



STAVANGER KOMMUNE

# Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Stavanger kommune



Skrevet 20. mai 2009

Revidert 23. april 2012

Oppdatert pga bytte av leverandør 01.01.2014

Revidert 1. desember 2014

Revidert 05. oktober 2015 etter forskriftsendring

Revidert 1. november 2017 for inkludering av legevakt og fengselshelsetjeneste

## Innhold

Bakgrunn .....	3
Formål .....	3
Virkeområde.....	3
Revidering av retningslinjene.....	3
Ansvarsdeling i Stavanger kommune.....	4
Sertifisering og fullmakt.....	5
Signaturskjema .....	6
Internkontroll.....	6
Avvikshåndtering .....	7
Dokumentasjon.....	7
Arkivering .....	8
Ansvarsoverføring.....	8
Samstemming av legemiddellister .....	9
Overføring mellom virksomheter.....	9
Oppstart av multidose.....	10
Ordinering av legemidler .....	10
Føring av legemidler .....	10
Endringer av legemidler i hjemmebaserte tjenester .....	11
Medisinendringer per telefon eller e-melding .....	12
Ordinering av legemidler gjennom prosedyre i institusjon .....	12
Årlig kontroll av medisinkort .....	13
Legemiddelgjennomgang .....	13
Hygiene og HMS.....	13
Eksposering av legemidler .....	13
Istandgjøring og kontroll .....	15
Utdeling til rett pasient.....	18
Når pasient motsetter seg medisinerings.....	19
Bestilling og rekvirering.....	19
Når nødvendig legemiddel ikke er tilgjengelig .....	20
Oppbevaring legemidler .....	20
Kontroll av A- og B-preparater .....	21
Kontroll av A-preparater (narkotikakontroll).....	21
Kontroll av B-preparater .....	22
Tiltak ved mistanke om svinn/tyveri av A- og B-preparater .....	22
Kassasjon og avfallshåndtering.....	23
Utlevering av legemidler til pårørende ved dødsfall (HBT) .....	24
Vedlegg .....	25

## Bakgrunn

Retningslinjene for legemiddelhåndtering i Stavanger kommune (heretter kalt retningslinjene) er basert på [Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp](#) (FOR 2008-04-03 nr 320), heretter kalt Legemiddelhåndteringsforskriften, og [Rundskriv IS-7/2015](#) fra Sosial- og helsedirektoratet. Retningslinjene skal også ses i sammenheng med [Internkontrollforskriften](#) samt [Helsepersonelloven](#).

## Formål

Formålet med retningslinjene er å sikre riktig og god legemiddelhåndtering i Stavanger kommune.

## Virkeområde

Legemiddelhåndteringsforskriften gjelder for virksomheter og helsepersonells håndtering av legemidler når det ytes helsehjelp. Retningslinjene gjelder for hjemmebaserte tjenester (hjemmesykepleien, bofellesskap etc), sykehjem og andre institusjoner som aldershjem, barneboliger samt avlastningsboliger. Når det gjelder avlastningsboliger og andre boliger underlagt Dagsenter og Avlastning, er det laget tilpassede rutiner for enkelte områder – se vedlegg 00. Utenom dette følges de samme kravene som for hjemmebaserte tjenester. Stavanger legevakt (SLV) inkludert fengselshelsetjenesten (FHT) skal følge rutinene som beskrives for institusjon samt de tilpasningene som er gjort med hensyn til blant annet bruk av annet journalsystem (CGMJ).

Andre kommunale virksomheter som håndterer legemidler, f.eks. smittevernkontoret, internasjonalt vaksinasjonskontor, avlastningsturer, skolehelsetjeneste og helsestasjoner, skal ha egne, tilpassede rutiner for legemiddelhåndtering i tråd med legemiddelhåndteringsforskriften og retningslinjene til Stavanger kommune.

## Revidering av retningslinjene

Retningslinjene revideres fullstendig hvert 2.år, men oppdateres fortløpende etter behov ved endringer f.eks. i forskrift og lovverk eller ved skifte av legemiddeleverandør. Endringer skal også gjøres på bakgrunn av innmeldte avvik hvor retningslinjene er årsak til svikt.

# **Ansvarsdeling i Stavanger kommune**

## **Direktør for Helse og Velferd**

Direktøren har det overordnede administrative ansvar for at helse- og omsorgstjenesten i Stavanger kommune drives i samsvar med lover og forskrifter.

## **Helsesjefen**

Helsesjefen er overordnet medisinskfaglig ansvarlig i kommunen.

## **Kommuneoverlege**

Kommuneoverlegene har medisinskfaglig rådgivningsansvar for virksomheter i hjemmebaserte tjenester (HBT) og for boliger under Dagsenter og avlastning.

## **Sykehjemslege/tilsynslege**

I sykehjem/institusjon er sykehjemslegen/tilsynslegen medisinskfaglig rådgiver og ansvarlig for den medisinske behandlingen til pasientene i institusjonen.

## **Fastlege**

I hjemmebaserte tjenester er det pasientens/brukerens fastlege som har ansvaret for den medisinske behandlingen.

## **Overlege Stavanger legevakt (SLV)**

Overlege ved Stavanger legevakt har overordnet medisinskfaglig ansvar for virksomheten SLV.

## **Fengselslege og legevaktslege**

Fengselslegen er ansvarlig for medisinsk behandling til innsatte i Stavanger Fengsel. Legevaktslege har ansvar for den medisinske behandlingen som gis til pasienter på legevakten.

## **Kommunefarmasøyt**

Kommunefarmasøyten er rådgiver for farmasifaglige problemstillinger.

## **Legemiddelkomiteen**

Legemiddelkomiteen (LMK) har ansvar for at legemiddelhåndteringsretningslinjene til enhver tid er i hht til gjeldende lovverk. LMK er arrangør av legemiddelhåndteringskurs i kommunen. Komiteen består av kommuneoverlege, kommunefarmasøyt, representanter fra hjemmebaserte tjenester, sykehjem og fagstab levekår.

## **Virksomhetsleder**

Virksomhetsleder har det administrative og faglige ansvaret for legemiddelhåndteringen i sin virksomhet. Virksomhetsleder skal sikre at retningslinjene er kjent i virksomheten og etterlevs av de ansatte. Virksomhetsleder gir sertifisering eller fullmakt til alle ansatte som skal håndtere legemidler.

Virksomhetsleder kan delegere arbeidsoppgavene til f.eks. avdelingsleder, fagleder eller kvalitetsansvarlig etter individuell vurdering, men ansvaret vil alltid ligge på virksomhetsleder.

## **Ansatte**

Enhver ansatt har ansvar for å følge og holde seg orientert om retningslinjene og egne rutiner på arbeidsplassen, samt endringer av disse. Ansatte som yter helsehjelp har et selvstendig ansvar for at arbeidsoppgavene utføres faglig forsvarlig.

## **Sertifisering og fullmakt**

Sertifisering eller fullmakt til legemiddelhåndtering gis på bakgrunn av formell og reell kompetanse samt individuelt vurdert egnethet. Virksomhetsleder er ansvarlig for at forsvarlig opplæring er gitt i hht fullmaktens omfang. Virksomhetsleder kan tilbakekalle sertifisering og fullmakt.

### **Lege, sykepleier og vernepleier**

Alle leger, sykepleiere og vernepleier som har oppgaver innen legemiddelhåndtering skal sertifiseres, også vikarer. Dette gjennomføres som ledd i opplæring ved ansettelse. Det skal benyttes digital opplæringsplan i LØP tilpasset type virksomhet (alternativt vedlegg 01/01b).

### **Annet personell – generell fullmakt til legemiddelhåndtering**

Virksomhetsleder vurderer om det er behov for at andre ansatte enn sykepleier/vernepleier skal håndtere legemidler i avdelingen. Ansatte som ikke er sykepleier/vernepleier må ha opplæring og fullmakt til å håndtere legemidler. Virksomhetsleder har ansvar for at personell er vurdert egnet til oppgavene og behersker norsk muntlig og skriftlig. Den ansatte skal også være over 18 år (unntak for lærlinger i helsefag som er i praksis).

Ansatte skal ha opplæring i tråd med opplæringsplan for legemiddelhåndtering, vedlegg 02. For ansatte som er ansatt i en stillingsprosent tildeles opplæringsplanen digitalt i LØP og Kompetanse og Medarbeidermodulen. Ekstravakter tar e-læringskurset utenom LØP. Se respektive brukermanualer for detaljert beskrivelse av gjennomføring.

Godkjent og bestått opplæring fra andre kommuner (f.eks. e-læringskurs) kan vurderes som sidestilt opplæring til Stavanger kommunes e-læringskurs. Sjekk med kommunefarmasøyt/Legemiddelkomite om opplæringen kan godkjennes. Den ansatte må delta på 3-timers legemiddelhåndteringskurs i Stavanger kommune. Fullmakt gis kun etter gjennomført praksis, vedlegg 03, i virksomheten/avdelingen.

Fullmakt tildeles elektronisk i LØP etter gjennomført og godkjent opplæring. Virksomhetsleder må ta stilling til hvilke oppgaver i hht fullmakten hver enkelt ansatt skal kunne utføre. Fullmakten må fornyes årlig.

For ansatte i privat virksomheter og ekstravakter som ikke er i LØP-systemet, benyttes fullmaktsskjemaet på papir, vedlegg 04.

### **Utvidet fullmakt til legemiddelhåndtering for navngitte pasienter**

Det kreves utvidet fullmakt for å kunne sette insulin og andre subkutane injeksjoner, administrere legemiddelplaster, måle opp og gi miksturer/dråper og håndtere O<sub>2</sub>-apparat. Det er virksomhetsleder som gir utvidet fullmakt til legemiddelhåndtering. Opplæringsplanen tildeles i LØP og benytt vedlegg 05a. Den ansatte skal ha teoretisk og praktisk opplæring i de aktuelle legemidlene i henhold til opplæringsplanen (vedlegg 05a) og utvidet fullmakt gis for *navngitte pasienter/brukere*. Fullmakten skal oppdateres årlig ved repetisjon av teoretisk og praktisk opplæring.

## Utvidet fullmakt til håndtering av definerte legemidler

Virksomhetsleder kan vurdere å gjøre unntak fra bestemmelsen om navngitte pasienter for angitte legemiddelplastre og miksturer, samt for legging av Pradaxa-dosett. Da benyttes utvidet fullmakt *for definerte legemidler*, som finnes som en egen opplæringsplan i LØP, alternativt benytt vedlegg 05b. Fullmakten skal oppdateres årlig ved repetisjon av teoretisk og praktisk opplæring.

## Syke-/vernepleierstudenter og andre helsefaglige studenter (fra høyskole/universitet)

Studenter *i praksis* skal kun ha oppgaver i tråd med opplæring og praksismål. De kan utføre legemiddelhåndteringsoppgaver under veiledning av sykepleier/vernepleier. Praksisen skal forberede studentene på alle prosessene i legemiddelhåndteringen. Praktisk opplæring gis og kontrolleres fortløpende av veileder. Ved økende erfaring og kunnskap kan veileder være lett tilgjengelig, i stedet for fysisk tilstede til enhver tid.

Rundskrivet sier følgende: «En student skal som hovedregel ikke gis selvstendig myndighet til å håndtere legemidler. Praktisk opplæring i legemiddelhåndtering skal derfor foregå ved at autorisert helsepersonell, med kompetanse innen legemiddelhåndtering, er til stede og kontrollerer. Dette gjelder i utgangspunktet alle stadier av legemiddelhåndteringen fra istandgjøring, kontroll til utdeling. Avhengig av den enkelte students kvalifikasjoner (teoretisk kunnskap, progresjon i studiet, erfaring og evne til å vurdere og mestre uventede situasjoner, med mer) kan det være tilstrekkelig at praksisveileder er lett tilgjengelig uten å være fysisk tilstede. Studenter vil gradvis opparbeide seg kompetanse og kan, etter en individuell vurdering, etterhvert arbeide mer selvstendig innen legemiddelhåndtering.»

I samarbeid med virksomhetsledere for hjemmesykepleien er det vurdert dithen at 2.års studenter i praksis skal følges av veileder de første to ukene, og kan deretter utføre arbeidsoppgavene selvstendig, men med veileder lett tilgjengelig.

Studenter i praksis anbefales å skrive «student» ved siden av signaturen sin ved f.eks. istandgjøring og utdeling, slik at det fremkommer at vedkommende er student i praksis/under opplæring.

Studenter som er *i et arbeidsforhold* må ha fullmakt. Syke-/vernepleierstudenter, og studenter ved andre typer helsefaglige høyskole-/universitetsutdanninger, som kan dokumentere bestått legemiddelhåndtering og farmakologi, behøver ikke grunnkurs (elæringskurs og 3-timerskurs) i legemiddelhåndtering. Opplæring ivaretas i virksomheten, inkludert gjennomgang av praksisskjemaet, vedlegg 03.

## Signaturskjema

Skjema over ansattes signatur føres for å kunne identifisere ansatte/studenter som håndterer legemidler, se vedlegg 06.

## Internkontroll

Internkontroll innebærer at virksomhetens retningslinjer og prosedyrer kontrolleres og evalueres. Internkontroll skal medvirke til å avdekke feil i legemiddelhåndteringen og bidra til forbedring av prosedyrene innen legemiddelhåndtering. Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll gjennomføres.

Internkontroll av legemiddelhåndteringsrutiner i Stavanger kommune gjennomføres som en todelt prosess:

1. Den enkelte virksomhet gjennomfører internkontroll i egen virksomhet minimum en gang per år. Skjemaet Egenvurdering av legemiddelhåndteringsrutiner (vedlegg 07)

benyttes. I tillegg anbefales det intern oppfølging på avviksstatistikk per måned og år, inkludert type avvik og hyppighet

2. Legemiddelrevisjon utføres av kommunefarmasøyt.

I hovedsak vil legemiddelrevisjon bli utført på bakgrunn av besvarte egenvurderingsskjema og innkomne avviksmeldinger i CosDoc/Synergi og til Direktørens Kvalitetsutvalg Levekår. Det tilstrebes at alle virksomheter får besøk av kommunefarmasøyten en gang per tredje år.

Risiko og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) innen legemiddelhåndtering og -bruk skal gjennomføres av den enkelte virksomhet selv – se vedlegg 08 for sjekklister som kan benyttes for å avdekke virksomhetens største risikoområder.

## **Avvikshåndtering**

Avvik i legemiddelhåndtering skal meldes i hht Stavanger kommunes prosesser for avvikshåndtering (følg rutiner for avvikshåndtering i Levekår i QLM – «Forbedringsarbeid»). SLV dokumenterer avvik i hht interne rutiner for bruk av Synergi og CGMJ. Bevisst unnlattelse av rapportering og registrering av feil eller nesten-feil regnes som tjenesteforsømmelse. Virksomhetsleder har ansvar for den videre behandlingen av avvik, igangsetting av forbedringstiltak og oppfølging i virksomheten. Vedlegg 09a beskriver avvikshåndtering av legemiddelfeil nærmere.

### **Registrering av avvik i CosDoc**

Den som oppdager avviket skal registrere dette i pasientens journal i fane 4: Registreringer, velg type 401: Avvik – legemiddelhåndtering. Velg undergruppe utfra avvikstypen. Følg vedlegg 09a for nødvendig dokumentasjon av hendelsen. Avviksskjemaet finnes også som papirdokument i vedlegg 09b.

### **Registrering av avvik ved SLV**

Registrering av avvik gjøres i Synergi for systemavvik. Ved pasientrelaterte avvik skal man benytte papirskjema, vedlegg 09b, og skanne dette inn i journalen.

### **Avvik i multidoseposer**

Dersom det oppdages feil ved multidoseposene, f.eks. feil antall tabletter, ødelagt innhold, feil i tekst osv, skal dette straks meldes leverende apotek vha vedlegg 09c. Posen skal ikke åpnes, men returneres apoteket uåpnet sammen med beskrivelse av feilen. Gi pasienten tilsvarende pose fra siste dag i poseremsen hvis dette er mulig. Ta kopi av skjemaet for arkivering.

## **Dokumentasjon**

Plikt til å dokumentere er gjeldende når Stavanger kommune, helt eller delvis, har ansvar for pasientens legemiddelhåndtering. Ved dokumentasjon av legemiddelhåndtering benyttes kommunens elektroniske journalsystem (EPJ), CosDoc eller CGMJ. Ved bruk av CosDoc skal det opprettes PRB/SRB Legemiddelhåndtering i pleieplanen/tiltaksplanen i fane 3. All observasjon og oppfølging av legemiddelhåndtering og bruk dokumenteres i pasientjournalen.

### **Hjelpelister og kvitteringsskjema**

Den daglige legemiddelhåndteringen dokumenteres på angitte skjemaer/lister. Kvitteringsskjema og hjelpelister klargjøres av syke-/vernepleier.

Det er utarbeidet hjelpelister for:

Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Stavanger kommune

- Kvitteringsskjema for istandgjøring av dosett og legemidler utenom dosett – vedlegg 10
- Kvitteringsskjema for istandgjøring og utdeling av legemidler med og uten multidose – vedlegg 11a og 11b
- Kvitteringsskjema for utdeling av faste legemidler – vedlegg 12a
- Kvitteringsskjema for utdeling av legemidler ved dagtilbud/dagsenter – vedlegg 12b
- Kvitteringsskjema for administrering av injeksjoner – vedlegg 12c
- Kvitteringsskjema for istandgjøring og utdeling av eventuellmedisin – vedlegg 13
- Kvitteringsskjema for insulin – vedlegg 14
- Marevandoserings ordineres på Marevankort (i HBT) eller i Marevanskjemaet (i institusjon) – vedlegg 15
- Skjema for håndtering av oksygenbehandling – vedlegg 16
- Kvitteringsskjema for tilberedning av legemidler og for administrasjon av sprøytepumper – vedlegg 29b og vedlegg 29f

## Arkivering

Alle papirdokumenter som inneholder pasient- og legemiddelopplysninger skal skannes inn i legejournal i CosDoc og refereres til andre aktuelle journaler etter behov, f. eks. ansvarsoverføringsskjema, medisinliste fra fastlege, utskrivningsrapport fra sykehus osv. Alle signerte papirdokumenter, som kvitteringsskjema og hjelpelister, skannes inn i CosDoc i legejournal og refereres ikke til journal. Dokumentene makuleres etter skanning.

For de avdelingene som bruker CGMJ som journalsystem, skannes papirdokumenter med pasientopplysninger og legemiddelinformasjon inn i pasientens journal.

## Ansvarsoverføring

### Hjemmebaserte tjenester

Pasienten har i utgangspunktet selv ansvar for å følge opp egen legemiddelbehandling. Dersom pasientens egenomsorg er av en slik art at vedkommende ikke selv kan ta ansvaret, skal fastlege i samarbeid med pasienten vurdere om ansvaret bør overføres til kommunehelsetjenesten. Fastlege kan etter vedtak om tvang overføre ansvar for pasientens legemiddelbehandling selv om vedkommende ikke ønsker dette selv, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og 4A.

Overføring av ansvar til kommunens helsetjeneste dokumenteres ved utfylling og signering av ansvarsoverføringsskjema, vedlegg 17. Skjemaet fylles ut av hjemmebaserte tjenester i samarbeid med pasienten og sendes til fastlegen. Ved uenighet om ansvarsoverføringen må det tas kontakt med fastlegen pr telefon. Multidose er førstevalg for istandgjøring av legemidler til pasient. Dersom fastlegen mener at pasienten ikke er egnet til multidose skal dette føres i ansvarsoverføringsskjemaet.

### LARbehandling i hjemmet

Ved spesielle tilfeller kan det være behov for utdeling av LARbehandling i hjemmet. Hjemmebaserte tjenester fyller ut ansvarsoverføringsskjemaet, vedlegg 17b, og sender til behandlingsansvarlig (LAR Helse Stavanger/fastlege). Se ellers vedlegg 30 for nærmere beskrivelse av prosessen.



## **LARbehandling i fengselshelsetjenesten**

LAR (helseforetak) sender brev om ansvarsoverføring til fengselshelsetjenesten ved LARbehandling av innsatte.

## **Dagsenter og Avlastning**

Proessen er tilsvarende for hjemmebaserte tjenester (se over), men benytt vedlegg 17a. Avklar og dokumenter spesielt ansvarsfordeling for istandgjøring, oppbevaring og utdeling med foreldre/foresatte og fastlegen.

## **Institusjon**

All legemiddelhåndtering ivaretas av institusjonens personale. I spesielle tilfeller og ved individuell vurdering kan pasienten selv (eventuelt pårørende) etter eget ønske, administrere/håndtere enkelte legemidler som er ferdig istandgjort. Det skal være avtalt med legen som er ansvarlig for den medisinske behandlingen i institusjonen. Dette må dokumenteres tydelig i journalen og det markeres på medisinkortet som «egenadministrasjon» for hvert legemiddel det gjelder. Det må etableres en rutine for hvordan man får dokumentert utdeling av legemidlet i kvitteringslisten. Avdelingen må gjennomføre en risikovurdering for å sikre riktig legemiddelbruk og forsvarlig håndtering av legemidlet. I Stavanger Fengsel er det Kriminalomsorgen som vurderer om og hvilke legemidler innsatte får oppbevare og håndtere selv.

## **Deling av ansvar mellom hjemmebaserte tjenester/boliger etc og dagtilbud/dagsenter**

Hvis et dagtilbud/dagsenter skal levere ut legemidler på vegne av hjemmesykepleien eller et bofelleskap/bolig skal tjenesten bestilles av Helse- og sosialkontoret. Følg samarbeidsretningslinjene – vedlegg 17c.

## **Samstemming av legemiddellister**

Samstemming av legemiddellister (= det pasienten faktisk bruker av reseptpliktige og ikke-reseptpliktige legemidler, naturmidler og kosttilskudd osv) skal utføres for nye pasienter og når pasienter overføres mellom ulike virksomheter i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten. Samstemmingen dokumenteres i pasientjournal. Se vedlegg 18 og 19 for prosedyre for samstemming i hhv. HBT/boliger m.m. og sykehjem/institusjon.

## **Overføring mellom virksomheter**

Det er overførende virksomhet sitt ansvar å sørge for at mottakende virksomhet får oppdatert medisinkort ved overføring. Dette innebærer at overførende virksomhet må sikre at den informasjonen som er registrert i medisinkortet (for SLV: ev. annen dokumentasjon) er korrekt før pasienten/bruker overføres. Den som har ansvar for pasienten/brukeren til enhver tid har også ansvar at medisinkortet er oppdatert og korrekt i henhold til siste leges ordinasjon.

## **Innleggelse i sykehus/spesialisthelsetjeneste**

Ved innleggelser i sykehus har kommunen ansvar for at sykehuset får informasjon om pasientens legemidler så raskt som mulig. Medisinkort (for SLV: ev. annen dokumentasjon) skal følge med pasienten når kommunen er involvert i innleggelsen. Når kommunen mottar e-melding fra sykehuset om innleggelsen, sendes en overføringsrapport elektronisk til sykehuset hvor legemiddelopplysninger inkluderes (husk å kun hake av for aktive legemidler, ikke seponerte legemidler).

# Oppstart av multidose

## Institusjon

For oppstart av multidose i en institusjon tas det kontakt med legemiddelleverandøren. For oppstart av enkelt pasient, følg bestillingsrutinene til legemiddelleverandøren.

## Hjemmebaserte tjenester

Ved oppstart av multidose hos en pasient/bruker i hjemmebaserte tjenester skal det foreligge signert ansvarsoverføringsskjema. Kommunikasjon mellom fastlege og avdeling om oppstart av multidose kan foregå per e-melding/telefon. Fastlegene skal følge «Prosedyre for fastleger om bruk av multidose», vedlegg 20. HBT informerer pasient/bruker om multidose. HBT benytter vedlegg 21a eller 21b for å melde multidosebruker til multidoseapoteket.

# Ordinering av legemidler

Alle pasienter som får hjelp til legemiddelhåndtering skal til enhver tid ha et oppdatert medisinkort. Ordinasjon, endring og seponering av legemidler skal i foregå skriftlig av lege.

## Føring av legemidler

I institusjoner som sykehjem, aldershjem, barnebolig, er det sykehjemslege/tilsynslege som fører medisinkortet. I HBT fører sykepleier/vernepleier medisinkort utfra fastlegens/siste leges ordinering. Ved SLV ordinerer legevakslege eller fengselslege legemidler direkte i journal eller på medisinkort/papirskjema. Nedenforstående prinsippene som omhandler CosDoc, gjelder også for ordinering/føring av legemidler i CGMJ ved SLV.

For sykehjem, aldershjem og barneboliger føres medisinkortet i CosDoc fane 6 Legemidler. Det skal være tydelig og inneholde informasjon om alle legemidler (fast- og eventuellmedisin) som pasienten skal innta, både ved hjelp av kommunehelsetjenesten og ved egenadministrasjon. Også naturlegemidler og kosttilskudd påføres medisinkortet. De angitte kategoriene i CosDoc benyttes, som f.eks. «Legemidler, multidosepakket», «Legemidler i dosett» osv.

Legemidler ordineres fullstendig med legemidlets navn, styrke, dose, legemiddelform og administrasjonsvei. Injeksjoner, infusjoner og mikstur må ordineres med styrke/konsentrasjon, dose (mg, g eller mikrogr) og volum (ml). For eventuellmedisin skal det påføres anbefalt intervall og/eller maksimum dose per døgn (total døgndose). Spesielle instruksjoner for administrasjon (f.eks. skal tas med/uten mat, kan knuses, skal ikke knuses etc) skal dokumenteres i doseringstekst-feltet. Indikasjon/bruksområde for hvert legemiddel angis enten i feltet for «bruksområde» eller i doseringstekst-feltet. Se eksempel på medisinkort i vedlegg 22.

Medisinkortet skrives ut fra CosDoc og skal alltid følge legemidlene og/eller pasienten. I sykehjem gjøres signering av medisinkortet elektronisk av lege i CosDoc. Det anbefales signering på utskriften også for å sikre at riktig og godkjent utskrift av medisinkort følger istandgjøring og utdeling. To sykepleiere/vernepleieres signatur kan erstatte en legesignatur. Elektronisk gjøres dette ved å benytte «Godkjenn annen ansatt»- funksjonen i CosDoc.

I hjemmebaserte tjenester og Dagsenter & avlastning skal et eksemplar av medisinkortet finnes hos tjenesteutfører, og et eksemplar av medisinkortet i brukeren/pasientens hjem. Dersom pasient/bruker har multidose kan man oppbevare siste versjon av ordinasjonskortet sammen med medisinkortet (både på kontoret og i hjemmet dersom dette er ønskelig).

Ordinasjonskortet skal ikke skannes til journalen, og makuleres når det kommer oppdatert kort fra apoteket.

For pasienter i hjemmesykepleien, boliger og bofelleskap som mottar multidose leverer apoteket et ordinasjonskort som er gyldig som resept i ett år når lege har signert kortet. Apoteket organiserer årlig oppdatering og godkjenning av ordinasjonskortet med fastlegen. Se eksempel på dette i vedlegg 23.

## **Endringer av legemidler i hjemmebaserte tjenester**

Pasienter som har vært innlagt i sykehus bør tilses av fastlege innen 4 uker etter utskrivelse. Hjemmebaserte tjenester anmodes om å være behjelpelig med å sikre dette.

Den som har ansvar for pasienten/brukeren til enhver tid har også ansvar at medisinkortet er oppdatert og korrekt i henhold til siste leges ordinasjon.

### **Ikke-multidose**

Når bruker utskrives til hjemmet skal hjemmebaserte tjenester effektivt utføre endringer i legemiddelbehandlingen umiddelbart. Siste leges ordinasjon er gjeldende og skal benyttes som grunnlag for oppdatering av medisinkort. Nødvendige legemidler og/eller eResepter skal medfølge fra sykehuset og benyttes. Dersom behov for eResept ta telefonisk kontakt med fastlegen. Utskrivningsrapport (ev. epikrise) mottatt som e-melding fra sykehuset videresendes i en e-melding til fastlegen (overfør nødvendig informasjon til e-meldingen). I de tilfeller der det mangler oppdatert legemiddelinformasjon fra siste lege, skal fastlegen kontaktes.

### **Multidose**

Se vedlegg 20 «Prosedyre for fastleger om bruk av multidose» for utfyllende informasjon. Fastlege/sykehjemslege gjør endringer i multidose ved å melde dette skriftlig/pr telefon til multidoseapoteket. Endringer i multidose vil normalt først settes i system ved neste leveranse. Ved endringer som haster, kan apoteket kontaktes for å bestille hasteleveranse. Pasienter som har hyppige endringer av legemidler er ikke egnet for multidose og bør meldes ut midlertidig av multidose. Signert ordinasjonskort gjelder som resept for ett år ved ekspedering i leverende multidoseapotek, eller minste pakke fra valgte akuttapotek når man ikke kan vente på ordinær levering.

### **Ved innleggelse fra HBT til sykehus og sykehjem**

Når multidosebruker innlegges i annen institusjon skal HBT informere multidoseapoteket om at multidosen stoppes. Multidose stoppes ikke når pasienten skal på vekselopphold eller langtids plass i sykehjem med multidose, men nytt leveringssted meldes til apoteket, vedlegg 21b. Se vedlegg 24 «Prosedyre for håndtering av multidose ved korttidsopphold» for utfyllende informasjon.

### **Ved utskrivning fra sykehjem til HBT**

Følg vedlegg 24 for rutiner ved korttidsopphold i sykehjem.

### **Ved utskrivning fra sykehus til HBT**

Når multidosebruker utskrives til hjemmet skal hjemmebaserte tjenester effektivt utføre endringer i legemiddelbehandlingen umiddelbart. Utskrivningsrapport (ev. epikrise) mottatt som e-melding fra sykehuset videresendes i en e-melding til fastlegen (overfør nødvendig informasjon til e-meldingen). Ta deretter telefonisk kontakt med legekantoret/fastlegen for å

informere om at det kreves hasteendring av multidose. Fastlege må oversende oppdatert legemiddelliste til multidoseapoteket og vurdere om medisinendringer skal tre i kraft umiddelbart eller ved neste pakkerunde. Hvis utskrivningsrapport/epikrise foreligger i papir må det tas telefonisk kontakt med fastlegen og avtale eventuell faksing av dokumentene. I de tilfeller der det mangler oppdatert legemiddelinformasjon fra siste lege, skal fastlegen kontaktes.

## **Medisinendringer per telefon eller e-melding**

Lege kan foreta ordinerer, seponering og endring av legemiddelbruk per telefon eller via e-melding i journalsystemet. Slike endringer mottas og føres i pasientens medisinkort av sykepleier/vernepleier, og dobbelkontrolleres ved samtidig kontroll. Skriv i informasjonsfeltet for preparatet at endringen er gjort ved telefonsamtale. Etter endring av medisinkortet tas det ny utskrift som signeres av sykepleier/vernepleier.

Når sykepleier/vernepleier ikke er til stede og endring i legemiddelbruk ikke kan vente, kan ansatte med fullmakt ta imot beskjed. Det er den ansatte sitt ansvar å sikre seg at beskjeden er forstått riktig. Den ansatte må snarest innhente sykepleier/vernepleier slik at endringen iverksettes og endres i medisinkortet.

Endringen dokumenteres i brukers journal fane 4, registreringstype 74: Beskjed angående legemiddelbruk. Alternativt kan vedlegg 25 benyttes til skriftlig mottak av beskjed.

### **Telefonordinerer av legemidler til innsatte i Stavanger Fengsel**

Legevaktslege som ordinerer via telefon til innsatte bør følge Behandlingsforslag for medikamentell behandling i Stavanger Fengsel – vedlegg 26d

Kriminalomsorgen har tilgang til medisinskapp med begrensede legemidler i henhold til liste (vedlegg 26e), godkjent av overlege ved SLV, som fengselsbetjenter kan dele ut etter telefonordinasjon fra legevaktslege.

### **Beskjed fra pasient eller pårørende**

Beskjed vedrørende legemiddelbruk skal fortrinnsvis skje skriftlig via oppdatert medisinkort fra behandlingsansvarlig lege. Alternativt følges prosedyre som over ved telefonbeskjed. For brukere/pasienter i avlastningsboliger skal foreldre/foresatte sikre at avlastningsboligen har oppdatert medisinkort.

## **Ordinerer av legemidler gjennom prosedyre i institusjon**

Det er i hovedsak leger med rekvireringsrett som ordinerer legemidler. I sykehjem kan ordinerer gjennom prosedyre iverksettes når helsepersonell med rekvireringsrett ikke er tilgjengelig på stedet for å ordinere legemidlene. Prosedyren vil kunne erstatte en individuell ordinerer til enkeltpasienter. Ordinerer gjennom prosedyre kan da skje til grupper av pasienter som er definert ut fra nærmere bestemt helsetilstand. Dette er for å kunne yte forsvarlig helsehjelp når lege ikke er til stede.

Se vedlegg 26 for nærmere beskrivelse av utarbeiding av prosedyre.

- Prosedyren skal utarbeides i samarbeid med lege i virksomhetens kvalitetsråd.
- Prosedyren skal inneholde regler for i hvilke tilfeller prosedyren gjelder, for hvilket helsepersonell den gjelder, krav til helsepersonellens kompetanse, samt krav på dokumentasjon i ettertid.
- Bruk av prosedyrene må dokumenteres i pasientens journal, og gjennomgås med lege ved første anledning/legevisitt.

- Benytt vedlegg 26a som mal for prosedyren. For sykehjem anbefales det å bruke forslag til ferdig prosedyre, vedlegg 26b, utarbeidet av rådgivende gruppe for sykehjemsleger.

### **Ordinering gjennom prosedyre ved SLV**

Ordinering gjennom prosedyre ved legevakten kan benyttes i akutte tilfeller og i tilfeller hvor kompetente sykepleiere kan starte enkel legemiddelbehandling i påvente av legetilsyn. Se prosedyre i vedlegg 26c.

### **Årlig kontroll av medisinkort**

HBT sender rutinemessig e-melding (PLO) med «legemiddelopplysninger» til fastlegen en gang i året for kontroll og samstemming av medisinkort (når bruker ikke har multidose). Multidoseapoteket sender en gang per år ordinasjonskort på faks (ev. brev) til fastlegen for kontroll. Fastlege returnerer signert ordinasjonskort til apoteket. Sykehjemslege/tilsynslege skal gjennomgå medisinkortene årlig i forbindelse med legemiddelgjennomgang og/eller årskontroll.

### **Legemiddelgjennomgang**

Se vedlegg 27a og 28a for prosedyre for legemiddelgjennomgang i hhv. HBT og i sykehjem, samt sjekklister i vedlegg 27b (HBT), 27c (bolig) og 28b (sykehjem). Prosedyrene kan også benyttes i tilsvarende tjenester som f.eks. avlastningsboliger (tilsvarende HBT) og barneboliger (tilsvarende sykehjem).

### **Hygiene og HMS**

Legemidler må beskyttes fra forurensing av sykdomsfremkallende mikrober. Utfør derfor alltid håndhygiene før håndtering av legemidler. For å unngå krysskontaminering og potensiell spredning av legemiddel til omgivelsene, skal det også utføres håndhygiene etter håndtering av legemidler. Akseptabel håndhygiene er enten vasking med såpe og vann eller avspriting.

Unngå å ta på legemidlet direkte om mulig – benytt medisinskje/medisinbeger eller pinsett i stedet, eventuelt hansker (se under ang. spesifikke legemidler).

Arbeidsområdet rengjøres daglig. Flergangsutstyr som benyttes ved håndtering av legemidler som f.eks. tabletkutter og tabletknuser tørkes av med mykt papir mellom hver pasient og vaskes etter endt bruk. Dosetter rengjøres med såpe og vann, og tørkes helt, før de benyttes til ny pasient.

### **Eksponering av legemidler**

Generelt sett er legemidler lite toksisk for ansatte som håndterer disse. Noen legemidler kan potensielt føre til mulig skade på ansatt ved eksponering. Dette er i hovedsak legemidler som har mutagene, teratogene og carcinogene egenskaper som f.eks. cytostatika og andre legemidler som bl.a. påvirker celledeling – heretter brukes benevnelsen *cytostatika* for alle aktuelle legemidler. De fleste av disse legemidlene tilhører ATC-gruppe L – *Antineoplastiske og immunmodulerende midler*. Noen konkrete eksempler på legemidler, utenom «rene» cytostatika (ATC-gruppe L01), med potensielt skadelige effekter på ansatte er azatioprin, ciklosporin, takrolimus, acitretin, isotretinoin, ganciclovir og valganciclovir. Dette er ikke en uttømmende liste. Sjekk alltid pakningsvedlegg eller Felleskatalogen for eventuell informasjon om spesielle regler for håndtering av et legemiddel.

Noen legemidler kan forstyrre hormonbalansen hos den som håndterer legemidlet (eks. finasterid, dutasterid). Legemidler som kan forstyrre hormonbalansen kan håndteres i kommunen uten spesielle beskyttelsestiltak (se under angående gravide ansatte). Dersom det skal gis delte eller knuste tableter, bør den ansatte benytte hansker og munnbind.

Antimikrobielle legemidler er en lite toksisk legemiddelgruppe og det er meget sjelden direkte helsefare ved hudkontakt og innånding. Noen personer kan utvikle allergi ved gjentatt eksponering for antibiotika. Ansatte som allerede har alvorlig allergi ovenfor visse antibiotika bør unngå eksponering for disse legemidlene.

For utblanding og tilberedning av flytende legemidler som f.eks. miksturer, injeksjoner og infusjoner, se avsnittet om *Tilberedning av flytende legemidler* under *Istandgjøring og kontroll*, samt tilhørende vedlegg.

### **Cytostatika og legemidler med mutagene/teratogene/carcinogene egenskaper**

All håndtering av cytostatika m.m, skal gjennomføres av sykepleier/vernepleier som har fått opplæring i korrekt håndtering og administrasjon av de aktuelle legemidlene, samt effekter og bivirkninger av legemidlene og nødvendige observasjoner. Kun sykepleier/vernepleier skal dele ut legemidler til kreftbehandling, både peroral og parenteral.

Cytostatika til intravenøs injeksjon/infusjon skal tilberedes (istandgjøres) av apotek/sykehusapotek. Cytostatika skal ikke trekkes opp eller blandes ut i kommunens institusjoner. Ved istandgjøring av perorale, faste doser (tabletter og kapsler) anbefales det ikke å benytte dosett. I så fall må denne dosetten ikke brukes til andre legemidler og kasseres etter ferdig bruk. Benytt heller engangs medisinbegre med lokk og merk disse i hht krav til merking. Tabletter og kapsler med cytostatika skal i hovedsak aldri deles, knuses eller åpnes.

Det skal benyttes latex eller nitril engangshansker ved all håndtering av cytostatika, både peroral og parenteral. Munnbind benyttes alltid ved parenteral behandling og om ønskelig ved peroral behandling. Beskyttelsesfrakk skal benyttes ved bruk av flytende legemidler. Se også avsnittet om avfallshåndtering for informasjon om håndtering av cytostatikaavfall.

Ta kontakt med kommunefarmasøyt ved ankomst av pasient med cytostatikabehandling for å legge til rette for gode rutiner for legemiddelhandtering og avfallshåndtering i hvert enkelt tilfelle.

### **Gravide ansatte og håndtering av legemidler**

Gravide ansatte (kan også gjelde de som planlegger å bli gravide samt ammende) skal ikke håndtere cytostatika eller andre legemidler med teratogene/mutagene effekter i noen form – hverken istandgjøre, administrere/utdele eller håndtere legemiddelrelatert avfall. Gravide ansatte skal heller ikke håndtere utskillelsesprodukter fra pasienter som har fått cytostatika innen 72 timer. Denne tidsgrensen er ikke absolutt da noen legemidler kan ha lengre halveringstid og dermed utskilles langsommere fra kroppen. Det anses som liten risiko for gravide å håndtere utskillelsesprodukter etter lavdose metotrexat-behandling. Ta kontakt med kommunefarmasøyt dersom man er usikker.

Gravide ansatte skal ikke håndtere knuste eller delte tableter av legemidler som forstyrrer hormonbalansen som f.eks. finasterid og dutasterid. Hele tableter kan håndteres av gravide, men benytt hansker, og eventuelt munnbind om ønskelig.

Antimikrobielle midler har ikke skadelige effekter på foster hos en gravid kvinne ved håndtering. Gravide kan derfor trygt håndtere antimikrobielle midler på samme måte som andre ansatte og benytte seg av samme beskyttelsestiltak. ‘

## Istandgjøring og kontroll

Istandgjøring av legemidler skal foretas av sykepleier/vernepleier. Ved enkelte unntak kan ansatt med utvidet fullmakt istandgjøre legemidler, se avsnitt om opplæring. Istandgjøring skal gjøres etter gjeldende utskrift av medisinkort fra pasientjournalen. All istandgjøring av legemidler skal dobbelkontrolleres, og både istandgjøring og kontroll skal dokumenteres på kvitteringsskjema (velg riktig skjema tilpasset aktiviteten).

Dosetter skal være tydelig merket med fullt navn, fødselsdato og eventuelt bilde. Medisinkort skal alltid følge dosetten ved istandgjøring og utdeling. Legemidler utenom dosett som kun skal brukes til en enkelt pasient merkes med fullt navn (ev. initialer), fødselsdato, og dato for når legemidlet tas i bruk dersom kort holdbarhet. Dette gjelder for eksempel øyedråper, øyesalve, insulinpenn, inhalatorer, nesenspray, munnspray, kremer og salver. For sykehjem, FHT og bofellesskap/boliger: Dersom preparatet er lite og det er dårlig plass til nødvendig merking, kan man benytte fornavn/initialer og romnr/fødselsdato. Det skal alltid være to identitetsfaktorer påført preparatet.

Legemidler utenom dosett som istandgjøres og kontrolleres, men leveres ut senere, merkes med preparatnavn, styrke og mengde, pasientens fulle navn (ev. initialer) og fødselsdato, tid for utlevering, dato og signatur for istandgjøring. Husk å sjekke holdbarhet og oppbevaringsbetingelser for hvert preparat, og kasser istandgjorte doser som ikke blir brukt innen en viss tid.

Noen legemidler/legemiddelformer kan ikke istandgjøres i dosett eller på andre måter før utdeling pga kort holdbarhet eller spesielle oppbevaringsbetingelser, f.eks brusetabletter, smeltetabletter og resoribletter. Dersom legemidler er pakket i delbar blister kan man klippe av den riktige dosen og legge i dosetten. Utenom dette må den enkelte virksomhet lage interne rutiner som beskriver hvordan istandgjøring skal foregå og hvem som kan gjøre dette. I noen virksomheter vil det være sykepleiere/vernepleiere som håndterer disse legemidlene/legemiddelformene, mens i andre virksomheter vil det være ansatt med fullmakt. Da er det viktig at den ansatte har fått nødvendig opplæring til dette i henhold til praksisskjemaet.

### Istandgjøring av eventuellmedisin

Eventuellmedisin istandgjøres av sykepleier/vernepleier når legemidlet skal gis.

Alternativt kan eventuellmedisin istandgjøres og kontrolleres som beskrevet over samt merkes med pasientens fulle navn (ev. initialer) og fødselsdato, preparatnavn, styrke, mengde, dato og signatur. Husk å sjekke holdbarhet og oppbevaringsbetingelser for hvert preparat. Hvis en er i tvil om holdbarheten kasseres istandgjort legemiddel etter tre måneder (ved den 3.månedlige kontrollen av medisinnrom/-traller). Eventuellmedisin kan bestilles som endose fra multidoseapoteket, benytt vedlegg 31c.

### Dobbelkontroll

I forskrift om legemiddelhåndtering defineres dobbelkontroll slik: To personer som hver for seg og ved å signere, manuelt eller elektronisk, bekrefter at en oppgave er utført korrekt, og i henhold til eventuelt fastsatt prosedyre.

For å sikre en forsvarlig legemiddelhåndtering skal legemidler kontrolleres av annet kvalifisert helsepersonell:

- Etterkontroll kan kun gjøres av sykepleier/vernepleier.
- Samtidig kontroll kan også gjøres av ansatt med fullmakt.

Ved dobbelkontroll av istandgjøring skal følgende kontrolleres:

Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Stavanger kommune

- Pasientens navn på medisinkortet (at man har riktig medisinkort tilgjengelig)
- Riktig legemiddel, riktig styrke/konsentrasjon (Nb! ved injeksjoner/infusjoner og mikstur), riktig form, riktig dose (Nb! benevnelse) og eventuelt riktig tidspunkt for dose.

Dobbelkontroll av istandgjorte doser skal gjøres ved *samtidig kontroll eller etterkontroll* ved:

- Legging av dosett
- Miksturer (unntatt vitaminmiksturer og flytende og fiberbaserte avføringsmidler)
- Infusjoner uten legemidler, f.eks. saltvann og glukose
- Legemiddelutregninger (dobbelkontroll gjøres av sykepleier/vernepleier, ev lege)

Dobbelkontroll må gjøres som *samtidig kontroll* ved istandgjøring av:

- All håndtering av A-preparater
- Bytte mellom byttbare legemidler (synonympreparater)
- Orale dråper (unntatt Laxoberal)
- Infusjoner med legemidler og tilsetninger, inklusiv smertepumpe
- Injeksjoner (unntak kan gjøres for HBT, se under)

I HBT håndteres kun legemidler som er ordinert og utlevert til den enkelte pasienten. Derfor kan endose injeksjoner som er ferdigfylte sprøyter fra produsent (eks. Klexane) og endose inhalasjonsvæsker, kontrolleres og administreres uten dobbelkontroll. Klargjøring av dose fra insulinpenn i hjemmet kan eventuelt dobbelkontrolleres av pasient/bruker/pårørende.

### **Omlegging av dosett**

Omlegging av dosett ved endringer i legemiddel eller doser skal gjøres av sykepleier/vernepleier. Omleggingen skal dobbelkontrolleres og kvitteres for på kvitteringsskjema.

### **Tilberedning av flytende legemidler**

For å sikre at tilberedning av legemidler foregår på en faglig forsvarlig måte skal følgende prosedyrer benyttes ved enhver tilberedning av legemidler:

- Vedlegg 29 – Tilberedning av legemidler i Stavanger kommune
- Vedlegg 29a – ROSanalysemal for tilberedning av legemidler
- Vedlegg 29b – Kvitteringsskjema tilberedning av legemidler
- Vedlegg 29c – Blandetabell for antibiotikainfusjoner i Stavanger kommune
- Vedlegg 29d – Opplæringsplan – tilberedning av legemidler
- Vedlegg 29e – Prosedyre for håndtering av sprøytepumpe
- Vedlegg 29f – Kvitteringsskjema sprøytepumpe
- Vedlegg 29g – Behandlingsveileder for bruk av IV antibiotika i sykehjem og ØHD-avdeling

Se også kapitlene om Hygiene og HMS og Avfallshåndtering. VAR Healthcare (tidligere Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten, PPS) har generelle prosedyrer som omhandler utblanding av legemidler og aseptisk teknikk. Benytt nettsiden ([www.varnett.no](http://www.varnett.no)) eller direkte tilgang gjennom CosDoc.

### **Oppmåling/opptrekk av miksturer til peroral eller enteral bruk**

Opptrekk av miksturer i sprøyter bør gjøres så tett opp til administrasjon som mulig, eventuelt daglig og maksimalt hver 3. dag. Sørg i så fall for at de fylte sprøytene er tomme for luft. Ved behov for å trekke opp for mer enn tre dager på grunn av personalsituasjonen må kommunefarmasøyt kontaktes.



- Merk sprøytene i henhold til rutiner beskrevet ovenfor
- Benytt korrekte sprøytetyper avhengig av administrasjonsvei. Det skal *ikke* anvendes sprøyter tiltenkt intravenøs bruk.
- Kontroller alltid sprøyten før administrasjon. Ved tvil om legemidlets kvalitet skal sprøyten kasseres og ny dose må istandgjøres.

### **Knusing/deling/åpning av tabletter/kapsler**

I hovedsak skal alle tabletter og kapsler svelges hele. Legemidler med delestrek kan deles på delestreken. Andre legemiddelformer og administrasjonsveier skal vurderes først, før en eventuelt velger å knuse/dele/åpne/slemme opp legemidler. Det skal påføres medisinkortet dersom et legemiddel skal knuses/åpnes osv.

For informasjon om knusing/åpning: Benytt Oslo Universitetssykehus sin knuse-/deleliste: <http://ehandboken.ous-hf.no/api/File/GetFile?entityId=96773> ev. sammen med informasjon i pakningsvedlegg og i Felleskatalogen. Ved behov for administrasjon av tabletter/kapsler gjennom sonde – se vedlegg xx.

Cytostatika og andre teratogene, mutagene og carcinogene legemidler samt legemidler som kan gi andre alvorlige effekter/reaksjoner hos personalet (visse hormoner, antimikrobielle midler osv) skal *ikke* knuses/deles/åpnes som en hovedregel. Ta kontakt med kommunefarmasøyt ved spørsmål om konkrete legemidler.

Praktiske tips ved knusing/deling/åpning:

- Benytt fortrinnsvis en «lukket» tablettknuser som knuser direkte i engangsbeholder
- Bruk tablettdele ved deling
- Åpning av kapsler gjøres over/i medisinsbeholder/måleskje. Pass på at kapselen kan inneholde «fint støv» som «flyr» lett
- Redskapene rengjøres med tørr klut mellom hver pasient og med såpe og vann etter endt bruk. Redskapene må være helt tørre før bruk.

### **Sonde og administrasjon av legemidler**

Se vedlegg 29h for veiledning og informasjon om administrasjon av legemidler i sonde.

### **Bytte av synonympreparater**

Leverandør av legemidler er forpliktet til å levere rimeligste synonympreparat. Noen legemidler har begrenset byttemulighet – i slike tilfeller er det kun lege som eventuelt kan gjøre et bytte. Pakninger med byttbare legemidler skal ikke merkes om/gis nye navn av ansatte.

I institusjon er lege eller sykepleier/vernepleier ansvarlig for bytte av legemidler til pasienter. Lege/sykepleier/vernepleier dokumenterer bytte ved å oppdatere ordineringsfeltet i medisinkortet eller påføre synonyme legemiddelnavn i doseringstekst-feltet. Alternativt kan sykepleier/vernepleier dokumentere synonymbytte av legemidler ved istandgjøring på kvitteringsskjemaet.

I HBT er apoteket ansvarlig for bytte mellom byttbare legemidler på resept eller i multidose til pasientene. Sykepleier/vernepleier dokumentere dette ved å bytte til synonympreparatet i medisinkortet (oppdatere ordinasjonen) eller tilføye synonymnavnet i doseringstekst-feltet. Alternativt kan synonymbyttet dokumenteres ved istandgjøring på kvitteringsskjemaet.

## Utdeling til rett pasient

Riktig legemiddel i riktig dose i riktig form skal deles ut til riktig pasient, på riktig tidspunkt og på riktig måte.

Utdeling av ferdig istandgjorte legemidler fra dosett, multidose eller utenom dosett skal utføres av sykepleier/vernepleier eller ansatt med fullmakt.

Utdeling av legemidler kan også skje via velferdsteknologiske hjelpemidler som f.eks. elektronisk multidosedispenser/dosett.

FHT overleverer istandgjorte legemidler til Kriminalomsorgen og fengselsbetjentene har ansvar for utdeling (unntak for LARbehandling).

### Ved utdeling av legemidler:

- Sikre at legemidlene deles ut til rett person og på rett tidspunkt – spør etter pasientens navn.
- Kontroller at antall tabletter/kapsler og andre doser stemmer med medisinkort.
- Vurder pasientens tilstand før administrering av legemidler, observer selve inntaket av legemiddelet og eventuelle umiddelbare reaksjoner.
- Kvitter for all utdeling på kvitteringsskjema eller tilhørende hjelpeskjema. Gjeldende kvitteringsskjemaene skal oppbevares sammen med medisinkort. Ved SLV kan man dokumentere direkte i journalen.
- Observasjoner og pasientens utsagn vedrørende virkning/bivirkning i forbindelse med legemidler dokumenteres i journalen samt rapporteres til ansvarshavende på vakt. For eksempel diaré ved bruk av avføringsmidler, hudblødninger/neseblødning ved bruk av blodfortynnende, sløvhets/bedøvet bevissthet ved bruk av beroligende/smertestillende medisiner, symptomer ved lavt blodtrykk ved bruk av blodtrykksmedisiner.
- Gitte doser eventuellmedisin kvitteres for på egen liste for eventuellmedisin, vedlegg 13. Husk å observere effekt og dokumentere dette i skjemaet (eventuelt direkte i journalen).

### Eventuellmedisin

Ansatt med fullmakt kan kun dele ut eventuellmedisin som er ferdig istandgjort. Dette skal alltid skje etter gjeldende ordinasjon på medisinkortet. Sykepleier/vernepleier skal godkjenne utdelingen først. Annen håndtering av eventuellmedisin skal beskrives i avdelingens interne rutiner for utdeling av eventuellmedisin. Istandgjorte A-preparater som eventuellmedisin skal oppbevares i narkotikaskapet frem til dosen gis til pasienten (i institusjon).

I FHT har Kriminalomsorgens fengselsbetjenter ansvar for utdeling av eventuellmedisin.

### Injeksjoner og infusjoner

Alle ansatte som administrerer injeksjoner og infusjoner må inneha kompetanse og få nødvendig opplæring. Intravenøse injeksjoner og infusjoner skal alltid administreres av sykepleier. Intramuskulære injeksjoner og subkutane infusjoner administreres av sykepleier eller vernepleier.

Subkutane injeksjoner utføres fortrinnsvis av sykepleier/vernepleier. Andre ansatte må ha utvidet fullmakt, se avsnittet om opplæring og vedlegg 05a.

### Plaster

Skifte av plaster utføres fortrinnsvis av sykepleier/vernepleier. Andre ansatte må ha utvidet fullmakt, vedlegg 05a/05b.

## **O<sub>2</sub>-behandling**

O<sub>2</sub> anses som et legemiddel og håndteres fortrinnsvis av sykepleier/vernepleier. Andre ansatte må ha utvidet fullmakt. Det skal alltid være en bruksanvisning for O<sub>2</sub>-konsentrator i nærheten av apparatet, med angitt dosering for den aktuelle pasienten i ulike situasjoner, vedlegg 16. Endring av O<sub>2</sub>-dose skal kun skje etter ordinasjon fra lege.

## **Spesielle legemidler**

Ved utdeling av f.eks. LAR-medisiner eller DOT-behandling (ved tuberkulose) skal det være nært samarbeid med pasientansvarlig lege og håndteres i hht henholdsvis LAR-prosedyrer eller Smittevernkontorets prosedyrer. Vedlegg 30 beskriver ansvarsfordelingene ved LAR-pasienter.

## **Akuttmedisin**

Virksomhetsleder er ansvarlig for å gi nødvendig opplæring og instruksjon til ansatte som jobber med pasienter med særlig behov for akuttmedisin. Dette kan også inkludere utdeling av legemiddel om nødvendig. Eksempler på akuttmedisin som aktuelle ansatte må kunne håndtere er diazepam rektalt (Stesolid rektalvæske/stikkpille), midazolam bukkalt (Epistatus, Buccolam), glukagon injeksjon (Glucagon) og adrenalin injeksjon (Epipen).

## **Når pasient motsetter seg medisinerings**

### **Når pasient har samtykkekompetanse**

Når en pasient vurderes å ha samtykkekompetanse etter Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og motsetter seg medisinerings, skal vedkommende sine ønsker respekteres. Det noteres på kvitteringsliste og dokumenteres i journal. Sykepleier/vernepleier skal informeres så snart som mulig. Sykepleier/vernepleier vurderer behovet for å informere lege.

### **Når pasient mangler samtykkekompetanse**

Når pasient uten samtykkekompetanse motsetter seg medisinerings, kan det gjøres vedtak om bruk av tvang dersom medisineringsen anses nødvendig for å bevare liv og helse. Vedtak etter Pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4A gjøres av ansvarlig lege og er en forutsetning for at legemidler kan gis mot pasientens vilje. Når helt nødvendig medisin må gis i mat eller drikke og pasienten ikke samtykker, kreves det vedtak. Vedtaket skrives i CosDoc, se rutiner for bruk av tvang i QLM. Unntakene er ved en akutt oppstått nødssituasjon (nødrett/nødverge).

Tillitsskapende tiltak må være prøvd og dokumentert i journal før vedtak om tvang kan fattes. For eksempel:

- Legemidlene gis av personell pasienten godtar
- Legemidlene gis på tidspunkt pasienten kan akseptere
- Legemidlene gis i en form som pasienten aksepterer, for eksempel mikstur.

## **Bestilling og rekvirering**

### **Bestilling av legemidler til institusjon**

Legemidler til lager skal rekvireres av lege. Virksomhetsleder kan rekvirere legemidler til lokalt legemiddellager etter forhåndsgodkjent liste av lege. Virksomhetsleder kan delegere denne oppgaven til navngitte sykepleiere/vernepleiere. Forhåndsgodkjenning av legemiddelliste av sykehjemslege/tilsynslege gjøres i hht til gjeldende leverandørs prosedyrer.

Virksomheten skal til enhver tid forholde seg til inngått leveringsavtale. Bestilling av medisiner gjøres i henhold til prosedyrer fra legemiddelleverandør (for haste/akuttbestilling benytt vedlegg 31a). Sykepleier/vernepleier skal kontrollere mottatt leveranse mot ordreseddel og signere for dette.

### **Bestilling av legemidler i hjemmebaserte tjenester**

Legemidler som pakkes i multidose bestilles i hht rutinene til multidoseapoteket (se avsnitt ordinerer av multidose og vedlegg 20).

Legemidler som ikke pakkes i multidoseposer kan bestilles fra multidoseapoteket, både for pasienter som har multidose og pasienter som ikke har multidose. Følg gjeldende rutiner for aktuell leverandør og benytt bestillingsskjemaet (vedlegg 31b). Det kan opprettes reseptavtaler for faste bestillinger av fastmedisin og eventuellmedisin (for nærmere informasjon kontakt apoteket). Dersom pasienten har multidose påføres løpenummeret (finnes på ordinasjonskortet) og pasientens initialer. For pasienter uten multidose brukes fødselsdato og initialer. Husk å påføre gruppens kode (tall- og bokstavkode som finnes øverst til venstre på ordinasjonskortet) samt tydelig og lesbart navn på bestiller og kontaktinformasjon (telefonnummer).

Dersom det foreligger (e-)resept kan legemidlene hentes ut på hvilket som helst apotek. I akutte tilfeller kan avtalt akuttapotek ekspedere ut fra ordinasjonskortet minste pakning av et legemiddel. Ved behov for bestilling av nye resepter fra fastlege gjøres dette fortrinnsvis som e-melding til fastlege, eventuelt per telefon.

### **Når nødvendig legemiddel ikke er tilgjengelig**

Dersom det aktuelle legemidlet finnes i en annen virksomhet/avdeling kan man låne legemidlet. Lån av A-preparater skal føres i narkotikaregnskapet som uttak hos utlåner og mottak hos den som låner. Dobbelkontroll skal utføres hos mottaker og utlåner. Det samme gjelder lån av B-preparater dersom det føres regnskap for disse.

Ved akutt behov for legemiddel utenom åpningstiden til kommunens avtaleapotek eller ved akutt behov for legemiddel som leverandøren ikke kan skaffe, kan andre apotek benyttes. Det kreves rekvisisjon/resept fra lege.

HBT vurderer å varsle fastlegen ved manglende legemiddelleveranser, og når det er behov for alternativt legemiddel.

### **Oppbevaring legemidler**

Det skal utarbeides interne, skriftlige nøkkelrutiner for den enkelte virksomhet som beskriver hvem som har tilgang til medisinrom, medisintralle og medisinskap samt sikker lagring av nøkler/koder (benytt QLMs prosedyremal). Tilgang til medisinrom begrenses til nødvendige syke-/vernepleiere, mens ansatte med fullmakt kan ha tilgang til pasientspesifikke, istandgjorte legemidler.

Temperatur i kjøleskap og rom/skap hvor medisiner oppbevares kontrolleres månedlig og dokumenteres i vedlegg 32. Hyppigere kontroll vurderes etter behov f.eks. i sommermånedene. Rengjøring av medisinrom, medisinskap, kjøleskap og medisintraller samt holdbarhetskontroll gjennomføres hver 3.måned og dokumenteres i vedlegg 32.

Legemidler som er tatt ut av originalemballasjen skal ikke legges tilbake, men kasseres.

## **Institusjon**

Legemidler oppbevares i originalemballasjen i låsbart medisinrom.

Følg anbefalt oppbevaring på pakningen:

- Legemidlene som skal oppbevares ved romtemperatur plasseres i merkede hyller etter ATC-systemet på medisinrommet.
- Legemidler som krever kjølig oppbevaring plasseres i kjøleskap etter bruksområde.
- A-preparater oppbevares i særskilt låsbart narkotikaskap med egen nøkkel.
- B-preparater med særlig misbrukspotensiale, eller ved avvik/svinn, kan også oppbevares i narkotikaskapet. Virksomhetsleder er ansvarlig for å gjennomføre en risikovurdering i hvert enkelt tilfelle. Eksempler på B-preparater dette kan gjelde for: Rivotril, Xanor og preparater med diazepam/oksasepam. Virksomhetsleder vurderer regnskapsføring (se under)

Ferdig istandgjorte ukedosetter/multidose og legemiddeldoser utenom dosett oppbevares i låste medisintraller. Begrensede mengder eventuellmedisin som er ferdig istandgjort kan unntaksvis oppbevares i låste medisintraller/-skap. Dette gjelder ikke A-preparater som må oppbevares i narkotikaskapet.

I FHT har Kriminalomsorgen ansvar for oppbevaring av ferdig istandgjorte dosetter og istandgjort eventuellmedisin.

Ved opphold i sykehjem, kan pasienten etter eget ønske og avtale med sykehjemmet medbringe egne legemidler for å bruke dem opp. Disse legemidlene skal kun brukes av den aktuelle pasienten og de skal oppbevares separat på medisinrommet.

## **Hjemmebaserte tjenester**

Legemidler oppbevares i pasientens hjem dersom annet ikke er avtalt med fastlege/pasient. Opplysninger om oppbevaringssted registreres i journal i tiltaksplanen. Legemidler oppbevares utilgjengelig for uvedkomne og kommunen må bidra til sikker og korrekt oppbevaring av legemidler i hjemmet. Endring av oppbevaringssted skal skje i forståelse med pasient og ansvarsoverføringsskjema fornyes.

Har kommunen ansvar for oppbevaringen skal ferdig istandgjorte ukedosetter, multidose, eventuellmedisin og legemiddeldoser utenom dosett oppbevares i låste medisintraller/-skap. Ikke-istandgjorte legemidler oppbevares i låst medisinskap/medisinrom.

Legemidlene er pasientens eiendom og skal holdes atskilt fra andre pasienter sine legemidler.

# **Kontroll av A- og B-preparater**

## **Kontroll av A-preparater (narkotikakontroll)**

Sykepleier/vernepleier har ansvar for narkotikakontroll. All håndtering av A-preparater skal kontrolleres ved samtidig dobbelkontroll. Dobbeltkontroll kan utføres av ansatt med fullmakt. Det skal føres regnskap over beholdning, mottak og bruk av A-preparater.

## **Institusjon**

Det føres regnskap i henhold til vedlegg 33a og 33b. Narkotikaregnskapet skal til enhver tid være ajourført og kunne fremlegges. Statistikk over kjøpte A-preparater fra legemiddelleverandøren sammenlignes med narkotikaregnskapet. Narkotikaregnskapet arkiveres i arkivsystemet, Public 360. Forrige års regnskap oversendes etter årsskiftet (dvs regnskapsark for 2016 oversendes våren 2017). Merk dokumentene med tittel (f.eks. regnskap

A-preparater/B-preparater + årstall), saksnummer i Public (dersom dette er opprettet) samt virksomheten og avdelingens navn, før oversending til arkivet. Husk å markere for «unntatt offentlighet».

### **Hjemmebaserte tjenester**

Det skal føres regnskap over A-preparater i henhold til vedlegg 34a og 34b dersom hjemmebaserte tjenester har ansvar for oppbevaring av legemidlene. Regnskapet føres per pasient, per legemiddel og per styrke. Narkotikaregnskapet arkiveres i arkivsystemet, Public 360. Forrige års regnskap oversendes etter årsskiftet (dvs regnskapsark for 2016 oversendes våren 2017). Merk dokumentene med tittel (f.eks. regnskap A-preparater/B-preparater + årstall), saksnummer i Public (dersom dette er opprettet) samt virksomheten og avdelingens navn, før oversending til arkivet. Husk å markere for «unntatt offentlighet».

### **Dagsenter og Avlastning**

Det føres regnskap over mottatte og brukte doser av A-preparater når boligen oppbevarer legemidlene. Se vedlegg 00 for utfyllende beskrivelse av hvordan dette gjennomføres. Det skal føres regnskap over A-preparater i dosett i henhold til vedlegg 34c og 34d. Dersom det mottas hele esker av legemidler benyttes samme rutine som for hjemmebaserte tjenester. Se over for arkivering av regnskapsark.

### **A-preparater i multidose**

Det føres ikke narkotikaregnskap på A-preparater pakket i multidose.

Det forutsettes at alle doser av A-preparater i multidose inntas av den aktuelle pasienten.

Eventuelt ubrukte doser returneres apoteket sammen vedlegg 35c for destruksjon.

## **Kontroll av B-preparater**

Virksomhetsleder er ansvarlig for å sørge for at egen virksomhet har et internkontrollsystem som sikrer oversikt over mottak og forbruk av B-preparater. Virksomhetsleder skal påse at innkjøp av B-preparater er i overensstemmelse med den faktiske bruken på avdelings- og enhetsnivå. Virksomhetsleder skal vurdere behov for føring av regnskap på B-preparater. B-preparater med spesielt misbrukspotensiale (f.eks. Rivotril og Xanor) kan vurderes å overvåkes tettere. Ved mistanke om uregelmessigheter skal virksomhetsleder igangsette føring av regnskap som for A-preparater for en periode (se avsnittene over for nærmere beskrivelse av dette).

For å skaffe oversikt over forbruk i avdelingen kan man registrere forbruk av fast og eventuellmedisin i en periode, eller skaffe oversikt over hvilke pasienter som bruker hvilke B-preparater i ulike mengder til enhver tid. Forbruket i avdelingen estimeres for en lengre periode, og sammenlignes med kjøpt mengde fra legemiddelleverandør.

I HBT kan man kontrollere innkjøp og forbruk av B-preparater stemmer overens med brukers behov. Dette kan gjøres ved å sammenholde mengden ordinert på resept, hvor mye som er hentet ut fra apoteket og hvor mye som er inntatt av pasienten. Ved bestilling av nye resepter bør det sjekkes at forbruket i hht dette stemmer.

## **Tiltak ved mistanke om svinn/tyveri av A- og B-preparater**

Den som får mistanke om svinn/tyveri av A- og B-preparater skal straks melde fra til avdelingsleder/virksomhetsleder. Dette skal ikke diskuteres med kollegaer.

Avvikssituasjonen/den uønskede hendelsen skal ikke tas opp i personalmøte/avdelingsmøte e.l. før situasjonen er nærmere avklart.

Virksomhetsleder bes ta kontakt med kommunefarmasøyt for å få veiledning med å kartlegge og avdekke situasjonen samt få råd til eventuelle videre tiltak. Kommunefarmasøyt vil rådgi i vurdering av alvorlighetsgraden i avviket. Alvorlighetsgraden vurderes ut fra totalmengde, legemiddel forsvunnet, type legemiddelpreparat, tilstedeværelse av konkrete bevis, utbytting av legemidlet til et annet legemiddel, systematisk svinn over tid m.m.

Virksomhetsleder/avdelingsleder skal skaffe til veie så mye informasjon og dokumentasjon som mulig for å få bekreftet en avvikssituasjon og eventuelt ansvarlige personer.

Virksomhetsleder og avdelingsleder har individuelle samtaler med aktuelle ansatte. Det skal skrives referat fra alle samtaler. Kontakt HR, og ev. bedriftshelsetjenesten, for å få veiledning i personalhåndtering, AKAN-rådgivning m.m.

Ved alvorlig avvikssituasjon skal virksomhetsleder informere levekårsjef (på samme måte som ved andre svært alvorlige avvik), og saken skal politianmeldes. Det er Rådmannen som anmelder svinn/tyveri av A- og B-preparater til politiet, via juridisk avdeling. Til anmeldelsen utarbeides et notat av virksomhetsleder som skal inneholde følgende: oversikt over hva som er forsvunnet, når det forsvant og hvem som har hatt tilgang til legemidlene i det aktuelle tidsrommet. Videre bør det legges ved utskrift av journaler og/eller elektroniske logger som viser hvem som har hatt tilgang og hvem som har signert for doseringer og utleveringer. Notatet må få frem øvrige opplysninger som kan belyse hva har skjedd, hvordan det har skjedd, hvem som er eventuelt er mistenkt m.m. Notatet sendes til juridisk avdeling i Public via levekårssjefen.

## **Kassasjon og avfallshåndtering**

Seponerte pasientspesifikke legemidler og ubrukte multidoser skal aldri benyttes til andre pasienter.

Alle legemidler som er seponert eller utgått på dato, samt ubrukte doser fra dosett og multidose, returneres til legemiddelleverandør/apotek for destruksjon. Ved retur til apotek/leverandør følges leverandørens rutine for retur, vedlegg 35a og 35b. Ved retur av A- og B-preparater til leverandør skal returskjema for A- og B-preparater, vedlegg 35c, benyttes for å få returen bekreftet fra apotek.

### **I hjemmebaserte tjenester**

Kassasjon av legemidler skal skje i samråd med pasienten dersom HBT ikke har ansvar for oppbevaring av disse.

### **Tomme multidoseposer**

Tomme multidoseposer kastes i plastavfall eller restavfall. Pasientens navn og fødselsdato skilles fra legemiddelnavnene ved å rive eller klippe langs den stiplede linjen.

### **Plaster med legemiddel**

Brukte plaster skal ikke kastes i vanlig søppel, men kasseres i gule avfallsbokser.

### **Rester av flytende legemidler til injeksjon**

Rester av flytende legemidler i f.eks. sprøyter (uten kanyler), infusjonsposer, ampuller, hetteglass, mikstur/dråpeflasker etc, kasseres i egen destruksjonseske (pappeske bestilles fra apoteket) eller i gule avfallskontainere merket med «Risikofall». Apotekets blå bokser for legemiddelleveranser skal ikke brukes til kassasjon av denne type avfall. Mindre sprøyter,

Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Stavanger kommune

ampuller etc kan kasseres i gule kanylebokser. Gule bokser for avfall hentes av Stavanger renovasjon på bestilling.

### **Injeksjonsmateriell (stikkavfall)**

Sprøytespisser og stikkende/skjærende avfall kastes i gule kanylebokser når helsepersonell håndterer injeksjonen. I hjemmet, når pasienten selv håndterer injeksjonen, kan man bruke en isboks med lokk e.l. og kaste hele boksen i restavfallet. Forsikre deg om at lokket er festet godt til beholderen før kasting. Dette gjelder ikke sprøyter med legemiddelrester i.

### **Cytostatika**

#### *Håndtering av avfall som har vært i kontakt med cytostatika*

Som cytostatikaavfall regnes legemiddelrester og alt utstyr som har vært brukt ved tilberedning og administrasjon av cytostatika. Ved håndtering av avfall må det brukes latex eller nitril engangshansker, beskyttelsesfrakk og munnbind. Alt avfall av denne typen kastes i gule avfallskontainere for risikoavfall. Avfallet bør fjernes snarest mulig fra arbeidsstedet.

#### *Håndtering av utskillellesprodukter fra pasient*

Urin, oppkast, avføring og blod fra pasienter som får cytostatika kan inneholde legemidler i aktiv form. Avfallet anses som risikoavfall inntil minst 72 timer etter endt behandling (dette er ikke en absolutt grense). Se også avsnittet om *Eksponering av legemidler*.

Urin, avføring og oppkast representerer normalt liten risiko, men personalet skal bruke latex eller nitril engangshansker, beskyttelsesfrakk og munnbind ved mulig kontakt med utskillellesprodukter fra pasient som har fått cytostatika, samt ved blodprøvetaking.

Ta kontakt med kommunefarmasøyt ved ankomst av pasient med cytostatikabehandling for å legge til rette for gode rutiner for legemiddelhandtering og avfallshåndtering i hvert enkelt tilfelle.

### **Utlevering av legemidler til pårørende ved dødsfall (HBT)**

Reseptpliktige legemidler skal ikke utleveres til annen person enn den de er ordinert og rekvirert til. Når kommunen har hatt ansvar for pasientens legemiddelhandtering skal pårørende ikke få legemidlene utlevert. Legemidlene kasseres på forsvarlig måte, og dokumenteres i journal.



# Vedlegg

Vedlegg 00	Legemiddelhåndtering i boliger tilknyttet Dagsenter og Avlastning
Vedlegg 01	Sertifisering av lege, sykepleier/vernepleier til legemiddelhåndtering
Vedlegg 01b	Sertifisering av lege, sykepleier/vernepleier til legemiddelhåndtering i akuttjenesten
Vedlegg 02	Opplæringsplan for tildeling av fullmakt
Vedlegg 03	Praksis i legemiddelhåndtering for tildeling av fullmakt
Vedlegg 04	Fullmakt til legemiddelhåndtering
Vedlegg 05a	Utvidet fullmakt til legemiddelhåndtering for navngitte pasienter
Vedlegg 05b	Utvidet fullmakt til håndtering av definerte legemidler
Vedlegg 06	Signaturskjema
Vedlegg 07	Egenvurdering av legemiddelhåndteringsrutiner
Vedlegg 08	Sjekkliste for ROSanalyse
Vedlegg 09a	Veiledning for avvikshåndtering
Vedlegg 09b	Avviksskjema
Vedlegg 09c	Avviksskjema til legemiddelleverandør
Vedlegg 10	Kvitteringsskjema for istandgjøring av dosett og legemidler utenom dosett
Vedlegg 11a	Kvitteringsskjema for istandgjøring og utdeling (med multidose)
Vedlegg 11b	Kvitteringsskjema for istandgjøring og utdeling (uten multidose)
Vedlegg 12a	Kvitteringsskjema for utdeling av faste medisiner
Vedlegg 12b	Kvitteringsskjema for utdeling av legemidler ved dagtilbud/dagsenter
Vedlegg 12c	Kvitteringsskjema for administrering av injeksjoner
Vedlegg 13	Kvitteringsskjema for utdeling av eventuellmedisin
Vedlegg 14	Kvitteringsskjema for insulin
Vedlegg 15	Doseringsskjema for Marevan
Vedlegg 16	Skjema for håndtering av oksygenbehandling
Vedlegg 17	Skjema for ansvarsoverføring
Vedlegg 17a	Skjema for ansvarsoverføring – Dagsenter og Avlastning
Vedlegg 17b	Skjema for ansvarsoverføring - LARbehandling
Vedlegg 17c	Retningslinjer for samarbeid mellom dagtilbud/dagsenter og HBT/bolig
Vedlegg 18	Prosedyre for samstemming av legemiddellister i hjemmebaserte tjenester
Vedlegg 19	Prosedyre for samstemming av legemiddellister i sykehjem
Vedlegg 20	Prosedyre for fastleger om bruk av multidose
Vedlegg 21a	Innmelding av nye multidosebrukere hjemmetjenesten
Vedlegg 21b	Endringsskjema multidose - HBT
Vedlegg 21c	Meldeskjema multidose - sykehjem
Vedlegg 22	Medisinkort eksempel
Vedlegg 23	Eksempel på ordinasjonskort med bilderapport
Vedlegg 24	Prosedyre for håndtering av multidose ved korttidsopphold
Vedlegg 25	Beskjed angående endringer i legemidler
Vedlegg 26	Bruk av ordinerer gjennom prosedyre
Vedlegg 26a	Mal for Ordinerer av legemidler gjennom prosedyre
Vedlegg 26b	Forslag Ordinerer av legemidler gjennom prosedyre
Vedlegg 26c	Ordinerer gjennom prosedyre ved legevakt
Vedlegg 26d	Behandlingsforslag for medikamentell behandling i Stavanger Fengsel
Vedlegg 26e	Medisinskap – førstebetjener
Vedlegg 27a	Prosedyre for legemiddelgjennomgang i hjemmebaserte tjenester
Vedlegg 27b	Sjekkliste for symptomkartlegging i hjemmebaserte tjenester
Vedlegg 28a	Prosedyre for legemiddelgjennomgang i sykehjem
Vedlegg 28b	Sjekkliste for symptomkartlegging i sykehjem
Vedlegg 29	Tilberedning av legemidler
Vedlegg 29a	ROSanalysemal tilberedning
Vedlegg 29b	Dokumentasjonsskjema tilberedning
Vedlegg 29c	Blandetabell for antibiotikainfusjoner i Stavanger kommune

Vedlegg 29d	Opplæringsplan Tilberedning av legemidler
Vedlegg 29e	Prosedyre for håndtering av sprøytepumpe
Vedlegg 29f	Kvitteringsskjema sprøytepumpe
Vedlegg 29g	Behandlingsveileder for bruk av IV antibiotika i sykehjem og ØHD-avdeling
Vedlegg 29h	Sonde og administrering av legemidler
Vedlegg 30	LAR – ansvarsfordeling og oppgaver
Vedlegg 31a	Bestillingsskjema haste- og akuttleveranser
Vedlegg 31b	Bestillingsskjema legemidler utenom multidose i hjemmetjenesten
Vedlegg 31c	Bestillingsskjema endose
Vedlegg 32	Skjema for egenkontroll av medisinrom/-traller/-skap
Vedlegg 32b	Veileder for sikker oppbevaring av legemidler
Vedlegg 33a	Skjema for narkotikakontroll medisinrom
Vedlegg 33b	Føring av skjema for narkotikakontroll medisinrom
Vedlegg 34a	Skjema for narkotikakontroll per pasient
Vedlegg 34b	Føring av narkotikaskjema en pasient
Vedlegg 34c	Skjema for narkotikakontroll i boliger
Vedlegg 34d	Føring av regnskap i boliger
Vedlegg 35a	Rutine retur for destruksjon
Vedlegg 35b	Retur av legemidler for destruksjon - Bestillingsskjema
Vedlegg 35c	Innlevering av legemidler i gruppe A og B for destruksjon