

## Legemiddelhåndtering ved Rad. avd. SSA

Dokumentplassering:

**II.MSK.Rad SSA.2.14-1**

Godkjent dato:

**20.01.2023**

Gyldig til:

**20.01.2025**

Dato endret:

**20.01.2023**

Revisjon:

**1.01**

Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSA/Pasienter og brukere/Legemiddel/Kontrast

DISTRIBUSJONSLISTE: EK, Eventuelt hvor godkjent papirversjon finnes.

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Endret overordnet ansvar for medisinrom og narkotikaregnskap fra DIPS-ansvarlig til Seksjonsradiograf for intervensjon/ultral lyd.

Forlenget gyldighet til 20.01.2025

### 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 SSA som håndterer legemidler, eller har et overordnet ansvar for legemiddelhåndtering.

### Ansvar:

Radiologisk avdeling SSA har Apotekerstyrtlegemiddellager (ASL). Dette innebærer basisliste over medikamenter som avdelingen bruker ofte. Lista går ut i fra en maks og minimum pr. legemiddel. Apoteket kontrollerer og fyller på lageret en fast dag i uka etter hvor mye som er brukt. Kontrollerer også utgått dato.

**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 leger/medisinsk faglig rådgiver:** Skal gi faglige råd om hvilke medikamenter og bruken av disse i avdelingen. Avdelingsleder gir råd mtp håndtering av legemidler i avdelingen. Delta i prosedyrearbeidet omkring medikamentbruk og medikamenthåndtering.

**Seksjonsradiograf for intervensjon/ultral lyd:** Har et overordnet ansvar for medisinrom og narkotikaregnskapet i avdelingen. Medisinrommet inneholder for øyeblikket ikke noe narkotisk stoff.

**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.

**Radiograf:** Administrerer legemidler til pasienter som gjennomgår undersøkelser og behandling i Radiologisk avdeling SSA. Administreringen er begrenset til å gjelde de legemidler som brukes og foreskrives 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 prosedyre.

Utarbeidet av: <b>Vigdis Rasmussen</b>	Fagansvarlig: <b>Kristine H.Dahlslett</b>	Godkjent av: <b>Avd. leder Inger Wenche Nilsen</b>	Verifisert av: <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

 SØRLANDET SYKEHUS	<b>Legemiddelhåndtering ved Rad. avd. SSA</b>				<b>Side: 2</b> <b>Av: 5</b>
Dokumentplassering: II.MSK.Rad SSA.2.14-1	Utarbeidet av: Vigdis Rasmussen	Fagansvarlig: Kristine H.Dahlslett	Godkjent dato: 20.01.2023	Godkjent av: Avd. leder Inger Wenche Nilsen	Revisjon: 1.01

Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSA/Pasienter og brukere/Legemiddel/Kontrast

Flere opplysninger se linker:

[Legemiddelhåndtering, ansvarsforhold - SSHF](#)

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

### Rekvirering:

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

Dips-ansvarlig og Medisinsk Rådgiver har ansvar for rekvirering av andre legemidler enn basisutvalget.

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

### Oppbevaring legemidler

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 fra apoteket.

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

### Mottak av legemidler

ASL-påfyll utføres av apoteket. Rest og annet leveres i luka eller vaktrom i plombert kasse.

### 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 EKM.

### Tilgang til lukket skap (Giftskap)

Giftskap med lås er plassert i låst medisinrom. Alle ansatte på Rad. avd. SSA har tilgang med ID-kort og personlig kode. Nøkkel til giftskapet oppbevares i medisinrommet.

### Ordinasjon:

#### Ordinering av legemidler kan gis:

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

#### Hvem ordinerer:

Lege ansatt i Radiologisk avdeling kan ordinere legemidler.

 SØRLANDET SYKEHUS		<b>Legemiddelhåndtering ved Rad. avd. SSA</b>			<b>Side: 3</b> <b>Av: 5</b>
Dokumentplassering: II.MSK.Rad SSA.2.14-1	Utarbeidet av: Vigdis Rasmussen	Fagansvarlig: Kristine H.Dahlslett	Godkjent dato: 20.01.2023	Godkjent av: Avd. leder Inger Wenche Nilsen	Revisjon: 1.01

Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSA/Pasienter og brukere/Legemiddel/Kontrast

### Dokumentasjon ved ordinerings av legemidler:

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

Mengden og type legemiddel pasienten får under undersøkelsen skal registreres i DIPS under undersøkelsesinformasjon 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](#)

### Administrering:

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.**

I tillegg skal det:

- Kontrolleres at ordinasjonen er i samsvar med det legemiddelet som er klargjort.
- Kontrollere administrasjonsmåten.
- Noter i undersøkelsesinformasjon klokkeslett og mengde gitt

Ved bruk av narkotisk legemiddel 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/tilkalles umiddelbart.

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

 SØRLANDET SYKEHUS	<b>Legemiddelhåndtering ved Rad. avd. SSA</b>				Side: 4 Av: 5
Dokumentplassering: II.MSK.Rad SSA.2.14-1	Utarbeidet av: Vigdis Rasmussen	Fagansvarlig: Kristine H.Dahlslett	Godkjent dato: 20.01.2023	Godkjent av: Avd. leder Inger Wenche Nilsen	Revisjon: 1.01

Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSA/Pasienter og brukere/Legemiddel/Kontrast

### 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 lege evt. vakthavende og følge de tiltak legen forordner
- Rapporter hendelsen til Enhetsleder for radiografene i Radiologisk avd., evt. enhetsleders stedfortreder.
- Fyll ut uønsket hendelse med pasientskjema i Kvalitetsportalen
- Dokumenter feilmedisineringen i DIPS i undersøkelsesinformasjonen.

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

### 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. Kontrastrester (Omnipaque) sendes tilbake til leverandør.
- Ved opptrekk av pasientdoser hvor man får legemiddelrester f. eks fra en ampulle, skal restene kastes i avfall som skal til forbrenning (gul dunk).
- Ved kasting av A-preparater, skal annen radiograf eller lege se at det kastes.

Se: [Avfallsrutiner](#)

### Kontroll av medikamentlager:

Avdelingen har Apotekerstyrtlegemiddellager så dette styrer sykehusapoteket. Dette sjekkes en gang i uken.

### 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:

<a href="#">I.3.3-1</a>	<a href="#">Dobbelkontroll, utførelse og dokumentasjon ved legemiddel administrasjon-SSHF</a>
<a href="#">I.3.3-3</a>	<a href="#">Legemidler - Narkotika, håndtering - SSHF</a>
<a href="#">I.3.3-6</a>	<a href="#">Legemidler, bestilling og mottak - SSHF</a>
<a href="#">I.3.3-7</a>	<a href="#">Legemidler, oppbevaring - SSHF</a>
<a href="#">I.3.3-9</a>	<a href="#">Legemiddelhåndtering, ansvarsforhold - SSHF</a>
<a href="#">I.3.3-10</a>	<a href="#">Legemiddelhåndtering, oppgaver og ansvar for helsepersonell - SSHF</a>
<a href="#">I.3.3-12</a>	<a href="#">Legemidler, istandgjøring og utdeling - SSHF</a>
<a href="#">I.6.2.6.2.1.8-1</a>	<a href="#">Avfallsrutiner</a>

### Eksterne referanser:

Dokumentplassering: II.MSK.Rad SSA.2.14-1	Utarbeidet av: Vigdis Rasmussen	Fagansvarlig: Kristine H.Dahlslett	Godkjent dato: 20.01.2023	Godkjent av: Avd. leder Inger Wenche Nilsen	Revisjon: 1.01
--	------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---	-------------------

Medisinsk serviceklinikk/Radiologisk avdeling SSA/Pasienter og brukere/Legemiddel/Kontrast