

RIKTLINJE

 RUTIN

Dokumentnamn: <b>Rutin vid handläggning/ delegering vid behandling med Bi level PAP/ CPAP/ hostmaskin i kommunal hälso- och sjukvård, Halmstads kommun</b>				
Framtagen av: Åsa Rydberg, MAR Hanna Essbjörn, leg. fysioterapeut Utbildningsteamet Maria Bondesson Leg. fysioterapeut Utbildningsteamet	Gäller från: 2022-11-11	Gemensam med Regionen:  <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej	Gäller egen regi: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Gäller privat regi: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Gäller intraprenad: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Process hänvisning:
Godkänd av:	Gäller tom: <i>Ange datum eller skriv tillsviðare, lämna ej rutan tom</i>			
Uppdaterad av: Arbetsgrupp, MAR	Uppdateringsdatum: <b>2024-02-16</b>			

## Revisionshistorik

Datum för revidering och uppdatering	Beskrivning
2024-02-16	Rutinen byter delvis namn samt uppdateras innehållsmässigt under varje rubrik.

## Tillvägagångssätt

1. Patienten ordinerar Bi level PAP/CPAP/hostmaskin (benämning andningshjälpmedel i detta dokument) av specialistvården.
2. Specialistvården bedömer att delar/hela behandlingen är hälso- och sjukvård (dvs. inte egenvård)
3. Leg. fysioterapeut i kommunal hälso- och sjukvård tar över ansvaret för att den ordinerade behandlingen utförs på ett säkert sätt i patientens hem/korttidsenhet. Behandlingen kan delegeras till omsorgspersonal.
4. Omsorgspersonal inom hemvårdsförvaltningens nattpatrull och korttidsenhet erhåller generell delegering (dvs icke patientbunden delegering). Leg. fysioterapeut gör i varje enskilt fall en bedömning om behovet av patientbunden delegering även inom dessa enheter.
5. För övrig omsorgspersonal genomförs patientbunden delegering.
6. Information om behandling beskrivs i en behandlingsplan som ska finnas i patientens Hemdok HSL (eller på annan plats i patientens hem). Se separat dokument "Behandlingsplan för Bi level PAP /CPAP/ Hostmaskin".
7. Uppföljning av behandling med andningshjälpmedel (som inte är egenvård) ska ske kontinuerligt av ansvarig leg. fysioterapeut, minst var 6:e månad.

## Bakgrund

Enligt riktlinjen ”Ansvarsfördelning gällande andningsvårdshjälpmedel” är leg. fysioterapeut ansvarig för att Bi level PAP/ CPAP samt hostmaskin utförs på ett patientsäkert sätt i kommunal hälso och sjukvård då insatsen inte är egenvård.

## Ansvar/Omfattning

### Specialistvården

- Ansvarar för förskrivning samt uppföljning av andningshjälpmedel vid återbesök.
- Ansvarar för bedömning om patienten kan utföra behandlingen/delar av behandlingen som egenvård.
- Vid egenvård skrivs ett egenvårdsintyg.

### Leg. personal inom kommunens planeringsteam

- Informerar skyndsamt sina kollegor inom kommunal hälso-och sjukvård om behandlingen initierats i samband med slutenvårdsvistelsen.
- I samband med SIP/utskrivningsplanering efterfrågar kommunens vårdplaneringsteam bedömning av ordnatören gällande ev. egenvård alt. hälso- och sjukvårdsansvar vid behandling av aktuellt andningshjälpmedel.

### Leg. personal inom kommunal hälso- och sjukvård.

- I samband med övertag av behandling av ordinerat andningshjälpmedel från specialistvården ska leg. fysioterapeut använda ” Checklista för leg. fysioterapeut vid övertagande av behandling av Bi level PAP/CPAP/Hostmaskin i kommunal hälso- och sjukvård” (bilaga 1). Behandlingen kan inte påbörjas i hemmet/korttidsenhet innan checklistan är ifylld. Checklistan ska tillföras patientjournalen.
- Om behandlingen måste startas upp i samband med hemgång läggs utförandet av insatsen i första hand till nattpatrullen om enhetens egen personal inte har hunnit att få delegering. I andra hand kan tjänstgörande leg. sjuksköterska kontaktas i syfte att ansvara för behandlingen under en begränsad period och kontakten sker via Tele Q. Korttidsenheten vidtalar sjuksköterskor inom den egna enheten. Ansvarig leg. personal förvissar sig om att mottagande kollega har den kompetens som krävs för att fullfölja uppdraget
- Ansvarar för ev. kompletterande insatser gällande förbättrad andningsfunktion samt uppmärksammar och meddelar försämrad/förändrad andningsfunktion till ordinator eller utprovande personal inom specialistvården.
- Ansvarar för instruktioner och delegeringar till omsorgspersonal när det inte är egenvård. Arbetet med att delegera omsorgspersonal sker i nära samarbete med enhetens planerare/samordnare.
- Uppföljning av andningshjälpmedlet ska ske kontinuerligt, minst en gång var 6:e månad. Uppföljningen dokumenteras i patientjournalen. Uppföljningen ska innehålla:
  - Patientens upplevelse av behandlingen.
  - Hur sitter masken på under behandling (läckage? tryck?)
  - Fungerar skötseln av utrustningen?

- Finns förbrukningsmaterial i tillräcklig mängd?
- Följa upp att dokumentet ”Behandlingsplan för Bilevel-PAP/CPAP/Hostmaskin” (bilaga 2) finns i hemmet och att informationen är uppdaterad.
- Byte av filter.

### **Enhetschef för omsorgspersonal**

- Är ytterst ansvarig för skyndsamt möjliggöra tid för delegeringsutbildning för enhetens personal.
- Ansvarar för att det finns personal på enheten som är villiga att ta emot den aktuella delegeringen.

### **Planerare/samordnare/enhetskoordinator på enheten**

- Tillsammans med ansvarig fysioterapeut skyndsamt planera in utbildningstillfällen för delegering av personalen.
- Identifiera vilka medarbetare som är i behov av delegering för andningshjälpmedel och anmäla dessa till ansvarig fysioterapeut.
- Bokning av utbildningstillfällen görs mellan ansvarig fysioterapeut och enhetens planerare/samordnare/enhetskoordinator.
- Ansvarar för att tillhandahålla en passande lokal på enheten för delegeringsutbildningen.
- Ansvarar för att informera berörd omsorgspersonal om vilket utbildningstillfälle de ska närvara på.
- Skicka deltagarlista på de inbokade utbildningstillfällena till den ansvariga fysioterapeuten i förväg.
- Säkerställa att utsedda medarbetare deltar på utbildningstillfällena.

### **Omsorgspersonal på enheten (som får delegeringen)**

- Ansvarar för att närvara på delegeringstillfället de har blivit inbokade på.
- Ansvarar för att ta till sig av den teoretiska och praktiska informationen på delegeringstillfället.
- Utför den delegerade HSL-insatsen hos aktuell patient.
- Ansvarar för att återkoppla till ansvarig fysioterapeut om något i den delegerade insatsen inte fungerar eller avviker hos patienten.

### **Tekniska fel på andningshjälpmedlet**

Om utrustningen inte fungerar ska leg. personal kontakta Region Halland MTH hjälpmedel som ansvarar för produktsupport och underhåll (gäller ej pepmask och pepflöjt).

Telefonnumret till MTH är 035-13 19 79.

På helger når man enheten via Region Hallands växel 035-13 10 00.

### **Referensdokument**

- Riktlinje ansvarsfördelning gällande andningshjälpmedel, MAS/MAR handbok.
- Riktlinje delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter, MAS/MAR handbok
- Riktlinje för medicintekniska produkter, MAS/MAR handbok.
- [Egenvård i Halland](#)

**Bilaga 1**

**Checklista för leg. fysioterapeut vid övertagande av behandling av Bilevel PAP/CPAP/Hostmaskin i kommunal hälso- och sjukvård”.**

<b>Patientens kontaktuppgifter</b>	
Vilken typ av andningshjälpmedel är ordinerad?	
Ansvarig läkare för behandlingen	
Hur snabbt bör behandlingen påbörjas i hemmet? (går det att avvakta tills delegering är genomförd)	
Ansvarig utprovare av hjälpmedlet (om det inte är läkaren)	
Övergripande syfte och mål med behandlingen	
Förväntad effekt	
Ev. Restriktioner.	
Hur ofta ska behandlingen utföras? (specifika tider?)	
Kan patienten vara delaktig i några av momenten i behandlingen och i så fall på vilket sätt?	
Har patienten några specifika önskemål om hur behandlingen ska utföra?	
- Egenvård i något av momenten kring behandlingen? Se ”Riktlinje för egenvård”.	
Vem kontaktas om behandlingen inte har önskad effekt/patienten inte vill utföra behandlingen.	
Övriga observationen att ev. bevaka. (ex. kommunikation, compliance, utebliven effekt, etc.)	
När återbesök/uppföljning av behandlingen är inplanerad.	
Vilka förbrukningsmaterial som används, hur ofta ska de bytas, ev. artikelnummer på förbrukningsmaterialen	
Ansvarig leg. Fysioterapeut	

**Bilaga 2**

**Behandlingsplan för Bilevel-PAP/CPAP/ Hostmaskin**

Aktuellt andningshjälpmedel: .....

**Patientens namn:**

**Patientens personnummer:**

**Ansvarig fysioterapeut (namn och telefon):**

**Syfte och mål med behandling:**

**När på dygnet ska behandlingen utföras?**

Tidpunkter:

**Patientspecifik behandlingsinformation till omsorgspersonal** (vad kan patienten utföra själv, hur ska personalen hjälpa/stötta patienten, ev. moment med egenvård):

**Övrig information (ev. restriktion):**

**Vid frågor:**

- På vardagar under dagtid kontaktas patientansvarig fysioterapeut
- Övrig tid kontaktas TeleQ, 035-138029.