




Bilaga 6

Lokala rutiner hälso- och sjukvård

- Rutiner för läkemedelshantering inom primärkommunal hälso- och sjukvård
- Basala hygienrutiner i särskilt och ordinärt boende samt gruppboende LSS

	Huvudrubrik Rutin	Underrubrik Hälso- och sjukvård	Dokumentnamn Läkemedelshantering	
	Kontaktperson för mer information Elisabeth Rubin Medicinskt ansvarig sjuksköterska		Utgåva 9 (2014-04-09)	Flik
	Fastställt/godkänd av Elisabeth Rubin Medicinskt ansvarig sjuksköterska		Giltig fr o m 2000-10-06	Avsnitt

Rutiner för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård

Rutinerna grundar sig på ”Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården” (SOSFS 2000:1, SOSFS 2001:17, SOSFS 2005:24, SOSFS 2006:24, 2008:29 samt 2009:14), ”Kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel” (SOSFS. 2001:16), Vaccination mot pneumokocker (SOSFS 1994:26), Vaccination mot influensa (SOSFS 1997:21) samt ”Lagen om läkemedelsförmåner” (2002:160). Grunden för rutinen har utarbetats i samverkan mellan medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i Sjöbo, Ystad, Skurup, Simrishamn och Tomelilla kommuner.

Allmänt

Grunden för läkemedelshantering inom den kommunala hälso- och sjukvården är att den ska vara individuellt anpassad och säker utifrån den enskildes sjukdom och personliga förutsättningar. **Utgångsläget är att den enskilde själv svarar för sina ordinationer, omhändertagande och förvaring av egna läkemedel. Om den enskilde själv ansvarar för hanteringen av sina läkemedel skall rutinerna ej tillämpas. Detta gäller även om den enskilde har viss praktisk hjälp (se handräckning/praktisk hjälp).**

Lokala instruktioner

De enskilda enheterna i hemsjukvården skall bryta ner rutinerna i lokala instruktioner. Av dessa instruktioner skall framgå hur man praktiskt hanterar nedanstående moment och vem som ansvarar för vad. Lokal instruktion får ej strida mot gällande rutiner för läkemedelshantering i primärkommunal hälso- och sjukvård.

- Rekvisition/beställning
- Mottagande och förvaring mellan leverans och utlämnande till personalen
- Utlämnande till patient
- Kassation
- Nyckelhantering eller motsvarande (ordinärt och särskilt boende)
- Uppföljning av rutiner/instruktioner
- Rapportering av brister i läkemedelshantering till medicinskt ansvarig sjuksköterska

Kopia för godkännande skall skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Handräckning/ praktisk hjälp

Om den enskilde har praktiska svårigheter p.g.a. en somatisk funktionsnedsättning, t ex att öppna sina läkemedelsburkar, kan denna hjälp ges av baspersonal inom ramen för egenvård. Förutsättningen är att den enskilde själv bär ansvaret för sin läkemedelsbehandling och hur den ska utföras samt de läkarkontakter som sker i samband med behandlingen. Delegering av arbetsuppgiften är då inte aktuell och signering av överlämnande av läkemedel ska ej ske.

Den enskildes ansvar

Den som själv sköter sin medicinering ansvarar för att läkemedlen förvaras oåtkomligt för obehöriga.

Medicinskt yrkesansvar

Är det inte möjligt med hänsyn till den enskildes tillstånd att han eller hon kan ansvara för delar av eller hela sin läkemedelshantering ska omvårdnadsansvarig sjuksköterska försöka finna en praktisk lösning i samråd med patientens läkare och i den mån det är möjligt med patienten. Förutsättningarna för läkemedelshantering kommer därmed att växla.

Hjälpen kan bestå av delar i hanteringen eller totalt övertagande av hela läkemedelskedjan. Vilka moment som sjuksköterskan ansvarar för **ska klart framgå av blanketten ”ansvarsövertagande av läkemedelshantering” och dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.** Blanketten ”ansvarsövertagande av läkemedelshantering” är en journalhandling och bevaras enligt kommunens riktlinjer för arkivering.

Behovet av hjälp ska kontinuerligt utvärderas av sjuksköterskan i samråd med patientens läkare.

Förvaring

När sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshantering skall läkemedlen förvaras på ett säkert sätt i den enskildes bostad.

I de fall patientens läkemedel inte får plats i den enskildes medicinskåp (särskilt boende) kan läkemedlen i undantagsfall förvaras i sjuksköterskans läkemedelsförråd/låst utrymme. I sådana fall förvaras den enskildes läkemedel i plastback märkt med namn och personnummer.

I de fall läkemedel ej kan förvaras på ett säkert sätt i ordinärt boende skall dessa förvaras i härför avsedd läkemedelsbox/skåp som utlånas av kommunen enligt gällande rutiner för utlåning av läkemedelsskåp/box.

Läkarens ansvar

Ordinerande läkare är ansvarig för ordinationer samt råd och information gentemot den enskilde patienten.

Ordinationen skall innehålla uppgifter om läkemedlets namn, läkemedelsform, styrka, dosering, administrationsätt och tidpunkten för administrering.

Läkaren som ordinerar läkemedel är skyldig att förvissa sig om att patienten förstått ordinationen och kan klara sin medicineringsplan. Läkaren är skyldig att följa upp effekterna av ordinerade läkemedel. Läkaren ordinerar läkemedel skriftligt samt signerar ordinationen.

Telefonordination

Muntlig/telefonordination får användas i sådana situationer där patienten behöver omedelbar hjälp eller läkaren är förhindrad att komma till patienten. Ordinationen skall tas emot, dokumenteras och signeras i ordinationshandlingen av en sjuksköterska. Namnet på den som ordinerat läkemedlet och tidpunkten för ordinationen skall anges.

Telefonordinationer enligt nedanstående förteckning skall alltid åtföljas av skriftligt signerad ordination till det faxnummer eller adress som sjuksköterskan uppgivit. Detta gäller i de fall det ej är praktiskt möjligt att få en ordination signerad i efterhand.

- insuliner
- Waran
- heparingruppen
- N02A – allt utom tramadol (NO2AX02)
- N05A neuroleptika
- benzodiazepiner m fl – lugnande medel
- sömnmedel

Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas ansvar

När den enskilde ej klarar av sin medicineringsplan skall sjuksköterskan, **efter överenskommelse med patientens läkare enligt det beslut som framgår av blanketten ”ansvarsövertagande av läkemedelshandling”**, ansvara för att läkemedelshandlingen sker på ett säkert och omsorgsfullt sätt.

Den sjuksköterska som ansvarar för den enskildes vård ansvarar för genomförande av läkares ordinationer och anvisningar. Sjuksköterskan dokumenterar enligt gällande föreskrifter. Sjuksköterskan ansvarar för att aktuella läkemedelsordinationer finns samlade på en ordinationshandling/läkemedelslista. Handlingen skall signeras och det ska framgå vem som ordinerat respektive läkemedel. Sjuksköterskan ansvarar genom sin signering att uppgiften är korrekt överförd. Ordination får ej finnas på signeringslista, undantag vid behovs läkemedel.

Sjuksköterskan ansvarar för uppföljning av läkemedelsbehandlingen tillsammans med patientens läkare samt rapportering av biverkningar till denne.

Sjuksköterskan rapporterar brister i läkemedelshandlingen via avvikelserapportering till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Uttag och iordningställande

Iordningställande av läkemedel får endast ske enligt läkares/ sjuksköterskas (med förskrivningsrätt) ordination eller efter skriftliga generella direktiv. Uttag och iordningställande av läkemedel är en sjuksköterskeuppgift.

Uttag och iordningställande skall ske från originalförpackning och med ordinationshandling/läkemedelslista som dispenseringsunderlag. Den som iordningställer ett läkemedel skall kontrollera patientens identitet, läkemedlets namn, styrka och läkemedlets form samt dosen och doseringstidpunkten mot ordinationshandlingen/läkemedelslistan. Dosetten ska vara märkt med namn och personnummer. Ordinationen ska inte finnas på dosetten.

Iordningställande av läkemedel bör inte ske för längre period än fjorton dagar. Läkemedlets hållbarhetstid i öppnad förpackning skall beaktas.

Iordningställande av läkemedel ska dokumenteras på signeringslistan.

Om sjuksköterskan finner det lämpligt kan hon delegera till baspersonal att uttaga och iordningställa:

- - injektion med angiven förfylld penna med insulin.
- - iordningställande och administrering av flytande läkemedel
- - vid behovsläkemedel
- - läkemedel för utvärtes bruk.
- - läkemedel som inte får avlägsnas ur sin originalförpackning.

Avsteg från ovanstående skall vara överenskommet med medicinskt ansvarig sjuksköterska i varje enskilt fall.

Administrering/ överlämnande

Administrering/överlämnande av läkemedel är en sjuksköterskeuppgift. Om sjuksköterskan finner det lämpligt kan hon genom delegering överlåta åt baspersonal att överlämna/administrera:

- läkemedel som iordningställts i patientdoser/dosett av en sjuksköterska och som inte är avsett för injektion.
- läkemedel som iordningställts i patientdoser genom dosdispensering på apotek (apodos)
- flytande läkemedel, ögon- örondroppar/salvor, plåster
- läkemedel som färdigställts av tillverkaren för att ges direkt till patienten och som inte är avsett för injektion.
- läkemedel vid behov efter kontakt med sjuksköterska eller efter särskild skriftlig instruktion i det enskilda fallet
- insulininjektion med angiven förfylld penna med insulin

För din säkerhet!

Undvik direkt hudkontakt med läkemedel. Använd hjälpmedel såsom sked eller handskar vid all läkemedelshantering för att minska risken för onödig exponering, med eventuella överkänslighetsreaktioner som följd.

Ansvar vid administrering/överlämnande

Den som överlämnar läkemedel är ansvarig för att rätt person får rätt antal läkemedel vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Detta sker genom att kontrollera patientens identitet och genom att kontrollera iordningställd dos mot **samtliga ordinationshandlingar/läkemedelslistor**.

Den som överlämnar läkemedel skall i direkt anslutning till detta signera överlämnandet på signeringslista.

Omvårdnadspersonal är skyldig att rapportera förändringar i den enskildes hälsotillstånd till sjuksköterska.

Signaturförklaringslista ska finnas i anslutning till signeringslistorna.

Läkemedlen ska fördelas så jämnt som möjligt över dygnet om inget annat ordineras. Därför rekommenderas följande tider för intag av läkemedel:

kl 08.00 vid dosering 1 ggr dagligen.

kl 08.00 och 20.00 vid dosering 2 ggr dagligen

kl 08.00, 14.00, 20.00 vid dosering 3 ggr dagligen

När andra doseringsintervall förekommer ansvarar sjuksköterskan för att tillsammans med patientens läkare komma överens om lämpliga doseringstider.

Läkemedlet ska iordningställas, överlämnas och intas i den enskildes bostad eller lägenhet särskilt boende. Avsteg från detta skall vara överenskommet med medicinskt ansvarig sjuksköterska i varje enskilt fall.

Läkemedel vid behov

I ordinationshandlingen/läkemedelslistan ska anges vad som gäller för det specifika läkemedlet. Där ska också anges om läkemedlet kan ges före kontakt med sjuksköterska. När läkemedlet ges ska orsak och verkan dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen och/eller på signeringslistan för vid behovs läkemedel.

Läkemedel som skall ges ”vid behov” kan iordningställas på förhand av sjuksköterska om hon/han finner det lämpligt. Läkemedlens hållbarhetstider utanför förpackningen skall beaktas.

Nödsituation

I en akut nödsituation kan det bli nödvändigt att beordra utförandet av en viss arbetsuppgift. Detta är inte att betrakta som delegering.

Journalhandlingar

Ordinationshandling/läkemedelslista och signeringslista som används vid uttag/iordningställande/överlämnande är journalhandlingar och skall bevaras enligt kommunens riktlinjer för arkivering.

Apodos

Målet är att patienten ska ha sina läkemedel delade centralt från Dosapotek. Hänvisning till ”Gemensamma riktlinjer för ApoDos i Skånelän”.

Rekvisition

Läkemedel får endast rekvireras av sjuksköterska som namngivits i den lokala instruktionen.

Leverans från apotek

Verksamheten skall ha rutiner för att det finns en person som kan ta emot läkemedel vid leverans från apoteket. Leveransen skall förvaras så att den är oåtkomlig för obehöriga

Hämtning från apotek

Vid hämtning av läkemedel från apotek ska legitimation kunna visas. Läkemedlen bör transporteras i plomberad låda.

Utlämning av apodospåsar

Vid utlämning av apodospåsar ska den personal som lämnar ut påsarna kontrollera att patientens namn och personnummer överensstämmer med uppgifterna på apodospåsarna. Utlämning och kontroll av apodospåsar kan utföras av sjuksköterska eller baspersonal med delegeringsbeslut på överlämnande av läkemedel. Utlämnandet av påsarna till patient ska signeras på signeringslistan.

Kassation av läkemedel

När ett läkemedels utgångsdatum passerats ska kvarvarande läkemedel kasseras. Vid uttag och iordningställande av läkemedel ska sjuksköterska eller delegerad personal kontrollera utgångsdatum.

Utgångna förpackningar ska återsändas i försluten platspåse till apoteket. Kassering av enstaka tabletter eller stolpiller läggs i en särskild burk/påse märkt ”Riskavfall, kasserade läkemedel”. **OBS! Plåster skall läggas i plastpåse som förslutes i omedelbar anslutning till plåsterbytet p. g. a. höga halter av kvarvarande läkemedelsrester.**

Läkemedel som ordinerats till den enskilde är personlig egendom, varför det krävs dennes medgivande när något skall kasseras. Sjuksköterskan bör erbjuda sin hjälp att återlämna läkemedlen till apoteket, särskilt viktigt är det vid behandling med narkotiska preparat.

Återlämning till apotek

Vid transport till apotek bör plastpåsarna med läkemedlen transporteras i plomberad låda.

Narkotiska preparat

Narkotiska preparat i den enskildes bostad ska förvaras så att ingen obehörig får tillgång till det. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska svarar för rutiner i det enskilda fallet och vid behov i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska. När behandling med narkotiska läkemedel är avslutad skall sjuksköterskan erbjuda sig att ombesörja att resterande preparat återlämnas till apotek.

Narkotiska preparat grupp II o III

Då narkotiska preparat grupp II och III ordinerats skall förbrukningsjournal föras då sjuksköterska ansvarar för uttag och iordningställande.

Förbrukningsjournalen kontrolleras av extern sjuksköterska var annan månad och efter behandlingens slut. Individuell förbrukningsjournal är att betrakta som journalhandling och skall hanteras enligt gällande rutiner för arkivering och gallring. Avvikelser rapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Narkotiska preparat grupp IV o V

Då narkotiska preparat grupp IV och V ordinerats ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att ändamålsenlig kontroll sker hos den enskilde.

Medicinska gaser

Oxygen är ett läkemedel som efter ordination av läkare skall iordningställas av sjuksköterska.

Intravenösa injektioner i hemsjukvården

Det finns inga principiella hinder för att utföra behandling med intravenös injektion i hemmet.

Följande förutsättningar skall dock vara uppfyllda:

Medicinsk epikris samt skriftlig ordination signerad av ordinerande läkare skall skickas till omvårdnadsansvarig sjuksköterska innan behandlingen påbörjas. Behandlingsansvarig läkare skall ha tagit ställning till vilka åtgärder som skall vidtas vid eventuella komplikationer som kan uppstå vid behandlingen och informera omvårdnadsansvarig sjuksköterska om detta samt eventuellt ordinera läkemedel att använda vid behov vid allergisk reaktion. Då ordinerande läkare ej är i tjänst skall ersättare vara utsedd som är väl insatt i patientfallet.

Vaccinering

Ansvaret för vaccination av vuxna åvilar Region Skånes sjukvård. Vaccinering inom den kommunala hälso- och sjukvården **sker efter bedömning och läkarordination för varje enskild individ. Forskrivning av vaccin görs av patientens läkare som också ansvarar för att lämna direktiv om åtgärder vid överkänslighetsreaktion samt ordinera och tillhandahålla läkemedel för behandling av sådan reaktion.**

Vaccinering kan utföras av legitimerad sjuksköterska efter läkarordination. Innan vaccineringen utföres måste sjuksköterskan ta ställning till om hon/han har erforderlig kompetens och kunskap om vaccinet och eventuellt omhändertagande av en allergisk reaktion.

Vid vaccineringstillfället skall läkare finnas tillgänglig i det särskilda boendet eller i patientens bostad (ordinärt boende).

Den som iordningställer och administrerar ett vaccin skall dokumentera vaccinets batchnummer eller något annat identifikationsnummer i patientjournalen (läkarens ansvar) samt i sjuksköterskans hälso- och sjukvårdsjournal (sjuksköterskans ansvar).

Läkemedel för akut bruk

Kommunala läkemedelsförråd

I kommunen finns läkemedelsförråd som innehåller de vanligaste och viktigaste läkemedlen som patienten kan behöva i akuta situationer. Innehållet i läkemedelsförrådet fastställs av Region Skånes läkemedelsråd. Se ”Bakgrundsmaterial till Skånelistans rekommendationer”.

Förråden finns för närvarande på Skönadalshemmet, Lundegatan 1, Simirshamn och på distriktsköterskekontoret Bryggaregatan 3 i Sankt Olof. From ca den 1/5 2014 kommer ytterligare ett förråd att finnas på Borrbyhemmet.

Läkemedel från kommunala läkemedelsförråd skall användas till patienter med stadigvarande insatser från hemsjukvården och när sjuksköterska övertagit läkemedelshanteringen. Uttag kan ske enligt generella direktiv och/eller skriftlig ordination av läkare. Läkemedel lämnas ut till patienten i avvaktan på receptexpediering på apotek eller insättning på Apodos. När det gäller läkemedel som skall sättas in på Apodos lämnas dessa ut tills nästa ordinarie dospåsar levereras.

Antibiotika lämnas ut i hel kur vid **akuta infektioner** då läkare bedömt att behandling måste påbörjas samma dygn. Recept skall då inte utfärdas. Registrering av ordinationen skall ske på dosreceptet i enlighet med apotekets anvisningar. I fältet för ”Akut” skrivs ”LF” (läkemedelsförråd).

Varje område/särskilt boende med läkemedelsförråd utser en sjuksköterska som ansvarar för att läkemedlen beställs, är tillgängliga och vid behov byts ut. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska meddelas om vem som är ansvarig i respektive område för läkemedelsförrådet.

Läkemedlen förvaras i låst skåp oåtkomligt för obehöriga. Endast sjuksköterska som är i tjänst får ha tillgång till nyckeln till förrådet.

Obs! Vissa läkemedel kräver förvaring i kylskåp!

Läkemedel får endast rekvireras av sjuksköterska som namngivits i den lokala instruktionen

Närförråd.

Ett mindre antal läkemedel får tas ut från läkemedelsförrådet till ett närförråd enligt upprättad förteckning för närförråd (se bilaga närförråd).

Uttag från läkemedelsförråd till närförråd skall registreras på härför avsedd blankett.

Varje område med närförråd utser en sjuksköterska som ansvarar för att läkemedlen finns tillgängliga och närförrådet fylls på vid behov.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska meddelas om vem som är ansvarig i respektive område för närförrådet.

Generella direktiv

Se fastställda generella direktiv till hemsjukvården.

Naturläkemedel

Sjuksköterskan ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Naturläkemedel faller inte inom denna ram. Om sjuksköterskan övertagit ansvaret för läkemedelshandlingen ska medlet vara ordinerat av patientens ordinarie läkare. Har sjuksköterskan ansvar för läkemedelshandlingen kan omvårdnadspersonalen inte ge naturläkemedel som handräckning utan närstående får då själva ansvara för detta.

Kvalitetskontroll

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd och följsamheten till gällande läkemedelsrutin skall ske en gång/år.

Underskrift

Elisabeth Rubin



**LÄKEMEDELSFÖRRÅD –
Beställningar till förrådet bekostas av
Region Skåne**

14 04 09

Listan nedan avskrift av MAS ER från
”Bakgrundmaterial 2014”

Preparat förpackning

Aciklovir tabl 800 mg
Amoxicillin tabl 500 mg
Betapred tabl 0,5 mg.
Cetirizin tabl 10 mg
Ciprofloxacin tabl 500 mg
Diklofenak supp 50 mg
Doxyferm tabl 100 mg
Furadantin tabl 50 mg
Furosemid inj 10 mg/ml
Furosemin/Impugan tabl 40 mg
Glucagon Novo nordisk pulv o vätska t inj endosspruta
Glytrin sublingualspray 0,4 mg/dos
Haldol inj 5 mg/ml
Heparin LEO 100 E/ml
Heracillin tabl 1 g
Instillagel
Jext inj vätska 300 mikrogr
Kloramfenikol CCS ögondr endos 5mg/ml
Klyx klyksma
Kåvepenin tabl 1g
Loperamid /Dimor kaps 2 mg
Microlax rektallösning
Natriumklorid inj 9 mg/ml plastamp luer lock

Nezeril näsdr, endospipetter 0,5 mg/ml
Novo Rapid Flex Pen 100 IE/ml
Panodil supp 1 g
Panodil tabl 500 mg
Primperan supp 20 mg
Ranitidin tabl 150 mg
Risperidon tabl 0,50mg
Robinul inj 0,2 mg/ml
Selexid tabl 200 mg
Sterilt vatten 20 ml
Tranexamsyra tabl
Narkotika grupp II-V
Diazepam Desitin klymsa 10 mg
Heminevrin kapslar 300 mg
Morfin Meda inj 10mg/ml
Morfin Meda tabl 10 mg
Morfin-Skopolamin Meda inj (10+0,4) mg/ml
Sobril/Oxascand tabl 5 mg
Stesolid inj 5 mg/ml
Zopiklon tabl 5 mg

Ansvarsövertagande av läkemedelshantering

Läkemedelsansvaret för

Namn	Personnummer
------	--------------

Bedömning har gjorts att ovanstående patient inte klarar att själv ansvara för sina läkemedel. Övertagandet av läkemedelshanteringen omfattar:

- Iordningställande av läkemedel ja nej
- Framsättning av iordningställd dos i t ex medicinkopp ja nej
- Överlämnande/intag av läkemedel ja nej
- Förvaring av läkemedel ja nej

Särskilda instruktioner för klinisk uppföljning:

.....
.....

Ansvarsövertagandet gäller from Åtterrapporera senast.....

Samråd har skett med omvårdnadsansvarig sjuksköterska/patient/närstående.
Ansvarsövertagandet skall dokumenteras i patientjournalen och omvårdnadsjournalen.

Datum

.....
Underskrift: Läkare/ordinatör

.....
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska

OBS! Detta är en journalhandling och skall förvaras och arkiveras enligt gällande riktlinjer!



Flik 5	Huvudrubrik Rutiner	Undenubrik övriga	Nivå Vård- och omsorg
Kontaktperson för mer information Elisabeth Rubin		Dokumentnamn Rutin för basal vårdhygien	
Fastställd/godkänd av Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i SÖSK		Utgåvdatum (3) 2011-10-11	Giltig fr o m 2006-11-22

Basala hygienrutiner i särskilt och ordinärt boende samt gruppboende LSS

Bakgrund/syfte

Basala hygienrutiner är grunden för en god hygienisk standard i allt vårdarbete. Att hindra vårdrelaterade infektioner är en viktig del i patientsäkerheten. Basala hygienrutiner ska tillämpas av all personal vid undersökning, vård, behandling och omsorg oavsett vårdtagarens diagnos eller vårdgivare.

Basala hygienrutiner ska gälla överallt där vård och omsorg bedrivs. Syftet är att förhindra smitta från vårdtagare till personal och från personal till vårdtagare (direkt kontaktsmitta) och mellan vårdtagare, via personalens händer och kläder (indirekt kontaktsmitta).

Vid förekomst av mag/tarm infektioner och/eller multiresistenta bakterier samt vid speciella sjukdomstillstånd gäller särskilda rutiner. Vid dessa tillfällen skall omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontakta MAS.

Regelverk

AFS 1990:18 Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling om omvårdnadsarbete i enskilt hem
AFS 2001:3 Arbetsmiljöverkets föreskrifter om användning av personlig skyddsutrustning
AFS 2005:1 Arbetsmiljöverkets föreskrifter om mikrobiologiska arbetsmiljörisiker - smitta, toxinpåverkan och överkänslighet
SLVFS 1996:36 Livsmedelsverkets föreskrifter och allmänna råd om personalhygien
SoS-rapport 1998:12, Att förebygga infektioner i vården II. Ett kunskapsunderlag. Kapitel 4, 14 och 19
SOSFS 2007:19 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m

Patientsäkerhetslag 2010:659

Mål

Målet är att genom bra rutiner och följsamhet till dessa förhindra vårdrelaterade infektioner och åstadkomma en god och säker vård och en trygg arbetsplats.

Rutin för basal vårdhygien

Arbetskläder

- skall vara kortärmade för att möjliggöra korrekt handdesinfektion
- skall bytas varje dag och dessutom om kläderna blivit våta eller synligt förorenade
- skall tvättas i så hög temperatur (minst 60° C) att smittämnen avdödas
- skall inte användas utanför arbetsplatsen då smittsamma infektioner har konstaterats
- mössa och skoskydd bör inte användas i vårdarbete (skoskydd kan användas i ordinärt boende för att inte smutsa ner golvet)

Händer, handhygien, hår och skägg

- händerna och underarmarna ska vara fria från armbandsur och smycken
- naglar ska vara kortklippta och nagellack eller nagelpåbyggnad får ej användas
- händer som är synligt smutsiga ska tvättas med vatten och flytande tvål innan de desinfekteras
- händerna ska desinfekteras både före och efter användning av handskar.
- händer som har tvättats ska vara torra innan de desinfekteras
- händerna ska desinfekteras med ett alkoholbaserat handdesinfektionsmedel, eller något annat medel med motsvarande effekt, omedelbart före och efter varje direktkontakt med en patient
- långt hår och skägg ska sättas upp eller täckas vid vårdarbete

skyddsutrustning

Handskar

- Handskar av typ "musse pigg" skall ej användas i vårdarbetet. (kan användas vid städning)
- Händerna skall desinfekteras omedelbart innan handskarna tas på
- Händerna skall desinfekteras omedelbart efter det att en arbetsuppgift är utförd
- Berör inte omväxlande smutsigt och rent, även om du har handskar på händerna.
- skyddshandskarna skall tas av direkt efter ett arbetsmoment och bytas mellan olika arbetsmoment hos samma vårdtagare
- Handskarna skall alltid bytas mellan olika vårdtagare
- Händerna ska inte utsättas för handskar under längre tid och oftare än nödvändigt eftersom risken för kontaktextem då ökar
- Handskarna skall alltid kastas direkt efter användning

Engångsförkläde/skyddsrock

- Engångsförkläde/skyddsrock är vårdtagarbunden och skall finnas i den enskildes bostad
- Engångsförklädet skall kastas efter användning Vid dagliga och rena åtgärder hos vårdtagaren ska skyddsrocken bytas minst två gånger per vecka eller oftare vid behov. Blir skyddsrocken nedsmutsad eller fuktig ska den genast bytas mot en ny.
- Engångsförkläde/skyddsrock ska användas vid risk för stänk och kontakt med kroppsvätskor/utsöndringar samt vid direkt kontakt med vårdtagarens säng

Planera om möjligt alltid så att du utför rent arbete först!

Nivå 1 Handdesinfektion alltid skall utföras.

Inga krav på skyddsutrustning

Exempel

- vid hjälp med på- och avklädning
- färflyttningar t ex lyft, vändningar i och ur rullstol, till och från säng
- behandling t ex kontrakturprofylax
- matning
- iordningställande av läkemedel
- överlämnande av läkemedel

Nivå 2 Handdesinfektion alltid skall utföras, engångsforkläde/skyddsrock skall användas.

Inga krav på handskar

Exempel

- bäddning

Nivå 3 Handdesinfektion alltid skall utföras, engångsforkläde/skyddsrock och handskar skall användas.

Exempel

- personlig hygien och duschning
- toalettbesök
- byte av blöjor, uribag och stomipåse
- omläggning av sår
- provtagning
- sugning av luftvägar
- direktkontakt med blod och blodtillblandade kroppsvätskor
- vid risk för kraftig nedsmutsning
- upptorkning av kroppsvätskor som t ex blod, urin, avföring, sekret
- städning av toalett och hygienutrymmen

Underskrift

Elisabeth Rubin, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Olika smittvägar, bilaga till hygienrutin

Direkt kontaktsmitta

Den direkta kontaktsmittan sker mellan smittkällan, en infekterad patient eller smittbärande frisk person, och den mottagliga individen. Detta gäller till exempel vid hudinfektioner och vissa luftvägsinfektioner, till exempel herpes och adenovirus.

Indirekt kontaktsmitta

Indirekt kontaktsmitta från en person till en annan sker via händer, kläder eller föremål (utrustning, sängbord, dörrhandtag och så vidare) som är förorenade med smittämnen från sår och luftvägar, urin, avföring eller blod.

Droppsmitta

Hosta, nysningar, kräkningar och diarreer ger en dusch av stora tunga droppar som snabbt faller ned i luften och inte når längre än någon meter.

Direkt droppsmitta

Dropparna kan nå en annan individs ögon och slemhinnor direkt eller via händerna. Detta gäller vid de flesta luftvägsinfektioner.

Dropp-kontaktsmitta (indirekt droppsmitta)

Dropparna faller ned på föremål och förs vidare som indirekt kontaktsmitta. Dropp-kontaktsmitta är i de flesta fall en vanligare smittväg än direkt droppsmitta. Detta gäller till exempel Respiratory Syncytial Virus (RSV), calicivirus med flera.

Luftburen smitta

Från/till luftvägarna

Saliv kan vid tal spridas från luftvägarna, men innehåller vanligen för få mikroorganismer för att orsaka smittspridning.

Vid hosta kan förutom droppsmitta även en aerosol uppstå. Då dropparna i aerosolen torkar ihop till mindre droppkärnor (<5µL) kan de spridas med luften och därefter inhaleras. Detta gäller vid till exempel vattkoppor, influensa och tuberkulos.

Från huden

Från huden sprids partiklar i luften i stora mängder ($2,5 \times 10^7/24h$). En stor del av dessa bär bakterier.

Från patienter med stora sår, hudinfektioner och hudlesioner, exempelvis eksem eller brännskador, kan till exempel Staphylococcus aureus, betahemolystiska streptokocker grupp A, och Pseudomonas aeruginosa spridas.

Bakteriebärande hudpartiklar kan inhaleras och i vissa fall orsaka en vanligtvis tillfällig kolonisation med S. aureus, till exempel MRSA, i näsan. De kan också falla ned i öppna sår och ge sårinfektioner.

MRSA = Meticillin Resistent Staphylococcus Aureus

Luft-kontaktsmitta, dammsmitta

När luftburna bakteriebärande partiklar sedimenterar på ytor och föremål kan de ge upphov till indirekt kontaktsmitta. Bakterier som sedimenterat ned på golvet innebär sällan någon smittspridningsrisk

Blodburen smitta

Smittämnen överförs via blod till blod eller slemhinna. Det sker direkt till exempel via sexuell kontakt eller genom kontaminerade blodprodukter. Indirekt sker det exempelvis genom stick- eller skärskador, injektioner, kontaminerade handskar, men även via kontaminerade läkemedel.

Tarmsmitta (fekal-oral smitta)

Tarmsmitta kan ske då smittämnen som utsöndras med tarminnehållet når munnen, med direkt eller indirekt kontakt.

Livsmedelsburen smitta

Livsmedelsburen smitta innebär att livsmedel eller vatten direkt eller indirekt kontamineras med smittämnen. Exempel kan vara matförgiftning av stafylokocktoxin eller mag-Itarminfektion orsakad av virus eller bakterier.

Insektsburen smitta

Insektsburen smitta är inget stort vårdhygieniskt problem i Sverige.

Patientjournalen

Bakgrund/syfte	4
Regelverk	4
Mål	4
Patientjournalen övergripande.....	5
Var, vem och när!.....	5
Journalen följer patienten	5
Överföring till annan omvårdnads- ansvarig sjuksköterska.....	5
Överföring till annan vårdgivare	5
Överföring via fax	5
Kontaktpärm	5
För vilka skajournal foras?.....	6
Vem ska fora patientjournal?	6
sjuksköterska	6
Arbetstera-peutlsjuk-gytnast	6
Övrig personal	6
Upprättande av journalhandling	7
Upprätta journal.....	7
Identifiering, pappers-journal	7
Läkar-ordinationer.....	7
Låsning av text	7
Rättelse av uppgift.....	7
Patientjournalens utformning	7
Språket ska vara svenska.....	7
Tydligt och klart språk med respekt får den enskilde	7
Uppgifter som ska finnas med.....	7
Bakgrunden till vården	8
Individuell vårdplan	8
Effekter av vård och behandling	8
Över-känslighet	9
Uppföljning av patient- journalen	9
Epikris	9
Medicinsk	9
information från sjukhus /vårdcentral	9
Läkemedels-lista/ordina-tionshandling	9
Övriga handlingar.....	9
Dokument	9
IVP har en central roll i dokumen-tationen.....	10
Identitetskontroll	10
Skyddad identitet.....	10
Nivåer	10
Rutin	II
Informationsskyldighet.....	II
Tystnadsplikt, sekretess och samtycke.....	II
Tystnadsplikt	II
"Den inre sekretessen"	II
sekretess och samtycke.....	II

Signering	11
Signerings-	11
lista	12
Felaktig anteckning	12
Telefonförfrågan/rådgivning	12
Utfärdande av intyg.....	13
Vem ska utfärda intyg?	13
Intyg	13
Annan än patient.....	13
Ej medgivande.....	13
Dokumen-tation.....	13
Utlämnande av kommunal patientjournal	13
Original-journal	13
Till patienten själv	13
Till annan vårdgivare	13
Till annan/	14
närstående.....	14
Ej utlämnande.....	14
Handhavande av patientjournal	14
Förvaring	14
Arkivering	14
Gallring.....	15
Säkerhet för elektronisk patientjournal	15
Funktioner	15
Behörighet	16
Tillgänglighet	16
System-administratör	16
Begäran om behörighet	16
Läsbehörighet	16
skriv-behörighet.....	16
Kontroll	16
Inre sekretess	16
Avsluta	16
Inloggning, skärmläckare och signering.....	16
Inloggning	16
Var rädd om ditt lösenord!	17
"Glömt lösenord"	17
Skärm-släckare.....	17
Signering	17
Lagring	17
Hårddisk	17
Destruktion	17
Loggning	17
Användarens ansvar	18
säkerhets-foreskrifter	18
Lösenord.....	18
Obehöriga	18
Placering av skärm	18
Lås rummet.....	18
Kopiering och utskrifter	18

Kopiering.....	18
Utskrifter	18
Befolkningsregister	18
Uppdateringar.....	18
Förebyggande.....	18
Vårdtagar-information.....	18
Driftsstörningar eller avbrott vid elektronisk journal.....	19
Support	19
Kommunen.....	19
Övrig tid	19
Avbrott	19
Du kommer inte in i kommunens datanät	19
Du kommer inte in i Safe Doc.....	19
Datorproblem	20
Gallring/arkivering.....	21

Rutin för journalföring/dokumentation inom hälso- och sjukvård i Simrishamns kommun

Bakgrund/syfte

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar som har gjorts och som ligger till grund för olika beslut. Även råd i behandlings- eller bedömningsfrågor per telefon ska dokumenteras.

Journalen har flera syften. Den utgör ett viktigt arbetsinstrument i kvalitets-, säkerhets-, uppfoljnings och utvärderingsarbetet. Den garanterar kontinuitet och säkerhet genom att vara underlag för bedömning av åtgärder som ska utföras bl a av dem som inte tidigare träffat patienten. Journalen är det skrivna, juridiskt hållbara dokumentet över patientens vård och utgör underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som givits den enskilde patienten.

Med patientjournal avses alla de handlingar och anteckningar, som innehåller uppgifter om patientens tillstånd och de åtgärder som genomförs eller planeras, uppföljning och utvärdering samt resultatet av åtgärderna.

Regelverk

Lagar och föreskrifter som ligger till grund för rutinen :

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag

SOSFS 1997:10 om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård.

SFS 1986:203 om förlängd bevarandetid för vissa journalhandlingar inom hälso- och sjukvården.

SOSFS 2005:29 om avfattande av intyg m.m.

SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslagen

SFS 1990:782 Arkivlagen.

SFS 1998:204 Personuppgiftslag.

SFS 2008:355 Patientdatalagen

SFS 2010:651 Patientsäkerhetslag

För ADB förda journaler gäller samma regler i patientjournallagen som för manuellt förda journaler.

Mål

En enhetlig patientjournal, här kallad patientjournal, ska föras inom den kommunala hälso- och sjukvården och dokumentationen i patientjournalen ska uppfylla kraven enligt gällande lagar och författningar.

Dokumentationen ska ske i den databaserade patientjournalen. För att upprätthålla god och säker vård måste viss information vara tillgänglig även då

vårdpersonal befinner sig långt från datorer eller vid t ex driftsstopp i datasystem. Alla patienter som har hälso- och sjukvårdsinsatser ska därför erbjudas en Vård- och omsorgspärm. Informationen i Vård- och omsorgspärmen ska vara begränsad till uppgifter som är relevanta för en god och säker omvårdnad.

Patientjournalen övergripande

Patientjournalen innehåller uppgifter om allmän och specifik omvårdnad samt rehabiliterings- och habiliteringsinsatser. Vid vård inom kommunens hälso- och sjukvård ska journal upprättas och föras för varje patient. En journal får inte vara gemensam för flera patienter.

Var, vem och när! Av en journal ska alltid framgå **var** den är upprättad samt **vem** som svarar för viss anteckning i journalen. Dessutom ska framgå **när** anteckningen är gjord. Journalhandlingar ska hållas samlade och tillgängliga för behörig personal. Behörig personal är den hälso- och sjukvårdspersonal som är involverade i vården av den enskilda patienten.

Journalen följer patienten

Den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen följer patienten mellan olika boendeformer. Detta avser såväl inom den kommunalt drivna vården eller vård driven på entreprenad inom kommunen, oavsett om vården bedrivs inom särskilt boende, korttidsvård eller inom det ordinära boendet/hemmet. I patientjournalen ska en anteckning göras när överföring av journalen sker mellan olika områden eller till särskilt boende.

Överföring till annan omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Den omvårdnadsansvarige sjuksköterskan som överlämnar ansvaret för patientens fortsatta vård till annan omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att överföringen av patientjournalen sker. I de fall då kontakten endast har skett med arbetsterapeut eller sjukgymnast ansvarar de för överföringen.

Överföring till annan vårdgivare

Om information som gäller t.ex. omvårdnad behöver formodlas till sjukhus eller primärvård under pågående vård ska s.k. kontaktkort skrivas och ev. kompletteras med muntlig rapportering. Förutsättningen är att patienten samtyckt till informationsutbytet eller att menprövning har utfarts.

Överföring via

fax Uppgifter från patientjournalen bör inte överföras via telefax utan att säkerhetsåtgärder vidtagits (telefaxen ska vara försedd med kortnummer).

Kontaktpärm Hos varje patient med behov av hälso- och sjukvårdsinsatser ska det finnas en Kontaktpärm med de uppgifter som krävs för att bedriva en god och säker omvårdnad.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att Kontaktpärm upprättas. Kontaktpärmen ska organiseras enligt upprättad innehållsförteckning.

Samtycke från patient krävs för att information ska få utbytas mellan olika vårdgivare.

För vilka ska journal föras?

Journal ska föras på personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård i särskilt boende, gruppboende enligt LSS, hemsjukvård i ordinärt boende och vid vistelse i dagverksamhet eller korttidsboende.

Vem ska föra patientjournal?

Leg. personal (sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast) All legitimerad personal ska föra journalanteckningar för varje patient och vid varje kontakt som gäller vård, undersökning eller behandling.

sjuksköterska Omvårdnaden är en uppgift för all personal runt patienten. I allmänhet åligger det en sjuksköterska att svara för samordningen av omvårdnadsinsatserna. sjuksköterskans journalföring av omvårdnaden är en förutsättning för kvalitetssäkring av vården.

Arbetsterapeut/sjukgymnast

Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar inom ramen för sin kompetens för specifika rehabiliterings åtgärder samt för bedömning av behov av hjälpmedel. Vid rehabiliteringsbehov ska rehabiliteringsplanen vara väl dokumenterad med anamnes, status, bedömning, mål, planerade åtgärder och resultat vid uppföljningar.

Vid forskrivning av hjälpmedel ska hela processen dokumenteras samt de ordinationer som givits till vårdtagare eller till omvårdnadspersonal. Ordinationerna ska vara skriftliga.

Övrig personal

Omvårdnadspersonal dokumenterar i journal antingen direkt i Safe Doc eller i härfår avsett pappersdokument då de på uppdrag av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatsen.

Legitimerad personal ska regelbundet till journalen i Safe Doc sammanfatta journalanteckningar gjorda i pappershandling.

Upprättande av journalhandling

Upprätta journal	Patientjournal ska upprättas av den sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast som har den första kontakten med patienten.
Identifiering, pappersjournal	I en pappersbaserad journalhandling ska patientens namn och personnummer finnas på vruje sida på journalblad där en journalanteckning gjorts. Även år och datum ska finnas med på vruje sida. Journalanteckningar ska textas och föras in omgående i omvårdnadsjournalen, samt dateras och signeras av den som gör anteckningen. Texten i en journal ska vara tydligt utformad. Om journalen skrivs för hand ska handstilen vara så tydlig att det inte i efterhand kan uppkomma tvivel om vad som står i journalen.
Läkarordinationer	Läkarordinationer ska alltid skrivas in av ansvarig sjuksköterska.
Låsning av text	Låsning av texten i den datorstödda patientjournalen sker när texten är signerad. Signering och låsning av texten sker efter det att anteckningen förts in. Behövs komplettering efter det signering och låsning av texten är gjord får tillägg utföras som signeras, sedan sker en låsning av tilläggstexten.
Rättelse av uppgift	En felaktig anteckning som är signerad får inte ändras eller göras oläslig. Vid rättning av en felaktig uppgift så måste såväl den felaktiga uppgiften som rättelsen återfinnas i journalen. Drag ett streck över den felaktiga anteckningen och skriv <i>felaktig anteckning</i> , därefter skrivs den rättade texten. Av rättelsen ska också framgå när den är gjord och av vem - signeras.

Patientjournalens utformning

Språketska vara svenska	Patientjournalen ska som huvudregel vara skriven på förståelig svenska och förkortningar får inte användas. Facktermer får användas för att uppfylla kraven på tydlighet.
Tydligt och klart språk med respekt för den enskilde	Texten ska vara formulerad så att den inte feltolkas eller uppfattas som kränkande av patienten. Den ska vara utformad så att det utan risk för missförstånd klart och tydligt framkommer vilken bedömning, analys, planering, genomförande och utvärdering som gjorts. Patientjournalen ska utformas på ett sådant sätt att patientens integritet respekteras. Nedsättande eller kränkande omdömen får inte förekomma.
Uppgifter som ska finnas med	Uppgifterna i journalen ska vila på ett korrekt underlag. Följande uppgifter ska finnas med i patientjournalen: <ol style="list-style-type: none"> 1. patientens namn och personnummer 2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården 3. ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder 4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder 5. den information som lämnats till patienten och ställningstaganden som

- gjorts
6. aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
 7. ordinationer av t.ex. läkemedel och olika behandlingar
 8. forskrivningsorsak vid ordination av läkemedel
 9. undersökningsresultat
 10. överkänslighet får läkemedel eller vissa ämnen
 11. vårdhygienisk smitta
 12. epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
 13. lämnade samtycken
 14. patientens egna önskemål vad avser vård och behandling
 15. uppgifter som behövs får spårbarhet avseende medicintekniska produkter som har fårskrivits till, och utlämnats till eller tillforts en patient
 16. utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter
 17. vårdplaneringar av olika slag
 18. uppgift om det finns spärrade uppgifter

Bakgrunden till vården

Patientjournalen ska innehålla en färsta bedömning av patienten och därefter återkommande bedömningar. Både anamnes och status ska ingå.

Bedömningen omfattar

uppgifter (subjektiva) som bygger på patientens eller närståendes beskrivning av patientens hälsa och levnadsförhållanden fram till den aktuella vårdkontakten

uppgifter (objektiva) som belyser patientens aktuella situation och förhållanden som påverkar vård, omvårdnad och rehabilitering

En precisering av patientens viktigaste omvårdnadsbehov formuleras i journalen. Det kan gälla aktuella redan befintliga behov och problem eller en risk som har identifierats. Om det är behov av t.ex. omvårdnad eller rehabilitering som ska preciseras kan det även gälla en resurs hos patienten som måste förstärkas eller bevaras.

Individuell vårdplan

En vårdplan ska upprättas som utöver behov/problem och mål innehåller planerade åtgärder och utvärdering. Planen ska om möjligt utformas i samråd med patienten och/eller närstående så att de får bästa möjliga delaktighet.

Effekter av vård och behandling

De insatta åtgärderna ska utvärderas i förhållande till de mål som satts upp. Utvärderingen ska göras kontinuerligt och ev. åtgärder eller vårdbehov formuleras om.

**Över-
känslighet**

Överkänslighet som kan leda till allvarliga eller livshotande tillstånd ska markeras i journalen med särskild symbol antingen för hand med rödpenna, med röd stämpel, med röd etikett eller på annat iögonfallande sätt.

I datajournalen ska dokumentationen ske i "Överkänslighet". Varningen ska på ett tydligt sätt beskriva vad som överkänsligheten avser samt vem som skrivit in "varningen". Vid överflyttning till annan vårdgivare internt eller externt ska omvårdnadsepikris tydligt markeras med "VARNING".

Omvårdnadsepikrisen ska i dessa fall alltid kompletteras med muntlig överrapportering av "VARNING".

**Uppföljning av
patient-
journalen**

Uppföljning och uppdatering av status ska ske minst en gång om året eller vid förändrade förhållanden.

Epikris

När vårdtiden avslutas skrivs en epikris. Epikrisen ska utgöra en sammanfattning av den medicinska vård, omvårdnad och rehabilitering patienten erhållit.

I samband med att en patient överförs till annan vårdgivare ska epikrisen snarast översändas och då innehålla vilka problem eller behov som finns vid den aktuella tidpunkten.

**Medicinsk
information
från sjukhus
/vårdcentral**

I datajournalen görs en sammanfattning av epikris/omvårdnadsepikris, därefter förvaras pappersepikrisen i låst tjänsterum/journalskåp hos sjuksköterskan. Ansvarig läkare för den medicinska informationen anges i journalen med namn och klinik.

**Läkemedels-
listalordina-
tionshandling**

Aktuell läkemedelslista/ordinationsunderlag förvaras hos den enskilde patienten och vid behov inlåst.

Läkemedelslista/ordinationsunderlag är en journalhandling.

**Övriga
handlingar**

Kopior på röntgensvar, remissvar, vätskelistor, vändschema samt övriga handlingar av betydelse för vård och behandling är att betrakta som journalhandlingar. Dessa förvaras i patientens samlade pappersjournal i härför avsedd mapp i låst tjänsterum/jomalskåp hos sjuksköterskan.

Dokument

Patientjournalen bör minst innehålla följande dokument:

1. Anamnes -patientens identitet, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson, vem man kontaktar i 1:a hand samt hälsohistoria.
2. Status-aktuellt ADL-status eller motsvarande (sökord)
3. Bedömning/analys av vårdbehov, planerade åtgärder, vem som ordinerat och resultat/utvärdering. (IVP)
4. Uppföljning-daganteckningar om hälsotillstånd, åtgärder och utvärdering (sökord).
5. Övriga handlingar beroende på patientens behov eller tillstånd t ex.:
 - Läkemedelslista/apodos/ordinationshandling
 - Tempkurva, lab.lista
 - Inkontinenslista
 - Sårvårdsjournal

- Nutritionsbedömning, munhälsovårdsbedömning
- Rehabiliteringsjournal
- Riskbedömningar såsom Norton-skala, MNA, DFRI
- Hjälpmedelstlista
- Epikriser

**IVP haren
central roll i
dokumen-
tationen.**

Hela vårdprocessen ska dokumenteras *PROBLEM-MÅL - ATGÅRD –planerad uppföljning (datumför bevakning)- RESULTAT*. En beställning på åtgärderna ska bifogas den information som finns hos patienten. När omvårdnadspersonalen blir involverad i åtgärdsprogrammet ska uppgift om aktuell vårdplan översändas till enhetschefen via insatsbeställningsfunktionen i Sofia Omfale.

Identitetskontroll

Den som upprättar en journalhandling ska alltid kontrollera den enskildes identitet. Av patienter som inte är kända ska legitimation begäras vid undersökning, behandling, provtagning och i övrigt då journalanteckning görs i samband med vårdkontakt

Godkända legitimationshandlingar för svenska medborgare är:

- SIS-märkt identitetskort
- Identitetskort utfärdat av bank eller postverk
- Tjänste- eller identitetskort utfärdat av AB ID-kort
- Svenskt körkort
- Svenskt pass med vinröd pärm, s k EU-pass
- Nationellt pass enl ICAO-standard utfärdat av polisen
- Nationellt identitetskort enl ICAO-standard utfärdat av polisen

Godkända legitimationshandlingar för patienter ej folkbokförda i Sverige är:

- Pass från konventionsland liksom övriga länder
- LMA-kort utfärdat av Migrationsverket (LMA = lagen om mottagande av asylsökande)

Av dokumentationen ska framgå senast kända adress eller andra möjliga kontaktuppgifter.

Skyddad identitet

Normalt sett är personuppgifter i folkbokföringsregistret offentliga men under vissa omständigheter kan en patient ha skyddad identitet, speciellt när det föreligger en hotbild mot personen.

Nivåer

Tre nivåer av skydd förekommer:

1. sekretessmarkering-adressuppgifterna "mörkas" och bara några enstaka personer på skatteverket har tillgång till dem.
2. Kvarskrivning – personen flyttar, men är fortfarande skriven i sin tidigare församling.
3. Fingerade personuppgifter-personen får en helt ny identitet. Den verkliga identiteten finns bara hos Rikspolisstyrelsen.

Rutin**Vid sekretessmarkering:**

- patienten ska styrka att skydd fåreligger
- upprätta journal i Safe Doc - patientens namn och personnummer kan läggas upp
- ingen personlig adress eller telefonuppgifter får läggas upp
- patienten informeras om enhetens telefonnummer så att han/hon själv kan ta kontakt vid behov av vårdkontakt OBS! Uppllys om att det är den skyddades eget ansvar att ta kontakt vid behov av ny vårdkontakt
- brevkontakt med patienten ska ske via skatteverket
- se länk

<http://www.skatteverket.se/privat/folkbokforing/skyddadepersonuppgifter/postformedling.4.1a09Bb721295c544e1fB00028789.html>

Vid minsta osäkerhet ta kontakt med medicinskt ansvarig sjuksköterska!

Informationsskyldighet

Legitimerad personal som lägger upp ny patientjournal ansvarar för att informera patienten om att detta sker.

Tystnadsplikt, sekretess och samtycke

Tystnadsplikt All personal har tystnadsplikt. Det innebär att alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, tex. sjukdom eller behandling skyddas av sekretess och rar bara lämnas ut till de som vårdar patienten.

"Den inre sekretessen" Personal som inte deltar i vården kring patienten få inte utan samtycke läsa någon patients journal även om tillgänglighet och möjlighet finns. Alla aktiviteter loggas i datajournalen.

sekretess och samtycke sjuksköterskan eller annan legitimerad personal ska informera patienten om sekretesskyddet och fråga om samtycke för att få lämna upplysningar till anhöriga eller annan vårdgivare. Patienten meddelar på så sätt, att uppgifter om hur han eller hon mår, rar lämnas ut och till vem som informationen kan lämnas. Svaret ska dokumenteras (under "närstående") i patientjournalen.

Signering

Varje anteckning i journalen ska innehålla uppgift om vem som svarar för anteckningen. Detta ske genom signum eller underskrift. En uppgift i en journalhandling är infärd när den är signerad. Signering bör ske i omedelbar anslutning till att anteckningen fås in i journalen.

Signerings- Det ska i alla verksamheter där man får journal finnas en lista över personalens

lista signaturer kopplat till namn och befattning. I annat fall ska signering ske med namn och befattning i klartext.

Felaktig anteckning

En felaktig anteckning som är signerad får inte ändras eller göras oläslig. Vid rättning av en felaktig uppgift så måste såväl den felaktiga uppgiften som rättelsen återfinnas i journalen. Drag ett streck över den felaktiga anteckningen och skriv *felaktig anteckning*, därefter skrivs den rättade texten. Av rättelsen ska också framgå när den är gjord och av vem- signeras.

Telefonförfrågan/rådgivning

Samtal som gäller vård och behandling eller uppgift som kan anses få betydelse framöver ska alltid dokumenteras. Dokumentationen ska ske i direkt anslutning till telefonkontakten/rådgivningen och så snart som möjligt tillföras patientjournalen. Rådgivningen ska utvärderas. Om kontaktsak är annan än vård och behandling avgör den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen om dokumentation ska göras.

Vid telefonrådgivning i form av engångsrådgivning, ska dokumentationen ske på avsedd blankett. Detta är en journalhandling och ska sparas som en sådan.

Utfärdande av intyg

Vem ska utfärda intyg?	Den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patient utfärda intyg om vården. Intyget överlämnas till patienten efter att denne har styrkt sin identitet.
Intyg	Intyget ska utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m.m.
Annan än patient	Ska intyget översändas till annan än patienten själv ska skriftligt medgivande från patient erhållas.
Ej medgivande	Kan det pga sjukdom eller handikapp inte erhållas något medgivande från patienten om utfärdande av intyg ska följande bedömning göras: <ul style="list-style-type: none"> • Den som begär intyget ska ange för vilket ändamål intyget ska användas, eftersom detta har betydelse för bedömningen av utlämnandet. • Den som ansvarar för vården gör bedömning enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 7 kap. 1 § Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 § inom hälso- och sjukvården får uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan den enskilde lider men. • Vid tveksamhet kontakta medicinskt ansvarig sjuksköterska.
Dokumentation	I patientjournalen dokumenteras vem som begärt och erhållit intyget. Kopia på intyget biläggs journalen.

Utlämnande av kommunal patientjournal

Originaljournal	Originaljournal får aldrig utlämnas till patient, annan företrädare eller annan vårdgivare. Inom kommunens hälso- och sjukvård kan patientjournalen följa patienten.
Till patienten själv	Patienten har rätt att ta del av sin journal (undantag se sekretesslagen 25 kap, 1§) efter prövning av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Patienten ska erbjudas hjälp vid genomgången. För att ta del av läkarepikfiser eller andra handlingar som utfärdats av annan vårdgivare ska hänvisas till vederbörande läkare. Om man lämnar ut kopia på omvårdnadsjournalen, ska det antecknas i originaljournalen att kopia är utlämnad, av och till vem. Identiteten ska styrkas.
Till annan vårdgivare	Om patienten ska skickas in till slutenvården eller besöka öppenvården och medgivande inte kan erhållas på pga sjukdom eller handikapp ska utlämnande ske först efter prövning enligt nedan: <ul style="list-style-type: none"> • Den som ansvarar för vården gör bedömning enligt sekretesslagen (2009:400) 7 kap. 1 § Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 § inom hälso- och sjukvården får uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan den enskilde lider men. • Prövningen görs av tjänstgörande sjuksköterska, sjukgymnast eller

arbetsterapeut

**Till annan/
närstående**

Om annan än patienten själv begär journalkopia ska det finnas ett medgivande från patienten själv. Om inte medgivande kan erhållas på pga sjukdom eller handikapp ska utlämnande ske först efter prövning enligt nedan:

- Den som ansvarar för vården gör bedömning enligt sekretesslagen (2009:400) 7 kap. 1 § Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 § inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan den enskilde lider men.
- Prövningen görs av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Ej utlämnande

Om man lämnar ut kopia på omvårdnadsjournalen, ska det antecknas i originaljournalen att kopia är utlämnad av och till vem samt att utlämnandet skett efter prövning av sekretesslagen. Före utlämnandet ska mottagarens identitet styrkas.

Ifall ansvarig sjuksköterska gör bedömning att utlämnande av kopia på patientjournal ej kan ske, ska medicinskt ansvarig sjuksköterska kontaktas:

- den som begär handlingen ska erhålla skriftligt svar t.ex. "att utlämnande av kopia på patientjournal kan inte ske pga av" "
- svaret ska också innehålla besvärshänvisning till Kammarrätten i Göteborg.

Handhavande av patientjournal

Förvaring

Journaler ska hanteras och förvaras så att obehöriga ej rar tillgång till dessa.

Handlingar i pappersformat som kompletterar den datorstödda patientjournalen ska förvaras under uppsikt eller under lås i brandsäkert dokumentskåp.

Observera dock att åtkomst till dessa delar i patientjournalen måste finnas får berörd personal dygnet runt.

När det gäller förvaring av handlingar i den enskildes hem hänvisas tilllokala rutiner.

Arkivering

Vid dödsfall ska samtliga journalhandlingar som finns i pappersformat och förvaras hos arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska samlas ihop och ordnas enligt sorteringsrutin.

Patientens övriga journalhandlingar samlas i blå mapp märkt "HSL" skickas till Socialförvaltningens arkiv. Utskrift sker på kommunkontoret av vård- och omsorgsförvaltningens handläggare.

Gallring Patientjournaler/omvårdnadsjournaler, oavsett vilka personalgrupper som skriver i dem, bör bevaras. De bör finnas kvar under patientens livstid och därefter (for framtiden) till forskningens förfogande.

Säkerhet för elektronisk patientjournal

Dokumentation i patientjournal för kommunens hälso- och sjukvård sker i Safe Doc.

Systemägare, uppdatering av befintliga register
Socialnämnd

Funktioner

Systemadministratör/forvaltare
Distrikstarbetsterapeut
Distriktsköterska
Sjuksköterska
Kontroll av loggar och hämtande av statistik
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Behörighet

Tillgänglighet För att få tillgång till kommunens elektroniska omvårdnadsjournal krävs följande:

1. Behörighet att komma in i kommunens datanät.
2. Behörighet att komma in i verksamhetssystemet Safe Doc.
3. Enhetschefen ska verifiera punkt 1 och 2 enligt särskild framtagen blankett som sänds till systemadministratör och IT-enheten inom Simrishamns kommun.

System-administratör Systemadministratörerna för kommunens elektroniska omvårdnadsjournal har bl.a. till uppgift att dela ut behörighet och lägga in nya användare av systemet.

Begäran om behörighet Enhetschefens roll är att begära behörighet hos systemadministratören för personalens räkning.

Läsbehörighet Läs- och skrivbehörighet kan ges till andra yrkesgrupper än den legitimerade som är inbegripna i vården (ex. undersköterskor).

skriv-behörighet skrivbehörighet ges till legitimerad personal och personal som har blivit delegerad hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Kontroll Det elektroniska dokumentationssystemet Safe Doc har ett inbyggt behörighetskontrollsystem .

Inre sekretess Personal som inte deltar i vården kring patienten får inte utan patientens samtycke läsa dennes journal även om tillgänglighet och möjlighet finns. Tänk på att behörighet och tillgänglighet till patientjournalerna inte innebär att du har befogenhet att läsa i journal där du inte utför någon hälso- och sjukvårdsuppgift. Alla aktiviteter loggas i datajournalen.

Avsluta Den enhetschef som är involverad i när personal avslutar sin anställning ska meddela systemadministratör och IT-enheten skriftligen. Systemadministratören tar bort behörigheten. Behörigheten ska spärras snarast eller inom högst 1 vecka. En gång per år ska medicinskt ansvarig sjuksköterska kontrollera att endast behöriga användare är registrerade i behörighetssystemet

Inloggning, skärmläckare och signering

Inloggning Efter erhållen behörighet får användaren ett användarnamn och ett lösenord. Detta initiala password/lösenord ska vid första användandet bytas till ett eget valt lösenord som endast är känt av användaren. Passwordlösenord för

inloggning i dokumentationssystemet Safe Doc ska bestå av minst 8 tecken varav minst en stor bokstav och minst en siffra.

**Varräddom
ditt lösenord!**

Användaren har ansvar vad som skrivs under vederbörandes inloggning. Om du misstänker att ditt lösenord är känt av annan användare ska du ornedelbart byta till nytt lösenord.

**"Glömt
lösenord"**

Användare som glömt user name eller password för Safe Doc skärmläckare eller signering kontaktar systemadministratören för att få ett nytt.

Skärm-släckare

När användare lämnar datorn för kortare period ska skärmläckare aktivt kopplas in genom tryck på **Ctrl** Alt och delete. Automatisk skärmläckare aktiveras efter 6 min inaktivitet. Tänk på att en skärmläckare låser datorn för andra användare som måste komrna in på samrna dator. Bättre då att går ur Safe Doc helt.

Signering

Kvarstående osignerade journalhandlingar är ett hot mot patientsäkerheten och far inte förekomma. En osignerad handling kan signeras av annan om det under inga omständigheter är möjligt med signering av den som fört in anteckningen. Någon annan tar då på sig ansvaret och bekräftar anteckningens riktighet samt signerar i eget namn. Att signera en anteckning åt någon annan med dennes identitet och lösenord är absolut inte tillåtet.

Lagring

All information som hanteras i Safe Doc lagras i fristående server i kommunhuset i Simrishamns kornmun

Hårddisk

Ingen information inom Safe Doc får lagras/sparas ner på arbetsstationens lokala hårdisk.

Destruktion

Trots att ingen medvetet har sparat något på hårddisken finns ändå hanterad information/dokumentation inom Safe Doc lagrad på hårddisken. För att denna information inte ska kornrna i orätta händer ska vid byte eller kassering av arbetsstation/dator hårddisken förstöras.

Loggning

Alla aktiviteter som användare med tillgång till Safe Doc utför i systemet loggas och kan kontrolleras. Systematiska och återkommande stickprovskontroller av loggarna görs 1 gång per månad. Loggarna sparas i minst tio år. Vårdgivaren (nämnden) ska utse den eller de personer som ansvara för att genomföra detta.

Användarens ansvar

- säkerhetsföreskrifter** Verksamheten ska drivas under säkra och betryggande former. Användare är skyldig att känna till och följa de säkerhetsföreskrifter som gäller för datasäkerheten i kommunen och på arbetsplatsen.
- Lösenord** Låna aldrig ut dina lösenord. Byt lösenord om du misstänker att någon har sett din inloggning. Använd inte samma lösenord som du använder externt i andra program/system.
- Obehöriga** För att förhindra att obehöriga kan komma åt sekretessbelagd information eller att annan användare kan nyttja inloggning i ditt namn ska du alltid logga ut ur Safe Doc när du lämnar datorn eller arbetsplatsen.
- Placering av skärm** Tänk på att placera datorskärmen på ett sådant sätt att besökare eller andra obehöriga inte kan läsa över din rygg.
- Lås rummet** När du lämnar dator och arbetsrummet ska du låsa dörren för att förhindra att obehöriga kan komma åt datorn. Tänk på att bärbara datorer är speciellt stöldbegärliga.

Kopiering och utskrifter

- Kopiering** Det är inte tillåtet att lägga över hel eller del av patientjournal på diskett, CD, USB-minne eller annat lagringsverktyg.
- Utskrifter** Vid utskrifter av journalhandling ska alltid skälet anges till varför utskrift görs. Tänk på att alla utskrifter registreras i loggfunktionen.

Befolkningsregister

- Uppdateringar** Uppdateringar av befolkningsregister som är kopplat till Safe Doc sker 1 g/vecka.

Förebyggande

- Vårdtagarinformation** Alla patienter som har en elektronisk omvårdnadsjournal ska ha sin "vårdtagarinformation" och aktuell läkemedelslista utskriven och placerad i pappersjournal. Ansvaret för detta åvilar den som lägger in ny patient och den som gör förändringar i "patientinformationen".

Driftsstörningar eller avbrott vid elektronisk journal

Support

Kommunen IT-support finns tillgängligt vardagar kl.08.00-12.00; 13.00-17.00

Övrig tid IT-jouren enligt utsänt telefonnummer.

Avbrott

Du kommer inte in i kommunens datanät Om du inte kommer in i kommunens intranät eller inte har någon internetuppkoppling kan du få support via kommunens IT-avdelning. Först bör du kontrollera följande:

1. Är alla aktuella kablar kopplade till datorn?
2. Har dina kolleger på arbetsplatsen samma problem?
3. Stäng av och starta om datorn.

Du kommer inte in i Safe Doc

Om du kommer in i kommunens datanät men inte kan kopplas upp kan du få support vardagar kl.8.00-12.00; 13.00-17.00

Först bör du kontrollera följande:

1. Stäng av och starta om datorn.
1. Har dina kolleger på arbetsplatsen eller i kommunen samma problem?
2. Kontakta någon av kommunens systemadministratörer. Vid avbrott Om du under annan tid än vardagar kl.08.00-17.00 inte kommer in i det på annan tid elektroniska journalsystemet tär du göra följande:
 1. Stäng av och starta om datorn.
 2. Sök hjälp hos andra kollegor som är i tjänst. Kan någon annan komma in systemet och därmed hjälpa dig med akut patientinformation.
 3. Kontakta någon av systemadministratörerna. OBS! Ej nattetid. Använd jourtelefonnummer.
4. Om du ändå inte kommer in i systemet:
 - Använd vid behov aktuell patientinfo och läkemedelslista som finns i pappersjournal.
 - Behandla patienten endast utifrån kända fakta.
 - Dokumentera i pappersjournal till dess att systemet åter är tillgängligt.
5. Skriv avvikelserapport.
6. Meddela arbetsledning och kontakta aktuell supportenhet snarast nästkommande vardag.
7. När systemet åter är i bruk ska dokumentationen snarast föras över till den elektroniska omvårdnadsjournalen.

Datorproblem

Vid handhavandefrågor angående Safe Doc kontakta :

Vid behörighetsfrågor och registrering av användare kontaktas Safe Docs systemförvaltare

Vid inloggningsproblem till nätverket, tekniska problem av annan karaktär samt problem och frågor rörande andra program än journalprogrammet kontakta IT-avdelningen eller IT-jouren.

Om tekniska problem uppstår och den datorstödda patientjournalen inte är åtkomlig ska journalanteckningar föras manuellt (rapportblad) och förvaras tillsammans med övrigajournalhandlingar som finns på papper och sammanfattning ska göras av de uppgifter som forts separat på papper under ett datorhaveri och denna förs in i den datorstödda journalen. Om ej sammanfattning görs i den datorstödda patientjournalen ska hänvisning göras till rapportbladet. Likaså ska det på rapportbladet framgå om hänvisning finns till den datorstödda patientjournalen.