

Läkemedelsdelegering



Vad menas med delegering?

Legitimerad/utbildad personal (formell kompetens) överlåter någon/några av sina arbetsuppgifter till annan vårdpersonal som har kunskap att utföra arbetsuppgiften (reell kompetens). Kunskapen att utföra vissa arbetsuppgifter kan man få genom praktisk yrkesverksamhet. För att mottaga en arbetsuppgift genom en delegering krävs både undervisning och praktisk erfarenhet (SOSFS 1997:14)

När du har tagit emot en delegering har du samma skyldigheter som legitimerad personal. Det innebär att du arbetar under hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) och patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och därmed bär du själv ansvar att fullgöra dina arbetsuppgifter.

OBS Delegeringsbeslut gäller i ett år och måste förnyas före utgången datum, det ansvarar du själv för som delegerad personal. Boka in förnyelse med din sjuksköterska i tid.

Säker läkemedelshantering i hemmet

Patienter har ofta flera olika läkemedel ordinerade av läkare och det är viktigt att dessa administreras vid rätt tidpunkt och på rätt sätt.

Som stöd använder vi dosett, apodos och signeringslistor.

Ordination meddelas från läkare till patient och sjuksköterska. Personal inom vård och omsorg följer ordination och får inte ändra i signeringslista.

Läkemedel kan vara i form av tablett, mixtur, salva, ögondroppar, vagitorier, inhalation och plåster.

Olika former av tabletter

Tabletter förekommer i kapslar, suppositorier, resoribletter och brus. Det är viktigt att du som personal har kunskap om hur tabletten ska administreras.



Administrera suppositorier

Suppositorier (supp) skall ges via ändtarmen.

Den trubbiga sidan skall föras in först så att den inte åker ut.



Administrera ögondroppar/ -salva/ -gel

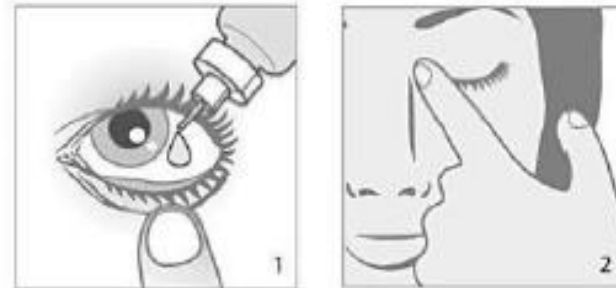
Vid öppning av en ny förpackning märk flaskan med datum. Flaskorna är hållbara i en månad.

God handhygien, använd handskar.

Se signeringslista vilken sort och vilket öga dropparna ska administreras i.

Om patienten har mer än en sort är det viktigt att vänta i 5 minuter mellan.

Om patienten har både ögondroppar och ögonsalva ge dropparna först.



Administrera läkemedelsplåster

Exempel på läkemedelsplåster: smärtplåster, parkinsonsplåster.



Använd ALLTID handskar för att inte komma i kontakt med läkemedlet

Dessa placeras på överkroppen, vanligtvis skuldra eller arm. Variera placering av plåstret vid bytet.

Skriv datum på plåstret vid bytet.

Kassera det gamla plåstret i avsedd gul burk.



Apodos (dosdispenserad från apotek)

Tabletter kommer färdigdelade och förpackade i påsar märkta med datum, tid, namn, personnummer, antal tabletter samt namn på läkemedel.

Som delegerad personal lämnar du ut rätt påse vid rätt tidpunkt och kontrollerar att antalet tabletter överensstämmer med vad som står på påsen.

Signera alltid på rätt dag och klockslag på signeringslistan.

OBS signera efter att patienten har tagit sina mediciner.



Dosett

Ibland delas patientens läkemedel i dosett. Ibland har patienter både dosett och apodos. Vissa tabletter går ej att beställa i apodos.

När patient har en tillfällig behandling eller om patienten har många läkemedelsändringar delas detta oftast i dosett.

Dosetten ska vara märkt med patientens namn och personnummer samt ha en ordinationskort på baksidan.


Patienten kan ha flera dosetter i hemmet då dosetterna delas 1-4 veckor i taget.

OBS viktigt att plocka alla läkemedel ur en dosett en vecka i taget.



LÄKEMIDDEL	STYRKA	Morgen	Lunch	Kväll	natt
Clopidogrel	75 mg	1			
Behepen	2mg	1			
Simvastatin	40mg			1	
Alvedon	500mg	2	2	2	2
Zopiklon	7.5 mg				1
Mirtazapin	15mg			1	

PERSONNUMMER: _____ NAMN: _____

MENSKLIVÅRDEN VÄSTERÅS  VÄSTERÅS STAD
Ordningsförvaltning

Senast uppdaterad: _____

Waran

PERSONNUMMER: 100000-0000

NAMN: Test Testsson



LÄKEMEDEL	STYRKA	Morgon	Lunch	Middag	kväll
T. waran enligt ordination	2,5				*
HEMSJUKVÅRDEN VÄSTERÅS					

WARANDOSERING

Praktikertjänst Odensvi läkermottagning
Odensviplatsen 2

723 42 Västerås

Tel: 021-152500

Tel.tid: mån-fre 08:00-16:00

Behandling
Orsak: Förmaksflimmer
Behandlingstid: Tillsvidare
Patientansvarig läkare: Jonas Ögern
Provdatum: 2020-02-03
PK(INR): 1.5
Veckodos: 12 tabletter (30,0 mg)

Läkemedel: Waran 2,5 mg

Målintervall: 2.0 - 3.0

Tabletterna tas enligt följande på kvällen:

Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
2	2	2	2	2	1	1

Nästa provtagning: 2020-02-17

labb kl 10:15

Narkotikajournal för plåster

Sjukhus/Inrättning

**Förbrukningsjournal
NARKOTIKA**

1 (16)

För tiden

20190219 -

Klinik

Norspanplåster

St

10mikrog/h

Avdelning

Ber

Plåster

Förpackningsstorlek

50 ST / P

HEMSJUKVÅRDEN

I hälso- och sjukvården ska journal föras för narkotikaklassificerade läkemedel enligt förteckning II - V. Varje förändring av narkotikalagret i läkemedelsförråd ska redovisas enligt nedan angivna punkter. Varje häfte gäller ett preparat. Fulltecknat häfte sparas enligt sjukhusets rutiner.

Tillförsel till förrådet

1. Datum
2. Tillförd mängd från apoteket eller i akutsituation lån från annan avdelning/enhet
3. Kontrollerad behållning efter tillförsel
4. Eventuell brist eller överskott i anmärkningskolumnen
5. Sjuksköterska eller annan behörig person styrker uppgifterna med namnteckning.

Uttag från förrådet

1. Datum
2. Uttagen mängd ur förrådet. Ges mindre mängd till patienten än en enhet (ampull, suppositorium, tablett) antecknas den kasserade mängden i anmärkningskolumnen. Även till annan avdelning/enhet utlånad mängd antecknas
3. Patient
4. Kontrollerad behållning efter uttag
5. Eventuell brist eller överskott i anmärkningskolumnen
6. Sjuksköterska eller annan behörig person styrker uttagen med namnteckning och vb namnförtydligande.

För kommunal hälso- och sjukvård gäller att journalen ska föras för narkotika enligt förteckning II - V rekvirerade till ett samlat läkemedelsförråd. Journal kan även föras över individuellt förskrivna narkotika, om så beslutats i lokal arbetsordning.

Datum	KI	Tillförd mängd till förrådet	Uttagen mängd från förrådet	Behållning	Patient Namn och personnummer	Anm. (frist, överskott etc.)
Namnteckning Namnförtydligande						
Namnteckning Namnförtydligande						
Namnteckning Namnförtydligande						
Namnteckning Namnförtydligande						
Namnteckning Namnförtydligande						

406 634 - SKI Kommunens 17-03



Signeringslista för narkotikaklassade läkemedel vid behov



VÄSTERÅS STAD
VVO

SIGNERINGSLISTA NARKOTIKA - LÄKEMEDEL VID BEHOV

Kan ges utan kontakt med sjuksköterska Ja Nej

Namn:		Datum:
Personnummer:	Avd:	Listan upprättad av sjuksköterska:

Nedanstående läkemedel får ges vid behov av medarbetare med delegering	Styrka	Dos antal/volym	Indikationer/restriktioner
--	--------	-----------------	----------------------------

Ovanstående fylls i av ansvarig sjuksköterska. Läkemedlet ska finnas med på vårdtagarens ordinationslista/ dosreceipt. En lista per preparat.

Tillfört läkemedels skåp	Datum	Tid	Varför ges läkemedlet? Problem	Given dos	Behållning	Kontaktd ssk	Signatur	Resultat av givet läkemedel, effekt av läkemedlet	Tid	Signatur



VÄSTERÅS STAD

Signeringslista för läkemedel vid behov



VÄSTERÅS STAD
VVO

SIGNERINGSLISTA LÄKEMEDEL VID BEHOV

Kan ges utan kontakt med sjuksköterska ■ Ja ■ Nej

Namn:		Datum:	
Personnummer:	Avd:	Listan upprättad av sjuksköterska:	
Läkemedel	Styrka	Dos antal/volym	Indikationer/restriktioner

Ovanstående fylls i av ansvarig sjuksköterska. Läkemedlet ska finnas med på vårdtagarens ordinationslista/dosrecept. En lista per preparat.

Datum	Tid	Varför ges läkemedlet? Problem	Given dos	Kontaktad ssk	Signatur	Resultat av givet läkemedel, effekt av läkemedlet	Tid	Signatur



VÄSTERÅS STAD

Signeringslistor för läkemedel



VÄSTERÅS STAD
VVO

SIGNERINGSLISTA LÄKEMEDEL

År

Månad

Välj	Kl	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

! = Ej administrerat läkemedel, kommentera på baksidan av detta blad. % = utsatt läkemedel. X = Tillfälligt uppehåll. * = läkemedel överlämnat till patient eller tredje person som administrerar läkemedlet enligt ordination.

Signeringslistan är upprättad av/reviderad av (fullständigt namn och datum): _____

Skriv en kommentar på baksidan om något avviker



VÄSTERÅS STAD
VVO

SIGNERINGSLISTA LÄKEMEDEL

År

Månad

! = Datum	Orsak	Åtgärd	Signatur

” ! ” ALLT som innebär att patienten ej fått sitt/sina läkemedel.

Exempelvis: Vill ej ta läkemedel, mår illa och kan inte ta läkemedel, patienten mår dåligt och sjuksköterska råder att ej läkemedel, patienten får läkemedel av någon annan, patienten tar en del av sina läkemedel men inte alla etc.



VÄSTERÅS STAD

Signera - vad gör vi, varför?

Signaturen visar att DU gjort DITT jobb!

Utan signatur vet vi inte om patienten fått läkemedel eller inte - då måste ansvarig enhet skriva en avvikelse om att uppdraget inte utförts.

SÄTT INTE ETT KRYSS. Kryssen står för att legitimerad personal har tagit ett beslut om att tillfälligt inte ge läkemedel. Alla andra orsaker ska skrivas med utropstecken!

När något läkemedel är utsatt noteras detta med ett "%" av legitimerad personal.

När patienten inte fått sina läkemedel, ring alltid ansvarig sjuksköterska.

Läkemedel från originalförpackning /vid behovs ordination (vb)

Läkemedel som patienten ej tar dagligen men finns att ta vid behov finns i originalförpackning i hemmet/ patientens medicinskåp.

Läkemedel skall finnas ordinerat och en vid behovs signeringslista finns för aktuellt preparat.



Vid administrering av läkemedel ur originalförpackning är det viktigt att försäkra sig om rätt dos och antal tabletter. Ofta finns en maxdos noterat på signeringslistan. Ibland skall ansvarig sjuksköterska kontaktas innan administrering av vid behovs läkemedel.

Bra om alla aktuella vb läkemedel finns samlade på ett ställe tex på en bricka eller i en kartong. Vissa patienter har låsta läkemedelsskåp för förvaring av sina läkemedel i hemmet.

Praktisk övning

Alla på utbildningen får en signeringslista

1. Ni är hos patienten på onsdag kl. 08. Vad gör ni? Visa praktiskt och signera på listan.
2. Vad gör ni om patienten inte vill/kan ta sina läkemedel?
3. Vad är viktigt när du ger ögondroppar?
4. Vad gör ni om patienten inte fått sitt plåster bytt på morgonen?