

Vård- och omsorgsförvaltningen  
**Normerande styrdokument**

Datum:  
2024-04-11

Beslutsfattare:  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Version/Dokumentidentitet:  
VOF-RU-513-03

Dokumentansvarig:  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Gäller för  
All verksamhet där vård- och omsorgsförvaltningen har ett hälso- och sjukvårdsansvar

# Läkemedelshantering

## Innehållsförteckning

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Syfte.....                                                                                | 4  |
| Omfattning .....                                                                          | 4  |
| Ansvar.....                                                                               | 4  |
| Vårdgivaren .....                                                                         | 4  |
| Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.....                                               | 4  |
| Verksamhetschef hälso- och sjukvård .....                                                 | 4  |
| Verksamhetschef för enhet .....                                                           | 5  |
| Läkemedelsansvarig sjuksköterska .....                                                    | 5  |
| Sjuksköterska .....                                                                       | 6  |
| Studerande .....                                                                          | 7  |
| Delegerad personal.....                                                                   | 7  |
| Genomförande.....                                                                         | 7  |
| Ordnation .....                                                                           | 7  |
| Läkarordination .....                                                                     | 7  |
| Andra professioner som ordinerar läkemedel .....                                          | 7  |
| Generell ordination.....                                                                  | 8  |
| Muntliga läkemedelsordinationer .....                                                     | 8  |
| Läkemedel vid behov .....                                                                 | 8  |
| Läkemedelslista .....                                                                     | 9  |
| Dosdispenserade läkemedel .....                                                           | 9  |
| Iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel.....                      | 10 |
| Basala hygienrutiner .....                                                                | 10 |
| Kontroll vid iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel            | 10 |
| Dokumentation vid iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel ..... | 10 |

Policy

Riktlinje

**Rutin**

Vägledning

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Iordningställande av läkemedel i dosett .....               | 10 |
| Hantering av läkemedel som inte kan doseras i förväg.....   | 11 |
| Injektion och Infusionsbehandling.....                      | 11 |
| Läkemedel i sond .....                                      | 11 |
| Insulin .....                                               | 12 |
| Antikoagulantibehandling.....                               | 12 |
| T. Waran .....                                              | 12 |
| Läkemedel mot influensa .....                               | 12 |
| Vaccination .....                                           | 12 |
| Ordination.....                                             | 12 |
| Vaccination .....                                           | 12 |
| Depåplåster.....                                            | 13 |
| Iordningställande och administrering .....                  | 13 |
| Observera vid plåsterbehandling .....                       | 13 |
| Syrgas .....                                                | 13 |
| Cytostatika .....                                           | 14 |
| Växtbaserade läkemedel och Naturläkemedel .....             | 14 |
| Överkänslighetsreaktioner .....                             | 14 |
| Byte till annat läkemedel .....                             | 15 |
| Signering .....                                             | 15 |
| Digital signering .....                                     | 15 |
| Analog signering .....                                      | 15 |
| Signaturförttydligande vid analog signering.....            | 16 |
| Leverans av läkemedel .....                                 | 16 |
| Förvaring av läkemedel .....                                | 16 |
| Läkemedel för gemensamt bruk i läkemedelsförrådet .....     | 16 |
| Förvaring av patientbundna läkemedel .....                  | 17 |
| Temperaturkontroller .....                                  | 17 |
| Akutförråd för gemensamt bruk .....                         | 18 |
| Ansvar .....                                                | 18 |
| Beställning av läkemedel till akutförråd .....              | 18 |
| Akut lån av läkemedel från akutförråd .....                 | 18 |
| Kassation av läkemedel.....                                 | 19 |
| Kod-, tagg –och nyckelhantering .....                       | 19 |
| Läkemedel vid dagverksamhet och daglig verksamhet LSS ..... | 19 |
| Risikanalys .....                                           | 20 |
| Läkemedelsgenomgångar .....                                 | 20 |
| Lokal instruktion för läkemedel .....                       | 21 |
| Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering .....            | 21 |
| Avvikelse .....                                             | 21 |

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| Relaterade dokument .....              | 22 |
| Externa relaterade dokument .....      | 22 |
| Interna relaterade dokument .....      | 22 |
| Rutiner.....                           | 22 |
| Stödjande dokument .....               | 22 |
| Information om rutinbeskrivningen..... | 23 |

## Syfte

Syftet med rutinen är en säker och ändamålsenlig läkemedelshantering.

## Omfattning

Rutinen omfattar alla verksamheter där vård -och omsorgsförvaltningen ansvarar för läkemedelshanteringen.

En separat rutin för narkotikaklassade läkemedel finns upprättad. Se *VOF-RU-506-04 Narkotikaklassade läkemedel*.

## Ansvar

### Vårdgivaren

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god och säker hälso- och sjukvård upprätthålls utifrån gällande lagstiftning. Vårdgivaren ska vidare ge direktiv och säkerställa att kvalitetssystem innehåller rutiner för läkemedelshanteringen.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

MAS ansvarar för att utforma ändamålsenliga övergripande rutiner för läkemedelshantering. Läkemedelsförråd som överlåts av Region Uppsala ska finnas, där MAS säkerställer att en sjuksköterska med särskilt ansvar för förrådet utses av verksamhetschef.

### Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Verksamhetschefen ansvarar för att:

- skriftligen utse en sjuksköterska samt ersättare som ansvarar för det lokala läkemedelsförrådet
- skriftligen utse en annan sjuksköterska som ansvarar för kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel
- det finns förutsättningar för verksamheten att följa fastställda rutiner
- informera medarbetarna om gällande rutiner och ansvara för att de efterlevs
- möjliggöra för tillsyn av MAS samt ansvara för att apotekare utför årlig extern kvalitetsgranskning
- åtgärder vidtas enligt rapport från extern apoteksgranskare
- sjuksköterskan har åtkomst och kunskap om hur Pascal används
- säkerställa att nyckel/kod/tagg till läkemedelsförråd endast hanteras av den som tjänstgör som sjuksköterska

- leveransen kvitteras och signeras på följesedeln med namn och datum (år, månad, dag). Därefter låses försändelsen in. Följesedeln sparas i två år
- det ska finnas läkemedelsrum som är avskilt och ostört. Lokalen ska vara ändamålsenlig för läkemedelsförvaring och hantering
- följa upp avvikelser gällande läkemedelshantering

## Verksamhetschef för enhet

Verksamhetschef för enhet/motsvarande ansvarar för att:

- det i verksamheten finns den kompetens som krävs för säker läkemedelshantering
- säkerställa att personal följer denna rutin och den lokala instruktionen för enheten
- rutin finns som gör det möjligt att spåra bakåt i tiden vem som hade ansvaret för att administrera ett läkemedel till patienten ett visst datum
- förvaringen av nycklarna till läkemedelsskåpen är säker genom att rutin finns för nyckelhantering och att koder byts regelbundet. Nycklar får inte medtas hem efter arbetspassets slut
- låsbart läkemedelsskåp finns tillgängligt i patientens hem
- fullmakt för enheten finns för medarbetare att hämta ut läkemedel. Verksamhetschef ska ange vilka anställda som har rätt att använda vård- och omsorgsenhetens fullmakt. Verksamhetschef ska ta bort fullmakt för person som slutar jobba på enheten. Blanketten "Vård- och omsorgsenhet - Anställdas behörigheter för apoteksärenden" hittas på E-hälsomyndighetens webbplats under Fullmakter för vård och apotek
- följa upp avvikelser gällande läkemedelshantering

## Läkemedelsansvarig sjuksköterska

Läkemedelsansvarig sjuksköterska ansvarar för att:

- rekvirera läkemedel till akutförrådet
- det finns tillräckligt med läkemedel i förrådet
- föreskriven ordning i akutförrådet upprätthålls och dokumenteras på blankett BL 521 *Protokoll för skötsel av läkemedelsförråd*
- inaktuella och utgångna läkemedel i akutläkemedelsförrådet kasseras och dokumentera i *Bilaga 4 i riktlinjen Läkemedelshantering i samverkan och lista 1, 2, 3*
- samarbeta med MAS i frågor kring läkemedelshantering
- meddelanden från apoteket och Pascal delges kollegor
- nyckel-, tagg-, och kodlåshantering för akutförråd följs
- aktuell lista med läkemedel enligt generella direktiv finns tillgänglig
- det finns en instruktion för kontroll av hållbarhet och ordning i läkemedelsrum

- läkemedel som ingår i akutförrådet förvaras åtskilt och inte tillsammans med patienternas egna läkemedel
- det finns en lokal läkemedelsinstruktion och att den årligen revideras
- medverka vid kvalitetsgranskning
- följesedel sparas för spårbarhet om eventuell narkotikabrist upptäcks
- rapportera och följa upp avvikelser gällande läkemedelshantering
- att tillsammans med sjuksköterska ansvarig för kontrollräkning av narkotika bistå verksamhetschef HS med att utreda avvikelser gällande narkotikaklassade läkemedel
- tillsammans med verksamhetschef HS följa upp att rutinerna har implementerats

## Sjuksköterska

Sjuksköterskan ansvarar för att patienten får ordinerade läkemedel och kan även efter egen bedömning överlämna läkemedel enligt *Bilaga 3 i ViS riktlinjen Läkemedelshantering i samverkan och lista 1, 2, 3.*

Sjuksköterskan ansvarar för att:

- vid övertagande av läkemedelshantering utifrån fördelning av medicinskt ansvar, dokumentera detta i behandlingsplan i patientjournalen och tillse att läkemedelshantering sker på ett säkert sätt
- rapportera till läkaren om något är eller kan vara felaktigt med ordinationerna
- läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga
- tillsammans med verksamhetschef HS följa den lokala rutinen för hur nycklar och koder till läkemedelsförråd hanteras
- initiera läkemedelsgenomgång en gång per år och patient till ansvarig läkare enligt *ViS Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård i Uppsala län och bilaga 5.*
- använda godkända signeringslistor för läkemedel som återfinns i ledningssystemet
- aktuell läkemedelslista och signeringslista finns hos patienten
- vid analog signering upprätta signaturlista för namnförtydligande så att spårbarhet i all läkemedelshantering är möjlig
- rapportera biverkningar/misstänkta biverkningar enligt Läkemedelsverkets anvisning
- delta i den externa läkemedelsgranskningen och åtgärda eventuella brister
- ha kännedom om dokument i ledningssystemet och ViS gällande läkemedelshantering
- rapportera och följa upp avvikelser gällande läkemedelshantering
- tillse att läkemedel kasseras på ett säkert sätt
- delegera delar av läkemedelshantering till omsorgspersonal och informera ansvarig verksamhetschef för enheten.

Sjuksköterskan har det yttersta ansvaret för innehåll och ordning i den enskildes läkemedelsskåp.

## Studerande

Studerande som genomgår verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom hälso- och sjukvården får iordningsställa och administrera läkemedel under överseende av sjuksköterska.

## Delegerad personal

Delegerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför uppgifter på delegering eller biträder legitimerad personal.

Delegerad personal ansvarar för att;

- utföra delegerade arbetsuppgifter korrekt, följa befintliga rutiner samt lokal instruktion för läkemedelshantering
- följa sjuksköterskans instruktioner för läkemedelshantering
- meddela sjuksköterskan när läkemedel börjar ta slut
- bistå sjuksköterskan med uppgifter inför läkemedelsgenomgång (Phase-20, Phase-proxy)
- 

Rapportera till sjuksköterskan:

- om det förekommer/upptäcks brister/avvikelser i läkemedelshanteringen
- om patientens hälsotillstånd förändras eller patienten inte vill eller kan ta sina läkemedel
- om patienten börjar tugga sina läkemedel
- vid misstanke om läkemedelsbiverkningar

## Genomförande

### Ordination

#### Läkarordination

Läkemedel ges enligt läkares ordination. Om läkemedel inte kan ges ska ansvarig sjuksköterska återrapportera detta till läkare.

#### Andra professioner som ordinerar läkemedel

Tandläkare, tandhygienist, distriktssköterska och barnmorska kan ordinera läkemedel. Dessa läkemedel ska återfinnas på patientens läkemedelslista. Om läkemedel inte kan ges ska ansvarig sjuksköterska återrapportera detta till den som ordinerat läkemedlet.

## Generell ordination

Endast läkare får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. För detta ändamål används läkemedelskommitténs i region Uppsala fastställda läkemedelslistor. Dessa listor ska finnas på varje vårdenhets.

Innan ett läkemedel med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställs och administreras eller överlämnas till en patient ska en sjuksköterska;

1. göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet, och
2. kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer

Sjuksköterskan dokumenterar därefter bedömning och uppföljning i patientjournalen. Av dokumentationen ska det framgå vad som givits, varför och resultatet av behandlingen.

## Muntliga läkemedelsordinationer

Ett läkemedel får ordinerats muntligen endast när en patient behöver omedelbar behandling. Den som muntligen har ordinerat ett läkemedel och finns på plats ska dokumentera ordinationen vid ordinationstillfället eller i undantagsfall så snart som möjligt därefter. Ordinationen ska alltid motläsas till och bekräftas av ordinatören.

Om ordinatören som muntligen har ordinerat ett läkemedel är förhindrad att dokumentera ordinationen, ska det göras av en sjuksköterska. Sjuksköterskan ska då dokumentera hela ordinationen, namnet på den som har ordinerat läkemedlet och tidpunkten för ordinationen. Ordinationen ska dokumenteras på den utskrivna versionen av läkemedelslistan och i patientens journal. Sjuksköterskans signatur ska även finnas med (den som skrivit in ordinationen på ordinationshandlingen).

Vid dokumentation av en läkemedelsordination ska internationella enheter förkortas med E.

## Läkemedel vid behov

Det är sjuksköterskan tillsammans med läkaren som avgör om ett vidbehovsläkemedel ska hanteras av sjuksköterska eller kan hanteras av delegerad personal, i vilken omfattning och på vilket sätt. Det ska finnas en specifik signeringslista för varje enskilt preparat då instruktionerna varierar. Se BL 517 *Signeringslista - Läkemedel vid behov*.

Generellt gäller att inga vidbehovsläkemedel får ges utan att sjuksköterska har kontaktats. I vissa situationer kan vidbehovsläkemedel ges utan att sjuksköterska kontaktas innan. Detta ska ha bedömts av sjuksköterska och vara dokumenterat på signeringslistan. Där ska det framgå vid vilka specifika tillstånd som ett vidbehovsläkemedel får ges och i vilken omfattning.

Sjuksköterskan ansvarar för att:

- det finns aktuella signeringslistor i anslutning till läkemedlen med nödvändig information och instruktion till delegerad personal. Det ska framgå om ett läkemedel kan ges innan omsorgspersonalen kontaktar sjuksköterskan
- iordningställa ordinerade vidbehovsläkemedel för max för 2 veckors bruk
- följa upp och dokumentera effekten av läkemedlet



- uppföljning av hållbarhet sker på utlämnade enstaka doser i läkemedelspåse

Delegerad personal som överlämnar ett läkemedel som ordinerats vid behov ska dokumentera åtgärden, vilket innebär att signera och att alltid utvärdera effekten enligt anvisning på signeringslistan.

## Läkemedelslista

Läkemedelslistan i Pascal och som skrivs ut av sjuksköterskan är det underlag för läkemedelsordinationer som ska användas. Om inga läkemedelsändringar sker är giltighetstiden max 1 år. Pascal är ett nationellt webbaserat verktyg för ordination av dosförpackade läkemedel. För inloggning används SITHS-kort.

Om läkemedelslistan inte går att få ut via Pascal i direkt samband med en ordination ska läkare (eller sjuksköterska om läkaren inte är tillgänglig) för hand skriva in ordinationen på befintlig läkemedelslista.

Läkemedelslista för patienter som inte finns inlagda i Pascal inhämtas från ordinerande läkare.

Originalen av läkemedelslistan förvaras hos sjuksköterskan och kopian förvaras tillgänglig i patientens läkemedelsskåp. Kopian kasseras då den ersätts av ny handling utifrån förnyad ordination eller liknande. Kopian får endast ersättas och kasseras av sjuksköterska. Undantag görs endast för patienter med hemsjukvård och personlig assistans inom ordinärt boende där delegerad personal kan byta ut och kassera läkemedelslistan om sjuksköterskan finner det lämpligt.

Underlag för ordinerade läkemedel och som i kommunal hälso- och sjukvård används som läkemedelslista är en journalhandling och arkiveras enligt bevarande- och gallringsplan.

## Dosdispenserade läkemedel

För information gällande handhavande av dosdispenserade läkemedel hänvisas till Apotekstjänst.se. Övergång till Pascal ordinationsverktyg kräver ställningstagande av läkare i samråd med patient/god man/närstående och sjuksköterska.

Så länge dospåsen är obruten ansvarar apotekspersonal, för att dospåsarna innehåller rätt läkemedel. Felaktigheter som berör dosförpackade läkemedel, originalförpackningar och leveranser ska rapporteras in till apoteket som avvikelser.

Vid ordinationsändringar ska omdispensering ske. Läkare ska bedöma om ändring av ordinationen kan vänta tills nästa expeditionstillfälle eller om den kräver en akut ändring.

Dospåsar ska inte öppnas för att ändra ordination. Vid *yttersta nödfall* kan manuella ändringar i befintlig dospåse göras. Läkemedlen ska då överföras till dosett. Observera att ansvaret för påsens innehåll övergår till den som utfört ändringen. Endast sjuksköterska får göra denna ändring och det ska dokumenteras i patientjournalen.

När nya ordinationer har gjorts av läkare ska sjuksköterska kontrollera att ordinationsändringarna har åtgärdats och vid leverans kontrollera att första och sista dygnets dospåsar överensstämmer med ändringen.

Läkemedel som inte kan dosdispenseras levereras i originalförpackning.

Överblivna dospåsar ska lämnas in till sjuksköterska snarast så att inga gamla påsar ligger kvar i den enskildes läkemedelsskåp. Hur detta ska ske ska framgå av lokal instruktion för läkemedelshantering.

## **Iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel**

### **Basala hygienrutiner**

Iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel ska hanteras på ett hygieniskt sätt och basala hygienrutiner ska följas.

### **Kontroll vid iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel**

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

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

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

### **Dokumentation vid iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel**

Vid iordningställande, administrering eller överlämnande av ett läkemedel ska det i patientjournalen dokumenteras uppgifter om:

1. vem som har iordningställt och administrerat eller överlämnat läkemedlet
2. när läkemedlet har iordningställts och administrerats eller överlämnats
3. vem som har utfört en kontroll som ska göras vid administrering och överlämnande av läkemedel
4. batchnummer, om det är läkemedel för vaccination eller innehåller bioteknologiskt framställt läkemedel

Delegerad personal dokumenterar utförandet elektroniskt eller på annan signeringslista anvisad av sjuksköterska

### **Iordningställande av läkemedel i dosett**

Endast sjuksköterska får iordningställa läkemedel i dosett. Maximalt 2 dosetter/patient/ tillfälle får iordningställas för en patient.

Dosetten ska märkas med uppgifter om:

- patientens identitet
- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedlets styrka
- tidpunkten för administreringen eller överlämnandet

Varje dosett märks med datum; gäller fr.om – t.o.m. datum, tidpunkt för iordningställandet, samt vem som har iordningställt läkemedlet. Övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet dokumenteras i patientjournalen.

### **Hantering av läkemedel som inte kan doseras i förväg**

Hantering av läkemedel som inte kan doseras i förväg ska undvikas då det innebär ökade risker för fel. Vid ordination av dessa läkemedel ska diskussion föras med den ordinerade läkaren om alternativ ordination eller beredningsform.

För att annan personal än sjuksköterska ska få iordningställa läkemedel behöver en riskbedömning göras och att någon eller några av följande förutsättningar är uppfyllda:

- hållbarhetstid medger dosering i förväg
- kontakt är tagen med läkare som ordinerar att alternativ inte är möjligt
- att det är ett vanligt förekommande läkemedel på enheten
- att sjuksköterska haft särskild genomgång med medarbetaren
- att läkemedlet är för kontinuerligt bruk
- att risker vid överdosering tagits i beaktande

### **Injektion och Infusionsbehandling**

När injektioner ges krävs kunskaper om tekniskt förfaringssätt, läkemedlets verkningsätt och biverkningar. Sjuksköterskan ska kunna göra en rimlighetsbedömning och veta vad som ska göras vid oväntade reaktioner. Omedelbart före användning ska den som utför injektion eller infusion kontrollera att förpackningen inte skadats och att lösningens utseende inte avviker från det normala.

Om behandlingen kräver speciella åtgärder till exempel i form av tillgång till akutläkemedel ska dialog föras med ansvarig läkare om hur och var behandlingen lämpligen ska genomföras (riskbedömning).

Vid kontinuerlig infusion av läkemedel ska kontroll göras återkommande och vid varje tillfälle ansvaret för administreringen övergår från en sjuksköterska till en annan sjuksköterska. Detta inkluderar patient, infusionshastighet och infusionsväg. När infusionspump används är det viktigt att kontrollera att pumpen är rätt inställd. Samma infusionsflaska eller påse får normalt användas högst 12 timmar. Eventuellt begränsas tiden ytterligare av tillsatta läkemedel (se FASS).

### **Läkemedel i sond**

Läkemedel som tillförs via sond bör vara i flytande form eller ges som vattenlösliga tabletter. Konsultera ordinerande läkare för förskrivning av läkemedelsberedningar lämpliga att ges i sond. För övrigt praktiskt handhavande gällande administrering av läkemedel via sond hänvisas till Vårdhandboken.

## Insulin

Insulin delegeras endast för patienter med stabilt blodsocker. Övriga patienter ansvarar sjuksköterska för. Sjuksköterska kan göra bedömning i de fall där patienten har ett normalt fluktuerande blodsocker med stående ordinationer för blodsockerkontroller före och efter insulin och stående ordinationer utefter blodsockervärden. Inför delegering i dessa fall ska alltid en riskbedömning göras.

Om patienten har mer än en sorts insulin finns stor risk för allvarlig förväxling. Detta innebär att en riskbedömning alltid ska göras i samband med vårdplanering där alla delar dokumenteras och delges omsorgspersonal. Insulinet ska vara tydligt uppmärkt med namn och personnummer och förvaras på ett säkert sätt för att minimera förväxlingsrisken. I de fall det finns mer än en sorts insulin ordinerat ska varje sort ha en egen signeringslista och förvaras åtskilt från varandra, exempelvis i varsin box.

## Antikoagulantibehandling

### T. Waran

För att säkerställa att patienten får rätt dos ska T. Waran delas i egen dosett och sjuksköterskan ska säkerställa att delegerad personal alltid har tillgång till aktuellt behandlingsschema.

## Läkemedel mot influensa

Tamiflu® ska alltid ordinerar av läkare. Vid influensasäsong beställs det hem enligt anvisning i VIS-dokumentet *Läkemedelshantering i samverkan* som finns på samverkanswebben region Uppsala.

## Vaccination

### Ordination

I allmänhet ordinerar läkaren vaccin. Endast sjuksköterskor som har genomgått specialistutbildning till distriktssköterska eller hälso- och sjukvård för barn och ungdom har behörighet att ordinaera vaccin i enlighet med de allmänna vaccinationsprogrammen.

### Vaccination

Vaccinationer ska generellt genomföras på mottagning eller vaccinationsbyrå då det finns risker med överkänslighetsreaktion. Vid äldreboenden kan vaccination lämpligen ske när läkaren är närvarande på plats. Vid vaccinering i ordinärt boende eller i gruppboendena ska 2 sjuksköterskor närvara, alternativt 1 sjuksköterska som vaccinerar samt en medarbetare.

Legitimerad sjuksköterska är behörig att administrera vaccin.

Akutlåda med akutläkemedel, blodtrycksmanschett, stetoskop och utrustning för perifer venkateter ska alltid finnas tillhands.

Typ av vaccin, dos, och batchnummer samt lokalisation ska dokumenteras i patientjournalen.

Influensavaccin beställs och dokumenteras enligt VIS-dokument *Samverkan vid vaccination* som finns på samverkanswebben region Uppsala.

## Depåplåster

Depåplåster är en beredningsform för läkemedel avsett att placeras på oskadad hud för att långsamt tillföra kroppen läkemedlet genom huden.

### Iordningställande och administrering

För iordningställande och administrering krävs särskilda kunskaper. Sjuksköterska kan delegera uppgiften till personal med tillräcklig kunskap enligt rutin för delegering.

Att observera i samband med administrering:

- tvätta händerna före och efter administreringen och använd handskar
- ta bort det gamla plåstret
- depåplåstret får inte delas eller klippas itu
- depåplåstret ska inte fästas på samma hudparti två gånger i rad
- se till att hela depåplåstret har kontakt med huden, speciellt hörnen och kanterna
- om depåplåstret lossar ersätts det med ett nytt
- vid byte av depåplåstret viks plåstret ihop med häftmassan inåt
- notera datum på plåstret
- bipacksedel och bruksanvisning för administrering av plåstret finns i anslutning till läkemedelsförpackningen

### Observera vid plåsterbehandling

- vid förhöjd hudtemperatur kan upptaget av läkemedel öka
- det är olämpligt att utsätta plåstret för höga temperaturer såsom bastubad, värmefilt, solarium eller intensivt solbad
- vid utomhusvistelse i solen varma sommardagar bör plåstret skyddas med något klädesplagg
- det viktigaste tecknet på överdosering med smärtlindrande plåster är försämrad andningsförmåga. Sjuksköterska och läkare kontaktas omedelbart
- om plåstret innehåller ett narkotikaklassat läkemedel: Se rutin *VOF-RU 506-04 Narkotikaklassade läkemedel*

## Syrgas

Syrgas är ett läkemedel och det förskrivs som andra läkemedel. Syrgasbehandling ges från transportabla syrgasbehållare eller via syrgaskoncentrator som är att rekommendera.

Syrgasbehållare och syrgaskoncentrator är medicintekniska produkter och följer rutiner för förebyggande och avhjälpande underhåll. Vid ordinerad syrgasbehandling (kontinuerligt eller vid behov) ska ansvarig sjuksköterska på dagtid, vardagar, kontrollera att syrgas finns att tillgå, planera och beställa utifrån behov och därmed undvika onödiga sjukhusbesök på jourtid för patienten.

Ansvarig sjuksköterska ansvarar också för att det finns tillgänglig information i anslutning till patienten angående rutinerna för syrgasbehandlingen och att åtgärder finns angivna vid eventuellt strömavbrott. För mer information om syrgasbehandling och säkerhet hänvisas till Vårdhandboken.

## **Cytostatika**

Cytostatikabehandling kan förekomma inom den kommunala primärvården. Enligt Arbetsmiljöverket (AFS 2005:5) ställs krav på arbetsmiljöåtgärder för att skydda personal från att drabbas av hälsorisker i samband med hantering av cytostatika.

Anvisningar gällande läkemedelshantering, skyddsutrustning omhändertagande av utsöndringar, hantering av tvätt, städning och avfallshantering hänvisas till Vårdhandboken.

## **Växtbaserade läkemedel och Naturläkemedel**

Den aktiva komponenten, substansen, i vissa läkemedel är baserad på råvaror från naturen. Samtliga typer av läkemedel med råvaror från naturen ska tillverkas enligt gängse kvalitetskrav för läkemedel.

Det finns olika typer som tex Växtbaserade läkemedel (VBL) vilka kan vara receptfria eller receptbelagda. Andra typer är Traditionella växtbaserade läkemedel (TVBL) och Naturläkemedel (NLM). Dessa är alltid receptfria.

Patienten bestämmer själv om den vill använda dessa läkemedel men det är lämpligt att rådgöra med en läkare innan, då effekten av traditionella läkemedel kan påverkas. Om det är känt att en patient använder denna typ av läkemedel bör det antecknas i journalen och att läkare informerats samt vad denne har för synpunkter. Hälso- och sjukvårdspersonal ska alltid utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad vetenskap vilket innebär att patienten själv ansvarar för behandling med andra preparat.

De växtbaserade läkemedel som är receptbelagda hanteras som andra läkemedel, och för dessa krävs delegering om de inte överlämnas av legitimerad personal.

Traditionella växtbaserade läkemedel eller naturläkemedel ansvarar patienten själv-

Mer information finns på Läkemedelsverkets hemsida.

## **Överkänslighetsreaktioner**

Överkänslighet som innebar allvarlig risk för patientens liv eller hälsa ska verifieras av läkare. Detta markeras i patientjournalen som en uppmärksamhetssignal under observandum och varning. Uppmärksamhetssignalen syns i den sociala dokumentationen inom samma nämnd. Vid upptäckta överkänslighetsreaktioner ska alltid läkare meddelas.

## Byte till annat läkemedel

Apoteket ska byta till billigaste läkemedlet med samma ingående substans enligt Läkemedelsverkets lista. Det betyder att läkemedlet kan ha ett annat namn än det som är ordinerat på ordinationshandling eller är inskrivet på signeringslistan.

Det framgår på apoteketiketten att det skett utbyte till ett synonymt/liktydigt läkemedel.

## Signering

### Digital signering

I första hand ska elektronisk signering av läkemedelshantering ske antingen via Lifecare HSL, Lifecare Utförare eller Lifecare Mobil Omsorg (LMO-appen). Sjuksköterskan skapar en behandlande åtgärd kopplad till läkemedelshantering med relevant KVÅ-kod. När omsorgspersonal ska utföra åtgärden skickas ett HSL-uppdrag. Åtgärden signeras av delegerad personal. Se lathundar för Lifecare .

Sjuksköterskan ska regelbundet granska hur läkemedelsbehandlingen fullföljts och dokumentera detta. Om läkemedelsbehandling uteblivit ska orsak till det framgå i journalen och rapporteras som avvikelse.

### Analog signering

I de verksamheter där elektronisk signering inte har införts används analoga signeringslistor som finns i ledningssystemet.

Signeringslistor upprättas av sjuksköterska som också ansvarar för att delegerad personal alltid har aktuella signeringslistor. Endast signeringslistor som återfinns i ledningssystemet ska användas.

Signeringslista för läkemedel kan av sjuksköterska anpassas efter patientens behov så att det tydligt framgår tider för administrering. Om två dospåsar ska ges vid samma tidpunkt är det viktigt att det framgår av signeringslistan på varsin specifik rad så att de kan signeras var för sig. Ordinerade läkemedelsdoser ska inte skrivas in på signeringslistan utan den delegerade personalen ska hänvisas till att kontrollera dosering mot den aktuella läkemedelslistan som finns i anslutning till signeringslistan.

På signeringslistan finns numrerade förklaringar till utebliven dos eller utebliven signering som ska fyllas av delegerad personal relaterat till orsak.

Sjuksköterskan ska vid inhämtande av signeringslista granska hur läkemedelsbehandlingen fullföljts och dokumentera detta. Om läkemedelsbehandling uteblivit ska orsak till det framgå i journalen och rapporteras som avvikelse. Sjuksköterskan ska signera på signeringslista när listan upprättats och när eventuella ändringar på listan skett.

Signeringslistor är journalhandlingar och ska sparas enligt informationshanteringsplan.

### **Signaturförttydligande vid analog signering**

Sjuksköterska ansvarar för att upprätta en lista för signaturförttydligande där signering sker manuellt och alla som deltar i läkemedelshanteringen skriver datum, namn, titel och signatur. Signaturförttydligande ska finnas i varje patientjournal som arkiveras och är därför ett hälso- och sjukvårdsansvar. Sjuksköterskan ser regelbundet över listan för signaturförttydligandet så att all aktuell personal återfinns på listan. Lista för signaturförttydligande ska finnas i patientens läkemedelspärm.

Sjuksköterskor ska också göra signaturförttydligande på lista i läkemedelsförrådet.

## **Leverans av läkemedel**

Vid mottagande av läkemedelsleverans så ska detta alltid kvitteras och signeras på följesedeln med namn och datum av den sjuksköterska som tar emot leveransen. I undantagsfall kan särskilt utsedd person ta emot leveransen av läkemedel som ska förvaras säkert i väntan på att sjuksköterska ta emot leveransen.

Om patienten själv inte hämtar ut sina läkemedel på apoteket eller har beslut om att personal hämtar ut läkemedel, så ska det framgå i den lokala instruktionen hur leveransen av läkemedel sker till patienten/enheten. Om sjuksköterskan själv inte levererar läkemedlen till patienten får endast delegerad personal utföra den uppgiften om sjuksköterskan finner det lämpligt.

Innan dosdispenserade läkemedel levereras till patienten ska sjuksköterska vid läkemedelsändringar kontrollera första och sista dospåsen.

Sjuksköterskan har alltid det yttersta ansvaret för innehåll och ordning i läkemedelsskåpet med kontroll av brytningsdatum samt hållbarhet av aktuella läkemedel, att endast aktuell läkemedelslista finns samt signeringslistor i de fall där elektronisk signering inte är infört.

## **Förvaring av läkemedel**

### **Läkemedel för gemensamt bruk i läkemedelsförrådet**

Läkemedlen ska förvaras oåtkomliga för obehöriga. Om det är förenligt med säker hantering kan tex salvor, spolvätskor och läkemedel som används i samband med såromläggning eller insättning av urinvägskateter förvaras olåsta. Även läkemedel som förvaras i patientens egna kylskåp, med undantag av narkotikaklassade läkemedel kan förvaras olåsta.

Läkemedel i samlat förråd för gemensamt bruk placeras lämpligast i bokstavsordning och i följande grupper:

- Invärtes
- Utvärtes
- För injektion



Brytdatum ska skrivas på alla salvor och mixturer. Sprutor och kanyler ska förvaras inlåsta. Kasserade läkemedel får inte lagrhållas. För narkotika finns en särskild rutin.

De patientbundna läkemedlen ska förvaras åtskilt från de generella läkemedlen för gemensamt bruk.

Hållbarhetstider och effekten kan påverkas av felaktig förvaring. Det är därför viktigt att följa de instruktioner om förvaring som finns på läkemedelsförpackningen.

### **Förvaring av patientbundna läkemedel**

I gruppbostad LSS eller inom socialpsykiatrins boenden samt SÄBO för äldre ska ett depåförråd placeras på boendet. Depån ska endast sjuksköterska ha tillgång till.

- förvaringen av den enskildes läkemedel i depån ska ske i individuella lådor som ska vara tydligt uppmärkta med namn och personnummer
- varje patient ska ha ett läkemedelsskåp i lägenheten där alla nödvändiga och aktuella läkemedel ska finnas.
- placera läkemedel för max 2 veckors förbrukning i patientens läkemedelsskåp
- övriga läkemedel ska förvaras i depån och läkemedelsförrådet på SÄBO
- om patientens läkemedel är av större mängd inom LSS, socialpsykiatrien förvaras dessa i läkemedelsrummet på Fyrisborg
- om möjligt ska vid behovsläkemedel förvaras på annan hylla eller på annat sätt åtskilt från stående läkemedel

Samma principer gäller patienter inom hemsjukvården där delegerad läkemedelshantering sker. Endast aktuella läkemedel ska finnas hemma hos patienten för högst 2 veckors bruk, övriga läkemedel förvaras i gemensamt förråd i märkta boxar med namn och personnummer.

För narkotikaklassade läkemedel finns särskild rutin.

Sjuksköterskan är ansvarig för ordningen i läkemedelsskåpet. En säker nyckelhantering ska fastställas genom lokal rutin.

Under förutsättning att det är förenligt med en säker hantering, får läkemedel som måste vara lätt tillgängliga förvaras utanför läkemedelsförrådet exempelvis epilepsiläkemedel. Förfarandet ska då beskrivas i hälsoplan.

Hållbarhetstider och effekten kan påverkas av felaktig förvaring. Det är därför viktigt att följa de instruktioner om förvaring som finns på läkemedelsförpackningen.

### **Temperaturkontroller**

Temperaturer ska kontrolleras på relevanta platser i alla utrymmen där läkemedel förvaras (LVFS 2009:9).

Temperaturmätning i kylskåp rekommenderas dagligen, men minst 1 gång per vecka. Nollställning av termometrar för att kunna se aktuellt värde för min och max skall ske efter varje avläsning.

Temperaturmätning ska alltid ske 1 gång per vecka i övriga utrymmen där läkemedel förvaras, häri gäller detta läkemedelsförråd och depåskåp. Dokumentation sker på BL 521 *Protokoll för skötsel av läkemedelsförråd*.

Temperaturkontroller behöver inte utföras i den enskildes läkemedelsskåp i ordinärt boende eller på särskilt boende. Däremot är det viktigt med en bra placering av läkemedelsskåpet och att ansvarig sjuksköterska under varma sommarmånader tar hänsyn till läkemedel som är extra känsliga för värme.

## **Akutförråd för gemensamt bruk**

### **Ansvar**

Blankett för ansvarsförbindelse gällande akutförrådsansvarig sjuksköterska och dennes ersättare ska undertecknas av verksamhetschef HS och av den som utses. I första hand utses tillsvidareanställd sjuksköterska.

Akutförrådet omfattar läkemedel som Region Uppsala överlåter till kommunens hälso- och sjukvård enligt generella direktiv och läkemedel för akuta ordinationer av läkare. Aktuella läkemedelslistor finns på Samverkanswebben region Uppsala i ViS dokumentet "*Läkemedelshantering i samverkan och läkemedelslistor*"

### **Beställning av läkemedel till akutförråd**

Läkemedel rekvireras till akutförråd av akutförrådsansvarig sjuksköterska eller dennes ersättare.

Läkemedelslistorna ska finnas synligt tillgängliga i akutförrådet och läkemedlen ska vara placerade på hyllorna enligt listorna. Akutasken ska förvaras lättillgänglig i akutförrådet och utsidan av skåpet ska vara märkt "AKUTASK".

Beställning till akutförråd för läkemedel sker via ApoEx som är ett samarbete mellan Region Uppsala, Uppsala läns kommuner och Apoteket AB. Verksamhetschef HS läggs upp som administratör i Care, ett webbaserat system hos ApoEx, som sedan lägger in vilka sjuksköterskor som är behöriga att beställa läkemedel till akutförrådet. Verksamhetschefen ansvarar också för byte av lösenord för dessa vid behov. Behörigheten ska hållas aktuell och för sjuksköterskor som slutar tas behörigheten bort.

### **Akut lån av läkemedel från akutförråd**

När behov uppstår i hemsjukvården för enskilda vårdgivare som saknar tillgång till eget akutförråd kan läkemedel hämtas av sjuksköterska endast på följande enheter:

- Joursjukvården, Fyrislundsgatan 68
- Linné, Äldreboende
- Stenhagen, Äldreboende

Vid utlämnande av läkemedel ska blankett (Bilaga 5 (till VIS-rutin Läkemedelshantering i samverkan) *Utlämnande av läkemedel från kommunalt akutförråd till annan enhet*) vara ifylld. Blanketten ska sedan förvaras på utlämnande enhet i minst 1 år. Vid utlämnande av narkotiska läkemedel ska dokumentation även ske i förbrukningsjournalen på respektive enhet.

Respektive vårdgivare ansvarar för att narkotikakontroller omfattar aktuella moment och genomförs regelbundet.

I den lokala instruktionen för läkemedelshantering ska det framgå om läkemedel kan hämtas på annan enhet eller lämnas ut till annan vårdgivare.

Endast sjuksköterska får hämta läkemedel på annan enhet och ska uppvisa giltigt SITHS-kort samt ID-handling. Uppvisande av läkemedelslista för aktuell patient, kontrollringning till chef på vårdenhet eller liknande kan tillämpas för att styrka behovet av läkemedlet.

Information från blanketten ska snarast meddelas chef för hämtande enhet (förslagsvis via e-post) av utlämnande enhet, momentet ska signeras och dateras nedan.

Utlämnandet meddelas chef för enhet på hämtande enhet: (signum, datum)

Sjuksköterskan på respektive enhet ska meddela in- och utlånet till sin verksamhetschef. Verksamhetschefen för den utlånande enheten tar kontakt med verksamhetschef på den hämtade enheten, för att säkerställa att rätt läkemedel och antal har kommit till den hämtade enheten.

## **Kassation av läkemedel**

Kassation av läkemedel görs i avsedd avfallspåse/burk från apoteket. Läkemedel är många gånger även miljöfarliga och ska därför alltid återlämnas till apotek. Vid kassation av läkemedel ska alla blisterförpackningar, burkar och dospåsar tömmas. Dospåsar ska klippas itu för att avidentifieras innan de slängs i hushållssoporna. Lagerhåll inte kasserade läkemedel.

Läkemedel efter avliden person tillhör dödsboet. Sjuksköterska erbjuder sig alltid att omhänderta läkemedel för destruktions. Narkotikaklassade läkemedel ska dock inte lämnas ut till annan person. Kassering av narkotikaklassade läkemedel beskrivs i särskild rutin *Narkotikaklassade läkemedel*.

## **Kod-, tagg –och nyckelhantering**

### **Sjuksköterskans läkemedelsförråd**

Åtkomst till läkemedelsförråd får endast vara möjligt för den som tjänstgör som sjuksköterska. Verksamhetschef HS ska i lokal instruktion beskriva hur hanteringen av nycklar, taggar och koder säkerställs.

### **Sjuksköterskans depåskåp på enhet inom LSS och Socialpsykiatrins boenden**

Verksamhetschef för respektive enhet där det finns läkemedelsdepå för sjuksköterska ansvarar för att upprätta en lokal instruktion där endast sjuksköterska har tillgång till depån.

### **Läkemedelsskåp hos patient och läkemedelsvagnar**

Verksamhetschef för respektive enhet där det finns läkemedelsskåp hos patient och läkemedelsvagnar ansvarar för att upprätta en lokal instruktion.

## **Läkemedel vid dagverksamhet och daglig verksamhet LSS**

Den sjuksköterska som ansvarar för patientens läkemedelshantering på boendet eller i ordinärt boende ansvarar också för hanteringen vid dagverksamheten/dagliga

verksamheten. Det innebär att säkerställa att personal vid dagverksamheten/daglig verksamhet har delegering för läkemedelshanteringen för aktuell patient. Sjuksköterskan beslutar om vilka läkemedel inklusive vidbehovsläkemedel patienten kan ha behov av under vistelsen på dagverksamheten/ dagliga verksamheten. Huvudprincipen är att endast de läkemedel som är nödvändiga ska skickas med patienten.

Gäller det läkemedel vid behov skrivs läkemedel av från vidbehovslista i patientens läkemedelsskåp när det läggs i väskan som ska följa med till daglig verksamhet. När patienten kommit hem igen efter den dagliga verksamheten kontrollerar personalen dagligen väskan för att se om vidbehovsläkemedlet använts. Har läkemedlet använts, ska en ny dos läggas i väskan. Hanteringen och signering av given dos ska beskrivas i vårdplan som delges omvårdnadspersonal på boendet och vid den dagliga verksamheten.

## Riskanalys

Vid komplex läkemedelsbehandling där delegering planeras ska en riskanalys genomföras och dokumenteras. Blankett *Riskbedömning- Analys av patientsäkerhetsrisker vid specialiserade och komplexa hälso- och sjukvårdsinsatser* ska användas.

Riskanalysen ska ta ställning till och innehålla:

- **Individens förutsättningar** – hur medverkar patienten i situation och informationen. vilka åtgärder behövs/är nödvändigt?
- **Organisatoriska möjligheter/förutsättningar/risker** – vilka risker finns? Var/i vad är riskerna som störst? hur ska det hanteras?
- **Utbildningsinsatser** – vilken kompetens finns och är den tillräcklig för att upprätthålla patientsäkerhet? vilka behöver utbildning? omfattning? vem ansvarar för utbildningen?
- **Hur komplex är situationen** - är det många delmoment i iordningställandet/ administrationen? kombination av olika iordningsställande/ administreringssätt? flertal ordinationsunderlag? hur ska/kan åtkomst av läkemedlet begränsas? i vilket moment är riskerna som störst? vilka konsekvenser kan det bli för patienten om det blir felhanterat/ doserat?
- **Backup-plan** - om rutinerna inte fungerar, hur ska man då gå tillväga? vilka kontakter kan tas?
- **Dokumentation och ansvarsförhållanden** – vem har ansvar för vad? vad ska informeras och till vem/vilka? hur ska genomförandet dokumenteras? hur kan hanteringen tydliggöras på signeringslistan så att det är användarvänligt?

## Läkemedelsgenomgångar

Av ViS-dokumentet *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård* framgår att patienter som har hjälp med sin läkemedelshantering av hemsjukvården och som är ordinerade minst fem läkemedel oavsett ålder ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år. Sjuksköterskan initierar och förbereder läkemedelsgenomgång efter samtycke från patienten och vidarebefordra till läkare så att bokning av tid för läkemedelsgenomgång sker. Förberedelser ska ske enligt bilaga 5 i ViS-dokumentet *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*.

För att läkemedelsgenomgången ska ske strukturerat erbjuder sjuksköterskan en genomgång av eventuella symtom genom att använda instrumenten PHASE 20 alternativt PHASE- PROXY.

Läkemedelsgenomgången ska dokumenteras i patientjournalen med KVÅ koder XV021, XV022 eller XV023.

## Lokal instruktion för läkemedel

Sjuksköterska ansvarar för att upprätta en lokal instruktion för läkemedelshantering utifrån mall i ledningssystemet. Den lokala läkemedelsinstruktionen ska revideras efter kvalitetsgranskningen och vid behov. Den lokala instruktionen och denna rutin ska finnas tillgänglig för personal vid varje enhet. Se blankett *Lokal läkemedelshantering – mall*.

## Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Verksamhetschef hälso- och sjukvård ska som ett led i egenkontrollen säkerställa att läkemedelshanteringen genomgår en kvalitetsgranskning av extern aktör en gång om året. Granskningen genomförs i samverkan med MAS.

Protokoll från granskningen sänds till verksamhetschef hälso- och sjukvård som ansvarar för att sjuksköterska för respektive enhet vidtar eventuella åtgärder enligt rapport och följer upp att detta görs. Kopia av kvalitetsgranskningen lämnas till verksamhetschef på respektive enhet och till MAS för kännedom.

Brister ska vara åtgärdade inom tre månader från granskningstillfället. Resultatet av kvalitetsgranskningen ska rapporteras årligen i patientsäkerhetsberättelsen. Egenkontroll av följsamhet till rutinen sker regelbundet.

## Uppföljning

Läkemedelsteamet, Vårdkvalitetsenheten, Region Uppsala följer årligen upp med länets MAS i vilken omfattning läkemedlen i förråden använts och att hanteringen av dem skötts enligt detta dokument. Uppföljningen ska innehålla uppgifter om hur mycket och vad som har kasserats från de kommunala läkemedelsförråden pga passerat utgångsdatum.

Ansvarig sjuksköterska ska halvårsvis skicka in blanketten (bilaga 4 i ViS dokumentet Läkemedelshantering i samverkan) till respektive MAS i länets kommuner. Vid årets slut sammanställer länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor inkomna rapporter från verksamheterna med hjälp av detta underlag. Sammanställningen följs sedan upp i samverkan och är del i underlag för revidering av lista 1-3.

## Avvikelse

Avvikelse ska hanteras enligt rutin för Avvikelsehantering hälso- och sjukvård RU 595

# Relaterade dokument

## Externa relaterade dokument

- [HSLF-FS 2017:37 Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården](#)
- [Hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\)](#)
- [Patientsäkerhetsförordningen \(2010:1 369\)](#)
- [Patientsäkerhetslagen 2010:659 \(PSL\)](#)
- [Patientdatalagen 2008:355 \(PDL\)](#)
- [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9](#)
- [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård SOSFS 1997:14](#)
- [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd \(HSLF-FS 2016:40\) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården](#)
- [Vård i samverkan \(ViS\) kommuner och region Uppsala län](#)
- <https://www.medicininstruktioner.se/>

## Interna relaterade dokument

### Rutiner

|       |                                             |
|-------|---------------------------------------------|
| RU595 | Avvikelsehantering hälso- och sjukvård      |
| RU523 | Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter |
| RU590 | Hantering och kassering av läkemedelsavfall |
| RU565 | Riskhantering                               |
| RU506 | Narkotikaklassade läkemedel                 |
| RU592 | Narkotikaskåp                               |

### Stödjande dokument

#### Signeringslistor

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| BL515 | Signeringslista – Insulin             |
| BL516 | Signeringslista – Läkemedel           |
| BL517 | Signeringslista – Läkemedel vid behov |
| BL525 | Signeringslista medicinskåpsnyckel    |
| BL526 | Signaturförtydligande                 |

#### Checklistor

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| BL518 | Administrering insulin   |
| BL519 | Administrering läkemedel |

### **Övriga blanketter**

|       |                                                             |
|-------|-------------------------------------------------------------|
| BL521 | Protokoll för skötsel av läkemedelsförråd                   |
| BL522 | Beslut att utse akutförrådsansvarig sjuksköterska/ersättare |
| BL523 | Lokal läkemedelshantering – mall                            |
| BL527 | Sorteringsordning i läkemedelsmapp hos brukare              |

## **Information om rutinbeskrivningen**

Diverse uppdateringar och justeringar är gjorda sedan föregående version. BL521 och BL522 har fått nya namn.