|  |  |
| --- | --- |
| Logotyp för Linköpings kommun | **LOKAL LÄKEMEDELSINSTRUKTION** |

Vårdgivare som bedriver verksamhet i Linköpings kommun ska ha skriftliga direktiv för läkemedelshantering och säkerställa att kvalitetssystemet innehåller rutiner enligt gällande lagstiftning. En Lokal läkemedelsinstruktion, av MAS utfärdad mall, ska upprättas per verksamhet och revideras en gång per år eller vid förändringar som påverkar läkemedelshanteringen. Kopia på lokala läkemedelsinstruktionen delges MAS.

**Verksamhet**

Äldreboende

Hemsjukvård

LSS

Socialpsykiatri

IFO

|  |  |
| --- | --- |
| **Verksamhet/boende** |  |
| **Verksamhetschef** |  |
| **Läkemedelsansvarig sjuksköterska/or** |  |
| **Vårdcentral** |  |
| **Patientansvarig läkare** |  |
| **Levererande apotek och tel.** |  |
| **Datum** |  |

**Kvalitetssäkring**

Beskriv under de punkter som är relevant för er verksamhet. Namnge om möjligt.

|  |
| --- |
| **Förvaring av den Lokala läkemedelsinstruktionen** *Ska vara tillgänglig för samtlig personal.* |
| **Hur blir Lokala läkemedelsinstruktionen känd hos vårdpersonalen?** |
| **Hur sker verksamhetens egenkontroll av läkemedelshanteringen?** |
| **Ansvar för att signeringslistor uppdateras vid ordinationsändring** |
| **Vem placerar ut nya signeringslistor?** |
| **Vem kontrollerar att signeringslistor är korrekt ifyllda?** |
| **Hur upptäckta avvikelser rapporteras och vem som utför det?** |
| **Hur hanteras avvikelser?** |

**Rekvisition**

Beskriv under de punkter som är relevant för er verksamhet. Namngiv om möjligt.

|  |
| --- |
| **Rutin för fullmaktshantering för uthämtning av läkemedel** |
| **Rutin för kreditansökan. Rutin för nekad kredit** |
| **Vem beställer personbundna (stående) läkemedel i hela förpackningar?** |
| **Ordinarie veckodag för hämtning/leverans av läkemedel** |
| **Kvittens av leverans** |
| **Förvaring av apotekslåda innan den packas upp** |
| **Ansvarar för att packa upp apotekslådan** |
| **Vem kontrollerar att leveransen är rätt och att nya/ändrade ordinationer är utförda?** |
| **Vem bevakar att restnoterade läkemedel levereras?** |
| **Vem hämtar omdispenserade/akut insatta läkemedel?** |
| **Vem meddelar apotek och MAS vid felleverans från dosapoteket?** |
| **Vem meddelar och när meddelas läkaren om påminnelse att förnya ApoDos?** |

**Ordination**

Beskriv under de punkter som är relevant för er verksamhet. Namngiv om möjligt.

|  |
| --- |
| **Hur läkemedelsordinationer dokumenteras** |
| **Rutin för vaccinationer** *(ordination, utförande, dokumentation)* |
| **Vilka ordinationshandlingar används?** |
| **Var förvaras ordinationshandlingarna?** |
| **Vem byter ut ordinationshandlingen hos patienten?** |
| **Vilka dokument finns med vid transport till sjukhus?** |
| **Hur bekräftas telefonordinationer i efterhand?** |
| **Hur utvärderas effekten av given vid behovsmedicinering?** |
| **Hur utförs läkemedelsgenomgångar och hur ofta?** *SOSFS 2012:9* |

**Iordningsställande och administration**

Beskriv under de punkter som är relevant för er verksamhet. Namngiv om möjligt.

|  |
| --- |
| **Var dokumenteras att sjuksköterska delat dosett?** *Signeras på signeringslista läkemedel.* |
| **Hur hanteras och dokumenteras att synonymt läkemedel delas i dosett?** |
| **Hantering vid sväljsvårigheter?** |
| **Förekommer delegering av iordningsställande av doser, i så fall vad?** |
| **Hur sker delegering av administrering av läkemedel och vilka rutiner finns?** *Utbildning, checklista, kunskapstest, gå bredvid etc.* |
| **Hur sker omprövning av delegering?** *Omprövning ska ske minst en gång per år eller vid behov.* |
| **Var administreras doserna och vilka rutiner finns på enheten?** *Samtliga läkemedel ska överlämnas i den enskildes lägenhet. Undantag ska dokumenteras i vårdplan.* |
| **Vilka signeringslistor används och var förvaras de?** |
| **Vad görs med fulltecknade signeringslistor?** *Signeringslistor är journalhandling och ska sparas.* |
| **Var förvaras lista med namnförtydligande för signatur på samtlig vårdpersonal?** |

**Patientbundna läkemedel**

Beskriv under de punkter som är relevant för er verksamhet. Namngiv om möjligt.

|  |
| --- |
| **Var förvaras den enskildes läkemedel (säbo)?** |
| **Hur hanteras nycklar till den enskildes medicinskåp?** |
| **Vem placerar ut den enskildes läkemedel i medicinskåpet?** |
| **Hur informeras personal om att det finns tilläggsmedicin (ex. antibiotikakur)?** |
| **Hur kontrolleras narkotikaförbrukningen och hur ofta?** *Vårdpersonal som överlämnar vid behov läkemedel som är narkotikaklassade ska kontrollräkna och signera. En gång/månad ska kontrollräkning utföras.* |
| **Vem har tillgång till den enskildes läkemedelsskåp?** |
| **Vem kontrollerar läkemedlens hållbarhet och hur ofta?** |
| **Hur hanteras kassation av narkotiska läkemedel?** |
| **Hur hanteras läkemedlen vid ex. resa eller daglig verksamhet?** |
| **Hur tas den avlidnes läkemedel om hand och av vem?** |

**Läkemedel i akutförråd**

Beskriv under de punkter som är relevant för er verksamhet. Namnge om möjligt.

|  |
| --- |
| **Finns ett läkemedelsförråd?** |
| **Var är läkemedelsförrådet placerat?** |
| **Finns akutväska, hur många?** |
| **Var är akutväska placerad?** |

|  |
| --- |
| **Vem rekvirerar läkemedel till läkemedelsförråd?** |
| **Finns lista på vilka läkemedel som läkemedelsförrådet ska innehålla, var?** |
| **Var finns listan generell behandlingsanvisning?** |
| **Vem kontrollräknar narkotiska läkemedel och hur ofta?** *Ska vara annan sjuksköterska än den som rekvirerar.* |
| **Vem kontrollerar kylskåpstemperaturen och hur ofta?** |
| **Vem kontrollerar läkemedlens hållbarhet och hur ofta?** |
| **Finns ett låst skåp för kasserade läkemedel och i så fall var?** |
| **Hur hanteras kassation av narkotiska läkemedel?** |
| **Hur är nyckelrutinen till läkemedelsförrådet?** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrift ansvarig chef** | **Datum** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrift ansvarig sjuksköterska** | **Datum** |