

Delegeringsguide

2020—2022

Älvsbyns kommun



Ansvarig Annika Nilsson (MAS)

Innehåll

[**Hjälpmedel** 3](#_Toc508710397)

[**Läkemedelshantering** 4](#_Toc508710398)

[**Kateter- och stomivård** 7](#_Toc508710399)

[**Provtagning** 8](#_Toc508710400)

[**Förebyggande och förberedelser** 9](#_Toc508710401)

[**Hälso- och sjukvårds- uppgifter** 10](#_Toc508710402)

[**Behandlin**g 11](#_Toc508710403)

[**Behandling** 11](#_Toc508710404)

[**Vid dödsfall** 12](#_Toc508710405)

[**Övrigt** 12](#_Toc508710406)

**Hälso- och sjukvårdsuppgifter i särskilt boende, hemsjukvård/ordinärt boende, daglig verksamhet**

Delegeringsguiden är även vägledning för vad kommunens vård och omsorgspersonal kan motta för delegation

**Behörighet att delegera / instruera Arbetsuppgiften kräver**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hjälpmedel** | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | **Instruktion** | **Delegering** | **Får inte överlåtas** | **Anmärkning** |
| Föreskrivning, utprovning och anpassning av hjälpmedel ex rullstol/rollator/lyftar mm | X | **X** | **X** |  |  | **X** | Krav: Förskrivningsrätt |
| Diabeteshjälpmedel/Föreskrivning, utprovning och anpassning | **X** |  |  |  |  | **X** | Krav: Förskrivningsrätt |
| Stomi hjälpmedel/Förskrivning/utprovning och anpassning | **X** |  |  |  |  | **X** | Krav: Förskrivningsrätt |
| Inkontinenshjälpmedel | **X** |  |  |  |  | **X** | Krav: Förskrivningsrätt |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Läkemedelshantering** | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | **Instruktion** | **Delegering** | **Får inte överlåtas** | **Anmärkning** |
| Iordningställande av doser från orginalförpackning | **X** |  |  |  | **X** |  | Får tillämpas vid synnerliga skäl, ex när läkemedel inte går att disp. i apodos. |
| Dosera och överlämna flytande läkemedel | **X** |  |  |  | **X** |  | Stor försiktighet vid psykofarmaka, neuroleptika och antibiotika |
| Överlämnande av vid- behovsmediciner | **X** |  |  |  | **X** |  | Ska signeras på fastställd lista av delegerad |
| Byte av smärtplåster | **X** |  |  |  | **X** |  | När speciella behov råder och i samråd med MAS |
| Överlämnande av iordningsställda oser | **X** |  |  |  | **X** |  | Ska signeras på fastställd lista av delegerad |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Läkemedelshantering** | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | **Instruktion** | **Delegering** | **Får inte överlåtas** | **Anmärkning** |
| Injektioner:insulin med insulinpenna | **X** |  |  |  | **X** |  | Endast vid stabilt socker- läge |
| Intramuskulära | **X** |  |  |  |  | **X** |  |
| Intravenösa | **X** |  |  |  |  | **X** |  |
| Övriga subcutana injektioner i förfylld spruta | **X** |  |  |  | **X** |  | Ex.innohep till de som har fått utbildning i insulin |
| Instillationer i urinblåsa | **X** |  |  |  |  | **X** |  |
| Syrgasbehandling/Syrgas-koncentrator | **X** |  |  |  | **X** |  | Endast påbörjad behandling |
| Inhalation | **X** |  |  |  | **X** |  | Endast påbörjad behandling |
| Förestå läkemedelsförråd | **X** |  |  |  |  | **X** | Kontrollräkning ska ske av narkotika 1 ggr/mån enl.fastställd rutin |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bedömning och observation** | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | **Instruktion** | **Delegering** | **Får inte överlåtas** | **Anmärkning** |
| Medicinsk bedömning | **X** | **X** | **X** |  |  | **X** |  |
| Nutritionskontroll/-bedömning | **X** |  |  |  |  | **X** | Samverkan bör ske med berörd personal |
| Funktions och förmågebedömning | **X** | **X** | **X** |  |  | **X** |  |
| Observation av hälsotillstånd | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  | Samverkan bör ske med berörd personal |
| Symtomanalys | **X** | **X** | **X** |  |  | **X** |  |
| Riskbedömning | **X** | **X** | **X** |  |  | **X** | Samverkan bör ske med berörd personal |
| Smärtbedömning | **X** | **X** | **X** |  |  | **X** | Samverkan bör ske med berörd personal |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kateter- och stomivård** | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | **Instruktion** | **Delegering** | **Får inte överlåtas** | **Anmärkning** |
| Katetrisering av kvinnor | **X** |  |  |  |  | **X** | Efter läkarordination |
| Katetrisering av män | **X** |  |  |  |  | **X** | Efter läkarordination |
| Intermittent katetrisering | **X** |  |  |  | **X** |  |  |
| Kateterspolning | **X** |  |  |  | **X** |  |  |
| Blåsfunktionsträning enligt kateterschema | **X** |  |  |  | **X** |  |  |
| Tillsyn av kateterfunktion/byte av urinpåse samt rengöring | **X** |  |  | **X** |  |  |  |
| Tarmsond vid bäcken reservoar | **X** |  |  | **X** |  |  |  |
| Stomiomläggning | **X** |  |  | **X** |  |  |  |
| Byte av stomipåse | **X** |  |  | **X** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Provtagning** | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | Instruktion | Delegering | **Får inte överlåtas** | Anmärkning |
| Urinprov | **X** |  |  | **X** |  |  |  |
| Kapillärprov | **X** |  |  | **X** |  |  | Ex. blodsockerkontroll |
| Venprov | **X** |  |  |  | **X** |  |  |
| Blodgruppering | **X** |  |  |  |  | **X** |  |
| Provtagning CVK /PortaCath | **X** |  |  |  |  | **X** |  |
| Sputumprov | **X** |  |  | **X** |  |  |  |
| Faecesprov | **X** |  |  | **X** |  |  |  |
| Puls, blodtryck och temperatur | **X** |  |  | **X** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Förebyggande och förberedelser** | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | **Instruktion** | **Delegering** | **Får inte överlåtas** | **Anmärkning** |
| Kontrakturprofylax | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  | Patientgrupper utan |
| Allmän |  |  |  |  |  | förutsägbara |
|  |  |  |  |  |  | risker |
| Specifik |  |  | **X** |  | **X** | Kräver sjukgymnastisk |
|  |  |  |  |  |  | kompetens + delegering |
| Trycksårsprofylax | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  |  |
| Röntgenförberedelser Enkla | **X** |  |  | **X** |  |  | Vid speciella fall ex Diabetes extra tillsyn av sjuksköterska |
| Specifika | **X** |  |  |  |  | **X** |
| Basala hygienrutiner | **X** |  |  | **X** |  |  | Ska alltid tillämpas av alla vård och omsorgsanställda enligt rutin |
| Vattenlavemang | **X** |  |  |  |  | **X** | Risk för hjärtpåverkan |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hälso- och sjukvårds-** **uppgifter** | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | Instruktion | Delegering | **Får inte överlåtas** | Anmärkning |
| **Nutrition** |  |  |  |  |  |  |  |
| Clinifiding sond (nasal) insättning och byteHantering/matning | **X** |  |  |  |  | **X** |  |
| Peg-sond, byte av sond | **X** |  |  |  |  | **X** | Personal bör få instruktion hur de går tillväga om sonden åker ut |
| Sondmatning Spruta/aggregat | **X** |  |  | **X** | **X** |  | Får inte delegeras om flera infarter finns/ undantag kan finnas vid individuell bedömning och kontakt med MAS |
| Matning vid svalgpares | **X** |  |  | **X** |  |  | Risk för aspiration Noggrann handledning av ssk |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Behandlin**g | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | Instruktion | Delegering | **Får inte överlåtas** | Anmärkning |
| Sugning av övre luftvägar | **X** |  |  |  | **X** |  | Genomgång av befintligt material av sjuksköterska |
| Sugning av munhåla och tracheostomi | **X** |  |  |  | **X** |  |  |
| Rengöring av trachea + byte av innerkanyl | **X** |  |  |  |  | **X** |  |
| Peritonealdialys (påsdialys) | **X** |  |  |  | **X** | **X** | Huvudregel är ingen delegering utom i synnerliga när synnerliga skäl finns |
| **Sårbehandling**Enkel sårbehandling | **X** |  |  | **X** | **X** |  |  |
| Specifik (sårrevision och/eller smärtande sår) | **X** |  |  |  |  | **X** |  |
| **Behandling** | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | Instruktion | Delegering | **Får inte överlåtas** | Anmärkning |
| Behandling av ex. psoriasis, eksem svamp | **X** |  |  | **X** |  |  |  |
| Ta på kompressionsstrumpa eller linda ben | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  |  |
| Suturtagning | **X** |  |  |  |  | **X** |  |
| TNS - smärtlindring |  |  | **X** |  | **X** |  | Kräver instruktion och delegering av arbetsterapeut och sjukgymnast |
| Värme/Kyla |  | **X** | **X** |  | **X** |  | Kräver instruktion och delegering av arbetsterapeut och sjukgymnast |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vid dödsfall** | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | Instruktion | Delegering | **Får inte överlåtas** | Anmärkning |
| Fastställande av döden Sjuksköterska bistår läkare med klinisk undersökning (kliniska tecken).Läkare fastställer dödsfallet.SOSFS 2005:10 | **X** |  |  |  |  | **X** | Endast erfaren sjuksköterska |
| Omhändertagande av avliden | **X** |  |  | **X** | **X** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Övrigt** | **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut** | **Sjukgymnast** | Instruktion | Delegering | **Får inte överlåtas** | Anmärkning |
| Hantering och kontroll av viss medicinsk utrustning | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  |  |
| Hantering av riskavfall | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  | Ska ske enligt fastställd rutin |
| Avvikelserapportering | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  | Gäller all personal |