

**OBS!**

**Gribskov Kommunes  
Sygeplejeinstrukser er under  
revidering, da disse er ved at overgå  
til VAR Healthcare – forventes  
afsluttet foråret 2022**

# **Sygeplejeinstrukser og delegation**

 19. juli 2019

## Indhold

Forord .....	4
Om delegation .....	6
Instruks om borgers behov for behandling .....	11
Generel instruks .....	16
Behandling af anafylaktisk chok .....	21
Anlæggelse af nasalsonde .....	25
Måling af blodsukker på diabetespatienter .....	29
Måling af hjemmeblodtryk .....	32
Medicinering – Dokumentation af lægemiddelordination.....	35
Ernæring og medicinering i ernæringssonde .....	38
Fjernelse af suturer og agraffer .....	42
Forebyggelse af tryksår .....	45
Stillingtagen til og evt. fravalg af livsforlængende behandling. ....	48
Hygiejne - håndhygiejne .....	53
Medicinering - insulininjektion .....	56
Medicinering - intramuskulære injektioner .....	60
Intravenøs behandling med lægemidler .....	63
Kompressionsbehandling .....	68
Kompressionsbehandling med kompressionsstrømper .....	71
Brug af korrespondancemeddelelser mellem Kommune og egen læge .....	73
Håndtering af borgere med kroniske sygdomme.....	76
Medicinering – Administration af lægemidler .....	80
Medicinering - Lægemiddeldispensering .....	82
Medicinering – Medicinsk creme .....	86
Medicinering - Medicinplaster .....	88
Medicinering - Miniklyx .....	90
Nedtrapning af paracetamol .....	93
Palliativ indsats .....	98
Prøvetagning i akutfunktion .....	103
Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. medicin .....	107
Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. AK-behandling.....	111

Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. akutpladser på Toftebo .....	114
Skift af PEG-sonde .....	118
Skylning af blærekateter.....	121
Medicinering – Suppositorier og vagitorier.....	124
Medicinering - subkutane injektioner .....	126
Anlæggelse og brug af subkutan kanyle.....	129
Skift af topkateter.....	132
Anlæggelse af urinkateter herunder SIK/RIK.....	135
Medicinering – Administration af øjendråber.....	139
Medicinering – Administration af øredråber .....	141
Øreskylning.....	143

## **Forord**

Nærværende instruks-samling er gældende for alle leverandører af ydelser efter sundhedsloven i Gribskov kommune.

Instrukssamlingen er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af centerleder Lotte Gille, PlejeGribskov, kvalitetschef Annette Poulsen, Attendo, kvalitetschef Karin Kappel, Aleris, virksomhedschef Rikke Hvitved, Attendo, virksomhedschef Rikke Steensgård, Attendo og faglig koordinator Mette Petersen, kvalitetskoordinator og risikomanager Gitte Widmer og kvalitets- og udviklingschef Lone Teglbjærg fra Center for Social og Sundhed, samt undertegnede. Arbejdet er påbegyndt i september 2014 og afsluttet marts 2015.

Alle godkendte leverandører i Gribskov Kommune har bidraget til udarbejdelsen af instrukserne på møde i Gribskov Sundhedsnetværk d. 30. november 2014 vedr. Delegation og Sygeplejefaglige instrukser.

Instrukssamlingen indledes med generelle forhold omkring delegation, herefter følger en generel instruks, som er referenceramme for alle øvrige instrukser, hvor mere generelle og alment gældende forhold er beskrevet, hvorefter de enkelte specifikke instrukser følger.

De revideres hver 2. år, 1. gang i 2017. Ansvarlig herfor er praksiskonsulenten.

Ønsker om ændringer eller tilretning skal til enhver tid rettes til praksiskonsulenten mhp. godkendelse og implementering hos øvrige leverandører.

Praksiskonsulent

Hanne Skjerna

03.10.2016

Alle instrukser er gennemset og revideret, herunder med de ændringer som implementering af FMK i kommunen har medført

Hanne Skjerna

19.03.2017

Der er på ny foretaget relevant revision i samarbejde med kommunen og alle leverandører

Hanne Skjerna

11.09.2018

Fornyset revision i samarbejde med kommunen og alle leverandører

Hanne Skjerna

## Om delegation

Begrebet delegation tages udelukkende i anvendelse når der er tale om ydelser iht. Sundhedsloven. Instrukserne i nærværende instruks-samling omhandler således udelukkende sygeplejefaglige indsatser. I praksis vil medarbejdere, der er i kontakt med borgere i forbindelse med ydelser, der gives efter serviceloven, dog ofte opleve, at der er et betragteligt overlap, idet observationer i forbindelse med den praktisk hjælp og personlig pleje er væsentlig information og beslutningsgrundlag for at vurdere evt. andre behov og forebygge/opdage forværringer i borgers tilstand.

Ledelsen hos en leverandør kan naturligvis internt vælge at beslutte, at en given opgave ikke må videredelegeres iht. nedenstående retningslinjer og instrukser.

I forbindelse med delegation er der følgende væsentlige begreber:

**Autoriserede sundhedspersoner:** Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og vikarer med sundhedsfaglig autorisation er med baggrund i deres uddannelse og de dermed opnåede kompetencer autoriserede sundhedspersoner. De er iht. autorisationsloven forpligtede til at udføre deres gerning med "omhu og samvittighedsfuldhed" uanset om ydelsen leveres efter Sundhedsloven eller Serviceloven. De er ligeledes forpligtede til at føre patientjournal over deres virksomhed.

**Ikke-autoriserede sundhedspersoner:** Social og sundhedshjælpere, hjemmehjælpere, vikarer uden sundhedsfaglig autorisation m.fl. er som ikke-autoriserede medarbejdere forpligtet iht. punktet medarbejderansvar.

**Vikar:** Den enkelte institution har ansvar for at have en instruks for, hvilke opgaver der kan varetages af vikarer, såvel timelønnede vikarer som vikarer fra vikarbureau. Denne instruks skal tage højde for hvilke opgaver, der må udføres af vikaren ud fra den pågældendes uddannelsesniveaue og sundhedsfaglige autorisation. Vikarer kan ikke udføre opgaver, der hører under rammedelegation. Dette skal fremgå af instruks. Det påhviler institutionen at sikre vikarens kendskab til instruks.

Den enkelte vikar er forpligtet til at følge de instrukser, der foreligger og som øvrige medarbejdere frasige sig opgaver, vikaren ikke har tilstrækkelige kompetencer eller rutine i at udføre jf. punktet medarbejderansvar. Den enkelte vikar er forpligtet iht. autorisationsloven.

**Forbeholdt virksomhed:** Virksomhed, som kun må udføres af visse grupper af sundhedspersoner – her læger. Lægen må dog gerne uddelegere nogle af opgaverne (men ikke alle typer) til medhjælp, også medhjælp som ikke er ansat af den pågældende. Når det er kommunen, der overtager opgaven, er det ledelsen i kommunen, der er ansvarlig for at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med udvælgelsen af det pågældende personale og instruktion af dem. Herunder hvilket personale der må udføre en given opgave og inden for hvilke rammer.

Det betyder at Gribskov Kommune har det overordnede ansvar, men at det er ledelsen hos den enkelte leverandør, der skal sikre at personalet har den rette faglighed og kompetence til at løse de specifikke opgaver.

**Rammedelegation:** Delegation inden for en forud fastsat ramme, hvor den pågældende har lov til selv at vurdere behovet for behandling og gennemførelsen af denne. I kommunal regi er det kun i undersøgelsesøjemed f.eks. måling af blodsukker på diabetespatient. For al behandling skal der foreligge en konkret ordination, f.eks. sårpleje eller kompressionsbehandling. Udførelsen af den ordinerede behandling kan dog godt foregå efter en rammedelegation og der er vidtgående sådan begrebet skal forstås i denne sammenhæng.

**Konkret specifik delegation:** En borgerspecifik ordination fra læge. F.eks. fjernelse af dræn, pasning af særlige katetre m.m. Der vil i praksis være tale om mere specielle opgaver, som ikke er hyppigt forekommende. Disse opgaver kan som udgangspunkt ikke videredelegeres til ikke-autoriseret personale, da der kræves særlige kompetencer og viden, evt. særskilt borgerspecifik oplæring. Det er lægens ansvar at udstikke retningslinjer herfor.

**Videredelegation:** Har ledelsen besluttet at en given opgave kan udføres af hele personalet hører opgaven under begrebet rammedelegation, og det er ledelsens ansvar, at det pågældende personale er instrueret i udførelsen.

Hvis en medarbejder videredelegerer en opgave til en anden medarbejder f.eks. fra sygeplejerske til social- og sundhedshjælper er det den pågældende sygeplejerske, der er ansvarlig for at udvælge, instruere og føre tilsyn med den pågældende ikke-autoriserede sundhedsperson.

Hvis det er defineret i instruksen at en opgave kun kan videredelegeres under bestemte forudsætninger, er det op til den pågældende sygeplejerske at vurdere, om disse forudsætninger er til stede iht. pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. I praksis skelnes der oftest mellem stabile og ustabile forløb. Se nedenfor.

**Borgerspecifik delegation:** En ikke-autoriseret medarbejder kan godt være oplært til at udføre forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, men der vil altid skulle foreligge en borgerspecifik delegation i hvert enkelt tilfælde, således at den pågældende er konkret instrueret i evt. særlige forhold omkring den pågældende borger, der skal iagttages ved udførelsen af opgaven. Forhold man må forvente at en autoriseret sundhedsperson med baggrund i sin uddannelse og de deraf opnåede kompetencer er i stand til at vurdere selvstændigt.

I praksis skal der i personalemappen skriftlig foreligge dels hvilke opgaver, den pågældende er instrueret i med angivelse af dato for instruktion/oplæring, tilsyn og efteruddannelse. Dels skal der foreligge skriftlig dokumentation for hvilke borgere, den pågældende har fået videredelegeret den specifikke opgave. Der skal ikke foreligge dokumentation i borgerens journal. Der bør løbende udføres kontrol af om den fornødne dokumentation foreligger. Det vil være hensigtsmæssigt, at man med rimelig interval gennemgår en medarbejders kompetencer og behov for efteruddannelse og at der er taget stilling til hvor hyppigt dette er relevant.

**Medhjælp:** En person, der har fået delegeret en opgave.

En læge kan godt vælge at delegere en opgave til en lægperson – f.eks. pårørende, her er lægen ansvarlig for instruks og tilsyn, men ved delegation til kommune ophører lægens ansvar for opgavens udførelse. Hvis der alene er tale om praktisk hjælp til at åbne medicinbeholder eller give medicin til bevægelseshæmmet person, der selv administrerer sin medicin i øvrigt, er der ikke tale om en medhjælp.



**Medarbejderansvar:** Medarbejderen er ansvarlig for at frasige sig en opgave vedkommende ikke mener sig fagligt i stand til at varetage. Medarbejderen er ansvarlig for at følge de gældende instrukser og retningslinjer, herunder pligt til journalføring. Tilsidesættes en instruks påtager medarbejderen sig ansvaret herfor.

Det påhviler medhjælpen at oplyse, hvis de betingelser der var til grund for videredelegationen af opgaven ændrer sig i negativ retning i forhold til udgangspunktet.

**Stabile og ustabile forløb:** I praksis er det vanskeligt at opstille fuldstændigt dækkende definitioner af, hvornår et forløb er stabilt, og hvornår det er ustabil. I et vist omfang kan der være glidende overgange, ligesom der kan forekomme komplicerende faktorer, der kan medføre, at et ellers stabilt forløb må revurderes som værende ustabil.

Det vil altid påhvile den autoriserede medarbejder, der vælger at videredelegere en opgave, konkret at vurdere om betingelserne for dette er til stede. Det påhviler ligeledes den medarbejder, der har fået en opgave delegeret at rådføre sig ved tvivl om, hvorvidt de pågældende betingelser fortsat er til stede, hvis borgerens tilstand udvikle sig negativt og videregive relevante informationer om ændringer i borgers tilstand.

Som udgangspunkt er et forløb stabilt, hvis den pågældende behandling er foregået i mere end 14 dage uden ændringer i f.eks. udførelse, ændringer i doseringer m.m. Evt. kan afvigelser herfra fremgå af den specifikke instruks.

Præoperative forløb, som skal sikre at operation kan foretages på forsvarlig vis vil altid være at betragte som ustabile forløb. Ligeledes vil postoperative forløb, hvor observation for evt. komplikationer er en væsentlig opgave ligeledes være at betragte som ustabile forløb.

Referencer:

KL's notat om delegation af 11.5.14

Sundhedsstyrelsen: Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) Vej nr 115 af 11.12.09 med de deraf følgende henvisninger.

## Instruks om borgers behov for behandling

<b>Målgruppe</b>	Gælder for sundhedsfagligt personale på social- og sundhedsområdet i Gribskov Kommune. Denne instruks er målrettet autoriserede sundhedspersoner, samt personale som ikke er autoriseret i henhold til sundhedslovgivningen, men som foretager pleje og behandling af den enkelte borger
<b>Formål med instruksen</b>	At beskrive, hvordan det sundhedsfaglige personale i Gribskov Kommune skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos borgere.
<b>Begrebs-afklaring</b>	<p>Herunder præsenteres en definition af udvalgte begreber, som anvendes i denne instruks:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Pleje og behandling</b> Sygeplejefaglig pleje og behandling af borgere forstået som blandt andet undersøgelse, udført og planlagt pleje, lindring, information, forebyggelsestiltag og rehabilitering. Observation af borgerens tilstand og effekten af sygepleje og behandling indgår ligeledes. Sygeplejefaglig behandling og pleje indeholder også udførelse af delegerede lægeordnede forbeholdte opgaver.</li><li>• <b>Journal</b> For hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, plejecentrene og Center for Midlertidigt ophold er journalen dokumentationssystemet KMD Nexus.</li><li>• <b>Palliativ indsats</b> Den palliative indsats defineres af Verdenssundhedsorganisationen WHO som en indsats, der har til "formål at fremme livskvaliteten hos borgere og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art".</li><li>• <b>Sygeplejefagligt personale</b> Sygeplejerske eller Social- og Sundhedsassistent.</li></ul>

## Ansvarsfordeling

### Behandlingsansvarlig læge

Det er som udgangspunkt den praktiserende læge, der har det koordinerende ansvar for borgerens behandlingsforløb.

Lægeansvaret kan være delt mellem

- Praktiserende læge
- Speciallæge
- Hospitalslæge
- 1813

Det sygeplejefaglige personale dokumenterer, hvem der har det lægefaglige ansvar for behandlingen på de konkrete sygeplejefaglige problemstillinger hos borgeren.

### Det sygeplejefaglige personale

Det sygeplejefaglige personale skal have overblik over borgerens behandlingsforløb og sørge for, at henvendelser vedrørende borgerens behandling rettes til den aktuelle behandlingsansvarlige læge.

Behandlingsansvarlige læge(r) opføres under "Sundhedsfaglige kontakter" i KMD Nexus. Plan for behandling beskrives under de relevante "Helbredstilstande".

## Akut sygdom

### Akut livstruende situation

- Ring 112
- Personalet kontakter efterfølgende den sygeplejefaglige ansvarshavende.

### Akut ikke livstruende situation

- Plejepersonalet kontakter den sygeplejefaglige ansvarshavende.

## Smitsomme sygdomme

Alle borgere er potentielle smittebærere.

Der ses endvidere flere og flere sygdomme, hvor borgeren bliver rask smittebærer med f.eks. ESBL eller MRSA. Kun når det drejer sig om MRSA, kan bærertilstanden behandles. I de øvrige tilfælde vil borgeren være bærer af den smitsomme mikroorganisme i længere eller kortere tid.

For at der kan være tale om smittespredning, skal borgerne have en relation til hinanden, f.eks. bo på samme plejehjem eller bofællesskab og have samme plejepersonale m.v.

Herunder er beskrevet de hyppigst forekommende sygdomme, hvor der ofte sker smittespredning:

- MRSA (methicillinresistente stafylokokker)
- Clostridium difficile med binært toksin
- ESBL (extended spectrum beta lactamase)
- Norovirus (Roskildesyge)
- Fnat.

OBS Forholdsreglerne for de enkelte sygdomme er grundigt beskrevet i de tilhørende Nationale infektionshygiejniske retningslinjer.

Ved mistanke om øvrige smitsomme sygdomme kontaktes borgerens egen læge eller Styrelsen for Patientsikkerhed. Ved tvivlsspørgsmål omkring hygiejne kontaktes kommunens hygiejnesygeplejerske.

Smitsomme sygdomme dokumenteres i KMD Nexus, dels under den relevante "Helbredstilstand", dels i skemaet "Risiko for smittefare".

Se de Nationale infektionshygiejniske retningslinjer her <https://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/NIR/NIR%20Generelle.aspx>

## Kontrol af kroniske sygdomme

### Hos borgere med stabile kroniske sygdomme;

- Der indgås aftale med praktiserende læge vedrørende kontrol, hyppighed, observation med videre (gælder eksempelvis for regelmæssig kontrol af blodsukker, blodtryk og kontrol af AK-behandling).
- Det beskrives i KMD Nexus, hvornår der skal tilbagemeldes, ved hvilke værdier, og hvem der forholder sig til resultatet.
- Resultat af kontroller foretaget af det sygeplejefaglige personale dokumenteres i KMD Nexus, og lægen informeres.
- Resultat af lægens kontrol dokumenteres i KMD Nexus.
- Aftaler med den praktiserende læge dokumenteres i KMD Nexus under den relevante "Helbredstilstand".

Der henvises i øvrigt til instruksen " Håndtering af borgere med kroniske sygdomme" i nærværende instruksamling.

## Pleje og behandling af terminale borgere

Det er en læge, der vurderer om en borger er terminal. Se instrukserne " Fravalg af livsforlængende behandling" og "Palliativ indsats" i nærværende instruksmappe.

Sygeplejersken vurderer, om der i samarbejde med læge og den sygeplejefaglige nøgleperson i palliation skal lægges en plan for smertebehandling, medicinsk behandling og ernæring.

I pleje og behandling af terminale borgere er det væsentligt, at personalet:

- Støtter borgeren i at leve et aktivt liv den sidste tid.
- Medvirker til at borgeren får lindrende smertebehandling i samarbejde med sygeplejerske, eventuelt den sygeplejefaglige nøgleperson i palliation.
- Overvejer efter aftale med borgeren/pårørende at bruge vågetjenesten.
- Respekterer og tager udgangspunkt i borgerens ønsker og behov i den sidste tid, eksempelvis ønsker om tøj, salmer med videre - ønskerne dokumenteres i journalen.
- Støtter borgerens pårørende i den sidste tid og efter borgers død.
- Hverken fremskynder eller udsætter døden.

Se i øvrigt Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for den palliative indsats".

<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.aspx>

Terminale forløb er meget individuelle. Udgangspunktet er altid borgerens og de pårørendes ønsker og behov. Personalet vil i borgerens terminale forløb have flere samarbejdspartnere (eksempelvis Hjemmeplejen, Hjemmesygeplejen, praktiserende læge og Det Palliative Team).

Ved forventede dødsfald gives besked til praktiserende læge i dagtid, som skal lave en dødsattest.

Om aftenen og natten tages kontakt til 1813.

Afdøde må ikke afhentes af bedemanden, før lægen har skrevet dødsattest.

## Aftaler om kontrol af behandlingens

- Ordination fra lægen dokumenteres af det sygeplejefaglige personale i KMD Nexus.

<b>virkning og bivirkning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingens virkning og bivirkning dokumenteres og evalueres i KMD Nexus.</li> <li>• Det sygeplejefaglige personale informerer lægen om observerede virkninger og bivirkninger af behandlingen ved behov.</li> </ul>
<b>Krav til dokumentation og delegerede opgaver</b>	<p><b>Delegation:</b>  Generelle retningslinjer for delegation er beskrevet i afsnittene "Delegation" og "Generel instruks" i den foreliggende instruks-samling.</p> <p>Specifikke retningslinjer er beskrevet under de enkelte instrukser i denne instruks-samling.</p> <p><b>Dokumentation:</b>  Krav til dokumentation er ligeledes beskrevet under de enkelte instrukser i dette dokument.</p> <p>Kravene præciseres yderligere i kommunes dokumentationsstandard som er under udarbejdelse i regi af Fællessprog III.</p> <p>Se endvidere Gribskov Kommunes Servicebeskrivelser:</p> <p>Servicebeskrivelse for borgere i eget hjem:  <a href="http://www.gribskov.dk/media/3136/servicebeskrivelse-borgere-i-eget-hjem.pdf">http://www.gribskov.dk/media/3136/servicebeskrivelse-borgere-i-eget-hjem.pdf</a></p> <p>Servicebeskrivelse for Center for Midlertidigt ophold:  <a href="http://www.gribskov.dk/media/3137/servicebeskrivelse-borgere-paa-midlertidigt-ophold.pdf">http://www.gribskov.dk/media/3137/servicebeskrivelse-borgere-paa-midlertidigt-ophold.pdf</a></p> <p>Servicebeskrivelse for borgere på plejecenter:  <a href="http://www.gribskov.dk/media/3138/servicebeskrivelse-borgere-paa-plejecentre.pdf">http://www.gribskov.dk/media/3138/servicebeskrivelse-borgere-paa-plejecentre.pdf</a></p>
<b>Udarbejdet</b>	Udarbejdet i Center for Social og Sundhed marts 2018. Lone Teglbjærg og Gitte Widmer.

## Generel instruks

<b>Standard</b>	Beskriver den pågældende procedure
<b>Standardens formål</b>	<p>Beskriver instruksens formål og generelt gælder at instrukserne har til formål:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at borgeren modtager sin behandling korrekt med færrest mulige komplikationer og ubehag/smerte til følge.</li><li>• Sikre at opgaven udføres i overensstemmelse med gældende vejledninger</li><li>• At de foretagne handlinger dokumenteres og utilsigtede hændelser indberettes.</li> <li>• At borgerens tilstand observeres og løbende vurderes i forhold til behov for yderligere/ændret behandling.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Retningslinjerne indeholder følgende elementer:</b></p> <p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <p>Heraf fremgår hvem der må påtage sig den pågældende opgave og ud fra hvilke retningslinjer denne må videredelegeres. Ofte skelnes mellem stabile og ustabile forløb, således at ustabile forløb kun kan varetages af autoriseret sundhedspersonale i form af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.</p> <p><b>Generelt er et forløb ustabil, hvis der er foretaget ændringer i borgers behandling inden for de sidste 14 dage.</b> Ændringer kan f.eks. være i insulindosering, medicin, 14 dage efter anlæggelse af sonde, postoperative forløb, nye behandlingsforløb for den pågældende, borger der ikke tidligere er kendt i hjemmeplejen m.m.</p> <p>Det påhviler den sundhedsfagligt autoriserede person konkret og specifikt at vurdere, om borgeren kan opfattes som stabil efter 14 dage eller om der er forhold, som nødvendiggør forlængelsen af denne periode.</p> <p>Det påhviler desuden den pågældende at sikre sig, at den medhjælp, der videredelegeres til, er kvalificeret og oplært til at påtage sig opgaven, herunder sikre sig, at der foreligger den nødvendige konkrete videredelegation for den pågældende borger hos det aktuelle personale med henblik på, at der kan føres korrekt tilsyn. Det registreres,</p>



hvem der har foretaget den konkrete delegation i hver enkelt tilfælde.

### ***Kompetencekrav for udfører af instruks***

Generelt gælder for alle ansatte at de:

- Behersker Sundhedsstyrelsens instruks om sygeplejefaglige optegnelser samt retningslinjer i forhold til patientsikkerhedsordningen.
- Behersker de hygiejniske retningslinjer i nærværende instrukssamling.
- I personalesagen dokumenteres, at sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er introduceret til de gældende instrukser og tilstrækkeligt oplært i de pågældende procedurer. For social- og sundhedshjælpere, hjemmehjælpere og andet hjælpepersonale skal der desuden foreligge borgerspecifik konkret delegation af de opgaver, de er oplært til at varetage, herunder dokumentation for oplæring og foretagne tilsyn.
- Pædagogisk personale, der håndterer medicin skal have gennemført særskilt medicin håndteringskursus.

### ***Fremgangsmåde***

Beskriver hvordan den pågældende opgave udføres.

### ***Observation***

Heraf fremgår særlige behov for observationer i relation til den pågældende instruks. Generelt gælder følgende:

- Hjemmehjælperen og social- og sundhedshjælperen har ansvar for at videregive observationer om ændringer i borgerens normale tilstand til sygeplejersken eller Social- og sundhedsassistent.
- Social- og sundhedsassistenten og sygeplejersken har ansvar for at videregive observationer om ændringer i borgerens normale tilstand til egen læge/speciallæge/sygehus/1813

### ***Dokumentation***

Udfører skal dokumentere alle handlinger i EOJ (Elektronisk OmsorgsJournal)

- Dato, tidspunkt og udfører.
- Observationer og relevante handlinger.
- Alle afvigelser fra de visiterede ydelser med begrundelse.

Al dokumentation skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens instruks om sygeplejefaglige optegnelser samt patientsikkerhedsordningen, hvor uforudsete hændelser indrapporteres på <http://dpsd.dk/>

Der printes en kopi inden afsendelse som videregives til nærmeste leder, afhængig af lokale procedurer.

### **Forebyggelse og vejledning**

Generelt gælder:

- At kunne vejlede og motivere borgeren til optimal udbytte af behandlingen.
- At kunne observere borgerens tilstand og evt. behov for yderligere behandling, samt handle herpå.
- At kunne observere om behandlingen kan afsluttes.
- At kunne observere evt. bivirkninger/komplikationer og medvirke til forebyggelse af disse.

<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	Medarbejdere og ledere hos alle leverandører til Gribskov kommune kender og anvender retningslinjerne.  Alle instrukser skal revideres og godkendes minimum hver 2. år.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	Der gennemføres årligt audit på baggrund af dokumentation for rapporterede utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemiddeladministration vedrørende spørgsmålene: "Hvordan er der handlet på de utilsigtede hændelser?" og "Hvordan forebygges gentagelser?".
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag til kvalitetsforbedring.
<b>Udarbejdet</b>	Praksiskonsulent Hanne Skjerna 24.10.14. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna
<b>Reference og baggrund</b>	Dette fremgår af de enkelte instrukser, men for alle gælder desuden følgende:  Lovbekendtgørelse nr. 1350 af 17/12/2008 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed med senere ændringer.

Bekendtgørelse nr. 1219 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)

Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) (vejl nr. 115 af 11/12/2009)

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (vejl. nr. 9429 30/6/2006)

Vejledning nr. 9019 15/01/13 om sygeplejefaglige optegnelser

Bekendtgørelse nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsnet m.v.

Vejledning nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsnet m.v.

Vejledning nr. 10334 af 20/12/2007 om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder.

Sundhedsstyrelsens vejledning om udfærdigelse af instrukser (vejl. nr. 9001 af d. 20/11 2000)

Sundhedsministeriets vejledning om hjemmesygepleje. (vejl. nr. 102 af d. 11/12 2006)

<http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer/Haandhygiejne.aspx>

<b>Udarbejdet</b>	Praksiskonsulent Hanne Skjerna 24.10.14. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna
<b>Reference og baggrund</b>	Dette fremgår af de enkelte instrukser, men for alle gælder desuden følgende:  Lovbekendtgørelse nr. 1350 af 17/12/2008 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed med senere ændringer.

Bekendtgørelse nr. 1219 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)

Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) (vejl. nr. 115 af 11/12/2009)

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (vejl. nr. 9429 30/6/2006)

Vejledning nr. 9019 15/01/13 om sygeplejefaglige optegnelser

Bekendtgørelse nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.

Vejledning nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.

Vejledning nr. 10334 af 20/12/2007 om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder.

Sundhedsstyrelsens vejledning om udfærdigelse af instrukser (vejl. nr. 9001 af d. 20/11 2000)

Sundhedsministeriets vejledning om hjemmesygepleje. (vejl. nr. 102 af d. 11/12 2006)

<http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer/Haandhygiejne.aspx>

## Behandling af anafylaktisk chok

<b>Standard</b>	Den procedure, der omhandler behandling af anafylaktisk chok.
<b>Standardens formål</b>	Sikre at personale der administrerer medicin er vidende om risiko for anafylaktiske reaktioner hos borgeren og bekendte med symptomerne herpå og behandlingen heraf. Sikre at behandling påbegyndes umiddelbart og korrekt.
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social- og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Anafylaktiske reaktioner kan, om end sjældent, opstå også efter indtag af fødeemner, således bør alle personalegrupper være bekendt med symptomerne herpå og kunne reagere adækvat.</p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører er bekendt med nedenstående instruks.</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p><b>Definition på allergisk shock:</b></p> <p>Anafylaktisk chok betyder en akut opstået allergisk reaktion over for et stof. Anafylaktisk chok er en livstruende tilstand, som kræver akut behandling.</p> <p>Alvorlig allergisk reaktion:</p>

En prikkende og sovende fornemmelse i læber samt arme og ben. Kløe og varmfornemmelse. Det kan kombineres med ødemer og udslæt.

Anafylaktisk chok:

Viser sig ved f.eks. blodtryksfald, hjertebanken, bleghed, opkastninger, vejrtrækningsbesvær, der kan minde om at svært astmaanfald, akut diare, blåfarvning, uro, angst, konfusion, bevidstløshed. Kan udvikle sig til udsættende respiration og puls.

**Ved enhver injektion af medicin (dog ikke insulin) skal adrenalin og sprøjter til injektion af denne/Epipen eller Jext medbringes.**

**Behandling:**

**Sværere reaktioner med almen påvirkning:**

- Der kaldes hjælp og hjælpen ringer 112.
- Sikre frie luftveje.
- Lejring liggende med benene opad om muligt.

**Injektion af adrenalin 1 mg/ml dybt i.m. samme sted som foregående injektion:**

Under 5 år                      0,2 mg adrenalin = 0,2 ml

Mellem 5 – 14 år            0,3 mg adrenalin = 0,3 ml

Over 14 år                    0,6 mg adrenalin = 0,6 ml

- Inden indgift af adrenalin kontrolleres om kanylen ligger i en blodåre.

Alternativt kan Epipen/Jext indeholdende 0,3 mg anvendes uanset at dosis afviger fra ovenstående.

- Kontrol af vejrtrækning, puls og blodtryk.
- Behandling med adrenalin må gentages efter 5 - 10 min., hvis der ikke er tilstrækkelig effekt.
- Om muligt gives antihistamin p.o.

Lette tilfælde kontaktes lægen, hvis antihistamin gives dette.

### **Observation**

- Borgere med sværere symptomer i form af vejrtrækningsbesvær og kardiovaskulære symptomer skal være under observation under indlæggelse i 24 timer

### **Dokumentation**

Udfører skal dokumentere i EOP

- Dato, tidspunkt og udfører.
- Givne behandling.
- Opdatering af Cave dokumenteres
- E.l. kontaktes mhp. information m.m.

### **Forebyggelse og vejledning**

Vedvarende fokus på at cave er korrekt udfyldt hos alle borgere

<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	Medarbejdere og ledere kender og anvender retningslinjerne
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	Alle hændelser vil blive gennemgået mhp. læringspotentialer.
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	Der vil efter en anafylaktisk reaktion hos en borger være samtale med de involverede medarbejdere vedr. hændelsen.
<b>Udarbejdet</b>	Version redigeret og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 16.02.2015. Revideret 19.03.2017, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.

**Reference og  
baggrund**

Sundhedsstyrelsens Vejledning nr. 9029 af 08/08/2003 om  
behandling af akut allergisk chok med injektion af  
adrenalin.

[https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/  
akut-og-foerstedjaelp/tilstande-og-sygdomme/hjerte-  
kar/anafylaksi/](https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/akut-og-foerstedjaelp/tilstande-og-sygdomme/hjerte-<br/>kar/anafylaksi/)

---



## Anlæggelse af nasalsonde

<b>Standard</b>	Den procedure der foretages fra anlæggelse af sonde gennem næsen og svælget til ventriklen herunder sikring af korrekt placering i ventriklen.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Sikre at borgere, der ikke selv kan indtage væske og/eller ernæring og/eller medicin, kan afhjælpes til dette via sonde.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Sygeplejersker</li><li>Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Anlæggelse af nasalsonde kan <b>ikke</b> videredelegeres.</p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Udfører er introduceret til, oplært i og kan varetage instruks om anlæggelse af nasalsonde/ernæringssonde i ventrikel.</li><li>Udfører har deltaget i undervisning i svælgets og ventriklens anatomi samt hvilke komplikationer, der kan opstå.</li><li>Udfører har gennemgået undervisning vedr. kontrol af korrekt anlagt sonde samt symptomer på forkert anlagt sonde.</li><li>Udfører har gennemgået træning i udførelsen af anlæggelse af nasalsonde/ernæringssonde og kan håndtere denne teknik sikkert.</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p>

Der **skal** foreligge lægelig ordination på nasalsonde.

#### Før/forberedelse

- Sikre korrekt borger ved at checke navn samt CPR nummer.
- Sikre at borgeren (hvis muligt) er orienteret om formål og behandling og har givet sit mundtlige samtykke.
- Sondetype Flocare Ch 10-12
- Kapsel
- Sprøjte, 60 ml. til aspiration
- Plaster til fiksering af ernæringssonde
- Tusch (vandfast) til markering på ernæringssonde
- Stetoskop til kontrol af sondens beliggenhed
- Borger lejres så vidt muligt siddende med hagen mod brystet.

#### Under

- Borger udmåles fra nederste spids af brystbenet til øreflip, til næsetip plus 7-10 cm. Punktet mærkes med vandfast tusch på sonden.
- Sonden opvarmes i lunken vand, så den bliver glattere. Evt. anvendes bedøvende gel
- Sonden føres ind gennem næseboret til svælget.
- Når sonden rammer svælget, foretager borgeren automatisk en synkebevægelse. Giv evt. patienten lidt vand at drikke, så glider sonden lettere ned i ventriklen.
- Sonden skubbes stille ned til markeringen.

- Borgeren opfordres til at synke, evt. ved at drikke lidt vand. Hvis sonden anlægges p.g.a fejlsynkning, skal man undlade at bruge vand.
- Fjern wire.
- Sondens placering markeres på sonden med pen og fastgøres med plaster.

#### Efter

- Efter anlæggelse og inden enhver anvendelse af ernæringssonden skal beliggenheden kontrolleres i form af aspiration af ventrikelindhold og/eller stetoskopi.
- Man skal være opmærksom på, at sonden kan deplaceres f.eks. efter opkastning eller kraftig hoste.

#### **Observation**

- Virker borgeren generet af sin sonde. F.eks. hoste.
- Har borgeren pæne farver (lungeødem)
- Er der smerter eller andet ubehag?
- Sidder sonden ved markeringen.

Ingen kontrolprocedure er så sikker, at fejlindgift til luftvejene via ernæringssonde vil kunne udelukkes. Derfor er observation af borger med ernæringssonde af stor vigtighed.

Særlig opmærksomhed skal der være ved bevidstløse borgere og ved borgere med svækkede hostereflekser

Sygeplejerske/social og sundhedsassistenten skal kontakte læge/sygehus/1813 ved ændringer i borgers tilstand.

I tvivlstilfælde skal en læge tilse patienten og tage stilling til en evt. røntgenkontrol inden brug af sonde

### ***Dokumentation***

Udfører skal dokumentere i EOP

- Årsag til anlæggelse og borgers accept heraf
- Evt. problemer ved anlæggelsen.
- Hvornår sonden skal skiftes/seponeres (seponering kræver lægelig ordination)
- Tallet på sonden

### ***Forebyggelse og vejledning***

- At kunne vejlede og motivere borgeren til optimal udbytte af behandlingen herunder forholdsregler ved tegn på fejlplacering og hjælp til fiksation.
- At kunne observere evt. bivirkninger/ komplikationer herunder fejlplacering og risiko for væske i lungerne og medvirke til forebyggelse af disse.

### **Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 16.01.2015. Sidst revideret 19.03.2017, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

## Måling af blodsukker på diabetespatienter

<b>Standard</b>	<p>Forudsætninger herunder kompetencekrav for at måle BS</p> <p>Den procedure hvorved man måler blodsukker hos en patient med erkendt diabetes</p> <p>Der er tale om en procedure som både kan udføres efter lægeordination og efter nedenstående <b>rammedelegation</b></p>
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre hurtig og korrekt måling og observation af borgere med diabetes med henblik på justering af igangværende behandling.</li><li>• At kunne vejlede om forebyggelse og regulation.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<p>Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.</p>
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alle</li></ul> <p><b>Kompetencekrav for udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har modtaget undervisning om Diabetes.</li><li>• Udfører har grundlæggende kendskab til normalværdierne i BS måling og har kendskab til den specifikke borgers diabeteshandleplan.</li><li>• Udfører har gennemgået træning i BS måling og kan håndtere denne teknik sikkert.</li></ul> <p><b>Rammedelegation</b></p> <p>BS kan måles uden lægeordination iht. til følgende rammedelegation:</p> <p>Borger med sukkersyge med feber</p> <p>Borger med sukkersyge, som frembyder symptomer der giver mistanke om lavt BS i form af klager over sløret syn eller dobbeltsyn, rysten på hænderne, svedtendens, indre uro, hjertebanken, svimmelhed, konfusion og utilpashed. Ubehandlet kan det udvikle sig til bevidstløshed og kramper. I så fald ringes først 112 før måling foretages.</p> <p>Borger med sukkersyge, som frembyder symptomer, der giver mistanke om højt BS i form af træthed, slaphed, dehydrering, udtalt tørst og hyppig vandladning, bevidsthedspåvirkning.</p>

## ***Fremgangsmåde***

### Før/ forberedelse

- Check borger ved hjælp af navn og fødselsdato (evt. cpr).
- Informer patienten om proceduren.
- Gør fingerprikkeren / "nålen" klar.
- Apparatet anvendes iht. til brugsanvisningen

### Under

#### *Ved prøvetagning i øreflip*

- Masser øreflippen grundigt til den er varm og blodfyldt.
- Foretag indstik midt i kanten af øreflippen med "nålen"
- Blodet må ikke klemmes eller presses ud, men malkende bevægelser tillades indtil bloddråbe fremkommer.

#### *Ved prøvetagning i finger*

- Borgeren skal have rene hænder.
- Hold fingeren nedad i ½-1 min. før der stikkes.
- Kontroller at fingeren er varm – ellers kan blodtilførslen stimuleres ved lette tryk.
- Pres let fra det yderste led på fingeren op mod blommen og foretag indstik i siden af blommen med "nålen".
- Pres let op mod blommen til bloddråbe fremkommer, den første dråbe aftørres.

### *Målingen*

- Udføres iht. brugsanvisningen på apparatet.
- Noter værdien.
- Orienter borgeren om resultatet.

### Efter

- Blodsukkerapparatet slukkes.
- Den brugte teststrimmel kasseres.
- Den brugte "nål" kasseres efter type

## **Observation og handling**

- Det er aftalt mellem Gribskov og praksiskonsulenten i

Gribskov kommune, at **medarbejder skal reagere akut på BS under 4 og BS over 15**, medmindre andet står angivet i borgers handleplan omkring diabetes.

- Ved **BS under 4** gives både hurtigt resorberbare kulhydrater i form af juice, yoghurt, druesukker eller tilsvarende og efterfølgende langsomt resorberbare kulhydrater i form af brød eller tilsvarende. **Hvis borger ikke kan dette eller er akut dårlig ringes 112. Hvis borger ikke retter sig umiddelbart indenfor 5 -10 min. ringes til egen læge/1813. Hav borgers cprnr., navn og medicindosering klar.** Hvis BS initialt er under 2,5 og borger retter sig på initial behandling kontaktes sygeplejerske som konfererer med læge om videre plan.
- Ved **BS over 15** kontakter social- og sundhedshjælper eller pædagogisk personale sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Denne kan kontakte behandlingsansvarlig læge mhp. plan og ordination.

Hvad gør jeg hvis BS i øvrigt afviger fra accepterede normalværdier iht. handleplan?

- Social og sundhedshjælper/hjemmehjælper kontakter sygeplejerske/social og sundhedsassistent ved tvivl.
- Sygeplejerske/social og sundhedsassistent kontakter behandlingsansvarlig læge

### ***Dokumentation***

Udfører skal dokumentere i EOP

- BS værdi og relevante handlinger herunder kontakt med læge/sygehus/1813.
- Hvornår skal der tages fornyet blodsukker

### ***Forebyggelse og vejledning***

- At vejlede og motivere borger til god diabetesregulation.

## **Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 16.01.15. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018, 25.05.19, 19.07.19 Hanne Skjernaa.

## Måling af hjemmeblodtryk

<b>Standard</b>	Den procedure hvorved man måler blodtryk i eget hjem hos en borger
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre korrekt måling af hjemmeblodtryk hos borgere med henblik på diagnostik af hypertension og justering af igangværende behandling af hypertension.</li><li>• At kunne vejlede om forebyggelse og regulation.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social- og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Kan ikke videredelegeres hvis det er led i diagnostik eller borger har rytmeforstyrrelse. Kan videredelegeres, hvis det er led i handleplan hos stabil borger uden rytmeforstyrrelse. <b>Den sundhedsfaglige person der videredelegerer opgaven skal således orientere sig om der foreligger kendt rytmeforstyrrelse</b></p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har modtaget undervisning om hypertension og blodtryk</li><li>• Udfører har grundlæggende kendskab til normalværdierne for blodtryk.</li><li>• Udfører har gennemgået træning i BTmåling og kan håndtere denne teknik sikkert.</li><li>• Udfører kan erkende om der foreligger normal rytme eller rytmeforstyrrelse</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p>Hjemmeblodtryk måles over 3 dage med måling af blodtryk morgen og aften hver dag. Måling foretages enten efter ordination af læge herunder som del af handleplan. Man skal være opmærksom på, at elektroniske apparater ikke kan måle BT på borgere med rytmeforstyrrelse.</p> <p><u>Før/ forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Check borger ved hjælp af navn og cpr.</li></ul>



- Informer borger om proceduren.
- Borger må ikke have spist eller røget indenfor den sidste halve time.
- Borger skal have ladet vandet inden måling.
- Borger må ikke sidde med krydsede ben.
- Borger skal sidde i ro 5 min. før første måling.
- Armen skal være blottet og tøj må ikke stramme omkring armen.
- Borger må ikke snakke eller bevæge sig under målingen.
- Borger skal sidde godt og afslappet med god støtte af armen.

#### Under

- **Der palperes puls, hvorved man sikrer, at rytmen er regelmæssig. Hvis rytmen er uregelmæssig kontaktes sygeplejerske for vurdering.**
- Der anvendes et blodtryksapparat med en manchetstørrelse, der passer til borgers arm.
- Apparatet anvendes iht. til brugsanvisningen.
- Manchet påsættes.
- BT måles 3 gange med 5 min mellemrum og resultaterne noteres.

#### Efter

- Manchetten rengøres og desinficeres efter brug.
- De tre målinger hhv. morgen og aften for hver dag noteres i Nexus

#### Observation og handling

- Hvis BT er ordineret af egen læge i forbindelse med diagnostik orienteres denne om resultatet via korrespondancemeddelelse.
- Hvis der er tale om måling af BT som led i udførelse af handleplan noteres resultatet i EOJ og handleplanens instrukser følges.
- Det er aftalt mellem Gribskov og praksiskonsulenten i Gribskov kommune, at **medarbejder skal reagere akut på BT under 90/50 og BT over 220/130** medmindre andet står angivet i borgers handleplan omkring hypertension.
- **Hvis borger er akut dårlig ringes 112. Hav**

**borgers cpr-nr., navn og medicindosering klar.**

Hvad gør jeg, hvis BT i øvrigt afviger fra accepterede normalværdier iht. handleplan?

- Social og sundhedshjælper/hjemmehjælper kontakter sygeplejerske/social og sundhedsassistent ved tvivl.
- Sygeplejerske/social og sundhedsassistent kontakter behandlingsansvarlig læge

### ***Dokumentation***

Udfører skal dokumentere i EOJ

- BT værdi og relevante handlinger herunder kontakt med læge/sygehus/1813.
- Sikre at handleplanen følges

### ***Forebyggelse og vejledning***

- At vejlede og motivere borger i forhold til behandling af blodtryk.

**Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 11.09.2018.

## Medicinering – Dokumentation af lægemiddelordination

<b>Standard</b>	Den procedure der omhandler dokumentation af lægemidler, naturpræparater og kosttilskud i borgerens journal.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at borgerens medicin er dokumenteret korrekt i journalen.</li><li>• Sikre kommunikation mellem lægen, der foretager ordination, og udfører, der skal foretage dokumentationen mhp. at forebygge fejlmedicinering.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li><li>• Særligt uddannet pædagogisk personale</li></ul> <p>Dokumentation af lægemiddelordination kan <b>ikke</b> videredelegeres</p> <p><b>Kompetencekrav for udfører af instruks</b></p> <p>Iht. generel instruks</p> <p><b>Fremgangsmåde</b></p> <p><u>Borger eller pårørende har selv kontakt til egen læge</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uanset om kontakten er foregået ved fremmøde i praksis, besøg eller telefonisk kontakt skal ordinationen fremgå af FMK, således at den er tilgængelig i EOP. Er FMK ikke entydig mht. dosering (f.eks. efter skriftlig aftale) skal der samtidig fremsendes en korrespondance med den fyldestgørende ordination</li></ul> <p><u>Den medicinansvarlige har kontakt med egen læge</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Den medicinansvarlige kontakter egen læge, som kan give ordinationen telefonisk. Borger identificeres ved navn og cpr. Ordinationen skal indeholde præparatets navn, formulering, styrke, antal/mængde, hyppighed, tidspunkt for indgift og behandlingsvarighed (hvis muligt). Her skal udfører gentage ordinationen overfor lægen. Udfører dokumenterer ordinationen under lægekontakt i EOP med lægens navn og dato. Hvorefter der anmodes om ordinationen på FMK og</li></ul>

evt. skrift via MED-COM fra lægen.

- Lægens tilsyn af borgeren i hjemmet, hvor lægen skal dokumentere ordinationen på FMK efterfølgende og evt. MED-COM i EOP. Den medicinansvarlige kan modtage ordinationen mundtligt som ovenfor anført og gentage ordinationen og derefter dokumentere ændringen i EOP med lægens navn samt dato.

#### Ordination fra Hospital eller speciallæge

- Hospital og speciallæger medgiver skriftlige ordinationer på journalnotat eller medicinliste. Desuden vil medicinen fremgå af FMK
- Under "lægekontakt" dokumenteres årsagen til de nye ordinationer og medicinændringer samt ordinerende læge/sygehusafdeling.

#### **Medicinlisten**

- Præparatets navn, indholdsstof, dispenseringsform (tbl. mikstur, supp., injektion mv), styrke, antal/mængde, hyppighed samt administrationstidspunkt noteres. Startdato og evt. slutdato anføres
- Som udgangspunkt indtages medicinen uden at være knust eller tilsvarende. Hvis borger ikke kan dette kontaktes sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Det noteres efterfølgende, hvordan medicinen så indtages.
- PN-ordinationer skal angives ved enkeltdosis og maksimal døgndosis.
- Under Cave noteres, hvad borgeren er overfølsom for eller "ingen kendte".
- Håndkøbsmedicin og naturpræparater, som borger ønsker at indtage, må borger, pårørende eller personale rådføre sig med egen læge, om dette er lægeligt indiceret. Kun hvis egen læge finder det indiceret og ordinerer det på FMK, kan det dispenseres. Ellers må borger eller pårørende selv tage ansvar for indtag af disse præparater.

I tilfælde af fejl i forbindelse med lægemiddelordinationen skal det rapporteres som en utilsigtede hændelse. Det gøres via <http://dpsd.demo.privatsite.dk/Rapportering/Sundhedsprofessionelle.aspx>

#### **Observation**

- Medicinlisten i EOP sammenholdes med FMK og evt. uoverensstemmelser konfereres med lægen.
- Det påhviler lægen at sikre, at der er taget hensyn til interaktioner og kontraindikationer.
- Udfører skal sikre, at der er taget stilling til, hvornår lægen reviderer medicinlisten, ofte i form af gennemført årskontrol.
- Udfører kan sammen med borger tage stilling til, om der ønskes dosisdispensering. Lægen ordinerer dosisdispenseringen.

#### **Dokumentation**

- Tidspunkt for næste revision.
- Evt. kontakt til læge og konsekvens deraf.

#### **Forebyggelse og vejledning**

Fejl i medicinkort og fejl i medicinadministration er en af de hyppigste fejl i sundhedsvæsenet og bør derfor have ekstra bevågenhed.

<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	Der gennemføres årligt journalaudit vedrørende spørgsmålet: " Er der dokumentation for, at der er overensstemmelse mellem interne medicinoptegnelser/lægemedeljournaler på samme borger?"
<b>Udarbejdet</b>	Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 30.01.2015. revideret 03.10.2016 Hanne Skjerna, revideret 11.03.18, 11.09.2018 Hanne Skjerna
<b>Reference og baggrund</b>	Denne instruks er bl.a. udarbejdet med basis i nedenstående vejledninger:  Plejhjemstilsynet 2008. Faglig rådgivning. Sundhedsstyrelsen, april 2009. Dansk patient-Sikkerheds-Database (DPSD). <a href="http://www.dpsd.dk">www.dpsd.dk</a> Brug medicinen bedre - perspektiver ved klinisk farmaci. Lægemedelstyrelsen, marts 2006

## Ernæring og medicinering i ernæringssonde

<b>Standard</b>	<p>Den procedure, der omhandler indgift af væske/ernæring/medicin gennem ernæringssonde.</p> <p>Anvendes kun til borgere, hvor tilstrækkelig næringsstofindtagelse ikke kan opnås med kost og/eller protein- og energitilskud.</p> <p>Sondeernæring foretrækkes frem for parenteral ernæring, da ernæring via tarmkanalen er den bedste og enkleste måde at give ernæring på.</p>
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at sondeernæring opstartes umiddelbart efter at behovet herfor er konstateret.</li><li>• Sikre optimal ernæring til borger, der skal sondeernæres.</li><li>• Sikre at borgeren modtager sin medicin korrekt via sonden.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <p><u>Ernæring</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• PEG-sonde i stabilt forløb kan varetages af sundhedsfagligt personale samt særlig instrueret pædagogisk personale i henhold til den generelle instruks. Et stabilt forløb foreligger først 14 dage efter 1. anlæggelse.</li><li>• Ustabile forløb (PEG-sonder) og alle nasalsonder kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter</li></ul> <p><u>Medicingivning</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stabile forløb (PEG), hvor medicinen er dispenseret kan varetages af alle, i henhold til den generelle instruks.</li><li>• Ustabile forløb (PEG), nasalsonder og/eller indgift af medicin der ikke kan dispenseres kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Evt. medicingivning foretages forud for sondeernæring medmindre andet er ordineret.</p>

### **Kompetencekrav for udfører af instruks**

- Udfører er introduceret til, oplært i og kan varetage Gribskovs instruks om sondeernæring og kan håndtere denne teknik sikkert
- Ved administration af medicin har udfører kendskab de hyppigste bivirkninger og symptomer på forgiftning ved brugte præparater.

### **Fremgangsmåde**

#### Før/forberedelse for indgift af ernæring som bolus:

Bolus gives 5 – 8 gange i døgnet afhængig af borgers døgnrytme. Hvis borger også har et indtag pr. os gives sondemaden efter hovedmåltiderne

- Der gives den af lægen ordinerede mængde væske og ernæring.
- Noter dato og klokkeslæt for anbrud på posen med sondemad, da en anbrudt pose har en maksimal holdbarhed på 24 timer.
- Kontroller holdbarheden på sondemaden.
- Sondemaden kan lunes i mikroovn til det har kropstemperatur.
- For at nedsætte risikoen for aspiration hæves hovedgærdet 30-45 grader under indgift og indtil ½ timer efter måltidet.
- Før hver indgift af sondemad eller tynde væsker skal der aspireres fra ventriklen med en sprøjte til udtræk af eventuelle ventrikelsafter ses.
- Ved nasalsonde skal kontrol ske ved stetoskopi og aspiration af ventrikelsaft før hver indgift i sonden samt efter hosteanfald.
- Er der aspiratmængde på over 100 ml, skal man vente 2 timer inden næste aspiration og evt. givning af sondemad.

#### Før/forberedelse ved kontinuerlig indgift af ernæring:

- Der gives den af lægen ordinerede mængde væske og ernæring.

- Noter dato og klokkeslæt for anbrud på posen med sondemad, da en anbrudt pose har en maksimal holdbarhed på 24 timer.
- Kontroller holdbarheden på sondemaden i hver vagt

#### Under:

- Ved hver indgift i sonden skal sonden før indgiften skylles igennem med vand min. 50 ml.
- Posen med sondemad hænges højere end sonden og gerne min. 1 meter.

#### Efter

- Sonden skyllet igennem med 50 ml. vand.
- Sondemaden opbevares efter producentens forskrifter.
- Ernæringssættet skal skiftes dagligt og dette dokumenteres på ernæringshandleplan.
- Janetsprøjter vaskes af med sulfo og skylles efter.

#### Ved indgift af medicin:

- Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til medicinlisten i EOP.
- Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.
- Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinliste EOP. **Det skal fremgå at medicin er egnet til indgift i sonde.**
- Medicinen klargøres i korrekt sprøjte iht. anvisningerne på pakningen.
- Sondens tjekkes for korrekt beliggenhed og der aspireres fra sonden.
- Der skylles med væske jvf handleplan før og efter.

#### **Observation**

- Løbende bør varigheden af sondeernæring vurderes,



herunder om borger bør have anlagt PEG-sonde frem for nasalsonde, hvis borger har dette.

***Dokumentation, forebyggelse og vejledning***

Iht. generel instruks

**Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af Praksiskonsulent Hanne Skjernaa 17.01.2015. Sidst revideret 19.03.2017, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.

## Fjernelse af suturer og agraffer

<b>Standard</b>	Den procedure hvorved suturer og agraffer fjernes
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at de borgere, som er opereret og derfor har suturer eller agraffer, får disse fjernet på korrekt vis efter forskrifterne fra læge eller hospital og opnår en god sårheling uden komplikationer.</li><li>• At vejlede borgeren og personale i almindelig sårheling og tegn på evt. afvigelser.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Fjernelse af suturer og agraffer kan <b>ikke</b> videredelegeres</p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har gennemført undervisning i hudens anatomi og fysiologi.</li><li>• Udfører skal kende principperne for at vurdere om huden er klar til at foretage fjernelse af suturer eller agraffer.</li><li>• Udfører kan beherske teknikken i korrekt sutur-fjernelse og agraf-fjernelse.</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p><u>Før/forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at det er den korrekte borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)</li><li>• Sikre forskrift fra hospital eller læge vedr. dag for sutur eller agraf fjernelsen.</li><li>• Kontrollere om der er feber eller mistanke om dårlig sårheling? Evt. hvorfor?</li></ul>

- Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.
- Tage de nødvendige remedier frem. (Sutursæt (stitch-cutter og pincet) eller agrafsaks, plaster, handsker, vand eller NaCl, gazestykker, affaldspose)
- Der anvendes handsker

#### Under

- Åben sutursættet eller åben stitch-cutter og pincet, efter sterile principper.
- Tage handsker på
- Ved evt. løse skorper af størknet blod, vaskes såret med lunkent vand

#### Enkeltsuturer:

- Hold lidt op i suturen med pincetten og skær med cutteren helt nede ved huden. Træk suturen ud af huden.
- Gentag handlingen indtil alle suturer er fjernet.
- Påse at der ikke synligt er rester af suturene
- Sæt evt. plaster over såret hvis nødvendigt.

#### Fortløbende sutur:

- Hold suturen oppe i den ene ende med pincetten, skær suturen over tæt på huden. Gentag handlingen ved alle de overliggende suturstykker.
- Tag fat i enden af suturstykkerne længst væk fra huden og træk suturstykket ud.
- Påse at der ikke synligt er rester af suturen
- Sæt evt. plaster over såret.

#### Agraffer:

- Sæt agrafsaksen ind under en agraf ad gangen, åben agraffen og fjern den forsigtigt fra huden.
- Fortsæt til alle agraffer er fjernet.
- Sæt evt. plaster over såret.

#### Efter

- Informere borger om hudpleje i den efterfølgende tid – hvornår må plaster fjernes?

### ***Observation***

- Ser såret pænt ud mht. tegn til infektion og heling – eller "åbner" det sig efter suturfjernelsen? Ved mindre gab sæt steristrips på.
- Er der smerter, infektion, hæmatom eller andre problemer, da kontakt læge, sygehus eller erfarne kollega.

### ***Dokumentation***

Iht. generel instruks

### ***Forebyggelse og vejledning***

- At kunne observere tegn på følgesygdomme og komplikationer og/eller medvirke til forebyggelse af disse.
- Efter større operative indgreb bør der informeres om kost, motion samt evt. smertebehandling

## **Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt 16.01.2015 af Praksiskonsulent Hanne Skjerna. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

## Forebyggelse af tryksår

<b>Standard</b>	De procedurer der omhandler forebyggelse og identifikation af risikofaktorer i forhold til udvikling af tryksår.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at borgere med risikofaktorer for udvikling af tryksår identificeres og at der tages relevante skridt til forebyggelse af tryksår.</li><li>• Sikre opmærksomhed hos personalet på udvikling af tryksår</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li><li>• Social- og sundhedshjælpere</li><li>• Hjemmehjælpere</li><li>• Pædagogisk personale</li></ul> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har basal viden om hud og risikofaktorer i forhold til udvikling af tryksår.</li><li>• Udfører har basal viden om tryksår.</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p><b>Identifikation af risici:</b></p> <p>Ved ændring af borgers tilstand på nogen af nedenstående punkter:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tryk mod huden samme sted i kortere eller længere tid hos immobile borgere. Særligt ældre og borgere, der er sengeliggende, har en øget risiko for at udvikle tryksår.</li><li>• Dårlig ernæringstilstand.</li><li>• Nedsat kredsløb.</li></ul>

- Våd/fugtig, ødematøs eller på anden måde skadet hud.

Anvendes scoring efter Braden skala

#### **Identifikation af trykspor:**

- Røde mærker, hævelse, vabler, blanke områder, tørre pletter, revner i huden og hård hud
- Hårde områder, varme områder, hævet hud over knoglefremspring og smerte

Har en borger trykspor, er der ekstra stor risiko for udvikling af tryksår.

#### **Forebyggelse:**

Når en borger er i risiko for udvikling af tryksår skal kontaktpersonen udarbejde relevant handleplan i EOP ud fra Braden skalaen.

- Borgeren bør skifte stilling hyppigt, uanset om borgeren sidder eller ligger. Borgeren skal tilbydes hjælp til stillingsskifte. Hyppighed angives i handleplanen.
- Lejring ved hjælp af ekstra puder, kiler m.m. kan være med til at aflaste kroppen.
- Underlaget som borgeren sidder eller ligger på skal være glat og uden folder. Vær opmærksom på at knapper, tykke sømme, lynlåse, folder i tøjet og lign. ikke giver tryk.
- Huden skal holdes tør og ren.
- Borgeren skal bevæge sig mest muligt. Herunder behandling af smerter så dette ikke hindrer mobilitet.
- Vurdering af behov for diverse trykaflastende hjælpemidler f.eks. trykaflastende madrasser, puder og lignende.
- Vurdering af borgerens ernæringstilstand og behov for tiltag.

Har medarbejderen behov for ekstra vejledning om behandlingen af borgeren kan "sårsygeplejersken" kontaktes

	<p><b>Observation</b></p> <p><b>Dokumentation</b></p> <p>Udfører skal dokumentere i EOJ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dato, tidspunkt og udfører.</li> <li>• Handleplan, herunder ansøgning om trykaflastende hjælpemidler m.m.</li> </ul> <p><b>Forebyggelse og vejledning</b></p> <p>At kunne observere borgerens tilstand og evt. behov for yderligere behandling, smt handle herpå.</p>
<p><b>Udarbejdet</b></p>	<p>Version redigeret og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 16.02.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.</p>
<p><b>Reference</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• European Pressure Ulcer Advisory Panel "Guidelines til forebyggelse af tryksår"</li> <li>• Patientinformation om "Tryksår" fra Gentofte Hospital.</li> </ul>

## Stillingtagen til og evt. fravalg af livsforlængende behandling.

<b>Standard</b>	Den procedure der skal sikre, at der fortløbende tages stilling til behandlingsintensitet med udgangspunkt i borgerens og evt. pårørendes ønsker, og at personalet fortløbende er orienteret om dette.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at der for borgere i og uden for plejecenter med kontakt til hjemmeplejen foreligger en lægelig vurdering af borgeren i forhold til evt. fravalg af livsforlængende behandling.</li><li>• Sikre at personalet – herunder vikarer og afløsere nemt kan orientere sig omkring evt. fravalg af livsforlængende behandling.</li><li>• Sikre at borgerens og evt. pårørendes ønsker respekteres i akutte situationer.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker og social og sundhedsassistenter har løbende ansvaret for at der hos relevante borgere tages stilling.</li></ul> <p>Det sundhedsfaglige personale skal løbende, på en hensynsfuld måde sørge for, at den enkelte borger og nærmeste pårørende, hvis denne ønsker det, gives mulighed for at tilkendegive sine ønsker og værdier med hensyn til livets afslutning. Borgeren har også ret til at frabede sig information og deltagelse i beslutningsprocesserne, borgeren skal dog orienteres om konsekvenserne af beslutningen og muligheden for at ændre denne. Borgeren skal spørges om evt. pårørende ønskes informeret.</p> <p>Hvis det sygeplejefaglige personale vurderer, at en borger er uafvendeligt døende, skal de på baggrund af deres viden, medmindre borgeren modsætter sig det, bede den behandlingsansvarlige læge vurdere helbredstilstanden og tage stilling til, hvordan det sygeplejefaglige personale skal foreholde sig i tilfælde af hjertestop.</p> <p>Det er vigtigt at pointere, at der skal foreligge en situation, hvor borgeren anses for uafvendeligt døende, der må ikke etableres procedurer for rutinemæssig lægelig vurdering, men er borger kritisk syg eller stærkt helbredsmæssigt</p>



svækket er det relevant så tidligt i forløbet som muligt at få afklaret og vurderet, hvad der skal ske ved hjertestop eller ved behov for anden behandling, der kan være livsforlængende.

Der er sygeplejerske eller social og sundhedsassistent som kontakter læge. Enten telefonisk eller på MED-COM i EOP.

Det er en lægelig opgave at tale med borgerne om, hvad der skal ske i den sidste tid, hvis borgerens helbred er dårligt og det er aktuelt at tage stilling til, hvad der skal ske ved et evt. hjertestop.

### **Behandlingsansvarlige læge**

Det er som udgangspunkt den praktiserende læge som er behandlingsansvarlig. Hvis en anden læge aktuelt har borgeren i behandling – herunder akut lægelig vurdering – vil denne dog være nærmere til at foretage vurderingen.

### **Borger findes livløs:**

Det sygeplejefaglige personale skal i alle tilfælde som udgangspunkt foretage forsøg på genoplivning, herunder tilkalde hjælp, medmindre der er tale om en borger, hvor der er en lægefaglig beslutning om **ingen indikation for genoplivning**. Hvis borger findes livløs, og man ikke skønner at borgeren kan genoplives, kan genoplivning dog undlades, hvis det besluttet ved en umiddelbar lægelig vurdering som kan ske telefonisk på baggrund af observationer vedr. borger, findesituation m.m.

### **Habil borgers afvisning af livsforlængende behandling**

Den habile borger kan i kraft af sin selvbestemmelsesret i en aktuel situation, på et informeret grundlag, afvise påbegyndelse af behandling, herunder genoplivningsforsøg ved hjertestop, respiratorbehandling m.v. Informationen til borgeren skal bl.a. indeholde orientering om sygdom, prognose, mulighederne for behandling og konsekvenserne af borgerens beslutning.

Det er den behandlingsansvarlige læge, der vurderer, om borgeren kan anses for habil og kan overskue konsekvenserne af sin beslutning. Lægen skal i øvrigt afklare, om borgerens ønske om ikke at få behandling, skyldes forhold, som kan afhjælpes.

De nødvendige oplysninger om borgerens ønsker og samlede situation skal videregives til det relevante

sygeplejefaglige personale, så borgerens beslutning kan respekteres, og personalet har kendskab til baggrunden for den. Dette skal ske skriftligt som en MEDCOM korrespondance.

Under Cave noteres beslutningen af personalet med angivelse af dato og beslutning.

Borgeren skal informeres om, at han eller hun til enhver tid kan trække sin beslutning tilbage. Borgeren skal samtidig gøres opmærksom på muligheden for at oprette et livstestamente.

Det sygeplejefaglige og præhospitale personale er forpligtet til at følge borgerens beslutning om afvisning af behandling. Det gælder også, hvis borgeren efterfølgende bliver ukontaktbar på grund af akut sygdom, f.eks. bliver bevidstløs.

### **Livstestamente**

Det er en lægelig vurdering, om borgeren helbredsmæssigt befinder sig i en situation, som er omfattet af livstestamentet. Der kan således ikke afstås fra livsforlængende behandling uden forudgående lægelig vurdering af, om dette er tilfældet.

### **Den varigt inhabile borger**

Borgeren er uafvendeligt døende

Det er en lægelig vurdering, om en borger er uafvendeligt døende.

Hvis en uafvendeligt døende borger ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan den behandlingsansvarlige læge beslutte, at der ikke skal påbegyndes eller fortsættes en livsforlængende behandling.

Borgeren er ikke uafvendeligt døende

Den behandlingsansvarlige læge kan i den aktuelle situation beslutte, at der ikke skal påbegyndes livsforlængende behandling.

### **Nærmeste pårørende til en varigt inhabil borger**

Hvis borgeren er varigt inhabil, er det de nærmeste pårørende, der på borgerens vegne indgår i beslutningsprocessen. Nærmeste pårørende skal have den

nødvendige information for at forstå situationen. I det omfang borgeren forstår behandlingssituationen, skal denne informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen, medmindre det kan skade denne.

### **Revurdering af fravalg**

Hvis borgeren modtager behandling eller pleje af sygeplejefagligt personale, skal lægen informere om, hvornår de skal kontakte lægen med henblik på genvurdering af en beslutning om fravalg af behandling. Dette vil som minimum altid være påkrævet, hvis borgerens helbredsmæssige tilstand bliver væsentligt bedre i forhold til det grundlag, som lægen foretog sin beslutning ud fra.

### **Dokumentation om livsforlængende behandling**

Journalen skal som minimum indeholde:

a) Henvendelser til læge med henblik på vurdering/genvurdering af fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg m.v. iht. aftalt frase hvoraf fremgår begrundelse for henvendelsen og oplysninger om borgerens helbredsmæssige tilstand, pleje og behandling og effekten heraf, og evt. tilkendegivelser fra borgeren.

b) Svar fra lægelig side på anmodninger om vurdering/genvurdering. I akutte situationer kan det dog ske mundtligt, men skal efterfølgende hurtigst muligt følges op skriftligt.

Sygeplejersker/Social og sundhedsassistenterne skal efterfølgende sørge for, at beslutningen noteres i cavefeltet.

### **Konstatering af død**

Journalen skal som minimum indeholde dødstidspunktet og omstændighederne for konstatering af dødens indtræden samt orientering af behandlingsansvarlig læge/1813.

<b>Udarbejdet</b>	Udarbejdet godkendt 17.01.2015 af Praksiskonsulent Hanne Skjerna. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna.
<b>Reference og baggrund</b>	Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, Sundhedsstyrelsen januar 2014.

[http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/IPORTAL.wwpob\\_page.show?\\_docname=11215409.PDF](http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/IPORTAL.wwpob_page.show?_docname=11215409.PDF)

<http://stps.dk/da/nyheder/2016/~media/01CC659AB5A446F7A111EEAF7D5CCF39.ashx>

---

## **Frase til brug i forbindelse med anmodning om vurdering "Fravalg af livsforlængende behandling"**

Af medcom korrespondance fremgår borgers navn og Cpr.nr.

*Vedr. ønske om vurdering af fravalg af livsforlængende behandling*

*Borgers diagnoser:*

*Borgers aktuelle tilstand:*

*Aktuelle pleje, behandling og effekt heraf:*

*Baggrund for aktuelle anmodning:*

*Samtykke fra borger vedr. anmodning:*

*Evt. involverede pårørendes indstilling og hvilken information de har fået:*

*Kontaktpersonens navn og telefonnr:*

## Hygiejne - håndhygiejne

<b>Standard</b>	Den procedure hvorved håndhygiejne udføres.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at alle medarbejder udfører håndhygiejne korrekt</li><li>• Sikre at infektionsrisiko minimeres hos både borgere, personale, pårørende m.fl.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li><li>• Social og sundhedshjælpere</li><li>• Øvrige</li></ul> <p><b>Fremgangsmåde</b></p> <p>Alle medarbejdere skal inden 14 dages ansættelse være undervist efter</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer/Haandhygiejne.aspx">http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer/Haandhygiejne.aspx</a></li></ul> <p>En betingelse for god håndhygiejne er</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Neglene er kortklippede og uden neglelak</li><li>• Der ikke bæres ure, ringe eller smykker fra albuen og nedefter</li></ul> <p><b>Du skal udføre håndhygiejne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Før alle rene arbejdsopgaver</li><li>• Efter alle urene arbejdsopgaver</li><li>• Efter brug af handsker</li></ul> <p><b>Hånddesinfektion benyttes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvis du ikke er blevet synlig snavset</li><li>• Hvis dine hænder stadig er tørre</li></ul> <p><b>Håndvask benyttes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvis du er synlig snavset</li><li>• Hvis dine hænder er våde/ fugtige</li></ul>

- Hvis håndvask ikke er mulig, anvendes hånddesinfektion

#### Håndhygiejne

- I kontakten med borgeren må ærmelængden ikke være længere end til albuen
- For at bevare huden hel anbefales det at bruge hudplejecreme 2-3 gange i arbejdstiden
- Sengeliggende borgere skal tilbydes håndvask efter behov
- Øvrige borgere skal vaske hænder efter behov og efter hvert toiletbesøg.

#### Handsker

- Engangshandsker anvendes ved alle arbejdsopgaver, hvor der er risiko for berøring af borgerens blod, urin, afføring, opkast og andre legemsvæsker og udskillelser, samt ved håndtering af forurenede genstande.

#### Overtrækskitler

- Der skal bruges specielle overtrækskitler til plejesituationer, hvor der er forventet risiko for forurening, f.eks. ved besøg i meget uhygiejniske hjem eller hvor en borger f.eks. har gentagne eksplosive opkastninger.

#### Smitte fra mave-tarmkanal

- Hvis borgeren har diaré eller opkastninger stiller dette særlige krav til kontrol af udskillelser.
- Hænderne er den vigtigste faktor ved overførsel af smitte. Håndvask samt brug af handsker er tilstrækkeligt til at afbryde smitteveje.

#### Smitte fra blod m.m.

- Smittekilden for hepatitis B, hepatitis C eller hiv er almindeligvis indpodning, dvs. at få smittekilden direkte ind under huden.
- Næseseekret, spyt, sved, tårer, urin, afføring og opkast anses ikke for smittefarligt med mindre, der er synlig blodtilblanding.
- De nævnte legemsvæsker kan også indeholde andre smittekilder. Der skal derfor altid tages almindelige hygiejniske forholdsregler.

	<p><u>Smitte fra luftveje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygdomme, der smitter fra luftvejene, er de fleste børnesygdomme og virusbetingede luftvejssygdomme, som forkølelse og influenza.</li> <li>• Det er vigtigt at lære hostende og nysende borgere at anvende engangslømmetørklæder, som kasseres efter brug.</li> <li>• Hvis man nyser eller hoster i sin hånd, skal hænderne vaskes umiddelbart efter.</li> <li>• Det opfordres til at nyse i albuebøjningen.</li> <li>• Borgeren udfører eller hjælpes med håndvask efter behov.</li> </ul> <p><u>Forholdsregler ved sår på hænderne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Såret skal have en vandtæt sårbandage på og skiftes ved behov.</li> </ul>
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	Egenkontrol ved ledelsen
<b>Udarbejdet</b>	Revideret og godkendt 16.01.2015 af Praksiskonsulent Hanne Skjernaa. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.
<b>Reference og baggrund</b>	<p>Denne instruks er bl.a. udarbejdet med basis i nedenstående vejledninger:</p> <p>Serviceoven § 83 stk 1,2 og 4.</p> <p>Vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder, vejledning nr. 10334 af 20 december 2007.</p> <p><a href="http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer/Haandhygiejne.aspx">http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer/Haandhygiejne.aspx</a></p> <p>www.sst.dk. Plejehjemstilsyn.</p>

## Medicinering - insulininjektion

<b>Standard</b>	Den procedure hvorved der gives insulininjektion
<b>Standardens formål</b>	Sikre at borgeren får den ordinerede medicin korrekt. <ul style="list-style-type: none"><li>• At sikre korrekt behandling af borgere med diabetes.</li><li>• Vælge korrekt injektionssted og fremgangsmåde.</li><li>• At kunne vejlede og motivere borgeren til optimal udbytte af behandlingen.</li><li>• At kunne vejlede om forebyggelse og blodsukkerregulation</li><li>• Styrelsen for Patientsikkerhed definerer insulin som et risikolægemiddel, hvorfor der skal være ekstra opmærksomhed på evt. UTH og indberetning af disse.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stabile forløb kan varetages af sundhedsfagligt personale og pædagogisk personale på bosteder med særlige kompetencer i henhold til den generelle instruks. Der er således tale om en borgerspecifik videredelegation.</li><li>• Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter</li></ul> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har gennemgået undervisning i Diabetes, behandling med Insulin og injektionsteknik.</li><li>• Udfører har grundlæggende kendskab til normalværdierne for blodsukker og kan udføre BS måling.</li><li>• Udfører kan handle iht. den specifikke borgers diabeteshandleplan.</li><li>• Udfører har deltaget i undervisning og træning vedrørende subkutane injektioner og kan håndtere denne teknik sikkert.</li><li>• Udfører har kendskab til de hyppigste bivirkninger og symptomer på forgiftninger ved brugte præparater.</li><li>• Udfører har kendskab til retningslinjer for vurdering og behandling af anafylaktisk chok jvf. instruks.</li></ul>



## **Fremgangsmåde**

### Før/forberedelse:

- Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til EOP medicinliste. Hvis borger får flere typer insulin, må der kun tages én pen frem ad gangen.
- Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed. Anbrudsdato, udløbsdato, navn og fødselsdato noteres på pennen
- Kontroller ordinationen i medicinlisten i EOP.
- Informere borgeren om proceduren.
- Gøre den ordinerede insulin/pennen klar. Uklare insulin typer skal blandes, før de kan injiceres. Pennen skal forsigtigt vendes/vippes 20 gange til insulinet er ensartet mælkehvid.
- Ny nål klargøres og skrues på pen.
- Første gang pennen tages i brug trykkes 2 enheder ud af pennen i håndvasken. Dette for at fjerne evt. luft.
- "Indstil" pennen på korrekt dosis.
- De sidste 12 enheder i pennen skal ligeledes kasseres
- Hvis ny pen skal tages i brug næste gang, tages denne ud af køleskabet, så den ikke er kold.
- Opmærksomhed på at der max. må gives 40 enheder på samme injektionssted.

### Under

- Ved hurtigvirkende insulin. Injektionen foretages subkutan på maven med et skråt eller lige indstik i løftet hudfold. Den hurtigste absorption sker i regionen over og omkring navlen.
- Ved langsomtvirkende insulin. Injektionen foretages subkutan på forsiden af låret med skråt indstik i løftet hudfold. Høften kan evt. også benyttes.
- Ved kombinationspræparater. Som hovedregel benyttes subkutan injektion på låret.

### Generelt for alle præparater.

- Benyt altid samme område til samme insulinpræparat.
- Brug rotationsskema.

- Efter selve injektionen trækkes nålen halvvejs ud og man venter ca. 5 sek. inden man trækker nålen helt ud.

#### Efter:

- Den brugte nål kasseres i den gule kanyleboks.
- **Kom ikke beskyttelsehætte på nål, da det øger risiko for stik på udførers fingre.**
- Hætte sættes på pen og lægges på plads.
- Sikre at borger ikke bløder fra indstikssted.
- Opbrugt pen i skraldespand **uden nål.**

#### ***Observation og dokumentation***

Iht. generel instruks

#### ***Forebyggelse og vejledning***

- At vejlede og motivere borgeren til god diabetesregulation.
- At kunne observere tegn på følgesygdomme og/eller medvirke til forebyggelse af disse.

#### **Kort om Insulintyper**

##### Hurtigvirkende insulin.

Virkningen indtræder efter ca. ½–1 time. Max. effekt efter 2-3 timer. Total varighed ca. 6-7 timer.

##### Langsomt virkende insulin.

Virkningen indtræder efter 2-3 timer. Max effekt efter 4-8 timer. Total varighed 18-36 timer.

##### Blanding af hurtigvirkende og langsomtvirkende insulin.

Virkningen indtræder efter ½ time, har max. effekt efter 4-6 timer og har en total varighed på op til 18 timer. Tallet f.eks. 30/70 står for blandingsforholdet, således at det første tal refererer til indhold af hurtigvirkende insulin og det sidste tal til indhold af langsomvirkende insulin.

Der findes i alt 5 typer mixtard; 10/90, 20/80, 30/70, 40/60 og 50/50.

Hurtigt indsættende og kortvarigt virkende insulin.

Max. effekt efter 1/2-1 time. Total varighed er 2-5 timer.

**Udarbejdet**

Revideret og godkendt af Praksiskonsulent Hanne Skjerna  
16.01.2015. Revideret 12.07.2016 Hanne Skjerna. Revideret  
03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna

## Medicinering - intramuskulære injektioner

<b>Standard</b>	Den procedure, der foretages ved administration af medicin beregnet til intramuskulære injektion.
<b>Standardens formål</b>	Sikre at borgeren får den ordinerede medicin korrekt.
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Intramuskulære injektioner kan <b>ikke</b> videredelegeres</p> <p><b>Kompetencekrav for udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører er introduceret til, oplært i og kan varetage Gribskovs instruks om intramuskulær injektion.</li><li>• Udfører har deltaget i undervisning og har gennemgået træning i udførelsen af intramuskulære injektioner og kan håndtere denne teknik sikkert.</li><li>• Udfører har kendskab til de hyppigste bivirkninger og symptomer på forgiftning ved brugte præparater.</li><li>• Udfører har indgående kendskab til retningslinjer for vurdering og behandling af anafylaktisk chok og behersker dette.</li></ul> <p><b>Fremgangsmåde</b></p> <p><u>Før/forberedelse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til EOP medicinliste.</li><li>• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.</li><li>• Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten i EOP.</li><li>• Sikre at borger ikke er i blodfortyndende behandling. Hvis borger er dette, kontakt da læge vedr. videre procedure eller følg allerede fra læge givne instrukser. Hav desuden hæmostatisk svamp parat. I disse tilfælde forlænges observationsperioden efter injektion, til man er helt sikker på, at blødning er</li></ul>

stoppet.

- Borgeren er orienteret om formål og behandling.
- Adrenalin 0,5 mg/ml ampul og sprøjte + kanyler til indgift af dette eller Epipen eller Jext
- Steril sprøjte
- Sterile kanyler (en til optrækning af medicin og en til injektion)
- Gaze

Under:

- Den ordinerede medicin klargøres i korrekt sprøjte afhængig af væskemængden. Volumen < 0,5 ml skal optrækkes i en 1 ml sprøjte.
- Det undersøges at injektionsstedet er uden sår, tegn på infektion eller blå mærker.
- Huden strækkes, hvor injektionen skal gives, nålen stikkes hurtigt ind i en 90 graders vinkel på huden. Nålen stikkes så dybt ind som muligt.
- Stemplet trækkes lidt tilbage for at tjekke, at der ikke er blod i sprøjten – er dette tilfældet tag da straks sprøjten ud og start forfra.
- Medicinen injiceres jævnt og langsomt.
- Gazen anbringes over kanylen, som trækkes langsomt ud imens der tælles til ti.
- Der skal **ikke** masseres på injektionsstedet efterfølgende, da det kan give vævsirritation.

Efter:

- Sæt plaster eller gaze over indstiksstedet og sikre stop af evt. blødning.
- Smid kanyler i gul kanyleboks.
- **Kom ikke beskyttelseshætte på nål, da det øger risiko for stik på udførers fingre.**

**Observation**

- Observere hud og indstikssted efter injektion.
- Observere borgers tilstand min. 5 min efter injektion eller efter anbefaling vedr. givne præparat. Se vejledning vedr. gældende medicin/præparat.
- Udfører har pligt til at kontakte læge ved forkert indgift eller andre uregelmæssigheder.

***Dokumentation, forebyggelse og vejledning***

Iht. generelle retningslinjer

**Udarbejdet**

Revideret og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna  
15.01.2015. Revideret 14.03.2016 Hanne Skjerna.  
03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna

## Intravenøs behandling med lægemidler

<b>Standard</b>	Proceduren omhandler intravenøs behandling med lægemidler, herunder parenteral ernæring
<b>Standardens formål</b>	<p>Proceduren skal sikre at</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• IV-behandlingen sker i overensstemmelse med den lægelige ordination</li><li>• IV-behandlingen sker i overensstemmelse med den ordinerende hospitalsafdelings instrukser for det pågældende lægemiddel</li><li>• IV-adgangen håndteres og observeres i overensstemmelse med den ordinerende hospitalsafdelings instrukser for det pågældende kateter (PVK, CVK, Longline, Hickmann mm.)</li><li>• At generelle komplikationer i fbm. med IV-behandling forebygges, eksempelvis infektioner og anafylaktisk chok</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelsen er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejerske ansat på Toftebo/Gribskov Kommunes akutfunktion</li><li>• Sygeplejerske ansat i hjemmesygeplejen</li></ul> <p><b>Kompetencekrav for udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har gennemført "Akutkursus SIM Nord", eller tilsvarende kursus</li><li>• I tilfælde, hvor behandlingen er meget langvarig og borgers tilstand er stabil, kan instruksen udføres af sygeplejerske uden de ovennævnte kvalifikationer efter borgerspecifik oplæring</li><li>• Udfører har gennemført IV-behandling i praksis under supervision</li><li>• Udfører behersker teknikken ved pleje og brug af det anvendte kateter</li><li>• Udfører kender til virkninger og bivirkninger ved den anvendte medicin</li><li>• Udfører har indgående kendskab til retningslinjer for vurdering</li></ul>

og behandling af anafylaktisk chok og behersker dette

### **Fremgangsmåde**

Før den kommunale sygepleje kan give ordinerende læge tilsagn om at varetage opgave, skal det sikres at:

- At hospitalet / den ordinerende læge påtager sig det fulde lægelige ansvar for borger, mens behandlingen pågår
- At "*Huskeliste til udskrivning ved IV-behandling*" er gennemgået med hospitalet, inden udskrivelse, således at det sikres, at forudsætningerne for at varetage behandlingen i kommunalt regi er tilgodeset

### Før/ forberedelse

- Læs de to instrukser samt evt. pumpevejledning, der er medgivet fra hospitalet
    - Instruks for medicinsk præparat
    - Instruks for det anvendte kateter
    - Evt. manual for pumpe
  - Det anvendte lægemiddel tages frem i henhold til KMD Nexus medicinliste
  - Kontroller lægemidlet for holdbarhed
  - Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten i KMD Nexus.
  - Det sikres, at borger ikke er kendt med CAVE for det ordinerede præparat
  - Det sikres, at borger har fået første dosis af det ordinerede præparat på hospitalsafdelingen
  - Tjek at alle nødvendige remedier er klargjort – herunder adrenalin
    - Adrenalin 0,5 mg/ml ampul og sprøjte + kanyle til indgift af dette
- eller**
- EpiPen eller Jext
- Vask og desinficer hænder og tag handsker på



- Klargør præparat i hht til den medsendte instruks, således at infusionssættet er klart til sammenkobling med kateter. Ved anvendelse af pumpe, sættes infusionssættet i pumpen
- Ved infusion mærkes infusionsposen med label påført borgers navn, cpr nummer, præparat, dosis, dato og tid samt medarbejders underskrift
- Check borger ved hjælp af navn og CPR
- Informer borger om proceduren

#### Under

- Klargør kateter og indstikssted i hht medsendte instruks
- Vær opmærksom på, om den anvendte hætte/prop er med membran til flergangsbrug, eller om hættten er uden membran og skal kasseres. Hætter med membran til flergangsbrug skal ikke skrues af
- Giv præparatet som bolus i hht medsendte instruks

#### ***eller, ved anvendelse af pumpe:***

- Indstil pumpen i hht den medsendte instruks for det pågældende præparat og pumpevejledning og start pumpen
- Observer borger i de første 10 minutter efter indgift eller påbegyndt infusion - borger må ikke lades alene i dette tidsrum

#### Efter endt indgift

- Ved anvendelse af pumpe:
  - Pumpen slukkes, klemmeskrue lukkes
  - Hænder vaskes og desinficeres og der tages handsker på
  - Pose med infusion afkobles

#### ***Herefter og efter endt indgift af bolus:***

- Katetret skylles og evt. hepariniseres i hht. den medsendte instruks
- Ved hætte/prop til engangsbrug lukkes katetret med ny hætte. Hætter/ propper med membran er til flergangsbrug og skal ikke skrues af kateteret ved hver indgift. Skiftes i hht medsendte instruks

- Forbinding tilses ved hver indgift og skiftes i hht den medsendt instruks, dog som minimum, hvis den er forurenede eller ikke slutter tæt
- Bortskaffelse af materiale: Pose og infusionsæt forbliver sammenkoblet og smides væk med daglig renovation. Hætteglas og overførselskanyle lægges i kanyleboks.

### ***Observation og pleje***

- Huden tilses for tegn på infektion eller irritation, hver gang katetret anvendes
- Forbinding tilses ved hver indgift og skiftes i hht den medsendt instruks, dog som minimum, hvis den er forurenede eller ikke slutter tæt
- Udfører har pligt til at kontakte læge ved forkert indgift eller andre uregelmæssigheder

### ***Dokumentation***

- Der oprettes en handleplan i forhold til iv-behandling. Efter hver indgift dokumenteres følgende:
  - Tidspunkt for indgift, præparat og mængde
  - Observation af indstikssted
  - Observation og evt. skift af forbinding
  - Om der kan trækkes tilbage på kateter
  - Skylning af katetret:
    - Præparat (NaCl / heparin)
    - Den anvendte mængde (ml og evt. IU)

### ***Forebyggelse og vejledning***

- Får borgeren tegn på allergisk reaktion/shock forbindelse med indgift af antibiotika standses infusionen straks, der ringes 112 og instruksen vedrørende anafylaksi følges
- Føler borgeren ubehag ved indgift stoppes indgiften med det samme og læge kontaktes
- Findes indstikssted med rødme, puds, smerter eller hævelse kontaktes læge
- Kan der ikke trækkes tilbage på kateter kontaktes læge

- Borger informeres om at henvende sig til personalet, hvis der opleves ubehag ved indstikssted eller hvis forbindingen bliver fugtig eller forurennet.

**Udarbejdet**

Udarbejdet af Camilla Köcher Strøyberg og Gitte Widmer.  
Godkendt af Lone Teglbjærg april 2018

## Kompressionsbehandling

<b>Standard</b>	Den procedure der omhandler anlæggelse af kompressionsbind
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre ensartet og korrekt kompressionsbehandling.</li><li>• At vejlede om forebyggelse af ødemer og kredsløbsforstyrrelser.</li> <li>• At det løbende vurderes om borger kan overgå til anden behandling f.eks. i form af kompressionsstrømper</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.</li></ul>
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Stabile forløb kan videredelegeres borgerspecifikt til Social og sundhedshjælpere, idet der skal være særlig fokus på vurdering af komplikationer og mulighed for overgang til kompressionsstrømper. Ved tilstedeværelse af sår kan forløbet ikke videredelegeres.</p> <p><b>Kompetencekrav for udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører kender og er oplært i anlæggelse af kompressionsbind herunder kontraindikationer for anlæggelse.</li><li>• Udfører har modtaget undervisning i basal viden om ødemtendens, hud og kredsløbsforstyrrelser og neurologiske forstyrrelser af relevans for kompressionsbehandling.</li><li>• Udfører har kendskab til håndtering af hjælpemidlet og producentens anvisninger herpå.</li></ul> <p><b>Fremgangsmåde</b></p> <p>Der <b>skal</b> foreligge en lægelig ordination.</p> <p><u>Før/forberedelse</u></p>

- Sikre at det er den korrekte borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)
- Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.

#### Under

- Benene vaskes/smøres efter behov.
- Observation af benet (farve, sår, smerter, ødem, sensibilitet)
- Vat pålægges ved behov efter faglig vurdering.
- Kompressionsbehandling anlægges efter producentens anbefalinger.
- Foden skal være i 90 grader. Størst tryk nederst og løsere længere oppe.

#### Efter

- Bindene/strømperne vaskes efter behov og anvisning.

#### **Observation**

- Hvor udtalt er ødemerne?
- Er der misfarvning af hud, skællende eksem (staseeksem) eller sår?
- Er der puls i foden?
- Har borgeren smerter?
- Føles forbindingen behagelig for borgeren, ikke for stram og ikke for løs?

#### **Dokumentation**

Iht. generel instruks

#### **Forebyggelse og vejledning**

- At vejlede borgeren til forebyggende tiltag som at sove med benene mobiliseret højt og mobilisering/ stimulering af vena-pumpen.
- At kunne observere om behandlingen kan afsluttes herunder overgå til kompressionsstrømpe.
- At kunne observere tegn på følgesygdomme og/eller medvirke til forebyggelse af disse.

**Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna  
16.01.2015. Revideret 03.10.2016 Hanne Skjerna.

---

## Kompressionsbehandling med kompressionsstrømper

<b>Standard</b>	Den procedure der omhandler kompressionsbehandling med kompressionsstrømper
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre ensartet og korrekt kompressionsbehandling.</li><li>• At vejlede om forebyggelse af ødemer og kredsløbsforstyrrelser.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.</li></ul>
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Kan videredelegeres til</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Social og sundhedshjælpere</li><li>• Hjemmehjælpere</li><li>• Pædagogisk personale</li></ul> <p><b>Kompetencekrav for udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører kender og er oplært i at give kompressionsstrømper på og tage dem af herunder kontraindikationer for brug.</li><li>• Udfører har modtaget undervisning i basal viden om ødemtendens, hud og kredsløbsforstyrrelser og neurologiske forstyrrelser af relevans for kompressionsbehandling.</li><li>• Udfører har kendskab til håndtering af hjælpemidlet og producentens anvisninger herpå, herunder brug af evt. hjælpemidler.</li><li>• Udfører skal bruge handsker for ikke at beskadige strømpen.</li></ul> <p><b>Fremgangsmåde</b></p> <p>Der <b>skal</b> foreligge en lægelig ordination.</p> <p><u>Før/forberedelse</u></p>

- Sikre at det er den korrekte borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)
- Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.

#### Under

- Benene vaskes/smøres efter behov.
- Observation af benet (farve, sår, smerter, ødem, sensibilitet)

#### Efter

- Strømperne vaskes efter behov og anvisning.

#### **Observation**

- Hvor udtalt er ødemerne?
- Er der misfarvning af hud, skællende eksem (staseeksem) eller sår?
- Er der puls i foden?
- Har borgeren smerter?
- Ændringer i borgers tilstand iht. generel instruks.

#### **Dokumentation**

Iht. generel instruks.

#### **Forebyggelse og vejledning**

- At vejlede borgeren til forebyggende tiltag som at sove med benene mobiliseret højt og mobilisering/ stimulering af vena-pumpen.
- At kunne observere tegn på følgesygdomme og/eller medvirke til forebyggelse af disse.
- Kunne vurdere behov for udskiftning af kompressionsstrømper og sikre bestilling af dette.

#### **Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna  
19.01.2015. Revideret 03.10.2016 Hanne Skjerna.



## Brug af korrespondancemeddelelser mellem Kommune og egen læge

<b>Standard</b>	Vedrører de aftaler, der er truffet om brug af korrespondancemeddelelser – i det følgende benævnt KM - mellem egen læge og kommune
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At borgeren oplever et sammenhængende forløb</li> <li>• At bidrage til god kommunikation, effektive arbejdsgange og godt samarbejde mellem de praktiserende læger og kommunens leverandører</li> <li>• At sikre patientsikkerhed gennem korrekt dokumentation af aftaler og lægelige ordinationer</li> <li>• At sikre tydelig opgave- og arbejdsfordeling</li> <li>• At medvirke til at undgå fejl og utilsigtede hændelser</li> </ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p>Denne instruks omhandler kun KM mellem egen læge og kommunen. Der kan sendes KM til andre aktører også – f.eks. apotek og andre samarbejdspartnere, men man skal være opmærksom på, at hvis der i EOJ ikke vælges anden relevant modtager går KM automatisk fra kommunen til egen læge.</p> <p>KM kan kun bruges til <b>ikke-akutte</b> henvendelser. Derudover kan det bruges til skriftlig dokumentation af akut telefonisk henvendelse.</p> <p>Det fremgår af sundhedsaftalerne mellem region og kommune at KM ses og behandles af leverandører i hver dagvagt og senest i den efterfølgende dagvagt kl.10</p> <p>Egen læge har iht. overenskomsten 3 hverdage til at besvare en korrespondance.</p> <p>Der kan således <b>ikke</b> anmodes om akutte sygebesøg eller fremsendes ønske om akut kommunal intervention via KM.</p> <p>Iht. sundhedsaftalerne bruges KM til dialog mellem fagligt kompetente personer.</p> <p>KM fra egen læge stiles i overskriften til rette leverandør/modtager.</p> <p>Overskriften skal altid indeholde relevant emneord, således at det bliver nemmere at genfinde relevant KM.</p>

Der henstilles til at dialogen og overblikket sikres ved fortløbende at anvende besvarelse af den tilsendte KM fremfor at oprette en ny KM, da det ikke altid kan være samme fagperson, der indleder en korrespondance og følger op på denne. Er det i systemet ikke muligt at besvare en KM, kan indholdet af den tidligere KM, der henføres til, kopieres over i den nye KM, der returneres.

Kronologien i dialogen sikres ved at sidstskrevne notat altid ligger øverst i en KM.

En KM vil altid være en borgerspecifik henvendelse og ligge i den pågældende borgers journal. Indholdet skal være entydigt, specifikt og relevant. Det bør om muligt være en, der kender borger godt, som skriver eller besvarer en KM. Både læger og leverandører bør have en procedure for hvordan en KM, som er modtaget en dag, hvor borgers kontaktperson eller vanlige læge ikke er tilstede, kommer til rette vedkommendes kendskab. Herunder gøre afsender opmærksom på, at en KM ikke besvares, før den pågældende er på arbejde. Det er ikke afsender, der skal genhenvende sig, hvis kontaktperson/egen læge er fraværende, men modtager, der sørger for at henvendelsen håndteres.

I en KM kan anføres ønske om kvittering for modtagelse og/eller udførelse.

ISBAR-modellen er et velvalgt redskab:

I: Identifikation (Afsender, borger fremgår af KM).

Herunder altid telefonnummer til afsender ved behov for uddybende oplysninger.

S: Situation (Årsag til henvendelse herunder observationer, herunder relevante målinger som BT, p, tp m.fl.).

B: Baggrund (kort præsentation af borger).

A: Analyse (Vurdering af problemet).

R: Råd (Ønsket handling: Skal vi ikke..., Hvad synes du...). Det skal fremgå om der er tale om en orientering, ønske om handling eller faglig tilbagemelding.

Der skal ligeledes være en procedure for, at en KM, der giver anledning til opfølgning efter et vist tidsrum, følges op. Det kan f.eks. være vurdering af effekt af

smertebehandling, måling af blodsukker eller blodtryk efter ændret behandling og lign. Proceduren bør ligeledes beskrive, hvordan indholdet i KM'er dokumenteres i EOJ.

---

**Udarbejdet**

Udarbejdet 16.03.2017 og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna. Revideret 11.09.2018 Hanne Skjerna

---

## Håndtering af borgere med kroniske sygdomme

<b>Standard</b>	Omhandler håndtering af kroniske sygdomme hos borgere.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at alle borgerens kroniske sygdomme fremgår tydeligt af den sygeplejefaglige dokumentation.</li><li>• Sikre der foreligger ensartede handleplaner<sup>1</sup> på relevante kroniske sygdomme. Borger kan godt have kroniske sygdomme, der ikke kræver sygeplejefaglig handleplan.</li><li>• Sikre at borgere kontrolleres og behandles relevant for deres kroniske sygdomme.</li><li>• Sikre at evt. udvikling i borgerens kroniske sygdom opdages og behandlingen justeres.</li><li>• Sikre overlevering ved leverandørskift.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social- og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Kan ikke videredelegeres men social- og sundhedshjælper/hjemmehjælper/pædagogisk personale har pligt til at videregive relevante observationer om ændringer i borgers tilstand.</p> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p>Ved indflytning på plejecenter/opstart i hjemmesygeplejen foretages sygeplejefaglig udredning.</p> <p>Der skal i samarbejde med borger laves handleplaner for de relevante kroniske sygdomme, borgeren har. Hermed menes kroniske sygdomme, der kræver sygeplejefaglig deltagelse ved opfølgning og/eller behandling. Herunder tages stilling til kontrolhyppighed og tidspunkt, og hvem der har ansvaret for, at kontrollen foretages.</p> <p>Ved nyopdaget kronisk sygdom hos kendt borger skal der ligeledes laves handleplan.</p> <p>Handleplanerne opdateres og justeres løbende ved</p>

<sup>1</sup> En handleplan består i FSIII af: 1) en helbredstilstand 2) et indsatsmål 3) en handlingsanvisning 4) en opfølgning i form af et opdateret fagligt notat

udvikling i sygdom eller efter aftalt kontrol.

I udgangspunktet foretages den sygeplejefaglige udredning ved samtale med borger og evt. pårørende. Hvis denne ikke er i stand til at medvirke fyldestgørende kontaktes egen læge. Der anvendes "frase oplysninger egen læge".

Hvis borger selv varetager kontrol og behandling af kroniske sygdomme i samarbejde med egen læge dokumenteres dette i handleplanen, og det er tilstrækkeligt.

Hvis hjemmeplejen skal varetage kontrol og/eller behandling i samarbejde med egen læge kan der være behov for yderligere oplysninger vedr. kontrolhyppighed og mål for behandling. Dette kan f.eks. fremgå af tilsendt notat fra sidste årskontrol.

Hvis den kroniske sygdom varetages af hospitalsambulatorium kontaktes hospitalet for oplysninger herom. Egen læge kan evt. videregive epikrise.

Borger skal give samtykke til indhentning af oplysninger og dette dokumenteres

Nedenstående er vejledende for en række hyppigt forekommende kroniske sygdomme:

Hvis borgeren har forhøjet blodtryk, hjertesvigt eller iskæmisk hjertesygdom:

- Skal der måles blodtryk, vægt eller andre værdier
- Hvor ofte skal det måles
- Ved hvilke værdier skal lægen kontaktes

Hvis borgeren har diabetes:

- Skal der måles blodsukkerværdier og i givet fald hvor ofte.
- Ved hvilke værdier skal lægen kontaktes
- Skal der gives hurtigtvirkende insulin ved forhøjet værdier og hvilken ordination
- Hvornår skal borgeren til øjenlæge kontrol
- Hvornår skal borgeren til fodterapeut

Hvis borgeren får medicin mod stofskiftet:

- Hvornår er der taget blodprøve og hvornår skal der tages blodprøver igen.

Hvis borgeren får medicin mod forhøjet kolesterol:

- Hvornår er der taget blodprøve og hvornår skal der tages blodprøver igen.

Hvis borgeren får stærk blodfortyndende medicin:

- Hvornår er der taget blodprøve og hvornår skal der tages blodprøver igen.
- Sidste ordination.

Hvis borgeren får smertestillende medicin:

- Hvornår er behandlingen kontrolleret og hvor ofte skal behandlingen revurderes

Hvis borger har demens:

- Hvornår skal næste kontrol foretages

Hvis borger får psykofarmaka inkl. sovepiller:

- Hvor ofte skal behandlingen revurderes

Hvis borger har osteoporose:

- Hvornår er behandlingen kontrolleret og hvor ofte skal behandlingen revurderes

Hvis borger har KOL/astma:

- Status ved sidste årskontrol og hyppighed af lægekontrol.
- Evt. ilt-behandling og kontrol heraf (hospitalsbehandling)

Hvis borger har cancersygdomme:

- Tidligere cancersygdomme skal fremgå af sygeplejefaglig udredning.
- Derudover cancerspecifik handleplan, hvis der fortsat foregår behandling og kontrol.

Hvis borger lider af obstipation:

- Der skal foreligge handleplan for håndtering og en plan for det videre forløb herunder forebyggelse.

### ***Observation og dokumentation***

Iht. generel instruks skal der dokumenteres i EOJ

### ***Forebyggelse og vejledning***

- At vejlede og motivere borgeren til håndtering af kronisk sygdom
- At kunne observere tegn på følgesygdomme og/eller

medvirke til forebyggelse af disse.

**Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt 30.01.2015 af Praksiskonsulent Hanne Skjerna. Revideret 11.03.2016 Hanne Skjerna. Revideret 12.07.2016 Hanne Skjerna. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

## Medicinering – Administration af lægemidler

<b>Standard</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De procedurer, der foretages, fra medicinen tages ud af medicinæsken til den er indtaget af borgeren, herunder observationen efter indtagelse.</li><li>• Proceduren gælder for medicin dispenseret af sundhedsautoriseret personale/dosisdispenseret medicin</li><li>• <b>Standarden omhandler ikke</b> intramuskulære injektioner, subkutane injektioner, insulinadministration, øjendrypning, skift af medicinplastre, medicinsk creme, suppositorier og vagitorier. Der henvises til særskilte instrukser.</li></ul>
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• At sikre at borgeren får og indtager den ordinerede og korrekt dispenserede medicin på de korrekte tidspunkter.</li><li>• At forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemiddeladministration.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li><li>• Social og sundhedshjælpere</li><li>• Hjemmehjælpere</li><li>• Særligt autoriserede pædagogisk personale</li></ul> <p><b>Kompetencekrav for udfører af instruks</b></p> <p>Iht. generel instruks</p> <p><b>Fremgangsmåde</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Den enkelte borgers korrekte ugedags doseringsæske/ dosispose tages frem.</li><li>• Kontroller med borgeren doseringsæsken/dosispose for korrekt navn, CPR-nummer og/eller sikker genkendelse.</li><li>• Kontroller at antallet af tabletter i doseringsæsken/ dosispose på administrationstidspunktet stemmer overens med medicinlisten i EOJ.</li><li>• Præparater, der ikke kan dispenseres, skal der foreligge særlig skriftlig vejledning om udarbejdet af</li></ul>



den ansvarlige sygeplejerske eller social og sundhedsassistent.

- Sørge for, at borgeren er lejret, så medicinen uden besvær kan indtages og fejlsynkning undgås.
- Sørge for der er de rette betingelser for, at borgeren på bedste vis kan indtage sin ordinerede medicin. Herunder tilbyde rigeligt væske eller mad ved indtag af medicinen.

#### Overgang til selvadministration hos borgere der før har fået medicinen administreret af hjemmeplejen

- Ved borgerens ønske om selvadministration skal foreligge skriftlig accept fra egen læge.
- Hvis borgeren ikke indtager den ordineret medicin, skal lægen, efter samtykke, kontaktes.
- Ved ønske fra pårørende om at overtage administrationen af borgerens medicin, skal der ligeledes foreligge skriftlig accept fra praktiserende læge. Pårørende er da selv ansvarlig for sikring af indtagelse af medicinen.
- Personalet har fortsat pligt til at observere virkning/bivirkning i det omfang de kommer hos borger.

#### **Observation**

- Medarbejdere uden sundhedsfaglig autorisation har pligt til at kontakte sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent ved forkert antal piller i doseringsæske/ dosispose, tabt æske eller brud på pose eller andre uregelmæssigheder i doseringen. I øvrigt har den pågældende pligt til at tage kontakt ved tvivlsspørgsmål.
- Sygeplejerske/ social og sundhedsassistent har pligt til at kontakte læge eller sygehus ved forkert præparat/styrke i forhold til ordination. Desuden ved tvivlsspørgsmål.

#### **Dokumentation, forebyggelse og vejledning**

Iht. generel instruks

#### **Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 30.01.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.

## Medicinering - Lægemedeldispensering

<b>Standard</b>	Den procedure der omhandler dispensering af lægemidler
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at borgeren får den ordinerede medicin korrekt i.h.t. ordinationen, hvad angår såvel tidspunkt, dosis og administrationsvej.</li><li>• Forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering.</li><li>• Kunne vejlede borger om medicinens effekt og bivirkninger.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter kan i udgangspunktet varetage ikke-komplekse og stabile borgere.</li><li>• Pædagogisk personale med særlig medicin håndteringskursus kan varetage ikke-komplekse borgere på bosteder.</li></ul> <p>Det er ledelsens ansvar at vurdere kompleksiteten. Borgere, der får særlig risikomedicin, som f.eks. MTX og AK-behandling er at betragte som komplekse patienter. Medicindispensering kan <b>ikke</b> videredelegeres.</p> <p><b><u>Særlig risikomedicin</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ved behandling med Marevan / Warfarin og med MTX vedlægges borgers medicin et gult, lamineret kort vedr. "Risikomedicin"</b></li></ul> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <p>Iht. generel instruks</p> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p><u>Håndtering af fast lægeordineret medicin, lægeordinerede naturlægemidler og kosttilskud.</u></p>

- Jævnfør de hygiejniske retningslinier. Brug af handsker eller pincet for at undgå unødige berøring med medicinen.
- Man anvender den elektroniske medicinliste.
- Håndtering/ dispensering af medicin skal forsøges at foregå uforstyrret.
- Der dispenseres normalt for 4 uger ad gangen. Hvis der ikke er tilstrækkelig medicin doserer man til så mange dage som muligt og må efterfølgende foretage fornyet dosering, når der er kommet tilstrækkelig medicin. Det skal tilstræbes at efterdosering undgås. Ved f.eks. AK-behandling doseres altid når svar på kontrol foreligger.
- Kontroller for overensstemmelse mellem medicinglas/æske og medicinliste. Den aktuelle udlevering skal fremgå af FMK.
- Kontroller etiket på medicinglas/ æske for udløbsdato, ordination samt korrekt borger.
- Kontroller alle doseringsæsker for navn og CPR-nummer og ugedag.
- Kontroller at antallet af tabletter i doseringsæsken på administrationstidspunktet stemmer overens med medicinlisten.
- Medicin der ikke anvendes i en periode, skal slettes/pauseres fra medicinlisten. Medicinen lægges i en pose, der adskilles fra aktuel medicin. Deri lægges seddel med navn og dato på det præparat, der udløber først.
- Der kan, efter samtykke fra borger, tages kontakt til egen læge, som i samarbejde med den medicinansvarlige vurderer om borgeren er egnet til at få dosisdispenseret sin medicin.
- Sker der ændringer i ordinationerne for borgere med dosisdispensering må der ikke tages piller op af dosispakkerne. Dosisrullen kasseres og der skal dispenseres manuelt i doseringsæsker.
- Ved ønske fra pårørende om at overtage dispenseringen af borgerens medicin, skal der i EOJ være en korrespondance med accept fra praktiserende læge. Pårørende er da selv ansvarlig for sikring af indtagelse af medicinen, herunder holde sig opdateret om evt. ændringer.

#### Blodfortyndende behandling

- Stærkt blodfortyndende behandling kontrolleres efter aftale med egen læge med blodprøve hos/via egen læge.

- Se særskilt instruks

#### Fremgangsmåde for håndtering af PN ordineret medicin

- Som udgangspunkt følges fremgangsmåde for håndtering af fast ordineret medicin.
- PN-medicinen dispenseres med borgerens navn og CPR-nummer, præparatnavn, styrke, dosis, virkning, ophædningsdato samt udløbsdato for medicinen.
- Der dispenseres til PN forbrug af hvert præparat.
- Hver enkelte dosis i hver sin pose. (F.eks. ordination 4 x 2 tabl. Pinex pr. døgn = 4 poser med hver 2 Pinex i.)

#### **Observation**

- I tilfælde af, at borgeren ikke får den dispenserede medicin, skal det indrapporteres som en utilsigtet hændelse iht. generel instruks.
- Hvis borger ikke har taget den dispenserede medicin rettes henvendelse, efter aftale med borger, til borgers egen læge. Begrundelse for at medicinen ikke er taget forsøges oplyst.
- Ved mistanke om bivirkninger eller behov for ændring af behandling kontaktes egen læge efter aftale med borger.

#### **Dokumentation**

- Medicinen skal være ajourført iht. FMK. Præparatets navn, dispenseringsform, styrke og administrationsvej, herunder om præparatet kan knuses, opslæmmes eller skal synkes skal noteres på medicinlisten. Behandlingsindikation og hyppigste bivirkninger skal fremgå.
- Udfører dokumenterer i EOJ med dato og initialer for dispensering og/eller efterdispensering.

#### **Forebyggelse og vejledning**

Iht. generel instruks

#### **Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 17.01.2015. Revideret 14.03.2016, 13.07.2016, 03.10.2016, 11.03.2018, 11.09.2018, 04.04.19 Hanne Skjernaa

#### **Reference og baggrund**

Denne instruks er bl.a. udarbejdet med basis i nedenstående vejledninger:

Plekehjemstilsynet 2008. Faglig rådgivning.  
Sundhedsstyrelsen, april 2009

Dansk Patient-Sikkerheds-Database (DPSD). [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk)

Brug medicinen bedre - perspektiver ved klinisk farmaci.  
Lægemiddelstyrelsen, marts 2006

---

---

**Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaas 17.01.2015. Revideret 14.03.2016, 13.07.2016, 03.10.2016, 11.03.2018, 11.09.2018 Hanne Skjernaas

---

## Medicinering – Medicinsk creme

<b>Standard</b>	De procedurer, der foretages i forbindelse med behandling med medicinholdig creme.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre ensartet og korrekt behandling.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <p>Stabile forløb kan varetages af</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social- og sundhedsassistenter</li><li>• Social- og sundhedshjælper efter borgerspecifik videredelegation</li><li>• Pædagogisk personale med særlige kompetencer.</li></ul> <p>Et forløb kan godt være stabilt umiddelbart efter opstart.</p> <p>Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter.</p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har kendskab til de forskellige typer af creme herunder virkninger og bivirkninger.</li><li>• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige sygdomme, hvori behandling med creme er en løsning.</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p><u>Før/forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til medicinlisten i EOJ. Der skal skriftlig foreligge vejledning om, hvordan cremen påføres og varighed af behandlingen i handleplanen. Der anføres anbrudsdato, navn og fødselsdato.</li><li>• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.</li><li>• Kontroller at ordination på pakningen stemmer</li></ul>

- overens med medicinlisten EOJ.
- Informere borger om behandlingen.
  - Udfører tager nitrilhandsker på.

#### Under

- Området skal være rent og tørt.
- Observer om der er hudirritation, som tegn på allergisk reaktion på cremen.
- Cremen påføres i et ensartet og jævnt lag iht. Handleplanen

#### **Observation**

- Udfører skal observere hudens tilstand og ved behov kontakte sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent.

#### **Dokumentation**

- Udfører skal dokumentere i EOJ.

#### **Forebyggelse og vejledning**

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/ forgiftninger af medicinen.

#### **Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 19.01.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.

## Medicinering - Medicinplaster

<b>Standard</b>	De procedurer, der foretages i forbindelse med skift af medicinplaster.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre ensartet og korrekt skift/påsætning af medicinplaster, herunder at det foretages på korrekt tidspunkt</li><li>• Sikre korrekt håndtering af brugte medicinplastre</li><li>• Styrelsen for Patientsikkerhed definerer smertepastre som et risikolægemiddel, hvorfor der skal være ekstra opmærksomhed på evt. UTH og indberetning af disse.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stabile forløb kan varetages af sundhedsfagligt uddannet personale og pædagogisk personale med særlige kompetencer.</li><li>• Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter.</li></ul> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har gennemgået undervisning i håndtering og anvendelse af medicinplastre samt gennemført træning vedrørende påsætning af medicinplastre og kan håndtere denne teknik sikkert. Herunder vurdere hudens tilstand.</li><li>• Udfører har kendskab til de forskellige typer af plastre herunder virkninger og bivirkninger.</li><li>• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige forløb, hvori behandling med plaster er en løsning.</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p><u>Før/forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til medicinlisten i EOJ. Medicinplasteret vil være opmærket ved sundhedsfagligt autoriseret personale i forbindelse med medicindosering.</li><li>• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.</li><li>• Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten EOJ.</li></ul>



- Informere borger om formålet med behandlingen, hvor plasteret påsættes, og hvornår det skal skiftes igen.

#### Under

- Fjern det gamle plaster. Plasteret foldes på midten med klæbesiden indad. Brugte plastre skal betragtes som medicinaffald og deponeres i særlig affaldsbeholder.
- Observer om der er hudirritation.
- Udvalg et hudområde, som er fladt, rent (uden creme), tørt og hårfrit. Overkrop, brystet samt under kravebenet samt den øverste del af ryggen er egnede områder. Undgå påsætning på hud, der er rød eller irriteret eller hvor der er store ar.
- Skriv dato og klokkeslæt og initialer på plasteret afhængig af producentens anbefaling.
- Fjern beskyttelsesfilmen og påsæt plasteret. Kontroller at det sidder glat og slutter pænt til og ikke sidder til gene for borger.

#### **Observation**

- Udfører skal observere hudens tilstand og ved behov reagere relevant herpå.
- Udfører skal observere for bivirkninger af medicin og forgiftningssymptomer.

#### **Dokumentation**

- Udfører skal dokumentere i EOJ, hvor plasteret er påsat og tidspunkt for næste skift.

#### **Forebyggelse og vejledning**

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/ forgiftninger af medicinen.

#### **Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 16.01.2015. Sidst revideret 19.03.2017, 11.09.2018, 25.05.2019 Hanne Skjernaa.

## Medicinering - Miniklyx

<b>Standard</b>	<p>Forudsætninger herunder kompetancekrav for at give miniklyx</p> <p>De procedurer, der foretages i forbindelse med givning af miniklyx.</p> <p>Miniklyx kan gives iht. lægeordination og efter nedenstående <b>rammedelegation</b></p>
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre ensartet og korrekt anvendelse af miniklyx</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <p>Stabile forløb kan varetages af</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social- og sundhedsassistenter</li><li>• Social- og sundhedshjælper efter borgerspecifik videredelegation</li><li>• Pædagogisk personale med særlige kompetencer.</li></ul> <p>Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter.</p> <p><b><i>Rammedelegation</i></b></p> <p>Kortvarig behandling med miniklyx kan opstartes af sygeplejerske. Et sådant kortvarigt forløb kan ikke videredelegeres. Et kortvarigt forløb opfattes her som et forløb under 1 uges varighed. Nyopstået behov for længerevarende behandling skal konfereres med e.l. Hvis e.l. har accepteret fortsat behandling kan forløbet videredelegeres. En enkeltstående administration skal ikke fremgå af lokal medicinliste, men som notat.</p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har gennemgået undervisning i håndtering og anvendelse af miniklyx og kan håndtere dette sikkert.</li><li>• Udfører har kendskab til laksantia generelt.</li><li>• Udfører har kendskab virkninger og bivirkninger.</li><li>• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige</li></ul>

forløb, hvori behandling med miniklyx er en løsning.

### **Fremgangsmåde**

#### Før/forberedelse

- Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til medicinlisten i EOJ. Miniklyx vil være opmærket ved sundhedsfagligt autoriseret personale i forbindelse med medicindosering, hvis forløbet er videredelegeret.
- Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.
- Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten EOJ.
- Informere borger om formålet med behandlingen.
- Borger skal lejres på venstre side i sengen pga. anatomiske forhold eller sidde på bækkenstol. Læg et blåt stykke under borger.

#### Under

- Studs knækkes af miniklyx og spidsen føres ind i endetarmen.
- Miniklyx tømmes stille og roligt. Rektaltuben holdes sammenpresset til den er fjernet fra endetarmen. Borger instrueres i at klemme sammen og holde klysmat længst muligt (ca. 10 min.).
- Når borger er klar hjælpes evt. på toilettet.
- Det kan være nødvendigt at stimulere/hjælpe med en finger i endetarmen.

#### **Observation**

- Borger kan få vasovagalt blodtryksfald, da lejres borger liggende med benene oppe og AT, puls og evt. BT måles. Hvis der ikke er spontan bedring i løbet af 10 – 15 min kontaktes e.l./1813.
- Ved manglende effekt skal social- og sundhedshjælper m.fl. kontakte sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Denne kan kontakte egen læge ved behov.

#### **Dokumentation**

- Udfører skal dokumentere i EOJ.

#### **Forebyggelse og vejledning**

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/ forgiftninger af medicinen.

**Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 19.01.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018, 25.05.19 Hanne Skjerna.

## Nedtrapning af paracetamol

<b>Standard</b>	<p>Forudsætninger herunder kompetencekrav for nedtrapning af paracetamol.</p> <p>Standard omhandlende fremgangsmåde for ændring af dosering af paracetamol ved sygeplejefaglig personale.</p> <p>Standarden er en <b>rammedelegation</b>, som anvendes efter lægelig ordination</p>
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• At øge borgeres og plejepersonales opmærksomhed på unødigt smertestillende behandling.</li><li>• At medvirke til at nedsætte forbruget af smertestillende behandling.</li><li>• At udstikke retningslinjer for plejepersonalets kompetencer og håndtering af borgers smertebehandling med paracetamol.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<p>Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.</p>
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Justering af paracetamoldosering kan <b>ikke</b> videredelegeres</p> <p><b><i>Baggrund for instruks</i></b></p> <p>Paracetamol er et vanligt og hyppigt anvendt mildt analgetikum, der også kan købes i håndkøb. Det er 1. valg ved en lang række smertegivende tilstande. Ofte opstartes paracetamol i fast dosering i forbindelse med tilstande, som ikke nødvendigvis varigt giver anledning til smerter, men medicineringen fortsætter ofte alligevel og til tider livslangt. Der er imidlertid tiltagende fokus på, at paracetamol ikke nødvendigvis er fuldstændig bivirkningsfrit - i særdeleshed ikke i takt med stigende alder og aftagende organfunktion hos borgeren. Ofte er borger udskrevet fra sygehus med fast paracetamol uden dato for revurdering og/eller den oprindelige årsag ikke journalført.</p> <p><b><u>Nærværende instruks kan kun anvendes, hvis borger får paracetamol som eneste analgetikum.</u></b></p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p>

Udfører er borgers vanlige sygeplejefaglige kontaktperson og udfører har løbende kontakt med borger over tid. Det skal således være samme sygeplejefaglige person, der initierer ændringen og følger op herpå. Udfører har indgående kendskab til smertegivende sygdomme og behandlingen af disse. Udfører er bekendt med borgers kroniske sygdomme. Udfører er bekendt med brug af VAS eller tilsvarende muligheder for at objektivisere smertetilstande.

### ***Fremgangsmåde***

Borgere kan enten selv fremsætte ønske om nedsættelse af smertebehandling eller adspørges herom, hvis de over tid opleves som smertefrie.

#### Forberedelse:

- Hvis borgere opleves smertefrie, kontaktes egen læge. Egen læge kan her acceptere, at nærværende instruks tages i anvendelse (Lægelig ordination). Evt. nære pårørende orienteres herom. E.l. ændrer FMK til "paracetamol under aftrapning"
- Årsagen til opstart af fast paracetamol søges oplyst i journal og ved samtale med borger. Hvis baggrunden er kendt foretages en konkret vurdering af om denne fortsat er til stede. Ved kontakt med egen læge jf. ovenstående oplyses e.l. om aktuelle viden.
- Borgere som er i stand til at kooperere til dette adspørges om deres smerter på en VAS-skala (1-10) initialt og ved hver opfølgning. VAS bør initialt være under 2 - 3. Hvis borgeren ikke kan dette, forsøges smerteniveauet på anden måde objektiviseret med ord (ingen, lette, uden indvirkning på funktionsniveau m.m.).
- Det personale, som dagligt kommer hos borger orienteres om de løbende ændringer, og der udarbejdes handleplan med fokus på relevante daglige observationer fra plejepersonalet i såvel dagtid som nat. Herunder særlig fokus på behov for p.n. og forbruget heraf.

#### Observationsperioden:

- Borgeren revurderes efter 3 dage og igen 2 uger efter hver ændring. Evt. næste trin afventer dette. Borger kan selv ønske langsommere nedtrapning.

- Der foretages endelig slutevaluering 1 måned efter sidste justering.

Følgende skema følges afhængig af antal tabletter pr. dosering, idet man starter i skemaet svarende til aktuelle dosering:

#### 2 tabletter x 4

Uge 1 – 2	2 tabletter x 3 + p.n. 2 tabletter x 1
Uge 3 – 4	1 tablet x 3 + p.n. 1 – 2 tabletter x 1
Uge 5 -	1 – 2 tablet p.n. x 3

#### 1,5 tablet x 4

Uge 1 - 2	1,5 tablet x 3 + p.n. 1,5 tablet x 1
Uge 3 - 4	1 tablet x 3 + p.n. 1 – 1,5 tablet x 1
Uge 5 -	1 – 1,5 tablet p.n. x 3

#### 1 tablet x 4

Uge 1 - 2	1 tablet x 3 + p.n. 1 tablet x 1
Uge 3 -	1 tablet x 3 p.n.

Borgeren skal løbende orienteres om muligheden for p.n. medicin og tilspørges om behovet herfor

- Ingen ændring i VAS/borgers oplevelse/plejepersonalets observationer på 14. dagen og intet p.n. forbrug går man 1 trin frem.
- Ved stigning i VAS på 3. dagen på 1/borgers oplevelse af let øget smerte/p.n. forbrugt max. tales med borger om evt. behov for at gå 1 trin tilbage eller revurdering på 14. dagen aftales. På 14. dagen foretages fornyet vurdering i forhold til borgerens ønsker.
- Ved stigning i VAS på 3. dagen på mere end 1/borgers oplevelse af klart øget smerte eller plejepersonalets observationer i form af ændret funktionsniveau går man 1 trin tilbage.
- Har det været nødvendigt at gå tilbage foretages fornyet vurdering efter 3 dage om den vanlige

tilstand er reetableret.

- Det kan ofte være formålstjenlige at bibeholde p.n. dosering

1 måned efter opnåelse af ny dosering/overgang til kun p.n./seponering foretages endelig slutevaluering med borger, og e.l. orienteres om denne pr. korrespondance. Har det vist sig ikke at være muligt at ændre den faste dosering journalføres dette i handleplanen.

### ***FMK***

PCM ændres til "nedtrapning efter skema". Egen læge kontaktes når der er foretaget slutevaluering mhp. tilretning af FMK. Der skal således være ekstra opmærksomhed omkring korrekt dosisdispensering iht. handleplan og skema.

### ***Observation***

Der skal være særlig fokus på borgers aktivitetsniveau, lyst til at deltage i vanlige aktiviteter og psykiske velbefindende. Der skal løbende tilbydes evt. p.n. medicin.

### ***Dokumentation***

Der udarbejdes en handleplan for forløbet EOJ:

- Borgers vanlige funktionsniveau beskrives.
- Evt. kendt baggrund og tidspunkt for opstart af fast paracetamol.
- Om planen er iværksat efter borgers eget ønske eller på opfordring.
- Evt. behov for kontakt med e.l.
- At paracetamol er eneste smertestillende behandling.
- Aktuelle dosering og plan for revurdering.
- Ønskede observationer fra daglige plejepersonale.
- Der skal foreligge notat fra evalueringer hhv 3. dag og 14. dag efter ændringer

### ***Forebyggelse og vejledning***

- Plejepersonalet skal løbende have fokus på at borger er bedst mulig smertelindret mhp. opnåelse bedst mulig livskvalitet og funktionsniveau.
- Personalet skal have viden om og tilbyde andre former for smertelindring end medicin i form af træning, hensigtsmæssig lejring m.m.
- Er borgeren udskrevet fra sygehus med fast



	<p>paracetamol overvejes behovet for fortsat behandling løbende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved opstart i hjemmet af fast paracetamol ved e.l. aftales mulighed og evt. tidspunkt for revurdering og om nærværende instruks i så fald kan bringes i anvendelse af det sygeplejefaglige personale.</li> </ul>
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	Medarbejdere og ledere hos alle leverandører til Gribskov kommune kender og anvender retningslinjerne.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	Der gennemføres årligt audit på baggrund af dokumentation for rapporterede utilsigtede hændelser i forbindelse med ændring af paracetamol-dosering foretaget ved plejepersonale vedrørende spørgsmålene: "Hvordan er der handlet på de utilsigtede hændelser?" og "Hvordan forebygges gentagelser?". Instruksen revideres ved behov
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag til kvalitetsforbedring.
<b>Udarbejdet</b>	Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 19.03.2017. revideret 08.02.18, 11.09.2018, 25.05.2019 Revideres senest 2020

## Palliativ indsats

<b>Standard</b>	Den procedure, der skal sikre, at den palliative indsats leveres med størst mulig hensyntagen til borgerens egen opfattelse af livskvalitet i den terminale fase og med bedst mulig symptomlindring.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• At sikre, at borgerens egen opfattelse af livskvalitet afdækkes og inddrages i tilrettelæggelsen og koordineringen af den palliative indsats.</li><li>• Sikre bedst mulige livskvalitet i den sidste tid med fokus på både fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov.</li><li>• Sikre bedst mulig symptomlindring.</li><li>• Sikre at borgere med behov for palliativ indsats oplever denne som værende koordineret og sammenhængende.</li><li>• At sikre, at borgerens ønsker i forhold til den sidste tid i videst muligt omfang tilgodeses, herunder mulighed for at dø i eget hjem og fravalg af livsforlængende behandling.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Planlægning og sygeplejefaglig vurdering kan <b>ikke</b> videredelegeres.</p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• At udfører har erfaring med og viden om palliativ indsats og symptomlindring. Herunder være bekendt med muligheder såsom lindrende fysioterapi, særlig ernæringsindsatser, hjælpemidler, palliativt team, hospice, vågetjeneste, tryghedskasse m.m.</li><li>• Udfører skal i videst muligt omfang være borgerens kontaktsygeplejerske/ social- og sundhedsassistent. Er dette ikke muligt vil det være dennes</li></ul>

stedfortræder.

- Udfører skal kunne koordinere kontakt til egen læge, palliativt team m.fl. aktører.

### **Fremgangsmåde**

- Behovsvurderingen bør altid tage udgangspunkt i den enkelte borgers ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation for på denne måde at tage et bredt afsæt i borgerens forudsætninger. Behovsvurderingen afdækker systematisk borgerens eventuelle palliative behov, de pårørendes ressourcer og eventuelle behov (i forbindelse med borgerens sygdom) og gentages ved behov flere gange i et forløb.

Der spørges ind til

- Borgerens overordnede oplevelse af sin livssituation.
- På det fysiske område. F.eks. smerter, åndenød, nedsat muskelkraft og bevægelighed, ernæring og træthed samt disses betydning og sammenhæng med aktivitet (ADL). Desuden spørges til de symptomer, der er karakteristiske ved den pågældende diagnose, behandling og eventuelle komorbiditet.
- På det psykiske område. F.eks. angst, depression, træthed, ensomhed, bekymring for fremtiden og sygdommens udvikling samt disse eventuelle problemers betydning for hverdag, aktivitet og deltagelse.
- På det sociale område. F.eks. borgerens mulighed for støtte og nærvær. Hvem er de centrale pårørende og evt. ændring af rolle i forhold til nære pårørende.
- På det eksistentielle/åndelige område. F.eks. borgernes oplevelse af sin nuværende situation og sygdom, mening med livet, hvad der giver borgeren håb og styrke, samt hvilken rolle religiøsitet har for borgeren.
- Om der er skrevet livstestamente samt ønske om genoplivning. **Borgerens læge skal have en samtale med den enkelte borger om fravalg af livsforlængende behandling, hvis dette ønskes. Se særskilt instruks.**

**Beslutningen skal skrives i handleplanen.** Det er en lægelig vurdering, om borgeren helbredsmæssigt befinder sig i en situation, som er omfattet af livstestamentet.

Der udarbejdes en fælles plan for indsatsen:

- Hvad borgerens vanskeligheder og behov består i.
- Formålet med indsatsen, og hvad den overordnet skal bestå i, samt – særligt for borgere i sen palliativ og terminal fase – en beskrivelse af, hvordan tilstanden kan udvikle sig, og hvilken indsats der i så fald kan være relevant.
- Behov for specifik symptomlindrende behandling og handleplaner herfor. Evt. kontakt til læge herom.
- Praktiske og plejemæssige behov og handleplaner herfor.
- Hvor indsatsen skal foregå.
- Hvem der er ansvarlig for de enkelte dele af indsatsen. Alle involverede instanser, herunder sygehuse, palliative teams, hospice, almen praksis og kommunen, er ansvarlig for de indsatser, de iværksætter, herunder at koordinere indsatsen med andre involverede aktører.
- Hvornår indsatsen skal evalueres og af hvem.

Det sikres at planen er forventningsafstemt med borgeren og dennes pårørende.

På <http://www.pavi.dk/Kvalitetssikring/bedstepraksis.aspx> findes kliniske retningslinjer for en række palliative symptomer og deres behandling.

### **Tryghedskassen**

Der skal foreligge lægelig ordination på anvendelsen af præparaterne i tryghedskassen. Hvis ordinationerne er specificeret med mængde, minimumsinterval og max. dosering pr. døgn kan medicingivningen varetages af social- og sundhedsassistent under supervision af sygeplejerske. Er borgeren ikke tilstrækkelig symptomlindret kontaktes læge.

Hvis der ikke er angivet minimumsinterval eller max. dosering pr. døgn varetages medicindosering af sygeplejerske.

Ordinationerne behøver ikke at fremgå af FMK, men kan alene fremgå af korrespondance.

### **Observation**

- Udfører af handleplaner skal kunne vurdere behov for revurdering grundet udvikling i tilstanden. Det skal derfor fremgå af handleplaner, hvilke observationer, der skal lede til fornyet kontakt.

### **Dokumentation**

Udfører skal dokumentere i EOJ

- Dato, tidspunkt og udfører.
- Evt. tilstedeværende pårørende.
- De aftalte indsatser dokumenteres i specifikke handleplaner.
- Evt. behandlingsansvarlig læge foruden e.l., herunder evt. åben indlæggelse.
- Dato for aftalt revurdering.

### **Forebyggelse og vejledning**

At kunne vejlede og motivere borgeren til optimal udbytte af behandlingen.

At kunne observere borgerens tilstand og evt. behov for yderligere behandling, samt handle herpå.

**Trin 2:  
Implementering og  
anvendelse af  
retningsgivende  
dokumenter**

Medarbejdere og ledere, der yder palliativ indsats, kender og anvender retningslinjerne

<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	Der gennemføres årligt audit af gennemførte forløb
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedring.
<b>Udarbejdet</b>	Version redigeret og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 01.02.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.
<b>Reference og baggrund</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010, kap.6, §§ 25-27-Sundhedsloven med eventuelle senere ændringer</li> <li>• Vejledning nr. 9619 af 20/12/2010 om medikamentel palliation i terminalfasen</li> <li>• Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen 2011.</li> <li>• Klinisk vejledning. Palliation i primærsektoren. Dansk Selskab for Almen medicin 2004</li> <li>• WHO Definition off Palliative Care. 2002</li> <li>• VEJ nr 9025 af 17/01/2014, fra Sundhedsstyrelsen 17/1-14</li> <li>• <a href="http://www.pavi.dk">www.pavi.dk</a></li> </ul>

## Prøvetagning i akutfunktion

<b>Standard</b>	<b>Rammedelegation</b> vedr. prøvetagning ved PlejeGribskovs akutfunktion
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at der ved behov og hurtigst muligt tages relevante blodprøver mhp. at udrede pludseligt opståede helbredsæssige ændringer således, at der handles relevant på observationer mhp. tidlig opsporing af sygdom/forværring af sygdom.</li><li>• Sikre at akutfunktionens muligheder for prøvetagning udnyttes optimalt.</li><li>• Sikre relevant og korrekt prøvetagning ved akutfunktionen i Gribskov kommune</li><li>• Sikre korrekt og relevant kommunikation mellem akutfunktionen og egen læge/1813</li><li>• Sikre at behandlingsanvisninger følges korrekt</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker ansat i akutfunktionen.</li></ul> <p>Prøvetagning kan ikke uddelegeres</p> <p><b>Kompetencekrav for udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alle sygeplejersker har indgående kendskab til det anvendte apparatur og er instrueret i korrekt prøvetagning og anvendelse af apparatur og har rutine i dette.</li><li>• Sygeplejersken har relevant erfaring og rutine i korrekt observation og har indgående kendskab til handlingsanvisninger i forhold til de foretagne observationer.</li><li>• Sygeplejersken har grundlæggende viden om blodprøvernes tolkning og normalområder for disse.</li></ul> <p>Det anvendte apparatur er valideret, og der foretages rutinemæssig kvalitetskontrol af dette. Dette noteres i logbog herfor.</p>

Følgende målinger må altid udføres og bør udføres forud for blodprøvetagning: BT, puls, RF, saturation, rektal temperatur.

Der kan udføres følgende analyser: CRP + leuko-diff, INR, Hgb, BS, urinstix.

Disse kan enten udføres efter lægeordination som specifik delegation eller efter denne rammedelegation i forhold til foretagne observationer. Er der fundet indikation for prøvetagning efter denne rammedelegation, skal der altid efterfølgende konfereres med behandlingsansvarlig læge om det videre forløb.

### ***Observationer der kan føre til prøvetagning:***

#### CRP + leuko-diff.

Borger med uforklaret feber over 38

Borger med feber over 38 efter 2 døgn's antibiotisk behandling

Borger med uforklaret påvirket bevidsthed

Borger med uforklaret BT under 100/60 eller puls over 100

Borger med RF over 24

Borger med saturation under 92 % (dog hos borger kendt med KOL, da sat. lavere end habituel værdi)

#### INR:

Borger **skal** være i kendt blodfortyndende behandling og en af følgende.

- Borger med synlig blødning i form af næseblødning, blødning fra mundhule, blødning fra endetarm, skede eller urinveje (ikke positiv stix for blod) herunder blodtilblandet sæd.
- Borger med pludselig opståede større hæmatomer.
- Borger med pludselig blodtryksfald eller akut opstået lav Hgb uden forklaring.

#### Hgb:

Borger, hvor der observeres pågående blødning.

Borger med uforklarede akutte mavesmerter.

Borger der findes akut medtaget med uforklaret lavt BT under 100/60, bleg og evt. klamtsvedende.

Borger der findes bleg med uforklaret påvirket bevidsthed.

Borger der findes bleg med uforklaret høj puls over 100.

#### BS:

Borger med kendt sukkersyge og feber og/eller påvirket bevidsthed og/eller udtalt tørst.



Borger uden kendt sukkersyge med uforklaret påvirket bevidsthed

Urinstix:

Borger med dysuri og/eller pollakisuri

Borger med uforklaret feber

***Fremgangsmåde for selve prøvetagningen***

Før/ forberedelse

- Check borger ved hjælp af navn og fødselsdato (evt. cpr).
- Informer patienten om proceduren.
- Gør udstyr til prøvetagning klar.
- Apparatet anvendes iht. til brugsanvisningen.

Under

*Ved prøvetagning i øreflip*

- Masser øreflippen grundigt til den er varm og blodfyldt.
- Foretag indstik midt i kanten af øreflippen med "nålen".
- Blodet må ikke klemmes eller presses ud, men malkende bevægelser tillades indtil bloddråbe fremkommer.

*Ved prøvetagning i finger*

- Borgeren skal have rene hænder.
- Hold fingeren nedad i ½-1 min. før der stikkes.
- Kontroller at fingeren er varm – ellers kan blodtilførslen stimuleres ved lette tryk.
- Pres let fra det yderste led på fingeren op mod blommen og foretag indstik i siden af blommen med "nålen".
- Pres let op mod blommen til bloddråbe fremkommer, den første dråbe aftørres.

*Målingen*

- Udføres iht. brugsanvisningen på apparatet.
- Noter værdien.
- Borgeren orienteres om resultatet.

Efter

- Den brugte test kasseres afhængig af type.

- Den brugte "nål" kasseres efter type.

### ***Observation og handling***

Baggrund for og resultaterne af prøvetagning kommunikerer til behandlingsansvarlig læge umiddelbart efter prøvetagning.

Dette gøres mundtlig pr. telefon og skriftligt pr. korrespondance.

Behandlingsansvarlig læge skal ligeledes såvel mundtligt som skriftligt orientere sygeplejersken om den videre plan, herunder fortsat observation og prøvetagning.

### ***Dokumentation***

- Udfører skal dokumentere i EOJ relevante observationer, der har ført til prøvetagning
- Samtykke til prøvetagning
- Tid og sted for prøvetagning
- Resultat af prøvetagning
- Kommunikation med behandlingsansvarlig læge
- Plan for videre observation, prøvetagning og behandling.

### ***Forebyggelse og vejledning***

- Sygeplejersken skal kunne vejlede borger, pårørende og evt. hjemmepleje om plan og relevante observationer, der skal føre til fornyet kontakt med enten akutfunktion eller læge før næste kontakt.
- Sygeplejersken skal ved afslutning af et forløb kunne vejlede borger om relevant opfølgning og give sundhedsfremmende råd og vejledning.

**Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 01.04.19

## Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. medicin

<b>Standard</b>	Delegation af medicindispensering og medicinadministration
<b>Standardens formål</b>	<p>At forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med medicindispensering og administration.</p> <p>At sikre kommunikationen mellem egen læge og kommunens leverandører af hjemmesygepleje ved ændringer i borgers medicin.</p> <p>Bedre samarbejdet set fra den enkelte praksis i forhold til kommunens forskellige leverandører og ligeså for den enkelte leverandør i forhold til de forskellige lægepraksis i kommunen.</p>
<b>Standardens baggrund</b>	<p>Fejl vedr. medicin er en af de hyppigst forekommende utilsigtede hændelser i primærsektoren. Det udgør en risiko for borgeren og påvirker egen læges muligheder for at vurdere behandlingens effekt og evt. behov for ændringer af denne.</p> <p>Kommunikation mellem leverandør og egen læge er af afgørende betydning. Samarbejdet er påvirket af at egen læge skal forholde sig til flere leverandører af hjemmesygepleje og ligeså skal den enkelte leverandør kende og samarbejde med en række praksis.</p> <p>Brug af den skriftlige korrespondance medvirker til at forebygge misforståelser frem for mundtlig overlevering.</p> <p>Det vil forenkle samarbejdet, hvis kommunens leverandører og almen praksis samarbejder efter ensartede retningslinjer, idet man ikke behøver at forholde sig til, hvem der udfører opgaven men alene til opgavens indhold.</p>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	Medicinordination er forbeholdt lægelig virksomhed. Når en læge delegerer medicindosering til kommunen er den pågældende ansvarlig for at overdrage opgaven til kommunen iht. gældende vejledninger fra sundhedsstyrelsen, således at kommunen er i stand til at varetage opgaven korrekt.

Leverandører af hjemmesygepleje i kommunen er forpligtet til at handle, hvis der ikke foreligger tilstrækkelige oplysninger til, at de kan udføre opgaven fagligt forsvarligt eller ved mistanke om fejl i oplysningerne.

Det påhviler kommunens leverandører at udarbejde relevante instrukser for deres medarbejdere, herunder er leverandørerne ansvarlige for egne medarbejdere og leverandørerne er forpligtede til at følge den gældende rammedelegation på området vedr. medicindispensering og -administration.

### **Ved delegation af medicindosering fra egen læge til kommune.**

Delegationen formidles skriftlig pr. korrespondance og FMK ajourføres.

Følgende skal fremgå:

- Lægemidlets navn
- Dispenseringsform og styrke,
- Dosering (antal/mængde) pr enkeltdosis, hyppighed pr. døgn og tidspunkt for indtag på døgnet efter formen  $x + x + x + x$ , f.eks.  $1 + 0 + 1 + 0$ , hvis der er tale om fast daglig medicin. Det eksakte tidspunkt på døgnet aftales mellem borger og hjemmesygepleje og kan justeres efter borgers døgnrytme. Medicin, der ikke gives hver dag, anføres som f.eks. "1 tablet ugentlig", hvor den præcise ugedag aftales mellem borger og hjemmesygepleje. Et andet eksempel er 1 tablet ma + on + fre og 2 tabletter ti + to + lø + sø. Dette overføres til EOJ. Hermed sikres opmærksomhed på, at der er tale om en varierende dosering over ugens dage.
- Indikation.

Særligt for p.n. medicin desuden:

- Enkeltdosis' størrelse
- Maksimale døgndosis
- Mindste tidsinterval mellem doseringerne.

Doseringer kan have kombineret form af både fast og p.n. dosering. Dette angives f.eks. som  $1 + 1 + 1 + 0 + 1$  p.n. i

FMK og i EOJ vælges "kombineret dosering" så dette overføres korrekt.

Hvis egen læge er vidende om at en borger får medicinen doseret af hjemmesygeplejen, og der foretages ændringer i borgerens faste medicin, skal egen læge fremsende korrespondance med oplysninger om ændringerne til leverandøren. Herunder skal fremgå hvilke observationer som hjemmesygeplejen skal være opmærksom på. Dette minimerer risikoen for utilsigtede hændelser markant og egen læge undgår arbejdsbelastning grundet afklarende korrespondancer fra hjemmesygeplejen grundet ændringer på FMK.

Hvis ændringerne ønskes iværksat før næste normale dosering skal dette fremgå af korrespondancen, således at man i hjemmesygeplejen kan foretage omdosering.

Er der tale om en hastesag, man ønsker udført samme dag kræver det telefonisk advisering af hjemmesygeplejen. Egen læge skal være opmærksom på at de fleste borgere får doseret medicin til 2 uger af gangen, (men nogen får doseret til 3 – 4 uger af gangen.)

Egen læge er forpligtet til at opdatere og godkende FMK i forbindelse med årskontroller, opsøgende besøg, demenskontroller og palliative kons/besøg m.m. iht. gældende aftaler. Kommunen kan fremsende konkrete spørgsmål vedr. medicin til e.l. pr. korrespondance.

Hjemmesygeplejen har pligt til at føre opdaterede handleplaner for borgere på plejecentre omhandlende kronikersygdomme (jvf instruks "Håndtering af borgere med kronisk sygdom"). Af handleplaner skal fremgå følgende

- Tidspunkt for sidste kontrol og aftaler om tidspunkt for næste kontrol
- Evt. behov for observationer eller målinger med angivelse af hyppighed og hvilke observationer/målinger, der skal medføre kontakt til egen læge eller andre former for handling

### **Ved delegation af medicindosering i forbindelse med udskrivelse fra hospital**

Det påhviler hospitalet at ajourføre og opdatere FMK og medgive relevant skriftlig information ved udskrivelsen.

Ved tvivlsspørgsmål i forbindelse med medicin efter udskrivelsen retter hjemmesygeplejen henvendelse til udskrivende afdeling.

### **Ved opstart af medicindosering via Visitationen**

Hvis borgeren selv henvender sig til kommunens visitation mhp. medicindosering eller kommunen på egen foranledning aftaler medicindosering med borgeren, og hjemmesygeplejen derfor har brug for en medicinliste fra egen læge anvendes en statusattest til dette.

<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	Medarbejdere og ledere hos alle leverandører til Gribskov kommune og de praktiserende læger kender og anvender retningslinjerne.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	Samarbejdet mellem almen praksis og leverandørerne evalueres fortløbende
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	Standarden revideres min. 2. år og i øvrigt efter behov.
<b>Udarbejdet</b>	Udarbejdet 24.05.2015 af praksiskonsulent Hanne Skjernaa. Revideret 03.10.2016, 11.03.2018, 11.09.2018 Hanne Skjernaa

## Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. AK-behandling

<b>Standard</b>	Omhandler samarbejdet mellem almen praksis og kommune for borgere i AK-behandling.
<b>Standardens formål</b>	<p>At forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med AK-behandling. Antikoagulantia er af Styrelsen for Patientsikkerhed defineret som risikolægemiddel</p> <p>At sikre kommunikationen mellem egen læge og kommunens leverandører ved ændringer i borgers medicin.</p> <p>Bedre samarbejdet set fra den enkelte praksis i forhold til kommunens forskellige leverandører og ligeså for den enkelte leverandør i forhold til de forskellige lægepraksis i kommunen.</p>
<b>Standardens baggrund</b>	<p>AK-behandling er en behandling, hvor der foretages hyppig kontrol mhp. dosisjustering, og hvor manglende opmærksomhed omkring medicinændringer kan få betydelige konsekvenser. Det kræver derfor særlig opmærksomhed vedr. samarbejdet mellem egen læge og hjemmesygepleje. Det vil minimere risiko for utilsigtede hændelser, hvis man kan indføre en ensartet samarbejdsform mellem almen praksis og leverandørerne i kommunen.</p> <p>Det vil også arbejdsmæssigt aflaste såvel almen praksis som leverandør, hvis opgaven løses ensartet.</p>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p>Leverandører i kommunen er forpligtet til at kontakte behandlende læge, hvis der ikke foreligger tilstrækkelige oplysninger til, at de kan udføre opgaven fagligt forsvarligt eller ved mistanke om fejl i oplysningerne.</p> <p>Det påhviler kommunens leverandører at udarbejde relevante instrukser for deres medarbejdere, herunder er leverandørerne ansvarlige for egne medarbejdere og leverandørerne er forpligtede til at følge den gældende rammedelegation på området vedr. medicindispensering og -administration.</p>

### **Borgere der får foretaget blodprøven via mobil laboratorium:**

Egen læge har ansvaret for rekvirering af mobillaboratorium.

Når svaret kommer orienterer egen læge pr. korrespondance hjemmesygeplejen om følgende:

- INR værdi
- Fremtidig ordination med oplysning om præparat, styrke, samlet antal tabletter pr. uge og fordeling pr. ugedag i den kommende periode.
- Tidspunkt for næste prøvetagning

Hjemmesygeplejen/plejecentret har ansvaret for evt. omdosering af allerede doseret medicin, orientering af borger om evt. ændringer og tidspunkt for prøvetagning.

Hvis der er behov for akutte tiltag som f.eks. pausering af medicin samme dag skal egen læge kontakte hjemmesygeplejen via telefon.

### **Borgere der kommer hos egen læge til kontrol:**

E.l. fremsender korrespondance som ovenfor anført, og hvis der er behov for akutte ændringer, der skal varetages af hjemmesygeplejen orienteres hjemmesygeplejen pr. telefon herom.

Hvis borgeren selv kan varetage dosisændringen det kommende døgn kan korrespondancen fortsat anvendes som eneste kontaktform. Det er egen læge der har ansvaret for at borgerne har forstået og kan håndtere ændringen og dette skal fremgå af korrespondancen.

Hvis egen læge foretager INR-kontrol ved indsendelse af blodprøve, hvor svaret først foreligger den følgende dag fremsendes ligeledes korrespondance, når svaret foreligger.

### **Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter**

Medarbejdere og ledere hos alle leverandører til Gribskov kommune og de praktiserende læger kender og anvender retningslinjerne.



<b>Trin 3:</b> <b>Kvalitetsovervågning</b>	Samarbejdet mellem almen praksis og leverandørerne evalueres fortløbende. UTH vedr. AK-behandling inddrages i evalueringen.
<b>Trin 4:</b> <b>Kvalitetsforbedring</b>	Standarden revideres min. 2. år og i øvrigt efter behov.
<b>Udarbejdet</b>	Udarbejdet og godkendt 13.07.2015 af praksiskonsulent Hanne Skjernaa. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa

## Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. akutpladser på Toftebo

<b>Standard</b>	Instruks omhandlende brug og samarbejde omkring akutpladser på Toftebo
<b>Standardens formål</b>	<p>At sikre effektive og velkoordinerede forløb for borgere indlagt på Toftebos akutpladser.</p> <p>At sikre at akutpladserne bruges hensigtsmæssigt og til de borgere med størst behov med bedst mulig udnyttelse af pladserne.</p> <p>At sikre at handlingsplaner for borgere på akutpladser følges.</p> <p>At sikre kommunikationen mellem egen læge og Toftebo.</p> <p>At forebygge utilsigtede hændelser omkring borger indlagt på Toftebo</p>
<b>Standardens baggrund</b>	<p>Formålet med akutpladserne på Toftebo er at undgå unødvendige indlæggelser og medvirke til at afklare borgeres helbredssituation gennem sygeplejefaglig observation, pleje og behandling af ukomplicerede lidelser.</p> <p>En akutplads er et tilbud til ældre borgere i Gribskov i maks. 10 dage, hvorefter borger skal være afklaret og enten kunne udskrives til eget hjem efter endt behandling, overflyttes til midlertidig plads på Toftebo eller ved manglende bedring evt. indlægges mhp. hospitalsbehandling.</p> <p>Tilstande der f.eks. kan behandles på Toftebo kunne være luftvejsinfektioner uden behov for i.v. behandling, væskemangel, UVI, forstoppelse, nedsat ernæringstilstand, tarminfektioner, tryksår, sociale og plejemæssige forhold.</p>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	Forud for indlæggelse skal egen læge vurdere om borger er velegnet til observation og behandling på akutplads, herunder om borgers situation kan klares ved enten opstart af hjemmepleje i hjemmet eller intensivering af denne.

Lægen afklarer med borger om denne er interesseret i at benytte tilbuddet herunder indforstået med betaling af forplejning under opholdet. (juni 2018: xxx kr)

Hvis læge og borger ønsker at anvende en akutplads kontaktes Toftebo på 72497777/78 mhp om der er en plads ledig. Skulle der ikke være ledig plads kan Toftebo orientere om forventet ventetid og tilbyde opskrivning på venteliste. Egen læge tager stilling til om borgers situation kan afvente dette.

Borger skal i udgangspunktet selv sørge for transport til Toftebo, Toftebo orienteres om, hvornår borger forventes at ankomme. Hvis der i særlige tilfælde er behov for liggende transport aftales dette med Toftebo og kommunen afholder udgiften til denne. Toftebo ringer til Falck på 70102030. Der oplyses om EAN.nr 57 98 00 81 61 476

Borger skal selv medbringe medicin, tøj, toiletartikler, hjælpemidler, bleer, tilbehør til evt. KAD, sondemad med tilbehør, ilt og lign. Egen læge skal orientere borger herom.

Egen læge orienterer telefonisk og pr. korrespondance Toftebo om formålet med indlæggelsen og behov for observation, pleje og behandling.

Planen, der fremgår af korrespondancen, skal indeholde klare retningslinjer for i hvilke tilfælde egen læge skal kontaktes. Det anbefales at vedlagte frase anvendes.

Relevante værdier i form af BT, p, RF, sat, tp, evt parakliniske undersøgelser oplyses for at sikre, at Toftebo kan observere borger i forhold til disse.

Evt. cave oplyses og FMK ajourføres.

Toftebo orienteres om pårørende er underrettet og om evt hjemmepleje er vidende om indlæggelsen.

	<p>Efter 4-5 hverdage orienteres e.l. rutinemæssigt om foretagne observationer og vurdering af borgers tilstand og behandlingens forløb. E.l. tager stilling på baggrund af dette til evt. justeringer, og det videre forløb aftales. Dette kan gøres enten telefonisk eller pr. korrespondance. E.l. vælger kommunikationsform ud fra egne rutiner. Ved behov kan besøg aftales. Egen læge afgør om besøg er nødvendigt.</p> <p>Toftebo er i løbende dialog med visitationen i forhold til borgers fremtidige behov og plan.</p> <p>Toftebo orienterer e.l. ved udskrivelse/overflytning til midlertidig plads</p>
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	Medarbejdere og ledelse på Toftebo, Gribskov kommune og de praktiserende læger kender og anvender retningslinjerne.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	Samarbejdet mellem almen praksis og Toftebo evalueres fortløbende
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	Standarden revideres min. 2. år og i øvrigt efter behov.
<b>Udarbejdet</b>	Udarbejdet 21.06.2018 af praksiskonsulent Hanne Skjærnaa.

Korrespondance fra egen læge til Toftebo ved indlæggelse. Forslag til frase:

Af korrespondancen fremgår borgers data og e.l.

*Årsag til indlæggelse:*

*Relevant udredning, fund og værdier ved indlæggelsen:*

*Ønskede observationer herunder interval for accepterede værdier (kun relevante):*

- *BT*
- *P*
- *Tp*
- *RF*
- *BS*
- *Sat %*
- *Vægt*
- *Væskeindtag*
- *Diurese*
- *Ernæring*
- *Afføring*
- *Andet:*

*Ønsket pleje og behandling:*

*Øvrige kendte kroniske diagnoser og behov for observation og behandling af disse:*

*Evt. retningslinjer for behov for lægekontakt udover ovenstående:*

*Evt. Cave:*

*FMK ajourført, ved opstart af ny medicin evt. relevante observationer i forhold til dette:*

*Underretning af pårørende/hjemmepleje: Ja/Nej. Evt. kendte kontaktoplysninger:*

*Kontaktform ved tilbagemelding ønskes pr. (telefon/korrespondance – sidstnævnte kun hvis e.l. rutinemæssigt ser disse dagligt):*

---

## Skift af PEG-sonde

<b>Standard</b>	Den procedure, der foretages, fra den gamle sonde er fjernet/røget ud, til et nyt er genanlagt.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at de borgere som har PEG-sonde får denne skiftet ved behov på fuld forsvarlig vis med færrest mulige komplikationer/ubehag.</li><li>• At vejlede borgeren og personale i korrekt hygiejne og pasning af PEG-sonde.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Skift af PEG-sonde kan <b>ikke</b> videredelegeres.</p> <p><b>Kompetencekrav for udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører kender til grundbegreber for PEG-sondens anlæggelse og anatomen i dette.</li><li>• Udfører er trænet og behersker teknikken omkring skift af PEG-sonde, herunder vidende om de komplikationer, der kan opstå og kender egne kompetencer i forhold til vurdering af disse og retningslinjer for håndtering.</li></ul> <p><b>Fremgangsmåde</b></p> <p>En PEG-sonde skal som regel skiftes fast hver 3. – 6. måned med mindre andet aftales med egen læge/endoskopisk afsnit eller der er anden indikation for dette. Hvis sonden falder ud inden for de første 14 dage efter anlæggelsen kontaktes e.l./sygehus.</p> <p><u>Før/forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre korrekt borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)</li><li>• Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.</li></ul>

- Hvis sonden er stoppet forsøges skylning før skift, se instruks vedrørende sondeernæring.
- Hvis borgerens sonden er faldet ud lægges hurtigst muligt et kvindekateeter ind, så kanalen holdes åben.
- Borger lejres på ryggen.
- Tage de nødvendige remedier frem.

#### Under

- Åben skiftesættet efter sterile principper, herunder tjekkes sondens holdbarhed, og gør den nye sonde klart – stadig sterilt.
- Tøm ballonen for glycerin med en 10 ml sprøjte
- Tjek måleenheden på den gamle PEG-sonde
- Tage sterile handsker på
- Vask omkring stomaet med sterilt NaCl.
- Installer rense-gel omkring indstiksstedet.
- Tag den nye sonde i den ene hånd og den gamle sonde i den anden hånd. Borgeren tager en dyb vejrtrækning og idet borgeren puster ud fjernes den gamle sonde og den nye indføres til samme måleenhed som den gamle.
- Fyld 5 – 10 ml glycerin i ballon på den nye sonde.
- Tjek sondens beliggenhed ved aspiration eller stetoskopisk.
- Sonden fikseres til pladen, så der er lidt luft imellem hud og plade, således at daglig pleje kan foretages.

#### **Observation**

- At sonden ligger korrekt.
- Er der smerter, blødning eller modstand ved anlæggelse.
- Sygeplejerske/social og sundhedsassistent kontakter læge/sygehus/1813 ved ændringer i borgers tilstand.

#### **Dokumentation**

Udfører skal dokumentere i EOJ

- Årsag til skift af sonde
- Væskemængde i ballon.
- Dato for skift af sonde næste gang

***Forebyggelse og vejledning***

Iht. generel instruks

**Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 30.01.15. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018  
Hanne Skjerna.



## Skylning af blærekateter

<b>Standard</b>	<p>Den procedure hvorved der skylles på et allerede anlagt kateter. Der skelnes mellem skylning ved akut tilstopning og rutinemæssig skylning som forebyggelse af tilstopning.</p> <p>Dele af denne standard er en <b>rammedelegation</b>.</p>
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at borgere med kateter, hvor der er behov for skylning får dette foretaget på forsvarlig vis med færrest mulige komplikationer og ubehag. Det gælder både topkateter og almindelig urethra kateter</li><li>• Sikre en løbende vurdering af kateterfunktion, herunder behov for forebyggende intervention i forhold til tilstopning</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<p>Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.</p>
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <p><b>Rammedelegation: Skylning ved akut opstået tilstopning:</b></p> <p>Dette kan foretages uden forudgående lægelig ordination. Ved gentagne behov for skylning bør kateteret skiftes i stedet. Hvis det på trods af skift af kateter fortsat er en hyppig problemstilling bør læge involveres mhp. vurdering af andre løsninger.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>kan <b>ikke</b> videredelegeres.</p> <p>Der bør ikke foretages skylning ved mistanke om symptomgivende urinvejsinfektion grundet risiko for urosepsis. I stedet bør kateteret skiftes.</p> <p><b>Forebyggende skylning af kateter:</b></p> <p>Dette kræver lægelig ordination</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Kan videredelegeres borgerspecifikt til</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Social og sundhedshjælpere</li></ul>

### **Kompetencekrav for udfører af instruks**

- Udfører er undervist i urinvejenes grundlæggende anatomi
- Udfører er trænet og behersker teknikken omkring skylning af katetre i urinvejene herunder vidende om de komplikationer, der kan opstå og kender egne kompetencer i forhold til vurdering af disse og retningslinjer for håndtering.

### **Fremgangsmåde**

- Borgeren informeres, lejres og afklædes i nødvendigt omfang.
- Hånddesinfektion, der bruges handsker
- NaCl 0,9% i harmonikaflaske 120 ml/anden ordineret skyllevæske opvarmes til ca. 37 grader C, spritswaps og rene handsker findes frem.
- Der foretages afdækning mhp. at undgå spild og forurening.
- Kateteret skilles fra kateterposen. Enden af kateteret afsprittes.
- Harmonikaflasken med NaCl/anden skyllevæske påsættes kateterslangen efter afspritning af studsens. Der skylles via harmonikaflasken. OBS ikke alle kan have 120 ml i blæren uden betydelige smerter. Kan gentages med en ny harmonikaflaske ved meget plumret skyl.
- Det sikres, at skyllevæsken løber frit ud ellers skal kateteret skiftes.
- Ny kateterpose påsættes.

### **Observation**

- Det observeres at der er frit udløb af urin i posen efter skylning
- Der observeres for blødning efter skylning.
- Borger observeres for smerter.

Ved vedvarende blødning som ikke forsvinder over få timer eller smerter kontaktes sygeplejerske/læge iht. generel instruks.

***Dokumentation***

iht. generelle retningslinjer

***Forebyggelse og vejledning***

Iht. generelle retningslinjer

Ved hyppig behov for skylning kontaktes læge for anden behandling.

Det sikres at der foreligger nødvendig bevilling ved behov for rutinemæssig forebyggende skylning

**Udarbejdet**

Udarbejdet 19.03. 2017, 11.09.2018 og godkendt af  
praksiskonsulent Hanne Skjerna

## Medicinering – Suppositorier og vagitorier

<b>Standard</b>	De procedurer, der foretages i forbindelse med givning af suppositorier (supp.) hhv. vagitorier (vag.).
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre ensartet og korrekt anvendelse af medicin</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <p>Stabile forløb kan varetages af</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social- og sundhedsassistenter</li><li>• Social- og sundhedshjælper efter borgerspecifik videredelegation</li><li>• Pædagogisk personale med særlige kompetencer.</li></ul> <p>Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter.</p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har gennemgået undervisning i håndtering og anvendelse af supp./vag. og kan håndtere dette sikkert.</li><li>• Udfører har kendskab virkninger og bivirkninger.</li><li>• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige forløb, hvori behandling med supp./vag er en løsning.</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p><u>Før/forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til medicinlisten i EOJ. Stikpiller vil være opmærket ved sundhedsfagligt autoriseret personale i forbindelse med medicindosering.</li><li>• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.</li><li>• Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten EOJ.</li></ul>

- Informere borger om behandlingen.
- Borger skal lejres hensigtsmæssigt, så indføringen kan foregå med mindst muligt ubehag.

Under

- Supp./vag. indføres iht. anvisningerne.

**Observation**

- Der observeres for modstand mod anlæggelse, smerter, blødning eller ubehag.
- Om supp./vag. forbliver inde.

**Dokumentation**

- Udfører skal dokumentere i EOJ.

**Forebyggelse og vejledning**

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/ forgiftninger af medicinen.

**Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 19.01.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.

## Medicinering - subkutane injektioner

<b>Standard</b>	Den procedure, der foretages ved administration af medicin beregnet til injektion i underhuden – for insulin gælder dog særskilt instruks
<b>Standardens formål</b>	Sikre at borgeren får den ordinerede medicin korrekt.
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Subcutane injektioner kan <b>ikke</b> videredelegeres</p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører er introduceret til, oplært i og kan varetage Gribskovs instruks om subkutan injektion.</li><li>• Udfører har deltaget i undervisning og har gennemgået træning vedrørende subkutan injektioner og kan håndtere denne teknik sikkert.</li><li>• Udfører har kendskab de hyppigste bivirkninger og symptomer på forgiftninger ved brugte præparater.</li><li>• Udfører har indgående kendskab til retningslinjer for vurdering og behandling af anafylaktisk chok og behersker dette.</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p><u>Før/forberedelse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til EOJs medicinliste.</li><li>• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.</li><li>• Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten i EOJ.</li><li>• Sikre at borger ikke er i blodfortyndende behandling. Hvis borger er dette, kontakt da læge vedr. videre</li></ul>

procedure eller følg allerede fra læge givne instrukser. Hav desuden hæmostatisk svamp parat. I disse tilfælde forlænges observationsperioden efter injektion til man er helt sikker på at blødning er stoppet.

- Borgeren er orienteret om formål og behandling.
- Adrenalin 0,5 mg/ml ampul og sprøjte + kanyler til indgift af dette eller EpiPen/Jext.
- Steril sprøjte
- Sterile kanyler (en til optrækning af medicin og en til injektion)
- Gaze

#### Under:

- Den ordinerede medicin klargøres i korrekt sprøjte afhængig af væskemængden. Volumen < 0,5 ml skal optrækkes i en 1 ml sprøjte.
- Subkutane injektioner gives oftest på den udvendige side af låret, her findes ikke store kar eller nerver, der kan beskadiges af kanylen.
- Det undersøges at injektionsstedet er uden sår, tegn på infektion og blå mærker.
- Der sammenklemmes en hudfold i område.
- Hurtigt føres kanylen 1-2 cm ind i det subkutane væv i en vinkel af 45 grader, hudfolden slippes.
- Stemplet trækkes lidt tilbage for at tjekke, at der ikke er blod i sprøjten – er dette tilfældet tag da straks sprøjten ud og start forfra.
- Medicinen injiceres jævnt og langsomt.
- Der skal **ikke** masseres på injektionsstedet efterfølgende, da det kan give vævsirritation.

#### Efter:

- Sæt plaster eller gaze over indstikssted og sikre stop af evt. blødning.
- Smid kanyler i gul kanyler boks.
- **Kom ikke beskyttelseshætte på nål, da det øger risiko for stik på udførers fingre.**

#### **Observation**

- Observere hud og indstikssted efter injektion.
- Observere borgers tilstand min. 5 min efter injektion eller efter anbefaling vedr. givne præparat. Se

- vejledning vedr. gældende medicin/præparat.
- Udfører har pligt til at kontakte læge ved forkert indgift eller andre uregelmæssigheder.

***Dokumentation, forebyggelse og vejledning***

Iht. generelle retningslinjer

**Udarbejdet**

Revideret og godkendt af Praksiskonsulent Hanne Skjerna  
16.01.2015. Senest revideret 19.03.2017, 11.09.2018 Hanne Skjerna.



## Anlæggelse og brug af subkutan kanyle

<b>Standard</b>	Den procedure der omhandler anlæggelse og brug af subkutane kanyler
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at der etableres subkutan administrationsvej hos terminale patienter, der ikke kan indtage peroral medicin, således at hyppige injektioner undgås, idet subkutane injektioner er mindre smertefulde end intramuskulære, og der sker en mere jævn optagelse af længere varighed.</li><li>• Sikre at terminale patienter lindres bedst mulig og mest skånsomt.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Anlæggelse og brug af subkutane kanyler kan <b>ikke</b> videredelegeres.</p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører behersker teknikken i anlæggelse, pleje og brug af subkutan kanyle.</li><li>• Udfører kender til virkninger og bivirkninger ved den anvendte medicin.</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p>Subkutan kanyle overvejes, hvis der inden for samme døgn er brug for flere injektioner. Det kan være nødvendigt at anlægge flere kanyler på samme patient, hvis der skal indgives præparater, der ikke må blandes.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Borgeren informeres om muligt.</li><li>• Der vælges sted for anlæggelsen f.eks. overarme, ydersiden af lår, øvre thorax eller evt. mave. Huden må ikke være præget af ødem, sår, infektion eller eksem.</li></ul>

- Subkutan injektionssæt, spritswap, prop, fiksmaterialer, sterilt saltvand og den medicin, der skal gives, gøres klar.
- Handsker
- Slangen fyldes med sterilt isotonisk saltvand.
- Huden desinficeres med spritswaps.
- Nålen indstikkes i en vinkel på 90 grader.
- Fjern plasthætten på nålen.
- Løft huden og sæt nålen i.
- Nålen fikseres yderligere med gennemsigtigt materiale, så den kan observeres for hudreaktioner
- Medicinen kan nu gives. Nålen skylles igennem med det lumen saltvand, der er i slangen, når der gives mindre end 0,5 ml eller når nålen bruges sjældent for at undgå den klotter til.
- Slangen lukkes med en steril prop (identisk med en venflonprop).
- Nålen kan bruges til både bolus (max 4 ml, min. 10 minutters interval) og kontinuerligt infusion.
- Skiftes hver 3. dag (evt. 5 dage i eget hjem) eller ved synlig hudirritation eller dysfunktion.

### **Observation**

- Huden tilses hver gang kanylen anvendes for tegn til infektion eller irritation.
- Visse medikamenter kan virke lokalirriterende.

### **Dokumentation**

Udfører skal dokumentere i EOJ

- Dato, tidspunkt og udfører.
- Beliggenhed af kanylen og dato for skift.

### **Forebyggelse og vejledning**

At kunne vejlede og motivere borgeren til optimal udbytte af behandlingen.

At kunne observere borgerens tilstand og evt. behov for yderligere behandling, samt handle herpå.

At kunne observere evt. bivirkninger/ komplikationer og medvirke til forebyggelse af disse.

<b>Udarbejdet</b>	Version redigeret og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 22.02.2015. Revideret 19.03.2017, 21.06.2017, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.
<b>Reference og baggrund</b>	Vejledning til anlæggelse af fastliggende subkutan kanyle, Sygehus Lillebælt 21/1 2009 "Fastliggende kanyle til subkutan medicinering", Sygeplejersken juni 2002, nr. 24 Subcutan administration af medicin og væske, Vejledning ved Nordsjællands hospital onkologisk og palliativ afdeling. Version 3 23-01-2015

## Skift af topkateter

<b>Standard</b>	Den procedure, der foretages, fra det gamle kateter er fjernet/røget ud, til et nyt er genanlagt.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at de borgere som har TOP-kateter og har behov for at få kateteret skiftet, får anlagt et nyt TOP-kateter på fuld forsvarlig vis med færrest mulige komplikationer/ubehag.</li><li>• At vejlede borgeren og personale i korrekt hygiejne og pasning af TOP-kateter.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Skift af topkateter kan <b>ikke</b> videredelegeres</p> <p><b>Kompetencekrav for udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører er undervist i urinvejenes grundlæggende anatomi.</li><li>• Udfører kender til grundbegreber for topkateterets anlæggelse og anatomen i dette.</li><li>• Udfører er trænet og behersker teknikken omkring skift af topkateter i urinvejene herunder vidende om de komplikationer, der kan opstå og kender egne kompetencer i forhold til vurdering af disse og retningslinjer for håndtering.</li></ul> <p><b>Fremgangsmåde</b></p> <p>Et topkateter skal som regel skiftes fast hver 12. uge med mindre andet aftales med egen læge/Urologisk ambulatorium eller der er anden indikation for dette.</p> <p>Ved urinvejsinfektion skal TOP-kateter skiftes 3. dag efter opstart af behandling for dette.</p> <p><u>Før/forberedelse</u></p>

- Sikre korrekt borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)
- Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.
- Hvis kateteret er stoppet forsøges skylning før skift.
- Ved feber eller anden mistanke om infektion kontaktes e.l.
- Hvis borgerens kateter er faldet ud lægges hurtigst muligt et kvindekateeter ind, så kanalen holdes åben.
- Borger lejres på ryggen.
- Tage de nødvendige remedier frem. (Skiftesæt, nyt kateter (tjek størrelse), ny kateterpose og affaldspose).

#### Under

- Åben skiftesættet efter sterile principper, herunder tjekkes kateterets holdbarhed, og gør det nye kateter klart – stadig sterilt.
- Tøm kateterballonen for glycerin med en 10 ml sprøjte
- Tage sterile handsker på
- Vask omkring TOP-kateteret med sterilt NaCl.
- Installer rense-gel omkring indstiksstedet.
- Tag det nye kateter i den ene hånd og tage det gamle kateter i den anden hånd.
- Borgerne skal tage en dyb vejrtrækning. Idet borgeren puster ud, fjernes det gamle kateter med den ene hånd og straks efter føres det nye kateter ind i hullet med den anden hånd.
- Fyld 5 ml glycerin i ballon på det nye kateter, medmindre andet er angivet i handleplanen, idet det sikres at ballonen er i blæren.
- Træk let tilbage til der er modstand.
- Sæt urinpose eller klemme på kateteret.

#### Efter

- Fixering af kateterpose – samt evt. forbindelse rundt om indstikssted.

#### **Observation**

- Løber urinen frit ned i kateterposen?
- Urin udseende, lugt og mængde?

- Er der smerter, blødning eller modstand ved anlæggelse.
- Sygeplejerske/social og sundhedsassistent kontakter læge/sygehus/1813 ved ændringer i borgers tilstand.

### ***Dokumentation***

Udfører skal dokumentere i EOJ

- Årsag til skift af topkateter
- Kateterstørrelse og væskemængde i ballon.
- Dato for skift af kateter næste gang

### ***Forebyggelse og vejledning***

Iht. generel instruks

### **Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaas 30.01.15. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018  
Hanne Skjernaas.

## Anlæggelse af urinkateter herunder SIK/RIK

<b>Standard</b>	Den procedure hvorved der anlægges urinkateter eller foretages SIK/RIK.
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at borgere med vandladningsproblemer får anlagt det ordinerede kateter på fuld forsvarlig vis med færrest mulige komplikationer og ubehag/smerte til følge.</li><li>• At vejlede borgeren og personale i korrekt hygiejne og pasning af kateter.</li><li>• Sikre at bevilling og materialer er til rådighed</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker (Kvinder og mænd)</li><li>• Social og sundhedsassistenter (<b>Kun kvinder</b>)</li></ul> <p>Anlæggelse af urinkateter og SIK/RIK kan <b>ikke</b> videredelegeres.</p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører er undervist i urinvejenes grundlæggende anatomi</li><li>• Udfører er trænet og behersker teknikken omkring indføring af katetre i urinvejene herunder vidende om de komplikationer, der kan opstå og kender egne kompetencer i forhold til vurdering af disse og retningslinjer for håndtering.</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p>Anlæggelse af urinkateter eller SIK/RIK kræver lægelig ordination og anlæggelsen følger denne. Generelt foretages SIK medmindre, det er led i oplæring af borger i RIK.</p> <p>Et permanent silikoneblærekateter, skal som regel skiftes fast hver 12. uge med mindre andet aftales med egen læge/Urologisk ambulatorium eller anden indikation for dette.</p> <p>Ved urinvejsinfektion skal kateter skiftes 3. dag efter</p>

opstart af behandling for dette.

#### Før/forberedelse

- Sikre korrekt borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)
- Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.
- Borger lejres på ryggen i seng.
- Tage de nødvendige remedier frem. (Skiftesæt, nyt kateter (tjek størrelse), handsker, ny kateter pose/kolbe til urinopsamling og affaldspose)
- Nedre toilette.

#### Under

##### ***Permanent kateter***

- Åben skiftesættet efter sterile principper, herunder tjekke holdbarhed, og gør det nye kateter klart – stadig sterilt.
- Tage sterile handsker på.
- Vask grundigt omkring urinåbningen med sterilt NaCl.
- Indfør installations-gel lidt ind i urinåbningen.
- Indfør kateteret forsigtigt indtil der begynder at løbe urin ud.
- Fyld 5 ml glycerin i kateterballonen medmindre andet er angivet i handleplan.
- Træk forsigtigt i kateteret, så ballonen hviler på blærebunden
- Påsæt kateterpose.

##### ***SIK***

- Åben skiftesættet efter sterile principper, herunder tjekke holdbarhed, og gør det nye kateter klart – stadig sterilt.
- Tage sterile handsker på.
- Vask grundigt omkring urinåbningen med sterilt NaCl.
- Indfør installations-gel lidt ind i urinåbningen.
- Indfør kateteret forsigtigt indtil der begynder at løbe urin ud
- Når der ikke løber eller drypper mere urin ud fra katetret, fjernes det forsigtigt.



- Opsaml evt. urinen og mål mængden.

### **RIK**

- Åben kateterpakningen, anvisningen for katetret følges.
- Tage handsker på
- Vask omkring urinåbningen.
- Evt. indføre lidt installationsgel i urinåbningen
- Indføre forsigtigt kateteret i urinrøret til der begynder at løbe urin ud.
- Når der ikke løber eller drypper mere urin ud fra katetret, fjernes det forsigtigt.
- Opsaml evt. urinen og mål mængden

### Efter

- Sikre at kateteret ikke generer borger, og at kateteret fungerer (permanent kateter).
- Sikre at der ikke er smerter eller ubehag (efter SIK/RIK)

### **Observation**

- Ved permanent kateter – løber urinen frit ned i kateterposen?
- Urin udseende, lugt og mængde?
- Er der smerter, blødning eller modstand ved anlæggelse.
- Sygeplejerske/social og sundhedsassistent kontakter læge/sygehus/1813 ved ændringer i borgers tilstand.

### **Dokumentation**

Udfører skal dokumentere i EOJ

Ved SIK/RIK

- Tidspunkt og evt komplikationer ved proceduren
- Evt mængde urin ved behov

Ved permanent kateter

- Årsag til anlæggelse af kateter
- Kateterstørrelse og væskemængde i ballon.
- Dato for skift af kateter

### **Forebyggelse og vejledning**

Iht. generel instruks

## Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 30.01.15. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018, 10.01.2019 Hanne Skjerna.

---

## Medicinering – Administration af øjendråber

<b>Standard</b>	Den procedure, der foretages i forbindelse med øjendrypning
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• At sikre at borgeren får det ordinerede lægemiddel administreret på korrekt vis.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stabile forløb kan varetages af alle i henhold til den generelle instruks.</li><li>• Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter.</li></ul> <p><b>Kompetence krav for udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har gennemgået undervisning i medicinadministration og øjendrypning.</li><li>• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige øjensygdomme og behandlingen af disse.</li></ul> <p><b>Fremgangsmåde</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til FMK.</li><li>• Der anføres anbrudsdato og holdbarhed, når man tager en ny i brug.</li><li>• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato og holdbarhed.</li><li>• Kontroller at ordination på flasken stemmer overens med medicinlisten i EOJ.</li><li>• Sørg for, at borgeren er lejret siddende eller liggende, så lægemidlet uden besvær kan indgives og fejl undgås.</li><li>• Have lidt gaze parat til at tørre af med efter indgift.</li><li>• Borger bøjer nakken lidt tilbage og man holder på over- og underøjelåg, således at øjet er åbent ved indgiften.</li></ul>

- Lægemiddelflasken holdes midt over øjet, men må ikke berøre øjet. Der dryppes det ordinerede antal dråber i det/de korrekte øje/øjne.
- Er man i tvivl om man har givet det korrekte antal gives en ekstra dråbe, da man kun optager ca. 20 %
- Ved indgift af flere typer øjendråber gøres dette efter ordination vedr. rækkefølge m.m. Som udgangspunkt venter man 2 min. mellem hver type lægemiddel.
- Tørre af omkring øjet med gaze, inde fra øjenkrog og ud.

### ***Observation***

Iht. generelle retningslinjer

### ***Dokumentation***

Iht. generelle retningslinjer

### ***Forebyggelse og vejledning***

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/ forgiftninger af medicinen.

## **Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 16.01.2015. Sidst revideret 19.02.2017, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

## Medicinering – Administration af øredråber

<b>Standard</b>	Den procedure, der foretages i forbindelse med øredrypning
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• At sikre at borgeren får det ordinerede lægemiddel administreret på korrekt vis.</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stabile forløb kan varetages af alle i henhold til den generelle instruks.</li><li>• Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter.</li></ul> <p><b>Kompetence krav for udfører af instruks</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har gennemgået undervisning i medicinadministration og øredrypning</li><li>• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige øresygdomme og behandlingen af disse.</li></ul> <p><b>Fremgangsmåde</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til EOJ</li><li>• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.</li><li>• Kontroller at ordination på flasken stemmer overens med medicinlisten i EOJ.</li><li>• Sørg for, at borgeren er lejret siddende/liggende med det korrekte øre opad, så lægemidlet uden besvær kan indgives.</li><li>• Der observeres for om øregangen ser fri ud og evt. voks fjernes. Hvis øregangen er synlig tilstoppet kontaktes sygeplejersken/e.l. mhp. evt. øreskyl.</li><li>• Lægemiddelflasken holdes udfør øregangen uden at berøre huden. Der dryppes det ordinerede antal dråber i øregangen.</li><li>• Borger forbliver siddende/liggende i 10 min. med øret opad. Øret kan tillukkes med lidt vatskyende vat. Man kan herefter vende borger, hvis der skal dryppes i det andet øre og proceduren gentages.</li></ul>

**Observation**

Iht. generelle retningslinjer

**Dokumentation**

Iht. generelle retningslinjer

**Forebyggelse og vejledning**

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/  
forgiftninger af medicinen.

**Udarbejdet**

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaas 11.03.2016. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaas.

## Øreskylning

<b>Standard</b>	Den procedure der beskriver skylning af ører
<b>Standardens formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• At sikre at borgeren får skyllet ører ved behov på korrekt vis.</li><li>• At forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med øreskyl</li></ul>
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b><i>Udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sygeplejersker</li><li>• Social og sundhedsassistenter</li></ul> <p>Øreskyl kan <b>ikke</b> videredelegeres.</p> <p>Der skal foreligge lægelig ordination.</p> <p><b><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Udfører har grundlæggende kendskab til ydre øres anatomi</li><li>• Udfører har kendskab til at se ind i øret og vurdere behovet for øreskyl</li><li>• Udfører er undervist i øreskylning</li></ul> <p><b><i>Fremgangsmåde</i></b></p> <p>Mistanke om tilstopning af øret med voks kan f.eks. være begrundet i borgers klage over nedsat hørelse, fornemmelse af tillukkethed i øret, nyopstået øresusen, let svimmelhed eller synlig tillukning. Borgere, der renser ører med vatpinde eller bruger høreapparat, er særlig udsatte for tillukning af øregangen med voks.</p> <p><b>Cave skylning af ører, hvor der er kendt defekt trommehinde</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Der foretages otoskopi med enten otoskop eller anden lyskilde + øretragt. Dette foregår ved, at der tages fat i øvre del af øremuslingen og trækkes opad-bagud, således at øregangen rettes ud og</li></ul>

forholdene i øregangen kan vurderes. Der ses efter andet fremmedlegeme (f.eks. vat fra vatpind eller lign.). Der ses efter rødme eller sår dannelse af øregangshuden. Hvis øregangen findes tilstoppet af voks fortsættes proceduren ellers kontaktes e.l. for vurdering.

- Man kan med fordel dryppe øret med olie (almindelig madolie kan anvendes, alternativt removax) morgen og aften i 2 – 3 dage.
- Der anvendes lunken vand ca. svarende til kropstemperatur.
- Borger orienteres om proceduren og accepterer denne.
- Borger lejres hensigtsmæssigt i forhold til øreskyl med mulighed for at opsamle skyllevandet i kapsel og tøjet afdækkes med f.eks. håndklæde eller lign.
- Der anvendes janetsprøjte uden overskydende luft i sprøjten. Der tages igen fat i øremuslingen og trækkes opad bagud. Spidsen af janetsprøjten rettes mod forvæggen af øregangen, hvorefter øret skylles med et jævnt flow.
- Der stoppes efter 5 skylninger, hvorefter øret inspiceres igen for evt. effekt og rester. Hvis der er fortsat ørevoks skylles på ny x 5. Hvis der fortsat ikke er effekt opstartes/gentages øredrypning med olie i 2 – 3 dage igen før fornyet skyl. Hvis fornyet skyl er uden effekt kontaktes e.l.
- Efter endt øreskyl inspiceres øret på ny, idet man ser om trommehinden er intakt og synlig og bemærker sig hudens udseende, evt blødning eller andet.

### **Observation**

- Borger observeres i 10 min. efter øreskyl for gener i form af smerter, blødning fra øret, svimmelhed eller andre klager.
- I øvrigt iht. generel instruks

### **Dokumentation**

Iht. generel instruks

### **Forebyggelse og vejledning**



- Borger vejledes i hensigtsmæssig rensning af ører.

---

**Udarbejdet**

Udarbejdet 12.07.2016 og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

---