

# Legemiddelhåndtering

**Veileder med anbefalinger for  
helseforetak i Helse Sør-Øst RHF**

Utarbeidet av Regionalt legemiddelhåndteringsutvalg, et underutvalg nedsatt av  
Regionalt Legemiddelforum – revidert mai 2020

Revidert 04.05 2020

Veileder med anbefalinger er utarbeidet av Regionalt legemiddelhåndteringsutvalg (RLH), underutvalg nedsatt av Regionalt Legemiddelforum i Helse Sør-Øst RHF.

Veileder i legemiddelhåndtering for Helse Sør-Øst ble første gang utarbeidet i 2010 som en oppfølging av ny forskrift om legemiddelhåndtering (nr. 320) for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp som trådte i kraft 3.april 2008. En revisjon av veilederen ble gjennomført i 2015 etter en revisjon av forskriften som trådte i kraft 1. januar 2015.

En rekke nye tiltak er de senere år igangsatt nasjonalt og regionalt for å sikre at all legemiddelhåndtering som foretas i virksomheter, og av helsepersonell som yter helsehjelp skal være faglig forsvarlig, trygg og sikker. Regionalt legemiddelhåndteringsutvalg (RLH) har derfor nå revidert veilederen i lys av dette.

Vi håper veilederen kan styrke kunnskapen og blir et viktig verktøy for helseforetakene i HSØ og sykehus med avtale med HSØ (helseforetak brukes gjennomgående i veilederen). Veilederen gjelder som anbefaling for helseforetakene, og legges til grunn for aktuelle prosedyreendringer og opplæring av helsepersonell innen legemiddelhåndtering. Veilederen bør være kjent for ledere, legemiddelkomiteer, kvalitets- /pasientsikkerhetsutvalg, enheter og ansatte med særskilt ansvar og oppgaver knyttet til legemiddelhåndtering, herunder kompetanse- og undervisningsenheter.

Underutvalgets leder:

Fagutvikler Astrid Johnsen, Sykehusapotekene HF

Sammensetning:

- Kjell Tore Myre, seniorrådgiver og anestesisykepleier Akershus universitetssykehus HF
- Nina Bjerknes, avdelingsleder og farmasøyt Sykehusapoteket Drammen/Vestre Viken HF
- Grete Høghaug, leder for Klinisk kompetanseprogram og sykepleier Oslo Universitetssykehus HF
- Laila Irene Bruun, spesialrådgiver og farmasøyt Oslo Universitetssykehus HF
- Arild Slettebakken, brukerrepresentant Helse Sør-Øst
- Marit Bue, fagutviklingssykepleier intensiv Sykehuset Innlandet HF
- Maud Kristiansen, spesialrådgiver Sykehuset Østfold HF
- Marina Holm Stenbråten, sykepleier Sunnaas sykehus HF
- Miriam Christoffersen, fagsykepleier Diakonhjemmet sykehus
- Caroline Waller Hammer, avdelingssykepleier Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Helene Pedersen, fagsykepleier Sykehuset Telemark HF
- Maren Nordsveen Davies, avdelingsleder og farmasøyt Sykehusapoteket Tønsberg/ Sykehuset i Vestfold HF
- Beate Hedding-Valvik, avdelingsleder og farmasøyt Sykehusapoteket Kristiansand/ Sørlandet sykehus HF
- Irene Kronkvist, konserntillitsvalgt UNIO Helse Sør-Øst RHF

Oppdragsgiver:

Jan Frich, visadministrerende direktør Helse Sør-Øst RHF

<b>INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>KAPITTEL 1 ANBEFALINGER</b> .....	<b>5</b>
1.1. ANBEFALING 1 – OVERORDNEDE PROSEDYRER .....	5
1.2. ANBEFALING 2 – RISIKOVURDERING OG INTERNKONTROLL.....	6
1.3. ANBEFALING 3 – KOMPETANSE OG KOMPETANSEFREMMEDE TILTAK .....	6
1.3.1 <i>Kompetanseutvikling – ansvar og samarbeid</i> .....	7
1.3.2 <i>Kurs i legemiddelhåndtering</i> .....	7
1.3.3 <i>Kontinuerlig læring/kompetanseutvikling</i> .....	8
1.4. ANBEFALING 4 – LEGEMIDDELBEREDSKAP OG FORSYNINGSSVIKT.....	8
1.5. ANBEFALING 5 – REGIONALT SAMARBEID I HSØ.....	9
1.5.1 <i>Organisering av legemiddelhåndteringsområdet i Helse Sør-Øst</i> .....	9
<b>KAPITTEL 2 FORUTSETNINGER OG FØRINGER INNEN LEGEMIDDELHÅNDBTERING</b> .....	<b>10</b>
2.1. HELSEPOLITISKE MÅL.....	10
2.2. LEGEMIDDELHÅNDBTERINGSFORSKRIFTEN .....	11
2.2.1 <i>Legemiddelsamstemming</i> .....	12
2.2.2 <i>Styringssystem (internkontroll)</i> .....	13
2.2.3 <i>Risikovurdering</i> .....	13
2.2.4 <i>Fordeling av ansvar innen legemiddelhåndteringen</i> .....	15
2.3. VERKTØY FOR LEGEMIDDELBEHANDLING OG LEGEMIDDELHÅNDBTERING I HELSE SØR-ØST RHF.....	16
2.3.1 <i>Elektroniske pasientkurve (MetaVision) i Helse Sør-Øst RHF</i> .....	16
2.3.2 <i>Føde- og barselavdelinger</i> .....	17
2.3.3 <i>Medikamentell kreftbehandling (CMS)</i> .....	17
2.3.4 <i>Lukket legemiddelsløyfe</i> .....	17
2.3.5 <i>Pasientens legemiddelliste (PLL)</i> .....	17
2.3.6 <i>Kvalitet i e-resept</i> .....	18
2.3.7 <i>Kjernejournal</i> .....	18
2.3.8 <i>PLO-meldinger (Pleie- og omsorgsmeldinger)</i> .....	19
2.3.9 <i>Legemiddelinformasjon</i> .....	20
2.3.10 <i>Legemiddelforsyning i sykehus – ny teknologi</i> .....	21
2.4. LEGEMIDDELHÅNDBTERINGSPROSEDYRER I HELSE SØR-ØST RHF .....	22
2.5. STATUS FOR KOMPETANSE I HELSE SØR-ØST RHF.....	22
2.5.1 <i>Kompetanseperspektivet innen legemiddelfeltet</i> .....	22
2.5.2 <i>Nye læringsmetoder</i> .....	22
2.5.3 <i>Høgskoler og universiteter – legemiddelhåndtering i utdanningsløpene</i> .....	23
<b>KAPITTEL 3 REFERANSER</b> .....	<b>23</b>
<b>VEDLEGG 1: DEFINISJONER</b> .....	<b>24</b>
<b>VEDLEGG 2: LEGEMIDDELHÅNDBTERINGSRUTINER – ANBEFALT INNHOLD</b> .....	<b>27</b>
<b>VEDLEGG 3: MANDAT REGIONALT LEGEMIDDELHÅNDBTERINGSUTVALG (RLH)</b> .....	<b>43</b>
<b>VEDLEGG 4: LOKALE LEGEMIDDELKOORDINATORER</b> .....	<b>44</b>

## Innledning

Legemiddelhåndtering beskriver alle oppgaver i en kjede av trinn fra et legemiddel blir ordinert eller rekvirert til det blir gitt til pasienten, eller eventuelt kassert. Dette er et område som er kritisk viktig for gjennomføring og kvalitetssikring av riktig legemiddelbehandling. Feilmedisinering kan ramme pasientene som følge av svikt i legemiddelhåndtering på en lang rekke trinn med feilbehandling som resultat. Det er allment kjent at en rekke studier både nasjonalt og internasjonalt gir en indikasjon på hvilke belastninger og kostnader feilmedisinering påfører pasienter og helsevesen.

Disse forhold danner utgangspunktet for arbeidet med veilederen i Helse Sør-Øst (HSØ) i tillegg til Legemiddelhåndteringsforskriften, [Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp](#)<sup>1</sup>. Helsedirektoratet har utarbeidet et rundskriv som skal styrke kunnskapen om hvordan forskriften skal forstås, og med praktiske eksempler presentert, se [Rundskriv IS-7/2015](#)<sup>2</sup>.

I 2016 kom [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)<sup>3</sup>.

Tilhørende [veileder](#)<sup>4</sup> handler om hvordan en kan forstå og etterleve krav i forskriften.

Disse to forskriftene med veiledere skal sikre faglig forsvarlige helse – og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og etterlevelse av lovverket med vekt på:

- Ansvar – Hvem kan gjøre hva innen legemiddelhåndteringsområde?
- Styringssystem – Oppdaterte legemiddelhåndteringsprosedyrer.
- Risikovurderinger – Hvor er det risiko for svikt i legemiddelhåndteringsprosessen eller mangel på etterlevelse og hvor er risikoen størst?
- Forbedringstiltak, interne revisjoner og avviksregistrering – evaluere, korrigere og lære.
- Kompetanse og opplæring – Hvilken kompetanse som kreves for de ulike legemiddelhåndteringsoppgavene i virksomheten.  
–Virksomheten skal tilrettelegge tilbud om opplæring.

Viktige satsningsområder til forbedring er:

- **Samstemming av legemiddellister** jf. § 5 i Legemiddelhåndteringsforskriften.
- **Trygg utskrivning** med oppdaterte legemiddelliste, nødvendige resepter og sikker overføring/utskrivning mhp legemiddelanskaffelse jf. helhetlige behandlingsforløp.
- **Tilberedning av legemidler** jf. § 9 i Legemiddelhåndteringsforskriften.
- **Egenkontroll og dobbeltkontroll** jf. kvalitetssikring av risikoområder.
- **Kompetanse** § 4 i Legemiddelhåndteringsforskriften.

Veilederen i Legemiddelhåndtering HSØ bygger videre på innholdet i veilederen fra 30. mars 2010 og 6. november 2015 med anbefalinger og bakgrunnsinformasjon om legemiddelhåndtering i Helse Sør-Øst, med særlig vekt på innhold i prosedyrer og kompetansetiltak.

RLH har lagt vekt på viktigheten av å tilpasse legemiddelhåndtering til arbeid i nye digitale løsninger som elektronisk legemiddelkurve MetaVision, Kjernejournal og Reseptformidleren.

I tillegg er det en nærmere beskrivelse av temaene:

- Overordnede prosedyrer.
- Risikovurderinger og internkontroll.
- Kompetanse og kompetansefremmende tiltak.
- Legemiddelmangel og beredskap.
- Regionalt samarbeid i Helse Sør-Øst.

## Kapittel 1      **Anbefalinger**

Legemidler representerer en helt sentral innsatsfaktor i pasientbehandlingen. Riktig legemiddelbruk og legemiddelhåndtering må følgelig være gjenstand for et kontinuerlig kvalitetsfokus.

Følgende anbefalinger prioriteres:

1. Helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF gjennomgår og foretar nødvendige oppgraderinger av prosedyreverk innen legemiddelhåndtering i samsvar med *gjeldende regelverk og kravspesifikasjoner gitt i Vedlegg 2*.
2. Helseforetakene i Helse Sør-Øst gjennomfører regelmessige risikovurderinger med bakgrunn i hele legemiddelhåndteringsprosessen, og særskilt for tilberedninger på overordnet og lokalt nivå.
3. Helseforetakene i Helse Sør-Øst sørger for å tilby opplæring innen legemiddelområdet i henhold til anbefalinger gitt i punkt 1.3.
4. Helseforetakene i Helse Sør-Øst sørger for at det er etablert en struktur og organisering i samarbeid med lokalt sykehusapotek for å ivareta legemiddelberedskap og akutt forsyningssvikt (legemiddelmangel).
5. Helseforetakene i Helse Sør-Øst bidrar aktivt i de regionale fora som er etablert innen Legemiddelområdet, og sørger for at anbefalinger og kompetanse gjøres kjent i lokale utvalg og aktuelle enheter i sykehusene.

### 1.1.   **Anbefaling 1 – overordnede prosedyrer**

Sykehusene i Helse Sør-Øst vil innen 2021 ha innført en elektronisk legemiddelkurve MetaVision (MV) for dokumentasjon av ordinerer, istandgjøring og utdeling av legemidler til pasient. Vedlegg 2 er oppdatert med MV som kurveløsning der dette er relevant.

1. Helseforetakets prosedyrer utarbeides/revideres på nivå 1 i henhold til vedlegg 2.
2. Anbefalinger og andre relaterte dokumenter brukes som ytterligere grunnlag i arbeidet med å oppgradere interne legemiddelhåndteringsprosedyrer. Se vedlegg 2.
3. Alle ansatte med legemiddelhåndteringsoppgaver bør ha et minimum av kunnskap om sykehusets prosedyrer i internt styringssystem, tilpasset lokale forhold:
  - Helsepersonellens ansvar og oppgaver innen legemiddelhåndtering
  - Opptak av legemiddelnavn og legemiddelsammensetning
  - Ordinerer og føring av legemidler i pasientkurve
  - Føring av legemidler i reseptgruppe A
  - Istandgjøring og utdeling
  - Egenkontroll og dobbeltkontroll
  - Overføring av legemiddelopplysninger ved utskrivning
  - Bestilling og mottak av legemidler

I tillegg må ansatte med legemiddelhåndteringsoppgaver ha fagkunnskap på følgende områder, tilpasset oppgavens art og omfang:

- Legemidlenes virkning og virkemåter
- Holdbarhet og oppbevaring
- Ulike legemiddelformer
- Byttbare legemidler

- Interaksjoner
  - Bivirkninger
  - Legemiddelregning
  - Kunnskap om dosering
  - Aseptisk arbeidsteknikk ved tilsetninger
  - Dokumentasjon
  - Avvikshåndtering (inkl. melderutiner)
4. RLH arbeider med utfyllende anbefalinger innen aktuelle legemiddelområder etter innspill fra RLF og lokale legemiddelkoordinatorer.

## 1.2. Anbefaling 2 – risikovurdering og internkontroll

1. Virksomhetsleder i de enkelte helseforetak forutsettes å legge forholdene til rette for å gjennomføre en risikovurdering for økt pasientsikkerhet og kvalitet i legemiddelhåndteringsprosessen. På den måten vil krav til internkontroll og systematisk arbeid ivaretas. Risikovurderingen gjennomføres med utgangspunkt i hele legemiddelhåndteringsprosessen og særskilt for virksomhetens tilberedning.
2. Virksomhetsleder i de enkelte helseforetak skal legge overordnede føringer for legemiddelhåndteringsprosedyrer og særskilt for tilberedninger. Herunder skal det for eksempel besluttes hvilke tilberedninger som ikke skal foregå ved sykehuset, og utarbeide overordnede prosedyrer som beskrevet i vedlegg 2.
3. Virksomhetsleder i de enkelte helseforetak skal legge til rette for lokale risikovurderinger av tilberedninger på enhetsnivå med spesielt vekt på hygiene, arbeidsmetodikk og dokumentasjon. Herunder må også lokaler, kompetanse og aktuelle tilberedninger vurderes.

## 1.3. Anbefaling 3 – kompetanse og kompetansefremmende tiltak

1. Helse Sør-Øst RHF og de enkelte helseforetak forutsettes å legge forholdene til rette slik at det muliggjør at de ansatte oppfyller kompetansekravene innen legemiddelhåndtering i samsvar med krav i gjeldende regelverk, og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.
2. Leder er ansvarlig for at de ansatte har fått opplæring som er aktuell for eget fagområde.
3. Det stilles samtidig krav til helsepersonell om at legemiddelhåndteringsoppgaver gjøres i samsvar med gjeldende regelverk og utøvelse av forsvarlig praksis<sup>5</sup>. I denne forbindelse er det viktig at bruken av vikarer som får legemiddelhåndteringsoppgaver vurderes særskilt slik at forsvarlig praksis ivaretas.

### [Anbefalinger – opplæringskrav av vikarer i legemiddelhåndtering](#)

### [Uønskede hendelser knyttet til vikarbruk i spesialisthelsetjenesten](#) (Læringsnotat HDir).

Det anbefales at det tilrettelegges for at helsepersonell med legemiddelhåndteringsoppgaver gjennomfører følgende kurs som et minimum ved nyansettelse og regelmessige repetisjoner:

- Legemiddelhåndtering - generelt kurs (e-læring)
  - Legemiddelhåndtering ved xxHF for sykepleiere og leger (mater er utarbeidet av RLH og utsendt til lokale legemiddelkoordinatorer. Må tilpasses lokale prosedyrer).
4. Bruk av elektroniske systemer for dokumentasjon av legemiddelhåndtering (legemiddelkurve MetaVision, CMS, Partus m.fl.) forutsetter gjennomført opplæring.
  5. Det anbefales også andre typer undervisning som klasserom, e-læring etc. Andre e-læringskurs som anbefales, se aktuelle [kurs](#) du kan finne i [Læringsportalen](#).

### 1.3.1 Kompetanseutvikling – ansvar og samarbeid

1. **Regionalt nivå:** Det er etablert et samarbeid med Administratorforum for Læringsportalen i HSØ og RLH om kurs- og kompetansevirksomheten innen legemiddelhåndtering. RLH og Sykehusapotekene HF kan bidra med kursinnhold, mens den enkelte produksjon må foregå lokalt i det enkelte HF.
2. **Helseforetaksnivå:** RLH ønsker at kursutvikling innen legemiddelhåndtering prioriteres. RLH eller det lokale sykehusapotek kan kontaktes for lokal deltagelse og utarbeidelse av kursinnhold.

### 1.3.2 Kurs i legemiddelhåndtering

#### **Legemiddelhåndtering – generelt kurs HSØ**

**Hensikt:** Bidra til at alle som skal ha oppgaver innen legemiddelhåndtering får grunnleggende kjennskap til gjeldende regelverk, retningslinjer og prosedyrer, samt bidra til faglig forsvarlig legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering.

**Målgrupper:** Leger (inngår i obligatorisk LIS1 opplæring), sykepleiere, vernepleiere, jordmødre, radiografer og annet helsepersonell.

**Tema:**

- Organisering av legemiddelfeltet nasjonalt, regionalt og lokalt
- Lovverk, forskrifter og prosedyrer
- Gjennomgang av kritiske trinn i legemiddelhåndtering
- Ordinasjon og kurveføring
- Melderutiner (avviksmeldinger, bivirkningsmelding)
- Narkotikahåndtering
- Sentrale begreper (bivirkninger, interaksjoner etc.)
- Hjelperessurser (elektroniske kvalitetssystem, oppslagsverk for legemidler, legemiddelliste)

**Undervisningsform:**

- E-læring 20 min.

#### **Legemiddelhåndtering xxHF – kurs for ulike helsepersonellgrupper**

**Hensikt:** Bidra til at alle som skal ha oppgaver innen legemiddelhåndtering får lokal kunnskap om legemiddelhåndteringsprosedyrer og lokal organisering av legemiddelområdet i virksomheten.

**Målgrupper:** Leger, sykepleiere, vernepleiere, jordmødre, radiografer og annet helsepersonell.

**Undervisningsform:** RLH har utarbeidet [maler](#) for Klasserom/e-læring som må tilpasses til lokale prosedyrer og organisering.

### 1.3.3 Kontinuerlig læring/kompetanseutvikling

Det stilles videre krav til kompetanseutvikling og vedlikehold av kompetanse innen legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling gjennom deltakelse i programmer for kontinuerlig læring. Det anbefales tilpasset opplæring til den enkelte ansattes kompetansebehov, og leder har ansvar for at dette gjennomføres. Det er aktuelt å vurdere ordninger for resertifisering som del av de kontinuerlige læringsprogrammer.

En oversikt over alle e- læringskurs i Læringsportalen:

<http://kurskatalog.helse-sorost.no>

Helseforetaket har tilgjengeliggjort e-læringskurs i lokale kurskataloger (Læringsportalen).

En oversikt over anbefalte kurs innen legemiddelhåndtering finner du [her](#).

## 1.4. Anbefaling 4 – legemiddelberedskap og forsyningssvikt

1. Helseforetakene i Helse Sør-Øst sørger for at det er etablert struktur og organisering i samarbeid med lokalt sykehusapotek for å ivareta legemiddelberedskap og akutt forsyningssvikt (legemiddelmangel).

Legemiddelberedskap inngår som en viktig del av den samlede beredskapen ved ulykker, katastrofer, krisetilstander eller situasjoner med forsyningssvikt. Det vil si å sikre pasienter tilgang til viktige legemidler slik at nødvendig medisinsk behandling kan opprettholdes.

Helseregionene og det enkelte helseforetak har fått et større ansvar for legemiddelberedskap og har plikt til å sikre forsyning av legemidler ved:

- Kriser og katastrofer
- Ekstraordinære hendelser
- Forsyningssvikt

Legemiddelmangel er et økende problem i Norge. Dette fører til hyppigere bytte til andre legemidler som erstatning. Disse kan ha andre styrker, ulikt utseende og andre oppbevaring-, holdbarhet- og utblandingbetingelser. I enkelte tilfeller trekkes preparater fra markedet og det må etableres ny standard behandling. Andre konsekvenser av legemiddelmangel kan i enkelte tilfeller bety at pasientgrupper må prioriteres. Det er viktig å etablere gode kommunikasjonssystemer mellom sykehusapotek og sykehus slik at aktuelle fagmiljøer får rask beskjed om eventuelle endringer og mangler.

[Nasjonalt senter for legemiddelmangel og legemiddelberedskap i spesialisthelsetjenesten \(Mangelsenteret\)](#) overvåker forsyningssituasjonen for legemidler, kartlegger omfanget av problemer/mangelsituasjoner som oppstår, finner løsninger og kommuniserer disse til berørte parter.

Legemiddelmangeloversikten som publiseres gjelder pågående mangelsituasjoner i spesialisthelsetjenesten. Det enkelte helseforetak/sykehusapotek kan imidlertid ha egne lokale lagre slik at mangelen ikke til enhver tid nødvendigvis gjelder alle helseforetak/sykehusapotek.

[Statens legemiddelverk](#) gir også informasjon og råd om legemiddelmangel.



## 1.5. Anbefaling 5 – regionalt samarbeid i HSØ

1. Helseforetakene i Helse Sør-Øst bidrar aktivt i de regionale fora som er etablert innen legemiddelområdet og sørger for at anbefalinger og kompetanse gjøres kjent i lokale utvalg og aktuelle enheter i sykehusene.

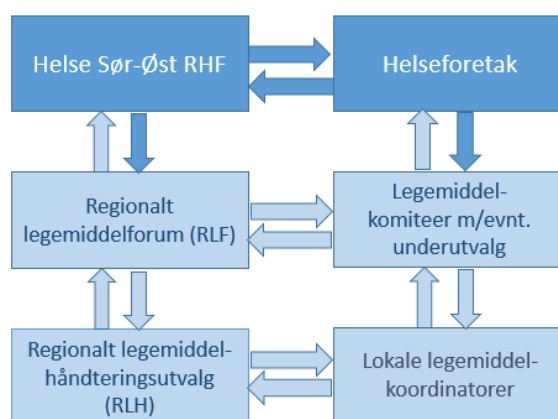
**Regionalt nivå:** Regionalt legemiddelhåndteringsutvalg (RLH) i Helse Sør-Øst RHF ble etablert 5. juni 2010. Mandat er beskrevet i vedlegg 3. Hovedoppgaven er å følge opp anbefalingene i veileder i HSØ samt ha et overordnet ansvar for koordinering og videreutvikling av legemiddelhåndteringsfeltet i helseregionen både innenfor kompetansevirksomhet og prosedyreverk. Utvalget er oppnevnt av Regionalt Legemiddelforum (RLF) med representasjon fra helseforetak, og ledes av Sykehusapotekene HF. RLH er rådgivende for RLF innen spørsmål om legemiddelhåndtering. Utvalget arrangerer en årlig nettverkskonferanse innen legemiddelhåndteringsområdet for ansatte fra helseforetakene. RLH rapporterer til RLF.

**Helseforetaksnivå:** Lokal legemiddelkoordinator i hvert helseforetak koordinerer informasjon innen legemiddelhåndteringsfeltet, rapporterer til legemiddelkomiteén og aktuelle lokale enheter og utvalg i helseforetaket, og gir tilbakemelding til RLH. Arbeidet i helseforetakenes legemiddelkomiteer er helt sentralt innen legemiddelområdet.

Sykehusapoteket er representert og bidrar med sin kompetanse blant annet innen legemiddelhåndtering.

**Sykehusapotekene HF** er kompetansesenter for legemidler, og vil yte tjenester i det enkelte helseforetak. Dette i henhold til rammeavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Sykehusapotekene HF, og samarbeidsavtaler og delavtaler som inngås lokalt i det enkelte helseforetak.

### 1.5.1 Organisering av Legemiddelhåndteringsområdet i Helse Sør-Øst:



Se videre [Informasjon om RLF og RLH](#) og [Legemiddelkomiteearbeid i HSØ](#)

## Kapittel 2 Forutsetninger og føringer innen legemiddelhåndtering

Gjeldende regelverk, langsiktige nasjonale helsepolitiske mål, regionale strategier så vel som status og utviklingstrender i helsevesenet er lagt til grunn i denne veilederen. Disse hovedmomentene omtales nedenfor.

### 2.1. Helsepolitiske mål

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i pasientbehandlingen. Fokus på tiltak for å hindre feilmedisinering har de senere år vært sentral. Den enkelte pasients legemiddelbruk blir stadig mer komplisert, pasientene har ofte flere sykdommer og det er mange legemidler å forholde seg til. Både en økende andel eldre i befolkningen og nye muligheter for legemiddelbehandling av sykdom er forventede utviklingstrender fremover.

[Stortingsmelding nr 28 Legemiddelmeldingen "Riktig bruk - bedre helse"](#) <sup>6</sup>, har satt opp en rekke helsepolitiske mål for å sikre pasienter tryggere og bedre legemiddelbruk. Sikre god kvalitet ved behandling av legemidler er en av myndighetenes overordnede målsetninger. God kvalitet innebærer best mulig effekt, færrest mulig bivirkninger og at pasienten mestrer livet med behandling på en god måte. God kvalitet forutsetter at pasientsikkerheten er ivaretatt. Det vil si at pasienter ikke blir unødig skadet ved bruk av legemidler. For pasienter i sykehus er det svært viktig at helsepersonell deler ut riktig legemiddel, observerer hvordan pasienten responderer på behandlingen, og rapporterer både effekt og eventuelle bivirkninger til behandlende lege. Det fastslås at feil bruk av legemidler påfører helseforetakene og samfunnet unødvendige utgifter, og pasientene unødvendige lidelser.

[Direktorat for e-helse](#) har digitalisering og deling av oppdaterte legemiddelopplysninger gjennom hele pasientforløpet på tvers av organisasjoner som et viktig innsatsområde i Nasjonal e-helsestrategi (2017-2022).

Hvilke legemidler en pasient bruker eller har brukt er viktige helseopplysninger. Det er en utfordring i dag at helsepersonell ikke har god nok oversikt over det totale bildet av legemidler som en pasient bruker eller har brukt. Se videre informasjon om:

- [Pasientens legemiddelliste](#)
- [Kvalitet i e-resept](#)
- [Legemidler og kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester](#)
- [Sentral Forskrivningsmodul](#)
- [Multidose i e-resept](#)

[En nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#) er utarbeidet av HDir som en oppfølging av [Pasientsikkerhetsprogrammet](#). Handlingsplanen skal bidra til en målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester og bedre pasientsikkerhet. Den skal også legge til rette for at krav i [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) kan etterleves. Målet er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Satsningsområdene fra pasient sikkerhetsprogrammet videreføres. Innsatsområdene som er aktuelle for legemiddelområdet, se [I trygge hender 24/7](#):

[Samstemming av legemiddellister](#)

## Trygg utskrivning

### Nasjonale fagprosedyrer

Her kan du finne prosedyrer til fritt bruk som er utviklet og godkjent lokalt i ulike helseforetak. Prosedyrer må godkjennes for bruk i det enkelte foretak, og lokale tilpasninger vil i de fleste tilfeller være nødvendig. Kontroller metoderapporten for å se om prosedyren er utviklet på en slik måte du ønsker. Du finner oversikt over utarbeidede og planlagte fagprosedyrer på [Helsebiblioteket](#).

Helse Sør-Øst RHF har i [Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020](#)<sup>7</sup> som hovedsatsningsområder å

- styrke pasientrollen
- utvikle kvalitetsbasert ledelse
- redusere uønsket variasjon

[Regional utviklingsplan 2035](#)<sup>8</sup> skal ligge til grunn for utviklingen i Helse Sør-Øst RHF frem mot 2035. Helse Sør-Øst RHF vil prioritere fem satsingsområder i planperioden:

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Legemidler er en viktig og integrert del av tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten. utfordringer er feilbruk, samstemming av legemiddellister, finansiering, og oppfølging og bruk av kostbare legemidler. Det skal derfor være stor oppmerksomhet på områdene:

- Økt pasientsikkerhet
- Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler til lavest mulig pri.
- Legemiddelbehandlingen skal være samordnet og preget av kontinuitet
- Fokus forsyningssikkerhet og beredskap
- Reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika.

### **Helse Sør-Øst RHF vil:**

- Arbeide for sikker legemiddelbruk
- Fortsette arbeidet med å redusere bruken av bredspektrede antibiotika i og utenfor sykehus
- Prioritere smitteverntiltak, herunder faglig oppdaterte og godt implementerte infeksjonskontrollprogram i sykehusene.

## **2.2. Legemiddelhåndteringsforskriften**

Legemiddelhåndteringsforskriften ble revidert 1. januar 2015<sup>1</sup>. I tillegg til forskriften har Helse-direktoratet utarbeidet et rundskriv presentert i [Rundskriv-7/2015](#)<sup>2</sup>. Legemiddelhåndteringsforskriften er en systemforskrift hvor virksomhetsleder har fått det enhetlige sørge-for-ansvaret for legemiddelhåndteringen i sin virksomhet, og med sterkt fokus på forsvarlighet, internkontroll inkludert risikovurdering og tilstrekkelig kompetanse. Både formalkompetanse, realkompetanse og egnethet skal individuelt vurderes for ansatte som skal inneha legemiddelhåndteringsoppgaver. Håndtering av legemidler krever kunnskaper om legemidler, vanlige doseringer, doseringsintervaller og om det enkelte legemiddels virkning og bivirkninger.

Forskriften gir tydelige krav til internkontroll som risikovurdering, evaluering, kontroll og

avvikshåndtering.

Det skal sikres at informasjon om pasientens legemiddelbruk ved innleggelse og utskrivning, og ved overføring innen virksomheten er korrekt. Legemidler skal ordineres til den enkelte pasient og merkes forskriftsmessig forut for utdeling. Videre skal det utarbeides klare rutiner for tilberedning.

Virksomhetsleder, eller de som er delegert denne oppgaven kan rekvirere legemidler til lokalt lager i samsvar med liste godkjent av lege eller legemidler ordinert til den enkelte pasient.

### 2.2.1 Legemiddelsamstemming

Samstemming av legemiddellister ved innkomst og utskrivning er ett av innsatsområdene i det tidligere nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet og inngår nå i [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#).

Legemiddelhåndteringsforskriften med rundskriv fremhever viktigheten av kvalitetssikrede legemiddelopplysninger ved å påpeke virksomhetsleders systemansvar i §4 (kvalitetssikre legemiddelinformasjon ved innkomst, utskrivning og internoverføringer), krav til oppdatert og samstemt legemiddelliste ved skifte av omsorgsnivå i §5, samt ordinerende leges ansvar for å avklare nødvendige faktaoplysninger (kap. 3. pkt.1 Ordinering, i legemiddelhåndteringsprosessen).

For å forebygge pasientskader og kunne gi forsvarlig behandling er det viktig å skaffe seg en korrekt liste (så riktig som mulig) over alle legemidler pasienten bruker ved innleggelsen (reseptpliktige og reseptfrie legemidler, naturlegemidler o.l.). Dette bør ferdigstilles så snart som mulig, og seneste første virkedag etter innleggelse, eller i henhold til lokale prosedyrer.

Ved legemiddelsamstemming er det viktig at legemiddelopplysningene innhentes fra den kilden som er nærmest pasienten, dvs den som best kjenner til hva pasienten faktisk bruker ved innleggelse. Det er derfor viktig å avklare om pasienten håndterer legemidlene selv eller får bistand/hjelp til legemiddelhåndteringen for å finne denne primærkilden (pårørende, kommunal hjemmesykepleie, sykehjem o.l.). I tillegg til pasienten og/eller annen primærkilde, bør skriftlig informasjon innhentes fra en eller flere kilder (Kjernejournal, Legemidler i bruk (LIB), ordinasjonskort fra kommunehelsetjenesten, multidosekort, liste fra fastlege, nye epikriser/journaldokumenter). Det bør innhentes informasjon fra et tilstrekkelig antall kilder for å kunne vurdere at opplysningene stemmer. Det er leges ansvar at samstemmingen er fullført og lokale prosedyrer følges. Det er godt kjent at pasienters etterlevelse (compliance) varierer. De innhentede opplysningene bør bekreftes av pasienten eller den som foretar legemiddelutdelingen. Det bør i tillegg spesifikt avklares om det er legemidler som brukes i tillegg eller om noe er nylig avsluttet.

Dokumentasjon av samstemt legemiddelliste, evt. bistand til legemiddelhåndtering og hvilke kilder som er benyttet til legemiddelsamstemmingen bør komme frem i pasientens journal/kurve og epikrise i henhold til lokal prosedyre.

Korrekt og oppdatert informasjon til pasienten selv og den som overtar behandlingsansvaret, er viktig for å sikre riktig legemiddelbehandling i etterkant av sykehusoppholdet. Det er krav om å lage en oppdatert og samstemt legemiddelliste ved skifte av omsorgsnivå (legemiddelhåndteringsforskriften §5). Alle pasienter som bruker faste legemidler skal få med seg en legemiddelliste ved utskrivning, og legemiddelopplysningene i epikrise skal være samstemt i forhold til pasientens faktiske legemiddelliste før innleggelse og endringer utført på sykehus. Alle endringer skal begrunnes. Listen skal inkludere legemidlene som fortsatt skal brukes som tidligere. Nye legemidler som er startet ved sykehuset, legemidler hvor dosering er endret, legemidler som kun skal gis som en kur og varighet av kuren, og eventuelle legemidler som er seponert på sykehuset skal spesifiseres (ref. Pasientsikkerhetsprogrammet

«NEK» dvs Ny, Endret, Kur). Indikasjon for legemidlene, samt videre oppfølging og kontroll av legemiddelbehandlingen skal også beskrives. Reseptformidleren skal oppdateres.

### 2.2.2 Styringssystem (internkontroll)

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse - og omsorgstjenesten](#)<sup>3</sup> og tilhørende [veileder](#)<sup>4</sup> handler om hvordan en kan forstå og etterleve krav i forskriften. Forskriften bruker begrepet styringssystem- Dette er i stor grad sammenfallende med kravene til internkontroll. Forskriften er tydelig på kravene om faglig forsvarlighet, krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og krav til oppfyllelse av pasient- og brukerrettigheter.

Internkontrollen skal inngå som en del av den daglige driften av virksomheten. Oppgaver i virksomheten som er særlig risikofylte krever mer styring i form av skrevne prosedyrer og rutiner. Veilederen poengterer at legemiddelhåndtering er ett eksempel på område der svikt kan resultere i alvorlige hendelser. Det legges stor vekt på at virksomheten skal vurdere risikoforhold, etablere og oppdatere prosedyrer, evaluere og kontrollere, samt rapportere avvik. Hensikten er å forbedre praksis, slik at en sikrer at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.

For å øke sikkerheten og optimalisere forbedringsarbeidet i det enkelte helseforetak er det viktig at de ulike aktørene samhandler (f.eks kompetanseenhet, sykehusapotekene, legemiddelkoordinator/legemiddelhåndteringsutvalg, kvalitets-/pasientsikkerhetsenheter og legemiddelkomitéen).

HSØ har en enhetlig klassifisering av legemiddelhendelser ([Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser](#)) som gir mulighet for å fremskaffe aggregerte data som kan brukes i trendanalyser, synliggjøring av systemfeil, og som underlag for utarbeidelse/ending i prosedyrer eller retningslinjer, legemiddelrevisjoner, opplæringsbehov, risikovurdering og erfaringsutveksling. Alle typer avvik, uønskede hendelser og forbedringsforslag som avdekkes, skal registreres og behandles etter samme arbeidsprosess jf. anbefalinger fra Helse Sør-Øst RHF fra juni 2008.<sup>7</sup>

Legemiddelrevisjoner er interne revisjoner på legemiddelområdet, og er et viktig tiltak for kontroll av etterlevelse og implementering av helseforetakets prosedyrer og som forbedringsverktøy. Legemiddelrevisjoner skal inngå i virksomhetens revisjonsplaner og kan organiseres på ulike måter, se vedlegg 2, del II punkt 5. Sykehusapotekene HF tilbyr årlig deltagelse i felles legemiddelrevisjon. Et felles tema besluttet av RLF og en oppsummering av status distribueres deltagende helseforetak.

Interne legemiddelrevisjoner organiseres noe ulikt. Flere sykehus har etablert revisjonsteam hvor farmasøyer fra det lokale sykehusapotek deltar som fagrevisor eller leder. Fortsatt gjennomfører enkelte HF også selvstendige legemiddelrevisjoner. Uavhengig av organisering er det viktig at legemiddelrevisjonene inngår i helseforetakets årlige revisjonsplan og at avvik rapporteres og lukkes på samme måte som ved andre interne revisjoner. Det er enhetens ansvar å lukke eventuelle avvik etter interne legemiddelrevisjoner.

Forbedringsarbeidet innen ulike områder i legemiddelhåndtering bør gjennomføres systematisk. Et eksempel på en forbedringsmetodikk finner du i [forbedringsguiden](#) utarbeidet av «I trygge hender 24/7».

### 2.2.3 Risikovurdering

Risikovurdering skal danne grunnlaget for utarbeidelse og oppdatering av prosedyrer og retningslinjer og er et viktig verktøy i forbedringsarbeidet. Prosedyrer og retningslinjer må gjenspeile krav til opplæring og kompetanse som er nødvendig for det personell som skal kunne håndtere legemidler. Legemiddelhåndteringsforskriftens § 4 omtaler virksomhetsleders ansvar.

I § 4, 6. ledd, bokstav a) beskrives det at virksomhetsleder skal sørge for at det blir etablert og oppdatert skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer bl.a. prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering.

Kravet om risikovurdering gjelder for alle ledd i et helseforetaks legemiddelkjede. Det betyr at alle kritiske ledd i legemiddelhåndteringskjeden skal være identifisert og risikovurdert, og tiltak for å redusere eventuelle uønskede hendelser skal være beskrevet.

Forskriftens § 8, 2. ledd, omtaler risikovurdering særskilt i forbindelse med tilberedning av legemidler. Målet med risikovurdering er å sikre at legemiddelets kvalitet opprettholdes ved tilberedning slik at de er trygge å bruke for pasienten som skal motta legemiddelet, samt å ivareta personellens HMS ved tilberedning og administrering.

Tilberedning av legemidler i sykehus er et unntak fra kravet om tilvirkertilatelse (iht [Forskrift om tilvirkning og import av legemidler](#)<sup>9</sup>). Dette gjelder preparater som må tilberedes umiddelbart før bruk, og som ikke kan bestilles bruksferdig på grunn av holdbarhet.

Det er opp til virksomhetsleder å gi overordnede føringer, på bakgrunn av en risikovurdering, til hvilke tilberedninger som kan utføres i sykehuset og hvilke som skal kjøpes ferdig istandgjort fra industri eller sykehusapotek.

Eksempler på tilberedninger som faller utenfor unntaksbestemmelsen:

- Fortynninger og blandinger av legemidler med holdbarhet utover anbefalte brukstider i Norsk lege-middelstandard (NLS) som f.eks smerteblandinger som skal gå over flere døgn.
- Tilvirkning av radiofarmaka utover enkel oppløsning ved bruk av tørrstoff kit og generator ved markedsføringstillatelse.
- Stamopløsninger for videre dispensering/fordeling, hvor holdbarhet går utover maksimalt 24 timer. Imidlertid er vanlig fortynning av f.eks antibiotika som først må fortynnes i sterilt vann eller NaCl før videre fortynning, tillatt.

Andre tilberedninger som må vurderes særskilt:

- Cytostatika (strengt krav til tilberedning som må overholdes pga risiko for helsepersonell ved eksponering).
- Antibiotika (vurderes i forhold til omfang, avtrekk/punktavsug, «lukkede systemer», avfallshåndtering). Vurder bruk av halvfabrikata.
- Blandinger av flere legemidler i samme løsning bør så langt mulig bestilles bruksferdig fra sykehusapotek da kunnskap om blandingsforhold er påkrevet og risiko for feilblandinger er større.
- Tilsetninger til parenterale ernæring

Se forøvrig kap. 3.8 side 28 i [Rundskriv – 7/2015](#)<sup>2</sup>.

Helseforetaket skal stille overordnede kvalitetskrav basert på en risikovurdering (identifisere mulige farer og kritiske kontrollpunkter og beskrive tiltak) for ulike tilberedningsprosesser som kan gjøres i helseforetaket, og som er de samme for flere enheter/avdelinger.

Helsedirektoratets [Rundskriv-7/2015](#)<sup>2</sup> har i vedlegg 2 beskrevet en mulig metode for å gjennomføre en slik risikovurdering (Hazard Analysis and Critical Control Point). Dersom et helseforetak har

tradisjoner for å benytte andre risikovurderingsmetoder kan dette gjøres så lenge metoden er egnet for å beskrive risiko innenfor legemiddelhåndtering.

Regionalt Legemiddelhåndteringsutvalg (RLH) anbefaler at helseforetakene gjennomfører overordnede risikovurderinger for de områdene innen legemiddelhåndteringen som er sammenlignbare for hele, eller store deler, av organisasjonen. Videre anbefaler RLH at det gjøres tilpassede lokale risikovurderinger der legemiddelhåndteringen ikke dekkes av en overordnet risikovurdering. Det er i tillegg viktig å utføre risikovurderinger ved endringer.

Kilder for risikovurdering kan f.eks. være:

- Avviksmeldinger
- Tilsynsrapporter
- Interne revisjoner
- Aktuelle læringsnotat fra Helsedirektoratet:

[Forveksling av legemidler](#)

[Uønskede hendelser med metotreksat i sykehus – kan de forebygges?](#)

[Uønskede hendelser ved tromboseprofylakse eller antikoagulasjonsbehandling](#)

[Uønskede hendelser ved ernæring i sykehus](#)

[Parenteral ernæring - en kompleks behandling](#)

[Legemiddel eller blod til feil pasient](#)

[Pasienter fikk feil insulindose](#)

[Tilberedning av legemidler til barn](#)

[Infeksjon etter injeksjon i øyet](#)

[Administrasjon av kalium til infusjon](#)

[Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil](#)

Risikovurderingene skal dokumenteres, og tiltak for å redusere risiko i de ulike legemiddelhåndteringsstegene må komme frem av prosedyrer som omhandler de aktuelle handlingene.

[Risikolegemidler](#)

[Legemidler med forvekslingsfare](#)

#### 2.2.4 Fordeling av ansvar innen legemiddelhåndteringen

Virksomhetsleder er gitt det overordnede sørge for ansvaret for legemiddelhåndteringen i egen virksomhet og kan delegere oppgaver og beslutningsmyndighet til andre medarbeidere i virksomheten. Leder har full instruksjonsmyndighet for de delegerte oppgavene og beholder ansvaret for at de oppgavene som delegeres blir utført på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Virksomhetsleders ansvar fratar ikke helsepersonell deres faglige skjønn og det individuelle ansvaret de har når det gjelder forsvarlig yrkesutøvelse jf. Helsepersonelloven<sup>5</sup> § 4. Den som har fått delegert en oppgave, kan ikke delegere denne videre uten samtykke fra virksomhetsleder. Det samme gjelder spørsmålet om bruk av medhjelper, jf. Helsepersonelloven<sup>5</sup> § 5. I gjennomføringen av legemiddelbehandlingen foretas det mange vurderinger og faglige overveielser gjennom hele behandlingsskjeden. Legen skal foreta vurderinger og valg knyttet til undersøkelse, identifisering av diagnoser og indikasjon for behandling, vurdering av aktuelle behandlingsmetoder og dosering av legemiddelbehandlingen samt angi hvordan

behandlingen skal følges opp. Når valg av behandling er foretatt, skal annet helsepersonell som er tildelt legemiddelhåndteringsoppgaver gjennomføre den ordinerte behandlingen.

Virksomhetsleder må sikre at helsepersonell som skal håndtere legemidler, har de nødvendige kvalifikasjoner i forhold til oppgavens art. Med kvalifikasjoner siktes det til helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring. Det skal gis skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Disse bestemmelsene skal gjøres kjent i virksomheten. Det enkelte helsepersonellets kompetanse blir avgjørende for hva slags type oppgaver vedkommende skal kunne utføre.

## **2.3. Verktøy for legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering i Helse Sør-Øst RHF**

Utviklingstrender innen legemiddelbehandling basert på nye og avanserte prinsipper, samt introduksjon av nye teknologiske verktøy, stiller krav og utfordringer til helsepersonell og deres ledere både i forhold til etablering av relevante prosedyrer og opplæringstiltak. Det er besluttet å innføre flere regionale elektroniske løsninger i HSØ for å dokumentere legemidler, målinger og observasjoner av pasienter. Nye verktøy til støtte for legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering omfatter bl.a.:

### **2.3.1 Elektroniske pasientkurve (MetaVision) i Helse Sør-Øst RHF**

Pasientkurven MetaVison (MV) fra iMDsoft er besluttet innført som regional kurve. MV er et klinisk IKT-system for dokumentasjon av pasientens legemidler og pasientmålinger i strukturerte variabler. Det er et mål at legemiddelhåndtering i sykehus er standardisert i region HSØ. Innføringen av MetaVision vil føre til standardisering og kvalitetssikring av mange arbeidsoppgaver. Systemet gir også beslutningsstøtte i form av f.eks. forordningsmaler, utblandingsbeskrivelser og regionale legemiddeltider for administrering.

I skrivende stund har alle helseforetak i Helse Sør-Øst tatt i bruk MetaVision med unntak av Sykehuset Innlandet og Vestre Viken. I henhold til planlagt innføring skal alle helseforetak ha innført MetaVision for inneliggende pasienter innen 2021.

Innføring av elektronisk pasientkurve standardiserer mange arbeidsoppgaver, men lokale føringer må allikevel ivaretas med lokale prosedyrer. I MetaVision er et av grunnprinsippene generisk ordinerings. Det betyr at det stilles større krav til fremplukking og istandgjøring av riktig legemiddel, og at det fortsatt er krav om dokumentasjon av hvilket legemiddel som faktisk er administrert/utlevert.

Innføringen av MetaVision vil kunne avdekke uheldig arbeidsflyt, som for eksempel mangler i legemiddelsamstemming. MV gir blant annet mulighet for sporing av administrerte legemidler på produktnivå (forutsetter at istandgjort/klargjort produkt er dokumentert) og en oversikt over detaljert logg av ordinerte og administrerte legemidler.

Begrepene som er valgt i den elektroniske kurveløsningen avviker fra definisjonene i Legemiddelhåndteringsforskriften, som for eksempel:

**Forordning** – ordinerings

**Klargjøring** – istandgjøring inkl. tilberedning

**Bekreft** – utdeling



### 2.3.2 Føde- og barselavdelinger

Partus er et elektronisk system som brukes i føde- og barselenheter i HSØ. Det er besluttet at disse avdelingene i tillegg skal bruke MV. For enkelte legemidler og registreringer må det derfor dokumenteres dobbelt i disse to systemene da Partus bl.a. ivaretar direkte rapportering av data til Norsk Fødselsregister.

### 2.3.3 Medikamentell kreftbehandling (CMS)

Dette har vært ett av flere regionale IKT prosjekter med mål om å standardisere arbeidsprosesser og teknologi i HSØ. CMS (Chemoterapy Management System) er valgt som system for kreftterapi, og skal sikre økt kvalitet og pasientsikkerhet, og legge til rette for likeverdig legemiddelbehandling ved samme kreftdiagnose. Systemet som innføres skal blant annet støtte legens ordinerer og rekvirering av kjemoterapi og kvalmemedisiner, og legge til rette for deling av nødvendige pasientdata mellom helseforetak. Det bygges også et felles kur-bibliotek for regionen der rundt tusen spesifiserte og standardiserte kur-definisjoner vil være med på å sikre lik behandling for lik diagnose uavhengig av behandlingssted. Høsten 2019 var CMS innført helt eller delvis på alle helseforetak i HSØ.

Mer informasjon finnes her: [CMS - medikamentell kreftbehandling](#)

### 2.3.4 Lukket legemiddelsløyfe

Ved anskaffelse og implementering av den elektroniske legemiddelkurven MetaVision, er lukket legemiddelsløyfe (Closed loop medication) vurdert som et viktig systemforbedringstiltak for å redusere uønskede hendelser i legemiddelhåndteringsprosessen. Lukket legemiddelsløyfe (LLS) er en metode for å sikre at pasienten får rett legemiddel, i rett dose, i rett tid og på rett måte ved å ta i bruk nye teknologiske løsninger.

Forutsetning for innføring av lukket legemiddelsløyfe:

- Ett felles legemiddelregister
- Én elektronisk legemiddelkurve (e-kurve) med elektronisk beslutningsstøttefunksjonalitet for blant annet ordinasjon, istandgjøring og utdeling av legemidler
- Elektronisk identifiserbare legemidler
- Elektronisk identifisering av pasient
- Elektroniske kommunikasjons- og dokumentasjonssystemer

I tillegg er det viktig at arbeidsrutiner og utstyr som mobile løsninger og medisintraller er på plass.

For å oppnå en lukket legemiddelsløyfe kan legemidlene gis som elektronisk identifiserbare endoser eller pasientbundet/pasientmerkede endoser. I et sykehus vil trolig den optimale løsningen være en kombinasjon av disse. Det finnes i dag automatiserte elektroniske legemiddelhåndteringssystemer hvor legemidler kan pakkes klart til enkeltpasient der dette kan være hensiktsmessig.

### 2.3.5 Pasientens legemiddelliste (PLL)

Det er et mål å etablere en felles, nasjonal oversikt over pasientens legemiddelbruk – [Pasientens legemiddelliste](#). Det er mangelfull informasjonsflyt om pasientenes legemiddelbehandling på tvers av virksomhetene i helsetjenesten.

En oppdatert oversikt over legemidlene som hver enkelt pasient skal bruke er et viktig tiltak for å øke pasientsikkerheten på legemiddelområdet. Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å lede arbeidet i samarbeid med sektoren. PLL skal etter planen innføres i 2025-2030.

Pasientens legemiddelliste vil inneholde:

- All legemiddelbehandling pasienten bruker, både fast, ved behov og kur

- Reseptfrie legemidler og kosttilskudd
- Kjente legemiddelreaksjoner (CAVE)
- Nylig avsluttet legemiddelbehandling (siste tre måneder)
- Sist gjennomførte legemiddelgjennomgang

Legemiddelinformasjonen i Pasientens legemiddelliste vil ha en historikk på 16 måneder. Det forutsetter at alle leger laster ned listen i egen EPJ, gjør eventuelle endringer og laster den opp igjen i databasen.

### 2.3.6 Kvalitet i e-resept

Ved innføring av e-resept fikk helsepersonell bedre oversikt over pasientens reseptbelagte legemidler. I Reseptformidleren kan det være en del uaktuelle og doble resepter, ofte med bakgrunn i at leger og andre rekvirenter ikke avstemmer endring i legemiddelbehandling opp mot reseptformidleren. Arbeidet med å sikre enda bedre kvalitet i reseptformidleren er i gang. Det kommer til å kreve en kontinuerlig innsats fra de som forskriver slik at Reseptformidleren til enhver tid skal være oppdatert med riktig informasjon for hver pasient.

Endringer i [Reseptformidlerforskriften](#)<sup>10</sup> har fjernet krav til samtykke (januar 2019), og presisert legens ansvar for tilbakekallelse av resepter ved eventuelle endringer i legemiddelbehandlingen.

Reseptopplysningene i reseptformidleren videreformidler informasjon til Kjernejournal. Lagringstiden i Reseptformidleren er en måned etter at det ikke lenger kan utleveres legemidler (for reitererte resepter vil det si etter at det er ekspedert for siste gang) eller resepten er tilbakekalt av lege. I tillegg skal resepter uansett slettes etter endt gyldighet (1 år, med unntak av prevensjonsmidler som har 3 år). I praksis vil dette si at en lege kan se at pasienten har hentet ut en antibiotikakur for 3 uker siden (men ikke 5 uker siden), og i inntil en måned etter at en annen lege har trukket tilbake (og seponert) en resept/legemiddel. Ved langtidsbehandling oppstår en annen fare. For eksempel pleier blåresepter å skrives ut for tre måneders forbruk og reitereres 3 ganger. En måned etter siste ekspedering vil reseptinformasjonen slettes, mens pasienten fortsatt har medisiner for to måneder til før vedkommende vil ta kontakt med fastlege for utsending av ny resept. Kjernejournal har bedre historikk, se Kap. 2.3.7. Reseptformidleren anbefales derfor ikke som kilde til samstemming.

Ved forskrivning av e-resepter er det viktig å gjøre et oppslag i Reseptformidleren og gå igjennom aktive resepter for eventuelt å tilbakekalle resepter på legemidler som ikke lenger skal brukes, eller hvor det er gjort endringer i styrke eller dose.

### 2.3.7 Kjernejournal

Kjernejournal er en elektronisk løsning som samler viktige helseopplysninger og gjør dem tilgjengelig for innbyggere og helsepersonell. Kjernejournalen inneholder opplysninger om pasienten som er spesielt til nytte for helsepersonell i en akutfase av behandlingsforløpet og vil bli tilgjengelig for helsepersonell i hele landet.

Informasjon om pasientens legemidler i Kjernejournalen hentes fra Reseptformidleren. Det vil si at det er samme type informasjon som er tilgjengelig ved tilgang til e-reseptløsningen: Legemidler hentet ut på resept fra apotek og gyldige e-resepter. Inkluderer forbruksvarer og næringsmidler på resept. Forskjellen er at lagringstiden er satt til 3 år og tilbaketrunkne e-resepter vil vises.

Registreringen i kjernejournal starter fra den dagen kjernejournal opprettes, og opplysningene gir en indikasjon på pasientens faktiske legemiddelbruk. Det er likevel viktig å være klar over at oversikten ikke inneholder informasjon om:

- Legemidler kjøpt uten resept.
- Nylig uthentede resepter (registreres vanligvis innen 24 timer).
- Legemidler utlevert på sykehus eller sykehjem.
- Doseendringer og seponeringer etter at legemiddelet ble utlevert.
- Legemidler utlevert ved apotek i utlandet.
- Håndkjøpspreparater (legemidler som også selges uten resept) som er utlevert etter resept.
- Skjulte utleveringer (pasienten har bedt legen om det).
- Om pasienten tar det ekspederte legemiddelet.

Helsepersonell på sykehjem og i hjemmesykepleien har i dag ikke tilgang til nasjonale løsninger som e-resept og kjernejournal. Meldinger om endringer i legemiddelbehandlingen foregår typisk i elektroniske meldinger, per telefon, faks eller utskrift.

Direktoratet for e-helse har tett samarbeid med sektoren for å tilrettelegge for at pleie- og omsorgstjenesten skal få tilgang til de nasjonale e-helseløsningene Kjernejournal, Sentral forskrivningsmodul med e-resept og Pasientens legemiddelliste. Dette vil gi helsepersonell enkel og sikker tilgang til kvalitetssikrede og oppdaterte legemiddelopplysninger som vil øke pasientsikkerheten og spare tid.

Kjernejournal har standard innstilling (default) som ikke viser duplikater dvs legemidler med samme .. og samme preparatnavn i f.eks ulike styrker. Dette gjør at en må åpne en ekstra visning for f.eks å se ulike styrker av Levaxin og både OxyContin og OxyNorm.

### 2.3.8 PLO-meldinger (Pleie- og omsorgsmeldinger)

PLO-meldinger omfatter standardiserte meldingstyper utarbeidet for å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon følger pasient ved overføring mellom kommune, fastlege og helseforetak, og mellom aktører innad i kommunehelsetjenesten. Det finnes ulike typer PLO-meldinger. Fagmeldinger og dialogmeldinger inneholder helsefaglig informasjon. Disse meldingene må helsepersonell opprette og sende selv. Pasient-logistikkmeldinger skal ivareta behov for å overføre pasientadministrativ informasjon knyttet til en innleggelse, til planlegging av utskriving og til utskriving av en pasient. Disse meldingene inneholder ikke helseinformasjon. Meldingene genereres automatisk basert på handlinger utført i avsenders journalsystem.

Fagmeldinger	Pasientlogistikkmeldinger
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseopplysninger til lege</li> <li>• Legemiddelopplysninger</li> <li>• Medisinske opplysninger</li> <li>• Innleggelsesrapport</li> <li>• Helseopplysninger</li> <li>• Utskrivningsrapport</li> <li>• Tilbakemelding på mottak av utskrivningsklar pasient</li> <li>• Orientering om tjenestetilbud</li> <li>• Orientering om dødsfall</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melding om innlagt pasient</li> <li>• Melding om utskrivningsklar pasient</li> <li>• Avmelding av utskrivningsklar pasient</li> <li>• Melding om utskrevet pasient</li> </ul>

Kilde: Norsk helsenett

Ved innleggelse av pasienter til sykehus blir legemiddellisten fra kommunehelsetjenesten ofte sendt i form av PLO-melding Innleggelsesrapport. Legemiddellisten genereres automatisk fra kommunens journalsystem (f.eks. Gerica, Profil o.l.) inn i PLO-meldingen. Sykepleier må forsikre seg om at legemiddelopplysningene som mottas er oppdatert.

### Eksempel på situasjoner i kommunehelsetjenesten som kan forårsake feil:

Eks. 1

Det er ført på endringer med penn på utskrift av legemiddelkortet, og endringene er ikke lagt inn i Gerica/Profil hvilket fører til feil opplysninger i PLO Innleggelsesrapport.

Eks. 2

a) Pasienter som ikke har hjelp fra hjemmetjenesten til legemiddelhåndtering på innleggelsestidspunktet, men som har hatt korttidsplass i kommunen eller hjelp fra hjemmetjenesten tidligere.

b) Pasienter som har hjelp til legemiddelhåndtering fra hjemmetjenesten, men som midlertidig er innlagt på en korttidsinstitusjon som ikke bruker elektronisk legemiddelkort.

I disse tilfellene genereres en liste fra Gerica/Profil til PLO-meldingen som ikke lenger er oppdatert. PLO-meldingen som sendes sykehuset inneholder dermed feil i forhold til hva pasienten faktisk bruker ved tidspunkt for innleggelsen.

Eks. 3

Pasienter som tar legemidlene sine selv, og hvor det kun er tabletter i dosett/multidose som blir ført i oversikten i Gerica/Profil. I disse tilfellene vil andre legemidler som inhalasjoner, øyedråper, injeksjoner o.l. ikke komme frem i PLO-meldingen.

### 2.3.9 Legemiddelinformasjon

Det finnes mange kilder til legemiddelinformasjon. Helsebiblioteket gir helsepersonell tilgang til en rekke gratis databaser og inneholder en egen side om [legemidler](#). Informasjon om de enkelte legemidlene som har markedsføringstillatelse i Norge finnes i nettutgaven av [Felleskatalogen](#).

Ved å søke opp et enkelt legemiddel gis tilgang til ulike arkfaner:

**Felleskatalogtekst:** Kortfattet informasjon om blant annet legemiddelets indikasjon, dosering, virkning, forsiktighetsregler og bivirkninger.

**Pasientinformasjon:** Legemiddelets pakningsvedlegg og instruksjonsvideoer for en rekke administrasjonsformer. Disse kan være nyttig å kjenne til.

**SPC:** Preparatomtalen (bruksanvisningen) som er en utfyllende informasjon om legemiddelet.

FK-tekst ✓ Foto Pasientinformasjon SPC Vis | Utskrift

**Methotrexate**  
Pfizer

*Immunosuppressivt middel,  
folsyreanalog.*

ATC-nr.: L04A X03

Står ikke på WADAs dopingliste  
Bestill bekreftelse på dopingsøk

Varsel fra Legemiddelverket:  
Risiko for doseringsfeil med metotreksat tabletter og ferdigfylte penner +

Opplæringsmaterieill og veiledning ved bruk +

Bilde tatt fra: Felleskatalogens-nettutgave

[Norsk legemiddelhåndbok](#) for helsepersonell er en terapirettet oppslagsbok om legemidler. I tillegg til terapi- og legemiddelinformasjon er det en rekke generelle temaer, hastebehandling (øyeblikkelig hjelp) og refusjonsregler.

[RELIS regionale legemiddelinformasjonsentre](#) er etablert for å bidra til rasjonell og riktig legemiddelbruk gjennom produsentuavhengig legemiddelinformasjon til helsepersonell. RELIS-sentrene har en felles hjemmeside (www.relis.no) der legemiddelrelaterte nyheter og problemstillinger publiseres. Elektronisk nyhetsbrev sendes jevnlig ut til abonnenter. Hjemmesiden gir tilgang til en gratis, søkbar spørsmål-svar database som er beregnet for helsepersonell, og er unik i sitt slag i Norge.

Det lokale sykehusapoteket kan også kontaktes for veiledning og råd.

### **2.3.10 Legemiddelforsyning i sykehus - ny teknologi**

#### Legemiddelkabinetter

Legemiddelkabinetter er legemiddellager med låsbare skuffer, hvor tilgangen til legemidlene gis ved personlig identifisering og på bakgrunn av ordinerer til enkeltpatient. Legemiddellageret vil kunne være lagerstyrt med automatisk bestilling til sykehusapoteket i forhold til definert maksimums- og minimumsbeholdning. Endrede arbeidsrutiner stiller store krav til nye prosedyrer og opplæring av alle som skal benytte legemiddelkabinetter som legemiddellager. Legemiddelkabinetter kan egne seg som lager for A- og B- preparater for sporbar adgangskontroll og for eksempel som felles beredskaps- eller akuttlager i sykehuset.

#### Roboter i produksjon

Tilberedning av legemidler til intravenøs bruk (cytostatika, antibiotika, TPN) kan effektiviseres ved å innføre en tilsetningsrobot. Installasjon av robot for cytostatika produksjon er innført ved Sykehusapoteket Oslo, Radiumhospitalet.

#### Lagerstyring og automatisk bestilling til lokale legemiddellagre

TønSys er et nettbasert logistikk- og bestillingssystem for legemidler til lokale legemiddellagre. Bestillingene gjøres primært fra et basislager ut fra et forhåndsgodkjent basisutvalg. Systemet bidrar til en mer rasjonell måte å bestille legemidler på og har til enhver tid oppdaterte legemiddellister i henhold til innkjøpsavtaler (LIS-avtaler). I tillegg finnes det en oversikt i systemet over søknader om godkjenningssøknader og mulighet for vareoppslag for lån på andre avdelinger i sykehuset. Personlig innlogging sikrer sporbarhet. I dag brukes TønSys i de fleste sykehus i Helse Sør-Øst.

Delta er et elektronisk lagerstyringssystem som holder oversikt over alle lokale legemiddellagre på sykehuset. I hvert legemiddellager er det definert et maksimum, minimum og kritisk nivå (sikkerhetslager) for hvert enkelt legemiddel. Når beholdningen går under minimum genererer Delta en bestilling slik at posten får fylt opp sitt lager til maksimum. Dersom avdelingen ikke har mottatt varer før beholdningen går under kritisk nivå genererer Delta en hastebestilling som blir effektivisert ihht avtale mellom helseforetaket og sykehusapoteket.

Delta holder også oversikt over holdbarheten på alle legemidlene som befinner seg på det lokale lageret og gir melding dersom et legemiddel er i ferd med å gå ut på holdbarhet. Det vises også informasjon om oppbevaringssted (lokasjon/koordinatorer) og antall enheter per vare.

Alle uttak av varer fra legemiddellageret skannes, og Delta teller ned lagerbeholdningen tilsvarende antall som er tatt ut. Det er mulig for en enhet å søke om andre enheter har et valgt preparat på lageret for lån.

## 2.4. Legemiddelhåndteringsprosedyrer i Helse Sør-Øst RHF

Alle helseforetak i regionen har etablert prosedyrer innen legemiddelhåndteringsområdet (nivå 1). Det etterspørres regionale legemiddelhåndteringsprosedyrer. Ulike lokale forhold innen legemiddelhåndtering gjør det vanskelig å utarbeide felles regionale legemiddelhåndteringsprosedyrer, men i vedlegg 2 er det i noen tilfeller gitt konkrete løsningsforslag til prosedyreinnehold, men hovedsakelig en beskrivelse av anbefalt innhold som tilpasses lokalt. I tillegg er det identifisert enkelte risikoområder hvor RLH har foreslått mer detaljert prosedyreinnehold. Disse er lenket opp i vedlegg 2 under anbefalinger.

RLH håper anbefalingene til prosedyreinnehold i vedlegg 2 vil sikre en mer enhetlig kvalitet, og bidra til å rasjonalisere det lokale prosedyrearbeidet.

Kjennskap til, og etterlevelse av, sykehusets prosedyrer på legemiddelhåndteringsområdet viser seg å være mangelfull. Implementering av nye prosedyrer fra innarbeidet praksis til nye arbeidsprosesser er ofte ressurskrevende mhp tid og oppfølging. Kunnskapscenteret har utgitt en rapport om [Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer](#) som kan være nyttig i arbeidet med implementering av nye legemiddelhåndteringsprosedyrer.

## 2.5. Status for kompetanse i Helse Sør-Øst RHF

Det er fortsatt stor variasjon i forhold til tilbud, innhold, omfang og formelle krav til opplæring innen legemiddelområdet. Se kap 1.3.

### 2.5.1 Kompetanseperspektivet innen legemiddelfeltet

Legemiddelfeltet er preget av sterk utvikling både når det gjelder tilgang på behandlingsmuligheter og system-/teknologutvikling j.f. kap 2.3. Dette stiller krav om kompetanse på ulike måter. For å ivareta faglig forsvarlighet, og bidra til de mål som Helse Sør-Øst RHF har satt innen pasientsikkerhetsarbeidet, er det avgjørende å ha et bevisst fokus på kompetanse og kompetansefremmende tiltak.

Lover og forskrifter pålegger virksomheter, ledere og helsepersonell et ansvar for å sikre nødvendig kompetanse og kompetanseutvikling. Anbefalingene har til hensikt å kunne operasjonalisere de formelle kravene med et minimum av systematiske, konkrete, og gjennomførbare tiltak for å ivareta forsvarlig legemiddelhåndtering i Helse Sør-Øst RHF. Det ses spesielt på nye læringsformer som understøtter effektivitet, standardiseringer og dokumentasjon.

En særlig utfordring gjelder ivaretagelse av forsvarlighet ved bruk av vikarer, ikke minst i situasjoner der vikarbehov oppstår på kort varsel. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at denne problemstillingen må ivaretas spesielt. Det er utarbeidet [Opplæringskrav av vikarer i legemiddelhåndtering](#) for vikarer og hvilke minimumskrav som må stilles til disse. Dette gjelder også ved innføring av nye systemer og utstyr i regionene, og som stiller særskilte krav til kompetanse hos brukeren. Det er viktig å sikre riktig bruk av systemene og derved understøtte målene om forsvarlig drift og realisering av gevinster. Det må derfor legges til rette for at kompetansen til å bruke systemene opprettholdes hos vikarene. En bør vurdere praktiske ordninger som for eksempel etablering av vikarpooler der det sikres at vikarene har gjennomgått nødvendige kurs og opplæring innenfor de legemiddelhåndteringsoppgaver de kan bli satt til. Et annet tiltak er en tett dialog og kommunikasjon mht. nødvendige kravspesifikasjoner overfor vikarbyråer.

### 2.5.2 Nye læringsmetoder

Tradisjonelt har opplæring og kompetanseutvikling i helsesektoren vært dominert av teoriformidling via forelesninger og mer praktisk læring via erfarne kolleger. I dag finnes det flere pedagogiske virkemidler som har fått innpass i helsesektoren. I en presset driftssituasjon blir det viktig å finne metoder

for læring som er både målrettede og effektive. Også innen kompetansefeltet har teknologien fått sin plass med teknologistøttet læring i form av kunnskapsdatabaser, simulering, ferdighetstrening, e-læring og lignende.

Satsingen på e-læring er forankret strategisk både i Helse Sør-Øst RHF og på foretaksnivå. Den felles Læringsportalen har alle ansatte tilgang til. Kursene kan nås både via sykehusnett og internett. Dette er en sentralt driftet løsning (Sykehuspartner), men hvert helseforetak har en lokal systemeier og forvaltningsansvarlig. Det er et utstrakt samarbeid mellom foretakene (administratorforum) i regionen med hensyn på å utveksle erfaringer og diskutere felles strategi og utvikling.

Ulike arenaer for opplæring:

E-læring er et supplement til klasseromsundervisning og kollegabasert læring, og har sine styrker ved at den enkelte ansatte gis mulighet for kontinuerlig utvikling gjennom kurs som er tids- og steds-fleksible. Kurs vil alltid være tilgjengelig for repetisjon. I tillegg ivaretar e-læringsmodulen eventuelle krav til dokumentasjon for gjennomføring og testing.

### 2.5.3 Høgskoler og universiteter – legemiddelhåndtering i utdanningsløpene

Det er tidligere gjort en kartlegging av legemiddelhåndterings plass i utdanningen av sykepleiere ved høgskoler og universiteter. Ofte blir det stilt spørsmål ved om det er nødvendig med kurs og kompetanseheving innen et område som dekkes i bachelorutdanning. Legemiddelhåndtering i spesialisthelsetjenesten er imidlertid blitt så komplisert at det ikke kan forventes at utdanningen kan dekke dette feltet fullt ut. Ettersom det er store variasjoner på praksissteder og hvilke læresituasjoner studentene kommer opp i vil ferdig utdannede sykepleiere ha en noe ulik kompetanse og praktisk erfaring. Utdanningene vil gi en basiskompetanse på generalistnivå. Foretakene må ta ansvar for å sikre spesialist- samt systemspesifikk kompetanse. Dette gjelder også for øvrige personellgrupper som deltar i legemiddelhåndtering (leger, radiografer, vernepleiere m.fl).

## Kapittel 3 Referanser

1. [Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.](#)
2. [Rundskriv IS-7/2015 Legemiddelhåndteringsforskriften, Forskrift av 3.april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.](#)
3. [Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse - og omsorgstjenesten.](#)
4. [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
5. [Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell \(Helsepersonelloven\).](#)
6. [Stortingsmelding nr. 28 \(2014-2015\) Legemidlemeldingen Riktig bruk-bedre helse.](#)
7. [Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020](#)
8. [Regional utviklingsplan 20135](#)
9. [Forskrift 2.november 2004 nr. 1441 om tilvirkning og import av legemidler](#)
10. [Forskrift 21.desember 2007 nr. 1610 om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter \(Reseptformidlerforskriften\)](#)
11. [Forskrift 1.mars 2019 nr. 168 om pasientjournal \(pasientjournalforskriften\)](#)
12. [Forskrift 27.april 1998 nr.455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek](#)

## Vedlegg 1: Definisjoner

**Definisjoner i henhold til § 3 i forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp<sup>1</sup>**

**Helsehjelp:** Helsehjelp som definert i lov av 2. juli 1999 nr.64 om helsepersonell mv. §3 tredje ledd, jf. lov 2. juli 1999 nr.63 om pasient- og brukerrettigheter § 1-3 bokstav c.

**Virksomhetsleder:** Den som har overordnet ansvar for helsehjelpen som ytes i den enkelte virksomhet. I sykehus er dette administrerende direktør.

**Helsepersonell:** Personell som definert i lov 2. juli 1999 nr.64 om helsepersonell mv. § 3 første ledd nr. 1 til nr. 3.

**Legemiddel:** Legemidler som definert i lov 4. desember 1992 nr.132 om legemidler mv. § 2.

**Legemiddelhåndtering:** Enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemiddelet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert.

**Rekvirering:** Muntlig, skriftlig eller elektronisk bestilling av legemidler ved resept eller rekvisisjon jf. Forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 1-3.

**Ordinering:** Beslutning tatt av helsepersonell, med rekvireringsrett til pasient, om iverksettelse, videreføring eller endring av individuell behandling med legemiddel. Ordinering skal dokumenteres i samsvar med forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal.

**Ordinering gjennom prosedyre:** Beslutning om iverksettelse av legemiddelbehandling gjennom skriftlig prosedyre som er fastsatt av virksomhetsleder.

**Istandgjøring:** Tilberedning eller annen klargjøring av legemiddel for utdeling til pasient.

**Tilberedning:** Klargjøring av legemiddel som på grunn av kort holdbarhet må gjøres bruksferdig umiddelbart før bruk.

**Dobbeltkontroll:** 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. En automatisert elektronisk kontroll kan benyttes dersom den er likeverdig med en manuell kontroll.

**Utdeling:** Utdeling av ferdig istandgjort legemiddel til pasient, administrering av legemiddel som pasienten ikke kan administrere selv, overvåking av legemiddelinntak og observasjon av eventuelle umiddelbare reaksjoner på tilført legemiddel.

### Andre definisjoner brukt i dokumentet:

**Apotekstyrt legemiddellager (ASL):** Sykehusapoteket overtar ansvaret for at en avdeling eller post på sykehuset til enhver tid har på lager de legemidler som er avtalt (basisliste).

**Begrenset bytte:** Legemidler med begrenset bytte har eksempelvis et smalt terapeutisk vindu eller andre problematiske forhold knyttet til dosering og effekt som gjør at medisinbytte kan være uheldig. Eksempelvis har levotyrosin og medisiner mot epilepsi begrenset bytte.



**Bruksklare parenterale legemidler:** Parenterale legemidler som er «klar til bruk» og hvor aktuell dose er ferdig klargjort enten som infusjon eller injeksjon. En unngår dermed tilberedning av infusjoner eller opptrekk ved injeksjon.

**Endose:** Legemidlene er pakket/merket enkeltvis med påført legemiddelnavn, styrke, holdbarhetsdato, produsent og batchnummer.

**Elektronisk identifiserbare endoser:** Endoser med en elektronisk identifiserbar kode.

**Feilmedisinering:** Utilsiktede hendelser ved feil legemiddelbruk som for eksempel utlevering av legemiddel til feil pasient, feil legemiddel, feil dose, feil tid, feil indikasjon, feil administrering mv.

**Generika/synonymer:** Generika er legemidler som har samme virkestoff og effekt som originalpreparatene, og som produseres av konkurrerende produsenter etter at patenttiden til originalpreparatene har utløpt.

**Legemiddelsamstemming:** Er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten skal sikre overføring av korrekt informasjon om pasientens aktuelle legemiddelbruk. Det vil si å lage en liste over alle legemidler pasienten bruker. Listen skal inneholde opplysninger om legemiddelnavn, virkestoff, legemiddelform og styrke, dosering og bruksområde.

**Legemiddelsamtale:** En dialog om pasientens legemiddelbehandling, f.eks. ved utskrivning for å gi informasjon, motivasjon og trygghet i forhold til egen behandling.

**Legemiddelgjennomgang:** En gjennomgang av en pasients totale legemiddelbehandling for å avdekke eventuelle forhold som reelt eller potensielt kan interferere med ønsket helseeffekt som valg av legemiddel, dosering, bivirkninger, interaksjoner, avvikende legemiddelbruk mm. Gjennomføres i samarbeid med behandlende lege.

**Legemiddelberedskap:** Med legemiddelberedskap forstås tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser og andre uønskede hendelser knyttet til legemiddeltilgjengelighet innen sykehus og sykehusapotek.

**Legemiddelrevisjoner:** Interne revisjoner innen legemiddelområdet.

**Legemiddelkurve/ordinasjonskort:** Alle ordineringer av legemidler og som er en del av pasientens journal inkl. f.eks. medisinerings skjema, insulinskjema og Marevanskjema.

**Multidose:** Ferdige doserte legemidler til den enkelte pasient merket med pasientdata, legemiddelnavn, styrke, antall og tidspunkt for utlevering, "Dose i pose".

**Pasientbundet endoser:** Den enkelte endose er elektronisk identifiserbar og alle legemidlene til en pasient er merket med pasientens navn eller sammenstilt i en medisintralle eller bundet sammen.

**Pasientmerket endoser:** Hver enkelt endose er merket med pasientens navn og elektronisk ID.

**Reseptfrie legemidler:** Betegnelsen omfatter både ikke-reseptpliktige legemidler og legemidler som er unntatt reseptplikt (f.eks. en bestemt pakningsstørrelse).

**Tilvirkning:** Fremstilling, pakking, etikettering, om-etikettering og frigivelse av legemidler, samt de nødvendige kontroller i forbindelse med slike aktiviteter. For å utøve tilvirkning av legemidler kreves tilvirkertillatelse fra Statens Legemiddelverk. Denne gis med hjemmel i legemiddelovens § 12.

**Uønskede hendelser:** Hendelser som har ført til, eller kunne ha ført, til betydelig personskaade.

## Vedlegg 2: Legemiddelhåndteringsrutiner – anbefalt innhold

Anbefalt prosedyreinnehold tar utgangspunkt i anbefalinger gitt i Rundskriv IS – 7/2015.

Legemiddelhåndteringsforskriften (Forskrift av 3. april 2008 nr 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp). Da alle helseforetakene i HSØ skal ha/har utarbeidet legemiddelhåndteringsprosedyrer anses det ikke lenger nødvendig å gi de ulike prosedyrene noen kategorisering i ihht prioritet.

Oslo universitetssykehus (OUS) har utarbeidet en rekke legemiddelhåndteringsprosedyrer som er elektronisk tilgjengelig, se [ehåndbok](#).

For anbefalt prosedyreinnehold er det i noen tilfeller gitt konkrete løsningsforslag, men hovedsakelig er det gitt en beskrivelse av kravspesifikasjoner som anbefales innfridd i de lokale prosedyrene.

### Anbefalinger

Vedlagt er lenker til reviderte anbefalinger fra RLH som utdyper innholdet til enkeltprosedyrer. Disse er også lenket til under den enkelte prosedyre der de er aktuelle:

[Dokumentasjon av legemidler ved innleggelse](#)

[Rutiner for legemidler ved utskriving og overføring av pasient](#)

[Mottak, oppbevaring og bruk av pasienters private legemidler](#)

[Narkotikaregnskap: Kontroll med legemidler i reseptgruppe A og B](#)

[Tilberedning av intravenøse antimikrobielle midler- en oversikt over håndteringssystemer](#)

[Legemiddelavfall - Håndtering](#)

[Opplæringskrav av vikarer i legemiddelhåndtering](#)

[Dokumentasjonsrutiner for perioperativ legemiddelhåndtering](#)

[Bruk av pasientadministrerte H-reseptlegemidler](#)

[Risikolegemidler](#)

[Merking av legemidler til injeksjon/infusjon/inhalasjon/per oral administrering](#)

[Bruk av partikkelfilter](#)

[Dokumentasjonsrutiner for perioperativ legemiddelhåndtering](#)

[Legemiddelkomitearbeid i HSØ](#)

Andre relaterte dokumenter anbefalt av RLH, er:

[Legemidler med forvekslingsfare](#)

[Medisiner ved utreise](#)

**DEL I: Innskrivning, ordinering, istandgjøring, utdeling og dokumentasjon**

Forslag til prosedyrer	Forslag til prosedyreinnehold
<p><b>1. Rutiner for opptak av pasientens legemiddelliste og samstemming i MetaVision (MV)</b></p>	<p>Følgende må dokumenteres i DIPS, inntakstjournal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fullstendig liste over pasientens legemiddelbruk som omfatter både reseptpliktige og reseptfrie samt naturlegemidler og/eller kosttilskudd.</li> <li>• Hvorvidt oversikten over pasientens legemiddelbruk kan regnes som fullstendig eller om videre kvalitetssikring av legemiddelopplysninger er nødvendig må dokumenteres.</li> <li>• Legemidler som er gitt prehospitalt (prehospitale journaler) dokumenteres i journal.</li> <li>• Se også kap. 2.2.1:</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u><a href="#">Dokumentasjon av legemidler ved innleggelse</a></u></p> <p>Følgende dokumenteres i MV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fullstendig liste over pasientens legemidler (faste og ved behov) fra før innleggelse.</li> <li>• Eventuelle endringer som er utført ved innleggelse, som f.eks. seponering eller pausing.</li> </ul> <p>Gjennomført legemiddelsamstemming dokumenteres i eget skjema i MV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke kilder som er benyttet.</li> <li>• Om pasienten hadde bistand til legemiddelhåndteringen i forkant av innleggelse.</li> <li>• Om pasienten bruker multidossepakkede legemidler.</li> </ul>
<p><b>2. Rutiner for ordinering i MV</b></p>	<p>Ordineringen skal være til enkeltpasient og informasjonen må være entydig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I MV er hovedprinsippet generisk ordinering. Det er også mulig å ordinere et spesifikt preparatnavn og låse dette. I de tilfeller en velger å låse ordineringen til et spesifikt preparat, betyr dette at eksakt preparatet skal gis til pasient av medisinske grunner.</li> <li>• Viktige elementer er legemiddel, dose, legemiddelform, administreringsmåte, adm. tidspunkt/hyppighet, maks. døgndose og indikasjon ved behovsmedisinering. Dette ivaretas vanligvis ved bruk av mal i MV. Alle ordineringer skal godkjennes/signeres av lege ved legevist.</li> <li>• Presisering av seponeringsrutiner og rutiner for midlertidig opphold av medisinerer (nulling/pausing).</li> <li>• Spesifiser tydelig tilsetninger ved intravenøs ernæring og aktuell infusjonsvæske ved ordinering av infusjoner. Dette ivaretas</li> </ul>

	<p>vanligvis ved bruk av maler i MV.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved muntlig ordinerer skal denne gjentas av sykepleier og dokumenteres i MV. Ordinasjonen sendes til aktuell lege som godkjenner denne ved første anledning. Muntlig ordinerer bør begrenses etter innføring av elektronisk kurve pga. økt tilgjengelighet.</li> <li>• Ved behovsmedisinering skal indikasjon, dose og maksimal døgndose fremgå. Lege må regelmessig vurdere en eventuell fast medisinering ut fra frekvensen av gitt eventuell medisinering.</li> </ul>
<p><b>3. Ordinerer gjennom prosedyrer</b></p>	<p>Som hovedregel skal legemidler ordineres til den enkelte pasient i form av faste legemidler eller legemidler ved behov.</p> <p>Det er åpnet for at man kan ordinere etter prosedyre i situasjoner der slik ordinerer er nødvendig for å kunne <b>yte forsvarlig helsehjelp</b>, og hvor det <b>ikke er praktisk mulig at lege ordinerer</b> til den enkelte pasient. Samtidig har Helsedirektoratet gitt føringer for når ordinerer etter prosedyre ikke kan benyttes.</p> <p>Se side 25 i <a href="#">Rundskriv IS 7/2015</a></p> <p>Virksomhetsleder skal definere i hvilke situasjoner ordinerer «etter prosedyre» kan benyttes, og prosedyrene skal utarbeides i samarbeid med person med rekvireringsrett.</p> <p>Helsepersonell definert av virksomhetsleder, kan administrere og dele ut legemidler i henhold til slike ordineringsprosedyrer.</p> <p>Prosedyren skal inneholde regler om</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i hvilke tilfeller prosedyren gjelder</li> <li>- for hvilket helsepersonell den gjelder</li> <li>- krav til helsepersonellens kompetanse (generelle- og særskilte krav)</li> <li>- krav til dokumentasjon, både for den som gir legemidlet og legens dokumentasjon i ettertid.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• All bruk av legemidler etter en slik prosedyre skal dokumenteres og gjennomgås med lege ved første anledning (så raskt som mulig og senest innen neste visitt) for vurdering av videre hensiktsmessig behandling av pasienten.</li> <li>• I prosedyrene må dose, administrasjonsform, maksimal dose, indikasjon/bruksområde og eventuelle kontraindikasjoner for hvert legemiddel spesifiseres.</li> </ul> <p>I elektroniske legemiddelkurve MV kan f.eks. aktuelle legemidler beskrevet i prosedyre angis fra faste maler/ordineringspakker og sendes til signering av lege.</p>
<p><b>4. Bytte mellom byttbare legemidler</b></p>	<p>I MV er hovedprinsippet generisk ordinerer. Det vil si at generisk bytte ikke er aktuelt fordi produkt velges ved istandgjøring fra en liste i MV basert på ATC koder og legemiddelform relatert til ordinerer.</p> <p>Legemidler med lik ATC kode er ikke alltid byttbare. MVs skille mellom ulike depotformuleringer (depot OD og depot) kan oversees,</p>

	<p>og det fremgår ikke hvilke legemidler som er underlagt begrenset bytte (eks ved epilepsi og stoffskiftesykdom).</p> <p>Helseforetaket må derfor beskrive håndtering av bytte av legemidler i egen prosedyre basert på SLVs bytteliste, og utvidet med lokale tilpasninger/vurderinger. Det anbefales at lege låser ordineringsen til spesifikt preparatnavn ved ordineringsen av legemidler underlagt begrenset bytte.</p>
<p><b>5. Rutiner for istandgjøring og utdeling av legemidler til faste tidspunkter og ved behov (eventuell medisinerings), herunder dobbeltkontroll og dokumentasjon</b></p>	<p>Istandgjøring og utdeling skal kun skje direkte etter original ordineringsen.</p> <p>Alle legemidler som istandgjøres på forhånd skal merkes med/legges i pasientidentifiserbar skuff eller dosett:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientnavn og fødselsdato</li> <li>• Legemidlets navn og/eller virkestoff</li> <li>• Styrke på legemiddel</li> <li>• Dose</li> <li>• Eventuelt påføres annen nødvendig informasjon som f.eks legemiddelform (tabletter/depottabletter), beskyttelse mot lys, oppbevaringsbetingelser.</li> <li>• Flytende perorale legemidler og (inkl. oppslemmede/oppløste tabletter) istandgjøres i perorale sprøyter.</li> <li>• Legemidler til injeksjon, inhalasjon eller som er trukket opp i perorale sprøyter skal merkes med administrasjonsmåte.</li> </ul> <p>Dokumentasjon av aktuelt produktnavn(handelsnavn) ved faste og eventuelle doseringer gjøres i MV ved istandgjøring (klargjøring) eller utdeling (klargjør og bekreft)<sup>11</sup>.</p> <p>All merking av legemiddeldoser skal være identifiserbare helt frem til utdelingstidspunktet.</p> <p><b>Unntak fra krav om merking er hvis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legemiddelet under istandgjøring og utdeling er innenfor én persons håndtering og ikke blir lagt eller plassert i en mellom-lagringssituasjon (tralle, benk).</li> <li>• Samme person trekker opp en dose til parenteralt bruk like før administrasjon, får utført dobbeltkontroll, for deretter å gi legemidlet umiddelbart.</li> </ul> <p>Det må utarbeides rutiner for egenkontroll og dobbeltkontroll med utgangspunkt i krav til forsvarlighet og risikovurdering i den enkelte enhet. Se eksempler på <a href="#">Risikolegemidler</a> og vurder spesielt injeksjoner av opioider, utregninger, ved istandgjøring av døgn- eller ukedoser, ved innstillinger av infusjonspumper og ved overføring av legemiddellister.</p> <p>Dobbeltkontroll er definert ved at 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. Dette betyr at begge har et selvstendig ansvar. I tillegg anbefaler RLH at dobbeltkontrollen utføres av kvalifisert helsepersonell. MetaVision legger til</p>

	<p>rette for at dobbeltkontroll kan dokumenteres både ved istandgjøring (Klargjør) og utdeling (Bekreft).</p> <p>Det må i tillegg utarbeides rutiner blant annet for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legemidler som skal gis i sonde.</li> <li>• Selvadministrering.</li> </ul> <p>Fra fagnettverket MV anbefales:</p> <p><b>Selvadministrering for inneliggende pasienter</b></p> <p><i>Lege beslutter om pasienten kan administrere legemidlene selv og skriver «adm. selv» i kommentarfelt ved ordinasjon av hvert enkelt legemiddel. Dette må eventuelt revideres ved endring av beslutning. Sykepleier skal følge opp pasienten mht. Selvadministrering og dokumenterer administrasjon av aktuelle doser som angitt i arbeidslisten.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observasjon, dokumentasjon og formidling av effekt og eventuelt bivirkninger av legemiddelbehandlingen må beskrives i interne rutiner.</li> </ul>
<p><b>6. Rutiner for tilberedning/tilsetninger</b></p>	<p>På bakgrunn av risikovurderingen skal helseforetaket utarbeide prosedyrer med krav til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hygiene og renhold av arbeidsbenk og lokaler inkludert ventilasjon.</li> <li>• Tilberedning, herunder vurderes       <ul style="list-style-type: none"> <li>- bruk av overførings-sett</li> <li>- uttak fra et hetteglass eller tilsvarende, se e- læring i Lærings portalen «Legemiddeltilberedning i sykehus»</li> <li>- merking av ferdig utblandet legemiddel (se pkt. 5)</li> <li>- krav og merking ved anbrudd</li> <li>- behov for utarbeidelse av utblandingstabell/blandekort. Blandekort for barn, se <a href="#">Nasjonalt kompetansesenter for legemidler til barn</a>. Kontakt lokalt sykehusapotek eller se OUS prosedyre for eksempler på <a href="#">blandekort</a> og <a href="#">utblandingstabeller</a> til voksne.</li> </ul> </li> <li>• Aseptisk arbeidsteknikk inkl. opplæring.</li> <li>• Kompetanse (kunnskaper, ferdigheter og egnethet).</li> <li>• Ferdigheter i legemiddelregning, inkl. opplæring.</li> <li>• Interne kontrollrutiner som f.eks dobbeltkontroll og utstyrskalibrering.</li> <li>• Tilberedningsrom/sted (f.eks maks antall mennesker til stede under tilberedning, og tiltak for å unngå krysskontaminering og annen forurensning inkl. avfallshåndtering).</li> <li>• Dokumentasjon skal tilpasses art og omfang av tilberedningen og skal være sporbar. Det må fremgå hvem som har gjort tilberedningen og tidspunkt for tilberedningen.       <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ved dobbeltkontroll: signering av begge i legemiddelkurve.</li> <li>- Utrekningen kan dokumenteres i MV i kommentarfeltet.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Batchnummer skal registreres når det har oppstått en bivirkning ved bruk av et biologisk legemiddel. Det er derfor god praksis å dokumentere dette i journal for eventuelt å kunne spore dette i ettertid. Produksjonsprosessen har en større variasjon for biologiske legemidler. Dokumentasjon i MV kan gjøres ved f.eks. å skrive dette inn i kommentarfeltet.</li> </ul> <p>Den enkelte enhet/avdeling må ta utgangspunkt i hvilke legemidler som tilberedes, omfang og hyppighet og gjennomføre en lokal risikovurdering i henhold til overordnede føringer for tilberedning og overordnede kvalitetskrav.</p> <p>Risikovurderinger bør gjennomføres med en sammensatt deltagere fra ledelsen, de som utfører tilberedning, smittevern/hygiene og personer med farmasøytisk kompetanse inkl. tilberedning.</p> <p>Se også kap.2.2.3.</p> <p>Se også:</p> <p>Anbefalingene i punkt 5.</p> <p><a href="#">Tilberedning av intravenøse antimikrobielle midler- en oversikt over håndteringssystemer.</a></p> <p><a href="#">Merking av legemidler til injeksjon/infusjon/inhalasjon/per oral administrering</a></p> <p><a href="#">Bruk av partikkelfilter</a></p> <p>Fagprosedyre for cytostatikahåndtering finnes på <a href="http://www.fagprosedyrer.no">www.fagprosedyrer.no</a>).</p>
<p><b>7. Identifisering av riktig pasient ved utdeling av legemidler</b></p>	<p>Gode rutiner/egenkontroll ved identifisering av pasient:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjekk at riktig pasient er valgt i MetaVision mot ID-bånd der dette er innført, spør om mulig pasienten om navn og fødselsdato. Prosedyren gjentas for hvert administreringstidspunkt.</li> <li>• Istandgjorte legemidler sjekkes mot originalordinering i MetaVision.</li> <li>• Bruk elektronisk kontrollsystemer der disse finnes. Se beskrivelse av Lukket legemiddelsløyfe (LLS), se Kap. 2.3.4.</li> </ul>
<p><b>8. Dokumentasjon og kontroll av legemiddelliste ved overføring internt i virksomheten.</b></p>	<p>Rutiner og ansvar for dokumentasjon av legemiddelbehandling må beskrives ved overføring av pasienter mellom enheter som benytter ulike dokumentasjonssystemer. Ved overføring av legemiddelinformasjon må det komme frem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fullstendig og entydig legemiddelliste.</li> <li>• Informasjon om nylige endringer og seponeringer av betydning for neste enhet.</li> <li>• Når og hvordan legemidler er gitt ved siste administrasjonstidspunkt.</li> <li>• Total dose av legemidler gitt ved behov siste døgn.</li> <li>• Se også: <a href="#">Dokumentasjonsrutiner for perioperativ legemiddelhåndtering</a></li> </ul>
<p><b>9. Rutiner ved utskrivning og</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det bør gjennomføres en <a href="#">legemiddelgjennomgang</a> av pasien-</li> </ul>



**ved overføring til annet behandlingsnivå/overflytting mellom sykehus**

tens legemiddelbehandling før utskrivning.

[Sjekkliste](#) finnes på Legemiddelverket.

- Alle pasienter eller pårørende skal motta en samstemt legemiddelliste. En samstemt legemiddelliste skal ta utgangspunkt i pasientens legemiddelbruk (LiB) ved innkomst, og endringer som er gjort under oppholdet.
  - Legemidlene i legemiddellisten til pasient skal angis med preparatnavn og generisk navn, legemiddelform, styrke, dose og bruksområde/indikasjon. Legemiddellisten, kun med generisk navn i MV, kan overføres til LiB i DIPS («hent elektronisk kurve»).
  - Det skal i tillegg komme frem
    - eventuelt videre oppfølging og kontroll av legemiddelbehandlingen.
    - varighet av behandlingen.
    - eventuelle endringer som seponeringer og/eller doseendringer og begrunnelse for endringene. NEK modellen er anbefalt i [Tiltakspakken I trygge hender 24/7](#).
- N – Ny  
E- Endret  
K- Kur
- Legemiddellisten utarbeides av lege ved utskrivningstidspunktet og sendes til fastlegen og eventuelt andre som skal ha ansvar for pasientens videre legemiddelbehandling.
  - Det gjennomføres en utskrivningssamtale med pasient på grunnlag av en samstemt legemiddelliste. Skriftlig informasjon om pasientens legemidler leveres der dette er relevant.
  - Det skal utarbeides rutiner for samhandling med fastlege, sykehjem og hjemmesykepleie eller andre institusjoner ved overføring av pasient. Rutinene må:
    - Ivareta og sikre informasjonsflyt og hindre avbrudd i legemiddelbehandlingen.
    - Sikre legemiddelforsyning som f.eks. leveranser av smertekassetter, intravenøs ernæring, spesialproduserte legemidler til barn, legemidler uten markedsføringstillatelse m.m.
    - Legemidler bør utleveres inntil det kan skaffes egne legemidler. Se merking som ved utlevering av legemidler til permisjon, punkt 11.
    - Ved overføring av pasient til annet behandlingsnivå må opplæring av annet helsepersonell vurderes mhp gjennomføring av den videre legemiddelbehandlingen.
  - Ved overføring mellom helseforetak/sykehus vurderes behovet for om rapport fra MV skal sendes i tillegg til epikrise.

Se også:

	<p><a href="#">Rutiner for legemidler ved utskriving og overføring av pasient</a></p> <p><a href="#">Medisiner ved utreise</a></p> <p>Eventuell tilbakelevering av private legemidler til pasienten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se også: <a href="#">Mottak, oppbevaring og bruk av pasienters private legemidler</a></li> </ul>
<p><b>10. Oppbevaring og eventuelt bruk av pasientens private legemidler</b></p>	<p>Sykehuset er ansvarlig for all legemiddelbehandling under sykehusoppholdet. Pasienter skal ikke oppfordres til å ta med egne legemidler med unntak av legemidler som kan være vanskelig å anskaffe.</p> <p>For å hindre at pasienter tar legemidler de ikke skal, og sikre forsvarlig oppbevaring av legemidler slik at disse er utilgjengelig for uvedkommende, må</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>private legemidler oppbevares innelåst på særskilte plasser eksempelvis på legemiddellageret.</li> <li>deponering av private legemidler sikres ved f.eks. selvforseglingsposer med dobbelkontroll eller liste over innleverte legemidler som signeres av pasient/pårørende og sykepleier, spesielt viktig ved A- og B-preparater</li> <li>det ikke etableres systemer for rutinemessig bruk av pasientens private legemidler.</li> </ul> <p>Se også: <a href="#">Mottak, oppbevaring og bruk av pasienters private legemidler</a></p> <p><b>Unntak for H-reseptlegemidler:</b></p> <p>Det må utarbeides lokale rutiner for bruk av pasientadministrerte H-reseptlegemidler under sykehusopphold.</p> <p>Se anbefaling: <a href="#">Bruk av pasientadministrerte H-reseptlegemidler</a></p>
<p><b>11. Utlevering av legemidler ved permisjon</b></p>	<p>Rutine for utdeling og administrering ved permisjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Emballasjen merkes med legemiddelnavn, styrke, dosering og doseringstidspunkt, spesielle oppbevaringsbetingelser, holdbarhet, pasientnavn og ansvarlig lege. Bruk av endoser anbefales.</li> <li>Bruk av egnet doseringspose/dosett.</li> <li>Det må gis skriftlig informasjon om hvordan og når legemidlene skal tas og hva pasienten selv skal følge med på.</li> </ul> <p>Dokumentasjon i MV, anbefalinger fra fagnettverk MV:</p> <p><b>Selvadministrering ved permisjon.</b></p> <p><i>Hvis permisjonen er innenfor 7 dager klargjøres faste legemidler i arbeidslisten. Ved behovs medisiner føres i permisjonsskjema. Antall medsendte legemidler, faste- og behovs-legemidler samt eventuell</i></p>

	<p>retur etter permisjon registreres i skjema for permisjonsdoser. Ved permisjon utover 7 dager føres faste og ved behovs medisiner i skjema for permisjonsdoser. Faste medisiner klargjøres ikke i arbeidslisten pga. begrensing i funksjonalitet. Etter permisjonen registreres informasjonen om hva pasienten har tatt av faste og ved behovs medisiner i permisjonsskjema.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle rester av legemidler etter permisjon leveres tilbake til enheten og kasseres.</li> </ul>
<p><b>12. Utlevering av pasientens legemidler til pårørende eller arvinger ved dødsfall</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reseptpliktige legemidler skal ikke utleveres til annen person enn den de er ordinert eller rekvirert til<sup>12</sup>. Disse kan sendes til sykehusapoteket for destruksjon eller følge sykehusets egne destruksjonsrutiner.</li> </ul>
<p><b>13. Utlevering av legemidler til dagpasienter/ polikliniske pasienter</b></p>	<p>Definisjon dagpasient: Opphold under fem timer eller når pasient ikke skrives inn.</p> <p>For opphold over fem timer, eller når pasient skrives inn og ut, gjelder samme praksis som for døgnpasienter.</p> <p>Utlevering av legemidler til dagpasienter/polikliniske pasienter ved hjemreise skal dokumenteres i journalen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legemidler bør utleveres inntil pasienten kan skaffe egne legemidler. Se merking som ved utlevering av legemidler til permisjon, punkt 11.</li> <li>• Bruk av egnet doseringspose/dosett og eventuelt doseringsutstyr.</li> <li>• Det må gis skriftlig informasjon om hvordan legemidlene skal tas og hva pasienten selv skal følge med på.</li> </ul>
<p><b>14. Utlevering av legemidler til ansatte og pårørende</b></p>	<p>Hvis helseforetaket velger å ha legemidler tilgjengelig for egne ansatte, skal det finnes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutiner for utdeling av legemidler til ansatte.</li> <li>• Eget medisinskap for ansatte som inneholder legemidler unntatt fra reseptplikt.</li> <li>• Forskrivning av resept til ansatte bør unngås. Dersom det skrives resept på reseptpliktige legemidler til ansatte er dette journalpliktig.</li> </ul> <p>Rutiner for utdeling av legemidler til pårørende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fra eget medisinskap for ansatte.</li> <li>• Unntaksvis etter resept/ordinering fra lege.</li> </ul>

**DEL II: Ansvar, tilgang, opplæring, avvikshåndtering og kontroll**

Forslag til prosedyrer	Anbefalt prosedyreinnehold
<p><b>1. Ansvar for legemiddelhåndteringen og hvem som kan håndtere legemidler</b></p>	<p>Helsepersonell som har oppgaver i legemiddelhåndteringsprosessen som beskrevet i <a href="#">Rundskriv</a> kap. 2, forventes å ha faglig kompetanse og erfaring innen områder nevnt under relevante kompetanseområder punkt 4.4.4. i Rundskriv. Dette er lege, sykepleier og vernepleier.</p> <p>Istandgjøring av legemidler i Helse Sørøst utføres av:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleier</li> <li>• Lege</li> <li>• Vernepleier (aktuelt i psykiatriske poster/rusavdelinger)</li> <li>• Annet delegert helsepersonell etter nærmere beskrivelse og opplæring som f.eks apotekpersonalet.</li> </ul> <p>Utdeling av legemiddel bør utføres av:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleier.</li> <li>• Lege</li> <li>• Vernepleier **</li> <li>• Annet helsepersonell *</li> </ul> <p>*Dersom enkeltoppgaver innen legemiddelhåndteringsprosessen delegeres til helsepersonell uten fullstendig formalkompetanse kreves teoretisk og praktisk opplæring utover generell nyansattopplæring. Se kap.1.3 og 2.2.4.</p> <p>Dokumentasjon på tilegnet kompetanse bør foreligge i form av en avsluttende kunnskapstesting både teoretisk og via observasjon.</p> <p>Delegeringen/bemyndigelsen må angi hvilke oppgaver, ved hvilken enhet delegeringen gjelder, og evt. varighet.</p> <p>Kompetanse og personlig egnethet skal vurderes ved ansettelse og jevnlig under ansettelsesforholdet.</p> <p>**Ved mottaksenheter og akuttpsykiatriske enheter må kompetansen til vernepleiere vurderes spesielt mht. legemidlenes administreringsmåte (injeksjoner) og vurderinger/observasjoner som kreves.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studenter i et ansettelsesforhold (gjelder ikke praksisperioden) vurderes ut fra den enkeltes kompetanse og opplæring de har gjennomgått.</li> <li>• Se også: <a href="#">Opplæringskrav av vikarer i legemiddelhåndtering</a></li> </ul>
<p><b>2. Hvem som skal ha tilgang til legemiddel-lager?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det skal være en begrenset og kontrollert tilgang til alle deler av legemiddellageret for de som er tildelt oppgaver med legemiddelhåndtering.</li> <li>• Apotekpersonalet må ha tilgang ved ASL (apotekstyrt legemiddellager).</li> <li>• Sikre nøkkelrutiner og adgangskontroll.</li> <li>• Det må foreligge rutiner når personell slutter eller skifter stilling/avdeling.</li> </ul>

<b>3. Når og hvilken opplæring som skal gis?</b>	<p>Krav til kompetanse må sikres slik at helsepersonellet innehar og vedlikeholder nødvendige kvalifikasjoner i forhold til oppgavens art. Nærmeste leder har ansvar for at ansatte har tilstrekkelig opplæring. Se kap. 1.3.</p> <p>Hvert HF definerer hvilken avdeling som er ansvarlig for opplæring.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoretisk og praktisk opplæring til den enkelte gis av personell med kompetanse i legemiddelhåndtering og kjennskap til lokale forhold og rutiner.</li> <li>• Opplæringsavdelingen/opplæringsansvarlig bør koordinere og administrere behovet for opplæring på bakgrunn av felles kompetanse-tilbud og kursportefølje innen legemiddelhåndtering i Helse Sør-Øst RHF.</li> </ul>
<b>4. Rapportering av uønskede hendelser og oppfølging av disse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uønskede hendelser skal meldes i sykehusets avvikssystem. Forbedringsområder innen legemiddelområdet meldes ihht helseforetakets egne rutiner.</li> <li>• Avvik og forbedringsområder fra legemiddelrevisjonene registreres i sykehusets avvikssystem og behandles etter samme arbeidsprosess som for andre avviksregistreringer. Sykehuset er ansvarlig for å melde og lukke avvikene, og det bør etableres en enhetlig praksis for registrering og oppfølging av disse.</li> <li>• Se også kap. 2.2.2. Styringssystem.</li> </ul>
<b>5. Kontroll av etterlevelse av rutinene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legemiddelrevisjoner skal gjennomføres regelmessig ved avdelinger som har legemiddellager og hvor det håndteres legemidler.</li> <li>• Tema for legemiddelrevisjoner velges på bakgrunn av lokale vurderinger med bakgrunn i risikoanalyser og registrerte avvik, eventuelt i henhold til regionale/ sentrale prioriteringer.</li> <li>• Der legemiddelrevisjonene utføres av et revisjonsteam skal fagrevisor være lege eller farmasøyt.</li> <li>• Helseforetakene bør prioritere å delta i legemiddelrevisjoner med felles tema på tvers av helseforetakene (fellesrevisjoner).</li> <li>• Legemiddelrevisjonene inngår i virksomhetens samlede handlingsplan for interne revisjoner.</li> </ul>

**DEL III: Legemiddellageret**

Forslag til prosedyrer	Anbefalt prosedyreinnehold
<b>1. Rutiner for rekvirering (bestilling) og mottak av legemidler</b>	<p>Helseforetaket må ha kontroll på hvem som har myndighet til å rekvirere legemidler (eventuelle delegeringer fra virksomhetsleder):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I tillegg til lege, kan sykepleier samt farmasøyt og apotektekniker ved apotekstyrt legemiddellager (ASL) rekvirere legemidler til lokalt lager etter liste (basislager) godkjent av lege.</li> <li>• Listen over basislageret (basislisten) skal inneholde mengde av hvert enkelt legemiddel som skal finnes på lageret. Listene vurderes regelmessig. Mindre endringer i lagerbeholdningen som vurderes nødvendig mellom hver revisjon av basislisten kan utføres av andre enn lege. Unntak er beredskapslegemidler og A- og B preparater.</li> <li>• Det bør innføres elektronisk bestilling, ASL og elektronisk lagerstyrings-system der dette er hensiktsmessig.</li> <li>• Ved rekvirering av legemidler utenfor liste godkjent av lege, men ordinert til enkeltpasient, skal rekvisisjonen være sporbar. Denne må derfor inneholde: <ul style="list-style-type: none"> <li>- navn på ordinerende lege</li> <li>- dato for ordinering</li> <li>- navn på bestiller</li> </ul> </li> <li>• Særskilte legemidler eller kurer rekvireres til enkeltpasient <b>før</b> innleggelse av elektive pasienter/polikliniske- og dagpasienter hvis mulig.</li> <li>• Det skal beskrives rutiner for bestilling av legemidler som skal tilvirkes i sykehusapoteket som for eksempel cytostatika, smertekassetter/blandinger, antibiotika, intravenøs ernæring (TPN) og eventuelt legemidler til LAR-behandling.</li> </ul>
<b>2. Gjennomføring av narkotikaregnskap og kontroll med legemidler i reseptgruppe A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basislager av legemidler i reseptgruppe A må være definert og underskrevet av lege. Ved rekvirering av legemidler i gruppe A, utenom basis-sortiment, må disse være underskrevet av lege dersom bestillingen ikke er sporbar, det vises til ordinering av lege samt identifikasjon på bestiller. Se Del III punkt 1 prikkpunkt 4).</li> <li>• Narkotikaregnskap skal vise alle bevegelser for legemidler i gruppe A, inkludert mellomlagring, lån og utlån (i begge regnskap), samt pasient-spesifikke legemidler i smertepumper/blandinger og legemidler ved legemiddelassistert rehabilitering (LAR).</li> <li>• Narkotikaregnskap skal oppbevares i 5 år ved sykehusenhetene.</li> <li>• Dobbeltkontroll/signatur gjøres ved mottak, uttak, overføring mellom regnskapsskjema, lån mellom enhetene og ved kassasjon (rester og utgatte)/retur samt ved uoverensstemmelser i legemiddellageret.</li> <li>• Det må foretas regelmessige (måned-, kvartals- eller tertialvise) oppgjørskontroller mot sykehusapotekets leveranser. I tillegg må lokalt lager telles, og kontrollene må forelegges enhetsleder.</li> <li>• Oppbevaring av private legemidler i gruppe A, se punkt 12.</li> <li>• Ved implementering av elektroniske logistikk-systemer (f.eks datavarehus</li> </ul>

	<p>med uttrekk fra Metavision) og/eller bruk av legemiddelkabinetter kan eventuelt rapporter fra disse kunne erstatte papirføring av narkotikaregnskap med unntak av kassasjon.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se også: <a href="#">Narkotikaregnskap: Kontroll av legemidler i reseptgruppe A og B</a></li> </ul>
<p><b>3. Gjennomføring av kontroll med legemidler i reseptgruppe B</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basislager av legemidler i reseptgruppe B må være definert og underskrevet av lege. Ved rekvirering av legemidler i gruppe B, utenom basis-sortiment, må disse være underskrevet av lege dersom bestillingen ikke er sporbar, det vises til ordinerer av lege samt identifikasjon på bestiller. se Del III punkt 1, prikkpunkt 4).</li> <li>• Det skal gjennomføres kontroll med innkjøp og forbruk av B-preparater. Forskriftskravet om kontroll av innkjøpte legemidler mot faktisk forbruk skal gjøre det mulig å avdekke eventuelle uoverensstemmelser i beholdningen på et tidlig tidspunkt. Dette kan gjøres ved f.eks.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periodevise oppgjørsskjema som brukes for A-preparater kan tas i bruk for B-preparater (gir kun oversikt over innkjøp og forbruk). Forbruket vurderes ut ifra antall pasienter og deres forbruk av B-preparater.</li> <li>- Innføre regnskap, oppgjørskontroller, dobbeltkontroller og rutiner for oppbevaring av private legemidler, tilsvarende som for legemidler i gruppe A, for alle legemidler i gruppe B.</li> <li>- Alternativt kan regnskap føres periodevis for å estimere et "normalforbruk" og/eller som stikkprøvekontroll.</li> <li>- Ved mistanke om uregelmessigheter anbefales regnskapsføring som for A-preparater.</li> <li>- Datavarehus med uttrekk fra MetaVision, kan brukes til kontroll av legemidler i utleveringsgruppe B.</li> </ul> </li> <li>• Ved implementering av elektroniske logistikk-systemer og/eller bruk av legemiddelkabinetter kan rapporter fra disse erstatte papirføring av regnskap for B-preparater med unntak av kassasjon.</li> </ul>
<p><b>4. Rutiner for oppbevaring av legemidler</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legemiddellageret skal være rent, ryddig og oversiktlig. Det skal kun oppbevares legemidler og andre hjelpemidler som brukes for istandgjøring og utdeling.</li> <li>• Legemidler skal oppbevares i låsbare skap eller låsbare rom og utilgjengelig for uvedkommende.</li> <li>• Legemiddellageret organiseres og inndeles oversiktlig. En ofte benyttet organisering er etter ATC koder (jf. Felleskatalogens ATC register).</li> <li>• Narkotika (legemidler i reseptgruppe A) skal oppbevares adskilt fra andre legemidler. Det anbefales å ha disse i et eget låsbart skap/skuff på legemiddellaget.</li> <li>• Akuttlegemidler (ø-hjelpstraller, akuttbrett/-skrin m.m.) som har spesielle oppbevaringssteder må være kjent for personalet. Man må ha rutiner for kontroll og etterfylling av disse.</li> <li>• Legemidler oppbevares i originalemballasjen eller etter ompakking utført</li> </ul>

	<p>av sykehusapoteket.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legemidler må unngå eksponering av direkte sollys. Enkelte legemidler som er merket med «beskyttes mot lys» skal beskyttes mot alt lys (se emballasje for nærmere beskrivelse).</li> </ul> <p>Unntak: Ompakkede endoser fra sykehusapoteket.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ut ifra en risikovurdering er krav om lysbeskyttelse ivaretatt under disse gitte betingelsene: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perorale endoser pakkes og oppbevares i esker.</li> <li>▪ Perorale endoser oppbevares tett inntil hverandre i en egnet skuff som er utilgjengelig for direkte sollys og ikke plasseres direkte under lysarmatur.</li> <li>▪ Holdbarhet på ompakkede perorale endoser uten blisteromslag settes til maksimum 6 måneder.</li> </ul> </li> <li>○ For legemidler i ampuller eller hetteglass med kjent ustabilitet ved lyseksponering må disse f.eks leveres i eske, lysbeskyttende Zip-posere, eller oppbevares i tette skuffer eller skap. Alternativt må en vurdere om disse ikke bør ompakkes som endoser.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det må sikres en beredskap av tidskritiske legemidler for akutsituasjoner eller sjeldne tilstander som ikke lagerføres som basisvare.</li> <li>• Desinfeksjonsmidler og reagenser skal ikke oppbevares sammen med legemidler, men plasseres i egne skap eller egne hyller merket henholdsvis «Desinfeksjonsmidler» og «Reagenser».</li> <li>• Legemiddelforpakninger til flergangsbruk må påføres dato og tidspunkt for anbrudd. Gjelder både sterile legemidler og eventuelt andre legemidler (eks miksturer) definert av helseforetaket.</li> <li>• Oppbevaring av pasienters egne legemidler, se punkt 10.</li> <li>• Legemiddellageret gjennomgås kvartalsvis mhp holdbarhet, og legemidler med kortere holdbarhet enn 3 måneder merkes. Unntak for merking er der hvor lagerstyringssystemer ivaretar holdbarhetskontroll.</li> <li>• Legemiddellageret gjennomgås jevnlig mht. oppdatering av basislister.</li> <li>• Legemiddellageret må regelmessig rengjøres. Benkeflater i legemiddellageret, sikkerhetsbenker eller avtrekkskap rengjøres daglig. Sikkerhetsbenk og avtrekkskap skal rengjøres minimum en gang hver uke. Hyller, kjøleskap, endosetraller m.m. hvert kvartal. Rengjøringen loggføres.</li> <li>• Temperaturkontroll med loggføring av alle legemiddellagre <b>skal</b> gjennomføres regelmessig (Definisjon: romtemperatur 15 - 25 grader, kjøleskap 2 - 8 grader). Anbefalt kontrollhyppighet: daglig for kjøleskap ukentlig for romtemperatur. Det anbefales å benytte et maksimum og minimum-termometer samt bruk av «Freezetag» som viser om det har vært kuldegrader i kjøleskapet.</li> <li>• Veiledende brukstider for legemidler etter anbrudd må være kjent.</li> </ul> <p>Ved eventuell feriestengning av enkeltenheter må legemidlene i gruppe A og B oppbevares ved annen enhet, i sykehusapoteket eller på annen måte</p>
--	---



	gjøres utilgjengelig for uvedkommende.
<b>5. Rutiner for retur og kassasjon av legemidler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det utarbeides rutiner for kassasjon av legemidler ved sykehusavdelingene og levering av legemidler til retur og eventuelt kassasjon i samarbeid med sykehusapoteket.</li> <li>• Legemiddelavfall omfatter legemidler eller legemiddelrester som må kasseres av ulike årsaker, samt utstyr som er brukt ved administrering av legemidler og tekstiler tilsølt av legemidler.</li> <li>• Legemiddelavfall skal håndteres i egnede beholdere og sendes til forbrenning. Husk lukkede avfallsbeholdere for å hindre fordampning av forurensende stoffer.</li> <li>• For legemidler i reseptgruppe A (narkotika) og B (vanedannende) må det sikres at disse ikke kommer uvedkommende i hende. Hvis sykehusapoteket tar disse i retur, skal sykehusapoteket og leverende enhet kvittere ved mottak/levering og kvitteringene arkiveres ved enheten.</li> <li>• Rester av jodholdige legemidler fra firma GE healthcare (Omnipaque, Visipaque) skal samles i spesialbeholdere bestilt direkte fra GE healthcare.</li> <li>• Se også <a href="#">Legemiddelavfall-håndtering</a></li> </ul>
<b>6. Legemiddelberedskap utenom apotekets åpningstid</b>	<p>Det må utarbeides:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste over hvor antidoter og andre spesielle legemidler er plassert inkludert kritiske legemidler, eventuelt hvor man kan henvende seg, for å få tilgang på disse. Antidoter – anbefalt innhold i norske sykehus finnes <a href="#">her</a>.</li> <li>• Oversikt over hvordan legemidler kan skaffes utenom apotekets åpningstid (<a href="#">sykehusapotekenes vaktordning</a>). Beskriv rutiner for en eventuell tilgang til oversikt over legemiddel-lager i andre avdelinger (TønSys eller Delta) og Sykehusapotekenes regionale vaktberedskap.</li> </ul> <p>Ved implementering av elektronisk lagerstyring på lokale legemiddellager (Delta), kan sykehusets totale beholdning og lokalisasjon av legemidler gjøres tilgjengelig.</p>
<b>7. Lån av legemidler fra annen post/avdeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Førre liste over utlån av legemidler i reseptgruppe A og B. Slikt utlån skal dokumenteres både av utlånende og lånende enhet. Den som låner skal vise til ordinerer og identifisere seg med ID-kort hvis ukjent for utlåner.</li> <li>• For A preparater skal denne dokumentasjonen foreligge i narkotikaregnskapet.</li> <li>• Se også punkt 2 og 3 over.</li> </ul>

#### DEL IV: Diverse

<b>Eksempler på andre aktuelle prosedyrer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Håndtering av cytostatika, søl og uhell, oppkast, urin og avføring og håndtering av ekstravasal infusjon av cytostatika (jf. Del I punkt 5).</li> <li>• Overvåkning, registrering og melding av bivirkninger.</li> <li>• Holdbarhet av sterile og usterile legemidler etter anbrudd.</li> <li>• Bruk og holdbarhet av sterilt engangsutstyr til administrering av legemidler</li> <li>• Rutiner for bestilling og bruk av H-reseptlegemidler (HF-finansierte lege-</li> </ul>
---	--

	<p>midler).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vedlikehold av Reseptformidler ved endringer av behandling og forskrivning av e-resept.</li><li>• Egenadministrering/selvadministrering</li></ul>
--	---

## Vedlegg 3: Mandat Regionalt legemiddelhåndteringsutvalg (RLH)

Etablering av Regionalt legemiddelhåndteringsutvalg (RLH) ble besluttet på RLF møte 5. mai 2010. RLH er et permanent underutvalg under Regionalt legemiddelforum (RLF) og deltagerne er oppnevnt for 3 år.

### Hensikt:

Hovedoppgaven for utvalget er å vedlikeholde veileder for legemiddelhåndtering i HSØ.

Utvalget skal videre bidra til samarbeid, koordinering og utvikling av kompetansevirksomhet innen legemiddelhåndtering i regionen ved å understøtte etablering av felles kursinnhold, kurs og tilbud basert på e-læring.

Det skal etableres kontakt, dialog og kunnskapsutveksling med relevante utdanningsinstitusjoner. (Hva skal ivaretas i selve utdanningen? /Hva skal arbeidsgiver sørge for?).

Utvalget skal holde seg oppdatert om relevante endringer, utvikling og innføring av nye systemer med betydning for legemiddelhåndteringsområde.

Utvalget skal utarbeide en handlingsplan og regelmessig rapporterer til RLF samt utarbeide en årsrapport.

### Organisering:

Regionalt legemiddelhåndteringsutvalg er et permanent underutvalg under Regionalt legemiddelforum (RLF) i Helse Sør-Øst. Deltagerne oppnevnes for 3 år.

- Oppnevning: Utvalg med leder oppnevnes av Regionalt Legemiddelforum
- Sammensetning: Utvalget får tverrfaglig representasjon av helsepersonell med oppgaver innen legemiddelhåndtering inkludert sykepleiere, leger, farmasøyter, samt personell med relaterte oppgaver innen systemstøtte, tillitsvalgt og brukerrepresentant.
- Sekretærfunksjon betjenes av utvalget.
- Samarbeid: Utvalgets virksomhet skjer i dialog og samarbeid med lokale legemiddelhåndteringsfunksjoner (utvalg, koordinator e.l.), ved de enkelte helseforetak.

### Utvalgets sammensetning:

- Astrid Johnsen, fagutvikler Sykehusapotekene HF (leder)
- Kjell Tore Myre, seniorrådgiver og anesthesisykepleier Akershus universitetssykehus HF
- Nina Bjerknes, avdelingsleder og farmasøyt Sykehusapoteket Drammen/Vestre Viken HF
- Grete Høghaug, leder for Klinisk kompetanseprogram og sykepleier Oslo Universitetssykehus HF
- Laila Irene Bruun, spesialrådgiver og farmasøyt Oslo Universitetssykehus HF
- Arild Slettebakken, brukerrepresentant Helse Sør-Øst
- Marit Bue, fagutviklingssykepleier intensiv Sykehuset Innlandet HF
- Maud Kristiansen, spesialrådgiver Sykehuset Østfold HF
- Marina Holm Stenbråten, sykepleier Sunnaas sykehus HF
- Miriam Christoffersen, fagsykepleier Diakonhjemmet sykehus
- Caroline Waller Hammer, avdelingssykepleier Lovisenberg Diagonale Sykehus
- Helene Pedersen, fagsykepleier Sykehuset Telemark HF
- Maren Nordsveen Davies, avdelingsleder og farmasøyt Sykehusapoteket Tønsberg/Sykehuset i Vestfold HF
- Beate Hedding-Valvik, avdelingsleder og farmasøyt Sykehusapoteket Kristiansand/Sørlandet sykehus HF
- Irene Kronkvist, konserntillitsvalgt UNIO Helse Sør-Øst RHF

## Vedlegg 4: Lokale legemiddelkoordinatorer

HFene skal ha en oppnevnt koordinator på legemiddelområdet jf. beslutning på RLF møte 5. mai 2010. Koordinatoren vil være viktig i den videre kommunikasjonen med RLH.

### Målsetning/hensikt:

Lokale legemiddelkoordinatorer skal bistå i å koordinere samarbeidet innen regionen. Først og fremst innen prosedyrearbeid og kompetanseutvikling innen legemiddelområdet.

### Ansvar:

Lokal legemiddelkoordinator skal være Regionalt legemiddelhåndteringsutvalgets (RLHs) kontaktperson inn i helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst ved å svare på henvendelser, gi innspill til RLH og eventuelt videre distribuere informasjon internt i foretaket.

### Oppgaver:

Legemiddelhåndteringsfeltet inneholder mange ulike oppgaver som f.eks. prosedyrer, opplæring, distribusjonsskjeden og terapivalg. Dette vil involverer mange ulike aktører i sykehuset som f.eks. kvalitetsutvalg, avviksoppfølging/pasientskadeutvalg, kompetanseenheter, sykehusapotek, legemiddelkomité med eventuelle underutvalg m.fl.

Lokale legemiddelkoordinatorer skal:

- Ha kjennskap til organisering og rollefordeling (nøkkelpersoner) i eget helseforetak/sykehus.
- Sørge for å formidle referater, informasjon og høringer fra Regionalt legemiddelhåndteringsutvalg (RLH) til aktuelle enheter/nøkkelpersoner i helseforetaket/sykehuset, og å bringe tilbakemeldinger inn til RLH.