

Legemiddelhåndtering i Radiologisk avdeling SSK

Side 1 av 3

Dokumentplassering:

II.MSK.Rad SSK.9-1

Godkjent dato:

14.02.2025

Gyldig til:

14.02.2027

Dato endret:

14.02.2025

Revisjon:

4.00

Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSK/Legemidler
DISTRIBUSJONSLISTE: EK, Eventuelt hvor godkjent papirversjon finnes.
ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Lese som ny

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 SSK.

Omfang:

Prosedyren omfatter alle radiografer og leger/intervensjonister med tilstrekkelig opplæring innen håndtering av legemidler eller som har et overordnet ansvar for legemiddelhåndtering.

Ansvar:

Ansvar for legemiddelhåndtering beskrives i foretaksprosedyrene: [Legemiddelhåndtering, ansvarsforhold – SSHF](#) og [Legemiddelhåndtering, oppgaver og ansvar for helsepersonell - SSHF](#)

Rekvirering:

Seksjonsradiograf CT har hovedansvar for å bestille legemidler til avdelingen. Seksjonsradiografer kan også bestille ved behov til sin seksjon. Seksjonsradiograf angio har hovedansvar for bestilling av a- og b-preparater. Ved sykdom eller fravær kan andre radiografer i avdelingen med tilgang til «Tønsys» også bestille legemidler.

Rekvirering av medikamenter fra apoteket skal gjøres i «Tønsys». Etter hastebestilling skal medikamentene umiddelbart hentes på apoteket.

Oppbevaring og mottak av legemidler:**Oppbevaring:**

Legemidler oppbevares i boks med navn på legemiddelet. Legemidlene skal oppbevares på låst medisinrom, i skap låst med nøkkel. Legemidlene må oppbevares i temperatur etter gjeldende anbefaling i felleskatalogen.

Mottak av varer:

Den som henter og kvitterer legemidler til Radiologisk avdeling SSK skal sikre følgende:

- At riktig antall kolli er mottatt. Varene skal kontrolleres mot pakkseddel.
- At hentede a- og b-preparater blir registrert inn i lageret og låst inn etter retningslinje umiddelbart.

Ordinasjon:**Ordinering av a- og b- preparater kan gis:**

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

Hvem ordinerer:

Intervensjonist ansatt i Radiologisk avdeling SSK med behandlingsansvar for pasient, kan ordinere a- og b- preparater, når det er opplærte radiografer tilstede til å administrere preparatene.

Ved behov for denne typen medikamenter på vakt hvor opplærte radiografer ikke er tilstede, skal det ordineres av ansvarlig klinisk lege, og administreres av post-sykepleier, som skal komme ned på radiologisk avdeling.

DokumentID:D41371

Utarbeidet av: Frode Hanøy/Helene Dahl	Fagansvarlig: Heidi Kollstad	Godkjent av: Heidi Kollstad	Verifisert av: □
--	--	---------------------------------------	----------------------------

 SØRLANDET SYKEHUS	Legemiddelhåndtering i Radiologisk avdeling SSK				Side: 2 Av: 3
Dokumentplassering: II.MSK.Rad SSK.9-1	Utarbeidet av: Frode Hanøy/Helene Dahl	Fagansvarlig: Heidi Kollstad	Godkjent dato: 14.02.2025	Godkjent av: Heidi Kollstad	Revisjon: 4.00

Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSK/Legemidler

Dokumentasjon ved ordinering av legemidler:

All ordinering av legemidler skal dokumenteres i MetaVision. Dersom medikamenter er levert fra pasientens sengepost, skal lege fra avdeling ordinere dette inn i MetaVision.

Mengden og type medikament pasienten får under undersøkelsen skal registreres i MetaVision, av radiograf på Radiologisk når vi administrer det, eller sykepleier fra sengepost når avdeling har administrert det.

Se prosedyre for MetaVision for korrekt arbeidsflyt: «[MetaVision - Arbeidsflyt for angio i Radiologisk avdeling SSK](#)» og «[MetaVision - Arbeidsflyt for bruk utenfor angio i Radiologisk avdeling SSK](#)».

I narkotikaregnskapet fører man antall ampuller som tas ut av boksen og åpnes, ikke dose som pasienten har mottatt. Hvis det etter prosedyren er medikament igjen fra ampullen som ikke er gitt til pasienten, skal dette sprøytes i søpla under oppsyn av en annen ansatt.

Dersom pasienten ikke får medikamenter i tråd med valgt prosedyre, skal avviket dokumenteres i DIPS Arena og det skal meldes som en uønsket hendelse i Kvalitetsportalen.

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

HUSK DOBBELTKONTROLL! Unntak fra dobbeltkontroll etter gjeldende prosedyre: «[Unntak fra dobbeltkontroll legemidler for radiologisk avdeling SSK](#)»

Administrering:

Alt helsepersonell som håndterer legemidler skal ha krysset av for nødvendig opplæring i Kompetanseportalen.

Kun radiografer med nødvendig opplæring i narkotikahåndtering kan administrere a- og b-preparater i Radiologisk avdeling SSK. Se prosedyre: [Administrering av A/B preparater ved radiologisk avdeling SSK](#)

I tillegg skal det:

- Kontrolleres at ordinasjonen er i samsvar med det legemiddelet som er klargjort.
- Kontroller fullt navn, fødsel- og person nummer til pasient.
- Pasienten skal være oppkoblet overvåking hvis legemiddelets art krever det (a- og b- preparater).
- 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.

Rutiner ved feilmedisinering:

Med feilmedisinering menes:

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

 SØRLANDET SYKEHUS	Legemiddelhåndtering i Radiologisk avdeling SSK				Side: 3 Av: 3
Dokumentplassering: II.MSK.Rad SSK.9-1	Utarbeidet av: Frode Hanøy/Helene Dahl	Fagansvarlig: Heidi Kollstad	Godkjent dato: 14.02.2025	Godkjent av: Heidi Kollstad	Revisjon: 4.00

Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSK/Legemidler

Ved feilmedisinering skal følgende gjøres umiddelbart:

- Rapporter til utførende/behandlende intervensjonist og følge de tiltak legen forordner.
- Rapporter hendelsen til Enhetsleder for generell enhet i Radiologisk avd. SSK, evt. enhetsleders stedfortreder.
- Fyll ut uønsket pasienthendelse i Kvalitetsportalen

Kassering av legemidler:

- Legemidler som er utgått på dato skal returneres til apoteket.
- 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 spyles i søpla og kastes i avfall som skal til forbrenning. OBS må ikke kastes i vasken. Annen radiograf eller lege skal bevitne at det kastes.

Kontroll av medikament:

- Seksjonsradiograf angio/intervensjon har kontroll på lagerbeholdning av narkotika minst en gang i uka.
- Temperatur i narkotikaskapet skal kontrolleres en gang i uka og føres inn i eget skjema på fellesområde: [O:\Medisinsk serviceklinikk\Radiologisk avdeling SSF SSK\LEGEMIDDELHÅNDTERING](#)
- Hver 3. måned kontrolleres lagerbeholdningen i narkotikaskapet og fyller ut regnskap som sendes apoteket.
- Hver 3. måned kontrolleres holdbarhet og noterer dette i samme skjema som over.
- Hver 6. måned utføres rengjøring av narkotikaskap.

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".

Kryssreferanser

I.3.2-1	Legemiddelhåndtering: Dobbelkontroll, utførelse og dokumentasjon ved legemiddel administrasjon- SSHF
I.3.2-3	Legemiddelhåndtering A og B preparater, håndtering og rutiner for kontroll- SSHF
I.3.2-5	Legemidler, bestilling og mottak - SSHF
I.3.2-6	Legemidler, oppbevaring - SSHF
I.3.2-9	Legemiddelhåndtering, Ansvarsforhold og oppgaver - SSHF
I.3.2-11	Legemiddelhåndtering, istandgjøring og utdeling - SSHF
I.3.2-15	Medisinering uten forutgående ordinasjon av lege - SSHF
I.6.2.6.2.1.8-1	Avfallsrutiner
II.MSK.Rad SSK.3.1.5-4	MetaVision - Arbeidsflyt for angio i Radiologisk avdeling SSK
II.MSK.Rad SSK.3.1.5-5	MetaVision - Arbeidsflyt for bruk utenfor angio i Radiologisk avdeling SSK
II.MSK.Rad SSK.9-10	Administrering av A/B preparater ved radiologisk avdeling SSK

Eksterne referanser

1) Veileder for legemiddelhåndtering vedlegg 2: Del III prosedyre 5, Rutiner for retur og kassasjon av legemidler: <http://www.sykehusapotekene.no/faqfolk /regionalt-legemiddelforum /Documents/Legemiddelavfall-%20H%C3%A5ndtering.doc>.