**Ansvarsbeskrivning läkemedelshantering – Medicinskt ansvarig läkare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förvaltning | Område / Verksamhet | Enhet  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Giltighetstid | Fr o m | Årlig översyn genomförd |
| Ansvarsbeskrivningen ska ses över årligen och revideras vid förändringar. Årlig revidering ska dateras och signeras på originalet. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  |

Verksamhetschefen överlåter ansvar för följande ledningsuppgifter till utsedd läkare på enheten.

Namn: Klicka eller tryck här för att ange text.

* att initiera framtagande och revidering av lokala rutiner avseende ordination av läkemedel
* att tillsammans med läkemedelsansvarig sjuksköterska och farmaceut upprätta, revidera och fastställa en bassortimentslista över läkemedel som ska finnas tillgängliga på enheten
* att utarbeta medicinska PM avseende läkemedelsbehandling
* att utarbeta spädningsinstruktioner
* att lokalanpassa och fastställa generella direktiv om läkemedelsbehandling och säkerställa att de uppdateras minst en gång årligen
* att ansvara för att det fastställs vilka läkemedel som får bytas ut mot likvärdiga läkemedel vid iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel
* att introducera nyanställda läkare avseende ordination och hantering av läkemedel
* att ansvara för att regelbunden information ges till enhetens läkare gällande riktlinjer och rutiner för ordination och hantering av läkemedel
* att ansvara för att information ges till enhetens personal om nya behandlingsrutiner och kliniska prövningar
* att tillsammans med enhetschef ansvara för att utvecklingen inom läkemedelshanteringen följs och att ett systematiskt kvalitetsarbete kring ordination och hantering av läkemedel bedrivs, vid behov i samarbete med farmaceut
* att vid behov delta i extern kvalitetsgranskning av enhetens läkemedelshantering

...................................................…… ...................................................…………………

Ort, datum Namnteckning leg. läkare

...................................................…… ...................................................………………....

Ort, datum Namnteckning verksamhetschef