid flytt mellan enheter.

Om PiD dospåsar som innehåller narkotika skickas med patienten dokumenteras detta på följesedeln samt i överflyttningsanteckning i Melior. Följesedeln ska alltid sparas på den avdelning som beställt PiD och dit PiD levererats.

För en säker hantering vid lån av narkotika gäller följande:



#### Före överlämning ska

- rekvrerande enhet ange namn och RSID på ansvarig sjuksköterska vid telefonsamtal till utlåande enhet
- namn på bud och RSID anges om annan än rekvrerande sjuksköterska ska hämta läkemedlet
- blankett för lån fyllas i av sjuksköterska på utlåande enhet
- mängden narkotika förtydligas med bokstäver.

#### Vid överlämning ska

- den som hämtar läkemedlet legitimera sig med sitt RS-kort (e-tjänstekort) och utlåande sjuksköterska signera kontrollen på blankett för lån.
- ansvarig sjuksköterska på utlåande enhet bekräfta rekvisitionens riktighet med sin namnteckning.

#### Vid mottagande ska

- ansvarig sjuksköterska på rekvrerande enhet kontrollera att läkemedel och utlåningsblankett överensstämmer samt signera riktigheten.

#### Gällande dokumentation ska

- det lånade läkemedlet skrivs ut från förbrukningsjournalen från utlämnande avdelning/enhet och signeras av båda sjuksköterskorna, samt skrivs in och signeras i den hämtande avdelningens/enhetens förbrukningsjournal så att man enkelt kan följa lån av kontrolläkemedel mellan avdelningar/enheter. Ingen patientdata ska dokumenteras utan utlånet förs in i saldot hos inlåande enhet och därefter görs uttaget till aktuell patient.
- både utlåande enhet och lånande enhet ska dokumentera samt arkivera var sin del av utlåningsblanketten i 15 år i läkemedelsförrådet. Blanketten förvaras i en pärm eller tillsammans med förbrukningsjournalen för narkotika.

Informationsruta 37

Om annan rutin än denna ska gälla, ska det framgå av den lokala instruktionen för läkemedelshantering.

**Läs mer:** Bilaga 14, Blankett vid lån av narkotikaklassade läkemedel  
Bilaga 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering

#### 7.6.4 Kassation av narkotika

Narkotika som ska kasseras ska avidentifieras och om möjligt blandas med övriga kasserade läkemedel innan de skickas till ApoEx för destruktion (se [Läkemedel för destruktion](#) 7.3.5). Enstaka tablett eller ampull kan läggas i behållare för riskavfall/stickande/skärande om läkemedlet inte på något sätt kan plockas upp och komma i orätta händer.

All kassation av narkotika ska bevittnas och dokumenteras i förbrukningsjournalen samt dubbelsignering ska göras. Undantagsvis kan en av dessa personer vara undersköterska för att undvika mellanlagring i väntan på kassation. Sjuksköterska eller farmaceut ska bevittna och kontrasignera den kassation som görs av ApoEx personal inom tjänsten Läkemedelsservice.

Kassation av narkotika i dospåsar, PiD, ska dokumenteras på följesedel. Bredvid patientens personuppgifter skrivs "kasseras" och signeras av den person som utför kassationen samt dubbelsigneras. Om följesedel av någon anledning saknas används istället blanketten "BL302 Journal för kassation av narkotika i dospåsar".

Läs mer: [Kassation av narkotika i dospåsar](#)

### 7.6.5 Narkotikakontroll

Kontrollräkning av narkotika klass II – V görs av sjuksköterska/farmaceut utsedd av enhetschefen. Denna person ska av säkerhetsskäl inte vara läkemedelsbeställare. I uppdraget ingår att kontrollera lagersaldon i alla förråd mot förbrukningsjournal minst en gång per månad. Verksamhetschef tar beslut om inventering ska göras mer frekvent. Detta ska då anges i den lokala instruktionen. Stickprovskontroller av anteckning i förbrukningsjournal mot ordination i patientjournal samt införsel i förbrukningsjournal mot aktuellt beställningssystem (tex Marknadsplatsen) ska genomföras. Om narkotika har kasserats (t.ex. vid utgången hållbarhet) ska det kontrolleras att detta har dubbelsignerats i förbrukningsjournal. Om lån från eller till enheten förekommit ska dokumentationen kontrolleras.

Utförda kontroller antecknas i respektive preparats förbrukningsjournal. Arkivering av narkotikajournal bör ske på ett för ändamålet avsedd plats, vilket bör vara på central nivå då det inte ska vara tillgängligt för enhetens vårdpersonal (ej läkemedelsrum). Förbrukningsjournaler arkiveras i 15 år. Uppföljning av att rutiner följs sker genom den årliga webbaserade kvalitetsgranskningen.

Läs mer: Bilaga 4a, Checklista för kontroll och inventering av narkotika.

Bilaga 15/16 Lokal instruktion för läkemedelshantering

[Gallringsbeslut avseende handlingar rörande förrådsadministration av narkotika](#)

[Leverera handlingar rörande förrådsadministration av narkotika till Regionarkivet](#)

### 7.6.6 Hantering av avvikelser

Om det upptäcks en avvikelse - att mängden i förbrukningsjournalen inte överensstämmer med den faktiska mängden i läkemedelsförrådet eller om orimliga mängder uthämtats - ska följande göras:

#### Avvikelse vid kontrollräkning

##### Sjuksköterskan/farmaceuten som upptäcker avvikelser ansvarar för att

- kontrollera i aktuell dokumentation om några tableter/ampuller inte har blivit registrerade på kontrollistan
- prata med kollegor för att hitta en förklaring till avvikelserna
- informera enhetschefen
- skriva en avvikelse i AvIC, kategoriseras som "Säkerhet"

### Enhetschefen ansvarar för att tillse att

- avvikelserapport är skriven
- en systematisk genomgång av förbrukningsjournaler och patientjournaler utförs av kontrollansvarig sjuksköterska/ farmaceut
- kontroll av signeringar i narkotikajournal görs mot signeringslista
- innehållet i obrutna förpackningar kontrollräknas
- eventuella åtgärder vidtas, till exempel beslut om tätare kontroller av förbrukningsjournaler och eventuellt dubbelsignering under en tid
- medarbetarna informeras om vidtagna åtgärder samt resultatet av åtgärderna.

Informationsruta 39

### Vid misstanke om stöld

#### Enhetschef ska

- omedelbart informera verksamhetschefen
- kontakta HR-specialist
- besluta om vilka åtgärder som ska vidtas t.ex. extra kontrollräkningar, vid behov dagligen
- polisanmäla svinnet/stölden om det inte går att hitta en trovärdig förklaring.

Verksamhetschef ska informera chefläkare. En logg bör upprättas för vilka aktiviteter som vidtagits, vid vilken tidpunkt och av vem.

Informationsruta 40

### Vid stöld på bar gärning

- Kontakta enhetschef eller motsvarande, verksamhetschef informeras.
- Verksamhetschef ska
  - informera HR-specialist, för eventuell arbetsrättslig åtgärd i form av avstängning.
  - kontakta säkerhetsansvarig om sådan finns
  - göra polisanmälan på telefon 114 14
  - initiera att en avvikelserapport skrivs
  - ta kontakt med chefläkare.

En logg bör upprättas för vilka aktiviteter som vidtagits, vid vilken tidpunkt och av vem.

Informationsruta 41

## 8 HÄNVISNINGAR

---

**Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)**

[HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården](#)

**Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30)**

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

**Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80)**

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780\\_sfs-2017-80](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780_sfs-2017-80)

**Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)**

[Patientsäkerhetslagen - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](#)

**Patientlag (SFS 2014:821)**

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

**Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)**

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd \(SOSFS 1997:14\) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård - Patientsäkerhet](#)

**Läkemedelsverkets föreskrifter om sjukhusens läkemedelsförsörjning (LVFS 2012:8)**

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/lagar-och-regler/foreskrifter/2012-8>

**Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)**

[SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Socialstyrelsen](#)

**Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit (HSLF-FS 2021:75)**

[Läkemedelsverkets föreskrifter \(HSLF-FS 2021:75\) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit; | Läkemedelsverket \(lakemedelsverket.se\)](#)

### ANSVAR

**Läkemedelsrådets reglemente**

<https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/lakemedelsradet/>

### KVALITETSGRANSKNING OCH AVVIKELSEHANTERING

**Kvalitetsgranskningsmodellen, Region Skåne**

[Kvalitetsgranskning av läkemedelshandling - Region Skånes intranät \(skane.se\)](#)

## Information om AvIC

<https://vardgivare.skane.se/it/it-stod-och-tjanster-a-o/avic/?highlight=avic#54924>

## LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR

### Läkemedelssäkerhet

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/lakemedelssakerhet/>

### Tolkningsdokument SOSFS 2012:9

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/lakemedelssakerhet/#18587>

### Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran\\_sfs-2017-612](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612)

### Socialstyrelsens föreskrift om in- och utskrivning från slutenvård

[Samverkan vid utskrivning från slutenvård. För hälso- och sjukvård. För hälso- och sjukvården och socialtjänsten. - Socialstyrelsen](#)

### Regionala riktlinjer för utskrivningsinformation

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/lakemedelssakerhet/#10779>

### Metodstöd basal läkemedelsgenomgång

[Läkemedelsgenomgång - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

### Skånemodellen läkemedelsgenomgångar somatik

[Läkemedelsgenomgång - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

### Skånemodellen läkemedelsgenomgångar psykiatri

[Läkemedelsgenomgång - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

### Goda läkemedelsråd till våra multisjuka äldre

[God läkemedelsbehandling till äldre - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

### Lathund läkemedelsgenomgångar psykiatri

[Läkemedelsgenomgång - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

### Instruktionsfilm för genomförande av läkemedelsavstämning – läkare i slutenvård

[Läkemedelsavstämning - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

## UNDERLAG FÖR ORDINATION

### Läkemedelsrekommendationer, Skånelistan

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/skanelistan/>

### Avtalade läkemedel, Region Skåne

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/avtal-lakemedel/>

### Sortimentslista patientindividuellt packade doser för slutenvård

[Patientindividuella packade doser \(PiD\) - Region Skånes intranät \(skane.se\)](#)

**Utbyteslista, Region Skåne (se Praktiskt hantering)**

<https://vardgivare.skane.se/patientadministration/bestall-produkter-och-tjanster/bestall-lakemedel/>

**Läkemedelsrådets övergripande principer för receptförskrivning alternativt egenvård**

[Läkemedel - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://vardgivare.skane.se/lakemedel-vardgivare-skane-skane.se)

**Stöd vid läkemedelshantering**

[Stöd vid läkemedelshantering – app och webbsida - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://vardgivare.skane.se/stod-vid-lakemedelshantering-app-och-webbsida-vardgivare-skane-skane.se)

**Förskrivning och fakturering av läkemedel och liknande produkter med särskild landstingssubvention**

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/sarskild-landstingssubvention/>

**Läkemedel och läkemedelsnära produkter till asylsökande och papperslösa**

<https://vardgivare.skane.se/patientadministration/vard-av-personer-fran-andra-lander/migration-asyl/lakemedel/>

**Dosförpackade läkemedel**

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/dosforpackade-lakemedel/>

**Information om licensläkemedel, Nationellt produkt- och artikelregister VARA**

<https://vara.ehalsomyndigheten.se/vara-web/>

**Produktinformation licensläkemedel**

<https://vardgivare.skane.se/patientadministration/bestall-produkter-och-tjanster/bestall-lakemedel/produktinformation-licenslakemedel/>

**Licensansökan i KLAS, praktisk hantering**

[Licensläkemedel - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://vardgivare.skane.se/licenslakemedel-vardgivare-skane-skane.se)

**Läkemedelsverkets information om växtbaserade/traditionella växtbaserade/naturläkemedel**

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/handel-med-lakemedel/receptfri-handel-utanfor-apotek/receptfria-lakemedel-som-far-saljas/vaxtbaserade-lakemedel-traditionella-vaxtbaserade-lakemedel-naturlakemedel-och-vissa-utvartemedel>

**Läkemedelsboken**

<https://lakemedelsboken.se/>

**Janusmed interaktioner och riskprofil**

<http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Janusmed-interaktioner-och-riskprofil/>

**DOKUMENTATION**

**Melior, samlade dokument**

<https://vardgivare.skane.se/it/it-stod-och-tjanster-a-o/melior/>

**Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen Melior**

[System - Läkemedel-system - Region Skåne \(skane.se\)](https://vardgivare.skane.se/system-lakemedel-system-region-skane-skane.se) (under A. Rutiner)

### **PMO, samlade dokument**

<https://vardgivare.skane.se/it/it-stod-och-tjanster-a-o/pmo>

### **Skånegemensamma rutiner för läkemedelsmodulen PMO**

[Rutiner och instruktioner - PMO - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#) (under Läkemedel - Manualer)

### **Sammanhållen journalföring**

<https://vardgivare.skane.se/patientadministration/journalhantering-och-registrering/journalhantering/sammanhallen-journalforing/>

### **Beslutsstöd för läkemedelsordinationer till barn**

[www.ePed.se](http://www.ePed.se)

### **FASS**

[FASS Vårdpersonal - Startside](#)

### **Vårdhandboken**

<http://www.vardhandboken.se/>

### **Läkemedelsfakta**

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/om-lakemedelsfakta>

### **Vårdhandboken – Nutrition, enteral – läkemedelstillförel**

[Nutrition, enteral - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#)

### **Läkemedelsverket - Kunskapsstöd enteral läkemedelsadministrering**

[Enteral läkemedelsadministrering – kunskapsstöd | Läkemedelsverket / Swedish Medical Products Agency \(lakemedelsverket.se\)](#)

### **Regional riktlinje för standardiserad märkning av in- och utfarter:**

[In- och utfarter - Region Skånes intranät \(skane.se\)](#)

### **Användningstider för läkemedel – Svensk läkemedelsstandard (SLS)**

[Svensk läkemedelsstandard 2024.1 | Läkemedelsverket \(lakemedelsverket.se\)](#)

### **Biverkningsrapportering**

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/rapportera-biverkningar/lakemedel#hmainbody1>

### **Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:14) om säkerhetsövervakning av humanläkemedel**

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/lagar-och-regler/foreskrifter/2012-14>

### **Frågor och svar om biverkningar och biverkningsrapportering**

[Misstänkt biverkning hos människa | Läkemedelsverket \(lakemedelsverket.se\)](#)

### **Läkemedelsinformationscentral (LÄIF) Region Skåne**

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/lakemedelsinformationscentral/>

### **Utökad övervakning**

[Läkemedel för människor | Läkemedelsverket \(lakemedelsverket.se\)](#)

## Läkemedelsförsäkringen

[www.lakemedelsforsakringen.se](http://www.lakemedelsforsakringen.se)

## REKVISITION

### Beställa läkemedel

<https://vardgivare.skane.se/patientadministration/bestall-produkter-och-tjanster/bestall-lakemedel/?highlight=best%c3%a4lla+l%c3%a4kemedel>

### Beställa vaccin

<https://vardgivare.skane.se/patientadministration/bestall-produkter-och-tjanster/bestall-vaccin/>

### Patientindividuellt packade doser, PiD

[Patientindividuella packade doser \(PiD\) - Region Skånes intranät \(skane.se\)](#)

### Samarbetsmanual ApoEx (se Praktiskt hantering)

[Beställ läkemedel - Region Skånes intranät \(skane.se\)](#)

### Information om marknadsplatsen, lathund och informationsfilmer

[Läkemedelsbeställare i Raindance marknadsplats - Region Skånes intranät \(skane.se\)](#)

### Läkemedelsbeställning via CARE

[Beställ läkemedel - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

### Blanketter för beställning

<https://vardgivare.skane.se/patientadministration/bestall-produkter-och-tjanster/bestall-lakemedel/>

### Information om vilka varor som är restnoterade

[Restnoterade läkemedel - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

### Licensansökan i KLAS, praktisk hantering

[Licensläkemedel - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

### Blanketter för retur, reklamation och destruktion

<https://vardgivare.skane.se/patientadministration/bestall-produkter-och-tjanster/bestall-lakemedel/>

### Rutin för mottagningskontroll vid inleverans

[Läkemedelsleveranser hela förpackningar](#)

## ANTIDOTER

### Giftinformationscentralen

<https://giftinformation.se/>

### Sök substans och åtgärd vid förgiftningar

<https://giftinformation.se/lakare#Soksubstans>

## KLINISKA PRÖVNINGAR



## Forum Söder

<http://sodrasjukvardsregionen.se/kliniskastudier/>

## Läkemedel vid klinisk prövning (se Praktiskt hantering – Tillverkning och beredning, kravspecifikation E)

<https://vardgivare.skane.se/patientadministration/bestall-produkter-och-tjanster/bestall-lakemedel/>

## LÄKEMEDELSFÖRRÅD

ATC-ordning (Anatomiskt, Terapeutiskt, Kemiskt klassificeringssystem)

[ATC-register - FASS](#)

## MEDICINSKA GASER

Riktlinjer för hantering av medicinska gaser, Region Skåne

[Gas - beställning - Region Skånes intranät \(skane.se\)](#)

## Vårdhandboken, oxygenbehandling

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Lakemedelshantering/Medicinska-gaser/>

## Hur länge räcker gasflaskan?

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Oxygenbehandling/Oxygen-fran-transportabel-oxygenflaska/>

## Arbetsmiljöverkets föreskrifter om anestesigaser, AFS 2001:7

<https://www.av.se>

## NARKOTIKA

Kassation av narkotika i dospåsar

[Patientindividuella packade doser \(PiD\) - Region Skånes intranät \(skane.se\)](#)

## E-utbildning

[Lärportalen - Säker läkemedelshantering](#)

## 9 BILAGOR

---

Verksamhetsanpassningar och ansvarsfördelning ska enligt föreskriften förtydligas i lokala instruktioner och för detta ändamål finns regionala stödmallar framtagna. I bilaga 1-16 finns uppdragsbeskrivningar, checklistor och mall till lokala instruktioner. Beroende på verksamhetens uppdrag och behov kan olika stödmallar bli aktuella att använda.

Bilaga 1 Uppdrag ledningsuppgift ansvar för läkemedelshantering

Bilaga 2 Uppdrag och funktionsbeskrivning läkemedelsansvarig läkare

Bilaga 3 Uppdrag och funktionsbeskrivning läkemedelsansvarig sjuksköterska

Bilaga 4 Uppdrag och funktionsbeskrivning kontrollansvarig sjuksköterska/farmaceut

Bilaga 4a Checklista för kontroll och inventering av narkotika

Bilaga 5 Uppdrag och funktionsbeskrivning gasansvarig

Bilaga 5a Förvaring och kontroll av medicinsk gasflaska på enhet

Bilaga 6 Uppdrag rekvirering av läkemedel

Bilaga 7 Uppdrag att dosjustera ett ordinerat läkemedel

Bilaga 7a Dosjustering läkemedel eller läkemedelsgrupp

Bilaga 8 Blankett generella direktiv slutenvård

Bilaga 9 Blankett generella direktiv primärvård

Bilaga 10 Blankett för delegeringsbeslut

Bilaga 11 Anvisningar och protokoll för skötsel av läkemedelsförråd

Bilaga 12 Blankett för namnteckning och signatur

Bilaga 13 Blankett för temperaturkontroll

Bilaga 14 Blankett vid lån av narkotikaklassade läkemedel

Bilaga 15 Lokal instruktion för läkemedelshantering

Bilaga 16 Lokal instruktion för läkemedelshantering primärvård

Bilaga 17 Uppdrag förskriva naloxon