

Riktlinje för kommunal hälso- och sjukvård

Beslutsdatum	2019-08-29	Dokumenttyp	Riktlinje
Beslutad av	Äldre- och omsorgsnämnden	Dokumentägare	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Diarienummer	2019/ÄON	Giltighetstid	Tills vidare

Innehållsförteckning

<u>1</u>	<u>Hälso- och sjukvårdsansvar i kommunen</u>	<u>3</u>
<u>2</u>	<u>Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientlagen</u>	<u>14</u>
<u>3</u>	<u>Riktlinje för loggkontroll enligt informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvårdsdokumentation</u>	<u>23</u>
<u>4</u>	<u>Riktlinje för läkemedelshantering</u>	<u>27</u>
<u>5</u>	<u>Förvaring av läkemedel</u>	<u>44</u>
<u>6</u>	<u>Riktlinje för bedömning av egenvård</u>	<u>49</u>
<u>7</u>	<u>Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter</u>	<u>53</u>
<u>8</u>	<u>Riktlinje Medicintekniska produkter Bilaga</u>	<u>61</u>
<u>9</u>	<u>Riktlinje för NPÖ (Nationell Patient Översikt) och inhämtande av samtycke för sammanhållen journalföring</u>	<u>62</u>
<u>10</u>	<u>Nationella kvalitetsregister</u>	<u>65</u>
<u>11</u>	<u>Riktlinje för skydds- / begränsningsåtgärder</u>	<u>98</u>
<u>12</u>	<u>Riktlinje för Basala hygienrutiner inom kommunal vård och omsorg</u>	<u>102</u>
<u>13</u>	<u>Risk- och avvikelshantering</u>	<u>115</u>
<u>14</u>	<u>Riktlinje för Palliativ vård i livets slut</u>	<u>124</u>
<u>15</u>	<u>Riktlinjer vid värmebölja</u>	<u>132</u>

Senast reviderad av dokumentägaren	[Ska inte vara ifylld om nämnden ska besluta om revidering]
Reviderad med anledning av	[Ska inte vara ifylld om nämnden ska besluta om revidering]

1 Hälso- och sjukvårdsansvar i kommunen

1.1 Sammanfattning och bakgrund

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ansvarar kommunen som sjukvårdshuvudman för att en god hälso- och sjukvård erbjuds för de personer som bor i särskilda boendeformer för äldre, psykiskt och fysiskt funktionshindrade, dagverksamheter och dagliga verksamheter.

Kommunens ansvar omfattar sådan hälso- och sjukvård, omvårdnad, habilitering och rehabilitering upp till och med nivån för den legitimerade sjuksköterskans, legitimerade arbetsterapeutens och legitimerade fysioterapeutens yrkesansvar.

Läkaransvaret åligger regionen (f.d. landstinget).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har den eller de av kommunfullmäktige beslutade nämnder ledningsansvaret för hälso- och sjukvården. I Tyresö kommun utövas ledningen av kommunens hälso- och sjukvård av äldre- och omsorgsnämnden och arbetsmarknads- och socialnämnden.

1.2 Säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet

En god och säker vård kräver att det etiska perspektivet ses som överordnat.

Arbetet ska utgå från en humanistisk värdegrund med patientens behov i centrum.

- En god och säker vård för patienten förutsätter samverkan mellan olika aktörer och lagrum.
- En god och säker vård ska utgå från en evidensbaserad praktik och teori. Hälso- och sjukvårdspersonal ska kontinuerligt omvärldsbevaka forskning, utveckling, etik, juridik, politik och förmedla detta till verksamheten.
- En god och säker vård kräver sakkunnig vägledning till politiker och chefer samt ges plats på arenor där beslut fattas.
- En god och säker vård säkerställs av att nationella kvalitetsregister används på rätt sätt och att nationella riktlinjer följs.
- En god och säker vård förutsätter att den kommunala hälso- och sjukvården har en hög patientsäkerhet och är av god kvalitet och att den följs upp regelbundet och systematiskt.

Varje vårdgivare ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter ha ett kvalitetsledningssystem. I vårdgivarens kvalitetsledningssystem ska lokala rutiner upprättas så att intentionerna i dessa riktlinjer fullföljs, verkställs och ansvar fördelas. Gällande lagstiftning ska vid varje given tidpunkt följas t.ex. Patientsäkerhetslagen, Hälso- och sjukvårdslagen, Patientdatalagen.

Det är vårdgivarens ansvar att se till att de lokala rutinerna uppdateras utifrån gällande lagstiftning, samverkansöverenskommelser i Stockholms län, gällande riktlinjer och tillgänglig evidensbaserad kunskap etc.

Svar på eventuella frågeställningar kan sökas i följande källor:

- Lokala rutiner
- Riktlinjer/direktiv från MAS
- Riktlinjer från/avtal med huvudman samt överenskommelser med Region Stockholm
- Vårdhandboken/Socialstyrelsens informationswebbplatser
- Regionala eller Nationella riktlinjer och vårdprogram
- Författningar och lagar

1.3 Vårdgivarens ansvar

Vårdgivarens ansvar för hälso- och sjukvård regleras i Hälso- och sjukvårdslagen och Patientsäkerhetslagen. Det innebär att vårdgivaren ansvarar för åtgärder att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Kommunen är vårdgivare för hälso- och sjukvården i vård- och omsorgsboenden för äldre som kommunen bedriver i egen regi. Privata utförare inom vård- och omsorgsboenden för äldre är vårdgivare inom sina driftsuppdrag.

För bostäder med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS

För bostäder med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS har kommunen organiserat hälso- och sjukvården i en kommunövergripande enhet som ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatserna inom ovannämnda nämnder. Detta innebär att äldre- och omsorgsnämnd och arbetsmarknads- och socialnämnd är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som bedrivs såväl av kommunens egenregi hos upphandlade entreprenörer.

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en **medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**. Det är endast kommun eller landsting som kan vara huvudman för hälso- och sjukvård. MAS-funktionen tillhör huvudmannen för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar (SFS 2017:30). Hos vårdgivaren ska det finnas en **verksamhetschef** som ansvarar för hälso- och sjukvården i verksamheten, ansvaret regleras i Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80).

MAS-riktlinjer är ett övergripande dokument som utgör ramverk, och minimikrav, inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Riktlinjer från MAS anger inom vilka områden lokala rutiner ska finnas, samt anger lägsta nivå för vad som är en god och säker hälso- och sjukvård inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Respektive vårdgivare ska ha lokala rutiner utifrån MAS-riktlinjerna. De lokala rutinerna ska vara skriftliga och minst beskriva vem som gör vad, när och hur.

I samband med granskning av hälso- och sjukvård är det MAS som avgör om vårdgivarens rutiner är tillräckliga. Om det finns något område, som inte omfattas av MAS-riktlinjer, så ansvarar vårdgivaren för att tillämpliga rutiner finns för sådant som regleras i författningar och lagstiftning.

Vid MAS tillsyn av verksamheten är det de lokala rutinerna, samt följsamheten till dessa som granskas.

Alla vårdgivarens rutiner ska, i tillämpliga fall, ha en tydlig koppling till arbetsterapeutens, fysioterapeutens och dietistens kompetensområden. Rutinerna ska även innefatta reservrutiner och beakta att verksamheten ska kunna bedrivas under kris, extraordinära händelser och höjd beredskap.

Ansvarsfördelning inom vårdgivarens verksamhetsområde för hälso- och sjukvård

Vårdgivaren ska ha en skriftlig, lokal rutin för hur ansvaret är fördelat mellan verksamhetschef, enhetschef, legitimerad personal och delegerad personal gällande den hälso- och sjukvård som bedrivs inom vårdgivarens ansvarsområde.

Rutinen för ansvarsfördelning kan med fördel bakas in i övriga rutiner, där ansvarsfördelningen beskrivs utifrån respektive rutins område. Det kan också vara en fördel att göra en sammanställning av vad respektive funktion har för olika ansvar inom olika hälso- och sjukvårdsområden.

Vårdgivaren ska ta fram en rutin som tydliggör ansvarsfördelningen i den egna verksamheten och som säkerställer en god och säker vård.

1.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Reglering av medicinskt ansvarig sjuksköterskans (MAS) uppgifter finns i lag och förordning samt i flera av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. I några av dessa stadgas att MAS har det ansvar som i andra verksamheter åvilar verksamhetschefen för hälso- och sjukvården.

Det åligger medicinskt ansvariga sjuksköterskan att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet enligt kommunens kvalitetsledningssystem.

MAS utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Styrningen sker genom att MAS skriver riktlinjer/rutiner och instruktioner för utveckling av den hälso- och sjukvård kommunen har ansvar för samt är ett stöd i detta arbete.

Enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80) 4 kap. 6 §, så ska en medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ansvara för att:

1. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
2. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen (2008:355),

3. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
4. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för rapportering enligt 6 kap. 4 § Patientsäkerhetslagen (2010:659),
6. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
7. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Varje specifikt område har en egen riktlinje. Utöver dessa riktlinjer som definierar en säker och ändamålsenlig vård, kan MAS i Tyresö utfärda lokala MAS-rutiner, som kompletterar eller förtydligar MAS-riktlinjer.

MAS har inte primärt ansvar för den individuellt inriktade vården av enskilda patienter, men kan ingripa och bestämma över vård och behandling gällande enskilda om det behövs för att den enskilde ska få en god och säker vård.

I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bl.a.

- att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs
- att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten
- att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten

Medicinskt ansvariga sjuksköterskan är en viktig resurs för hälso- och sjukvården i kommunen och ska vara behjälplig i frågor som:

- planering av kommunens hälso- och sjukvård
- framtagning av kommunens hälso- och sjukvårdspolicy
- användningen av kommunens hälso- och sjukvårdsresurser och kompetens
- upphandling av hälso- och sjukvårdsresurser

MAS är samarbetspartner till verksamhetschefen (enl. HSL 2017:30 4 kap. 2§) gällande ansvaret för medicintekniska produkter i kommunens hälso- och sjukvård (SOSFS 2008:1).

1.5 Läkaransvar i den kommunala hälso- och sjukvården

Läkare ingår inte i den kommunala hälso- och sjukvården

Läkaren är patientansvarig för sina patienter på det vård- och omsorgsboendet för äldre hon/han har ansvaret för. Det ingår även utbildnings- och handledaransvar.

Sjuksköterskan har ett eget medicinskt ansvar, vilket innebär att hon/han i varje situation ska kunna bedöma och avgöra när läkare behöver tillfrågas eller kallas på.

Den för vård- och omsorgsboendet för äldre utsedd läkare är patientansvarig, vilket innebär att hon/han är ansvarig för den boendes vård och behandling. Läkaren ska utifrån sitt medicinska yrkesansvar vidta de åtgärder som den boendes tillstånd kräver.

Hon/han bestämmer med den boendes medgivande vilka vård- och behandlingsinsatser som ska ske.

Det ankommer därefter på utförarens hälso- och sjukvårdspersonal att utifrån sitt medicinska yrkesansvar följa de delegeringar som utfärdats samt ordinationer som läkaren meddelat för att ge den boende en god och säker vård.

Utföraren ansvarar för att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som krävs så att den enskilde får den medicinska vård och behandling som krävs i det vård- och omsorgsboendet.

Är den enskilde i behov av vård och behandling som ligger utanför kommunens ansvarsområde ligger ansvaret för dessa insatser på landstinget.

Region Stockholm har ansvar för läkarinsatser för personer där kommunen har ansvaret för vården och omsorgen

- Särskilt boende för äldre enligt Socialtjänstlagen (Sol) 5 kap 5 § andra stycket. Särskilt boende utgörs av bostäder eller platser för heldygnsvistelse vilka tillsammans med insatser i form av vård och omsorg tillhandahålls för personer med behov av särskilt stöd
- Dagverksamhet, SoL, som innebär bistånd i form av sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför den egna bostaden.
- Bostad med särskild service (gruppboende och serviceboende) enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 9.9 och § 9.8 för personer över 18 år.
- Daglig verksamhet enligt LSS § 9.10
- Bostad med särskild service (gruppboende och serviceboende) enligt SoL, 5 kap 7 § tredje stycket exempelvis med inriktning socialpsykiatri.

Lokala rutiner utifrån MAS riktlinjer hur läkare ska kontaktas ska finnas i verksamheten och vara kända av all personal!

Det ska tydligt framgå vilka telefonnummer som gäller dygnets samtliga timmar vid behov av läkarens råd eller insatser.

Det ska aldrig råda tveksamheter om vem/vart man vänder sig eller hur patienter/brukare i akuta eller icke akuta sjukdomstillstånd ska omhändertas.

1.6 Funktionsbeskrivning för sjuksköterska

Ansvarsområde

Kommunens ansvarsområde omfattar hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå som bedrivs på vård- och omsorgsboenden för äldre, dagverksamhet för äldre samt inom LSS på grupp-/servicebostäder/daglig verksamhet för personer med funktionsnedsättning. Hälso- och sjukvård som bedrivs av kommunerna räknas som primärvård.

Hälso- och sjukvården ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt i överensstämmelse med gällande för lagar, fattningar, föreskrifter, riktlinjer och lokala rutiner som gäller för verksamheten.

Grundläggande krav i hälso- och sjukvårdslagen är att region (fd. landsting) och kommuner ska tillhandahålla hälso- och sjukvård av god kvalitet som tillgodoser patientens behov av säkerhet och trygghet samt att det ska finnas den personal som behövs för att meddela god vård.

Kvalificerad hälso- och sjukvård

Sjuksköterskan ska ge en god hälso- och sjukvård och en god omvårdnad, ha god kännedom om olika sjukdomstillstånd och behandlingsmetoder.

Sjuksköterskan ska planera omvårdnaden, genomföra och följa upp omvårdnadsåtgärder, ansvara för och leda omvårdnadsarbetet. Utföra de för sjuksköterskan specifika arbetsuppgifter såsom sårvård, läkemedelshantering, skötsel av KAD, tracheostomi, infartskanyler m.m.

1.6.1 Dokumentation

Enligt patientdatalagen är all legitimerad personal skyldig att föra journal.

Sjuksköterskan har journalföringsplikt och ska föra patientjournal.

1.6.2 Avvikelse rapporter

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet.

Personalen ska därför rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada.

Rutin för avvikelserapportering finns på MAS hemsida www.tyreso.se/mas

1.6.3 Riskbedömning för fall, nutrition, trycksår, munhälsa samt blåsdysfunktion

När en boende flyttar in till ett vård- och omsorgsboende för äldre, var 6:e månad samt vid förändring i hälsotillstånd ska riskbedömning för nutrition, fall, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion göras och vid risk ska förebyggande åtgärder sättas in och följas upp. Riskbedömningar ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen och i Senior Alert. Inom LSS genomförs riskbedömningar vid behov.

1.6.4 Delegering av vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter

I den kommunala hälso- och sjukvården krävs ibland delegering om personal ska utföra enklare hälso- och sjukvårdsuppgifter. Vid delegering är personalen hälso- och sjukvårdspersonal. Sjuksköterskan ska utifrån gällande delegeringsföreskrifter delegera och fördela arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

1.6.5 Individuella bedömningar

Eftersom sjuksköterskan ofta arbetar utan tillgång till läkare och kollegor krävs att hon/han kan göra korrekta observationer och bedömningar av varje enskild patients behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Sådana bedömningar kan inte överlåtas till personal som saknar formell kompetens.

1.6.6 Samverkan med patientansvarig/namngiven läkare

En god samverkan med patientansvarig läkare är en förutsättning för en trygg och säker hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan utför ordinationer från läkare, resultaten ska följas upp, dokumenteras och rapporteras till läkaren.

1.6.7 Palliativ vård

Arbetet ska ske enligt palliativa vårdens hörnstenar och i enlighet med det palliativa förhållningssättet.

1.6.8Handledning

Sjuksköterskan ska vara handledare för personalen i omvårdnads- och sjukvårdsarbetet. Sjuksköterskan ska arbeta på ett kunskapsutvecklande sätt så att personalens reella kunskaper successivt höjs.

1.6.9 Uppföljningar

Sjuksköterskan ansvarar för uppföljningar av mål för insatta omvårdnadsåtgärder samt att följa upp att delegeringar av enklare hälso- och sjukvårdsuppgifter sköts och att omvårdnaden genomförs enligt den individuella vårdplanen.

1.6.10 Läkemedelshantering

Det är alltid sjuksköterskan som ansvarar för hela läkemedelskedjan även om överlämnandet av iordningsställda läkemedelsdoser har delegerats. Det ska finnas en originalhandling för de läkemedel som patienten/brukaren har. Sjuksköterskan har inte ansvar för den färdigförpackade Dospåsen, men hon/han ansvarar för att de patienter/brukare får de av apoteket delade doserna enligt ordination och att signering sker enligt riktlinjer.

Sjuksköterskan ska ha kunskap om och använda e-dos.

1.6.11 Medicintekniska hjälpmedel (MTP)

Behovsbedömning, förskrivning och uppföljning av antidecubitusmadrasser.

Instruera och informera patient/brukare, anhöriga/närstående och personal angående användning och skötsel av hjälpmedlet.

Behovsbedömning, förskrivning och uppföljning av inkontinenshjälpmedel.

1.6.12 Författningar, regler och överenskommelser

Att hålla sig informerad om gällande lagar, författningar och föreskrifter inom hälso- och sjukvårdens område.

1.6.13 Kvalitetssäkring/utveckling

Upprätthålla och utveckla sin professionella kompetens. Arbeta tillsammans med övriga teamet kring patienten/brukaren. Följa de riktlinjer som utarbetats av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och lokala rutiner. Avvikelse rapporter ska redovisas och följas upp.

1.7 Rutin i samband med listning av nyinflyttad på vård- och omsorgsboende för äldre

Läkarens ansvar

Läkaren har huvudansvaret för "listning" av patienten och ansvarar för de patienter som är listade hos honom/henne. Läkaren ska upprätta läkarjournal samt göra en bedömning av nyinflyttad patient inom en vecka efter listning om inte aktuell läkarbedömning gjorts i samband med inflyttning. Kopia på väsentliga delar av upprättad läkarjournal ska förvaras på respektive boendeenhet.

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterska ansvarar för att **tillfråga patienten vid inflyttning på vård- och omsorgsboendet om han/hon önskar anlita den läkare som är knuten till boendet eller önskar välja en annan.** Sjuksköterskan ansvarar för att fylla i blanketten för "Val/byte av vårdgivare i särskilt boende för äldre (SÄBO)" digitalt efter patientens samtycke så snart som möjligt i samband med inflyttning och skickas till ansvarig läkarorganisation.

Utskriven blankett för val/byte av vårdgivare i särskilt boende för äldre (SÄBO) ska undertecknas av patient/närstående och sparas i omvårdnadsjournalen.

Sjuksköterskan ska dokumentera ansvarig läkare, telefonnummer och läkarorganisation i patientens /brukarens omvårdnadsjournal.

Sjuksköterskan ska senast nästkommande rond meddela läkaren om nyinflyttad patient.

Listning ska ske till respektive boendets ansvarig läkarorganisation som har ansvaret för läkarinsatser i avtal med regionen. Instruktioner för listningsförfarandet finns i samverkansöverenskommelser.

1.8 Rutin för planering, uppföljning och bevakning av medicinska åtgärder inom vård- och omsorgsboende

1. På varje vård- och omsorgsboende för äldre ska finnas en särskild ”Rondpärm” där uppföljning och bevakning av medicinska åtgärder skrivs upp och planeras veckovis. Rondpärmerna ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den.
Rondpärmens anteckningar är ett arbetsverktyg och ska sparas under ett års tid och därefter förstöras - ”tuggas”.
2. I Rondpärmerna dokumenteras vem som berörs och vad som ska göras, Rondlista*. Sjuksköterska och läkare på boendet samt ev. jourläkare kan sätta upp ärenden på Rondlistan.
3. När en remiss för undersökning/konsultation skickas ska uppföljning bokas för bevakning i Rondpärmerna vid lämplig framtida veckorond. Detta gäller både bevakning av svar och bevakning av att remissen har tagits om hand av mottagaren.
4. Planerade medicinska kontroller (lab-prover, läkemedelsgenomgång, hälsoundersökning, status eller andra undersökningar) planeras och skrivs upp även de i Rondpärmerna. Ska t.ex. lab-prover tas inför en medicinsk kontroll/årskontroll/läkemedelsgenomgång skrivs de lämpligen upp som åtgärd till sjuksköterskan 1 eller 2 veckor före läkarundersökningen.
5. Sjuksköterskan får påminnelser i Pascal då tid för Dospåsar börjar ta slut. Denna påminnelse kommer vid tre tillfällen. Det är lämpligt att vid det sista tillfället, **1 månad före utgång**, ska sjuksköterskan lämna påminnelsen till läkaren så att läkemedlen kan förlängas eller revideras.

Blankett 1.8 Rondlista

1.9 In- och utskrivning till slutna vård

Ny lag 2018

2018 januari började en ny lag gälla, Lag 2017:612 om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Tidigare betalningsansvarslag ersattes av den nya lagen. Den nya lagen ska främja att en patient/brukare med behov av insatser från socialtjänsten (hemtjänst, korttidsboende, särskilt boende mm.) och hälso- och sjukvården skrivs ut så snart som möjligt efter att läkare bedömt att patienten/brukaren är utskrivningsklar. Den nya lagen syftar till att trygga och säkerställa övergången från den slutna hälso- och sjukvården.

Patienten som är i behov av samordnad individuell plan (SIP) ska i huvudsak utföras i hemmet efter utskrivning och den landstingsfinansierade öppna vården ska kalla till möte.

Patienten med omfattande behov ska erbjudas SIP innan de lämnar sjukhuset. En tillfällig överenskommelse gäller i Storstockholm under 2018-2019. Dokument gällande detta finns på Vårdgivarguiden. Nya utskrivningsprocessen började gälla i november 2018. För rutin se länk:

<https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/patientadministration/04-patientnararutiner/samverkan-vid-utskrivning/gemensam-rutin-for-samverkan-vid-utskrivning-fransomatisk-slutenvard.pdf>

När en patient/brukare åker in till slutenvården/akutsjukvården krävs det en samordnad kommunikation mellan vårdgivarna för att patienten/brukaren ska få en god och säker vård.

Vårdmeddelande till annan vårdgivare

Information till slutenvården/akutsjukhuset ska meddelas på blanketten

Vårdmeddelande flik Blanketter www.tyreso.se/mas Hälso- och sjukvårdsriktlinjer eller via utskrift från journalsystemet.

Nedan angivna dokument samlas i **en röd mapp** märkt med vård- och omsorgsboendets namn, enhet samt telefonnummer. Detta för att försöka undvika att dokumenten kommer bort under transporten till sjukhus.

Inom LSS ska samverkansrutin för hälso- och sjukvårdsinsatser gruppboendestad/serviceboendestad följas.

Följande information ska följa med:

- Ifylld Vårdmeddelande
- Aktuell omvårdnadsstatus/omvårdnadsbehov och hjälpmedel
- Information om patientens/brukarens aktuella medicinering samt ordinationskort/ handling
- Identitetshandling ska skickas med - om patienten/brukaren inte själv kan uppge sin identitet ska patient/brukare förses med ID-band

OBS! Lokal rutin för identitetskontroll ska finnas och vara känd av legitimerad personal och omsorgspersonal.

- Namn, adress och aktuella telefonnummer till vård- och omsorgsboendet (dygnet runt)
- Namn på ansvarig sjuksköterska på boendet, inremitterande läkare, patientansvarig läkare samt kontaktväg
- Namn på ansvarig biståndshandläggare och kontaktväg
- Uppgifter om närstående

Vid planerad inskrivning på sjukhus ska även följande tas med:

- Kläder, hygienartiklar och andra personliga tillhörigheter (t.ex. glasögon, hörapparat och tandprotes)
- Käpp, rullator etc. försedda med märkning om tillhörighet
- Eventuellt frikort, färdtjänstkort eller sjukreskort

Vid planerad inskrivning/ledsagning bör vårdpersonal följa boende till sjukhuset, om anhöriga inte kan. Undantag avgör tjänstgörande sjuksköterska.

Skriftlig information till ambulanspersonalen

Enligt SOSFS 2009:10 ska avlämnande vårdenhet som svarar för hälso- och sjukvården av patienten/brukaren överlämna skriftlig information gällande patienten/brukaren till ambulanspersonalen.

Kopia på blanketten Vårdmeddelande till akutsjukhus ska överlämnas till ambulanspersonalen.

Således läggs en blankett Vårdmeddelande till akutsjukhus i röd mapp och en kopia på blanketten lämnas direkt till ambulanspersonalen.

Vid utskrivning från slutenvården/akutsjukhus ska:

- Utskrivningsmeddelande ska vara enheten tillgänglig senast kl. 12.00 vardagen före utskrivning
- ”Trygghetskvitto” med information om vårdplan samt relevant information för patientens/brukarens vård och omsorg medfölja
- Läkemedelsberättelse
- Läkemedelslista
- Om något nytt läkemedel är ordinerat - be om recept (om det inte förskrivs via Pascal) och be några dagars doser beroende på när apoteket öppnar nästkommande dag eller när nästa färdigdoserad dosleverans

Förskrivna läkemedel ska medfölja patienten så att de täcker behovet till dess att läkare vid SÄBO tagit del av aktuell lm-ordination för att kunna fullfölja behandlingen)

1.10 Rutin för kontakt tas med anhörig/närstående vid förändrat hälsotillståndet hos patient/brukare

Vid inflyttning till vård- och omsorgsboende för äldre ska sjuksköterskan i ankomstsamtalen dokumentera:

- Vem som i första hand ska bli informerad vid förändring i patientens/brukarens hälsotillstånd.
- Telefonnummer och adresser till anhöriga/närstående som ska kontaktas vid förändring i patientens/brukares hälsotillstånd.
- Om det är möjligt se till att det finns telefonnummer till mer än en anhörig/närstående att kontakta i andra hand.
- Dokumentera om anhöriga/närstående ska kontaktas under natten.

Vid kontakt med anhöriga/närstående:

- Förvissa dig om att det är rätt anhörig/närstående som får informationen.

Inom LSS-gruppbostäder/servicelägenheter gäller **lokal rutin** för verksamheten.

2 Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientlagen

Patientjournalen har olika funktioner och ska spegla innehållet i de viktigaste delarna i vården. Detta innebär att de olika steg i vårdprocessen som sker med patienten utifrån perspektiven bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering.

2.1.1 När ska patientjournal föras?

Vid vård av patient ska patientjournal föras. Patientjournalen ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Med vård avses i denna lag även undersökning och behandling.

2.1.2 Vad avses med patientjournal och journalhandling?

Med patientjournal avses de anteckningar som görs och de handlingar som upprättats eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och om vårdåtgärder. Som journalhandling anses framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniska hjälpmedel.

2.1.3 Syfte

Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och patientsäker vård för patienten. En patientjournal utgör även underlag för bedömning av åtgärder som kan behöva vidtas av den som inte tidigare träffat patienten.

En patientjournal utgör också ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbete inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten fått.

En otillräcklig dokumentation utgör en patientsäkerhetsrisk.

2.2 Ansvar

Vårdgivare

Vårdgivaren har enligt Patientdatalagen bland annat ansvar för att rutiner för säker dokumentation ingår i verksamheternas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och att:

- ✓ uppgifter om den enskilde i vårdgivarens dokumentation är åtkomlig och användbar
för den som är behörig (tillgänglighet)
- ✓ uppgifterna om den enskilde är oförvanskade (riktighet)
- ✓ obehöriga inte ska kunna ta del av uppgifterna (sekretess)
- ✓ det är möjligt att i efterhand kunna härleda åtgärder till en identifierad användare

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen har ett övergripande ansvar för att se till att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).

MAS fastställer att det finns riktlinjer och rutiner för vad en patientjournal ska innehålla samt följer upp att journaler skrivs i den omfattning som lagar och författningar kräver.

Verksamhetschefen enligt HSL har inom ramen för ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet **ansvar för:**

- att lokala rutiner för informationsöverföring skapas så att patientsäkerheten tillgodoses
- att planera verksamheten så att det finns tid avsatt för dokumentation enligt Patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
- att ansvara för att lagar, föreskrifter från Socialstyrelsen, riktlinjer som är fastställda av MAS samt att lokala rutiner är väl kända, används och följs upp i det dagliga arbetet inom verksamheten
- att följa upp dokumentationens kvalitet och ändamålsenlighet
- att utdelade behörigheter för åtkomst till patientuppgifter är ändamålsenliga och förenliga med hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella arbetsuppgifter
- att själv eller genom uppdrag till annan följa upp informationssystemets kvalitet och användning samt att personalen följer bestämmelser för hantering av personuppgifter genom regelbunden kontroll av loggar
- att loggar sparas i 10 år i systemet enligt Riktlinjer för loggkontroll

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen, entreprenörer, uppdragstagare eller annan som utför hälso- och sjukvårdsarbete på uppdrag av vårdgivaren ansvarar för

- att föra patientjournal enligt Patientdatalagen
- att personliga lösenord och loggar inte blir tillgängliga för obehöriga
- att datorer som används inte lämnas oskyddade från obehörig åtkomst
- att endast ta del patientuppgifter som han/hon behöver för sitt arbete inom hälso- och sjukvården

2.2.1 Vilka är skyldiga att föra journal?

Skyldig att föra patientjournal är

1. den som enligt 3 kap. 3§ Patientdatalagen (2008:355) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare
3. den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården

Patientjournal ska föras för personer som erhåller vård enligt Patientdatalagen 3 kap. 1§ – inom korttidsvård, särskilt boende enligt SoL och LSS, vid vistelse i daglig verksamhet och dagverksamhet.

Syftet med patientjournalen är i första hand att bidra till en god och säker vård för patienten.

Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen.

2.2.2 Vad ska en patientjournal innehålla?

En patientjournal får innehålla endast de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten under den tid patienten vistas på enheten. Uppgifterna ska föras in i journalen så snart som möjligt.

Patientjournalen ska innehålla:

- uppgift om patientens identitet och kontaktuppgifter
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgift om ställd diagnos, aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- uppgifter om vårdplanering och väsentliga uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder samt resultat av dessa
- uppgifter om lämnat samtycke
- uppgifter om förskrivna och utlämnade medicintekniska produkter
- uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen – markering ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma
- uppgifter om information som givits patientbrukare och anhöriga/närstående
- uppgifter om de ställningstaganden som gjorts av patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning
- epikriser och andra sammanfattningar

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgifter om vem som har gjort viss anteckning i journalen och när anteckningarna gjordes. En journalanteckning ska så långt som möjligt signeras av den som svarar för uppgiften. Signering av en

införd uppgift ska helst göras i samband med anteckningen och senast inom två veckor.

- Varje uppgift i patientjournalen ska utformas så att patientens integritet respekteras
- Journalhandlingar ska skrivas på svenska språket, vara tydligt utformade och så långt som möjligt vara förståeligt för patienten
- Varje journalhandling ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den
- En komplett omvårdnadsjournal ska innehålla både arbetsterapeutens och fysioterapeutens dokumentation
- En journal ska vara ett stöd för den eller de personer som svarar för patientens behandling, så att patienten får en god och säker vård
- Journalen ska utgöra underlag för bedömning av åtgärder som ska vidtas av dem som inte tidigare träffat patienten t ex. jourhavande läkare, avlösande sjuksköterska.
- Journalen ska vara ett instrument i kvalitetssäkringsarbetet
- Journalen ska utgöra underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll
- Journalen ska kunna ge patienten insyn i den vård och behandling hon/han erhållit
- De journaler som läkaren skriver vid vård och behandling av enskilda vid vård- och omsorgsboenden för äldre är landstingets journaler. Den kommunala personalen får inte göra anteckningar i den.
- För att verksamheten och samarbetet ska fungera på ett praktiskt sätt är det lämpligt att journalerna förvaras i ändamålsenligt utrymme på äldreboendet
- En journalhandling ska bevaras 10 år efter det att den sista uppgiften fördes in i journalen
- Journalhandlingar för patienter som är födda den femte, femtonde och tjugofemte i varje månad ska bevaras för all framtid enligt Tyresö kommuns riktlinjer.

Tjänstgörande sjuksköterska bör ha tillgång till läkarens journal även då läkaren inte är på äldreboendet. Kopia av läkarens journal ska finnas i den kommunala omvårdnadsjournalen.

När en patient flyttar in i **vård- och omsorgsboendet för äldre** påbörjas dokumentationen med de uppgifter som finns till hands.

När en person flyttar mellan olika vård- och omsorgsboenden inom kommunen ska journalen följa personen. När en person flyttar till en annan kommun avslutas journalen och arkiveras enligt rutin. Omvårdnadsjournal för personer i

växelboende eller korttidsboende stannar på boendet som en aktiv journal så länge personen har beviljats plats.

Inom LSS-verksamheter eller **i kommunal socialpsykiatri** påbörjas dokumentationen vid inflytt med de uppgifter som finns till hands. Om brukaren inte har några hälso- och sjukvårdsinsatser vid det läget ska journalen stängas och aktualiseras när behovet uppstår.

2.2.3 Hur rättar man journaltext?

Uppgifter i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläsliga i andra fall än som avses i 8 kap. § 3 i Patientdatalagen (2008:355). Vid rättelse av en felaktighet ska det anges när rättelsen har skett och vem som gjort den.

2.2.4 Patientens rätt att ta del av sin journal

En journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård ska på begäran av patienten så snart som möjligt tillhandahållas honom/henne för läsning eller avskrivning på stället eller avskrift eller kopia. Frågor om utlämnandet av en journalhandling enligt första stycket prövas av den som är ansvarig för patientjournalen. Anser denna att journalhandlingen eller någon del av den inte bör lämnas ut ska han genast med eget yttrande överlämna frågan till Socialstyrelsen för prövning.

2.2.5 Kan patient eller annan få journalen förstörd?

På ansökan av patienten eller någon annan som omnämns i patientjournal får Socialstyrelsen förordna att journalen helt eller delvis ska förstöras (Patientdatalagen 8 kap. §4.) Förutsättningen för detta är dels att godtagbara skäl anförs för ansökan, dels att patientjournalen eller den del som ska förstöras uppenbarligen inte behövs för patientens vård och dels att det från allmän synpunkt uppenbarligen inte finns skäl att bevara journalen.

Innan ansökan slutligen prövas ska den som ansvarar för patientjournalen beredas tillfälle att yttra sig. Om Socialstyrelsen har avslagit en ansökan om förstöring av patientjournal, får beslutet överklagas hos kammarrätten genom besvär. Om Socialstyrelsens beslut innebär bifall till en sådan ansökan får beslutet inte överklagas.

2.3 Inre sekretess och elektronisk åtkomst inom kommunens verksamhet

Ansvar för informationssäkerhet

Vårdgivaren har ansvar för att det finns informationssäkerhetspolicy som säkerställer att patientuppgifter i dokumentation är tillgängliga och riktiga för dem som är behöriga samt att obehöriga inte ska komma åt patientuppgifterna.

Informationssystemet ska ha möjlighet till spårbarhet och att kunna identifiera användare.

Styrning av behörighet

Vårdgivaren har ansvar för att det finns rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares behörighet begränsas till vad som är nödvändigt för att ge god och säker vård.

Vårdgivaren ansvarar för att varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst av patientuppgifter. Innan behörighet tilldelas ska behovs- och riskanalys utföras bl.a. gällande vilken typ av behörighet användaren ska tilldelas.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns **lokala rutiner** för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheterna.

Kontroll av åtkomst av patientuppgifter

Vårdgivaren ansvarar för att det finns rutiner som säkrar att det av åtkomsten (loggarna) framgår:

- vid vilken enhet inloggningen skett
- tidpunkt för inloggningen
- användarens och patientens identitet
- att bedömning gjorts om inloggningen gjorts av behörig person

Vårdgivaren ska även ha **lokala rutiner som säkerställer** att återkommande stickprovskontroller görs och dokumenteras och att loggarna sparas i tio (10) år.

2.4 Driftstopp

Eftersom det förekommer både planerade och oplanerade driftstopp i den digitala journalföringen ska det för varje boende finnas papperskopior på vissa nödvändiga delar av dokumentationen samt var de förvaras. **Lokal rutin** ska utformas om vilka delar ska finnas i pappersform samt var de förvaras. Dokumentation ska ske på anvisat pappersdokument som sparas i patientens akt, överföring av texten ska inte ske. Notering i den digitala journalen ska finnas om pappersjournalen.

(Blankett 2.4)

2.5 Riktlinje för omvårdnadsjournalens innehåll och ordning vid central arkivering

När en person flyttar mellan olika boenden inom kommunen ska journalen följa personen. Samtycke behövs för informationsöverföring. När en person flyttar till annan kommun avslutas journalen och arkiveras enligt rutin. Omvårdnadsjournal för personer i växelvårdsboende eller korttidsboende stannar på boendet som en aktiv journal så länge personen har beviljats plats enligt SoL.

Datajournal skrivs ut efter 1 månad när all väsentlig information är inskriven.

HSL-journalen ska innehålla såväl sjuksköterskans, arbetsterapeutens som fysioterapeutens/sjukgymnastens journal. Journaler ska förvaras på boendet högst 6 månader efter det den individen avlidit/flyttat från kommunen.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att rensa journalen innan den överlämnas. Samtliga papper ska vara sorterade med senaste daterade bladet överst. Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeutjournal ska vara bifogade i omvårdnadsjournalen.

Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut ansvarar för att rensa journalen innan den överlämnas. Samtliga papper ska vara sorterade med senaste daterade bladet överst. Bifoga journalen till sjuksköterskans journal så att omvårdnadsjournalen är sammanhållen.

Alla gem, plastfickor o dyl. ska plockas bort innan journalen levereras till arkivet (Gäller även födda dag 5, 15 och 25).

Vid överlämnande av omvårdnadsjournaler till journalarkivet ska följande ingå i nämnd ordning:

- Sorteringsordningen ska vara **Omvänd kronologisk ordning – det senaste överst**
- Bekräftelse på persontransport om den boende har avlidit
- Om dokumentationen Vård i livets slut skett i pappersform ska de bifogas i omvårdnadsjournalen
- Journalblad/rapportblad med personuppgifter, anamnes, status, aktivitets/funktionsanalys, vårdplan/-er samt rehabiliteringsplan/-er. Skriv ut journaler från SSK, AT, SJG och USK separat.
- Medicinlistor/ordinationshandling/läkemedelskort, Warankort
Övriga läkemedelslistor som klassificeras som original då patienten ej har varit ansluten till Svensk dos (tidigare Apodos)
- Vätskelistor, urinmätning, vändscheman och blodtrycks- och blodsockerlistor med signering **om inte inskrivna i journalen av sjuksköterska med åtgärd och utvärdering. Inskrivet material "tuggas"**
- Alla mätinstrument (MNA, Norton, Downton osv.) som använts i omvårdnaden **om inte inskrivna i journalen av sjuksköterska med åtgärd och utvärdering. Inskrivet material "tuggas"**
- Signeringslistor för:
 - lista för **signeringsförtydligande** för identifiering av signatur på hälso- och sjukvårdspersonal och delegerad omvårdnadspersonal
 - löpande medicinering
 - vid behovsläkemedelslistor
 - insulinlistor/insulinböcker
 - narkotikaförbrukningsjournal/-er
 - gällande rehab- och omvårdnadsordinationer
 - handskrivna remisser och remissvar/rapporter som mottagits från

andra vårdgivare via telefon sparas

- Avvikelse rapporter i original (om de lett anmälan till IVO – Inspektionen för Vård och omsorg), andra avvikelser ska vara införda i journalen
- Externa avvikelser om de ej är införda i digital form (om de lett anmälan till IVO)
- Omvårdnadsepikriser från tidigare vårdinrättningar – sjukhem, särskilda boenden
- Fax-ordinationer

Vårdbehovsbedömningar och munhälsobedömningar ska tuggas. Resultatet av munhälsobedömningarna ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Lab-svar och journalutdrag från resp. vårdcentral/sjukhus tuggas, de är kopior. Återlämna dokument som tillhör regionen (landstinget) alt. läkarorganisationen.

En journalhandling ska bevaras i **tio år** efter att den sista anteckningen fördes in i handlingen. Patientjournaler för personer födda den 5, 15 och 25 varje månad bevaras för alltid enligt kommunens arkiveringsregler.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar att HSL-journalen är komplett innan leverans till arkivet enligt Socialförvaltningens leveransanvisningar för arkivering HSL- journaler med blankett – leveransreversal.

Undersköterskans journal sparas separat (social journal).

2.6 Riktlinje för begäran om att få läsa eller få kopia på journal

Ibland vill patienten/brukaren själv, anhörig/närstående, god man/förvaltare, legal företrädare eller patientnämnden läsa eller ha kopior av en journal som är upprättad inom kommunen. Även ett försäkringsbolag kan begära ut en journalkopia inför en utredning av ett försäkringsärende.

2.6.1 Vem får läsa journalen?

Med menprövning menas att patienten eller anhörig/närstående inte kommer att lida av att det som står i journalen framkommer.

1. Patienten äger sin journal och har rätt att själv ta del av innehållet. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14 och med tillägg SOSFS 2011:8) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.
2. Patienten ska ge sitt tillstånd till utlämnande av journaluppgifter till närstående eller försäkringsbolag. Det är patienten som äger journalen och journalen ska lämnas ut om det inte kan vara till men för patienten.

3. Är patienten avliden så ska alltid en menprövning göras om journalkopia efterfrågas av anhörig/närstående, annan myndighet eller försäkringsbolag.

När det gäller hälso- och sjukvårdsjournalerna ska kommunens Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) alltid godkänna att journalkopior får lämnas ut. Detta görs på uppdrag av vårdgivaren. Delegationsbeslut behövs.

Om tidigare nämnda personer vill ha kopior på journal eller hjälp att läsa delar av journal tillsammans med sjuksköterska eller arbetsterapeut ska en blankett med begäran om att få läsa journal fyllas i (Blankett 4.1). Denna förfrågan skickas till Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för beslut. Försäkringsbolag inkommer ibland med förfrågan och denna skickas från enheten till MAS för fortsatt ställningstagande om journal ska lämnas ut.

2.7 Rutin för utlämnade av omvårdnadsjournal

När förfrågan kommer från patient/anhöriga om dokument som skrivs inom hälso- och sjukvård ska förfrågan behandlas så snart som möjligt, senast inom en vecka.

Tillvägagångssätt

- Ta kontakt med MAS och informera om begäran
- Fråga patienten om hon/han vill att journalen/del av journal lämnas ut - samtycke
- Fråga om det är någon särskilt uppgift som begärs utlämnad
- Be att få telefonnummer till den som begär att journal/del av journal ska lämnas ut, om kontakt behöver tas
- Informera om att utlämning av journal/del av journal sker efter menprövning och att utlämningen sker så snart som möjligt senast inom en vecka
- Gör menprövning, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) medverkar
- MAS fattar beslut om journalen/del av journalen ska lämnas ut

När beslutet att lämna ut journal är fattat

- Dokumentera i journal vilka handlingar/del av handling som lämnas ut
- Dokumentera i journal till vem journal/del av journal lämnas ut samt datum och årtal
- Om kopia av journalen/del av journalen skickas per post ska brevet alltid skickas rekommenderat
- Ett följebrev ska finnas med när kopia på journalen/del av journalen skickas per post

När beslut att inte lämna ut journal är fattat

- Blankett för Utlämnande av journalkopia ska fyllas i av parterna
- Dokumentera i journal vilka handlingar/del av handlingar som inte lämnas ut
- Brev med beslut att inte lämna ut journal skickas med post
- Dokumentera i journal när beslutet tagits samt när beslutet skickas
- Kopia på beslut att inte lämna ut journal/del av journal ska arkiveras i journalen
- Skicka med information om hur beslutet överklagas

3 Riktlinje för loggkontroll enligt informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvårdsdokumentation

Denna riktlinje är ett komplement till Tyresö kommuns IT-säkerhetspolicy och Informations- säkerhetspolicy och riktar sig till verksamhetschefer och personer som ges ett delegerat ansvar för loggkontroll i vårdinformation (dokumentationssystem) till systemägare. Riktlinjen kan behöva kompletteras via aktuell systemägare med mer specifika rutinbeskrivningar beroende på hur respektive systems loggfunktion är utformad.

3.1 Syfte

Syftet med loggkontroll är att granska att patientens/brukarens integritet säkerställs samt att regelverket efterlevs och att ingen otillbörlig användning av systemet sker. Kontrollen ska ske på ett systematiskt och regelbundet sätt. Medarbetare som tilldelas behörighet till vårdinformation ges en teknisk möjlighet att ta del av information angående patienter/brukare. Detta innebär att möjligheten föreligger att ta del av informationen i omvårdnadsjournalen för den medarbetare som är inbegripen i vården. De medarbetare som inte är inbegripen i vård och behandling har inte rätt att ta del av denna information.

Behörigheten till systemet styrs via användaridentiteten och användarens personliga lösenord alternativt via eTjänstekort (SITHS-kort). Detta möjliggör spårbarhet i systemet genom loggning. Förutom att loggen kan användas som underlag vid utredning av felaktig eller obehörig användning så utgör den också en säkerhet för användarna mot ogrundade misstankar.

Kunskap om att loggning och loggkontroller sker har en förebyggande inverkan och avskräcker från obehörig åtkomst. Detta förutsätter att användarna informeras om den loggning och loggkontroll som utförs.

Loggkontroll får inte användas till arbets- och prestationsmätning eller på ett sådant sätt att det kan medföra risk för intrång i medarbetarens personliga integritet.

3.2 Ansvar

Vårdgivaren har det övergripande ansvaret för hantering av omvårdnadsjournaler inom sitt verksamhetsområde. Behörigheter i dokumentationssystemet måste stämma överens med antalet anställda inom verksamheten. Vårdgivaren ska löpande se till att medarbetarna fullföljer de uppdrag som följer av anställningen, på ett sätt som överensstämmer med lagstiftning, föreskrifter, etiska riktlinjer eller som följer av yrket.

3.2.1 Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för

- att det finns riktlinjer för loggkontroll för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvårdsdokumentationen
- att följa upp loggkontrollerna vid kvalitetstillsyn, enligt Systematiskt kvalitetsledningssystem SOSFS 2011:9.

3.2.2 Systemägare ansvarar för

- att behörigheter läggs in i dokumentationssystemet för legitimerad och behörig personal
- att med stöd av verksamhetschef granska att tillgång till uppgifter angående patienter/boende på vård- och omsorgsboendet används enligt gällande regelverk
- att tillsammans med verksamhetschef utföra loggkontroll

3.2.3 Verksamhetschefen ansvarar för

- att det finns en **lokal rutin för systematisk stickprovskontroll** i hälso- och sjukvårdsdokumentationen
- att det i den lokala rutin framgår vem som ansvarar för att informera systemägare när personal nyanställs eller slutar sin anställning (detta för att systemägare ska kunna tilldela, förändra och avsluta behörigheter för verksamhetens personal)
- att behörigheterna är ändamålsenliga och förenliga med aktuella arbetsuppgifter
- att tillsammans med systemägare via loggkontroll följa upp och kontrollera att användare följer de regler och rutiner som gäller för åtkomst till uppgifter angående patienter/boende
- att varje användare informeras om att loggning och loggkontroll utförs, samt konsekvenser vid överträdelse
- att personalen är informerade om gällande lagstiftning och bestämmelser som gäller för hantering av uppgifter/information om patienter/boende i dokumentationssystemet.
- att det i introduktionen för nyanställda ingår att loggningar i dokumentationssystemet sker systematiskt

- initiera loggkontroll vid misstanke om obehörig åtkomst till vårddokumentation (punkt 3 i kontrollrutiner) samt andra riktade loggkontroller (punkt 4 i loggkontroll)

3.2.4 Användaren ansvarar för

- att ta del av och vara uppdaterad om rutiner och regler och att följa dessa
- att rapportera till närmaste chef om brister i rutiner eller om oegentligheter upptäcks
- att kontrollera att rätt behörighet har tilldelats
- att personliga lösenord inte kan bli tillgängliga för obehöriga
- att datorer och annat informationsmaterial, såsom telefoner eller USB-minnen som har använts inte lämnas utan att uppgifterna angående patient/brukare är skyddade från obehörig åtkomst
- att endast ta del av uppgifter angående patient/brukare om man deltar i vården av den berörda eller av något annat ändamål som anges i gällande regelverk då man behöver uppgifterna för sitt arbete.

3.3 Kontrollrutiner

3.3.1 Systematisk stickprovskontroll

Varje månad ska ett antal användare (10 %) inom verksamheten slumpmässigt väljas ut, vars loggar granskas under en 24-timmarsperiod.

Antalet användare som kontrolleras varje månad bör omfatta så många att det motsvarar sannolikheten att varje användare blir granskad minst en gång per år.

Av loggarna ska det framgå:

- om vårddokumentation har öppnats
- om vårddokumentation har upprättats
- om vårddokumentation har skrivits ut
- vid vilken vårdenhet och vid vilken tidpunkt åtgärderna har vidtagits
- användarens och patientens identitet

Loggarna checkas av mot anteckningarna i journalen. Dessa loggkontroller ska sparas i minst 10 år i verksamheten.

3.3.2 Vid patient/brukares begäran om loggutdrag

En patient/brukare kan begära ett loggutdrag över vilka som haft tillgång till dennes journal. I loggutdraget som skickas till patient/brukare brevlades med mottagningsbevis ska framkomma den tidsperiod som angivits av patient/brukare. I loggen syns vilken enhet, roll och tidpunkt någon tagit del av journalen. Den information om loggarna som ska lämnas ut ska vara anpassad till och klargörande för patient/brukare och det ska framgå från vilken verksamhet och

vid vilken tidpunkt någon har tagit del av uppgifterna. Begäran om loggutdrag dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

3.3.3 Kontroll vid misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformation

Vid misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformation ska loggkontroll ske omedelbart.

Är misstanken riktad mot en specifik användare ska kontrollen ske för den tidsperiod som misstanken omfattar.

Det kan även finnas skäl att granska loggen för en viss patient/brukare om det rör sig om en offentlig person eller att det finns en patient/brukare som är involverad i en händelse som kan bli massmedialt uppmärksammas. Blankett

3.3.4 Andra riktade loggkontroller

Särskild kontroll ska ske av användare som har behörighet till flera verksamheter. Exempel på anledning till andra riktade loggkontroller av medarbetare kan vara släktrelationer eller annan nära relation till patienten/brukare men där ingen aktuell vårdrelation till patient/brukare föreligger. Där spärrar forcerats eller åtkomst skett över behörighetsgränser samt vid ett stort antal gånger avseende en viss patient.

3.3.5 Granskningsprotokoll för systematisk stickprovskontroll

Ett protokoll som dokumenterar att granskning har skett ska föras på en särskild blankett och arkiveras inom verksamheten. ”Granskningsprotokoll för systematisk stickprovskontroll”.

- All loggranskning ska dokumenteras i loggkontroll-blanketten.
- Protokollet ska kunna visas upp vid uppföljningen av loggkontroller som sker i samband med kvalitetstillsyn av MAS.
- Granskningsprotokollet sparas i 10 år i verksamheten.

3.3.6 Granskningsresultat - vid ingen obehörig åtkomst till dokumentations-systemet

Visar uppföljningen av loggkontrollen ingen misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformation noteras detta i rapporten för kvalitetstillsynen.

3.3.7 Granskningsresultat - behov av vidare utredning

Bedöms något som oklart tar verksamhetschefen kontakt med den användare det gäller.

Bedöms det efter utredning att det inte finns någon misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformation kan ärendet dokumenteras och avslutas.

Om inte en godtagbar förklaring kan lämnas ska ärendet hanteras som ett arbetsrättsligt.

Visar analysen att det varit ett faktiskt dataintrång eller olovlig läsning ska ställningstagande till arbetsrättsliga åtgärder övervägas. Stöd för detta regleras i Allmänna bestämmelser (AB01) och kan t.ex. innebära avstängning med eventuellt avsked, varning med disciplinpåföljd eller enskilda samtal. Som disciplinpåföljd kan vara behörighetsbegränsningar och riktade loggkontroller under viss tid.

Om överträdelsen bedöms så allvarlig att den kan strida mot svensk lagstiftning, ska ärendet polisanmälas av verksamhetschefen.

Vid ett faktiskt dataintrång eller olovlig läsning ska detta dokumenteras i en avvikelserapport och verksamhetschefen ska kontrollera att verksamhetens rutiner – instruktioner, information samt förekommande utbildning är tydliga och kända hos alla medarbetare.

All loggranskning ska dokumenteras. Inom Förvaltningen för Liv och Hälsa ska loggning dokumenteras i Hypergene kvalitetsledningsmodul.

Blanketter

3.3 Loggkontroll - Granskningsprotokoll för systematisk stickprovskontroll

3.3.1 Begäran om loggutdrag för riktad kontroll

3.3.2 Begäran om loggutdrag till patient/brukare

3.3.4 Avvikelse rapport loggningskontroll Tresa

4 Riktlinje för läkemedelshantering

4.1 Allmänt

Inom öppen hälso- och sjukvård ska den enskilde i första hand själv ansvara för sina läkemedel. Vid dessa tillfällen gäller inte denna riktlinje. Riktlinjen är inte heller tillämplig i de fall då den enskilde enbart behöver praktisk hjälp för att genomföra medicineringen, exempelvis ta fram en tablett ur originalförpackning (egenvård).

Denna riktlinje gäller när förskrivaren av läkemedel har bedömt att patienten inte klarar av att själv hantera sina läkemedel. Läkemedelsansvaret övertas därmed av sjuksköterskan och beslutet dokumenteras av sjuksköterskan i patientjournalen.

Se även Handbok för hälso- och sjukvård, www.vardhandboken.se

4.1.1 Ordförklaring

Patientjournal

I detta dokument är patientjournal detsamma som sjuksköterskans omvårdnadsjournal.

Ordinationshandling

Ordinationshandling som kan vara skriftlig eller elektronisk ska ge en samlad och tydlig bild av den ordinerade och genomförda läkemedelsbehandlingen och som är en del av patientjournal.

Dosdispensering

Maskinellt eller manuellt iordningsställande av läkemedel i patientdoser t.ex. för dosexpedition på apotek.

4.2 Ansvar

4.2.1 Vårdgivaren

Kommunen är huvudman för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunen, Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). I kommunen är det nämnden/nämnderna som har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god och säker vård uppfylls.

4.2.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) HSL

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar MAS för att utforma och fastställa en ändamålsenlig och säker riktlinje för läkemedelshanteringen. MAS granskar och följer upp verksamheten så att nödvändiga åtgärder vidtas för att förbättra verksamhetens läkemedelshantering.

MAS ansvarar för att teckna avtal med landstinget avseende akutläkemedelsförråd/fullständigt läkemedelsförråd. MAS ansvarar för att ansvarsfördelningen för läkemedelsförråd, rekvisition av läkemedel och narkotikakontroll finns dokumenterat.

4.2.3 Verksamhetschef/enhetschef

Verksamhetschef/enhetschef som är ansvarig för hälso- och sjukvården hos vårdgivaren ska skriva **lokal rutin** utifrån MAS riktlinje och implementera den i verksamheten. Denna rutin ska revideras vid förändring i verksamheten. Den lokala rutinen ska delges MAS som ska godkänna och underteckna rutinen tillsammans med verksamhetschefen.

Verksamhetschef ansvarar för att personalen har den kompetens som krävs för verksamheten. Verksamhetschefen ska informera personalen om gällande riktlinjer och ansvara för att de är kända och följs.

Verksamhetschefen ansvarar för att utse sjuksköterskor som ska ansvara för läkemedelsförråd, rekvisition av läkemedel och utföra narkotikakontroll samt informera MAS om sjuksköterskornas respektive ansvarsområde. Verksamhetschefen ansvarar även för att extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen på verksamheten utförs årligen och att eventuella brister som framkommer åtgärdas med rapport till MAS.

Verksamhetschefen ansvarar för att lokala rutiner inrättas för läkemedelshantering i alla dess delar.

4.2.4 Patientansvarig läkare

Patientansvarig läkare (PAL) ansvarar för ordination av läkemedel och att samordna ordinationer från andra läkare samt följa upp patientens/brukarens läkemedelsbehandling. Läkaren ska göra egenvårdsbedömning huruvida den patienten/brukaren klarar att själv sköta sina läkemedel, vid tveksamhet ska läkaren avgöra om sjuksköterska ska ta över läkemedelshanteringen. Ansvarig läkare ska utfärda skriftligt, individuellt behandlingsschema i form av separat handling eller dokumentera i läkemedelslistan. Detta kan gälla såväl läkemedelsöverlämnande som annan typ av behandling vid akut tillstånd t.ex. vid epileptiskt anfall. Personal med delegering kan först då åtgärda det akuta tillståndet genom att följa det individuella behandlingsschemat och därefter kontakta berörd sjuksköterska.

PAL ansvarar för en årlig läkemedelsgenomgång enligt utgivna riktlinjer. Läkaren är ytterst ansvarig för att bedöma patientens möjligheter att själv ta ansvar för sin läkemedelshantering.

<https://vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/styrdokument/riktlinjer-policys/Lakemedelsgenomgangar/>

4.2.5 Sjuksköterska

Huvudregeln är, att sjuksköterskan ansvarar för förvaring, iordningställande och administrering/överlämnande av läkemedel. Hon/han ansvarar för att patienten/brukaren får de läkemedel som läkare ordinerat på ett patientsäkert sätt, samt att läkare kontaktas vid behov.

Sjuksköterskan är skyldig att ifrågasätta ordinationer som hon/han utifrån sin kunskap anser är felaktiga och inleda en diskussion med ordinerande läkare exempelvis vid interaktioner och biverkningar.

Sjuksköterskan är skyldig att hålla sig välinformerad om och dokumentera i patientjournal hur patientens läkemedelsbehandling fungerar samt utöva tillsyn.

Sjuksköterskan ska efter läkares beslut ansvara för patientens/brukarens läkemedelshantering och beslutet ska dokumenteras i journalen.

Sjuksköterskan kan efter egen bedömning endast överlämna läkemedel som är ordinerade vid behov eller enligt ”generella direktiv” utan att kontakta läkare.

Sjuksköterskan ansvarar för att läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga, detta gäller även nycklar och koder till läkemedelsförråd.

4.2.6 Sjuksköterska med förskrivningsrätt

Sjuksköterska med förskrivningsrätt kan ordinera läkemedel. Alla läkemedel ska vara individuellt ordinerade. Läkemedelsordination ska innehålla läkemedlets namn, beredningsform, styrka, dosering i antal resp. volym och indikationer.

Utsättning eller annan ändring ska signeras och dateras. Sjuksköterskan ansvarar för att alltid bedöma om en icke-farmakologisk behandling, omvårdnads- eller

rehabiliteringsåtgärd är ett likvärdigt eller acceptabelt alternativ, innan förskrivning av läkemedel.

4.2.7 Övrig personal

Omsorgspersonal definieras som hälso- och sjukvårdspersonal då de utför enstaka hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegering av sjuksköterska, till exempel att överlämna läkemedelsdos. Vid delegering av en medicinsk arbetsuppgift som avser läkemedelshantering biträder omsorgspersonalen den legitimerade sjuksköterskan. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

Omsorgspersonalen ska följa sjuksköterskans instruktioner, MAS riktlinjer, rutiner och arbetsordningar för läkemedelshantering.

I omsorgspersonalens ansvar ingår också att inom ramen för sin kompetens uppmärksamma förändringar i patientens/brukarens hälsotillstånd samt avvikelser i läkemedelshantering och rapportera/ informera sjuksköterskan och chef.

4.2.8 Studerande

Studerande som genomgår klinisk praktiktjänstgöring inom hälso- och sjukvården får iordningsställa och administrera/överlämna läkemedel under tillsyn av sjuksköterska som har tillsynsansvaret.

Observera att patientens samtycke måste inhämtas för att studerande ska ha tillgång till information i patientjournalen.

4.2.9 Farmaceutiskt ansvar

- Apoteket/dosapoteket expedierar och levererar ordinerade läkemedel enligt recept, ordinationsunderlag eller rekvisitionsblanketter.
- Apoteket ansvarar för att obrutna förpackningar innehåller rätt läkemedel apoteket kan betjäna vissa patienter med dosdispenserade läkemedel.
- På uppdrag av vårdgivaren kan apoteket bistå med kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen
- Information och utbildning inom läkemedelsområdet är också en del av apotekets verksamhet

4.3 Ordinationshandling/läkemedelslista

Inom den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunen är huvudprincipen vid en enskild persons läkemedelsbehandling, individuell förskrivning via dosexpedition från apotek eller via recept.

Patientens/brukarens alla läkemedelsordinationer ska finnas samlade i en ordinationshandling och signeras av patientansvarig läkare. I de fall flera läkare är involverade i patientens läkemedelsbehandling ska alltid patientansvarig läkare kontrasignera.

En ordinationshandling är antingen ett ordinationsunderlag från Pascal eller en skriftlig läkemedelslista. Dessa är originalhandlingar för journalhandling och sparas 10 år.

När det gäller ordinationsunderlag för dosdispenserade läkemedel klassificeras det exemplar som originalhandling. Den aktuella ordinationshandlingen förvaras i den boendes pappersjournal/i läkemedelspärm enligt den **lokala rutinen**.

4.3.1 Ordinationsunderlag

Ordinationsunderlag används som ordinationskort där patientens/brukarens samtliga läkemedelsordinationer förs in, vilket ger en total överblick över medicineringen. Ordinationsverktyget Pascal är ett elektroniskt sätt att ordinera och beställa läkemedel för de patienter som har dosdispenserade läkemedel. För de patienter/brukare som har dosläkemedel används enbart ordinationshandling som ordinationsunderlag vilket betraktas som originalhandling. Vid leverans av dospåsar följer elektroniskt handling med som beskriver vad leveransen består av. Ordinationsunderlaget finns tillgängligt för sjuksköterskan i ordinationsverktyget Pascal som nås via <http://www.ordinationpascal.se>. Sjuksköterskan ska alltid skriva ut ett aktuellt ordinationsunderlag efter att det har skett en ordinationsändring.

- patientens exemplar ska sitta tillsammans med signeringslista
- sjuksköterskans exemplar är originalhandling för läkemedelsordinationer

Sjuksköterskans exemplar av alla ordinationsunderlag ska sparas för arkivering i omvårdnadsjournal.

4.3.2 E- recept

E-recept innebär att recept skrivs direkt i läkarens dator och överförs i elektronisk form till apoteket. Om/när läkemedel hämtas på apoteket via e-recept ska personalen alltid legitimera sig. Apoteket ska ha uppgifter om de personer som ska hämta ut läkemedel. Verksamhetschefen på boendet ansvarar för att denna lista är aktuell.

4.3.3 Läkemedelslista

De patienter som får sina läkemedel ordinerade på e-recept ska ha en skriftlig läkemedelslista som ordinationsunderlag. Läkemedelslistan är originalhandling och ska sparas för arkivering i patientjournalen.

Sjuksköterskan ska inte skriva in ordinerade läkemedel på läkemedelslista som läkaren vid senare tillfälle kommer att signera. Sjuksköterskan ska heller inte ”skriva rent” läkemedelslista om den är skriven med svårläst handstil.

Handskrivna ordinationsunderlag ska inte finnas.

4.4 Ordination av läkemedel

Alla läkemedel ska vara individuellt ordinerade. Läkemedlen kan ordineras antingen som stående kontinuerlig dos eller stående vid behovs-dos.

Läkaren ska dokumentera och signera sin ordination i patientens/brukarens ordinationshandling. Läkemedelsordinationen ska innehålla läkemedlets namn, beredningsform, styrka, dosering i antal respektive volym, maxdos/dygn och indikation. Administrationssätt, tidpunkter för administrering samt datum för ordinationen ska ingå i ordinationen. Vid utsättande eller ändring av läkemedel ska detta signeras och dateras på ordinationshandlingen.

4.4.1 Stående kontinuerlig dos

Individuellt ordinerade läkemedel får endast användas av den patienten/brukaren som ordinationen avser. Stående kontinuerlig dos är de läkemedel som ges fortlöpande enligt läkarordination. Ett läkemedel som ordinerats till en viss patient får aldrig överlätas eller lånas ut till annan patient.

4.4.2 Stående vid behovs-dos

Stående vid behovs-dos är läkemedel som kan ges vid behov enligt läkarens ordination efter sjuksköterskas bedömning. Sjuksköterskan ska bedöma, iordningställa och administrera läkemedel som ordinerats vid behov.

Sjuksköterskan kan under sitt arbetspass, i enstaka fall efter en individuell bedömning av patientens tillstånd, iordningställa och administrera en ordinerad vid behovs -läkemedelsdos.

Delegerad personal kan överlämna dosen efter kontakt med sjuksköterskan som bedömer om läkemedlet ska överlämnas.

Sjuksköterskan ska alltid följa upp sin bedömning och effekten av läkemedlet. Sjuksköterskan som iordningställt dosen ansvarar för att kassera läkemedlet om det inte använts under hennes/hans arbetspass.

Dosen ska dispenseras i en dosett eller motsvarande och vara märkt med patientens namn, personnummer, innehåll, mängd, indikation och datum.

Sjuksköterskan signerar iordningställd dos i patientjournalen samt informerar delegerad personal. Sjuksköterskan dokumenterar den medicinska bedömningen med ställningstagandet i patientjournal.

Sjuksköterska ska alltid se till att en signeringslista för vid behovsläkemedel finns. Den som överlämnar läkemedlet ska signera på den signeringslistan. Flytande vid behovsordinerade läkemedel iordningställs av sjuksköterska i anslutning till intag. Iordningställandet kan inte delegeras.

4.4.3 Telefonordination

Läkemedel får ordinerars per telefon om den som ordinerar läkemedlet är förhindrad att komma till patienten.

Sjuksköterskan ska informera läkaren om de läkemedel som patienten är ordinerad samt eventuell överkänslighet. Läkaren får därmed möjlighet att kontrollera synonyma preparat och eventuell interaktionsrisk.

Sjuksköterskan ska försäkra sig om att ordinationen har uppfattats rätt – repetera ordinationen – och dokumentera i ordinationshandlingen med bläck.

Om läkaren ordinerar direkt i Pascal kan sjuksköterskan direkt avläsa den nya ordinationen samt ta ut ett nytt ordinationsunderlag. Telefonordination av en annan läkare (jourläkare) skrivs in i ordinationshandlingen av sjuksköterska samt ordinerande läkarens namn.

Sjuksköterskan ansvarar för att informera den patientansvariga läkaren om telefonordinationen.

Patientansvarig läkare ska vid nästa besök skriva in och bekräfta ordinationen med sitt signum på läkemedelslistan.

4.4.4 Ordination enligt generella direktiv, HSLF-FS 2017:37

Generella direktiv innebär att sjuksköterskan efter en behovsbedömning får iordningsställa och administrera läkemedel till patienter/brukare vid vissa givna tillstånd på en viss enhet utan föregående kontakt med läkare.

Sjuksköterskan ska dokumentera sin bedömning och den givna dosen samt resultat och utvärdering i patientjournalen. Ansvarig läkare ska informeras.

Generella direktiv ska finnas i verksamheten och förvaras väl synlig för sjuksköterskor, direktivet som uppdateras årligen upprättas av ansvarig läkarorganisation tillsammans med kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska. På direktivet ska det framgå tydligt indikation, dos, styrka, kontraindikation samt max antal gånger som läkemedlet får administreras.

4.4.5 Utbyte av ordinerat läkemedel till likvärdigt generiskt läkemedel

Lagen om läkemedelsförmåner innebär att läkemedel som läkaren ordinerat kan bytas ut till det billigaste likvärdiga generiska läkemedlet som finns på apoteket. Läkemedlen kan ha olika namn, utseende och förpackning men innehåller samma verksamma ämne och har samma effekt.

Apoteket ska informera om det ordinerade läkemedlet ersatts med likvärdigt läkemedel.

Enligt SOSFS 2002:160 är det möjligt för sjuksköterska att själv föra in ändringen i ordinationshandlingen.

När patientens läkemedel är ordinerade på läkemedelslista via Pascal ska sjuksköterskan som tar emot det likvärdigt generiska läkemedlet dokumentera ändringen på ordinationshandlingen med datum och signatur. Läkaren ska alltid kontrastigenera. Om det endast finns några tabletter kvar när sjuksköterskan ska iordningsställa veckodosen och den nya förpackningen som levererats är en generika ska hela dosen tas från den nya förpackningen.

4.5 Dosdispensering / Iordningsställande av läkemedel

Iordningställande av läkemedel är en hälso- och sjukvårdsuppgift och ska utföras av en sjuksköterska enligt ordinationshandlingen. Läkemedelsdoser kan iordningställas av dosapoteket i dospåsar eller av en sjuksköterska i läkemedelsdosett/läkemedelskopp.

Dospåse/dosett/läkemedelskopp ska vara märkt med patientens namn och personnummer, läkemedlets namn, form, styrka, dosering, administrationssätt och tidpunkt för administrering.

4.5.1 Dosläkemedel

Dosläkemedel är läkemedel förpackade i dospåsar, där varje påse innehåller de läkemedel som ska tas vid ett och samma tillfälle. Varje Dospåse är märkt med patientens namn, födelsedatum, läkemedlets namn, styrka och antal samt datum och klockslag när läkemedlet ska tas. Vissa läkemedel går inte att dosförpacka, t.ex. flytande läkemedel och salvor. De levereras i originalförpackning.

Doscentrum ansvarar för de läkemedel som dispenserats i påsen till dess att förpackningen bryts. När förpackningen öppnas övergår ansvaret för innehållet i förpackningen till den person som öppnade Dospåsen. Detta innebär att överlämnandet av läkemedelsdosen ska ske i omedelbar anslutning till öppnandet av påsen. Fel som upptäcks i en påse ska omgående meddelas Doscentrum på avvikelseblankett.

<https://www.svenskdos.se/patient/avvikelseanmalan.html>

Kopia ska skickas till MAS.

Det är förbjudet att klippa upp en Dospåse och ta ut ett eller flera läkemedel. Vid förändring av dosrecept ska gamla Dospåsar kasseras och nya beställas.

4.5.2 Ordinationsförändringar i dospåsar

Vid dosminskning, dosökning, utsättande eller insättande av nytt läkemedel ska sjuksköterskan kontakta dosapoteke för iordningsställande av nya Dospåsar.

Läkaren ska bedöma hur snabbt den nya ordinationen ska verkställas.

Sjuksköterskan ansvarar för att läkemedlet hämtas från apoteket. Till dess den nya ordinationen levereras från dosapoteket ska sjuksköterskan iordningsställa patientens läkemedel i en dosett.

Dosförpackningar får aldrig brytas för att dispenserar om i en dosett. Vid iordningställandet av enstaka läkemedelsbehandlingar exempelvis antibiotika som överstiger en vecka, ska alltid den sjuksköterska som tar emot ordinationen dispensera hela läkemedelskuren i separat dosett/-er.

Längre kurer än 14 dagar ska iordningsställas i Dossystemet.

4.5.3 Dosett

Läkemedel ska dispenserar i dosett för en vecka i taget. Den som iordningställer dosetten ansvarar för innehållet och att patientens namn, personnummer samt

aktuella läkemedel finns angivet på dosetten. En kopia på patientens aktuella läkemedel ska alltid finnas tillgänglig i patientens läkemedelsskåp.

Om det finns flera dosetter som är giltiga samtidigt ska dosetterna numreras och dateras samt märkas med patientens namn, personnummer och läkemedlets namn, styrka och dos samt tid när läkemedel/läkemedlen ska tas.

Vid dosminskning eller utsättande av läkemedel i redan dispenserad dosett ska sjuksköterskan kassera de dispenserade läkemedlen. Dosetten ska iordningställas på nytt.

Vid dosökning eller tillägg av nya läkemedel ska alltid de tidigare iordningställda läkemedlen kasseras. Dosetten ska iordningställas på nytt.

4.5.4 Säkerställa beställning av patientens läkemedel

Den sjuksköterska som dispenserar läkemedlen ansvarar för att läkemedel beställs när patientens/brukarens läkemedel håller på att ta slut.

4.6 Krossa läkemedel

Läkemedel får endast krossas i undantagsfall. Om en patient/brukare har svårt att svälja hela tabletter bör i första hand en annan beredningsform ordinerar, exempelvis plåster, flytande, stolpill eller pulver. När det inte finns annat alternativ än att krossa läkemedel krävs det att läkaren tar ställning till vilka läkemedel som ska krossas. Kontrollera apotekets broschyr ”Sväljes hela” http://www.apoteketfarmaci.se/NyheterOchFakta/Farmaci%20Broschyrrer/Sv%C3%A4ljes%20hela_Mars%202013.pdf vad som gäller i det enskilda fallet. När läkemedel ska krossas, ska de krossas separat från varandra i en tablettkross och administreras separat med en riklig mängd vätska. Tablettkross ska rengöras efter varje sorts läkemedel.

Ordinationen ska dokumenteras i ordinationshandlingen, på signeringslista och i patientjournalen.

4.7 Specifika läkemedel

4.7.1 Flytande läkemedel

Flytande läkemedel ska iordningställas i så nära anslutning till dosens administrering som möjligt. Om överlämnandet av dosen inte sker direkt måste läkemedelskoppen märkas med patientens namn, personnummer, läkemedlets namn, dos, datum och signatur. Ordinationen ska dokumenteras i ordinationshandlingen, på signeringslistan och i patientjournalen.

4.7.2 Injektion/infusion

Injektioner/infusioner ska iordningställas i så nära anslutning till dosens administrering som möjligt. Infusionspåsen/flaskan ska märkas med patientens namn, personnummer, dagens datum, klockslag, infusionstid och signeras.

Eventuella läkemedel/tillsatser som tillförs infusionsvätskan ska dokumenteras direkt på infusionspåsen/-flaskan.

Ordinationen ska dokumenteras i ordinationshandlingen, på signeringslistan och i patientjournalen.

Ordinationen av en injektion får aldrig föras över från originalhandling till en signeringslista, detta för att motverka felskrivningar och öka patientsäkerheten.

Vid antibiotikabehandling i infusion/injektionsform ska ansvarig läkare alltid göra en individuell riskbedömning och vidta nödvändiga åtgärder för att trygga patientsäkerheten. Infusionspump/droppräknare kan användas för att säkra läkemedelsadministreringen.

4.7.3 Läkemedel i sond

Läkemedel som tillförs via sond bör vara i flytande form. Om läkemedlet bara finns i tablettform ska den ordinerande läkaren ta ställning till om ett annat läkemedel ska ordinerar. När läkemedel måste krossas ska de krossas separat från varandra och administreras separat. Tablettkrossen ska rengöras efter varje sorts läkemedel.

Mellan varje sorts läkemedel ska sonden spolas med 5-10 ml vatten. Avsluta tillförseln med att spola sonden med 20-50 ml vatten. Anpassa mängden vatten till sondens storlek och längd. Kom ihåg att räkna med vattnet i den totala mängden vätska som ska ges per dygn.

4.7.4 Waran

Waran dispenserar av sjuksköterska enligt separat ordinationsunderlag i separat dosett när patienten ha färdigdispenserade dospåsar. Iordningställandet ska dokumenteras på specifik Waran-lista i patientjournalen.

Förändrade matvanor, kraftig aptitlöshet, diarré eller kräkningar kan påverka effekten av Waran. Försiktighet ska iaktas vid kirurgiska ingrepp och även vid tandutdragning på grund av ökad risk för blödningsbenägenhet.

Att delegera överlämnandet av Waran bör undvikas, överlämnandet bör ske av sjuksköterska.

4.7.5 Insulin

Sjuksköterska ansvarar för att dispensera och administrera insulininjektioner.

Läkaren ska i sin ordination ange var insulininjektionen ska administreras samt när plasmaglukos ska kontrolleras. För delegering av insulingivning krävs undersköterskeutbildning.

Den som administrerar insulin ska säkerställa att patienten äter i nära anslutning till injektionen. Aktuellt ordinationsunderlag för insulin ska finnas tillsammans med signeringslista. Separat signeringslista ska finnas för insulininjektioner.

Insulinordination ska inte skrivas över på signeringslistan. ***Delegering av***

insulininjektioner får endast ges vid stabilt blodsocker och med insulinpenna.

Insulinpennan ska alltid märkas med datum då pennan påbörjas och tas ut ur kylskåpet. Påbörjad förpackning förvaras högst en månad i rumstemperatur (+25 grader i skydd mot solljus).

Insulingivning på korttidsboende för äldre ska delegeras restriktivt.

Om en patient t.ex. får en infektion, eller något som kan påverka blodsockret och det börjar bli instabilt ska ansvaret för att ge insulin återgå till sjuksköterskan fram tills att blodsockret åter är stabilt igen.

4.7.6 Doserade subkutana injektioner

Doserade subkutana injektioner kan delegeras till undersköterska efter att riskbedömning utförts, det ska ske restriktivt och omprövas regelbundet. Verksamheten ska säkra delegeringsprocessen för subkutan injektion och ansvara för att utbildningsmaterial finns. Avvikelse gällande delegering av subkutan injektion ska rapporteras till MAS. Delegeringen ska vara person och patientbunden. Överväg i första hand om inte tiden för dosen kan anpassas då sjuksköterska finns plats.

4.7.7 Antibiotika på vård- och omsorgsboende för äldre

Läkemedlet ska inte beställas från dosapoteket utan hela kuren administreras från förrådet. Ordinationsändringen dokumenteras enligt fastställd rutin.

Hel antibiotikakur lämnas ut vid akuta infektioner när det lokala apoteket inte är tillgängligt. Recept ska då inte utfärdas. Registrering av ordinationen ska ske på dosreceptet i enlighet med apotekets anvisningar.

4.7.8 Substitutionsbehandling – läkemedelsassisterad behandling (HSLF 2016:1)

Kommunen ansvarar för läkemedelshantering i de verksamheter där kommunen är huvudman för hälso- och sjukvård utom substitutionsbehandling¹. Region Stockholm finansierade vården ansvarar för all hantering av dessa läkemedel som t.ex. att personal får delegering för detta, egna signeringslistor, innehållet i dosett, narkotikajournal etc. Likaså ansvarar de även om överlämning ska ske från helförpackningar. Läkemedlet på boendet ska förvaras så att andra patienter/brukare inte kommer åt läkemedlet, det ska förvaras på säker plats och skåp. Uppföljningsansvaret ligger på region Stockholm. Läkemedel för substitutionsbehandling ska separeras i förvaringslåda i läkemedelsskåpet och markeras tydligt. Kommunsjuksköterskan har inget ansvar vid substitutionsbehandling och förvaring av det.

Innan läkaren beslutar att överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel ska han eller hon bedöma om det finns risk för att patienten överlåter läkemedlet till

någon annan person eller hanterar det på ett otillbörligt sätt, 5 kap 2 § HSLF-FS 2016:1.

Chef på boendet ska från förskrivaren efterfråga egenvårdsbedömning och beslut för läkemedelshantering på bostad med särskild service. Chef på boendet ansvarar för att personal som ska överlämna läkemedlet har skriftligt delegeringsbeslut från Region Stockholms sjuksköterska för att överlämnandet till patient ska genomföras av personal med delegerat ansvar.

Vid risker och avvikelser i hanteringsprocessen, gällande förvaring, åtkomst och delegering ska avvikelse skickas till vårdgivare som förskrivit/ordinerat läkemedlet.

¹ Substitutionsbehandling, underhållsbehandling, läkemedelsassisterad behandling, eller legalföreskrivning är praktiken att ersätta narkotika med ett legalföreskrivet narkotikaklassat läkemedel till människor med ett problematiskt bruk av illegala preparat i behandlingssyfte.

4.7.9 Vaccinationer

Influensa- och pneumokockvaccinationer kan utföras av formellt och reellt kompetent sjuksköterska. Detta under förutsättning att sjuksköterskan i övrigt bedöms lämplig av den för verksamheten ansvarige läkaren samt att det finns den utrustning som krävs för att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner. Vaccinationer ordineras av ansvarig läkare och ska utföras då läkaren är på boendet. Akutlådan ska vara med vid vaccineringen. Kontrollera att "Akutlådan" finns samt att hållbarhetsdatum inte har gått ut. Dokumentation sker i Vaccinera samt i omvårdnadsjournalen där Batch-numret noteras.

4.7.10 Oxygenbehandling/Syrgasbehandling

Oxygenbehandling* klassas som läkemedel och ska ordineras av läkare. Vid långtidsbehandling ska läkare med specialistkompetens inom lungmedicin ordinera syrgasbehandlingen. På ordinationen för syrgaskoncentrator ska det finnas angivet vilken mängd syrgas som ska tillföras och behandlingstid för patienten.

*Se Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskans rutiner för Oxygenbehandling

Cytostatikabehandling

Med cytostatika avses följande läkemedel

- Läkemedel beträffande som läkemedelsverket angivit att de tillhör grupp "cytostatika/cytotoxiska medel" (LO1) enligt ATC-klassificering
- Andra läkemedel med cytotoxisk effekt

Cytostatika kan utsöndras flera dagar efter att läkemedlet givits. Olika cytostatika har olika lång utsöndringstid. Detta innebär att kräkning, urin, faeces, blod och

svett kan innehålla cytostatika i låg koncentration i flera dagar, generellt sett upp till 5 dagar efter avslutad behandling om inte annat anges.

Omhändertagande av kräkningar, urin och faeces samt blod-och urinprover från patienter som behandlas/behandlas med cytostatika ska ske enligt anvisningar från ordinerande enhet eller följa instruktioner nedan.

Kräkning från patient som behandlas med cytostatika peroralt hanteras enligt följande om kräkningen kan misstänkas innehålla cytostatika. Nedan gäller vid kräkning upp till 72 timmar efter intag av cytostatika peroralt.

- Patientbunden skyddsrock med lång ärm och muddar. Använd dubbla handskar. Tänk på handhygien efteråt, vid kontakt med kroppsvätskor ska alltid basala hygienrutiner tillämpas.
- Avfall tas om hand direkt och spolas ned i toaletten eller spoldesinfektor (där det blir tillräckligt utspätt)
- **Spill** torkas upp direkt och området sköljs med rikligt med vatten.
- Lägg använt material för engångsbruk i dubbla plastpåsar, dessa förslutes direkt och läggs därefter direkt i hushållssopor.
- Rengör material för flergångsbruk i disk-eller spoldesinfektor.
- Tvätt som förorenats hanteras enligt nedan rutin.

Instruktion för omhändertagande av kräkningar, faeces, urin och rikliga svettningar från patient som fått cytostatika. Nedan gäller upp till 5 dagar efter avslutad behandling om inte annat anges.

- Patientbunden skyddsrock med lång ärm och muddar. Använd handskar. Tänk på handhygien efteråt, vid kontakt med kroppsvätskor ska alltid basala hygienrutiner tillämpas.
- Avfall, urin, faeces eller kräkning tas om hand direkt och spolas ned i toaletten eller spoldesinfektor.
- Om **urin** ska samlas sker detta i behållare med lock.
- Urinflaska och bäcken desinfekteras i spoldesinfektor.
- I de fall där spoldesinfektor inte finns att tillgå gäller följande:
Urinflaska: ska vara personbunden och slängs när den inte längre behövs. Efter urinen hållts ut i toaletten sköljs urinflaskan noggrant med vatten. Var försiktig vid stänk. **Bäcken:** ska vara personbundet. Trä en plastpåse runt bäckenet före patienten ska använda det. Håll försiktigt avföringen i toaletten. Bäckenet torkas av med Dags ytdesinfektion plus. När bäckenet inte längre behövs kan det återanvändas efter desinfektion i spoldesinfektor.
- Spill torkas upp direkt och området sköljs med rikligt med vatten.
- Lägg använt material för engångsbruk t.ex. kräkpåsar, blöjor etc. i dubbla plastpåsar, dessa förslutes direkt och läggs därefter direkt i hushållssopor.
- Rengör material för flergångsbruk i disk-eller spoldesinfektor.

- **Central tvätt:** Tvätt som förorenats skall placeras i vattenlöslig säck som försluts med befintliga knytband. Den upplösbara tvätt säcken placeras därefter i röd plasticsäck.
- **Egen eller gemensam tvättmaskin:** Samla den förorenade tvätten i en plastpåse som töms i maskinen. Tvätten körs separat på den temperatur den tål. Efteråt körs maskinen tom på 90 grader.
- Tvätt som endast förorenats med liten mängd hanteras som vanlig tvätt.
- Hos patienter som är urininkontinenta eller har svåra kräkningar bör plastskydd användas som skydd för madrass och huvudkudde.

Hantering vid peroral cytostatikabehandling Uttag ur burk hanteras enligt sedvanlig läkemedelshantering. Ta inte i tabletter och kapslar med bara händerna, använd handskar och/eller sked. Kapslar eller tabletter får inte delas eller krossas.

Hantering av blod-och urinprover Blod-och urinprover från cytostatika behandlad patient behandlas enligt vanlig rutin för blod-och urin prover. Det är viktigt att använda handskar. Prover behöver inte speciellt märkas upp att de kommer från cytostatika behandlad patient.

Styrdokument Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:5) Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt Råd och anvisningar från Läkemedelskommittén Region

4.7.11 Naturläkemedel

Naturläkemedel definieras följande: Naturläkemedel är läkemedel vars verksamma beståndsdelar utgörs av en djurdel, bakteriekultur, mineral, salt eller saltlösning. Naturläkemedel är receptfria och avsedda för egenvård.

Hälso- och sjukvårdspersonal får inte administrera naturläkemedel som inte är vetenskapligt beprövade. Sjuksköterska får endast administrera naturläkemedel som är godkänt som läkemedel och är ordinerat/godkänt av ansvarig läkare. Naturläkemedel ska journalföras på ordinationshandlingen på samma sätt som andra läkemedel och signeras av läkare.

4.8 Vid dödsfall

Läkemedel som utlämnats till patient är dennes egendom. Läkemedlen ingår alltså vid patientens/brukarens död i dödsboet. Narkotika får endast innehas av den som ordinerats narkotika på laglig väg. Dödsbodelägarna ska enligt lag se till att narkotikan som tillhört den avlidne alltid överlämnas till Apoteket för destruktions. Av praktiska skäl bör vi erbjuda oss att kassera dem eller sända dem till apoteket för destruktions.

Sjuksköterskan ska upplysa de närstående om dessa skyldigheter och i patientjournalen dokumentera vem som ansvarar för att läkemedlen lämnas till apoteket.

4.9 Mottagande av läkemedel

Mottagande av patientens läkemedel från Apoteket

Sjuksköterskan ska ta emot och kvittera leveransen samt säkerställa förvaringen av läkemedlen.

4.9.1 Mottagande av Dosleverans

Sjuksköterskan ska ta emot och kvittera leveransen samt säkerställa förvaringen av läkemedlen. Sjuksköterskan ska kontrollera att texten och doseringen på de första dospåsarna som gäller för första dygnet och sista dosen i rullen överensstämmer med ordinationsunderlaget samt även kontrollera att eventuella ordinationsändringar är införda.

En lokal skriftlig rutin ska finnas i verksamheten.

4.10 Administrering/överlämnande av läkemedel

Överlämnandet av läkemedel är en hälso- och sjukvårdsuppgift och ska utföras av en sjuksköterska och ske enligt ordinationshandlingen, som tillika är en originalhandling. Överlämnandet av läkemedel kan delegeras, se riktlinjer för delegering.

4.10.1 Utlämnande av dospåse/-ar alternativt dosett i patientens lägenhet

Utlämnande av dospåsar alternativt dosett till patientens läkemedelsskåp är en hälso- och sjukvårdsuppgift och ska alltid utföras av en sjuksköterska. Sjuksköterskan ansvarar för att läkemedlen lämnas ut till rätt patient och uppgiften ska dokumenteras i signeringslistan/patientjournalen.

4.10.2 Överlämnande av läkemedel till patient

Vid överlämnandet av läkemedel ska alltid patientens identitet kontrolleras, att rätt läkemedel överlämnas vid rätt tidpunkt och att patienten har svält sina läkemedel. För att eliminera risken för förväxling av person bör överlämnandet av läkemedel alltid ske i patientens egen bostad.

Överlämnandet ska signeras på signeringslistan efter att patienten svält sina läkemedel. Signeringslistan är en journalhandling och ska sparas i omvårdnadsjournalen för arkivering.

4.10.3 Rutin för byte av läkemedelsplåster

Byte av läkemedelsplåster utförs enbart av sjuksköterska. Vid byte av plåster ska alltid patientens identitet kontrolleras, att rätt läkemedelsplåster appliceras vid överenskommen eller ordinerad tidpunkt och att tidigare plåster – om det finns sådan – avlägsnas.

Signering ska ske omedelbart på speciell signeringslista för läkemedelsplåster efter det att läkemedlet applicerats. Signeringslistan är en journalhandling och ska sparas för arkivering.

När en patient/brukare byter vårdgivare, t.ex. vid inskrivning i sluten vård, är det viktigt att vid överrapportering finns aktuell ordinationshandling för läkemedel till hands och mottagande vårdgivare får information om eventuell plåsterbehandling. Signeringslistan för plåsterbyte är boendets journalhandling och stannar där.

4.11 Läkemedel som patienten/brukaren har med sig till boendet

När en patient/brukare flyttar in eller korttidsvårdas på ett särskilt boende ska de ha med sig sina läkemedel i (obrutna förpackningar) och en aktuell läkemedelslista. När patienten/brukaren har med sig tidigare iordningsställda dosetter ska sjuksköterskan kassera dessa läkemedel. Obrutna Dospåsar kan dock användas. Om verksamhetens sjuksköterska ska ta över ansvaret för läkemedelshanteringen ska sjuksköterskan som iordningställer läkemedelsdoser ansvara för att rätt läkemedel dispenserar i dosetten. För att detta ska kunna säkerställas ska sjuksköterskan alltid iordningställa läkemedel från en obruten originalförpackning.

4.12 Signeringslista och signaturförtydligande

Signeringslistan är en journalhandling (digitalt eller på papper) där iordningställande och administrering signeras. Sjuksköterska ska alltid se till att det finns giltiga signeringslistor för läkemedel. Den som överlämnar läkemedlet till patienten ska signera på signeringslistan.

Hos varje patient där sjuksköterskan ansvarar för läkemedelshanteringen ska det finnas en signeringslista. Sjuksköterskan är ansvarig för att dokumentera alla uppgifter på signeringslistan t.ex. doshjälpmedel, administreringssätt, tidpunkter samt om läkemedlet får krossas.

Innan läkemedlet överlämnas till patienten ska alltid instruktionen läsas på signeringslistan.

Ordinerade läkemedel som exempelvis Apo-dos, dosett, flytande laxermedel, ögondroppar ska signeras separat på signeringslistan. Separata signeringslistor ska finnas för insulin och vid behovs-ordinerade läkemedel.

Signering ska ske omedelbart efter det att läkemedlen överlämnats och intagits. Ordinationer på injektioner Insulin, Fragmin eller andra läkemedel får aldrig föras över från originalhandling till signeringslista.

Om patienten inte får sitt läkemedel ska den delegerade personalen rapportera avvikelser till sjuksköterskan. Signeringslista gäller en kalendermånad och när signeringslistan är avslutad ska den sparas i patientjournalen. Sjuksköterskan ska följa upp att patienten har fått sina ordinerade läkemedel genom att kontrollera att signeringslistan är ifylld.

4.12.1 Signaturförtydligande

Lista för signaturförtydligande ska innehålla datum, namn, signatur, befattning, enhet/företag för identifiering och spårbarhet. All legitimerad och delegerad personal ska dokumentera sitt namn och sin signatur på listan som ska förvaras i delegeringspärmerna. Signeringspärmerna och bifogas i omvårdnadsjournalen vid arkivering.

4.13 Narkotika

Narkotika och andra beroendeframkallande läkemedel ska dokumenteras i en särskild förbrukningsjournal. Detta gäller inte narkotiska läkemedel doserade i färdigdelade dospåsar. Tjänstgörande sjuksköterska kontrollerar och dokumenterar tillförsel, uttag och kassation av narkotika vid varje dispenseringstillfälle samt signerar i förbrukningsjournalen. Kontroll ska alltid utföras så att saldot stämmer.

Förbrukningsjournalen är individuell och i de fall individuella recept används ska de sparas i patientens patientjournal.

Tillförsel och uttag av narkotika från akutläkemedelsförrådet eller fullständiga läkemedelsförrådet ska dokumenteras i förbrukningsjournalen.

Förbrukningsjournalen ska förvaras i aktuellt läkemedelsförråd.

Narkotikakontroll ska utföras en gång i månaden av speciellt utsedd, namngiven sjuksköterska enligt **lokal rutin**.

4.13.1 Kontroll av narkotikaförbrukning

I narkotikakontrollen ska ingå kontroll av förbrukningsjournaler och kontrollräkna narkotikaförbrukningen. Även hållbarhetsdatum ska kontrolleras. Kontrollen dokumenteras i förbrukningsjournalen med datum, namn och signaturer.

Ansvarig sjuksköterska för akutläkemedelsförråd/fullständigt läkemedelsförråd kontrollräknar narkotika tillsammans med boendets läkemedelsansvariga sjuksköterska och signerar att saldot stämmer. Det kan även finnas en namngiven sjuksköterska som ansvarar för narkotikakontroller. Kontroll av personbundna narkotika ska utföras av annan sjuksköterska än den som är ansvarig för rekvisition och förvaring.

Kontrollerna ska göras varje månad. Eventuella avvikelser ska redovisas i narkotikajournalen samt utredning av felen. Kontroll av narkotikan gäller både den personbundna och den i det gemensamma läkemedelsförrådet.

Narkotikajournaler i läkemedelsförrådet sparas i 3 år efter sista anteckning och personliga narkotikajournaler i 10 år (journalhandling).

Avvikelser ska rapporteras till verksamhetschef och MAS enligt rutin för avvikelshantering.

5 Förvaring av läkemedel

Boende/brukare som själva ansvarar för sina läkemedel ansvarar också för att dessa förvaras på ett säkert sätt. När sjuksköterskan övertagit ansvaret för läkemedelshanteringen ansvarar hon/han för att läkemedlen förvaras oåtkomligt för obehöriga. Detta gäller även nycklar och koder till läkemedelsförråd/skåp. Läkemedel, salvor, krämer och dylikt som förvaras utanför läkemedelsförrådet/akutläkemedelsförrådet ska förvaras i låst utrymme.

När boendes/brukarens läkemedel förvaras i läkemedelsskåp/-förråd ska läkemedlen förvaras i backar märkta med vederbörandes namn och personnummer. Nycklar ska förvaras säkert enligt lokal rutin och endast sjuksköterskor ska ha nycklar till skåpen.

5.1 Läkemedelsförråd

Akutläkemedelsförråd eller **fullständigt läkemedelsförråd** är ett förråd med läkemedel för akuta situationer som tillhandahålls av Region Stockholm.

Läkemedelsförteckning till akutläkemedelsförrådet och gällande riktlinjer uppdateras och skickas ut till verksamheterna årligen/vid ändringar av MAS.

Beställning av läkemedel till akut- och buffertförråd görs till digitalt av den ansvarige sjuksköterskan för läkemedelsförrådet.

Tillförsel och uttag av narkotika och andra beroendeframkallande läkemedel ska dokumenteras i en särskild förbrukningsjournal. Avslutad förbrukningsjournal ska förvaras i läkemedelsförrådet i tre år och sedan kasseras av ansvarig sjuksköterska för läkemedelsförrådet.

Oavsett vilket läkemedelsförråd som finns i vård- och omsorgsboendet för äldre ska det finnas namngivna, ansvariga sjuksköterskor som beställer läkemedel enligt lokal rutin.

5.1.1 Ansvarig sjuksköterska för akutläkemedelsförråd/fullständigt läkemedelsförråd

I det vård- och omsorgsboendet för äldre ska det finnas en lokal rutin för att utse en sjuksköterska och ersättare som har huvudansvaret för akutläkemedelsförrådet /fullständigt läkemedelsförråd och rekvisition av läkemedel. Det ska finnas en

namngiven ersättare som är behörig då huvudansvarig inte är i tjänst. Rekvisition omfattar även narkotika grupp II – V som görs på särskild avsedd rekvisition.

Kontinuerlig genomgång av förrådet med temperaturkontroll av rummet och medicinkylskåp ska göras enligt **lokal rutin**. Sjuksköterskan ansvarar för att det finns tilläckligt med läkemedel i förrådet och kontrollerar att hållbarhetsdatum inte har gått ut.

Av hygieniska skäl och för att underlätta kontrollen av narkotika ska i första hand läkemedel beställas som tryckförpackning. Om sådana inte finns ska små förpackningar beställas.

5.1.2 Medel för tekniskt bruk

Medel för tekniskt bruk (rengöringsmedel, desinfektionsmedel, reagenser mm) får inte förvaras i läkemedelsförråd. Dessa ska förvaras i annat låst utrymme. Medel för tekniskt bruk ska förvaras i originalförpackningar.

5.1.3 Sprutor och kanyler

Ska alltid förvaras inlåsta och kan förvaras i läkemedelsförrådet, dock väl avskilda från läkemedlen. Sprutor och kanyler ska förvaras i originalförpackningar.

5.1.4 Läkemedel utanför läkemedelsförrådet/skåp

Dosdispenserade läkemedel och färdigdelade dosetter kan förvaras i annat låst skåp än enhetens akutläkemedelsförråd/fullständiga läkemedelsförråd t.ex. läkemedelsskåp hos den boende. Vilka skåp som används samt hur nycklar till sådana skåp hanteras ska finnas angivet i **den lokala rutinen**.

Läkemedel, som behöver vara lätt tillgängliga för att ges till brukare/brukaren, kan förvaras i den boendes/brukarens bostad i de fall det är förenligt med säker hantering enligt den lokala rutinen.

5.2 Läkemedelsförvaring i LSS boende

Det finns inga fullständiga läkemedelsförråd eller akutläkemedelsförråd för LSS inom kommunen men däremot kan ett samlat låst läkemedelsskåp finnas.

Läkemedlen ska finnas hos brukaren, där de ska förvaras på en säker plats i brukarens bostad. Läkemedlen ska förvaras så att det inte finns risk för att obehöriga kan komma åt dessa.

Om flera brukares läkemedel på ett gruppboende förvaras i samma förråd/skåp ska dessa finnas åtskilda i boxar/korgar märkta med brukarens namn och personnummer.

Omsorgspersonal ska uppmärksamma och kontakta ansvarig sjuksköterska i god tid om läkemedel börjar ta slut hos brukaren där sjuksköterskan har tagit över läkemedelshanteringen så att denne ska utföra en ny beställning.

Enhetschef tillsammans med sjuksköterska ansvarar för att hämtning och transport av läkemedel från apotek till respektive brukare sker så säkert som möjligt. Det ska finnas **lokala skriftliga rutiner** om tillvägagångssätt. Personal på enheten ska vara väl informerade om hur transporten sköts.

Sjuksköterska signerar i den enskildes journalhandling att iordningsställda läkemedel har distribuerats till den enskildes läkemedelsskåp.

5.3 Läkemedelshantering vid växelvård/korttidsboende

Om den enskilde har egenvård och själv kan ansvara för sina läkemedel vid vistelsen på växelvård/korttidsboende ska denne fortsätta ansvara för sina läkemedel. Vederbörande själv ansvarar då för att det är rätt läkemedel/rätt antal vid intaget. Inga signeringslistor ska skrivas.

Personal kan, såvida detta behövs, vara behjälplig vid överräckning (egenvård med assisterande hjälp). Om personal ser risker i detta sammanhang ska det rapporteras till boendets sjuksköterska.

Har den enskilde däremot inte egenvård i det egna hemmet, stöd via anhörig/närstående kan förekomma, ska följande vara med vid ankomsten:

- Tydlig läkemedelsordination från ansvarig läkare
- En tom dosett, inga färdigdelade dosetter ska mottagas!
- Samtliga läkemedel som mottas ska vara i originalförpackning för perioden som vistelsen avser
- Har den enskilde dosdispenserade läkemedel ska ordinationsunderlag samt påsar för vistelsetiden medfölja

Sjuksköterskan ska i god tid planera vistelsen, lokal rutin för vad som ska planeras inför vistelsen ska finnas. Om aktuell ordinationshandling inte finns, ska sjuksköterskan kontakta husläkarmottagning/mottagning/avdelning för att få aktuell ordinationshandling. Då patienten/brukaren inte har dosdispenserade läkemedel ska ordinationen sammanställas på ordinationshandling.

Ordinationshandlingen ska uppdateras vid varje tillfälle patienten anländer till växelvård/korttidsboende. Överlämnande av läkemedel sker i övrigt enligt gällande rutiner.

För säker läkemedelshantering ska sjuksköterska rekommendera att patienten går över till dosdispenserade läkemedel så fort det är möjligt. Verksamheten ska tillhandahålla informationsmaterial om dosdispenserade läkemedel.

Det fullständiga läkemedelsförrådet kan användas till patienter/brukare som har beslut på korttidsplats. Detta ska inte vara förstahandsval och endast fram tills det/de egna läkemedlet/-len finns tillgängligt.

5.4 Läkemedelsförvaring dagverksamhet/daglig verksamhet

Om en person har egenvård och själv kan ansvara för sina läkemedel vid vistelsen ska denne fortsätta ansvara för sina läkemedel. Personen ansvarar själv för att det är rätt läkemedel/rätt antal vid intaget. Inga signeringslistor ska skrivas.

Personal kan, såvida detta behövs, vara behjälplig vid överräckning (egenvård med assisterande hjälp). Om personal ser risker i detta sammanhang ska det rapporteras till kommunsjuksköterska.

Har personen däremot inte egenvård för läkemedelshantering, ska MAS Riktlinje för delegering följas. För att säkerställa läkemedelshanteringen ska följande **lokal rutin** finnas tillgänglig:

- Rutin, som anger hur aktuella läkemedel medföljer besökaren, vem ansvarar för att läkemedlen och läkemedelsordinationen kommer till dagverksamheten/daglig verksamhet, var läkemedel förvaras under vistelsen och vem ansvarar för signeringslistan när den behövs
- Besökaren ska ha sina läkemedel dosförpackade eller i originalförpackning där sjuksköterska kan dela i dosett. För att krav ska uppfyllas ska läkemedelsförpackningar vara märkta avseende innehåll, dos, tidpunkt, överlämnande och personuppgifter.
- I samverkan med hemtjänst och/mellan ansvarig vårdgivare för hälso-och sjukvård ska det upprättas **lokal rutin** för vad som ska åtgärdas då besökaren inte dyker upp på planerat besök

5.5 Läkemedelsförråd i hemmet

När patientens/brukarens läkemedel förvaras i hemmet ska de förvaras i ett låst skåp som endast sjuksköterskan har tillgång till.

När delegerad personal ansvarar för att överlämna iordningställda läkemedel samt iordningställa läkemedel som exempelvis tarmreglerande medel ska dessa förvaras i ett separat låst skåp som sjuksköterska och delegerad personal har tillgång till.

5.6 Läkemedelskylskåp

Läkemedel som kräver kall förvaring (+2 - +8) ska förvaras i ett läkemedelskylskåp utrustat med termometer. Temperaturen kontrolleras regelbundet inuti kylskåpet en gång i veckan och avfrostning görs vid behov – **lokal rutin**. Temperaturen varierar mellan olika platser i kylskåpet. Exempelvis är placering i kylskåpsdörren inte lämplig eftersom temperaturen oftast är för hög för känsliga preparat (till exempel vacciner).

Endast läkemedel får förvaras i läkemedelskylskåpet. Läkemedel som kräver kall förvaring kan i vissa fall förvaras i rumstemperatur men då förändras hållbarhetstiden. Ta alltid kontakt med apoteket om ni behöver förvara dessa läkemedel i rumstemperatur för besked om lämpligheten och hur lång hållbarhetstid som blir aktuell. OBS! Ändra hållbarhetstiden på förpackningen.

5.7 Nyckelhantering/kodhantering

Nyckelhantering för läkemedelsförrådet/akutläkemedelsförrådet, avdelningarnas medicinskåp samt patienternas/brukarnas medicinskåp ska förvaras på ett säkert sätt. Utlämnande av nycklar ska ske restriktivt och regleras i **den lokala rutinen**.

5.8 Avvikelse rapportering

All personal ska kontakta tjänstgörande sjuksköterska då fel och brister uppstår i hanteringen av läkemedel, så att sjuksköterska kan vidta de åtgärder som krävs för att förhindra att en allvarlig situation uppstår.

5.9 Rapportering av läkemedelsbiverkningar

Läkarna och sjuksköterskorna ska rapportera läkemedelsbiverkningar till Läkemedelsverket, även misstanke om biverkning ska rapporteras.

5.10 Extern kvalitetsgranskning

En gång per år bör kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen i verksamheten utföras av extern farmaceut. MAS samordnar planeringen av granskningar med Apoteket. Den läkemedelsansvariga sjuksköterskan ska alltid delta vid denna inspektion. Kopia på inspektionsprotokollet skickas till Medicinskt ansvarig sjuksköterska och ansvarig verksamhetschef/enhetschef som är ansvarig för hälso- och sjukvården.

5.11 Transport

Transporten av läkemedel ska ske på ett säkert och ändamålsenligt sätt. Mottagande sjuksköterska ska alltid kvittera och kontrollera antalet kolli mot leveranssedeln och att plomberingen är obruten. Förfarandet ska finnas nedtecknat i en **lokal rutin**.

5.12 Kassation av läkemedel

Kasserade läkemedel klassificeras som riskavfall och ska förvaras inlåst i ett läkemedelsförråd/-skåp. Back/förslutbar plastback/-låda som beställs just för detta ändamål ska vara märkt: Riskavfall, kasserade läkemedel.

- Flaskor med flytande läkemedel läggs i som de är
- Burkar med läkemedel töms ut i backen
- Kartonger från engångsförpackningar sorteras bort
- Dospåsarna läggs i som de är
- Narkotika som ska kasseras ska räknas och avskrivas i förbrukningsjournalen av två sjuksköterskor. Förbrukningsjournalen ska signeras av två personer (sjuksköterskor). Narkotikan läggs sedan i den förslutbara backen.

OBS! Locket på backen sätts på när backen är fylld. Locket försluter backen så att det inte går att öppna den igen. Kasserade och överblivna läkemedel ska transporteras bort enligt **den lokala rutinen** i avtal med transportören.

Hantering av riskavfall omfattar hela kedjan, från beställning och leverans av riskavfallsburkar till hämtning och transport och slutbehandling av avfallet. Godkända emballage för kasserade läkemedel, smittförande och skärande/stickande avfall ska användas.

6 Riktlinje för bedömning av egenvård

6.1 Bakgrund

Med egenvård menas i detta sammanhang enligt SOSFS 2009:6 Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av annan. Egenvård kan bedömas av leg personal i kommunen och av leg personal i regionen utifrån sitt professionella yrkesområde.

Syfte med riktlinjerna om egenvård är att tydliggöra vilka krav som ställs på hälso- och sjukvården vid egenvårdsbedömningar och att egenvårdsbedömningarna ska utgå ifrån vad som är patientsäkert i varje enskilt fall.

Egenvården som den enskilde utför själv eller med hjälp av någon annan räknas inte som hälso- och sjukvård och omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Däremot är hälso- och sjukvårdens **bedömning, planering och uppföljning** att betrakta som hälso- och sjukvård. Om brister i dessa steg är orsak till vårdskada kan det bli föremål för utredning och anmälan enligt lex Maria-regeln.

Det går inte generellt att säga vilka åtgärder/behandlingar som kan utföras som egenvård. Bedömningen ska göras tillsammans med patienten/brukaren, utifrån patientens/brukarens fysiska och psykiska hälsa samt med hänsyn till livssituationen i övrigt. Om personen inte självständigt kan utföra egenvården beror bedömningen på hur stödet och hjälpen ser ut. D.v.s. kompetensen på befintlig personal och möjlighet till kontinuitet. Då ska bedömningen också utföras i tillsammans med den verksamheten.

Ett sätt att skilja på egenvård från hälso- och sjukvård är att bedöma om åtgärden kräver medicinskt utbildad personal. Om det krävs medicinskt skolad personal är det hälso- och sjukvård och bör då omfattas av hälso- och sjukvårdslagstiftningen (Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6/2013).

Exempel på åtgärder som inte ska bedömas som egenvård när kommunal omsorgspersonal ska utföra är injektioner, infusioner, påsdialys och liknande mer

avancerade åtgärder. När patient/brukare själv eller anhörig/närstående som utför behandling kan bedömningen dock vara egenvård även vid dessa avancerade åtgärder.

En åtgärd kan och ska bedömas olika beroende på om det är närstående eller personal som utför åtgärden. Således kan samma åtgärd hos en patient vara egenvård om närstående utför och hälso- och sjukvård om personal utför.

Patienten/brukaren ska ha kognitiv förmåga att kunna ansvara för sin egenvård och ska ha kraft och ork att kunna instruera personal vid samtliga tillfällen som egenvårdsuppgiften ska genomföras.

6.2 Egenvårdsbedömning av legitimerad personal i kommunen

Varje legitimerad personal i hälso- och sjukvården kan göra bedömningen om egenvård utifrån sitt eget professionella ansvarsområde. Det går inte att göra en egenvårdsbedömning på en ordination från en annan legitimerad yrkesutövare som t.ex. läkare. En sjuksköterska kan således bedöma om t.ex. såromläggningar och stödstrumpor. Fysioterapeut och arbetsterapeut kan bedöma om t.ex. träning. Egenvårdsbeslut som har med läkemedel att göra tas därmed alltid av läkare. När patienten/brukaren skrivs ut från slutenvård är det alltid utskrivande läkare som bedömer förmågan om egenvård.

6.3 Riskbedömning

I bedömningen av egenvård är riskbedömningen central. Leg personal ska här analysera om risk finns för brist och fel om åtgärden utförs som egenvård dvs utan leg personal och utan delegering. Om analysen visar att risk finns ska inte åtgärden bedömas som egenvård. Exempel på risker är: tveksamt om patienten själv kan undervisa personal eller tala om vilken eller hur mycket medicin som ska ges, avancerad behandling/åtgärd, tveksam kompetens på personal, kontinuiteten brister.

6.4 Dokumentation av egenvård

Egenvårdsbedömningen måste dokumenteras av legitimerad personal i journal enligt samtliga punkter nedan för att anses vara komplett. Även Riskbedömningen som föregått egenvårdsbedömningen ska vara dokumenterad.

Skapa en ”Plan egenvård” och dokumentera bedömningen där.

Egenvårdsbedömningen och dess planering samt uppföljning ska innehålla dokumentation om följande:

1. Vilken åtgärd som bedömts som egenvård
2. Vem/vilka ska utföra egenvården
3. Hur och av vem ska instruktioner ges till den som ska utföra egenvård

4. Vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas om patienten/brukaren har drabbats av skada eller sjukdom i samband med egenvården.
 5. Vem som ska kontaktas om inte egenvården fungerar.
 6. Vem ska kontaktas om patientens/brukarens situation förändras
 7. Hur och när och av vem egenvården ska följas upp
 8. När en omprövning av egenvården ska göras
- Patienten/brukaren ska vid behov få en kopia av dokumentationen.

6.5 Information till den enskilde

Patienten/brukaren ska informeras om vad egenvården innebär.

Det åligger den legitimerade personalen som gör egenvårdsbedömningen att tydliggöra för patienten/brukaren vem som ska kontaktas om egenvården brister. Vid informationsöverföring mellan olika professioner ska lagbestämmelser om tystnadsplikt och sekretess beaktas.

6.6 Om situationen förändras eller om egenvården inte fungerar

Om personal upplever att egenvården inte fungerar så ska närmaste chef informeras. Chefen agerar sedan enligt egenvårdsdokumentationen och tar kontakt med den legitimerade personalen som gjort egenvårdsbedömningen alternativt annan legitimerad person som finns angiven i egenvårdsbedömningen.

6.7 Bedömningen omprövas och följs upp

Den som har gjort bedömningen att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

ansvarar enligt egenvårdsföreskriften även för att egenvården omprövas om förutsättningarna ändras och att egenvården följs upp regelbundet, vilket är minst en gång per år men helt beroende på vilken insats som egenvården gäller.

6.8 Den enskildes roll för biståndsansökan

Även om egenvårdsbedömning har gjorts så är det den enskilde som ska inkomma till myndighetshandläggare (socialsekreterare/biståndshandläggare inom ramen för respektive förvaltnings målgrupp) med en ansökan om biståndsinsats för att få praktiskt stöd för att utföra egenvården. Bistånd kan då sökas enligt SoL eller i vissa fall LSS om personen behöver stöd för att utföra egenvården.

Egenvårdsbedömaren kan ej ansöka om detta åt den enskilde eller för den enskildes räkning. Vid behov av utökning, minskning eller förlängning av egenvård ska den enskilde inkomma med en ny ansökan och förnyad egenvårdsbedömning ska bifogas ansökan.

6.9 Ansvarsfördelning/ omfattning

Patientens/brukarens ansvar vid bedömd egenvård

- Patienten/brukaren ska ha förmåga att vid varje tillfälle undervisa och informera personal om uppgiften som ska utföras
- Patienten/brukaren ska ha kunskaper om egenvården så att det inte strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Dvs personalen ska kunna utföra uppgiften på ett korrekt och säkert sätt.

Legitimerad personal

- Ansvarar för för hälso- och sjukvårdsinsatsen fram tills myndighetshandläggare (socialsekreterare/biståndshandläggare) har beviljat egenvårdsinsatsen är åtgärden hälso- och sjukvård och leg. personal har ansvaret.
- Gör en riskbedömning
- Bedömer om en åtgärd kan utföras som egenvård utifrån professionellt ansvarsområde
- Planerar och dokumenterar bedömningen
- Informerar den enskilde om vad egenvård innebär
- Sammanställer egenvårdsbedömning enligt mall, www.viss.nu, och lämnar en kopia till den enskilde om hon/han vill göra en biståndsansökan om praktiskt stöd.
- Samverkar med personal, patient/brukare eller anhörig/närstående som ska utföra egenvård
- Enligt plan instruera personal eller patient/brukare i egenvård
- Följa upp sin egenvårdsbedömning och i de fall egenvården utförs med hjälp av personal, med den enskildes samtycke, meddela förändringar till myndighetshandläggaren.
- Upprätta avvikelse när egenvården brister.

Myndighetshandläggare inom respektive förvaltning

Socialsekreterare/Biståndshandläggare

- Utifrån den enskildes ansökan om tid för egenvårdsuppgiften inleds en utredning enligt Socialtjänstlagen, i sedvanlig ordning. Kompletta egenvårdsbedömning måste vara bifogad ansökan. Inkomplett bedömning leder till fördröjda utredningar då den enskilde måste inkomma med begärda underlag.
http://www.viss.nu/Global/Blanketter/Planering_av_egenvard_med_hjalp_NY.pdf
- Utreder och beslutar om den enskildes ansökan beviljas eller avslås utifrån regelverket.
- Beslutet om egenvård ska lämnas till den enskilde.
- Kontakta MAS vid behov

- Upprätta avvikelse när egenvården brister
http://www.viss.nu/Global/Blanketter/Rapport_om_brister-risker_gallande_egenvard_med_hjalp_NY.pdf

MAS

- Stödjer myndighetshandläggare (socialsekreterare/biståndshandläggare) vid behov i bedömningen vid ansökan om egenvård
- Stödjer verksamhet i bedömning om lämplighet i att en åtgärd blir bedömd som egenvård utifrån; Vilken åtgärd, patientens status, personalens kompetens och kontinuitet, tidigare avvikelser
- Utreder allvarliga avvikelser. Anmälan enligt lex Maria vid allvarlig brist i bedömning, planering och uppföljning enligt delegationsordning.

Verksamhetschef/Enhetschef

- Kompetens på personal
- Samverkar med leg personal vid egenvårdsbedömning
- Rapportera till den som bedömt egenvård, alternativt enligt plan, om egenvårduppgiften av något skäl inte kan utföras på ett säkert sätt.
- Upprätta avvikelse när egenvården brister
- Utreder avvikelser och eventuella lex Sarah-rapporter när utförandet av egenvården brister
http://www.viss.nu/Global/Blanketter/Rapport_om_brister-risker_gallande_egenvard_med_hjalp_NY.pdf

Personal som utför egenvård som biståndsinsats

- Utför egenvården
- Om något verkar fel eller är otydligt med egenvården tas kontakt med enhetschef
- Dokumentation av egenvård på genomförandeplan
- Om egenvården inte fungerar rapporteras detta till enhetschef
- Upprätta avvikelse om egenvården inte fungerar
http://www.viss.nu/Global/Blanketter/Rapport_om_brister-risker_gallande_egenvard_med_hjalp_NY.pdf

7 Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

7.1 Inledning

Hälso- och sjukvård kan ges på två olika sätt, antingen genom att ansvaret för utförandet vilar hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, eller att utförandet vilar hos den enskilde patienten genom egenvård.

Legitimerad personal kan överlåta en eller flera arbetsuppgifter till någon annan genom beslut om att delegera utförandet. Det är endast legitimerad (formellt behörig) personal som kan delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter. Om en annan

person ska assistera brukaren vid egenvård så ska ett beslut om egenvård fattas.

Vårdgivaren ska ha en särskild rutin kring egenvård.

Från och med 2018-01-01 gäller en ny författning, HSLF-FS 2017:37

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Där regleras i 9 kap § 7-8, ytterligare krav kring delegering av läkemedelshantering där patientsäkerheten ska bedömas utifrån verksamhetens förutsättningar när det gäller hur delegeringsprocessen ska se ut t.ex. kring vad som kan delegeras, krav på erfarenhet och kunskaper.

Delegering innebär att en person som är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal överlåter en eller flera medicinska arbetsuppgifter till en annan person. Den som delegerar ska inneha formell och reell kompetens för att utföra medicinska arbetsuppgifter.

Vårdgivaren är skyldig att anpassa bemanningen av varje verksamhetsområde så att kraven på en god vård och patientsäkerhet kan upprätthållas. Det ska finnas personal med såväl formell som reell kompetens som kan fullgöra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Delegering får således inte användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl, men det kan ske när det utifrån ett helhetsperspektiv bättre svarar mot patientens behov och under förutsättning att patientsäkerheten inte äventyras.

Enligt Patientsäkerhetslagen 6 kap 3§ ges det möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan har ansvar för att den som ska ta emot den/de delegerade uppgifterna har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska det på varje enhet där det bedrivs hälso- och sjukvård finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god och säker vård ska kunna tillgodoses.

I 6 kap Patientsäkerhetslagen om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen regleras att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

7.2 Definitioner

Delegering

Med delegering avses att hälso- och sjukvårdspersonal med formell och reell kompetens överlåter en hälso- och sjukvårdsuppgift till en person som saknar formell kompetens.

Formell kompetens

Formellt kompetent är den som har legitimation för yrket eller godkänd högskoleutbildning som leder till yrkesexamen enligt särskild examensbeskrivning.

Reell kompetens

Uppgiftsmottagaren ska vara reellt kompetent för den aktuella uppgiften.

Han/hon ska genom erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet eller genom fortbildning visat sig ha kompetens för den uppgift som avses.

Medicinska arbetsuppgifter

En medicinsk arbetsuppgift är varje åtgärd som hälso- och sjukvårdspersonal utför direkt eller indirekt i förhållande till patient, i samband med undersökning, diagnostik, vård eller behandling och förebyggande av sjukdomar och skador.

Patient

I detta dokument definieras patient som en person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård

Omsorgspersonal

Personal som arbetar på vård- och omsorgsboenden för äldre (SÄBO) samt inom LSS-boendeenheter och i den kommunala socialpsykiatrien.

7.3 Ansvarsfördelning

Verksamhetschef

Verksamhetschefen har enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (HSF 2017:80) ansvar för att denna riktlinje är känd hos legitimerad personal och att den efterlevs. Verksamhetschefen ansvarar för att tillsammans med legitimerad personal upprätta ett tydligt system – **lokal rutin** – för att hålla rätt på när delegeringar ska förnyas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS i den kommunala hälso- och sjukvården har ansvaret för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten. Det innebär att MAS kan undanta vissa arbetsuppgifter från delegeringsmöjligheten eller återta en given delegering.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal som delegerar en arbetsuppgift avgör när och om delegering kan ske i det enskilda fallet och detta förutsätter att delegeringen är förenligt med en god och säker vård. Det är alltid upp till vederbörande att för

varje omsorgspersonal göra en professionell bedömning om lämplighet både vad gäller arbetsuppgift och person.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att den som ska ta emot delegeringen klarar att utföra uppgiften på ett säkert sätt. Det innebär ansvar för att:

- sitt beslut att delegera en arbetsuppgift till mottagaren
- sin bedömning av att uppgiftsmottagaren ska få ta emot en delegering
- mottagaren får nödvändig utbildning och instruktioner så att denne blir reellt kompetent för uppgiften
- informera mottagaren om rutiner för risk- och avvikelshantering
- uppgiftsmottagaren förstår vad som händer rent juridiskt vid mottagande av en delegering
- fråga uppgiftsmottagaren om denne själv anser sig klara uppgiften
- bedöma om mottagaren har tillräckliga kunskaper för att klara uppgiften
- följa upp att uppgiftsmottagaren fortsättningsvis klarar uppgiften
- i god tid innan tiden för delegeringsbeslutet går ut bedöma om delegeringen ska förnyas eller avslutas
- återta delegering om uppgiftsmottagaren inte fullföljer sina åtaganden

Omsorgspersonal - Uppgiftsmottagare

Omsorgspersonal som tar emot en delegering har ett personligt ansvar för fullgörande av uppgiften och är vid utförandet av den delegerade uppgiften att jämföras med hälso- och sjukvårdspersonal. Den som tar emot en delegering ansvarar för

- att lämna uppgifter om sin egen bedömning av sin förmåga att klara uppgiften
- att fullgöra den mottagna uppgiften med stor noggrannhet
- att följa instruktioner som givits i samband med delegeringen
- att alltid kontakta den som gjort delegeringen eller någon med samma yrkeskompetens vid osäkerhet eller frågor
- att överlämna vid behovs-läkemedel endast efter att först ha haft kontakt med en sjuksköterska
- att rapportera identifierade risker och i förekommande fall avvikelser
- att alltid signera utförd arbetsuppgift på signeringslista efter utförd delegerad arbetsuppgift

7.4 Förutsättningar för att delegera

Delegering ska ske restriktivt

Delegering är inte avsedd att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Enligt 5 kap. 2§ i HSL ska det vid varje enhet där det bedrivs

hälso- och sjukvård finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god och säker vård ska kunna ges.

Med hänsyn till kraven på vård av god kvalitet och hög säkerhet ställer varje delegeringsbeslut

mycket stora anspråk på gott omdöme, goda kunskaper och noggrannhet hos både den som delegerar och den som tar emot en delegerad uppgift.

Den som ska ta emot en delegerad hälso- och sjukvårdsuppgift måste känna sig trygg i sina ordinarie arbetsuppgifter innan denne kan ta på sig att utföra ytterligare uppgifter genom delegering. Delegering ska därför inte ske till nyanställda med liten erfarenhet.

En vårdgivare eller en verksamhetschef kan aldrig föreskriva att vissa arbetsuppgifter ska delegeras. Det är alltid ett enskilt beslut av den som delegerar uppgiften om en uppgift ska delegeras och i så fall till vem. Behovet av och lämpligheten av delegering i det enskilda fallet kräver alltid en professionell bedömning. Ansvaret för detta har den som i sin yrkesutövning ålagts uppgiften. En uppgift kan inte delegeras om det av författningar framgår att den inte kan delegeras eller om det av denna riktlinje framgår att uppgiften inte får delegeras. Delegering får aldrig ske om uppgiftsmottagaren inte har tillräckliga kunskaper och erfarenheter för uppgiften eller mot någons vilja utom i akuta nödsituationer.

Begränsningar

- Ett delegeringsbeslut får inte avse en grupp personer tex vårdteam
- Delegering mot någons vilja får inte ske
- Beordring av en arbetsuppgift kan ske i akut nödfall
- Delegering får inte utnyttjas för att lösa bristsituationer eller av ekonomiska skäl
- Ett delegeringsbeslut kan när som helst återkallas av den som meddelat beslutet eller av MAS
eller upphör att gälla. Detta kan även vara en inbyggd del av delegeringsfunktionen i ett datajournalssystem.

Delegeringsbeslutet

- Den arbetsuppgift/de arbetsuppgifter som delegeras ska vara klart definierade.
- En delegering ska vara skriftlig, personlig, och får inte delegeras vidare.
- Ett delegeringsbeslut ska vara tidsbegränsat och gälla högst ett år.
- Den som delegerar är skyldig att utbilda och instruera samt kontrollera att mottagaren har de

teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att fullgöra uppgiften och att denne anser

- sig ha den utbildning och erfarenhet som behövs för att klara uppgiften.
- Mottagaren är skyldig att informera om han/hon inte har tillräcklig kunskap att utföra uppgiften.
- Information ges om hur uppgiftsmottagaren ska göra då denne identifierar risker och om en avvikelse uppstår
- Den som delegerar är skyldig att systematiskt följa upp och bevaka att arbetsuppgiften fullgörs på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. Den som delegerat har alltid rätten att återkalla delegeringsbeslutet.
- Vid delegering blir uppgiftsmottagaren hälso- och sjukvårdspersonal när han/hon utför den delegerade arbetsuppgiften eller biträder legitimerad personal

När delegeringsbeslutet har löpt ut ska omprövning ske i form av kunskapstest

Alla delegeringsbeslut ska dokumenteras på särskild blankett eller i förekommande datajournalssystem där följande ska framgå:

- vid vilken arbetsplats delegeringen gäller
- vilken arbetsuppgift som delegerats
- vem som delegerat uppgiften
- till vem uppgiften delegerats
- tiden för delegeringsbeslutets giltighet
- datum då beslutet fattades
- den som delegerar och den som mottager arbetsuppgiften ska underteckna eller i journalsystemet/signera delegeringsbeslutet

Det ska finnas en **lokal rutin** för hantering av delegeringsbeslut och indragna delegeringar.

Beslut om delegering ska bevaras på enheten **minst 3 år** sedan det upphört att gälla.

Undertecknat exemplar förvaras på enheten åtkomligt för tjänstgörande sjuksköterska. Ett exemplar ska lämnas till den som tar emot delegeringen.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som delegerar ansvarar för att hålla sin lista över aktuella delegeringar uppdaterad. Listan ska kunna uppvisas till MAS vid uppföljning/besök.

Delegeringens upphörande

En delegerad hälso- och sjukvårdsuppgift kan alltid återkallas av legitimerad sjuksköterska om hon/han bedömer att det behövs med hänsyn till säkerheten för den enskilde.

MAS kan återkalla en delegering om MAS anser att det behövs. Då MAS återkallar en delegering ska det alltid ske i samråd med den som delegerat uppgiften, uppgiftsmottagaren och verksamhetschefen.

Om delegeringsbeslutet återkallas ska detta dokumenteras digitalt på originalet eller på tidigare nämnt separat blankett som sparas på arbetsplatsen tillsammans med det underlag som framkommit inför beslutet.

Då den som utfärdat delegeringsbeslut lämnar sin befattning upphör delegeringen att gälla. Delegering behöver förnyas av en kollega till den som utfärdat delegeringen. Därefter tar efterträdaren ställning till om beslutet fortfarande ska gälla eller om ny utbildning/kunskapstest bör genomföras och dokumentera detta. Delegeringsbeslutet upphör att gälla då uppgiftsmottagaren slutar sin anställning eller är ledig under lång tid. En efterträdare eller vikarie kan inte överta en delegerad uppgift utan att en legitimerad personal skriftligen delegerat uppgiften till efterträdaren eller vikarien.

7.5 Checklista vid delegering av läkemedelshantering

- Genomgång av
 - gällande författningar vid delegering
 - hur dosett och Dospåsar fungerar
 - medicinförvaring i boendet
 - aktuellt delningsunderlag och övrig dokumentation, till exempel ordinationshandling samt signeringslista
- Praktisk delning av den enskildes medicin ur doseringshjälpmedlet under sjuksköterskans ledning innefattande kontroll av namn och personnummer, rätt datum och tid, rätt antal tabletter samt signering
- Genomgång av
 - utdelning av medicinen från doseringshjälpmedlet till den enskilde då denne inte klarar detta själv
 - rapportering till sjuksköterska vid förändring av den enskildes tillstånd
 - rapportering vid upptäckt avvikelse

7.6 Rapportering

Omsorgspersonal ska rapportera och dokumentera alla avvikelser till tjänstgörande sjuksköterska, till exempel om:

- Patienten inte kan/vill ta sin medicin
- Patienten kräks
- En läkemedelsdos ej blivit överlämnad
- Det skett en förväxling av läkemedelsdoser – fel patient, felaktig tidpunkt
- Man misstänker biverkan av läkemedel

Alla förändringar i patientens hälsotillstånd ska rapporteras till tjänstgörande sjuksköterska.

7.7 Hälso- och sjukvårdsuppgifter som kräver skriftlig delegering av legitimerad personal om annan personal ska utföra dem

- Överlämnande av iordningställda läkemedel från Apodos eller dosett
- Iordningsställa och överlämna ordinerade tarmreglerande medel
- Administrera ordinerade inhalationer, ögonsalvor, ögondroppar, öronsalvor, näsdroppar, läkemedel per rectum (ändtarm) vid epilepsi, vagitorier, salvor och krämer vid utvärtes bruk
- Administrera vid behovs-läkemedel enligt ordination från sjuksköterska
- Administrering av läkemedelsplåster, med förutsättning att det finns beskrivet i lokala rutiner hur man säkrar att det gamla plåstret kasseras säkert
- Insulininjektioner med insulinpenna för namngiven boende och endast under förutsättning av att denne har stabila blodsockervärden
- Subcutan förfylld injektion t.ex. Fragmin, namngiven person på delegeringsblanketten
- Sondmatning via PEG utan andra infarter, namngiven person
- Syrgasbehandling med koncentrator
- Sårömläggning, sårbehandling under förutsättning att såret har gått över i läkningsfas
- Katetersättning via urinrör får **endast i undantagsfall** delegeras till en reellt kompetent undersköterska. Bedömningen som görs av den legitimerade sjuksköterskan ska delges den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Berörd boende ska vara namngiven på delegeringsblanketten.
- Kateterspolning
- Provtagning för kontroll av blodsocker
- Venprovtagning (ej blodgruppering)
- Sugning av övre luftvägar
- Suturtagning
- Ortosbehandling
- Tensbehandling (Transcutan Elektrisk Nervstimulering)
- Kontrakturprofylax i komplicerade fall
- Trycksårsbehandling

7.8 Delegering inför insulingivning med insulinpenna

Injektion och insulinbehandling är en sjuksköterskeuppgift. **Insulingivning med insulinpenna vid stabilt blodsocker kan delegeras. Insulin som ges vid behov får inte delegeras.**

Delegeringen bör så långt som möjligt begränsas till ett fåtal personer.

Delegeringen ska ske till personal med reell kompetens.

Delegering att ge insulin ska vara till en namngiven patient.

Delegerande sjuksköterska måste alltid försäkra sig om att den hon/han delegerat till:

- Förstått arbetsuppgiften teoretiskt
- Genomgått en utbildning av diabetes mellitus (typ 1 och typ 2, symtom, hyperglykemi och hypoglykemi)
- Genomgått kunskapstest
- Kan utföra arbetsuppgiften praktiskt
- Har personlig lämplighet att utföra uppgiften

Patienter med instabil blodsockernivå måste alltid behandlas av sjuksköterska.

Delegeringsprocess med tillhörande utbildningsmaterial och tester finns tillgängligt på MAS hemsida.

1. Omsorgspersonalen ska inför delegering genomföra en utbildning via webben t.ex. Jobba säkert med läkemedel – Demenscentrum
<http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/utb-lakemedel/>
2. Efter genomgången utbildning skriver personen ifråga diplom ut och lämnar till verksamheten där delegering ska ges
3. Delegeringsutbildning genomförs av sjuksköterska enligt förutbestämt material i verksamheten t.ex. material utifrån Nynäshamns MAS
4. Efter genomfört skriftligt kunskapstest – allmän del, läkemedelsdel och ev. insulin del - går testet genom med delegerande sjuksköterska
5. Delegeringsbeslutet skrivs under av delegerande sjuksköterska samt mottagande omsorgspersonal
6. Delegeringsbeslutet förvaras tillsammans med kunskapstestet på enheten.

Om personen är aktuell för insulindelegering finns inledande utbildning på SKLs hemsida

<https://www.aldremeddiabetes.se/>

Vid årlig förnyelse kan digitala kunskapstestet genomföras digitalt.

Vid återkallelse av delegering ska detta dokumenteras i originalhandlingen eller på separat blankett och förvaras tillsammans med tidigare delegering och förvaras på enheten.

8 8 Riktlinje Medicintekniska produkter Bilaga

9 Riktlinje för NPÖ (Nationell Patient Översikt) och inhämtande av samtycke för sammanhållen journalföring

9.1 Bakgrund

Nationell patientöversikt (NPÖ) är en form av sammanhållen journalföring. Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare får göra elektroniska patientjournaler tillgängliga för andra vårdgivare för att användas i den *individinriktade patientvården*.

En förutsättning för att få ta del av dokumentationen är att det finns en aktuell vårdrelation och att patienten har lämnat sitt samtycke. Patienten/brukaren kan *motsätta sig* att uppgifter görs tillgängliga för andra vårdgivare. Om en patient/brukare motsätter sig att andra uppgifter än patient-id och vårdgivare görs tillgängliga i en sammanhållen journalföring ska uppgifterna genast spärras. En patient/brukare kan när som helst begära att den vårdgivare som har spärrat uppgifterna häver spärren.

De juridiska aspekterna av behörighetsstyrning inom hälso- och sjukvård styrs av Patientdatalagen SFS 2008:355 (PDL). Innehållet utgör en samlad reglering av IT-relaterad informationshantering inom hälso- och sjukvården. Syftet är att hanteringen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården ska underlättas samtidigt som patientsäkerheten och patientens/brukarens egen möjlighet till medverkan ska stärkas. Lagen är utformad för att underlätta informationsutbyte mellan vårdgivare och mellan vårdgivare och patient/brukare, med skyddet för patientens/brukarens integritet som hög prioritet. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) kompletterar PDL med mer konkreta anvisningar.

Inera är leverantören av NPÖ. Inera är ett företag som leds av en politisk styrelse och deras uppdrag är att koordinera landstingens och regionernas gemensamma e-hälsoarbete och utveckla tjänster till nytta för innevånare, vård- och omsorgspersonal samt beslutsfattare.

9.2 Syfte

Syftet med sammanhållen journalföring är att ge patienten/brukaren en så god och säker vård som möjligt, oavsett vart hen vårdas. Genom att ha tillgång till varandras journaler får vårdpersonalen en heltäckande bild av patientens/brukarens vårdhistorik och vårdbehov.

9.3 Vårdrelation

En förutsättning för att få ta del av dokumentationen är att det finns en aktuell vårdrelation. En vårdrelation finns när legitimerad personal antingen ansvarar för

ett vårdåtagande som avser patienten och planerar, utför eller följer upp aktivitet i förhållande till patienten/brukaren.

9.4 Ge information om sammanhållen journal och samtycke

- Informera patienten/brukaren om vad sammanhållen journal innebär. Lämna om möjligt och vid behov ut en informationsbroschyr.
- Patienten/brukaren ska få information om att **all legitimerad personal hos vårdgivaren** kan läsa information ur patientens journal som finns hos annan vårdgivare ansluten till NPÖ, under förutsättning att det finns en vårdrelation, ett behov och om patienten/brukaren gett sitt samtycke till att uppgifter hämtas via NPÖ.

9.5 Hämta samtycke

Ansvarig legitimerad personal frågar om samtycke vid inledningen av ny vårdrelation. En individuell bedömning ska göras om patienten/brukaren kan ta emot information och om ett samtycke kan efterfrågas.

9.6 Rutin när samtycke kan inhämtas

- Fråga patienten/brukaren om han/hon samtycker till inhämtande av information i sammanhållen journalföring
- Dokumentera i patientens journal i aktuellt journalsystem under lämplig sökord/rubrik att patienten/brukaren har fått information om sammanhållen journalföring och samtycker till att legitimerad personal får ta del av information som finns där. Kompletterande kommentarer kan vid behov också dokumenteras.
- Samtycket är tidsbegränsat och ska gälla högst ett år (12 månader), därefter ska samtycket omprövas. Ändra formuleringstexten och ange under vilken period samtycket gäller. Om patienten/brukaren lämnat samtycke ”tillsvidare” anges perioden till och med det datum som är 12 månader framåt i tiden från det att samtycket inhämtats.

Vid nedsatt beslutsförmåga

När en patient/brukare har nedsatt beslutsförmåga ska man alltid ta ställning till patientens/brukarens uppfattning om sammanhållen journalföring. Här kan anhöriga/närstående/legal företrädare vara till hjälp med upplysningar om patientens/brukarens inställning. Det är legitimerad personal som gör en professionell bedömning om patienten/brukaren skulle ha lämnat samtycke om beslutsförmåga hade funnits. Om frågor uppstår ta kontakt med MAS.

Avslut av samtycke

En patient/brukare kan när som helst välja att ändra ett tidigare beslut om samtycke. Samtycket måste då omgående avslutas och dokumenteras i journalen

under Allmänna uppgifter. Vårdgivaren är skyldig att informera patienterna om denna rättighet.

Avslut av en vårdrelation

I samband med att en vårdrelation avslutas (behovet upphör eller patienten/brukaren flyttar) ska datum för avslut/upphörande av samtycke dokumenteras. Dokumentera genom att ändra slutdatum för "Samtycke" så att det överensstämmer med avslutningsdatum för vårdrelationen.

Nödåtkomst

Om patientens/brukarens vilja inte kan fastställas och samtycke inte kan inhämtas, får direktåtkomst i sammanhållen journalföring endast ske om det finns en nödsituation (nödåtkomst) och vårdgivaren bedömer att journalinformationen kan antas ha betydelse för patientens liv och hälsa.

Exempel på när nödåtkomst ska användas, är när patientens samtycke inte kan inhämtas på grund av exempelvis medvetlöshet. Nödåtkomst gäller endast för en nödsituation och ska dokumenteras i journalen.

9.7 Användning av NPÖ

För att använda NPÖ krävs följande:

- Användaren är legitimerad personal.
- Användaren finns i HSA-katalogen och har blivit tilldelad ett medarbetaruppdrag med syfte vård och behandling.
- Användaren har ett SITHS-kort/eTjänstekort som används vid inloggning till NPÖ.

Kontroll av att samtycke inhämtats och gäller sker i direkt anslutning till användandet av NPÖ. Vid inloggning i tjänsten ombeds man intyga att gällande samtycke finns, för vilken period samtycket gäller samt att det finns en vårdrelation mellan användaren och patienten. Vid nödsituation kan man logga in i NPÖ via särskild inloggningsknapp för detta.

Kontroll av användning och loggar

Användningen av NPÖ loggas elektroniskt och kontroll av dessa loggar ska ske regelbundet, både slumpmässigt och riktat. Vid kontroll av loggar säkerställs att användaren haft en vårdrelation med patienten/brukaren enligt begreppet tillgänglig patient. Utan en motiverbar anledning får man inte ta del av information i NPÖ.

Ordförklaringar:

HSA - nationell katalogtjänst, är en elektronisk katalog som innehåller kvalitetssäkrade uppgifter om personer, funktioner och enheter i Sveriges kommuner, landsting och privata vårdgivare.

SITHS - Säker IT för Hälso- och Sjukvården är en tjänstelegitimation för både fysisk och elektronisk identifiering.

10 Nationella kvalitetsregister

En viktig del i hälso- och sjukvårdsansvaret är patientsäkerhetsarbete. I detta ingår att fortlöpande bedöma och analysera risker för att få kunskap om vilka åtgärder som ska vidtas för att undanröja risker för vårdrelaterade problem och skador, undvika negativa händelser och därmed kvalitetssäkra den kommunala hälso- och sjukvården. För att bättre följa upp och kvalitetssäkra vård och omsorg behövs relevant data som är registrerad på ett kvalitetssäkert sätt. Ett första steg är att få tillgång till uppgifter i kvalitetsregister.

Registrering i Nationella kvalitetsregister bedöms ingå i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete. Samtliga vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård på uppdrag av Förvaltningen för Liv och hälsa ska registrera i Svenska Palliativregistret och Senior Alert. Även kvalitetsregistren BPSD-registret och SweDem används i verksamheterna för kognitiva sjukdomar.

Hos personer som har omsorg och sjukvård från olika utförare ska dessa samverka för att säkerställa registreringen och kvalitetssäkring av vården. Rutiner för samverkan ska upprättas lokalt.

Senast inom fjorton (14) dagar efter det att den boende flyttat till ett särskilt boende i kommunen ska sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut initiera och vid behov ha genomfört riskbedömning angående fall, nutrition, trycksår, munhälsa och inkontinens.

Riskbedömningen ska därefter genomföras och följas upp minst en gång om året och alltid vid förändringar i patientens hälsotillstånd.

Information ska ges till den enskilde om syftet med registret och vilka uppgifter som registreras innan registrering sker. Informationen ska ges så att den enskilde kan ta ställning till ifall hon/han vill delta eller inte – ger sitt samtycke.

Personuppgifter får inte behandlas i ett nationellt kvalitetsregister, om den enskilde motsätter sig det. Närmare uppgift om vad informationen ska innehålla anges i Patientdatalagen (PDL 2008:355) 7 kap. 3 § resp. 8 kap. 6 §. Om vårdtagaren har svårt att förstå eller göra sig förstådd ska information lämnas vid medverkan av företrädare eller närstående.

Det krävs inget dokumenterat samtycke av den enskilde men den enskilde eller företrädare kan motsätta sig registreringen. Däremot kan personen inte motsätta sig arbetssättet och om den boende avböjer ska detta respekteras och dokumenteras.

Om den enskilde motsätter sig personuppgiftsbehandlingen sedan den påbörjats ska uppgifterna utplånas ur registret så snart som möjligt.

Senior alert

Registrering i Senior Alert syftar till att bedöma risker och arbeta förebyggande inom områdena fall, undernäring, trycksår ohälsa i munnen samt inkontinens. Detta medverkar till utvecklandet av nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller vården. Målet är att förebygga och främja hälsa hos de vårdtagare som befinner sig inom vård och omsorg. Registret omfattar medborgare, 65 år och äldre samt yngre med problematik inom de förekommande områdena, inom slutenvård, primärvård och kommunal vård.

Riskbedömningen sker genom evidensbaserade instrument som tillsammans med de evidensbaserade åtgärder som programmet föreslår medverkar till att skapa en gemensam struktur. Registret skapar förutsättningar för att kunna värdera en persons vårdepisod och jämföra olika enheters arbete med att förebygga risker. Data som matas in kan hämtas ut i olika typer av rapporter hos vårdgivaren. Genom att ta tillvara och använda insamlad data så kan verksamheten stärkas, förbättras samt utveckla vårdens kvalitet.

I Senior Alert ingår riskbedömningar fall, nutrition, trycksår, ohälsa i munnen och inkontinens.

Följande bedömningsmallar ska användas: Downton fall risk index (länk)

MNA-SF = Mini nutritional assessment
(screening - https://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_swedish.pdf)

Modifierad Nortonskala
https://plus.rjl.se/info_files/infosida35544/modifierad_nortonskala_for_bedomning.pdf)

ROAG = Revised Oral Assessment

Guide (länk)

Blåsdysfunktion (inkontinens),

NIKOLA (länk)

Information <https://plus.rjl.se/senioralert>

Resultatet av riskbedömningen ska dokumenteras och beskrivas kort under respektive sökord.

1) Downton fall risk index under förflyttning=förflyttning 2) MNA-SF under nutrition=viktuppehållande funktioner 3) Norton under hud=hudens skyddsfunktioner

4) ROAG under nutrition och 5) Inkontinens under elimination.

En vårdplan ska upprättas när det har identifierats en risk hos patienten/brukaren.

BPSD -registret

BPSD -registret har varit ett nationellt kvalitetsregister sedan 2010 och syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom.

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD, drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Förekomst av BPSD innebär en minskad livskvalité och för att nå framgång i behandlingen, krävs det förutom ett gott bemötande och en god omsorg, även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar. BPSD -registret kan vara ett stöd i denna process.

Att arbeta med BPSD-registret ger en bra struktur i omvårdnadsarbetet vilket kan bidra till:

- Ökad livskvalité för personen med demenssjukdom
 - Implementering av de nationella riktlinjerna
 - Personcentrerad omvårdnad samt ett gemensamt språk för personalen
 - Teamarbete och tydliga mål
-
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
 - Att tydliggöra vårdtyngden samt bidra till en verksamhetsutveckling

Innan start i BPSD -registret utbildas ett team från enheten. Det skrivs också ett avtal mellan enheten/verksamheten/kommunen och BPSD – registret.

Information <http://www.bpsd.se/>

Svedem

Kognitiva sjukdomar drabbar allt fler i takt med att befolkningen blir allt äldre. Varje år insjuknar ca 24 000 svenskar och idag beräknas ca 150 000 lida av någon typ av kognitiv sjukdom varav Alzheimer är den vanligaste. Osäkerheten om antalet drabbade är dock stor eftersom alla misstänkta fall inte utreds. Idag finns inte heller några rikstäckande data över utredning, behandling och uppföljning av patienter med dessa sjukdomar. SveDem syftar till att skapa ett sådant rikstäckande register.

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister som startade 2007. Syftet är att samla in data om personer med kognitiv sjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av personer med kognitiva sjukdomar i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med kognitiva sjukdomar.

Information <https://www.ucr.uu.se/svedem/om-svedem>

Svenska palliativa registret

Svenska Palliativregistret startade år 2005. Syftet med registret är att utveckla vården i livets slutskede. Intentionen är att utveckla ett strukturerat arbetssätt för att en värdig och välfungerande vård i livets slutskede ska tillförsäkras den döende. Registrering av palliativ vård ska bedrivas inom hela sjukvårdssystemet och i den kommunala omsorgen. Den enhet som har hälso- och sjukvårdsansvar, vårdplatsen/sängen där patienten avlider, ska registrera dödsfallet.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att samla information från alla yrkesgrupper som vårdat personen samt registrera när personen avlidit.

Patient eller anhörig behöver inte tillfrågas inför registrering.

Verksamhetsenkät för varje utförare uppdateras regelbundet av kommunens MAS på Svenska Palliativregisters hemsida.

Information <http://palliativ.se/>

10.1 Riktlinje för att förebygga och behandla undernäring

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för god livskvalitet, för att förebygga sjukdom, återvinna hälsa och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt. Rätt mat och näring är en viktig säkerhetsfråga i vård och omsorg.

Alla individer; friska, sjuka, unga och gamla har rätt att erhålla en adekvat, till individen och dennes tillstånd anpassad näringstillförsel.

Undernäring definieras som ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp.

Det är viktigt att notera att undernäring inte alltid är synlig, utan kan även förekomma vid övervikt och fetma.

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring ställs krav på att verksamheten har rutiner för att förebygga, upptäcka och behandla undernäring.

För personer med olika sjukdomstillstånd, funktionshinder eller pga. högre ålder har maten en extra stor betydelse för att bidra till god hälsa och livskvalitet. Ett bristfälligt näringstillstånd är det vanligaste och allvarligaste nutritionsrelaterade problemet i dagens omsorg. Ett bristfälligt näringstillstånd leder bland annat till nedsatt funktionsförmåga, långsammare rehabilitering, försämrad sårläkningsprocess, muskelsvaghet, ökad risk för infektioner samt andra komplikationer. Därför behövs rutiner för att identifiera individer som befinner sig inom riskzonen.

<https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/nutrition/nutrition/oversikt/>

Syfte

Om man i ett så tidigt skede som möjligt kan bedöma risken för och förebygga utvecklandet av undernäring har man kommit långt. Det är alltid lättare att förebygga än att behandla undernäring. Då undernäring nästan alltid förekommer tillsammans med sjukdom kan all personal vara extra uppmärksamma på individer med vissa kroniska sjukdomar eller funktionshinder. Orsakerna till undernäring kan dock vara många olika, därför måste alltid en bedömning göras utifrån den enskildes totala situation.

- Att säkerställa att de som bor på särskilda boendeformer i kommunen eller bor i ordinärt boende och har hjälp av hemtjänst får ett säkert omhändertagande när det gäller nutrition med inriktning på att motverka undernäring.
- Att ansvarsfördelning av hälso- och sjukvårdsinsatserna har tydliggjorts.

Ansvarsfördelning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

- Har övergripande ansvar för medicinsk kvalitet och säkerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården
- Ansvarar för att riktlinjer finns, följs upp och uppdateras kontinuerligt

Verksamhetschef/enhetschef inom omsorg samt hälso- och sjukvård

- Ansvarar för att det finns personal med både formell och reell kompetens för de uppgifter som verksamheten kräver, för att tillgodose kravet på hög patientsäkerhet.
- Se till att uppdaterade **lokala rutiner** finns för verksamheten för att uppmärksamma boende/brukare som är i riskzonen att utveckla undernäring.
- Ge förutsättningar att ansvaret mellan SoL-insatser och HSL-insatser fördelas och information överförs med stöd av vård- och omsorgsplanering eller teammöte.

Sjuksköterska

- Ansvarar för att erbjuda och genomföra riskbedömning för undernäring i Senior Alert i anslutning vid inflyttning eller när det finns behov för riskbedömning
- Följer upp och utvärderar nutritionsstatus enligt MNA-SF
- Uppmärksammar omsorgspersonalen på att observerar om de boende/brukare får sämre aptit. Preventiva åtgärder sätts in tidigt. Det är alltid lättare att förebygga än att behandla.

- Följer **lokala rutiner** för att uppmärksamma boende/brukare som är i riskzon att utveckla undernäring.
- Ansvarar för att informationsöverföringen till omsorgspersonalen fungerar och att omsorgspersonalen blir delaktiga i de planerade insatserna.
- Identifierar, bedömer och utreder nutritions- och ätproblem samt bedömer energi- och vätskebehov samt vilken kost som behövs.
- När nutritionen, matintaget (SoL) inte kan tillgodose den boendes/brukares behov av närings- och kaloriintag sätter in åtgärder – kontaktar dietisten alt. läkaren.
- När en boende/brukare får sväljningsproblem ska sjuksköterska ta över ansvaret och samordnar fortsatt vårdplanering med ex. logoped.
- Ansvarar för att upprätta, leda, samordna och kommunicera vårdplan för nutrition.
- Följer upp och beräknar dagligt intag med mat- och vätskeregistrering vid behov.

Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare informeras om boende/brukare som är i riskzonen för undernäring och tillser att den boende/brukare erhåller ordinerad nutritionsbehandling samt att all vårdplanering och omvårdnadsordinationer dokumenteras.

- Att nutritionsutredning genomförs när risk finns för undernäring. I utredningen ingår
 - riskbedömning med vikt och BMI och bedömning av faktorer som ofrivillig vikttnedgång och ätsvårigheter. Beroende på orsaker och risker utformas behandling och omvårdnadsåtgärder,
 - uppföljning sker utifrån den enskildes behov med instruktioner i vårdplan.
 - Handledning för nutritionsbedömning med MNA finns på länken https://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_swedish.pdf
 - Riskbedömningsinstrumentet ”Minimal Nutrition Assessment” (MNA-SF) finns på https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_swedish.pdf
- Att den boende/brukare och ev. anhöriga får individuell information och kunskap om matintag och kosthållning samt på vilket sätt nutritionsutredning och bedömning fortgår.

Boende/brukare tillsammans med anhöriga/närstående, om den boende/brukaren vill, ska vara delaktig i omvårdnaden. Den boendes/brukarens värderingar, rätt till

självbestämmande och integritet samt behov av information och delaktighet ska beaktas.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att all vård- och omsorgspersonal har information om den boendes näringstillstånd, aktuella nutritionsordinationer, stödjande åtgärder för ätande och målsättning med nutritionsbehandlingen.

Läkare

Läkaren har det övergripande medicinska ansvaret och ska inom ramen för detta ta ställning till om ofrivillig vikt förlust orsakas av medicinska faktorer som behöver utredas eller kan motverkas genom specifik medicinsk behandling.

Läkaren är ansvarig för bedömning och utredning av nutritionsproblem. Han/hon ska se till att den boende/brukaren har en näringstillförsel som är anpassad till den enskildes sjukdomstillstånd och behov.

Dietist

Om en dietist ska vara involverad i den boendes/brukares fortsatta vård så är det inom funktionsnedsättningsområdet primärvården som verksamheten ska vända sig till. Inom vård- och omsorgsboendet för äldre behövs dietistkompetens

Logoped är en viktig resurs i vården med boende/brukare som har sväljningssvårigheter och kontaktas enligt **lokala samverkansrutiner**.

Tandhygienist och tandläkare är viktiga resurser i vården för boende/brukare som behöver bedömning och har behov av munvårdsåtgärder.

10.1.1 Nutritionsstatus

Vid misstanke om eller konstaterande av nutritionsproblem ska nutritionsstatus upprättas av sjuksköterska. Nutritionsstatus innehåller följande;

Aktuell vikt och tidigare vikt

Den enskilde vet i många fall själv vad han/hon vägt tidigare i sitt liv, men ibland kan det vara svårt att få reda på uppgift om tidigare vikt, särskilt hos personer som inte haft mycket kontakt med sjukvården tidigare. Vad gäller äldre äldre kan man fråga hur vikten var när den enskilde var i 70-årsåldern. Omsorgstagare/brukare med kronisk sjukdom kan man fråga om hur vikten var före insjuknandet. Ibland kan man ha hjälp av tidigare journalanteckningar alternativt fråga anhöriga. Att erbjuda vikt vid inflyttning till ett särskilt boende/gruppboende eller vid de första HSL-kontakterna i ordinärt boende ger möjligheter till viss vikthistoria om nutritionsproblemen kommer framöver.

Beräkning av BMI och vikt förlust över tid

En person som hela sitt liv haft ett lågt BMI och är stabil i sin vikt behöver inte vara undernärmd, man får ta hänsyn till andra faktorer också. En person med ett högt BMI som ofrivilligt gått ned i vikt men fortfarande har ett normalt eller högt

BMI kan däremot ha undernäringssjukdom. Det är alltså viktigt att ta reda på om eventuell viktminskning vid övervikt eller fetma är ofrivillig eller avsiktlig. Även om en person i fråga är nöjd med en ofrivillig viktminskning bör orsaken utredas.

Sjukdom eller funktionshinder som kan medföra risk för undernäring

Såväl fysiska som psykiska sjukdomstillstånd kan orsaka nutritionsproblem. Kroniska sjukdomstillstånd bör man alltid vara observant på. Tillfälliga sjukdomstillstånd som exempelvis influensa kan ibland innebära början på en negativ spiral vad gäller nutritionen hos en äldre människa. Ibland behöver ingen sjukdom föreligga, vissa funktionshinder eller motoriska störningar kan medföra svårigheter att äta.

Operation eller läkemedelsbehandling

En operation medför en stor belastning för kroppen. Läkemedelsbehandlingen är energikrävande, och man bör vara i ett gott näringstillstånd redan innan operationen. I efterloppet efter en operation bör man som omsorgspersonal alltid vara uppmärksam på nutritionsrelaterade problem. En del läkemedelsbehandlingar kan orsaka biverkningar som t.ex. muntorrhet, illamående eller förstoppning. Vad gäller muntorrhet räcker det att man har många olika läkemedel för att biverkningen ska uppkomma; inget av de enskilda läkemedlen behöver då ha muntorrhet som specifik biverkan. Omfattande behandlingar som t.ex. cytostatika eller strålning bör uppmärksammas extra mycket.

Sår

Ett större sår, t.ex. ett trycksår, "läcker" en hel del energi och protein. Ju större såret är och ju mer det vätskar, desto större är förlusterna. Men det är viktigt att inte bara se de stora sår som en orsak till att se över energi- och näringsintag; även rodnaden på huden som inte bleknar vid avlastning kräver näring för läkning.

Nedsatt aptit och matleda

Nedsatt aptit och matleda kan vara såväl en direkt följd av sjukdom som en biverkan av behandlingen. Psykiska orsaker som nedstämdhet, oro och depression eller fysiska orsaker som inaktivitet kan också påverka lusten till mat. En utredning av orsakerna till aptitlöshet är viktig, ibland kan översyn av läkemedelsbehandling hjälpa.

Ätsvårigheter

Att mat lämnas kvar på tallriken kan vara ett tecken på tugg- och sväljsvårigheter hos en boende/brukare som själv inte har förmågan att tala om det. Var uppmärksam på om en viss konsistens på mat ofta lämnas kvar. Tugg- och sväljsvårigheter uppmärksammas ofta av personal på särskilt

boende/gruppboende som finns med vid måltidssituationen. Vid misstanke om tugg- och sväljsvårigheter bör en sväljutredning initieras via remiss av ansvarig läkare. I vissa fall kan hjälpmedel behövas i samband med måltid. Notera om besticken är svåra att greppa, om det föreligger problem att föra gaffeln eller skeden från tallrik till mun osv. Här kan arbetsterapeuter vara behjälpliga.

Munhållans kondition

Många äldre har kvar sina egna tänder i större utsträckning. Det finns många olika lösningar; implantat, bryggor och tandproteser. Vid vikttnedgång förlorar man muskulatur i hela kroppen, även i käkar och mun. Det kan göra att en tandprotes som tidigare fungerat bra inte längre sitter som den ska, att den glappar eller skaver och försvårar ätandet. Muntorrhet är vanligt i samband med läkemedelsbehandling, hemodialysbehandling och/eller stigande ålder. Vid muntorrhet finns en ökad risk att man även kan drabbas av svampinfektion, karies och andra besvär. Tandhygienisten är en viktig resursperson, som kan ge tips och råd vid muntorrhet och munvård.

Mag- tarmkanalens funktion

Illamående, kräkningar, förstoppning och diarré kan bero på många olika saker. Undernäring i sig, sjukdom eller läkemedel kan ligga bakom besvären.

Måltids- och kostvanor

Genom att göra en mat- och vätskeregistrering kan man få en bild av den enskildes mat- och måltidsvanor. I äldreomsorgens vård- och omsorgsboenden är det förhållandevis lätt att göra en mat- och vätskeregistrering; man har särskilda mattider, kostenhetens rätter är näringsberäknade och det finns tillgång till personal som kan fylla i matdagboken.

I bostäder med särskild service inom omsorg funktionsnedsättning kan det också vara lätt att föra matdagbok när det finns personal tillhands dygnet runt. Däremot är maträtterna sällan näringsberäknade, så resultatet ger mer en uppskattning av energiinnehållet och en bild av måltidsmönstret.

Kulturella, religiösa, etniska och sociala faktorer

Sorg över en anhörig eller nära vän som gått bort, ekonomiska förändringar eller byte av boende kan påverka lusten att äta. Möjligheten att få tag på exempelvis halalslaktat kött för en muslim eller mat som är kosher för en ortodox jude kan vara avgörande för näringsintaget. Olika kulturer och religioner har olika seder och bruk som man som vårdgivare bör vara bekant med.

10.1.2 Rutin sondmatning - enteral nutrition - genom PEG-sond

Läkare ordinerar sondinläggning och den flytande näring som ska användas. Ordinationen görs ofta i samråd med annan sjukvårdspersonal som dietist, logoped och/eller sjuksköterska. Matning genom sond ska normalt utföras av sjuksköterska.

Sjuksköterskan kan delegera arbetsuppgiften till befattningshavare som saknar formell kompetens men äger reell kompetens för uppgiften. Delegeringsbeslutet ska vara personligt, skriftligt och omvårdnadsansvariga sjuksköterskan förutsätts ha samrått med den medicinskt ansvariga läkaren. Det åligger sjuksköterskan att hos den boende/brukaren direkt instruera personalen i fråga om sondmatningens utförande och kontrollera att personen förstått instruktionerna. Se Socialstyrelsens författning SOSFS 1997:14. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utfärdar delegeringsbeslut enligt MAS rutin.

Sondmatning ska ordineras och dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Dokumentationen ska ge en överblick över den boendes/brukarens nutritionsproblem, behov och vilka åtgärder som vidtagits liksom resultatet av åtgärderna.

OBS! Om den boende/brukaren som ska sondmatas, samtidigt har intravasal kateter, epiduralkateter eller KAD får uppgiften inte överlåtas till omvårdnadspersonal genom delegering.

Sondnäringen ska ha samma energi- och näringsinnehåll som normalkost. Varje boende/brukare måste bedömas individuellt, allmäntillståndet och energibehovet avgör hur stor mängd sondnäring han eller hon behöver. Grundsjukdomen kan medföra krav på annan fett- eller proteinhalt.

Sondnäringen ska ha rums- till kroppstemperatur eftersom en snabb tillförsel av kall sondnäring framkallar obehag i mag- och tarmkanalen.

Sterila produkter

Färdigberedd kost i sin ursprungliga flaska/burk/påse.

- Öppnad förpackning kan förvaras i rumstemperatur i livsmedelsförråd.
- Öppnad förpackning ska förvaras i kylskåp och ska användas inom den tid som fabrikanten anger.
- Öppnad förpackning som stått i rumstemperatur i mer än fyra (4) timmar ska kasseras. Undantag är förpackningar som möjliggör matning i 24 timmar i slutet system. Se i övrigt fabrikantens rekommendationer.

Icke-sterila produkter

- Färdigberedda sterila produkter är att föredra framför icke sterila för att undvika föroreningar med bakterier.
- Icke sterila produkter kan vara produkter i pulverform som blandas i vatten. De ska konsumeras direkt. Maximal hängtid är fyra (4) timmar.

Skötsel av medicintekniska produkter i samband med enteral nutrition**Aggregat**

- Sondmatningsaggregat är sterilt engångsmaterial och byts efter varje matningstillfälle.
- Vid kontinuerlig näringstillförsel byts sondmatningsaggregatet minst en gång per dygn.

Sondmatningsspruta

- Sondspruta finns för både engångs- och flergångsbruk.
- Sondspruta för flergångsbruk ska rengöras efter varje användning i diskdesinfektor eller enligt tillverkarens anvisningar.
- Sondspruta för flergångsbruk ska efter rengöring vara torr inför nästa matningstillfälle.
- Sondmatningsspruta för flergångsbruk byts vid behov t ex när den blivit trög eller otät, repig eller missfärgad.

Sondmatningsteknik

Sondmatning kan ske kontinuerligt med aggregat eller under ett antal tillfällen under dygnet med aggregat. Tillför sondnäringen långsamt, hastigheten bestäms av den boendes/brukarens tolerans, hälsotillstånd och energibehov.

Att tänka på inför och under sondmatning

- Höj sängens huvudända cirka 30° om den boendes/brukarens tillstånd medger detta eller placera den boende/brukaren i höger sidoläge vid själva sondmatningen.
- Sondnäringen ska vara rumstempererad.
- Handdesinfektion är viktig vid allt arbete med sond, sondmatningsaggregat och sondnäring eftersom risken för att kontaminera sondnäringen är stor.
- Sondmata enligt det administreringssätt som är ordinerat.
- Medvetandesänkta boende/brukare, sängbundna boende/brukare utan normal sväljreflex och boende/brukare med tendens till ventrikelretention bör övervakas extra noga på grund av risken för reflux till matstrupen och aspiration.

Vätskebalans

Alla boende/brukare som inte kan äta och dricka själva måste övervakas på ett adekvat sätt så att vätskebrist eller vätskeöverskott inte uppkommer. Vätskelista ska alltid föras på den boende/brukare med sond. Anteckna alltid vilken kost som har givits, hur stor mängd samt klockslaget för givandet.

Den som gett sondnäringen ska signera utförd handling på signeringslista.

Kontrollera den boendes/brukarens vikt minst en gång per månad!

Läkemedel

Läkemedel som tillförs via sond eller motsvarande bör vara flytande beredningsformer eller vattenlösliga tabletter. Om läkemedlet bara finns i tablettform ska den ordinerande läkaren ta ställning till om ett annat läkemedel eller en annan beredningsform kan ordinerar.

Använd i första hand flytande läkemedel. Läkemedel i tablettform måste krossas noga och slammas upp i vatten innan de sprutas ner i sonden. Ge ordinerat läkemedel genom sonden enligt ordination -före, under eller efter sondmatningen. Spola sonden med vatten mellan varje läkemedel om flera olika läkemedel administreras efter varandra. Spruta minst 20 ml vatten i sonden efter läkemedelsadministreringen.

Omvårdnad

- Använd munvårdschema
- Hjälp den boende/brukaren med munhygien flera gånger per dygn
- Kontrollera noga att inte svamp - och beläggningar finns i munnen
- Inspektera runt katetern dagligen och var uppmärksam på eventuella tryck- och/eller infektionssymtom
- Rengör dagligen med tvål och vatten runt katetern eller knappen och under plattan
- Torka torrt med en ren handduk eller kompress
- Förband kan appliceras runt kateteringången för att hålla den torr
- Lägg ingen kompress under plattan om inte den boende/brukaren särskilt önskar det
- Om förband används, byt minst en gång per dag eller vid behov
- Spola katetern med 20-50 ml vatten efter varje måltid och efter läkemedelstillförsel eller enligt ordination. Anpassa mängden vatten till kateterns storlek och längd
- Spola katetern dagligen med 20-50 ml vatten när/om den inte används. Anpassa mängden vatten till storlek och längd

Om slangklämma används för att förhindra läckage, fäst då slangklämman på olika ställen varje gång för att skona katetern, gärna med en kompress under slangklämman för att eliminera risken för hål på katetern.

OBS!

För att undvika bakteriekontamination av sondnäring krävs strikta hygienrutiner. Var därför noga med handtvätt och handdesinfektion vid all hantering av sondnäringar och sondmatningstillbehör.

10.1.3 Rutin för total parenteral nutrition (infusion)

Inledning

Rutin för total parenteral nutritioners infusion gäller för sjuksköterskor och läkare inom vård- och omsorgsboenden, korttidsboende där det finns tillgång till sjuksköterska och LSS boendeenheter samt för socialpsykiatrins boendeenheter inom Tyresö kommun.

Syfte

Syfte och mål med denna rutin är att säkerställa en god och patientsäker vård. Ansvar och arbetssätt av total parenteral infusion sker huvudsakligen under vardagar mellan klockan 8:30 – 16:00. Läkaren har möjlighet att övrig tid ordinera parenteral infusion i specifika och vid akuta tillstånd. Sjuksköterskan verkställer ordinationen.

Läkaren ansvarar för att:

- Parenterala infusioner i första hand sker vardagar mellan klockan 08:30 - 16:00
- Infusionen ordinerar i perifert insatt central kateter (PICC) är en centralvenös infart.
- Infusionen ordinerar i perifert insatt central kateter (SVP) port a cath subkutan venport.
- Infusionen ordinerar i perifer venkateter (PVK) eller motsvarande.

Sjuksköterskan ansvarar för att:

- Tillsammans med läkaren planera och utföra parenteral infusion
- Påbörja verkställighet av ordination snarast under vardagar, 8:30 – 16:00
- Inspektera insticksställets utseende, kateterns externa längd, tillämpa basala hygienrutiner, förbereda omläggingsmaterial, förbereda infusioner, säkerställa med regelbundna kontroller och dagligen ta ställning av fortsatt behov.

Perifer venkateter - PVK

Använda PVK med stickskydd. Avlägsna när den inte längre behövs. För att minska risken för komplikationer ska PVK ligga inne, kortast möjliga tid.

Vid uppkommen vårdskada rapportera/skriva en avvikelserapport

I vårdhandboken finns vidare information:

<https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/nutrition/nutrition-parenteral/oversikt/>

10.2 Riktlinje för fallprevention och fallriskbedömning

Bakgrund

Fall är den vanligaste orsaken till att äldre skadar sig och konsekvenserna är ofta allvarliga. Forskningen visar att var tredje person som är 65 år eller äldre och bor i eget boende faller minst en gång per år. På särskilda boenden är frekvensen för fallincidenter det dubbla.

Många människor har genom hög ålder - äldre multisjuka med nedsatt allmäntillstånd - eller sjukdomstillstånd en ökad risk för fall och fallskador.

Det är viktigt att förhindra fallskador, främsta av den anledningen att minska lidandet för den enskilde men också för att minska kostnaderna för de konsekvenser som fallskador utgör inom hälso- och sjukvården.

För den enskilde blir ofta konsekvenserna efter ett fall allvarliga, både i form av ett ökat hjälpbehov, mindre självständighet samt ett personligt lidande. Fallprevention är en viktig fråga ur patientsäkerhetsperspektiv, på såväl individnivå som samhällsnivå.

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/vardskadecomraden/fallskador>
<https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/fallprevention/oversikt/>

Syfte

Syfte med denna riktlinje/rutin är att tillsammans med Senior Alert ska vara en vägledning och stöd i arbetet med **fallförebyggande** åtgärder samt klargöra ansvarsfördelningen av det förebyggande arbetet samt åtgärder då någon **har fallit**. Riskbedömning görs främst för att identifiera individer med fallrisk men bedömningen ökar också personalens medvetenhet och arbetssätt samt öka den enskildes medvetenhet om risker för att falla.

Mål

Målsättningen är att reducera och förebygga antalet fall och fallskador inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Definition - Fall

”En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller ej.” www.vardhandboken.se

Det innebär att det inte bara är när någon snubblar eller halkar som anses som fall, utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol.

Fallskada som vårdskada

Fallskada betraktas idag som en vårdskada (Patientsäkerhetslagen 2010:659) och ska anmälas som en avvikelse. Definition av en vårdskada: ”Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”.

Metod/genomförandet

Senast inom 14 dagar efter att en person som är över 65 år har flyttat till särskilt boende ska sjuksköterska erbjuda riskbedömning angående fallolyckor. Om den enskilde avböjer ska detta respekteras och dokumenteras. Även personer under 65 år kan och ska erbjudas fallförebyggande åtgärder om det finns behov av detta. Metoden som används är **Downton fall risk-index** och genomförs i Senior alert. När den enskilde blivit bedömd som risk för fall ska sjuksköterskan tillsammans med den enskilde och berörd personal gå igenom riskbedömning och vidta åtgärder som sedan dokumenteras i boendes vårdplan.

<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/forhindrafallskador>

Ansvarsfördelning

Verksamhetschef/enhetschef ansvarar för att verksamheten erbjuder god och säker vård. I detta ansvar ingår att följa riktlinjer och rutiner för den enskildes omvårdnad samt att skapa förutsättningar för att insatserna samordnas.

Omsorgspersonalen ansvarar för att kontakta legitimerad personal i samband med en fallincident, samt att aktivt delta i fallpreventionsarbetet enligt gällande **lokal rutin**. Vid fall eller uppmärksammas fallrisk ansvarar de för att gå igenom och åtgärda riskfaktorer i samråd med den enskilde och anhörig/närstående.

Fysioterapeuten, arbetsterapeut och sjuksköterska ansvarar för att bedöma, planera/samplanera vid behov, genomföra, utvärdera och dokumentera specifik rehabilitering respektive omvårdnad. I den legitimerade personalens och i omsorgspersonalens ansvarsområde ingår att planera och utföra systematiska riskbedömningar för fall.

Riskidentifiering, planering och genomförande av fallförebyggande åtgärder

Den enskilde ska, oavsett boendeform, erbjudas riskbedömning vid nyinskrivning i kommunens hälso- och sjukvård samt vid förändrat allmäntillstånd.

Den legitimerade personalen utför riskbedömning, planering och genomför fallförebyggande åtgärder enligt kvalitetsregistret *Senior Alerts* arbetssätt samt dokumenterar i omvårdnadsjournalen. En individuell hälsoplan upprättas av aktuell yrkeskategori som ska innehålla; utredning/bedömning, hälsobedömning, ordination, uppföljning och utvärdering.

Den enskilde och anhöriga/närstående ska göras delaktiga i planeringen och genomförandet av aktuella åtgärder.

Individuella åtgärder skall kompletteras med generella åtgärder

En förutsättning för optimal fallpreventiv effekt är att individuella åtgärder också kompletteras med generella åtgärder.

Sammanfattningsvis består dessa av:

- Regelbunden utbildning av all vårdpersonal om fallrisk och fallskadeprevention
- Fortlöpande prevention och behandling av eventuella vårdkomplikationer som kan medföra en ökad fallrisk, t.ex. urinvägsinfektion och förvirring
- Översyn av boendemiljön

Downton Fall Risk Index

Downton Fall Risk Index i Senior alert är en metod där ett antal riskfaktorer summeras, varje faktor ger en poäng. Mer än 3 poäng indikerar ökad fallrisk.

Följande faktorer ingår:

- Tidigare känd fallolycka
- Lugnande läkemedel eller sömnmedel
- Vattendrivande läkemedel
- Blodtrycksänkande läkemedel
- Antiparkinson-läkemedel
- Antidepressiva läkemedel
- Övriga läkemedel
- Måttlig till kraftig synnedsättning
- Måttlig till kraftig hörselnedsättning
- Nedsatt motorik
- Patienten är inte orienterad till namn, plats eller tid
- Osäker gångförmåga

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister där vårdtagare registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat. Observera att vårdtagaren ska informeras om registreringen samt att det krävs samtycke för att registrera en vårdtagare i Senior Alert.

Uppföljning av riskbedömning

Uppföljning av fallriskbedömningen ska göras kontinuerligt var 6:e månad. Vid förändrat hälsotillstånd ska uppföljning alltid göras.

Analys av fall och fallskador ska följas upp i verksamheten regelbundet t.ex. vid teammöten.

Registrering/avvikelse

All personal har skyldighet att rapportera avvikelser. Vid upptäckt fall ska alltid fallrapport fyllas i avvikelsemodulen i aktuellt journalsystem enligt MAS riktlinjer för avvikelsehantering av den person som upptäcker fallet. Vid behov använder de olika professionerna fallrapporten som grund för analys av fallolyckan. Finns tidigare fall, synligt fallmönster, tecken på akut sjukdom eller läkemedelsbiverkan som orsakat fallet etc.

Sammanställning av fallrapporter och fall rapporteras enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet och redovisas årligen i patientsäkerhetsberättelsen.

[Vårdhandboken - fall](#)

Blankett 10.2 Fallriskbedömning Downton Fall Risk Index

11 Riktlinje för trycksårsprevention och upprättande av riskbedömning

Bakgrund

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska vård bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Det innebär att vården ska vara av god kvalitet, vara lättillgänglig och tillgodose enskildes behov av kontinuitet och säkerhet.

Enskildes behov av förebyggande behandling i syfte att förhindra trycksår ska betraktas på samma sätt som annan hälso- och sjukvård. Därför har den förebyggande vården samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering och uppföljning som inom andra hälso- och sjukvårdsområden.

Ett trycksår kan utvecklas snabbt och orsaka stort lidande. Det förebyggande arbetet är därför mycket viktigt.

Varje verksamhet som vårdar boende/brukare med risk att få trycksår ska ha **lokala rutiner** för att så snart som möjligt bedöma risken och vilka åtgärder som bör sättas in.

Definition

Ett trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligen över benutskott, som ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv (vävnadsförskjutning).

Trycksår som vårdskada

Trycksår betraktas idag som en vårdskada (Patientsäkerhetslagen 2010:659) och ska anmälas som en avvikelse. Definition av en vårdskada: ”Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”.

Prevention

Trycksår förebyggs genom att identifiera riskpersoner, undervisa och uppmuntra den enskilde

till aktivitet, tryckavlastning som t.ex. viloställning samt tillgodose den enskildes behov av vätska, näring och hudvård.

Det ska upprättas en individuell dokumenterad vårdplan för alla patienter som löper risk att utveckla trycksår och som har eller har haft trycksår. Planen ska innehålla dokumentation av vilka tryckavlastande hjälpmedel som ska användas för den enskilda patienten samt hur patientens riskfaktorer ska korrigeras.

Trycksårsprevention är ett teamarbete.

- Riskbedömning enligt modifierad Nortonskalan. Riskbedömningen ska göras i anslutning av inflyttning till vård- och omsorgsboendet, samt vid förändring i hälsotillstånd. Uppföljning av riskbedömningen ska göras var 6 månad. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Syfte

Syftet är att förebygga trycksår i samband med vård och omsorg.

Mål

Målet är att alla boende/brukare med risk för trycksår identifieras, inga trycksår ska utvecklas och förekommande trycksår ska förbättras och läka.

Vid uppföljningar av hälso- och sjukvården framkommer det att det förekommer trycksår av olika slag på de flesta vård- och omsorgsboenden. En del har uppkommit på enheten och andra har uppstått på annan enhet som akutsjukhus, hemmet eller annat boende. Riskbedömning ska göras enligt **modifierad Nortonskala, blankett 10.3**, och dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Alla iakttagelser och ställningstaganden till vilka åtgärder som ska vidtas ska dokumenteras.

<https://www.varldhandboken.se/vard-och-behandling/hud-och-sar/trycksar/riskbedomning>

Vårdplan

- En vårdplan med rubriker som problem, mål, åtgärder, uppföljning och resultat ska upprättas efter riskbedömning.
- Vilket datum såret upptäcktes ska framgå av vårdplanen samt en noggrann beskrivning av dess utseende.
- Trycksåret ska helst dokumenteras och följas upp med fotografi.

Gradering av trycksår

För att man ska kunna bedöma svårighetsgraden av ett trycksår så kan trycksåren graderas enligt en skala 1-4:

- Kategori 1 = Hel hud med lokaliserad rodnad som inte bleknar vid tryck. Andra tecken såsom missfärgning av huden, värmeökning, ödem och förhårdnad av huden kan också indikera tryckskada.
- Kategori 2 = Delhudsskada i epidermis. Såret är ytligt och kan ses som en blåsa eller en avskavning av huden.
- Kategori 3 = Fullhudsskada som även omfattar skada på, eller nekros av subkutan vävnad och som kan nå ner till, men inte genom, underliggande fascia.
- Kategori 4 = Omfattande vävnadsskada, fullhudsskada, nekros eller skada på muskel-, ben- eller stödjevävnad med sårkaviteter.

Ansvar

Enhetschef ansvarar för att

- att omvårdnadspersonal/stödassistenter har kunskap om hur trycksår förebyggs och behandlas
- att kunskap finns om hjälpmedel, riskbedömning, behandling och utvärdering.

Sjuksköterskan ansvarar för att

- göra riskbedömning med bedömningsverktyget modifierad Nortonskala
- sätta in akut avlastande åtgärder
- förskriva tryckavlastande antidecubitusmadrass
- sårvård

- kontakt tas med arbetsterapeut/fysioterapeut för utprovning av avlastande hjälpmedel
- läkarkontakt tas vid behov av utredning, behandling samt ordination av smärtstillande
- ge handledning och instruktioner till omvårdnadspersonal/stödassistenter för att förebygga och behandla trycksår, t.ex. vändschema
- dokumentera trycksårsprevention i journal genom t.ex. vårdplan

Arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut ansvarar för att

- se till att den boende/brukaren blir informerad och instruerad om de hjälpmedel som kan bli aktuella för de preventiva eller behandlande åtgärderna.
- prova ut och förskriva adekvata tryckavlastande hjälpmedel såsom t.ex. sittdynor
- informera och instruera omsorgspersonal
- initiera mobiliserande aktiviteter
- att dokumentera bedömningar, ordinerade åtgärder och uppföljningar

Omsorgspersonal ansvarar för att

- följa rutiner för riskbedömningar och preventiva åtgärder
- att vara uppmärksam på hudförändringar, t.ex. i samband med personlig omvårdnad
- arbeta enligt vårdplan
- hålla patientansvarig sjuksköterska underrättad om den boendes/brukarens status

Avvikelse rapportering

- All personal har skyldighet att rapportera avvikelser som vid upptäckt trycksår och var det uppstått samt vilken grad de har och ska rapporteras i avvikelssystemet enligt MAS riktlinjer.
- Sammanställning av trycksår rapporteras enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet och redovisas årligen i patientsäkerhetsberättelsen.
-

11.1 Riktlinje gällande inkontinens, blås- och tarmfunktionsstörning

Bakgrund

I hälso- och sjukvårdslagen står att all vård ska vara av god kvalitet samt tillgodose brukarnas/patientens behov av trygghet i vården och behandlingen samt att kommunen ska erbjuda de förbrukningsartiklar som behövs vid urininkontinens,

urinretention och tarminkontinens. Möjligheten att klara av dagliga toalettbesök samt att kunna välja när, var och hur toalettbesöket ska genomföras är en grundläggande rättighet. Dessa förbrukningsartiklar får förskrivas av läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen förklarat behörig. Rätten att förskriva inkontinensprodukter har sjuksköterskor med adekvat utbildning och kompetens.

Inkontinens

Inkontinens innebär oförmåga att kontrollera urin (urininkontinens) eller avföring (avföringsinkontinens). Ett ofrivilligt läckage som är objektivt påvisbart och som utgör ett socialt eller hygieniskt problem för individen.

Orsakerna till inkontinens kan vara flera. Den vanligaste orsaken är en försvagad bäckenbotten-muskulatur, något som naturligt försvagas med åldern. Andra orsaker till inkontinens kan vara nedsatt fysisk rörlighet, medicinsk eller neurologiska åkommor, urinvägsinfektioner, att östrogenmängden minskar i samband med klimakteriet, graviditet och efter förlossningen, övervikt etc. Inkontinens kan förhindras, lindras eller botas om personal inom vård och omsorg är lyhörd för problemet, ger förebyggande information och har kunskap om vilka möjligheter till utredning, behandling och hjälpmedel som finns. Läckagemängden eller läckagefrekvensen behöver inte vara avgörande för det obehag eller den minskade livskvalitet som en person kan uppleva.

Förskrivning av produkter ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har reell och formell kompetens inom inkontinensområdet. För att garantera brukare/patienterna optimal omhändertagande krävs förmåga hos förskrivaren att utesluta behandlingsbara orsaker samt kunskap om behandling som eventuellt kan reducera behovet av produkter. Förskrivaren bör hålla sig väl förtrogen med utvecklingen inom inkontinensområdet vad gäller vård och behandling samt ha kunskap om upphandlade förbrukningsartiklar.

På www.vardhandboken.se finns mer information om de olika typerna av inkontinens

I anslutning vid inflyttning till vård- och omsorgsboende är det viktigt att tidigt uppmärksamma eventuell inkontinensproblematik och i teamet se över åtgärder.

Syfte och mål

Syfte är att den enskilde individen ska ha ett individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel.

Det övergripande målet är att säkerställa kvalitetskraven och ge bästa möjliga livskvalitet för den enskilde som har blåsdysfunktion genom att få sina problem

utreda. Det är viktigt att erbjuda den enskilde utredning av besvären så åtgärder kan sättas in. Det ökar den enskildes livskvalitet, minskar risken för komplikationer och minskar samhällskostnaderna.

Utredning och metod

Basal utredning innebär en bedömning av inkontinensproblematik och efterföljs av förebyggande åtgärder samt uppföljning. Basalutredning syftar till att identifiera bakomliggande orsaker till urinläckaget. Utredningen individanpassas och etiska avgöranden görs gällande omfattning av utredningen. Utredningen genomförs av sjuksköterska i samverkan med den enskilde samt övrig personal. Behövs en utförligare medicinsk bedömning och utredning kontaktas ansvarig läkare.

Basal utredning syftar till att

- påvisa inkontinens, t.ex. läckagemätning
- fastställa sannolik typ av inkontinens
- ta ställning till behandlingsmål samt
- erbjuda lämplig behandling t.ex. bäckenbottenträning, prova lämpliga läkemedel.

Sjuksköterska med forskrivningsrätt ansvar för att

- kontakt tas med läkare när utredning saknas eller när problematiken förändras så ny läkarbedömning behövs med anamnes och status
- ordinera och utvärdera toalettassistans
- handleda och instruera den boende/brukare, närstående eller personal om behandling och hjälpmedel
- handleda i hygienfrågor
- dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournal, upprätta en vårdplan efter utredningen
- arbeta för en effektiv och ekonomisk hjälpmedelsförskrivning
- bedöma, utprova, förskriva och utvärdera hjälpmedel
- följa upp kateterrelaterad omvårdnad

Sjuksköterska som inte har forskrivningsrätt ansvarar för att:

- kontakt tas med läkare när utredning saknas eller när problematiken förändras så ny läkarbedömning behövs med anamnes och status
- verka för goda toalettvanor för den boende/brukare
- ordinera och utvärdera toalettassistans
- handleda i hygienfrågor
- dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournal, upprätta en vårdplan efter utredningen
- handleda och instruera den boende/brukare, anhörig/närstående eller personal om behandling och hjälpmedel

- kontakt tas med förskrivande sjuksköterska när hjälpmedel behövs eller behöver omprövas
- följa upp kateterrelaterad omvårdnad

Omsorgspersonal ansvarar för att:

- kontakt tas med sjuksköterska när den boende/brukaren får inkontinensproblem eller när problemen har förändrats
- goda toalettvanor upprätthålls
- utföra ordinerade behandlingar
- medverka vid utprovning av hjälpmedel
- påtala behov av beställning till förskrivare
- stödja, lyssna och uppmuntra brukaren/patienten
- dokumentera enligt sjuksköterskans instruktion

Checklista för utredning och blanketter för mätning finns på:

<http://nikola.nu/kvalitetsprogram/vuxen-blasa/utreda-vuxen-blasa>

Efter utredning ska diagnos, mål, åtgärder och planerad uppföljning beskrivas i en vårdplan.

Blåsdysfunktion ingår i Senior Alert. En standardiserad blankett arbetades fram med hjälp av nationellt kunskapsunderlag för inkontinens (Socialstyrelsen, 2012).

Blankett 10.4 NIKOLA

Länk: <http://plus.rjl.se/senioralert> - Blåsdysfunktion/inkontinens

Dokumentation, uppföljning och överrapportering

Utredning, åtgärd, behandling och utprovning samt förskrivning av inkontinenshjälpmedel ska kontinuerligt utvärderas och dokumenteras i patientens journal. Vid kateterbehandling anges indikation, behandlingstid, ordinator, typ av kateter och hjälpmedel som provats ut samt skötselanvisningar, vårdplan.

Uppföljning och utvärdering mot uppsatta mål i en vårdplan är väsentliga delar i förskrivningsprocessen. Genom att dra slutsatser kan bland annat nya åtgärder för patienten vidtas och ny kunskap utvecklas.

När en brukare/patient byter vårdform, behandlare eller vårdgivare bör överrapportering ske skriftligt. Rapporteringen ska innehålla vilken utredning som är utförd, vilka sorts inkontinenshjälpmedel som är utprovat och förskrivet.

Kateterbehandlingar ska ordinerar av läkare och överrapporteras skriftligt.

Ansvar verksamhetschef

Verksamhetschefen ansvarar för att utse den/de legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som har rätt att bli kontinensansvarig/förskrivare av förbrukningsartiklar vid vissa inkontinensstillstånd. Antalet legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal med förskrivningsrätt anpassas efter verksamhetens beskaffenhet och storlek inom den kommunala hälso- och sjukvården för äldre och omsorg. Verksamhetschef meddelar dessa utsedda kontinensansvarig/kontinensansvariga och förskrivare årligen till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Utprovning och förskrivning

Ordination av produkter vid urininkontinens och urinretention ska föregås av noggrann bedömning och utredning av bakomliggande orsaker. Detta görs i samråd med omvårdnadspersonal/kontaktman och ibland även med arbetsterapeut eller fysioterapeut samt medicinskt ansvarig läkare. Produkterna ska vara individuellt utprovade och förskrivas vid fortlöpande behov. Grundlig utprovning krävs för att kunna välja rätt inkontinenshjälpmedel. Det är viktigt att boende/brukaren är delaktig vid utprovning och utvärdering. Endast personal med förskrivningsrätt får skriva hjälpmedelskort eller e-recept. Detta likställs vid att skriva recept.

Förskrivningen med bakgrundsfakta, medicinsk diagnos/orsak till inkontinensen och uppföljning ska dokumenteras i patientjournalen samt att en uppföljning av förskrivningen alltid ska ske inom rimlig tid.

Kvalitetssäkring

För att göra en säker individuell bedömning och för att följa hälso- och sjukvård ska inkontinens-hanteringen kvalitetssäkras. Kvalitetssäkringen ska ske enligt Socialstyrelsens rekommendationer och med hjälp av produkternas kvalitetssäkringsprogram.

Hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och ansvar

Tredje kapitlet §8 (SOSFS 2008:1) den hälso- och sjukvårdspersonal som ska använda och hantera medicintekniska produkter ska ha

- kunskap om produktens funktion
- risker vid användning
- hantering av produkterna
- vidta åtgärder för att begränsa en vårdskada när en avvikelse inträffat

11.2 Munhälsovård och uppsökande verksamhet

Inledning

Enligt tandvårdslagen ska regionen (f.d. landstinget) svara för att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård handhas till de grupper som är berättigade till detta.

Alla som har rätt till uppsökande verksamhet har också rätt till nödvändig tandvård efter att erhållit ett tandvårdsstödsintyg.

Berättigade till tandvårdsstödsintyg är:

- personer som omfattas av Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- personer med ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Sjuksköterska vid vård- och omsorgsboende för äldreboende eller inom LSS-verksamheter identifierar de personer som omfattas av uppsökande verksamhet och utfärdar ett tandvårdsstödsintyg om personen inte haft det tidigare. Samtidigt erbjuds personen en årlig avgiftsfri munhälsobedömning. Om den berättigade tackar nej kommer ett nytt erbjudande året därpå. Vid munhälsobedömningen kommer en tandläkare eller tandhygienist hem till den berättigade.

Vid det här tillfället ska personal vara med.

Landstinget har avtal med olika utförare av munhälsobedömningar. Det är endast den utförare som

har avtal inom respektive kommuns geografiska område som ska anlitas.

Tandläkaren/tandhygienisten bedömer munhåla, tänder och tandersättningar samt det dagliga

behovet av munvård. Samtidigt ges instruktioner om daglig munvård som ska följas.

Om munhälsobedömningen visar att nödvändig tandvård behövs bokas tid hos valfri tandläkare

eller tandhygienist. Om den berättigade inte har en egen tandläkare eller tandhygienist, kan den

som utför munhälsobedömningen även utföra nödvändig tandvård.

Behörighet till personal som utfärdar tandvårdsstödsintyg i Symfoni erhöles via kommunens MAS.

Allmänt om munhälsa

Munhälsan är en del av hälsan. En god munhälsa är en viktig faktor för varje människas välbefinnande och livskvalitet. En frisk munhåla underlättar en fullvärdig nutrition där förmågan att tugga och svälja samt uppleva smaker är viktiga funktioner för den enskildes välmående.

En lokal rutin ska upprättas vid inflyttning till vård- och omsorgsboende/LSS-gruppboende där det framkommer följande:

- vem utfärdar tandvårdsstödsintyg
- sjuksköterskan genomför munhälsobedömning enl. ROAG i Senior Alert eller anvisad blankett
- en vårdplan där det beskrivs av hur daglig skötsel och inspektion av munhålan samt uppföljning ska ske för de patienter/brukare som behöver hjälp med sin mun- och tandvård

Mun- och tandvård

Patienten ska själv i möjligaste mån sköta sin munvård, om det behövs med stöd av

vårdpersonalen. Ibland måste dock omvårdnadspersonalen ta hela ansvaret, till exempel om patienten/brukaren har en funktionsnedsättning eller är svårt sjuk. Tänk också på att personer som inte själva kan förflytta sig eller lyfta armarna kan behöva hjälp för att skölja munnen då och då, särskilt efter en måltid.

Vissa patienter/brukare sköter sin munvård själv men det finns ett stort antal personer som inte klarar detta längre men av integritetsskäl har svårt att ta emot hjälp. Omsorgspersonalen ska därför regelbundet fråga patienten/brukaren hur det känns i munnen och vara extra uppmärksam på om personen ändrar sitt sätt att äta exempelvis vägrar äta eller reagerar onormalt på kall och varm mat eller dryck.

Munvården måste ses som en del av vården och ingå i den dagliga rutinen. Att hjälpa en person med munhygien bygger på ett stort förtroende där personens egna önskemål är det centrala. Personalen ska uppmuntra de boende/brukare till egen aktivitet och stödja den på samma sätt som all annan daglig verksamhet och utöka hjälpen gradvis när behovet ökar.

Munvården ska följas upp regelbundet så att man i tid kan upptäcka ett ökat hjälpbehov. Aktuell munstatus ska finnas i omvårdnadsjournalen.

Problem i munhålan

Behovet av god munhygien ökar när kroppens eget försvarssystem är nedsatt. Det gäller exempelvis vid sjukdom, särskilt om den är långvarig, eller i samband med behandling som påverkar personens egna försvarsfaktorer negativt.

Det kan ibland vara svårt, både ur teknisk och etisk synvinkel, att upprätthålla en god munhälsa i samband med vård av personer med funktionsnedsättning, demenssjukdom, palliativ vård och vård i livets slutskede. I dessa fall måste den samlade kompetensen i teamet kring den enskilde användas.

När man blir äldre uppstår det förändringar i munhålan som inte är kopplat till sjukdom utan orsakas av det normala åldrandet. Dessa förändringar kan dock medföra ökad mottaglighet för att utveckla sjukdom. Därför är det viktigt att en munhälsobedömning utförs regelbundet.

Vanligt förekommande problem är

- Läkemedelsbehandlingar med antikolinergika, antibiotika, cytostatika etc.
- Svampinfektioner
- Sprickor i munvinklar
- Nedsatt salivation
- Trasiga tänder, proteser och bryggor
- Tandköttsinflammation och tandlossning
- Sämre passform

ROAG-J – inklusive förslag till förebyggande åtgärder

ROAG-J (Revised Oral Assessment Guide – Jönköping) är ROAG kompletterat med förslag på förebyggande åtgärder som vård- och omsorgspersonal själva kan göra samt vad som bör remitteras till läkare/tandvård.

Blankett 10.5 Riskbedömning munhälsa enl. ROAG

Med hjälp av ROAG-J kan munhälsoproblem inom vård- och omsorg identifieras med god systematik. En stor fördel med instrumentet är att det skapas ett gemensamt språk för alla berörda.

Målet är att fler äldre inom vård och omsorg ska få en ROAG-bedömning och att munhälsan blir en naturlig del av omvårdnaden. Allt för att förbättra både munhälsan och allmänhälsan hos äldre och sjuka.

Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård

Uppsökande verksamhet

1999-01-01 infördes ett ekonomiskt stöd för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård i samband med sjukdom och funktionsnedsättning. Det innebär att den som omfattas av tandvårdsreformen får lägga sin tandvårdskostnad till högkostnadskortet för hälso- och sjukvård.

- Kommunen ansvarar för att identifiera de som ska ingå i personkretsen och erbjuda möjligheten till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård
- Landstinget ansvarar för att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård erbjuds alla som enligt tandvårdslagen och -förordningen omfattas av stödet

De personer som har rätt till uppsökande verksamhet ska skriftligen erbjudas **en avgiftsfri munhälsobedömning per år**. Den berättigade vårdtagaren ska också skriftligen acceptera eller avböja detta erbjudande. Erbjudandet förvaras bland vårdtagarens övriga handlingar t ex omvårdnadsjournal etc. Den vårdgivare som lämnat erbjudandet ansvarar också för att det skriftliga svaret samlas in och kontaktar därefter tandhygienisten/tandläkaren som i sin tur tar kontakt med boendet och bokar tid för munhälsobedömningen.

Nödvändig tandvård

De personer som bedöms ha rätt till uppsökande verksamhet har också rätt till nödvändig tandvård för samma avgift som för öppen hälso- och sjukvård. För att få nödvändig tandvård ska vårdtagaren ha ett ”Intyg om rätt till nödvändig tandvård”. Intyget utfärdas av behörig utfärdare. Utfärdaren ska vara väl insatt i vårdtagarens behov av vård och omsorg.

Munhälsobedömning är inte en förutsättning för att en person ska få nödvändig tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Dels kan munhälsobedömning inte hunnit bli genomförd innan behovet av nödvändig tandvård uppstått, dels kan individen ha valt att avstå från munhälsobedömningen. Däremot ska det alltid anges på intyget om vårdtagaren tackat ja eller nej till en munhälsobedömning.

Nödvändig tandvård innebär att tandläkare eller tandhygienist utför den tandvård som behövs för att man ska kunna tugga och tala på ett bra sätt och att man får hjälp med tandvård som förebygger sjukdomar i munnen. Vilken tandvård som kan bli aktuell avgörs i varje enskilt fall beroende på allmäntillstånd, tandhälsa och möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen. Den person som är berättigad till nödvändig tandvård har rätt att välja tandvårdsföretag.

Målgrupper som har rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård

Enligt Tandvårdslagen ska den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården bedrivas bland personer som

- bor i boenden där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvaret
- får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)
- bor i eget boende och har ett mycket stort behov av vård och omsorg en stor del av dygnet
 - omfattas av Lagen om stöd och service åt vissa funktionshindrade (LSS 1993:387)
- har psykossjukdom eller annan psykisk störning som varat längre än ett år

Tandvårdsintyget utfärdas av kommunens biståndshandläggare, chef/sjuksköterskor vid vård- och omsorgsboendet för äldre, LSS-handläggare, eller läkare inom psykiatri. Den som skriver intyg ska vara registrerad som intygsskrivare hos tandvårdsstödsenheten via Symfoni.

Intyget

Intygshelfaren registrerar intyget via en webbsida, <https://tandvard.sll.se/start/>, därefter skickas intyget från Tandvårdsstödsenheten till personens folkbokföringsadress eller annan adress som angetts i ansökan.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS ansvarar för att patienterna/brukarna får en säker, ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet samt utfärdar riktlinjer för en god munhälsövård och följer upp riktlinjerna i verksamheten.

MAS är kontaktperson gentemot Tandvårdsstödsenheten och lämnar information om handläggare som ska utfärda tandvårdsintyg.

Verksamhetschef

I ansvaret ingår

- samarbete och samverkan med SLL tandvårdsenheten och aktuellt tandvårdsföretag för uppsökande verksamhet
- avgöra vilka som är berättigade till tandvårdsstödet och förmedla erbjudanden till dessa om munhälsobedömning årligen
- ansvara för förberedelser vid nödvändig tandvård
- säkerställa att all omvårdnadspersonal genomgått munvårdsutbildning

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS)

OAS ska utifrån sitt hälso- och sjukvårdsuppdrag erbjuda en årlig munhälsobedömning med början när en boende flyttar in på ett särskilt boende. Bedömningen rubriceras som Riskbedömning -munhälsa (ROAG i Senior Alert – Blankett 10.5) och ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

OAS ansvarar för att patienten blir erbjuden en munhälsobedömning av tandläkare/ tandhygienist. När patienten tackar ja ska även ett samtycke om överlämnande av information avseende aktuella läkemedel och hälsotillstånd inhämtas. Sjuksköterskan ska dokumentera i journalen om patienten/brukaren accepterat eller avböjt munhälsobedömningen och om informationen får lämnas ut.

Enhetschefen ansvarar för att

- i samverkan med tandvårdsföretaget planera för personalens munvårdsutbildning
- det vid behov finns personal närvarande vid munhälsobedömning
- inför nödvändig tandvård, vid behov, stödja vårdtagaren
- bjuda in tandhygienist till personalträffar för att ge all personal grundläggande kunskaper om munvård
- munvård ingår i introduktionen av nyanställd personal och vikarier

Omvårdnadspersonalens ansvarar för att

- de som behöver hjälp får stöd i den dagliga munvården
- kontakta sjuksköterskan om de upptäcker brister i den boendes munhälsa
- skriva avvikelser vid brister i den dagliga munvården
- medverka vid munhälsoutbildningar
- vid behov stödja vårdtagaren i samband med uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård
- stödja vårdtagaren så att tandvårdsintyget finns med vid behandlingen
- ta emot instruktion om fortsatt munvård – se munvårdskort som överlämnas från tandvårdsutföraren
- delta i den årliga utbildningen som tandvårdsföretaget erbjuder

Uppföljning/kvalitetssäkring

MAS håller kontakt med Tandvårdstödsenheten. Uppföljning av munhälsobedömningar, personalens munhälsoutbildningar samt redovisade av avvikelser presenteras i MAS årliga patientsäkerhetsberättelse.

Avvikelse rapporter

I de fall tandvårdsutföraren inte sköter sitt uppdrag på ett korrekt sätt gentemot patient/brukare eller kommunens verksamhet ska en avvikelse rapport skrivas och översändas till MAS. MAS rapporterar vidare till Tandvårdstödsenheten som tandvårdsutföraren.

Brister i mun- och tandvården ska rapporteras enligt gällande riktlinjer för avvikelse rapportering.

Länk: <http://plus.rjl.se/senioralert> - Munhälsa

11.3 Medicinsk fotsjukvård för boende på särskilda boenden för äldre

Mål och inriktning

Fotsjukvård ska utmärkas av kvalitet, lättillgänglighet, kontinuitet, professionellt bemötande och en god service.

Målgrupper¹

I målgruppen ingår personer som bor i särskilda boenden för äldre:

- Diabetespatienter typ 1 och 2 med befintlig eller begynnande komplikation i riskgrupp 2 och ytliga och läkta sår på foten i riskgrupp 3 enligt nationella diabetesregistret. Diabetespatienter i riskgrupp 1 sköts företrädesvis av husläkarmottagningen.
- Patienter med cirkulationsrubbingar som förorsakat eller riskerar att förorsaka sårbildningar
- Patienter med grava fotproblem inklusive missbildningar och felställningar förorsakat av reumatiska, neurologiska och ortopediska sjukdomar
- Andra fotsjukvårdsfall av uttalad medicinsk natur, t ex svårare nageltrång eller psoriasis med fotkomplikation

Vårdtjänst

Vårdgivaren ska självständigt bedöma och behandla patienter i målgrupperna utifrån anvisningar

på remiss och patientens behov

- Bedöma status
- Konsultera remittenten vid försämrad fotstatus och vid sår på foten
- Bedöma behov av avlastande material samt fortlöpande utvärdera effekterna
- Utföra behandling patientens bostad i särskilt boendet för äldre

Remiss och remittent

- Remiss krävs för nybesök
- Remittent ska vara patientansvarig läkare
- Remiss ska ange relevanta medicinska basfakta och en tydlig frågeställning inför fotsjukvårdsbehandling
- Oklar remiss ska sändas tillbaka till remittent för förtydligande

- Remiss för medicinsk fotvård får ha en varaktighet om högst ett år
- Efter avslutad behandling ska fotterapeut utfärda remissvar. Svaret ska innehålla resultat av den utförda behandlingen.

Vårdprogram

Vårdgivaren ska följa för uppdraget tillämpliga nationella riktlinjer, SBU-rekommendationer, landstingets Regelbok för fotsjukvård, regionala samt lokala vård- och behandlingsprogram inklusive de som finns i VISS (Vårdinformation i Storstockholm) www.viss.sll.se

Hygien

Vårdgivaren ska ha rutiner för att garantera en god hygien som följer gällande riktlinjer

SOSFS 2006:4 Socialstyrelsens allmänna råd om yrkesmässig hygienisk verksamhet.

Socialstyrelsens publikation, Yrkesmässig hygienisk verksamhet, kompletterar Socialstyrelsens

författning med fakta och kunskapsunderlag som stöd i verksamheten och bör vara känd för vårdgivaren.

Tillgänglighet

- Vårdgivaren ska anpassa lokaler, öppethållande och mottagningstider efter krav på tillgänglighet och för personer med funktionsnedsättningar
- Vårdgivaren ska vid behov kunna ta emot patient akut.
- Vårdgivaren ska kunna nås per telefon under vardagar. Telefonsvarare ska finnas. Den som lämnar meddelande till vårdgivaren på telefonsvarare ska bli

uppringd så snart som möjligt.

Samverkan

Vårdgivaren ska samverka med relevanta aktörer för att tillgodose patienternas vård- och omvårdnadsbehov. Med relevanta aktörer avses bland annat remitterande läkare, sjuksköterska verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Överrapportering

Överrapportering till omvårdnadsansvariga sjuksköterskan (OAS) ska ske på ett kunden säkert sätt. Där vårdgivaren finner anledning till medicinsk fotsjukvårdsbehandling lämnas ärendet skriftligen över till OAS.

Uppföljning

Uppföljning syftar till att granska om Vårdgivaren uppfyller kraven i avtal/överenskommelse/ ackreditering, samt syftar även till att skapa en grund för utveckling av det gemensamma uppdraget. Uppföljning ska ske årligen i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska för att säkerställa en god kvalitet av insatsen. Egenkontrollen ska finnas och bör inkludera rutiner för att säkerställa en god och säker vård.

Vårdokumentation

- Fotsjukvårdsbehandlingen ska dokumenteras så att kontinuitet och säkerhet i vården uppnås
- Dokumentation ska följa patienten och vara tillgänglig för behörig vårdpersonal
- Dokumentation ska förvaras på ett för patienten säkert sätt
- Ska förvaras i omvårdnadsjournal
- Ska arkiveras som journalhandling

¹ Perifer neuropati eller förändringar som deformiteter, förhårdnader, hallux valgus, hammartår, torr hud, rodnader föreligger. Palpabel fotpuls eller ankeltryck är över 80 mm Hg. Patienten kräver regelbunden fotsjukvård och eventuellt ortopedtekniska hjälpmedel efter bedömning. Perifer neuropati, uttalade fotdeformiteter, fotödem, bristande förmåga till egenvård, allvarligt nedsatt syn pga diabetes föreligger. Palpabel fotpuls eller ankeltryck är över 80 mm Hg. Fotsår aktuella eller tidigare fotsår förekommer. Täta kontroller hos fotterapeut och behandlande läkare och ortopedtekniska hjälpmedel rekommenderas.

12 Riktlinje för skydds- / begränsningsåtgärder

12.1 Inledning

Denna riktlinje är till för att reglera användandet och tillämpningen av skyddsåtgärder i kommunal verksamhet – vård- och omsorgsboenden samt grupp- /och servicebostäder för LSS. Skyddsåtgärder ska undvikas men måste ibland förekomma ändå. Verksamheten ska arbeta aktivt med att förebygga och undvika de situationer som kan leda till att skyddsåtgärder används.

Skyddsåtgärder kan, efter att visas kriterier uppfylls, användas i kommunal vård och omsorg. Skyddsåtgärder syftar till att skydda och begränsa skador eller risk för skador hos den enskilde. Endast om den enskilde samtycker till åtgärden och förstår åtgärden så kan åtgärden genomföras.

En åtgärd som utförs utan den enskildas samtycke är en tvångsåtgärd, dessa får endast förekomma inom de vårdformer som lyder under speciell tvångslagstiftning (LPT, LVM, LVU). **Tvång är alltid helt förbjudet i kommunens verksamheter.** Undantag finns för nödsituationer, nödvärn.

Skyddsåtgärder kan upplevas som kränkande och kan inverka negativt på den enskildas värdighet och självkänsla. Ändå förekommer dessa åtgärder ibland på grund av obetänksamhet eller kunskapsbrist, men det kan också handla om välvilja i situationer som personalen menar är svåra att förhålla sig till. Att inte få använda skyddsåtgärder som personal eller närstående bedömer som nödvändiga för att skydda den enskilde kan bli ett dilemma. Många av de situationer som uppstår, där risk finns att skyddsåtgärder används som förstahandsval, kan och ska förebyggas och undvikas.

Förutsättningar

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bygger på frivillighet och innebär att man inte ska vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Verksamheten ska utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet.

Vården och omsorgen ska utforma sina insatser utifrån den enskildes individuella behov och förutsättningar.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om information inte kan lämnas till patienten ska den istället lämnas till en närstående till patienten om det inte finns hinder i offentlighets- och sekretesslagen.

Skyddsåtgärder kan användas när andra åtgärder och insatser provats utan tillräcklig effekt. För att en skyddsåtgärd ska få användas ska en tvärprofessionell grupp om minst tre personer vara överens om skyddsåtgärdens nödvändighet och det ska finnas ett dokumenterat samtycke från den enskilda.

12.2 Ansvar

Eftersom skyddsåtgärder saknar lagstöd kan inte någon enskild chef eller yrkesutövare, anhörig, god man eller förvaltare ensam fatta beslut om skyddsåtgärd i de fall där individen själv saknar beslutskompetens. Den som är chef för verksamheten eller förskrivare av ett hjälpmedel ska samla in fakta, synpunkter och information om alternativa åtgärder för att kunna ta ställning till om en skyddsåtgärd ska användas.

Den grupp som behövs för att fatta beslut om skyddsåtgärd, för en individ som själv saknar beslutskapacitet, ska alltid uppnå konsensus innan åtgärden genomförs. Det är verksamhetschef eller förskrivare som fattar beslut om gruppens konstellation.

Gruppen ska minst bestå av tre personer och innehålla någon som känner brukaren väl, verksamhetschef, eventuell förskrivare eller annan sakkunnig. En legitimerad medarbetare samt verksamhetschef ska alltid finnas med i gruppen. Underlag och synpunkter från närstående bör, om inga hinder finns kring sekretess, inhämtas innan beslut fattas.

12.3 Dokumentation

Beslutsprocessen kring en skyddsåtgärd ska dokumenteras i en vårdplan av den/de som fattar beslutet. Förskrivningsprocessen kring ett hjälpmedel som används som skyddsåtgärd dokumenteras separat på samma sätt som alla andra förskrivningar.

Både beslutsprocessen kring skyddsåtgärden samt förskrivningsprocessen ska dokumenteras. Dokumentationen ska alltid innehålla beslut om skyddsåtgärd (bilaga 2), vilka andra åtgärder som provats utan resultat, riskbedömning, vilka som medverkat i beslutet samt när beslutet ska omprövas/utvärderas. Använd checklista (Bilaga 1) i beslutsprocessen.

12.4 Verkställande

Om hjälpmedel används som skyddsåtgärd ska det alltid bedömas och förskrivas av patientansvarig legitimerad personal. Om beslut om skyddsåtgärd fattas utan att ett hjälpmedel eller en hälso- och sjukvårdsbedömning behövs, är det verksamhetschef som ansvarar för riskbedömningar och dokumentation samt utvärdering. I

verksamheten ska finnas lokala skriftliga rutiner för hur dokumentation och beslutsprocessen kring skyddsåtgärder hanteras.

En skyddsåtgärd ska värderas vid varje enskilt användningstillfälle. Den personal som arbetar närmast patienten/brukaren, och ska utföra skyddsåtgärden, ska aktivt göra en värdering av vederbörandes reaktion. Om patienten/brukaren reagerar med signaler som kan tolkas som ovilja, obehag eller annan liknande reaktion som kan hänföras till skyddsåtgärden så ska den beslutade åtgärden inte genomföras vid det aktuella tillfället. Verksamhetschef och/eller förskrivningsansvarig ska meddelas patientens/brukarens reaktion och fatta beslut om nya försök ska göras, och i så fall när. Vid återkommande signaler om obehag eller ovilja ska beslutet om skyddsåtgärd upphöra.

Beslut om skyddsåtgärd ska utvärderas/följas upp efter en månad sedan minst var tredje månad, samt efter behov.

Om det finns

oklarheter om vilka lagrum som involveras är samverkan i dessa frågor av yttersta vikt.

12.5 Checklista/riskanalys inför eventuella skydds-/begränsningsåtgärder

All personal eller anhöriga/närstående som uppmärksammar behov av begränsningsåtgärder bör kontakta sjuksköterska/arbetsterapeut/enhetschef för att utredning ska påbörjas. Detta gäller också när behovet av beslutade begränsningsåtgärder inte finns kvar.

Vikten av teamsamverkan och dokumentation bör betonas.

- Beskriva vad syftet med åtgärden är.
- Kontrollera om det finns samtycke. Har personen förmåga att ge uttryckligt samtycke, fatta adekvata beslut om sig själv eller inte?
- Rör det sig om ett tillfälligt tillstånd eller en permanent nedsättning av beslutsförmågan? Varierar förmågan vid olika tider på dagen?
- Vad har personen tidigare uttryckt som sin vilja – detta är vägledande men inte styrande, det är alltid situationen här och nu som måste bedömas.

- Hur kan man tolka vad personen vill, vad står t.ex. ett ”nej” för? Medlet är den empatiska och kunniga personalen.
- Beror behovet av begränsningsåtgärd på något åtgärdbart medicinskt problem, felaktig medicinering eller liknande? En grundlig medicinsk bedömning måste göras.
- Beror behovet av begränsningsåtgärd på brister i vård och omsorg eller andra faktorer? Olika professioner rekommenderas delta i bedömningen såsom, sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, demenssjuksköterska, biståndshandläggare, omvårdnadspersonal, verksamhetschef/enhetschef.
- Olika omvårdnads- och omsorgsåtgärder måste prövas och noga dokumenteras innan skydds- eller begränsningsåtgärd övervägs.
- Om en begränsningsåtgärd bedöms nödvändig så ska den vara tidsbegränsad, följas upp och efter kort tid omprövas.
- Utredning ska innehålla en etisk diskussion. Vad vinner vi? Vad förlorar vi? Hur mycket kränker vi individen i och med den åtgärd vi föreslår? Utredningen måste såväl avse om det finns medicinska faktorer som orsakar de svårigheter som ska lösas som om dessa beror på brister i omvårdnads-/omsorgssituationen.
- Pröva/utesluta andra alternativ som kan vara mindre begränsande för personen. T.ex. hellre larm än lås. Vissa åtgärder kan vara olika integritetskränkande – och i olika situationer. Dialog med andra professioner och personer som känner den enskilde.
- Om en begränsningsåtgärd övervägs så ska dialog ske med anhöriga/närstående, god man om sådan är förordnad, och tydlig information ska lämnas till berörda.

Utredningen utmynnar i en bedömning och beslut. Åtgärden som vidtas ska rymmas inom gällande lagar och riktlinjer. Beslut skrivs på särskild blankett samt ska dokumenteras i journalen.

Skyddsåtgärd: En åtgärd är en skyddsåtgärd under följande förutsättningar; den enskilde samtycker till åtgärden, syftet med åtgärden är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde samt syftet med åtgärden får inte vara att kompensera för brister i verksamheten.

Begränsningsåtgärd: En begränsningsåtgärd är en åtgärd som syftar till att begränsa eller utöva en åtgärd mot den enskildas vilja

Tvångsåtgärd: En tvångsåtgärd är en åtgärd som syftar till att begränsa eller utöva en åtgärd med tvång mot den enskildas vilja.

13 Riktlinje för Basala hygienrutiner inom kommunal vård och omsorg

Socialstyrelsens föreskrift, [SOSFS 2015:10](#) om Basal hygien i vård och omsorg gäller för den som är arbetar eller är under utbildning i kommunal vård och omsorg eller i vård och omsorg som bedrivs av privata aktörer/entreprenörer med kommunalt uppdrag inom Tyresö kommun.

13.1 Syfte

Basala hygienrutiner är den viktigaste åtgärden för att förebygga smittspridning och uppkomst av vårdrelaterade infektioner. Av denna anledning ska basala hygienrutiner alltid tillämpas där vård och omsorg bedrivs, oavsett om den boende/brukaren har känd smitta eller inte.

13.2 Mål

Att omsorgspersonal av alla kategorier konsekvent tillämpar basala hygienrutiner i sitt arbete är den mest grundläggande åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner inom alla former av vård och omvårdnad.

13.3 Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att riktlinjer är kända och efterlevs inom verksamheterna. Hon/han ansvarar för att ta ut reviderade riktlinjer från Vårdhygien via nätet www.smittskyddstockholm.se när dessa blir uppdaterade samt informera personalgruppen på sin/sina enheter om ev. nyheter.

Verksamhetschef/enhetschef ansvarar för att varje medarbetare inom enheten dag och natt (årigen, under ett dygn valfritt dygn under sista veckan i augusti samt februari) fyller i ett självskattningstest ”följsamhet till basala hygienrutiner”.

Verksamhetschef/enhetschef ansvarar för att sammanställa resultatet och redovisa detta till MAS skriftligen.

<https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/vardhygien/basala-hygienrutiner/sjalsvskattning---foljsamhet-till-basala-hygienrutiner.pdf>

Arbetsgivaren är skyldig att hålla vård- och omsorgspersonalen med personlig skyddsutrustning, såsom tvål, även pappershandduk, handdesinfektionsmedel, ytdesinfektionsmedel, engångs skyddshandskar, skyddsförkläde och munskydd. Arbetsgivaren ska också sköta och underhålla den personliga utrustningen, till exempel gällande tvätt av arbetskläder.

Utrustning för basala hygienrutiner ska finnas i nära anslutning till platsen där det vårdnära arbetet sker, dvs. i nära anslutning till hygienutrymme och säng. Om detta inte är möjligt, t.ex. hos en boende/brukare med kognitiv sjukdom rekommenderas låsbart hygienskåp i hygienutrymmet alternativt låsbar dispenser för handdesinfektionsmedel.

Följande kriterier måste vara uppfyllda för att basala hygienrutiner ska kunna utföras:

- Huden på händer och underarmar är hel (inga eksem eller öppna sår)
- Händer och underarmar får inte vara beklädda med ringar, armband, armbandsur, lösnaglar, konstgjorda naglar, nagellack, bandage, stödskenor, lösärmar etc under pågående nära vård- och omsorgsarbete.
- Naglarna ska vara kortklippta och håret, liksom skägget, uppsatt om det är längre än axellångt.
- Örhängen, halsband och huvudduk får användas under förutsättning att de inte riskerar att hänga ner i vårdarbetet.

I basala hygienrutiner ingår följande

Arbetskläder, handhygien (tvåltvätt och desinfektion), handskar, skyddsförkläde, stänk-, mun- och andningsskydd.

14 Arbetskläder - hel arbetsdräkt

Inom vård- och omsorgsboenden för äldre och gruppboendestäder LSS ska hel arbetsdräkt användas då såväl boendenära arbete utförs dagligen i form av personlig hygien, hjälp med toalettbesök samt städning av bl.a. badrum och dusch. Används huvudduk ska denna bytas dagligen.

- Ska tillhandahållas av arbetsgivaren och får bara användas på arbetsplatsen. Om arbetet bedrivs på flera platser, får de dock även bäras vid färd mellan dessa, t.ex. inom hemtjänsten.
- Arbetsklädernas ärmar ska vara korta, de ska sluta ovanför armbågen.
- Ska bytas dagligen eller då de blivit våta eller nedsmutsade.
- Arbetsgivaren ansvarar för att arbetskläderna tvättas i minst 60 grader, företrädesvis på centralt tvätteri alternativt på arbetsplatsen. **Lokal, skriftlig rutin** för tvätthantering ska finnas.

15 Handhygien - Desinfektera händerna med ett alkoholbaserat desinfektionsmedel.

Handdesinfektion ska alltid utföras:

- Före och efter patientkontakt.
- Före rent vårdarbete, t.ex. före hantering av omlägningsmaterial och ren tvätt, tömning av urinpåse och hjälp med födointag
- Efter orent vårdarbete, t.ex. att ha hjälpt en patient på toaletten, efter hantering av smutstvätt och efter såromläggning.
- Vid de tillfällen handskar används, desinfektera händerna innan handskarna tas ur den rena handskförpackningen samt direkt efter användning.
- Efter handtvätt.

Handtvätt ska utföras före handdesinfektion:

- När händerna är synligt smutsiga eller kännbart kladdiga.
- Vid patientkontakt med misstänkt eller bekräftad "magsjuka" (symtom i form av kräkning eller diarré). Alkohol har inte full effekt på t.ex. mikroorganismer såsom Clostridium difficile och Calici (vinterkräksjuka).

OBS! Använd flytande tvål, torka torrt med pappershandduk och avsluta med handdesinfektion.

16 Handskar

En vårdhygienisk korrekt användning av handskar innebär följande.

1. Handskar ska användas endast vid kontakt eller risk för kontakt med kroppsvätskor t.ex. urin, avföring, blod, sekret och kräkning vid:

- | | | |
|--------------------|---------------------------|---------------------------------|
| • Blodprovstagning | • Tömning av urinpåse | • Rengöring av tandprotes |
| • Nedre toalett | • Sugning av luftvägar | • Såromläggning |
| • Byte av stomi | • Upptorkning av kräkning | • Byte av inkontinenshjälpmedel |

Använd inte handskar vid arbetsmoment såsom

- Bäddning
- Allmän omvårdnad t.ex. påklädning, matning

2. Desinfektera händerna både före och efter handskanvändning
3. Skyddshandskar ska bara användas under ett specifikt handskkrävande vårdmoment - Byt därför handskar mellan olika handskkrävande vårdmoment hos samma patient
4. Kasta handskarna direkt efter användning

5. Byt handskar mellan olika patienter

Huden under en tät handske kan påverkas av handskarnas material vilket ökar risken för hudbesvär i form av t.ex. kontakteksem som i värsta fall kan bli bestående. Händerna ska därför inte utsättas för handskar under längre tid eller oftare än nödvändigt.

- Arbetsgivaren ansvarar för att förvaring av kläderna sker på ett sådant sätt att de inte riskerar att bli kontaminerade. Rena arbetskläder ska inte förvaras tillsammans med privata kläder eller använda arbetskläder.
- Personlig huvudduk betraktas som arbetskläder och ska därför tvättas dagligen.

Privata kläder får inte användas. Undantag är underkläder, strumpor och kortärmad undertröja.

17 Skyddskläder

Engångs plastförkläde eller skyddsrock ska användas:

- vid direktkontakt med den boende/brukare eller dennes säng
- då risk för stänk eller kontakt med kroppsvätskor föreligger
- vid hantering av förorenade föremål

Om patientbunden skyddsrock används ska den bytas dagligen och då den blivit synligt smutsig eller fuktig.

Syftet är att skydda arbetsdräkten från föroreningar och därmed minska risken för smittspridning.

Exempel på arbetsmoment där skyddsförkläde ska användas:

- | | | |
|----------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| • Hjälp på toaletten | • Hjälp med nedre toalett | • Bäddning av säng |
| • Städning | • Byte av urinpåse | • Sugning av luftvägar |
| • Sårömläggning | • Hantering av smutstvätt och avfall | • Byte av inkontinenshjälpmedel |

18 Stänkskydd

Vid arbete som medför risk för stänk av kroppsvätska mot ansiktet, använd visir med munskydd alternativt skyddsglasögon med munskydd (munskydd klass IR eller IIR).

19 Punktdesinfektion

Vid spill eller stänk av kroppsvätskor eller annat biologiskt material ska omedelbart upptorkning och punktdesinfektion med desinfektionsmedel utföras.

20 Skoskydd

Skoskydd ska i möjligaste mån inte användas då det ökar risken för kontamination av händerna då man tar på och av skydden. Detta kan leda till en ökad smittspridning.

Personal som arbetar i ordinärt boende (hemtjänst) kan, då de inte vill ta av sina ytterskor, använda sig av engångs skoskydd vid besök. Skoskydden ska betraktas som engångs och kasseras efter användandet.

Desinfektera händerna efter att du tagit på och av skoskydden!

Hantering av livsmedel

Vid hantering av livsmedel och vid matlagning ska köksförkläde bäras. Lokal rutin ska finnas för hantering av livsmedel.

21 Avvikelse- och rapportering

Den som upptäcker risker och brister i vårdhygien anmäler detta i kommunens system för avvikelser som ett led i att förbättra verksamheten avseende patientsäkerhet.

<https://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/vardhygien>

21.1 Stick- och skärskador hos personal och åtgärder vid tillbud med risk för blodsmitta

Allmänt: Stick- och skärskador utgör den största risken för överföring av blodsmitta i sjukvården. Därför måste förebyggande arbete för att undvika sådana skador prioriteras. All personal ska känna till vilka riskmoment som finns, vilken teknik som ska tillämpas och vilka åtgärder som ska vidtas om ett tillbud eller en skada uppkommer.

Arbetsgivaren ansvarar för att det finns fungerande **lokala arbetsrutiner** och skyddsinstruktioner och för att dessa ses över kontinuerligt. Det ska finnas en skriftlig åtgärdsplan för tillbud och skärskador. Med skada avses i detta dokument en olyckshändelse – arbetsskada – där man exponerats för blod eller blodtillblandade kroppsvätskor med risk för blodburen smitta, till exempel en stickkada. Med tillbud avses en situation som kunde orsakat skada, till exempel en överfylld behållare för stickande- och skärande avfall.

Varje stick- och skärskada ska rapporteras, anmälas, utredas och följas upp av arbetsgivaren.

Anmälan görs på försäkringskassans blankett arbetsskadeanmälan

www.forsakringskassan.se

Läs mer om stick- och skärskador i handbok för Hälso- och sjukvård på

www.Vardhandboken.se

och stick- och skärskador på www.smittskyddstockholm.se

21.2 Åtgärder vid tillbud med risk för blodsmitta

Smittrisk beträffande blodsmitta kan föreligga om patienten har en smittsam form av hepatit B, hepatit C, annan blodburen hepatit eller HIV. Smittsamheten varierar från fall till fall och är beroende av sjukdomens akuta skede. Arbetsledaren ansvarar för att rutinerna är kända, uppmanar till att anmälan om arbetsskada görs samt följer upp föreslagna åtgärder.

För den som har stuckit sig eller fått blod på öppet sår eller slemhinna:

- Tvätta snarast det skadade området med rikliga mängder tvål och vatten.
- Torka därefter huden och desinfektera det med alkoholbaserat desinfektionsmedel.
- Skölj med rikligt med vatten om blod hamnat i mun eller öga.
- Ta därefter ut eventuella kontaktlinser och skölj igen
- Vid stänk i mun skölj rikligt med vatten.
- Rapportera omedelbart det som hänt till din arbetsledare.
- Ansvarig läkare bedömer eventuell smittrisk via journal- patientuppgifter eller patientens samtycke, blodprovstagning gällande hepatit B + C och HIV.

Snabbsvar.

Om smittsamhet inte kan uteslutas kontakta snarast under kontorstid
företagshälsovård:

På icke kontorstid och under helger ta kontakt först med sjuksköterska och sedan

INFEKTIONSKLINIKEN på

med tel.nr. _____

Vid olyckstillbud i samband med HIV:

Kontakta inom 2 timmar jourhavande infektionsläkare på

_____ eller under dagtid Infektionsmottagning

på _____

Vid tillbud kontakta:

Vid tillbud kontakta:

Tfn: _____

Tfn: _____

21.3 Städning inom vård och omsorg

Vid städning ska smuts och damm avlägsnas och antalet mikroorganismer i miljön reduceras. En rätt utförd städning minskar antalet mikroorganismer och hämmar förutsättningarna för tillväxt. Detta kan indirekt leda till färre infektioner genom att förebygga smittspridning, vilket kräver utbildning i rätt städteknik och basala hygienrutiner för såväl städpersonal som vårdpersonal.

Vårdgivaren ansvarar för att **en lokal rutin** upprättas och finns tillgänglig. I rutinen ska framgå vilken kvalitet på städningen som ska upprätthållas. En städrutin upprättas där det framgår: var, hur ofta och när det ska städas, liksom vad som ska städas och av vem. Rutinen ska omfatta alla utrymmen. Städmetoder och kemikalieval ska också tas med. All personal såväl städpersonal som omsorgspersonal ska känna till städrutinerna och den aktuella ansvarsfördelningen. Lokalerna ska förberedas så att städning underlättas och att en god ordning upprätthålls t.ex. genom att fästa upp elkablar och plocka undan saker. Man kan även underlätta arbetet genom överenskommelse mellan städ- och omsorgspersonal om lämplig tidpunkt för städning.

Städning ska inte utföras under pågående verksamhet till exempel måltider, undersökningar och behandlingar.

Personal som utför städning, oavsett utförare, ska följa riktlinjer för basal hygien, arbetskläder och skyddsutrustning enligt SOSFS 2015:10 och AFS 2005:1 samt även följa riktlinjer/anvisningar för respektive vårdverksamhet.

Städmetoder

Val av städmetod beror bland annat på nedsmutsningsgrad. Både fuktiga och torra städmetoder är effektiva för att binda damm. De torra metoderna bör kombineras med fuktmoppning för att avlägsna fläckar och ingrodd smuts. Våta metoder med svabbgarn bör användas i begränsad utsträckning eftersom kvarvarande fukt kan ge upphov till oönskade effekter som till exempel halkrisk, mögel etc. Istället bör en fuktad mikrofibermopp användas.

Sprejfuktning ska inte förekomma. Dammuppvirvling ska undvikas varför sopning och användning av dammvippa är olämpligt i vårdmiljö där fler boende delar rum.

- Till all rengöring ska rena dukar, moppar m.m. användas. Endast ren utrustning får doppas i rengöringslösning då fuktig metod används (var noga med doseringen). Rengöring innebär att ytor noggrant torkas av/gnuggas.
- Städmaterial ska bytas mellan varje lokal eller del av lokal. Använd ny duk enligt städrutin för lokalen. Städning ska utföras från rent mot smutsigt, uppifrån och ned.
- Städmaterial kan fuktas i kärl med rent vatten med tillsats av rengöringsmedel.
- Rengör och desinfektera alltid städutrustningen när arbetet är avslutat med ytdesinfektionsmedel med rengörande verkan (tensider), kör hink i spolo om så finns.
- Golvmoppar/skurdukar ska tvättas i 90-95°C. Tvättmaskinen ska vara placerad i avsedd tvättstuga eller i vårdtagarens hygienutrymme.

Att tänka på när enhetens städrutin utformas för boendes lägenhet/rum är:

- Städa först köksenhet om den finns, andra möbler i rum/rummen och sedan sängenhet.
- Golv städas med början längst in i rummet Hela hygienutrymmet(toalett/dusch) tas sist.
- Börja från rent mot smutsigt, uppifrån och ned. Avsluta med golv.

Punktdesinfektion och punktstädning Spill och orenheter tas om hand omedelbart genom punktdesinfektion eller punktstädning. En förutsättning att ytan ska bli desinfekterad måste synlig förorening först avlägsnas med lämplig metod. Smuts och organiskt material motverkar desinfektion.

Den som upptäcker en förorening ansvarar också för att den avlägsnas.

Punktdesinfektion

Innebär att spill av kroppsvätskor och avföring avlägsnas. Därefter utförs desinfektion med ett alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid. Bearbeta ytan noggrant tills den är synligt ren. Den mekaniska bearbetningen av ytan är mycket betydelsefull. Använd handskar. Vid stor förorening, använd absorberande material innan punktdesinfektion utförs.

Punktstädning

Innebär att spill, till exempel mat och kaffeäckar torkas upp med vatten och eventuellt rengöringsmedel.

Slutstädning vid utflyttning

Vårdgivaren ansvarar för att en städrutin upprättas och finns tillgänglig. Om ev. möbler och andra inventarier lämnas kvar i rum/lägenhet efter utflytt måste verksamhetschef göra en vårdhygienisk bedömning om risker för smittspridning till ny boende kan föreligga. Om risk finns måste möbler i sådana fall flyttas ut ur rummet innan ny boende flyttar in.

Medicinsk utrustning/apparatur

Vårdpersonalen ansvarar för rengöring och desinfektion av medicinskteknisk utrustning och apparatur. Tillverkarens instruktioner ska följas.

Svensk förening för vårdhygien (SFVH) har tagit fram det rådgivande dokumentet Städning av vårdlokaler för att vägleda all vård- och omsorgsverksamhet.

http://static.wm3.se/sites/16/media/5845_S105_A_Slutrapport_SIV_2012-1.pdf?1396536113

21.4 Vårdhund/djur i vården

OBS! Denna riktlinje omfattar inte anhängas ”besökshundar”

Såväl forskning som praktisk erfarenhet visat på att djur har viktiga hälsobefrämjande egenskaper och påverkar människans hälsa och livskvalitet på ett positivt sätt. Inom äldreomsorgen har kontakt med vårdhundar bland annat bidragit till ökad kommunikation och social gemenskap. Oro och agitation kan minska och därmed kan även behovet av psykofarmaka minska.

För att det ska vara möjligt att ha sällskapsdjur inom vården krävs tydliga riktlinjer för hur djuren ska handhas på ett ansvarsfullt och hygieniskt sätt. Problem som kan uppstå är framför allt med hygien, allergier och rädsla.

Syftet med vårdhundar inom äldreomsorgen är att stimulera till social gemenskap och aktivitet. Målet med vårdhundens insatser är att öka livsglädje, välbefinnande samt bidra till goda samtal, ökad självkänsla, minskad oro och agitation och därmed minskat behov av psykofarmaka. Genom vårdhunden.

Vårdhunden kan även arbeta på remiss för individanpassade insatser. Remissen för individanpassade insatser skrivs i det fall av legitimerad personal men även av den boendes kontaktman. Genom dessa övningar med vårdhunden tränas till exempel socialt samspel, ADL, minne, finmotorik, koncentration, balans och bålkontroll.

Innan en vård- eller omsorgsverksamhet beslutar att tillåta djur i vården ska verksamheten ha en god hygienisk standard. Detta innebär att all personal ska ha en grundläggande vårdhygienisk kompetens och följsamhet till basala hygienrutiner. Lokala rutiner ska finnas för städning, rengöring och desinfektion. Lokaler, utrustning, organisering och planering av verksamheten ska utformas så att risken för infektioner och smittspridning förebyggs.

Från och med 1 december 2013 räknas vård- och terapihundverksamhet som besöksverksamhet och ska anmälas till Länsstyrelsen.

Svensk förening för vårdhygien (SFVH) har tagit fram det rådgivande dokumentet *Djur i vården för att vägleda alla vård- och omsorgsverksamheter så att de positiva effekterna av djurnärvaro tas till vara samtidigt som man håller en god hygienisk standard*.

https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.wm3.se/sites/16/media/162780_Djur_i_v%C3%A5rden_slutversion_170828.pdf?1505641696

När det finns vårdhund på äldreboendet ska det finnas **lokal rutin för hygien och vårdhund** på boendet. Hygienrutiner för vårdhund är ett komplement till hygienrutiner för vård- och omsorgsboende för äldre.

Vårdhundar

Definition vårdhund: Är en hund som är utbildad och godkänd enligt svensk standard för vårdhund eller motsvarande och bär alltid identitetsbricka som hunden får efter godkända test. Hunden är utbildad för att klara grundläggande lydnad, även i de specifika situationerna som kan uppstå i kontakt med personer med olika funktionsnedsättningar. Hunden ska vara fri från infektioner och parasiter och ska genomgå årliga hälsoundersökningar av leg veterinär för att utesluta fysisk och psykisk ohälsa. Vårdhund ska bära tjänstetecken som visar att de arbetar eller är under utbildning.

Definition vårdhundsförare: Är utbildad och diplomerad för att arbeta med utbildad vårdhund. Föraren ska följa de riktlinjer och rutiner som finns på enheten för vårdhundsarbete. Föraren ska ha god kontroll över sin hund. Föraren ska vara trygg och naturlig i mötet med de boende, anhöriga och personal.

Verksamhetschefen ansvarar för att

- avgöra om det finns lokaler, utöver den boendes bostad där det är lämpligt att tillåta vårdhund

- egenkontroll sker när det gäller hygienrutiner där vårdhund vistas
- försäkringens merkostnad för diplomerad vårdhund som tjänstgör på enheten, samt självrisk på försäkring vid eventuell skada under vårdhundens arbetstid.
- eventuell merkostnad för veterinärbesiktning och vaccinationer som krävs för att hunden ska få tjänstgöra som vårdhund
- att det finns tillbehör till vårdhunden som arbetskläder för hundföraren och annat material för arbetet
- att vårdhunden har tillgång till lugn plats att vila på
- att syftet med användandet av vårdhund är dokumenterat antingen på grupp- eller individnivå.

Allmänt om vårdhund på vård- och omsorgboendet för äldre

- Information att hund vistas/arbetar på boendet ska ges till alla som flyttar in till särskilda boendet samt vid nyanställning av personal.
- Sätt upp en tydlig skylt när hunden vistas/arbetar på enheten så att eventuella besökare med hund får information om att det finns en hund på enheten
- Vårdhunden hålls kopplad/är under ständig tillsyn när den vistas på enheten, undantag kan vara när vårdhunden är i aktivt arbete
- Ingen boende, personal eller besökare mot sin vilja ska behöva umgås med hunden

Hygien på enheten/våningen där det finns vårdhund

- Hunden får inte vistas i köket eller i läkemedelsrum
- Under gemensamma måltider i kök eller i matsal ska inte hunden vara med
- Vårdhundföraren håller med mat till hunden och att hunden har egen mat- och vattenskål
- Hunden får vara i boenderum om den boende vill.
- God hygien iakttas i samband med vårdhundsarbete, sprita händerna före och efter interaktion med vårdhunden
- Särskilda städrutiner krävs

Om det finns boende som har MRSA/ESBL/VRE är det tillåtet att vara tillsammans med vårdhunden utomhus.

För vårdhunden

- All dokumentation på vårdhunden, vaccinationsintyg mm finns tillgänglig på enheten samt friskintyg från veterinären en gång per år
- Hunden ska vara ren, välskött och frisk och sköts enligt gällande riktlinjer

- Det ska finnas en försäkring om något händer med hunden, boende eller om något går sönder

Det har visat sig att även hundar kan ha/få MRSA precis som människor. Det finns ingen anledning till oro men alla som jobbar med vårdhund på boendet ska ha kunskap om detta.

Incidenthantering

Om en boende, besökare eller personal skadas av vårdhund ska normal akutvård tillämpas och en rapport skrivas i det ordinarie verksamhetssystemet.

Avvikelser, synpunkter och uppföljning ska ingå i de ordinarie systemen.

Exempel på myndigheter och organisationer som har mer information om djur i vården:

- Demensförbundet
<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetssatt/Djur-i-varden/>
- Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se
- Smittskyddsinstitutet
- Sveriges Kommuner och Landsting
- Vårdhundskolan <http://www.vardhundskolan.se/>
- Arbetsmiljöverket
- Livsmedelsverket
- Jordbruksverket
- Statens veterinär-medicinska anstalt
<https://www.sva.se/djurhalsa/hund/hund-i-var-d-och-omsorg>

21.5 Avfallshantering

Inom vården produceras stora mängder avfall och farligt avfall. Avfall som uppkommer inom vården ska precis som annat avfall förpackas så att hanteringen i senare led inte kan förorsaka skador på personal och miljö.

För att minska riskerna för smittspridning till dem som hanterar avfall indelas avfallet i konventionellt avfall (hushållsavfall) och farligt avfall (riskavfall).

Konventionellt avfall

Det mesta av det avfall som förekommer inom vården är konventionellt avfall.

Det är till exempel:

- blöjor
- använda förband
- tomma blodpåsar
- tomma urinuppsamlingspåsar
- tomma behållare för infusionsvätska

- sprutor för engångsbruk utan kanyl (OBS! Ej om de använts till cytostatika)

Följ alltid **lokala anvisningar** om hur avfallet ska sorteras, förpackas och förvaras. Material som varit i kontakt med kroppsvätskor eller läkemedel får aldrig återvinnas.

Farligt avfall

Avfall som kan innebära större smittrisk vid hanteringen kallas farligt avfall.

Farligt avfall är bland annat:

- smittförande avfall
- skärande/stickande avfall (är alltid smittförande)
- kasserade läkemedel
- cytostatika och läkemedel med bestående toxisk effekt

Beträffande märkning, förvaring, uppsamlingsplats och transport av farligt avfall - följ **lokala rutiner och anvisningar**.

Skärande/stickande avfall

- sprutor för engångsbruk med fast kanyl
- kanyler för engångsbruk
- knivblad
- rakblad
- lancetter för blodprovstagning
- suturnålar och läkemedelsampuller

Det avfall som har varit i kontakt med kroppsvätskor ska läggas i punktionssäker behållare

(kanylburk) som skyddar mot skär- och stickskador.

Behållaren ska vara märkt med text och symbol i svart på gul botten:

skärande/stickande, smittförande avfall symbol för biologisk fara (triangelform med svart bård)

OBS!

- ha alltid kanylburken nära till hands
- lägg använd kanyl direkt i kanylburken utan att först sätta tillbaka hylsan
- fyll aldrig burken mer än till 2/3. Sätt på locket
- ta hand om kanylen enligt lokala anvisningar.

OBS!

Inga läkemedel får hållas eller slängas så att de kommer ut i avloppet.

Cytostatika

Cytostatikaavfall och avfall från beredning av läkemedel med bestående toxisk effekt efter beredning är t.ex. sprutor, överföringskanyler, infusionsaggregat, injektionsflaskor, ampuller, underlägg, handskar, tvättlappar, blöjor med urin samt övrigt material som kan innehålla cytostatika skickas som farligt avfall.

www.vardhandboken.se Handbok för hälso- och sjukvårdspersonal
www.smittskyddstockholm.se

22 13 Risk- och avvikelshantering

Denna riktlinje behandlar endast risker och avvikelser i hälso- och sjukvården och gäller inte andra typer av avvikelser.

22.1 13.1 Inledning och syfte

För att vård och behandling ska vara så säker som möjligt är det viktigt att arbeta systematiskt med risk- avvikelshantering. I hälso- och sjukvårdslagen, Patientsäkerhetslagen och socialtjänstlagen finns krav på kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring. Det innebär att all personal ska medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet med mål att fortlöpande förbättra säkerhet och kvalitet i vård och omsorg.

Dessa riktlinjer har utarbetats för att kontinuerligt och strukturellt göra en riskinventering av verksamheten.

Avvikelsehanteringen i verksamheten är en del av kvalitetssystemet och en viktig del av det

systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med anmälan av avvikelser är att utifrån händelsen skaffa kunskap och dra lärdom av det inträffade och med förebyggande insatser förhindra att samma sak kan hända igen.

Med en avvikelse menas en inte förväntad händelse i verksamheten som har orsakat eller

skulle ha kunnat orsaka en brist eller skada för patienten/brukaren. Händelsen kan vara av medicinsk eller social karaktär. En händelse som kunde ha skadat patient/brukare men inte gjorde det värderas på samma sätt som om den faktiskt hade hänt.

Patient/brukare och anhörig/närstående ska informeras om händelsen och ges möjlighet att delta i utredning.

All personal som upptäcker en risk och/eller skada är skyldiga att anmäla/lämna rapport om det inträffade.

Det är händelsen som anmäls och inte inblandade personer, dvs. syftet är inte att utse en

”syndabock” utan att utreda och analysera händelsen genom att leta efter brister i rutiner och systemfel.

Syfte med denna riktlinje är att tydliggöra den reglering som finns kring risk- och avvikelshantering samt att styra den lokala hanteringen av detta för att stärka kvalitet och säkerhet för patienten.

Syftet med risk- och avvikelshantering är att öka kunskapen hos chefer och medarbetare om risker i hälso- och sjukvården så att förebyggande åtgärder kan vidtas.

22.2 13.2 Riskhantering

Hälso- och sjukvård är en verksamhet med stora risker. Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga. För att skapa en hög säkerhet krävs att man identifierar risker för att förhindra vårdskador. Hälso- och sjukvårdspersonalen har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, vilket bl.a. innebär en skyldighet att rapportera risker för vårdskador. En systematisk riskhantering innebär dels att man i det dagliga arbetet är uppmärksam på riskfaktorer i verksamheten dels att man vid planeringen av förändringar av

verksamheten gör riskanalyser innan förändringarna införs och därefter modifierar de förändringar man avser göra så att de inte innebär nya risker. (Se vidare nedan om lokal riskanalys)

22.3 13.3 Avvikelsehantering

En systematisk avvikelshantering innebär att man rapporterar avvikelser systematiskt och efter analys av inträffade avvikelser identifierar och åtgärdar bakomliggande orsaker i syfte att förbättra kvaliteten i vård och omsorg. Man utvärderar åtgärdernas effekt och sammanställer och återför erfarenheterna till verksamheten.

Avvikelserapportering är till för att verksamhetschefen och medarbetarna ska få kontroll över hur många och vilka typer av avvikelser som förekommer på enheten. Det är en förutsättning för att man ska kunna identifiera risker i verksamheten och analysera vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra att avvikelser upprepas.

Fokus ligger på den händelse och den eventuella vårdskada som en patient drabbats av eller skulle kunna ha drabbats av och de orsaker som ligger bakom händelsen. Ofta finns orsaker att hitta hos människa, i teknik och organisation (MTO). Fokus ligger således inte på den person som varit inblandad i avvikelsern utan på hur det kom sig att händelsen inträffade. (Se vidare nedan om lokal händelseanalys)

22.4 13.4 Ansvar för kvalitet och säkerhet

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) framgår att hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god och säker vård. Vidare regleras i 5 kap. 4§ i HSL att kvaliteten fortlöpande ska utvecklas och säkras. Tydliga instruktioner om detta finns formulerade i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). I 5:e kapitlet om systematiskt förbättringsarbete tas särskilt upp riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser och förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processerna och rutinerna.

Gemensamt för alla typer av avvikelser är att lämpliga åtgärder måste vidtas i samband med händelsen. Dessa ska alltid dokumenteras i patientjournalen.

22.5 13.5 Vårdgivarens ansvar

Observera att vårdgivaren kan delegera flera av dessa uppgifter till exempelvis verksamhetschefen och att det i förekommande fall ska framgå av delegationsordningen.

22.5.1 Skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdgivaren ska

- planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.
- vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador
- ge patienter/brukare och deras anhöriga/närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbete

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren utreda händelser i sin verksamhet som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Syfte med genomförd utredning av händelser ska vara att

- så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt
- ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra

Anmälningsskyldighet till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)

Vårdgivaren ska anmäla

- till IVO händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada
- snarast anmäla till Socialstyrelsen om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Skyldighet att informera patienter/brukare om inträffade vårdskador

Vårdgivaren ska snarast informera en patient/brukare som har drabbats av en allvarlig vårdskada om

- att en anmälan har gjorts till IVO och
- IVOs beslut i ärendet

Informationen till patienten/brukaren bör även innehålla

- att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada,
- vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,
- möjligheten att anmäla klagomål till Socialstyrelsen
- möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, samt
- patientnämndernas verksamhet

Informationen ska lämnas till en anhörig/ närstående till patienten/brukaren om vederbörande inte själv kan ta del av informationen om det inte finns hinder enligt bestämmelserna om sekretess/tystnadsplikt.

Uppgift om den information som har lämnats ska antecknas i patientjournalen.

Dokumentationsskyldighet

Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
- vilka resultat som har uppnåtts

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

22.6 13.6 MAS ansvar

MAS ansvarar för att riktlinjer upprättas och årliga sammanställningar görs över rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvården. MAS ansvarar även för att vara inspiratör och ge stöd i förebyggande arbete, vid riskanalyser och

händelseanalyser, samt vid bedömning, utredning och, där nämnden delegerat detta till MAS, göra ev. lex Maria-anmälan.

22.7 13.7 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen representerar vårdgivaren och följer vårdgivarens direktiv om patientsäkerhetsarbete, inklusive riskhantering och avvikelshantering.

Verksamhetschefen ansvarar vidare för:

- att det inom ramen för ledningssystemet finns lokala rutiner och/eller hänvisning till riktlinjer från MAS, för rapportering av risker och avvikelser
- att dessa riktlinjer och lokala rutiner är kända och efterlevs av personalen
- att det finns ett forum där man regelbundet följer upp alla avvikelserapporter i syfte att identifiera och analysera risker, samt fattar beslut för att förhindra att liknande avvikelser uppstår eller för att begränsa effekten av händelser som inte helt går att förhindra
- att det finns lokala rutiner för analys av risker och händelser och uppföljning av avvikelser. Rutinerna ska vara integrerade i det dagliga arbetet.

Av lokala rutiner ska framgå

- hur kontakt med lämpliga personalkategorier tas så att adekvata åtgärder kan vidtas när en avvikelse inträffat
- hur åtgärder vidtas för att förhindra att avvikelser upprepas och hur man följer upp effekten av vidtagna åtgärder
- hur rapportering ska ske till MAS vid allvarliga avvikelser d.v.s. då de lett till behov av aktiva behandlingsåtgärder eller överföring till annan vårdenheter, eller då en avvikelse lett till ett dödsfall. Det gäller även då ett dödsfall inträffar i efterförloppet efter en avvikelse eller då det finns anledning att tro att den enskilde försökt begå eller har begått självmord
- att regelbundet till MAS rapportera sammanställningen av avvikelser och beslut om åtgärder som tagits för att förhindra att avvikelser upprepas.

22.8 13.8 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att

- att känna till och efterleva riktlinjer och rutiner
- rapportera risker
- rapportera avvikelser
- dokumentera risker och avvikelser och vidtagna åtgärder i patientens journal
- i utrednings- och analysarbete bidra med kunskaper inom sitt kompetensområde
- delta i regelbundna genomgångar av identifierade risker och avvikelser i syfte att analysera och förebygga dessa

22.9 13.9 Vem ska rapportera?

Den som upptäcker en risk eller att en avvikelse inträffat tar initiativ till att rapportera detta. Om det är uppenbart vilka som varit inblandade i händelsen är det en fördel om de kan medverka vid rapporteringen.

22.10 13.10 Vad ska rapporteras?

Risker

Rapportera risker som upptäcks i verksamheten, som t.ex.

- att läkemedelshantering inte sker i lugn och ostörd miljö
- arbetsorganisation som gör att man inte hinner dokumentera
- att journalsystemet är instabilt och ofta havererar
- att det saknas rutiner för kontroll av antidecubitusmadrasser
- trasiga bromsar på gånghjälpmedel
- att det saknas rutiner för kontroll av att däck i rullstolar är välfyllda så att bromsarna fungerar
- brister i rutiner för att delegera hälso- och sjukvårdsåtgärder
- risk för smittspridning

Händelser

Rapportera alla avvikelser som medfört eller kunnat medföra att patienten utsatts för en vårdskada. Det gäller t.ex. då patienten/brukaren på grund av händelsen:

- fått kroppsskada (t.ex. sår)
- drabbats av funktionsnedsättning
- blivit sjuk
- behövt överföras till annan vårdenheter (t.ex. åka till sjukhus eller vårdcentral)
- drabbats av livshotande tillstånd
- avlidit

Läkemedelsavvikelser kan gälla

Ordination

- om det t.ex. saknas uppgift om styrka, dosering eller administrationssätt eller om ordinationen är svårläslig
- om det saknas indikation, d.v.s. om det inte framgår varför patienten ordinerats läkemedlet och om det är ordinerat vid-behov på vilka indikationer - i vilka situationer - läkemedlet får användas

Iordningställande

- Felexpedierat/feldelat från apotek eller dosapotek
- feldelat i dosett som ej åtgärdats
- ej signerat delad dosett på signeringslista för dosettindelning
- bristande märkning av dosett (namn, personnummer, innehåll och sjuksköterskans signatur)

Överlämnande

- förväxling av patienter/läkemedel
- utebliven dos
- fel tidpunkt för överlämnande
- fel läkemedel/dos överlämnat
- fel sätt att överlämna (fel administreringsätt) Om t.ex. en patient uppmanats svälja ett läkemedel avsett för att läggas under tungan.

Signering

- signering saknas
- signerat, men ej överlämnat

22.11 13.11 Avvikelser som rör hälso- och sjukvård men inte berör läkemedel

- fallincidenter och fallskador (se vidare i särskilda riktlinjer ang. fallskador)
- utebliven eller fördröjd undersökning, diagnos, vård, behandling eller rehabilitering
- felaktig, otillräcklig eller vilseledande information till en patient eller närstående
- felaktig otillräcklig eller vilseledande instruktion eller information till personal vid behandlande eller mottagande vårdenhet
- felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning som tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och informationssystem
- felaktig eller utebliven dokumentation
- smittspridning; vårdrelaterade infektioner
- vårdrelaterade infektioner som gett upphov till att patient avlidit eller allvarligt skadats
- tidigare okända skador eller risker vid vanliga metoder eller rutiner
- skador som förorsakats av brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i sam-arbetet mellan olika vårdenheter

- handling som av behandlingsansvarig yrkesutövare bedömts som försök till självmord och som föranletts av brister i undersökning, vård eller behandling
- andra allvarliga tillstånd som påverkat patientens/brukarens livsföring.
- återkommande liknande avvikelser som var för sig inte kan betraktas vara allvarliga men sammantagna betraktas som allvarliga
- alla andra handlingar som medfört eller kunnat medföra att patienten/brukaren avlidit eller åsamkats livshotande tillstånd, svår kroppsskada, svår sjukdom eller väsentlig funktionsnedsättning
- även andra tillstånd får betraktas som allvarliga om de påverkat patientens livsföring. Hit hör även patientens/brukarens upplevelse av starkt obehag efter en oväntad avvikelse

22.12 13.12 Medicintekniska produkter

Då en medicinteknisk produkt varit inblandad i en avvikelse som ledde till eller hade kunnat leda till en allvarlig vårdskada behöver det av rapporten framgå om avvikelsen berodde på *felaktig användning*, *felaktigt underhåll* eller om det var *fel på själva produkten*. Det måste också framgå om den inblandade produkten var *egentillverkad* (t.ex. en ortos). Observera att även sjukhussängar och t.ex. duschstolar etc. definieras som medicintekniska produkter. Produkter som varit inblandade i en avvikelse bör tas tillvara för att möjliggöra en undersökning. Särskilt viktigt är detta för engångs-produkter.

22.13 13.13 Hur ska rapporteringen ske?

Alla identifierade risker och avvikelser ska dokumenteras enligt lokala rapporteringsrutiner.

Om avvikelsen medfört eller hade kunnat medföra vårdskada t.ex. om händelsen lett till aktiva behandlingsåtgärder eller överföring till annan vårdenhets verksamhetschefen omedelbart informera MAS/MAR om händelsen. Avvikelse rapporten ska lämnas till MAS/MAR så snart det är möjligt och senast inom en vecka.

Avvikelser ska följas upp med personalen så snart som möjligt. Eventuellt kan man inom enheten i samarbete med MAS behöva tillsätta en särskild grupp som analyserar händelsen om man inte redan har en sådan grupp på enheten.

22.14 13.14 Lokal analys av risker och avvikelser

Till hjälp i det lokala analysarbetet, som verksamhetschefen ansvarar för, finns en hel del litteratur. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har inom ramen för ”nationell satsning för ökad patientsäkerhet” under 2011 givit ut ”Säkrare vård och omsorg, Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete. SKL har även inom ramen för denna satsning givit ut häften om åtgärder för att förebygga olika

vårdskador. Även Region Stockholm (tidigare landsting) har tagit fram användbart material i form av regionala vårdprogram för fallprevention, nutrition och prevention och behandling av trycksår. Förutom rena handböcker finns fördjupande litteratur som ökar kunskaper och förståelse för ämnet.

22.15 13.15 Riskanalys – ett sätt att förebygga avvikelser

Riskhantering innebär att man arbetar proaktivt. För att förebygga avvikelser är det viktigt att göra riskanalyser *innan* man genomför förändringar inom verksamheten. Det innebär att man går igenom den tänkta förändringen systematiskt för att se vilka konsekvenser olika delar i förändringen kan få för den enskilde. Man kan efter riskanalysen behöva göra ändringar i den tänkta förändringen så att det inte uppstår nya risker.

Då en person flyttar in på ett särskilt boende, annan boendeform, börjar delta i dagverksamhet eller daglig verksamhet ska man ta ställning till risker som finns för den enskilde. Det gäller t.ex. risk för att falla, risk för felnäring, risk för att få sår och risk för vårdrelaterade infektioner.

Så snart någon upptäcker en risk i verksamheten ska denna rapportera risken enligt lokala rutiner för detta. Då blir det möjligt att analysera, reagera och vidta åtgärder för att eliminera risken eller för att begränsa effekterna av risken.

Om det finns tveksamheter om vilken behandling, träning eller vilket omhändertagande som är lämplig för en enskild person kan en riskanalys även användas för att ta reda på vilka risker olika alternativ kan medföra.

22.16 13.16 Händelseanalys

Det viktiga med avvikelshantering är att analysera hur händelsen uppkommit. För varje avvikelse ska man göra någon form av *Händelseanalys*. En sådan analys har olika omfattning beroende på avvikelstens art. Vid allvarliga avvikelser är det lämpligt att använda den metod som redovisas i någon av skriftena ”Säkrare vård och omsorg” (SKL) och Riskanalys och händelseanalys (Socialstyrelsen m.fl.).

Analysen ska utgå ifrån orsakssamband mellan människa teknik och organisation (MTO). Det har visat sig att ”felhandlingar” ofta sker i ett sammanhang där hela situationen behöver analyseras. Orsaker till en avvikelse är ofta kopplade till teknik eller organisatoriska och administrativa brister. Det är viktigt att hitta och förstå bakomliggande orsaker.

Analysen ska alltid leda till beslut om vilka åtgärder som behöver vidtas för att händelsen inte ska upprepas. Åtgärderna kan handla om både förändringar i insatser för en enskild och förändringar av arbetssätt, rutiner eller av organisationen i verksamheten. Beslutade och genomförda åtgärder ska följas upp för att ge besked om de har haft avsedd effekt. Datum och ansvarig för

uppföljning ska dokumenteras i åtgärdsanalysen. Resultatet av uppföljningen ska också dokumenteras.

<https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/riskanalys-och-handelseanalys-analysmetoder-for-att-oka-patientsakerheten.html>

22.17 13.17 Regelbundna sammanställningar

De risker och avvikelser som rapporterats inom enheten ska sammanställas regelbundet (minst månadsvis) i ett särskilt dokument.

Vid enheten ska periodens (månadens) risker och avvikelser gås igenom och återföras till personalgruppen. Vid genomgången sammanställs gjorda analyser av händelserna. Samband människa, teknik och organisation (MTO) ska beaktas i sammanställningen. Här ska även diskuteras vilka åtgärder som behöver vidtas för att händelsen inte ska upprepas. Åtgärder som behöver vidtas kan gälla såväl individuella omvårdnadsåtgärder som ändring av arbetssätt, rutiner eller av hur verksamheten organiseras. MAS kan ge ytterligare anvisningar kring inlämnande av dessa sammanställningar till MAS.

22.18 13.18 Anmälan till myndighet

Vårdgivaren ansvarar för att händelser som lett till eller hade kunnat leda till *allvarlig vårdskada*, anmäls till IVO enligt lex Maria-regeln. Tillsammans med anmälan ska den utredning som gjorts av händelsen bifogas.

Om en händelse där en medicinteknisk produkt varit inblandad har lett till eller hade kunnat leda till allvarlig vårdskada ska anmälan göras av verksamhetschefen eller den som av verksamhetschefen utsetts till anmälningsansvarig.

Anmälan ska göras på blankett/er enligt nedan till:

<https://www.ivo.se/anmala-och-rapportera/anmala-och-rapportera-som-yrkesverksam/anmal-vardskada---lex-maria/>

Aktuell nämnd/-er ska informeras om anmälan till IVO samt svaret från IVO i ärendet.

23 14 Riktlinje för Palliativ vård i livets slut

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är palliativ vård ett förhållningssätt för bästa möjliga livskvalitet i samband med livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom att tidigt upptäcka, bedöma och behandla smärta och andra plågsamma symtom.

Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet för både patienten/brukaren och dennes anhöriga/närstående. Palliativ vård innebär att ha en helhetssyn på patienten/brukaren och på dennes totala situation. Helhetssynen innefattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Livskvalitet i sjukvårdssammanhang är en hälsorelaterad livskvalitet. Innebörden är att patienten/brukaren ska vara så långt möjligt fri från fysiska och psykiska besvär och ha en så god social funktion som möjligt.

För att begreppet palliativ vård i livets slut ska inträda erfordras att diagnos är säkerställd och att döden är väntad inom relativt kort tidsperiod. Vård i livets slutskede avser den tidsperiod, som föreligger när aktiv behandling av sjukdomen upphört tills patientens/brukares död inträffat. Varje patient/brukare upplever reaktioner och känslor olika inför döden och detta ska bemötas från vårdpersonalen med en öppen och tillåtande attityd.

Behov i livets slut

Slutskedet av livet ska betraktas som en normal process i en människas liv. Vid vård i livets slutskede måste vi ha i åtanke att ingen människa är den andre lik och vården ska ges utifrån individens behov. Viktigt i den palliativa vården är att ha en öppen, varm och tillåtande attityd mot såväl patienten/brukaren som dess anhöriga/närstående.

Ansvar

Läkare på vård- och omsorgsboendet för äldre

Ansvarig läkare bedömer tillsammans med sjuksköterska vid vilken tidpunkt då patienten/brukaren vårdas enligt principen palliativ vård i livets slutskede. Brytpunkten – tidpunkten, palliativ vård i livets slut är ofta svår att fastställa. Ansvarig läkare har skyldighet att dokumentera tidpunkten för palliativ vård i livets slut och genomföra brytpunktsamtal med patienten/brukaren och om vederbörande önskar ska anhörig-/närståendesamtal genomföras om brytpunkten för palliativ vård i livets slut. Vårdplaneringsmöte inför den palliativa vården bör ske och där beslut fattas om vilken omvårdnad och medicinsk vård skall erbjudas/ges.

Sjuksköterska

Ansvarig sjuksköterska bedömer tillsammans med läkare vid vilken tidpunkt den palliativa vården i livets slut ska inträda. Sjuksköterska har ansvar att dokumentera tidpunkten i omvårdnadsjournalen samt informera övrig vårdpersonal och anhöriga/närstående. Viktiga sökord i omvårdnads-dokumentationen vid palliativ vård är de olika behoven; fysiska, psykiska, existentiella och sociala behov. Symtomkontroll ska noggrant dokumenteras.

Medicinskt vårdplaneringsmöte bör ske med berörda. Sjuksköterska har ansvar att informera övrig vårdpersonal om förhållningssätt, omvårdnad och sjukvård till patienten/brukaren.

Vård i livets absoluta slutskede ska präglas av medmänsklighet, omvårdnad, smärt- och ångestlindring. Den äldres kulturella bakgrund och livsåskådningsfrågor spelar stor roll för hur vården utformas, det gäller inte minst vid vården av döende. Den goda palliativa vården ska vila på fyra hörnstenar.

Symtomkontroll

De fysiska behoven och funktionerna förändras under dödsprocessen. Det är viktigt att ansvarig sjuksköterska följer förloppet och är den som handleder övrig personal. Skattningsskalor ska användas, t.ex. Abbey Pain-scale och VAS-skala. Omvårdnaden inriktas bl.a. på:

- adekvat smärtlindring ska ges, vilket innebär smärtfrihet så långt möjligt. Viktigt att uppmärksamma smärta hos patient/brukare med kognitiv sjukdom/demens.
- fri från svåra symtom som smärta och illamående
- andningsbesvär kan skapa ångest samt oro och måste åtgärdas
- god personlig omvårdnad ska ges, vilket inkluderar extra omsorg kring munvård och att förebygga ytterligare ohälsa såsom kontrakturer, trycksår och andra hudbesvär.
- fri från symtom som trötthet, illamående och förstoppning

Viktigt att tänka på är att hörseln är bland det sista som försvinner innan döden.

Välbefinnandet är viktigt för den kroppsliga omvårdnaden. En god personlig hygien inklusive munvård ökar välbefinnandet hos den som vårdas. Törst och uttorkningskänsla kan lindras med ordentlig och frekvent ofta utförd munvård. Speciella önskemål om mat och dryck ska uppfyllas så långt möjligt.

Vid den palliativa vården ska även den yttre miljön beaktas. Ingen stark belysning ska användas och rummet skall upplevas ombonat och lugnt.

Den medicinska behandlingen bör i första hand vara inriktad på att lindra symtom och omvårdnaden ska planeras därefter. Bristande symtomkontroll får sekundära effekter av psykologiska, social och existentiell karaktär.

Psykiska behov

Det viktigaste när det gäller den psykologiska omvårdnaden är vårdpersonalens förmåga att skapa trygghet, närhet och en öppen kommunikation med patienten/brukaren. Att kunna se patientens/brukarens olika behov (biologiska,

psykologiska, sociala och andliga) kräver förmåga till helhetssyn hos dem som vårdar och är en förutsättning för en bra omvårdnad.

Kontroll av patientens/brukarens stämningsläge ska följas noga. Oro och förvirring ska så långt möjligt behandlas. Massage, taktil stimulering och beröring, liksom samtal, musik/sång kan användas för att lugna och dämpa oro och förvirring.

Existentiella (andliga) behov

Ångest finns hos många patienter/brukare inför själva döden, inför smärta och inför det okända. Ångest ska lindras så långt det är möjligt. Behov av närvaro, stöd, tröst och samtal är ofta stort.

När det gäller vård i livets slutskede och omhändertagande av den döde är det av stor betydelse att de som vårdar känner till personens andliga behov och tro. Om den döende uttrycker behov av kontakt med någon person ex. själafrörsörjare så ingår det i vårdpersonalens skyldighet att förmedla sådan kontakt. Andliga behov för patient/brukare som kommer från andra kulturer och religioner ska tillgodoses på bästa sätt. Det mycket viktigt att de som är inblandade i vården och omsorgen har en god kunskap om detta och att omvårdnaden sker med hänsyn och respekt för den enskilde individens trosföreställning.

Teamarbete

Denna hörnsten markerar betydelsen av teamarbete mellan olika professioner, allt efter patientens/brukarens behov. För att kunna vårda en döende och stödja anhöriga/brukare på bästa sätt måste vårdpersonalen bearbeta sina egna känslor så att de vågar prata om döden och se en anhörig/närstående som självklar teammedlem. Vårdpersonal måste få stöd på olika sätt t.ex. genom fortlöpande samtal och reflektion på arbetsplatsen.

Kommunikation och relation

Den här hörnstenen betonar kontinuitet i vården och bra kommunikation mellan patient/brukare, anhöriga/närstående och vårdpersonal oavsett huvudman. Möjligheter att hantera svåra symtom och avvikande beteende i slutstadiet av en sjukdom ställer stora krav på kommunikation, kunskaper om individens livsberättelse och dokumentation.

Stöd till anhöriga/sociala behov

När det gäller de sociala behoven är kanske stödet till och från anhöriga/närstående viktigaste. Att

Anhöriga/närstående stimuleras till en öppen och trygg relation under den sista tiden har betydelse både för den döende och för de anhörigas/närståendes kommande sorgearbete. Närhet till anhöriga/ närstående är viktigt i livets slut. Att

underlätta för och stödja den som är anhörig/närstående är en viktig del av vårdpersonalens arbete.

Anhöriga/närstående ska erbjudas att delta i omvårdnadsarbetet. De ska inte uteslutas ur den möjlighet till personlig kontakt som finns i omvårdnaden av döende personer.

Patient/brukare utan nära sociala relationer måste särskilt uppmärksammas. Ingen ska lämnas ensam inför döden. Viktigt för den döende är att bibehålla sin identitet och självbild.

Värdig död

Döden kan delas in i tre stadier

- processen, själva döendet
- händelsen död
- tillståndet död, omhändertagandet av kroppen.

Omhändertagandet av en död person sker enligt upprättade riktlinjer/rutiner (se riktlinje nr 7) samt enhetens lokala rutiner.

Det är viktigt för anhöriga/närstående att få ta avsked av den döde i lugn och ro.

Erbjud anhöriga/närstående att få vara med och ta hand om den avlidne.

Att tänka på är att livet fortsätter för anhöriga/närstående. I den palliativa vården ingår anhöriga/ närstående, vilket förutsätter omtanke och hänsyn till de anhöriga/närstående. De anhöriga/ närstående ska ges tillfälle att tillsammans med ansvarig personal få prata igenom vad som hänt. Efterlevandesamtal ska erbjudas och erbjudandet ska dokumenteras.

En värdig död är en god och fridfull död. Döden är något som tillhör livet och ska på ett självklart sätt föregås av så god livskvalitet som möjligt.

Andra kulturer/ religioner

Både när en patient/brukare vårdas under livets slutskede och när han/hon ska tas om hand efter dödsfallet kan det komma frågor på grund av religiösa och kulturella olikheter. Var då alltid uppmärksam på patientens/brukarens och de anhörigas/närståendes önskemål.

Förmedla kontakt med en religiös företrädare om patienten/brukaren önskar det.

Svenska Kyrkan kan utgöra en resurs i sig själv men kan också hjälpa till att förmedla kontakt med andra religiösa företrädare. Kyrkan kan också ha litteratur att låna ut. Det finns skrifter hos begravningsbyråer som beskriver olika religioners viktigaste normer, ritualer och seder under döendet och vid omhändertagandet av den döda kroppen; skrifter som kan vara till hjälp för personalen.

Svenska Palliativregister

Svenska Palliativregistret är ett webbaserat nationellt kvalitetsregister som är till för all vårdpersonal som ger vård i livets slut. Registret är uppbyggt med ett antal frågor som ska besvaras. Frågorna är ställda för att spegla kvalitetskriterier för vård i livets slut.

Tyresö kommun är anslutet till Svenska Palliativregister och alla boende som ges palliativ vård ska registreras. Ansvarig för registrering är omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

www.palliativ.se

23.1 14.1 Rutin - konstaterande av dödsfall

Läkarens skyldighet att konstatera dödsfall regleras i lag (1987:269). I 2 § fastslås att det ankommer på läkare att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet fastställa att döden har inträtt.

Konstatera eller fastställa dödsfall och dödförklara är synonyma begrepp.

Socialstyrelsen har meddelat särskilda föreskrifter och allmänna råd i anslutning till den lagen

(SOSFS 1996:29 *...om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall* och SOSFS 2005:10 *Kriterier för bestämmande av människans död*).

Fastställandet av döden ska göras av legitimerad läkare och uppgiften får inte delegeras eller på annat sätt överlåtas. En läkare får fastställa att döden har inträtt utan att personligen ha gjort den kliniska undersökningen om dödsfallet är förväntat på grund av nedsatt hälsotillstånd med förmodad begränsad överlevnad. Förutsättningarna för att läkaren inte ska behöva göra undersökningen är att en legitimerad sjuksköterska har gjort denna undersökning och meddelat resultatet och läkaren har tillgång till relevanta och aktuella uppgifter om den dödes tidigare medicinska tillstånd.

Uppgiften kan dock ej åläggas en sjuksköterska och läkare ska alltid inställa sig om sjuksköterska känner sig osäker.

Väntat dödsfall

Patienten/brukaren, anhöriga/närstående och behandlande läkare, kan tillsammans komma överens om att patienten/brukaren inte ska överföras till slutenvården i terminalt skede (om inte särskilda skäl talar för det) utan ska stanna i boendet till livets slut. I dessa fall bör, förutom planering av omvårdnaden, en ”medicinsk vårdplanering” göras för bedömningar av medicinskt stöd/ordinationer i livets slutskede/palliativ vård.

Vid förväntat dödsfall i vård- och omsorgsboendeformer för äldre kan läkaren avstå från den yttre

undersökningen av den döda kroppen och basera dödförklaringen på uppgifter från tjänstgörande sjuksköterska. Läkaren ska då alltid dessförinnan ge klara

instruktioner om vilka åtgärder som ska vidtas. Dokumenteras i respektive patientjournal.¹

Tänk på:

- Behöver anhöriga läkarkontakt
- Har patienten pacemaker
- Journalanteckning skrivs, ska bl.a. innehålla tidpunkt för döden och på vilket sätt och av vem dödsfallet har konstaterats, tidpunkt för underrättande av anhörig.
- Den döde ska föras med identitetsband av sjuksköterska

Oväntat dödsfall

Sjuksköterska ska ta kontakt med läkare. Tidpunkt för samtalet med läkaren och dennes namn dokumenteras. I samråd med läkaren bestäms om hur, när och av vilken läkare dödsfallet ska konstateras.

Läkare och sjuksköterska ansvarar efter överenskommelse för information till anhöriga och i samråd med dessa bestäms vem som ska ta kontakt med begravningsentreprenör.

Dödsbevis

Den läkare som vid dödsfallet har fastställt att döden inträtt ska ansvara för att dödsbeviset utfärdas.

Läkaren ansvarar för att dödsbeviset sänds till lokala skattemyndigheten.

Rutin vid märkning av avliden

Den avlidne ska vara uppmärkt med ID-band (textat plastband) på höger handled, samt enligt önskemål från patologen på Karolinska sjukhuset även ett ID-band/namnkort på vänster fotled.

Uppgifter som ska finnas på ID-bandet/namnkortet är:

- brukarens personnummer, samtliga 10 siffror
- brukarens efternamn och tilltalsnamn
- initialer på den som fyllt i ID-bandet
- datum då uppgifter på ID-bandet/namnkortet fyllts i.

Omhändertagande av implantat från avliden

Enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:29) om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall krävs innan kremering att implantat som är explosivt ska avlägsnas.

Exempel på sådana implantat är pacemakerdosa, insulin- och infusionspumpar samt nervstimulator.

Av dödsbeviset ska det framgå om den döde har något explosivt implantat och om det har avlägsnats eller inte.

Övrigt

Läkaren bör förvissa sig om att anhöriga har informerats om dödsfallet.

Blankett för bårtransport ska innehålla uppgifter om den döde bär på något explosivt implantat, om obduktion kan bli aktuell och om vem som utfärdar dödsorsaksintyg.

Läkare som utfärdat dödsbevis men inte dödsorsaksintyg ska säkerställa att ansvarig läkare på

boendet blir informerat.

Alla kontakter tagna kring dödsfallet ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Om inte dödsbevis

och dödsorsaksintyg utfärdas i TakeCare ska en kopia sparas i journalen.

Omvårdnadsjournalen ska avslutas med anteckning att patienten har hämtats till bårhuset.

Omvårdnadsjournalen skrivs ut för arkivering efter en månad och förvaras på enheten 6 månader innan arkivering enligt Riktlinje för omvårdnadsjournalens innehåll och ordning vid central arkivering.

Registrering i Palliativa registret ska ske inom en månad, innan omvårdnadsjournalen skrivs ut.

Kriterier för bestämmande av människas död SOSFS 2005:10 (M)

I kapitel 3. Indirekta kriterier

- 1 § Fastställande av en människas död med hjälp av indirekta kriterier ska göras genom en klinisk undersökning. Kriterierna är kännetecken som visar på varaktig hjärt- och andningsstillestånd som har lett till total hjärninfarkt.
- 2 § Vid den kliniska undersökningen ska samtliga dessa indirekta kriterier vara uppfyllda.
 1. ingen palpabel puls
 2. inga hörbara hjärtljud vid auskultation och
 3. ingen spontanandning, och
 4. ljusstela, oftast vida, pupiller
- 5 § Fastställande av ett dödsfall ska göras skyndsamt. Tidpunkten för dödens inträde får bestämmas med ledning av uppgifter från vårdpersonal, anhöriga eller andra personer med kännedom om de aktuella omständigheterna.
- 6 § En läkare får fastställa att döden har inträtt utan att personligen ha gjort den kliniska undersökningen, om

1. dödsfallet är förväntat på grund av sjukdom eller nedsatt hälsotillstånd med begränsad överlevnad, eller
2. kroppen uppvisar uppenbara dödstecken i form av förändringar som inte är förenliga med fortsatt liv

Förutsättningarna för att läkaren inte ska behöva göra undersökningen är att

- En legitimerad sjuksköterska har gjort denna undersökning och meddelat läkaren resultatet, och
- Läkaren har tillgång till relevanta och tidsmässiga aktuella uppgifter om den dödes tidigare medicinska tillstånd.

Konstaterande av dödsfall i särskilt boende för äldre

Utgångsläget är att konstaterande av dödsfall är en uppgift som åligger läkaren.

Uppgiften kan överlåtas till en sjuksköterska om läkare och sjuksköterska är överens om det.

Handbok för omhändertagande av avlidna inom Stockholms län

<https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/patientadministration/04-patientnara-rutiner/11-omhandertagande-av-avliden/avlidna---handbok-for-omhandertagande-a4.pdf?IsPdf=true>

På Vårdgivarguidens sida finns mer information och blanketter för omhändertagande av avlidna.

<https://vardgivarguiden.se/Installningar/soksida/?query=avliden&pageTypeFilter=&categoryFilter=&page=1&newQuery=avliden>

24 15 Riktlinjer vid värmebölja

Värmen kan vara farlig för alla, men den som är äldre, kroniskt sjuk eller har en funktionsnedsättning är särskilt utsatt. Boende/brukare som medicinerar med vätskedrivande läkemedel, antidepressiva eller neuroleptika kan vara ökat känsliga. Dessa läkemedel kan behöva justeras i dos av läkare. Små barn och gravida är ökat känsliga

Checklista åtgärder

Var uppmärksam på inomhustemperaturen

Risken för hälsoproblem

ökar påtagligt om temperaturen når upp till **26 grader eller mer under tre dagar i följd.**

Öka vätskeintaget

Vänta inte på törstkänsla utan erbjud

boende/brukare att dricka ofta.

Inför extra dryckesronder på vård- och omsorgsboende för äldre.

Var generös med vätskelistor så att man ser vätskeintaget

Undvik stora mängder söta drycker och

alkohol.

Vätskeersättning recept: 11

vatten, 1tsk salt, 6 tsk socker eller druvsocker. Kokas upp.

Servera gärna vätskerik mat, t.ex. grönsaker och frukt.

Personer med funktionsnedsättning kan behöva hjälp att dricka.

Försök ordna en sval miljö

Utnyttja gardiner, persienner och markiser.

Försök att vistas på

bostadens svalaste plats.

Vädra

nattetid när det är svalt.

Fläktar behövs.

Ordna svalkande åtgärder

En kall dusch är mest effektiv. En blöt

handduk runt nacken är ett alternativ.

Löst sittande

kläder i naturmaterial är svalare än åtsittande syntetkläder.

Minska den fysiska aktiviteten - framförallt under dygnets varmaste timmar.

Var extra uppmärksam vid tecken på värmepåverkan

Varningssignaler kan vara förhöjd kroppstemperatur, puls och andningsfrekvens, samt nytillkommen yrsel och onormal trötthet. Muntorrhet och minskad urinmängd kan vara tecken på vätskebrist.

MAS ansvar

- Att det finns riktlinjer
- Informera verksamheter

Verksamhetschef/enhetschef ansvar

- Inför och vid värmebölja dagligen ha en dialog med personal om värmen och aktuella frågeställningar i samband med detta.
- Ansvarar för att dagligen informera personal om vikten av extra dryck och svalkande åtgärder enligt checklista
- Att personalen hinner med de extra åtgärder som värmen innebär
- Att omprioritera arbete utifrån värmerelaterade behov. Tex kan en svalkande dusch erbjudas då kund avsäger sig insats såsom städ eller promenad

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a8551147a74e453f9bcab8878238606b/rad-varmebolja-plan-chefer-00926-2017-4.pdf>

Sjuksköterskans ansvar

- Ansvarar för information till omsorgspersonal om individuella åtgärder/patient. Tex patienter med riskläkemedel.
- Tar emot rapport från omsorgspersonal och ger råd utifrån symtom och situation
- Informerar omsorgspersonal om de tecken på uttorkning som kan uppstå: liten urinproduktion eller koncentrerad urin, förhöjd puls, andningsfrekvens samt kroppstemperatur, yrsel, onormal trötthet, muntorrhet.
- Ansvarar för medicinska ställningstagande och kontakt med läkare
- Ordinerar vätskelista
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/e5fb7ac1a3c2434e80d49f050eaf1a16/rad-varmebolja-personal-00926-2017-3.pdf>

Omsorgspersonalens ansvar

- Att vid varje besök hos boende/brukare ge extra dryck
- Varje boende/brukare ska alltid ha dryck som kan nås
- Observera om den boende/brukaren dricker dåligt. Observera muntorrhet. Rapportera till sjuksköterska.
- Observera om den boende/brukaren har koncentrerad urin, liten urinproduktion eller inte kissar alls, och rapportera detta och andra symtom till sjuksköterska
- Att arbeta enligt åtgärderna i checklistan
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/e50585de7b1145a5b0856dd36d9d6a66/rad-varmebolja-vard-omsorg-00926-2017-1.pdf>

24.1 15.1 Värme och läkemedel

Förvaring av läkemedel i höga temperaturer kan påskynda nedbrytningen av den aktiva substansen vilket kan leda till försämrad effekt.

Region Stockholm tagit fram en [handlingsplan vid värmeböljor](#). Här följer några viktiga saker att tänka på när det gäller läkemedel.

Kontrollera och dokumentera temperaturen i läkemedelsförråd.

Temperaturkontroll ska även utföras på andra ställen där läkemedel förvaras, exempelvis i akutvagnar eller behandlingsrum. Om temperaturen i läkemedelsförrådet överstiger godkänd temperatur för lagrade läkemedel behöver individuell prövning göras av de läkemedel som befunnit sig i förrådet. Hur hög temperaturen varit, hur länge temperaturen varit hög och läkemedlets egenskaper styr agerandet. Förvaringsrekommendationer för enskilda läkemedel finns på www.fass.se. Förvara läkemedel i originalförpackning.

Försök stänga ute värmen från läkemedelsförrådet genom att ha neddragna persienner och stängt fönster (annars kan ventilationen ventilationen). Överväg fläkt och AC.

Känsliga läkemedel

Vilka läkemedel som tål respektive inte tål förhöjda temperaturer är mycket varierande, men följande gäller för olika läkemedelsformer.

- Brustabletter, munsönderfallande och bucklade tabletter är känsliga för fukt och värme och det är extra viktigt att dessa förvaras i originalförpackningar i rumstemperatur.
- Kapslar är generellt mer fuktkänsliga än tabletter.
- Lösningar, såsom orala lösningar och injektionslösningar är mest känsliga för värme. Man behöver vara extra noga med att syna dessa för administrering om de förvarats i höga temperaturer och kassera vid missfärgning, utfällning eller kristallbildning. All form av nedbrytning syns dock inte.
- Suppositorier är känsliga för värme, men ska inte förvaras i kylskåp om de har rumstemperatur som förvaringsanvisning. Smälta suppositorier är inte lämpliga att använda. Den aktiva substansen kan kristallisera och även reta slemhinnan i rektum.
- Vissa läkemedel som förvaras i kylskåp är extra känsliga för temperaturavvikelser, t.ex. vacciner, blodprodukter, antiserum, antikroppar, enzymer samt interferoner. Säkerställ att de administreras så snart som möjligt efter uttagande från kylskåp.
- Det finns extra känsliga läkemedel, ex. Fragmin i förfyllda sprutor och Venofer. Dessa läkemedel bör därför förvaras i högst 25 grader.
- Krämer. Lotioner, droppar och lösningar är mer känsliga än salvor för bakteriell och annan mikrobiologisk tillväxt, vilken kan öka vid högre temperaturer. Salvor är mer hållbara. Salvor och krämer kan få mer lättflytande konsistens vid värme. Detta återgår när temperaturen normaliseras.
- Konventionella tabletter är generellt hållbara och klarar både värme och kyla. Hög värme kan förkorta hållbarheten något.

Regelverk

- SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslagen, HSL
- SFS 2017:80 Hälso- och sjukvårdsförordningen, HSf
- SFS 2014:821 Patientlag
- SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen, PSL
- SFS 2010:1369 Patientsäkerhetsförordningen, PSf

- SFS 2008:355 Patientdatalagen, PDL
- SFS 2008:360 Patientdataförordning
- SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag
- SFS 2017:612 Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- SFS 2004:168 Smittskyddslag
- SFS 1987:269 Lag om kriterier för bestämmande människans död
- HSLF-FS 2017:40 Socialstyrelsens (SoS) föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
- HSLF-FS 2017:41 Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada (lex Maria)
- HSLF-FS 2017:37 SoS föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2016:40 SoS föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2016:1 SoS föreskrifter om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende
- HSLF-FS 2015:15 SoS föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall
- SOSFS 2011:9 SoS föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- SOSFS 2015:10 SoS föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg
- SOSFS 2014:10 SoS föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring
- SOSFS 2009:6 SoS föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård
- SOSFS 2008:1 SoS föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
- SOSFS 2005:10 SoS föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död
- SOSFS 1997:14 SoS föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- AFS 2018: 4 Smittrisker