

Legemiddelhåndtering i Radiologisk avdeling - SSK

Side 1 av 6

Dokumentplassering:

II.MSK.Rad SSK.7-2

Godkjent dato:

09.04.2021

Gyldig til:

09.04.2023

Sist endret:

12.04.2021

Revisjon:

3.00

Klinikknivå/Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSK/Administrative rutiner - retningslinjer

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Endret på ansvarsforhold. Legemiddelansvarlige tatt over enkelte oppgaver fra seksjonsradiograf angio/intervensjon.

Hensikt:

Sikre at myndighetskrav og krav i interne retningslinjer/ prosedyrer mht. legemiddelhåndteringen blir fulgt. Retningslinjen skal medvirke til, forbedre og sikre en riktig legemiddelhåndtering ved Radiologisk avdeling.

Omfang:

Prosedyren omfatter alle ansatte i Radiologisk avdeling, SSK som håndterer legemidler, eller har et overordnet ansvar for legemiddelhåndtering.

Ansvar:

Fagdirektør: Har det overordnede ansvaret for forsvarlig legemiddelhåndtering i SSHF.

Klinikkssjef: Har det overordnede ansvar for legemiddelhåndtering i egen klinikk.

Avdelingssjef: Har det overordnede ansvaret for hvilke legemidler som skal oppbevares i avdelingen. Avdelingssjef skal konferere med enhetsleder/medisinsk faglig rådgiver i forhold i avdelingen omkring legemiddelhåndtering.

Enhetsledere: Skal påse at daglig administrering av legemidler skjer i samsvar med regler og forskrifter. Sørge for at enhetens ansatte får opplæring i prosedyrer for legemiddelhåndtering, og at kompetansen holdes oppdatert.

Enhetsleder lege/medisinsk faglig rådgiver: Skal gi faglige råd om hvilke medikamenter og bruken av disse i avdelingen. Rådgi avdelingsleder mtp håndtering av legemidler i avdelingen. Delta i prosedyrearbeidet omkring medikamentbruk og medikamenthåndtering.

Enhetsleder for Generell Enhet i Radiologisk avd. SSK: Har et overordnet ansvar for medisinrom og narkotikaregnskapet i avdelingen.

Lege: Legen har det medisinske ansvaret ved foreskriving av medikamenter til pasienter. All ordinerer av legemidler utføres av lege. Ordinerer kan gis skriftlig ved anførsel av undersøkelsesprotokoll med henvisning til godkjente undersøkelsesprotokoller eller muntlig under undersøkelsen. Den enkelte lege som ordinerer medikamentet er ansvarlig for vurdering og valg av medikasjon. Dette selv om enkelte bestillinger delegeres til andre yrkesgrupper.

Seksjonsradiograf Angio/ Intervensjon: Ansvar for avdelingens narkotikabeholdning.

Legemiddelansvarlige: Har ansvar for bestilling og varebeholdning, samt korrekt oppbevaring av avdelingens medikamenter.

Radiograf: Administrerer legemidler til pasienter som gjennomgår undersøkelser og behandling i Radiologisk avdeling SSK. Administreringen er begrenset til å gjelde de legemidler som brukes i avdelingen. Radiografen skal observere pasienter og melde fra om komplikasjoner/bivirkninger/feilmedisinering. Radiograf har ansvar for at legemiddelhåndteringen utføres i overensstemmelse med den konkrete ordineringen, og i samsvar med gjeldende retningslinjer og prosedyrer.

Utarbeidet av: Sandra Renée Kaspersen	Fagansvarlig: Knut Tveit	Verifisert av: []	Godkjent av: Heidi Kollstad	Dok.nr: D41371
---	------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--------------------------

 SØRLANDET SYKEHU		Legemiddelhåndtering i Radiologisk avdeling - SSK			Side: 2 Av: 6
Dokument-id: II.MSK.Rad SSK.7-2	Utarbeidet av: Sandra Renée Kaspersen	Fagansvarlig: Knut Tveit	Godkjent dato: 09.04.2021	Godkjent av: Heidi Kollstad	Revisjon: 3.00

Klinikknivå/Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSK/Administrative rutiner - retningslinjer

Se: [Legemiddelhåndtering, ansvarsforhold - SSHF](#),
[Legemiddelhåndtering, oppgaver og ansvar for helsepersonell - SSHF](#)

Rekvirering:

Seksjonsradiografene, samt enhetsleder på Nukleærmedisinsk Enhet har ansvar for bestilling av legemidler til Radiologisk avdeling SSK.

Rekvirering av medisiner fra apoteket skal foregå på "Tønssys – elektronisk bestilling".

Når det bestilles A og B preparater skal de hentes på apoteket samme dag, dette for å unngå at legemidler blir sendt bort med transporten og blir stående i de grå boksene.

Se: [Legemidler, bestilling og mottak - SSHF](#)

Oppbevaring og mottak av legemidler:

Oppbevaring:

Oppbevaring av legemidler skal skje i egnet låst medisinrom.

I avdelingens medisinrom oppbevares kun legemidler til pasientbehandling.

Legemidlene skal plasseres på riktig sted i forhold til:

- Temperatur (viktig)
- Giftskap
- I hylle – etter definert system

Narkotiske legemidler (A-preparater) skal oppbevares i eget skap med lås (giftskap).

Disse skal kontrolleres 1 gang ukentlig av 2 radiografer. Radiografer på lab. 4 har denne oppgaven.

Mottak av varer:

Den som mottar og kvitterer legemidler i Radiologisk avdeling SSK skal sikre følgende:

- at riktig antall kolli er mottatt. Varene skal kontrolleres mot pakkseddel.
- at legemidlene er plomberte.
- at mottatte varer blir lagret og låst inn etter retningslinje umiddelbart etter mottak.

Hovedsakelig er det seksjonsradiograf på Angio/ Intervensjon, legemiddelansvarlige eller enhetsleder på Generell Enhet som tar imot legemidler i Radiologisk avdeling SSK. Skulle disse være fraværende eller opptatte kan annet personell motta vare. Retningslinjen over skal da følges.

NB!

Narkotiske legemidler skal alltid kontrolleres av 2 ansatte og føres inn i narkotikaboken med signatur av begge ansatte, før preparatene settes på plass i låsbart skap (giftskap).

Ved feil i regnskapet skal to radiografer kontrollere, signere, og forsøke å finne feilen.

Alle feil skal umiddelbart rapporteres videre til enhetsleder Generell Enhet, og meldes i som avvik i kvalitetsportalen.

Se: [Legemidler, bestilling og mottak - SSHF](#), [Legemidler, bestilling og mottak - SSHF](#), [Legemidler - Narkotika, håndtering - SSHF](#), [Dobbeltkontroll, utførelse og dokumentasjon ved legemiddel administrasjon - SSHF](#), [Legemidler - Narkotika, håndtering - SSHF](#) [Legemidler - B-preparater, kontroll - SSHF \(ARKIVERT\)](#)

 SØRLANDET SYKEHU		Legemiddelhåndtering i Radiologisk avdeling - SSK			Side: 3 Av: 6
Dokument-id: II.MSK.Rad SSK.7-2	Utarbeidet av: Sandra Renée Kaspersen	Fagansvarlig: Knut Tveit	Godkjent dato: 09.04.2021	Godkjent av: Heidi Kollstad	Revisjon: 3.00

Klinikknivå/Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSK/Administrative rutiner - retningslinjer

Tilgang til lukket skap (Giftskap)

Følgende personer har nøkler til låsbart skap som inneholder A-preparater (giftskapet):
To intervensjonsradiologer, Seksjonsradiograf på Angio/ Intervensjon samt Avdelingssjef.

Ordinasjon:

Ordinering av legemidler kan gis:

- Skriftlig (ved anførsel av undersøkelsesprotokoll)
- Muntlig (under undersøkelsen)

Hvem ordinerer:

Lege ansatt i Radiologisk avdeling med behandlingsansvar for pasienten kan ordinere legemidler. (ref. ansvarsforhold over)

Dokumentasjon ved ordinering av legemidler:

All ordinering av legemidler skal dokumenteres i DIPS gjennom valg av prosedyre.

Mengden og type legemiddel pasienten får under undersøkelsen skal registreres i DIPS, "Følgeskjema til intervensjonsradiologi og angiografi – SSK" og/ eller direkte i pasientjournal.

Dersom pasienten ikke får medikamenter i tråd med valgt prosedyre, skal avviket dokumenteres i DIPS.

Se: [Medisinering uten forutgående ordinasjon av lege - SSHF](#)

Istandgjøring:

Alle som gjør i stand legemidler skal sjekke:

- at riktig legemiddel er tatt frem
- at legemiddelet har riktig holdbarhetsdato
- at utseendet ser riktig ut
- at det er riktig tilsetningsstoff og mengde ved tilsetning i infusjoner.
Skriv tilsetningen på klebelapp på infusjonsposen med dato, klokkeslett, pasientens navn og underskrift, infusjonen skal ha to underskrifter. Bruk ferdigskrevne merkelapper der det finnes.
- Benytt korrekt aseptisk arbeidsteknikk.
Bruk hansker. Ved opptrekk av legemiddel fra hetteglass og ved tilsetninger i infusjonsposer skal innstikksted alltid desinfiseres. Dette gjelder både hetteglass og innstikksted på infusjonsposen - også ved første gangs anbrudd!
- Anbruddsdato påføres sterile flerdoseholdere (f.eks Heparin)
- Kontakt farmasøyt ved tvil om blandbarhet og holdbarhet.

HUSK DOBBELKONTROLL!

Se: [Legemidler, istandgjøring og utdeling - SSHF](#)

 SØRLANDET SYKEHU		Legemiddelhåndtering i Radiologisk avdeling - SSK			Side: 4 Av: 6
Dokument-id: II.MSK.Rad SSK.7-2	Utarbeidet av: Sandra Renée Kaspersen	Fagansvarlig: Knut Tveit	Godkjent dato: 09.04.2021	Godkjent av: Heidi Kollstad	Revisjon: 3.00

Klinikknivå/Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSK/Administrative rutiner - retningslinjer

Administrering:

Autoriserte radiografer kan gjøre i stand og administrere legemidler i Radiologisk avdeling. (ref. ansvarsforhold over)

Alle radiografer som håndterer legemidler skal i tillegg gjennomgå og kunne dokumentere:

- E-læringskurs via Læringsportalen : **Legemiddelhåndtering (HSØ) – generell del.**
- Gjennomgått og fylt ut sjekklisten i Læringsportalen «**Rad. Avd SSK – Sjekkliste legemiddelhåndtering**»

I tillegg skal det:

- Kontrolleres at ordinasjonen er i samsvar med det legemiddelet som er klargjort.
- Kontrollere administrasjonsmåten.
 - Noter på NPR skjema klokkeslett og mengde gitt
 - Noter i narkotikaregnskapet når legemiddelet er gitt, og mengde åpnet.
Den radiografen som gir medikamentet skal signere narkotikaregnskapet.
- Radiografen skal observere pasienten med tanke på reaksjon på virkning og bivirkning av legemiddelet.
- Dersom det observeres bivirkninger eller uventede reaksjoner skal lege informeres umiddelbart.

Se: [Legemidler, istandgjøring og utdeling - SSHF](#)

Rutiner ved feilmedisinering:

Med feilmedisinering menes:

- feil legemiddel gitt pasienten
- feil administrasjonsvei
- feil dose
- feil pasient

Ved feilmedisinering skal følgende gjøres umiddelbart:

- Rapporter til utførende/behandlende lege (vakthavende) og følge de tiltak legen forordner
- Rapporter hendelsen til Enhetsleder for Generell Enhet i Radiologisk avd. SSK, evt. enhetsleders stedfortreder.
- Fyll ut uønsket hendelse med pasientskjema i Kvalitetsportalen
- Dokumenter feilmedisineringen i DIPS (pasientjournalen)

Se: [Uønskede hendelser - registrering og behandling](#)

Kassering av legemidler:

- Legemidler som er utgått på dato skal returneres til apoteket.

 SØRLANDET SYKEHU		Legemiddelhåndtering i Radiologisk avdeling - SSK			Side: 5 Av: 6
Dokument-id: II.MSK.Rad SSK.7-2	Utarbeidet av: Sandra Renée Kaspersen	Fagansvarlig: Knut Tveit	Godkjent dato: 09.04.2021	Godkjent av: Heidi Kollstad	Revisjon: 3.00

Klinikknivå/Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSK/Administrative rutiner - retningslinjer

- Legemidler som er tatt ut av originalemballasjen skal ikke legges/helles tilbake i originalpakning, men tilintetgjøres ved å returnere til apoteket.
- Ved opptrekk av pasientdoser hvor man får legemiddelrester f. eks fra en ampulle, skal restene kastes i avfall som skal til forbrenning.
 - Ved kasting av A-preparater, skal annen radiograf eller lege se at det kastes.

Se: [Avfallsrutiner](#)

Kontroll av medikament lager:

- Legemiddelansvarlige har kontroll på lagerbeholdning av medikamenter minst en gang i uka.
-
- A-preparater oppbevares i eget låst skap og det føres kontrollregnskap med hvert enkelt legemiddel i forhold til antall ampuller, ml, tablett, plaster etc.
Medikamentene i narkotikaskapet skal kontrolleres **daglig** av to ansatte og kontrollen skal dokumenteres.
Ansvar: Seksjonsradiograf Angio, og annen radiograf på lab 4.
- 1 x kvartalet kontrolleres lagerbeholdningen i medisinrommet forhold til holdbarhetsdato, endret utseende/luft og basislegemiddelliste for avdelingen. Ansvar for lagerbeholdning er legemiddelansvarlige.
- Legemidler som brukes sjelden skal returneres til apoteket når de tas ut av bruk.
Ansvar for retur er legemiddelansvarlige, evt Enhetsleder Generell Enhet.
- A-preparat regnskapet sendes hver måned til apoteket for gjennomgang.
Ansvar: Seksjonsradiograf Angio/ Intervensjon, evt. Enhetsleder Generell Enhet.

Se: [Legemidler - Narkotika, håndtering - SSHF](#)

Returmedisin:

Returmedisin for kreditering må innfri følgende:

- minst 3 mnd. holdbarhet.
- er i originalpakning uten kluss fra merkepenn og er i rutinemessig bruk ved SSK.
- Returvarer føres elektronisk i "Tønsys – elektronisk bestilling".

Se: [Legemidler, oppbevaring - SSHF](#)

Kryssreferanser

I.3.3-1	Dobbeltkontroll, utførelse og dokumentasjon ved legemiddel administrasjon-SSHf
I.3.3-3	Legemidler - Narkotika, håndtering - SSHF
I.3.3-6	Legemidler, bestilling og mottak - SSHF
I.3.3-7	Legemidler, oppbevaring - SSHF
I.3.3-9	Legemiddelhåndtering, ansvarsforhold - SSHF
I.3.3-10	Legemiddelhåndtering, oppgaver og ansvar for helsepersonell - SSHF
I.3.3-12	Legemidler, istandgjøring og utdeling - SSHF
I.3.3-16	Medisinering uten forutgående ordinasjon av lege - SSHF
I.6.2.6.2.1.8-1	Avfallsrutiner

		Legemiddelhåndtering i Radiologisk avdeling - SSK			Side: 6 Av: 6
Dokument-id: II.MSK.Rad SSK.7-2	Utarbeidet av: Sandra Renée Kaspersen	Fagansvarlig: Knut Tveit	Godkjent dato: 09.04.2021	Godkjent av: Heidi Kollstad	Revisjon: 3.00

Klinikknivå/Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSK/Administrative rutiner - retningslinjer

Eksterne referanser

1) Veileder for legemiddelhåndtering vedlegg 2: Del III prosedyre 5, Rutiner for retur og kassasjon av

legemidler: <http://www.sykehusapotekene.no/fagfolk /regionalt-legemiddelforum /Documents/Legemiddelavfall-%20H%C3%A5ndtering.doc>.