



# RUTINER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

## Instuderingsmaterial inför delegering

Beslutad av	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Beslutsdatum	2012-06-07
Senaste revidering	2016-02-24
Tidigare revideringar	2013-10-28, 2016-02-21
Giltighetstid	tills annat beslut fattas
Beteckning	Rutin
Kategori	Hälso- och sjukvård
Ansvarig handläggare	Mariann Strömberg MAS
Uppföljningsansvarig	Medicinskt ansvarig sjuksköterska



## INSTUDERINGSMATERIAL INFÖR DELEGERING

### Inledning

Legitimerad personal inom kommunen arbetar under Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I vår kommun omfattar det professionerna; sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut. Omvårdnadspersonal arbetar också under denna lag när man utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter ex. överlämnande av läkemedel, såromläggning eller vissa insatser inom rehabiliteringsområdet. Delegering är författningsreglerad vilket innebär att förfarandet är styrt av författningarna (SOSFS 1997:14) *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård* samt (SOSFS 2001:1) *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården*. Författningarna finns i socialstyrelsens författningssamling (SOSFS).

Delegering innebär överlåtelse av en eller flera arbetsuppgifter från någon med formell kompetens till någon med reell kompetens. Formell kompetens innebär att man har en utbildning som ger behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter. Reell kompetens innebär att man utan att ha genomgått utbildning ändå fått praktisk erfarenhet och kunskap om en viss arbetsuppgift och vilka risker som kan vara förknippade med den.

Delegering utförs av den profession/yrkesgrupp som har den formell kompetens för uppgiften. De flesta uppgifter som är aktuella för delegering inom kommunens verksamheter är sådana som sjuksköterskan ansvarar för. Delegering av vissa rehabiliteringsinsatser och träningstekniker ges av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast efter genomgång och instruktioner men de flesta uppgifter av rehabiliteringskaraktär kräver ingen skriftlig delegering. Dock är det viktigt att man som vård- och omsorgspersonal har fått tydliga instruktioner och känner sig trygg i hur uppgiften ska utföras.

Utförda webbutbildningar enligt länk nedan som görs på egen hand hemma samt ett godkänt kunskapstest som man gör i samband med mötet med sjuksköterskan krävs innan en eventuell delegering kan ske. Sjuksköterskan gör också alltid en individuell bedömning av lämplighet samt vilka uppgifter som kan vara aktuella innan beslut om delegering.

Länk till webbutbildning läkemedel:

<http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/utb-lakemedel/>

Länk till webbutbildning diabetesvård:

<http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/diabetesvard/webbutbildningaldre.5356.html>

En delegering är personbunden och kan inte överlåtas till någon annan. Personal som har fått delegering är ansvarig för att utföra uppgiften korrekt. Vid osäkerhet av ordination eller annan delegerad uppgift ska alltid tjänstgörande sjuksköterska kontaktas. Delegeringen är tidsbegränsad och gäller max ett år. Den gäller endast på den/de arbetsplatser som finns angivna på delegeringsbeslutet och man är bara delegerad de uppgifter som är markerade på delegeringsbeslutet.

I kommunen finns det en Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) samt en Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Dessa är ansvariga för att det finns rutiner så att kommunens hälso- och sjukvårdsarbete utförs på ett tryggt och säkert sätt.

## Läkemedelshantering

### Rätt tid

Alla brukare ska erbjudas sina läkemedel på utsatta tider. För vissa läkemedel är det mycket viktigt att de intas på utsatt tid t.ex. läkemedel vid Parkinsons sjukdom, blodförtunnande läkemedel och antibiotika. Skulle det av någon anledning vara så att brukaren inte kan ta sina läkemedel skall tjänstgörande sjuksköterska kontaktas och informeras snarast möjligt samt dokumenteras i brukarens HSL journal.

### Rätt plats

Som huvudregel skall samtliga läkemedel överlämnas i brukarens bostad/rum. Detta för att öka säkerheten i läkemedelshantering och undvika förväxlingar. Läkemedlet ska alltid ges till brukaren innan signering på signeringslistan görs.

### Giltig ordination

Det är läkaren som ordinerar brukarens läkemedel och dessa skall ges enligt ordination. Sjuksköterskan kan ordinera vissa läkemedel enligt generell behandlingsanvisning och är alltid ansvarig för bedömning av när vid behovs läkemedel kan ges.

Brukaren kan ibland vara i behov av extra läkemedel ex. vid oro, smärta, förstoppning eller sömnsvårigheter. Tjänstgörande sjuksköterska skall då alltid kontaktas. Detta ska därefter dokumenteras i HSL-journalen. Vid utebliven effekt eller upprepat behov ska sjuksköterska kontaktas igen. Det är viktigt att en utvärdering av det givna läkemedlet dokumenteras i HSL-journalen för att effekten ska kunna följa upp.

Omvårdnadspersonal har inte rätt att på egen hand ge eller utesluta läkemedel. Enda undantaget från detta är vid vissa akuta sjukdomstillstånd då personal får ge vissa läkemedel innan kontakt tas med sjuksköterska enligt "*Rutin vid akuta sjukdomstillstånd*".

Dessa sjukdomstillstånd är:

- Vid känd epilepsi då kramptillstånd uppstår, ger personal brukarens ordinerade behovsmedicin för just kramptillstånd. Därefter kontaktas tjänstgörande sjuksköterska
- Vid kända kärlkrampsbesvär ger personal brukarens ordinerade vidbehovsmedicin för just kärlkrampsbesvär. Därefter kontaktas tjänstgörande sjuksköterska
- Vid känd diabetes och allmänpåverkan, med misstanke om hypoglykemi, kontrollerar personal blodsockervärdet och ger druvsocker till brukaren om så är möjligt. Därefter kontaktas tjänstgörande sjuksköterska

### Ordinationsformer

Läkemedel som är ordinerade kan antingen vara delade i dosett eller vara dosdispenserade från apoteket. Det kan också förekomma att de behålls i originalförpackningen och att personal ger direkt ifrån den.

### Giltig delegering

Har brukaren ett läkemedel som du inte har delegering för att överlämna, kontaktar du i första hand kollega som har delegering och som kan utföra uppgiften. I andra hand kontaktas tjänstgörande sjuksköterska.

### Rätt kontroller

Dosreceptet är brukarens läkemedelsordination. I vissa fall kan även andra läkemedelslistor förekomma. På dessa framkommer bl.a. brukarens namn, personnummer samt antal läkemedel som skall ges vid olika tidpunkter.

Vid överlämnade av läkemedel skall du förvissa dig om/kontrollera:

- Att rätt brukare får läkemedlet
- Att det är rätt veckodag
- Att det är rätt tidpunkt
- Att antalet tabletter stämmer gentemot apodospåse/dosettens baksida
- Att vid blodförtunnande behandling kontrollera antal tabletter mot AK-mottagningens ordinationshandling

## Särskild hantering av vissa läkemedel

### Blodförtunnande läkemedel

Blodförtunnande läkemedel ges i förebyggande syfte mot blodproppar. Det är viktigt med regelbundenhet, dvs. att läkemedlet tas samma tid varje dag för att uppnå en jämn koncentration av läkemedlet i blodet. Den som behandlas med denna typ av läkemedel har en ökad blödningsrisk. Detta är viktigt att tänka på framför allt i samband med fall eller sårskada. Puls och blodtryck skall alltid kontrolleras vid misstanke om att personen slagit i huvudet. Tjänstgörande sjuksköterska skall alltid kontaktas.

Blodförtunnande läkemedel kan bestå av tabletter eller injektion. Doseringen kan variera från dag till dag. Vid minsta osäkerhet ska tjänstgörande sjuksköterska alltid kontaktas. En vanligt förekommande blodförtunnande tablett är Warfarin. Den delas oftast separat i dosett enligt särskild ordination. Kontrollera alltid ordinationen mot särskild ordinationshandling som förvaras hos brukaren. Ett annat relativt vanligt förekommande blodförtunnande läkemedel är Innohep som finns i injektionsform. Detta ges subkutant i magen. Brukaren får oftast dessa efter ett benbrott då risken för blodproppar är hög relaterat till att man inte kan röra sig lika bra under en viss tid. Innohep finns i färdiga sprutor och ges av sjuksköterska eller delegerad omvårdnadspersonal.

### Insulin

Sjukdomen diabetes innebär minskad eller utebliven produktion av hormonet insulin. På grund av kroppens brist på insulin påverkas blodsockernivån och därför är det viktigt med regelbundna måltider. Diabetes kan behandlas på olika sätt, genom kost, tabletter eller insulin. Insulinet ges subkutant, lämpligast i magen. Insulinet som används förvaras i rumstemperatur i brukarens medicinskåp, övriga insulinförpackningar förvaras i kylskåp.

### Blodsockerkontroll

Blodsocker kontrolleras på dem som är diabetiker. Intervallen på blodsockerkontrollerna kan variera utifrån hur stabilt blodsockret brukar ligga hos brukaren. Blodsocker tas i fingertoppen med särskild apparat. Det är viktigt att se till att brukaren har rena fingrar inför kontrollen så att inte provet förorenas av något ev. kladd på fingrarna som kanske är sött och ger ett felaktigt provresultat. Det går lättare att få fram blod om brukaren är varm om händerna. Torka bort första droppen blod, pressa inte fram blodet utan låt det komma av sig självt. Skriv in värdet i HSL journalen.

**Symtom vid förhöjt blodsocker** (hyperglykemi) är sömnsvårigheter, trötthet, stora urinmängder muntorrhet samt stor törst

**Symtom vid för lågt blodsocker** (hypoglykemi, om blodsockret är under 5) är humörsvingningar, huvudvärk, trötthet, blekhet, svettningar, hunger, synstörningar, yrsel, oro, förvirring och ångslan. Detta kallas även ”insulinkänning”

Vid symtom på hyper- eller hypoglykemi, eller förändrat hälsotillstånd såsom kräkning, diarré, feber eller om brukaren äter dåligt eller inte alls ska du kontrollera blodsockret och informera också alltid tjänstgörande sjuksköterska i dessa situationer. Om brukaren är medvetlös ring 112 och kontakta därefter tjänstgörande sjuksköterska.

## Syrgas (O<sub>2</sub>)

Vissa sjukdomstillstånd kräver syrgasbehandling. Syrgas finns i tuber eller syrgaskoncentrator. Ordination för mängden syrgas som ska ges mäts i liter. Ordinationen är individuell och ordineras av läkare. Syrgas kategoriseras som läkemedel. Vid förekomst av syrgastuber skall detta markeras vid ytterdörren till bostaden med särskild symbol.

Syrgas är något tyngre än luft och fastnar i poröst material ex. i kläder, sängtextilier och gardiner. Detta medför en ökad brandrisk i rummet. Av den anledningen får inte rökning eller öppen eld förekomma i rum där syrgasbehandling ges. Syrgas som ”fastnat” i textilmaterial skakas bort ex. när man bäddar sängen. Tänk på att syrgasmolekylerna finns kvar även när syrgasen är avstängd. Om brukare med syrgasbehandling avlider tänd då inte levande ljus i rummet.

Vid högt tryck kan syrgastuber självantända och brinna explosionsartat. Vid hantering av gastuber måste utrustning och verktyg vara fria från fett. Om fett finns kring öppningen på gastuben kan det i kombination med högt tryck av syrgas vid ev läckage ökar risken för brand/explosion. Det höga trycket ger en friktion med kraftig värmeökning på fett som då skulle kunna självantända.

Om brukaren har torr hud kan vilken salva eller kräm som helst användas. Även läppar och näsborrar är ok att smörja med cerat och nässprayer (Nozoil eller dyl.) användas utan hinder. Den syrgas som patienten får via grimman alternativt masken har inte ett sådant högt tryck så att det skulle kunna uppstå någon kraftig värmeökning.

## Beredningsformer för läkemedel

På signeringslistor står oftast förkortningar för den beredningsform av läkemedel som det gäller:

T.	Tablett
K.	Kapsel
Brust.	Brustablett
R.	Resoriblett
Mixt.	Mixtur/Flytande
Dr.	Droppar
Pulv.	Dospulver
Inh.	Inhalation
Pl.	Läkemedelsplåster
S.	Stolpiller/Suppositorier
Kl.	Klysmå
Vag.	Vagitorier
Inj.	Injektion

## Administreringssätt för läkemedel

### Tablett

Tabletter ska sväljas hela tillsammans med ett glas vätska i sittande ställning. Det är viktigt att se till att inga läkemedel finns kvar i munnen eftersom det kan orsaka frätskador. Alla tabletter är inte lämpade att krossas. Kontakta alltid ansvarig sjuksköterska för råd.

### Kapsel

En del läkemedel finns i kapselform. Läkemedlet finns inuti kapseln för att det ska tas upp senare i mag- tarm kanalen. Man får av denna anledning inte dela på kapseln och tömma ut innehållet i mat eller dryck. Kapslar ska alltid sväljas hela med ett glas vätska i sittande ställning.

### Tuggtablett

Tuggtablett ska inte sväljas ner med vatten utan tuggas sönder i munnen innan den sväljs.

**Brustablett**

Dessa läkemedel ska lösas upp i minst ett halvt glas vatten. Man får aldrig stoppa in dessa läkemedel direkt i munnen då dessa kan orsaka kräkning och i värsta fall frätskador i mun och svalg.

**Resoriblett**

Läkemedlet appliceras under läppen eller tungan beroende på sort. Där smälter den ner och tas upp av den kärlika slemhinnan som finns i munnen. Läkemedlet tas upp direkt ut i blodet och man får en mycket snabbare effekt än om tablett skulle sväljas. Läkemedlet måste förvaras i originalförpackning eftersom den är fuktkänslig.

**Munsönderfallande/ frystorkad tablett**

Tabletterna ska läggas på tungan, där den snabbt faller sönder. Den upplösta tablett kan sedan sväljas ner med eller utan vätska. Tablett måste förvaras i originalförpackning eftersom den är fuktkänslig.

**Mixtur/flytande**

Vissa läkemedel finns i flytande form. Det står angivet på förpackningen om de ska förvaras i rumstemperatur eller kylskåp. Oftast mäts dosen upp i milliliter (ml). Medicinmuggarna vi använder är oftast markerade från 1-30 ml.

**Droppar**

Vissa läkemedel mäts upp i droppar. Flaskan är då anpassad med en liten öppning så att läkemedlet kommer ut droppvis. I annat fall finns en tillhörande pipett som man droppar ut antalet ordinerade droppar med.

**Dospulver**

Det finns flera olika sorters dospulver. En del ska blandas med minst ett halvt glas vätska och andra kan strös på ex gröten innan man tar det.

**Inhalation**

En del läkemedel inhalerar man, dvs. man andas in dem via mun/näsa. De vanligast förekommande inom kommunal hälso- och sjukvård är inhalationsläkemedel för astma eller KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom). Läkemedlet ska komma ner i lungorna för att ge rätt effekt och därför är det viktigt att man ber vårdtagaren att andas in läkemedlet ordentligt.

Man kan inhalera via en elektrisk apparat som kallas Pariboy. Man håller då läkemedlet i en liten behållare. När man sätter på apparaten så kommer det luft in i behållaren och skapar ångor som man andas in via en mask eller ett munstycke.

Man kan också inhalera via en sk. Turbohailer. Detta är en inhalator med färdiga doser i. Man får fram en dos genom att vrida på munstycket fram och tillbaka. När man hör ett klickljud har dosen kommit fram. Vårdtagaren ska då först andas ut och därefter föra munstycket till munnen, och andas in läkemedlet. Vårdtagaren ska gärna hålla andan 2-3 sek. efter att denne dragit in läkemedlet. Man drar aldrig fram en dos om inte vårdtagaren ska inhalera just nu. På sidan av inhalatorn finns ett litet fönster. När man ser att det är rött där, är det dags att byta inhalatorn. Då är läkemedlet snart slut.

Det finns även inhalatorer som man lägger kapslar i för hand. Man trycker på en knapp på sidan av inhalatorn och då perforeras kapseln och läkemedlet kan inhaleras.

Det finns även inhalatorer som ser ut som en liten diskus. På den finns en liten spak som man för fram och tillbaka. Man får då fram en ny dos som inhaleras.

## Ögondroppar

Innan man hjälper vårdtagaren med detta är det viktigt att tvätta händerna. När man öppnar en ny flaska ögondroppar ska man märka upp den med dagens datum. Flaskan är som regel hållbar en månad efter öppnandet. Kortare hållbarhetstid förekommer.

Är det engångspipetter slängs dessa efter varje gång. Flaskan omskakas lätt en gång innan varje användning. Be vårdtagaren luta huvudet bakåt. Vårdtagaren ska titta rakt upp, dra ner det undre ögonlocket. Tryck ut en droppe. Undvik att flaskan får kontakt med ögat. Öppnad flaska förvaras i rumstemperatur.

Ska olikadroppar ges i samma öga, vänta 10 min mellan varje droppe eftersom ögat bara rymmer 1 droppe. Om man inte väntar mellan dropparna så blinkar man bara bort läkemedlet och effekten uteblir.

## Öronproppar

Örondroppar används vanligtvis för att mjuka upp vaxproppar men det kan även förekomma örondroppar som ges av annan orsak. Det är viktigt att tänka på att räta ut hörselgången innan dropparna ges. Detta görs lämpligast genom att lätt dra i ytterörat. Fetvadd används för att förhindra örondropparna att rinna ur. Vanlig bomull ska inte användas då den vanliga bomullen istället suger upp dropparna från örat.

## Läkemedelsplåster

Läkemedelsplåster ska appliceras på överkroppen eller överarmen, på slät hudyta utan irritation. Hudytan ska helst vara obehårad. Huden ska vara ren och torr innan applicering. Skyddshöljet ska tas bort före applicering. Plåstret fästs genom att handflatan trycks mot plåstret i ca 30 sekunder. Hela plåstret, speciellt kanterna måste ligga an ordentligt mot huden. Vid byte av plåster ska det nya plåstret fästas på en annan hudyta.

Använda plåster kasseras enligt särskilda rutiner och ska skickas till apoteket såsom övriga kasserade läkemedel. Var noga med att inte få någon del av plåstret på din egen hudyta. Vissa läkemedelsplåster är narkotikaklassade och skall hanteras med särskild kontroll.

## Suppositorier

Suppositorier ska ges i ändtarmen. Den skall försiktigt föras in cirka ett pekfinger långt in i ändtarmen. Läkemedlet tas snabbt upp eftersom det finns ytliga blodkärl i ändtarmen. Ser ut som en liten raket. När man tagit ur den ur förpackningen brukar man säga att den trubbiga ändan skall föras in först för att inte reta tarmen med den vassa kanten nertill, detta för att formen på suppen gör att den då inte riskerar att glida ut igen. Detta har dock ingen större betydelse eftersom suppositoiet smälter fort. För vissa patienter med hemorrojder eller andra analbesvär kan det vara skonsammare vid själva införandet att ta den spetsiga delen först. Hör med sjuksköterska för individuell anpassning kring vilken ände på suppositoriet som ska föras in först.

Det finns även läkemedel som verkar lokalt i tarmen såsom ex. laxeringsmedel. Dessa skall om möjligt verka cirka 20 minuter innan brukaren går på toaletten. Det är viktigt att tänka på den etiska aspekten när man hjälper någon att få suppositorier.

## Klyσμα

Klyσμα ges i ändtarmen. Det är en vätska som finns i plastbehållare med några cm lång pip. Änden på pipen bryts av och pipen förs därefter försiktigt in i ändtarmen. När innehållet tryckts ut i ändtarmen är det viktigt att man håller behållaren intryckt även när man drar ut pipen från tarmen. Be brukaren knipa igen ringmuskeln. Om läkemedlet är till för att sköta magen, ska det om möjligt verka i cirka 20 minuter innan brukaren går på toaletten. Vissa andra läkemedel som skall tas upp av blodet i tarmen verkar inom några minuter såsom ex kramplösande läkemedel vid epileptiska anfall.

## Vagitorier

Läkemedlet tillförs i vaginan där slemhinnorna suger upp substansen och ger en lokal effekt. Vagitorier kan oftast se ut som suppositorier. Vissa vagitorier införs med hjälp av en applikator. Läs alltid bruksanvisningen i förpackningen. Viktigt att tänka på den etiska aspekten när man hjälper någon att få ett vagitorium.

## Injektion

Injektion kan ges på tre olika sätt. Under huden (subkutant) dvs. att läkemedlet kommer in i fettvävnaden och tas upp därifrån, in i muskeln (intramuskulärt) eller direkt in i blodet (intravenöst). Delegering till omvårdnadspersonal innefattar bara subkutana injektioner. Exempel på detta är insulin och vissa blodförtunnande läkemedel. Subkutana injektioner ges oftast i magen, i området runt naveln, då detta område har en bra upptagningsförmåga. När man ger injektionen tar man ett lätt grepp med tummen och pekfingret om lite hull runt naveln. Man ska ge injektionen i hullet.

Injektion i muskeln eller blodet delegeras inte utan ges endast av sjuksköterskor.

## Narkotika och övriga kontrollläkemedel

Vissa läkemedel tillhör gruppen kontrollläkemedel. I särskilt boende samt i ordinärt boende där personalen tagit över läkemedelshanteringen och läkemedlen finns inlästa skall förbrukningsjournal föras på dessa läkemedel. Exempel på sådana läkemedel är narkotikaklassade läkemedel, lugnande ångstdämpande läkemedel eller sömnmediciner.

Om ett läkemedel tas från originalförpackning så är det viktigt att skriva in uttaget i förbrukningsjournalen och göra en avräkning av antalet, detta ska ske vid varje uttag. Uppmärksamhet att inte avräkningen stämmer så skall ansvarig sjuksköterska kontaktas.

## Biverkningar

Idag är det vanligt att äldre har många läkemedel. Ett skäl till detta är att de ofta har flera sjukdomar som kräver behandling. Det är inte ovanligt att läkemedel ger en eller flera biverkningar. En del läkemedel har övergående biverkningar, medan andra läkemedel ger biverkningar som kvarstår så länge man använder läkemedlet. En biverkan innebär en eller flera oönskade effekter av läkemedlet. Vanliga biverkningar är dåsighet, trötthet, förvirring, blodtrycksfall, yrsel, muntorrhet, förstoppning, sömnstörning samt aptitlöshet. Uppmärksammas symtom informeras tjänstgörande sjuksköterska.

## Övriga hälso- och sjukvårdsuppgifter som kräver delegering

### Urinvägskateter

Kateter är en typ av slang som förs genom urinröret upp i blåsan eller via bukväggen. Den kopplas sedan till en uppsamlingspåse som oftast är tömbar. Uppsamlingspåsen kan fästas på benet med en fästordning. Låt aldrig påsen hänga fritt bredvid benet. Det är viktigt att titta till och tömma påsen regelbundet flera gånger per dag så att den inte blir sprängfylld. Urinuppsamlingspåsen byts ut en gång per vecka.

Orsaken till att brukaren får urinvägskateter är någon form av problem med att tömma blåsan. Detta kan t.ex. bero på avflödeshinder eller svag blåsmuskel. Urinvägskateter byts som regel var 3:e månad. Detta gäller både urinrörskateter och suprapubiskateter om inget annat ordineras. Det är alltid en läkare som ordinerar kateter. Det är en sjuksköterska eller delegerad omvårdnadspersonal som får sätta in urinvägskateter.

Vid vissa tillfällen kan man behöva spola katetern, exempelvis vid stopp eller grumlig urin. Detta görs på ordination av tjänstgörande sjuksköterska och kräver att man har delegering för uppgiften. Att bära urinvägskateter och vid spolning av denna innebär stor risk för urinvägsrelaterade infektioner. Det är därför viktigt att vara noggrann med hygien i alla moment i katetervården, dvs. vid insättning av



urinvägskateter, spolning och daglig hygien. Kontakta alltid tjänstgörande sjuksköterska om det inte kommer någon urin eller om urinen är grumlig eller blodfärgad.

## PEG

Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (PEG) är en operationsmetod där man med hjälp av gastroskopi öppnar upp en gång till magsäcken genom bukväggen. Detta görs när intag av mat och vätska via munnen inte fungerar. Det finns också andra metoder för att operera en stomi till magsäcken, ex Witzelfisteloperation, den metoden är dock inte lika vanlig som PEG-operation). Oavsett operationsmetod så brukar man i dagligt tal kalla både hålet på magen och den slang som används för PEG.

Gastrostomisonder/slangar kan se lite olika ut, antingen har man en slags knapp eller en tub. I slangen ges sondmat, vätska och läkemedel. Hantering av PEG-knappar/tuber kräver delegering för detta.

Att säkerställa läget för dessa perkutana sonder kan vara svårt. Tekniker man kan använda är att spruta in lite luft med en sondspruta och samtidigt lyssna utanpå magsäcken med stetoskop. Sjuksköterskan skall kontaktas om man är minsta tveksam om läget på PEG:en. Vidare skall sjuksköterskan kontaktas om läckage uppstår kring stomat (hålet), om det syns tecken på infektion runt stomat eller om det är trögt eller svårt att spruta in sondmat eller vatten i PEG:en. När man gett läkemedel är det viktigt att alltid spola efter med vatten så det inte blir tablettrester kvar i slangen.

## Sår

Ta för vana att i samband med den dagliga omvårdnaden försöka se över brukarens hudstatus för att upptäcka eventuell skada eller kvarstående rodnad. Dessa tecken kan vara början till sår, kontakta då alltid ansvarig sjuksköterska.

Sårömläggning är en uppgift som kan utföras av delegerad personal. Sårömläggningen ska alltid dokumenteras och signeras efter ömläggning enligt rutiner för dokumentation av sår. Sjuksköterskan är ansvarig för att vårdplan för sårbehandlingen upprättas och också ansvarig för vilka ömläggningsmaterial som skall användas. Det är detta material som skall användas och inget annat.

Vid förändring av sårets utseende och karaktär dokumenteras förändringen i sårvårdsjournalen och ansvarig sjuksköterska kontaktas.

För enklare omplåstring av ytliga sår, ex ett mindre skrapsår eller rispa eller för att tillfälligt lägga på ett förband på en sårskada för att stoppa blödning och skydda såret i samband med olycka krävs ingen delegering. I dessa fall lägger personal på ett enkelt förband efter behov och kontaktar sedan sjuksköterska som tar ställning till vidare åtgärder och fortsatt ömläggning.

## Sjuksköterskans roll i kommunen

Det finns sjuksköterska i tjänst dygnet runt, alla dagar i veckan. Den sjuksköterska som är omvårdnadsansvarig för en enhet ansvarar, planerar och följer upp alla hälso- och sjukvårdsinsatser kring brukaren. Dock stöttar alla sjuksköterskor varandra och uppstår behov av bedömningar och åtgärder då omvårdnadsansvarig sjuksköterska inte är i tjänst så tar annan sjuksköterska i tjänst vid uppgiften.

Sjuksköterskan är inte arbetsledare för personalgruppen, det är enhetschefen. Dock har sjuksköterskan en arbetsledande funktion vad gäller hälso- och sjukvårdande uppgifter och personalen är skyldig att följa legitimerad personals bedömning och instruktioner vad gäller hälso- och sjukvård.

Sjuksköterskan i sin tur har att följa de ordinationer och behandlingsanvisningar som ges av läkare på de områden som sjuksköterskan själv inte har behörighet/formell kompetens att ordinera behandling för.

### Att tänka på inför kontakt med sjuksköterska

Omvårdnadspersonal kontaktar tjänstgörande sjuksköterska om brukarens hälsotillstånd försämras eller om det uppstår andra problem gällande hälso- sjukvård. Vid telefonkontakt med sjuksköterskan skall läkemedelslistan vara tillgänglig. Dokumentera och utvärdera eventuella åtgärder i HSL-journalen. Dokumentera även namnet på den sjuksköterska som är kontaktad.

Innan kontakt med tjänstgörande sjuksköterska, kontrollera:

- Om brukaren har kissat
- När brukaren skötte magen senast
- Känns brukaren varm - Ta en temp
- Har brukaren diabetes – Ta ett blodsocker
- Är brukaren yr eller har kraftig huvudvärk – Ta puls och blodtryck

Det är av stor vikt att följa sjuksköterskans ordinationer och samt återkoppla till tjänstgörande sjuksköterska enligt överenskommelse.

### Fysioterapeutens/sjukgymnastens och Arbetsterapeutens roll

Fysioterapeutens/sjukgymnastens och Arbetsterapeutens arbete är också hälso- och sjukvårdsarbete på likvärdigt sätt som sjuksköterskans. De ansvarar för, planerar och följer upp hälso- och sjukvårdsinsatser på rehabiliteringsområdet i samråd med sjuksköterska. De ordinerar träningsprogram, utför rehabiliterande åtgärder mm samt provar ut hjälpmedel som brukaren behöver.

Arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut tjänstgör dagtid vardagar. Vid akuta/brådskande ärenden då det inte finns någon av dessa i tjänst vänder man sig till tjänstgörande sjuksköterska.

Viss specifik behandling kan kräva delegering av fysioterapeuten eller arbetsterapeuten. Dock hanteras de flesta uppgifter genom instruktioner eller anvisningar istället på dessa professioners område.

Hjälpmedel är personbundna och får inte användas av någon annan än den som de är utprovade/föreskrivna på. Dessa ska användas enligt anvisning från fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut.

Fysioterapeuten/sjukgymnasten och Arbetsterapeuten är inte arbetsledare för personalgruppen, det är enhetschefen. Dock har Fysioterapeuten/sjukgymnasten och Arbetsterapeuten en arbetsledande funktion vad gäller hälso- och sjukvårdande uppgifter och personalen är skyldig att följa legitimerad personals bedömning och instruktioner vad gäller hälso- och sjukvård.

Fysioterapeuten/sjukgymnasten och Arbetsterapeuten i sin tur har att följa de ordinationer och behandlingsanvisningar som ges av läkare på de områden som de själva inte har behörighet/formell kompetens att ordinera behandling för.

### Avvikelser

Rapportering av avvikande händelser är en hörnpelare i arbetet att förbättra kvalitet och säkerhet i vård och omsorg. Med en avvikelse menas en negativ händelse eller ett tillbud som inneburit någon form av risk för skada eller skada för den enskilde t.ex. fallolycka, uteblivet läkemedel, förväxling av läkemedelsdos, felaktigt utförd träning, fel på medicinskt teknisk utrustning etc.

Det är viktigt att rapportera avvikelser för att kunna vidta åtgärder och förebygga att händelsen upprepas igen. Den personal som uppmärksammar händelsen skriver avvikelserapporten samt dokumenterar i HSL journalen enligt de rutiner som finns.

## Dokumentation

Syftet med att föra journal är i första hand att bidra till en god och säker vård av brukaren. Journalen är främst ett arbetsinstrument för den som ansvarar för brukarens vård.

Det är viktigt att särskilja SOL-, LSS- och HSL-dokumentation. I HSL-journalen skall alla uppgifter av hälso- och sjukvårdskaraktär dokumenteras t.ex. förändringar betydelsefulla för brukarens hälsotillstånd.

En väl dokumenterad journal har stor betydelse för brukarens säkerhet och ökar tryggheten för personalen. En bra journalföring minskar risken för onödiga missförstånd om vården ifrågasätts eller om någon annan tar över ansvaret.

I journalen ska man uttrycka sig med ett korrekt språkbruk och inte använda nedvärderande uttryck.

## Basala hygienrutiner

Risken för smittspridning mellan brukare via personalens händer och kläder är mycket stor. Många är dessutom mottagliga för infektioner pga. ett nedsatt immunförsvar. Infektioner orsakar mycket lidande och för den som är nedsatt sedan tidigare kan de vara direkt livshotande. För att minimera risken för smittspridning ska basala hygienrutiner alltid följas då brukaren behöver hjälp med den personliga hygien, sängbäddning och annan personnära omsorg eller omvårdnad. Kontaktsmitta är den dominerande smittvägen vilken bryts om man följer basala hygienrutiner. Smittspridning sker i första hand via händer och kläder.

## Virus

En vanlig luftvägsinfektion/förkylningsinfluensa kan drabba sköra personer väldigt hårt. Vinterkräksjukan är ett annat exempel på virusinfektion som kan drabba både personal och brukare och för den brukare som är nedsatt sedan tidigare kan det vara direkt livshotande.

## Resistenta bakterier

I dagens samhälle finns många olika sorters resistenta bakterier. Med resistens menas att bakterien är motståndskraftig mot antibiotika. Bakterierna har förmåga att utveckla resistens mot antibiotika vid upprepade behandlingar. Det är därför av stor vikt att antibiotika ordinerar med försiktighet. Bakterier i urin hos äldre är vanligt förekommande men man är idag restriktiv med behandling om det inte finns besvärande symtom. Urinsticka eller urinprov skall därför endast tas efter sjuksköterskas bedömning och ordination.

## Hygienansvar

Enhetschefen har det övergripande ansvaret för att hygienrutinerna är väl kända och följs av all personal. Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för kommunens riktlinjer och rutiner på området och för gemensam uppföljning av hygienfrågor i verksamheten.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för handledning och information till personal och anhöriga ute på kommunens olika verksamheter. I kommunen finns också sjuksköterskor som har fördjupad utbildning och kunskaper i hygienfrågor.

Den anställda är enligt arbetsmiljölagen skyldig att följa gällande föreskrifter samt använda den personliga skyddsutrustning som behövs. Du som anställd kan själv bära på infektioner eller smitta som kan infektera den du vårdar eller dina arbetskamrater. Den du vårdar är på grund av sjukdom, ålder eller behandling infektiöskänslig.

## Basala hygienrutiner i praktiken

Kontaktsmitta är det vanligaste sättet att sprida smitta vilket främst sker via händer men även genom arbetskläder, ytor och föremål som inte är rengjorda på rätt sätt.

Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smitta:

- Från brukare till personal och från personal till brukare
- Mellan brukare, via personalens händer och kläder

Basala hygienrutiner är den grundläggande principen för att förebygga smittspridning och för att bryta smittvägar. Denna ska tillämpas konsekvent i alla vård och omvårdnadssituationer av all personal. Socialstyrelsen har beslutat om bindande regler, SOSFS 2015:10, angående basala hygienrutiner i vården. Vi är skyldiga att följa dessa bindande regler.

Basala hygienrutiner innefattar:

- Hår, naglar, klocka och smycken
- Handhygien
- Handskar
- Skyddskläder (plastförkläde)
- Punktdesinfektion
- Långt hår ska vara uppsatt
- Naglarna ska hållas korta och utan nagellack. Nagellacket spricker och det samlas bakterier i sprickorna. Man får heller inte ha lösningar
- Ringar, armbandsur och armband får absolut inte förekomma i vården. Bakterier samlas under dessa och går inte bort med handdesinfektionsmedel

Tänk på att:

Under en nagel finns lika många bakterier som antal personer i Sverige.

Under en ring ryms lika många bakterier som antal personer i Europa.

I ett trasigt nagelband ryms lika många bakterier som hela jordens befolkning.

## Handhygien

Man ska vara ren om händerna när man går in och när man går ut från brukaren. Handdesinfektion innebär att rengöra händerna med alkoholbaserat desinfektionsmedel före omvårdnadsarbete, före rent arbete, efter omvårdnadsarbete, efter smutsigt arbete och efter användning av handskar.

Handdesinfektion används upp till armbågen för att hela underarmen skall rengöras.

Handtvätt ska göras med flytande tvål när händerna är smutsiga, vid alla diarrésjukdomar eller om det känns kladdigt av handsprit. Torka händerna på pappershandduk.

## Handskar

Använd alltid handskar i samband med oren omvårdnad och vid kontakt med urin, avföring, blod och sekret. Kasta handskarna direkt efter användning. Tänk på att handskarna blir förorenade utanpå och då sprider smitta på samma sätt som den obehandlade handen. Använd aldrig handdesinfektion utanpå handsken. Detta skadar materialet och gör handsken genomsläpplig för smuts och bakterier. Arbetskläderna skall ha kort ärm och bytas varje dag.

## Plastförkläde

Plastförkläden ska användas för att förhindra smittspridning när man hjälper brukare i orena omvårdnadssituationer såsom vid personlig hygien, bäddning av säng eller hjälp vid toalettbesök. Plastförkläde är engångsartiklar och kastas efter varje omvårdnadstillfälle.

**Punktdesinfektion**

Punktdesinfektion innebär rengöring av ytor med speciellt desinfektionsmedel Ytdesinfektion. Vid synlig nedsmutsning t.ex. vid kräkning eller avföring ska punktdesinfektion utföras. Torka bort det mesta med papper först och torka efter med Ytdesinfektion. Under influensautbrott eller kraftigare infektioner torkas handtag, lysknappar mm dagligen med Ytdesinfektion.

**Tvätt**

Tid och temperatur är viktiga för att avlägsna smittämnen. Om materialet tillåter, tvättas tvätten i 60 grader. Lägg all tvätt i tvättkorgen direkt. Ingen tvätt får ligga på golvet. Tvätten bärs i tvättkorgen direkt till tvättstugan. Plastförkläde och handskar ska användas vid hantering av smutsig tvätt. Skaka inte sängkläder inomhus.

**Avfall**

Använt material ska tas om hand så fort som möjligt eftersom det annars kan förorsaka smittspridning. Avfall ska läggas direkt i soppåse som knyts ihop och kastas. Urinuppsamlingspåsar eller stomipåsar ska tömmas direkt i toaletten eller i spoldesinfektor, innan de kastas.

För att minimera risken för stickskada är det viktigt att använda kanylavklippare efter insulingivning och hantera stickande, skärande material som riskavfall. Detta ska kasseras i särskild behållare.

**SOCIALFÖRVALTNINGEN**

**Vadstena kommun**

592 80 Vadstena BESÖKSADRESS Klosterledsgatan 35 TEL 0143-150 00 FAX 0143-151 90  
E-POST [vadstena.kommun@vadstena.se](mailto:vadstena.kommun@vadstena.se) WEBB [www.vadstena.se](http://www.vadstena.se)