



## **Rutin för delegering av iordningsställd injektion med vid behovs-ordinerade läkemedel**

Dokumenttyp <b>Rutin</b>	Version <b>2.0</b>	Dokumentet gäller för <b>Sjuksköterska, delegerad omsorgspersonal</b>	Datum för fastställande <b>2020-10-27</b>
Revideringsansvarig <b>MAS</b>	Revideringsintervall <b>Varje år och vid behov</b>		Reviderad datum <b>2024-05-02</b>
Dokumentansvarig <b>MAS, EC Hemsjukvård egen regi</b>	Uppföljningsansvarig och tidplan <b>MAS</b>		

### Grund för utfärdande av delegeringen

- Delegering av subkutan (s.c) injektion kan förekomma i de fall förväntad inställetid för sjuksköterska kan påverka en patients möjlighet att få bästa möjliga lindring av smärta, oro, illamående eller ångest.
- Delegeringen innefattar vid behovs-läkemedel för nämnda symtom i palliativt skede och som ordinerats för subkutan administrering.
- Sprutan ska vara iordningsställd av sjuksköterska enligt beskrivning nedan.
- Injektionen ska ges via kvarliggande subkutan infart.

Delegeringen ska vara patientsäker, restriktiv och patientbunden. Den får endast utfärdas till ett fåtal undersköterskor per patient.

Delegeringen kan utfärdas av patientansvarig eller tjänstgörande sjuksköterska. Sjuksköterskor som arbetar nattetid utfärdar delegering för omsorgspersonal som arbetar nattetid.

### Mottagare av delegeringen

Personal som kan vara aktuell för delegering ska vara väl känd av delegerande sjuksköterska. Personal ska vara väl informerad om att insatsen endast får utföras efter kontakt med tjänstgörande sjuksköterska. Detta för att personalen ska ge rätt läkemedel utefter symtom, samt för att sjuksköterskan ska kunna signera på rätt tid i Appva.

Personal som kan vara aktuell för delegeringen är: personal som sitter vak, undersköterska i hemtjänst för aktuellt område, undersköterska på särskilt boende, nattpatrullens undersköterska. Delegeringen ska avslutas när behov inte längre finns.

Delegeringen ska vara skriftlig på angiven blankett eller skrivas och signeras i Appva. Vid användande av blankett ska ett exemplar sparas av delegerad personal och ett exemplar sparas av delegerande sjuksköterska.

### Tillvägagångssätt för sjuksköterskor:

#### Vid förberedelse:

- Tjänstgörande sjuksköterska iordningsställer läkemedel i spruta dosvis enligt ordination. Sprutan försluts med propp och märks med uppgifter om läkemedlets namn eller aktiv substans, läkemedelsform, styrka, tidpunkt för iordningställande samt vem som har iordningställt. Uppdragen spruta hållbar 24 tim. Förvaras inlåst i patientens läkemedelsskåp.
- Sjuksköterskan som färdigställer sprutan avgör hur många doser som ska förberedas, rimligtvis det som kan behöva att ges till exempel under natten.
- Observera att olika preparat förvaras väl åtskilda för att förväxling inte ska kunna ske.
- Vid detta besök utförs en kontrollräkning i Appva. Uppdragna injektioner ingår i saldot.
- Efter iordningställandet dokumenteras i journal (Combine) hur många doser som iordningställts.
- Patienten ska ha kvarliggande s.c. infart, till exempel Neria guard, i vilken injektionen ges.

Vid utförande:

- När personal ringer ska sjuksköterskan bedöma vilket läkemedel som ska ges beroende på symtom.
- Om symtomen är svåra att tolka eller givna doser inte fått avsedd effekt ska tjänstgörande ssk göra ett hembesök för bedömning.
- Sjuksköterskan dokumenterar i Combine samt "gör uttag" och signerar att dos är given i Appva. (På så sätt syns det i Appva när senaste dosen gavs.)
- Tjänstgörande ssk som tjänstgör nästa dagpass besöker och följer upp patientens status.

**Tillvägagångssätt för delegerad personal**

- Vara lyhörd för patientens uttryck för obehag som smärta eller oro.
- Använda skattningsskala för bedömning av behov och utvärdering av effekt, se bilagor\*
- Kontakta tjänstgörande sjuksköterska inför administrering av läkemedel.
- Dokumentera insatsen i Intraphone efter den injektionen. (Sjuksköterska hanterar Appva)
- Följa patienten och utvärdera effekten samt rapportera detta tillbaka till tjänstgörande sjuksköterska.

\* Bilaga 1 och 2; VAS och Abbey pain scale  
Se följande sida

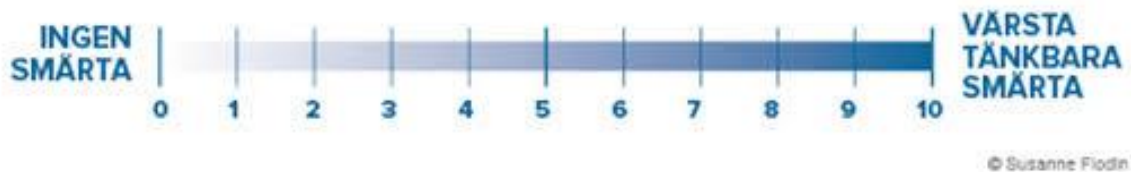
**Uppdateringar**

- **2024-05-02** Ändring i tillvägagångssätt för sjuksköterska vid iordningsställande, samt vid signering av delegerads personals insats. Rutinen är reviderad redaktionellt i sin helhet.

\* Bilaga 1

VAS

Från Vårdhandboken



\*Bilaga 2

Abbey pain scale

Från Palliativregistret

**Abbey Pain Scale-SWE – För bedömning av tecken på smärta hos personer med demenssjukdom som inte kan uttrycka smärta i tal.** Observera personen och gör en bedömning med hjälp av frågorna.

**Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3**



1. Ljuduttryck – t ex gnyr, jämrar sig, gråter	<input type="checkbox"/>
2. Ansiktsuttryck – t ex ser spänd ut, rynkad panna/ihopdragna ögonbryn, grimaserar, ser rädd ut	<input type="checkbox"/>
3. Förändrat kroppsspråk – t ex rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdelen	<input type="checkbox"/>
4. Förändrat beteende – t ex ökad förvirring, vill inte äta, förändring i det vanliga beteendemönstret, tillbakadragen	<input type="checkbox"/>
5. Fysiologisk förändring – t ex förändrad kroppstemperatur, puls/BT, svettningar, rodnad, blekhet	<input type="checkbox"/>
6. Kroppslig förändring – t ex hudskador, tryckskador, artrit, kontrakturer	<input type="checkbox"/>

Typ av smärta: Långvarig  Akut

Ingen=0 – 2 Mild=3 – 7 Måttlig=8 – 13 Svår=14+

Summa:

Framtagen av universitetslektor Christina Karlsson, Örebro universitet  
Originalskala: Abbey J, Piller N, De Bells et al (2004) The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. Int J Palliat Nurs 10(1): 6-13