

## Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Datum 2018-03-09

Dnr VON 2018/0020

Till Vård- och omsorgsnämnden

### Nya riktlinjer för hälso-och sjukvård i Österåkers kommun 2018

#### Sammanfattning

Den 1 april 2017 infördes en ny hälso-och sjukvårdslag (2017:30), HSL. Den nya lagen är en ramlag och förtydligar huvudmännens och vårdgivarnas skilda ansvar. Kommunens huvudmannaskap kvarstår även då kommunen sluter avtal med vårdgivare. Utifrån ny lagstiftning samt till den nya Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) har MAS-riktlinjer utarbetats för Österåkers kommun. Vårdgivarna har eget ansvar för att utarbeta lokala rutiner utifrån lagar och MAS riktlinjer. Riktlinjerna, som är sju till antalet, föreslås träda i kraft den 1 april 2018.

#### Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att:

1. Anta Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård i Österåkers kommun
2. Riktlinjerna börjar gälla från och med 1 april 2018

#### Bakgrund

Den nya hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) utarbetades med syfte att göra regelverket mer överskådligt och lättillgängligt samt mer i enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag.

Den nya lagen innebär sammanfattningsvis:

- En ny struktur och uppbyggnad i form av fem avdelningar och kapitel med löpande paragrafnumrering inom varje kapitel
- Merparten av alla bestämmelser i den tidigare hälso-och sjukvårdslagen har överförts till den nya lagen. Några bestämmelser har tagits bort
- Flertalet paragrafer är utformade på samma sätt som i den gamla lagen, dock med vissa redaktionella ändringar
- I vissa paragrafer har det gjorts förtydliganden
- Ett fåtal bestämmelser är nya

## Tjänsteutlåtande

### Förvaltningens slutsatser

Den nya hälso- och sjukvårdslagen har medfört att de riktlinjer för hälso- och sjukvård som hittills varit gällande har omarbetats och anpassats efter ny lagstiftning för att bland annat förtydliga ansvarsförhållanden.

Det förslag som nu föreligger består av inledning och sju riktlinjer inom följande områden:

1. Patienten får den hälso- och sjukvård som 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 välfungerande rutiner för läkemedelshantering
5. Det finns ändamålsenliga och välfungerande 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 fördrar det.
7. Patienten får en säker och ändamålsenliga hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde

### Bilaga

Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård i Österåkers kommun, 2018-03-09



Susanna Kiesel  
Socialdirektör

Mia Morén  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

# Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård i Österåkers kommun

Antagna av vård-och omsorgsnämnden 2018-XX-XX



## Inledning och bakgrund

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är landsting respektive kommun huvudman med ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor för befolkningen. Vårdgivare är den som utför hälso- och sjukvård. Vårdgivare kan vara landsting, kommun eller privat utförare. Vårdgivare är skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård så kraven på god och säker vård uppfylls enligt lag.

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. MAS-funktionen tillhör kommunen som huvudman och dess hälso- och sjukvårdsansvar. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska (SFS 2017:30). Vårdgivaren skall tillse att det finnas en verksamhetschef som ansvarar för hälso- och sjukvården i verksamheten. Funktionernas respektive ansvar regleras i Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80).

MAS-riktlinjer är övergripande dokument som utgör ramverk och minimikrav inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. De anger inom vilka områden lokala rutiner skall finnas och anger lägsta nivå för vad som är en god och säker hälso- och sjukvård inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Respektive enhet och/eller respektive vårdgivare skall ha lokala rutiner utifrån MAS-riktlinjerna. De lokala rutinerna skall vara skriftliga och beskriva vem som gör vad, när och hur. Det är kommunens MAS som avgör om de lokala rutinerna kan godkännas. Utöver riktlinjerna kan i vissa fall tillhörande direktiv utarbetas av MAS där mer detaljerad information framgår.

De lokala rutinerna skall, i tillämpliga fall, även 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.

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 (punkt 1 - 7) har en egen riktlinje.

Om det finns något område, som inte omfattas av MAS-riktlinje 1-7, 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.

## Riktlinje I

### Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) erbjuds rätten att erbjuda hälso- och sjukvård samtliga vårdgivare med kommuner och landsting som huvudmän. Eftersom läkare är anställda av landstinget är det reglerat att kommunen skall ansvara för att varje patient får den hälso- och sjukvård som läkare beslutat om inom kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.

Denna MAS-riktlinje reglerar respektive vårdgivares ansvar att se till att patienten får denna hälso- och sjukvård. Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret innebär att det är basal hälso- och sjukvård som skall utföras. Det är omöjligt att exakt ange vad basal hälso- och sjukvård innebär eftersom det ständigt pågår utveckling med ny teknik och nya kunskaper. Vid tvist eller oklarheter, kring vad som i varje enskilt fall är att betrakta som basal hälso- och sjukvård eller inte, skall MAS kontaktas. MAS är ytterst den funktion som avgör om en viss arbetsuppgift är att betrakta som basal hälso- och sjukvård.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns den bemanning, kompetens, lokaler och utrustning som krävs för att utföra den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om.

Vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet på Särskilt boende för äldre (SÄBO) skall ha en skriftlig samverkanöverenskommelse med läkarorganisation.

Vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet inom LSS 9:8, 9:9 och 9:10 eller verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen skall verka för en optimal samverkan med respektive individs vårdkontakter.

#### **Rutinen ska minst innehålla:**

- Beskrivning hur patienten skall få den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som vårdgivaren betraktar som basala
- Hur det säkerställs att vårdgivarens hälso- och sjukvårdspersonal får väsentlig information, samt hur den kommuniceras, verkställs och dokumenteras i verksamheten, inklusive remisshantering
- Hur kontaktuppgifter till hälso- och sjukvårdspersonal görs kända, tydliga och lättillgängliga för samtlig personal under dygnets alla timmar
- Vem som bär ansvaret för att uppdatera kontaktlistor, telefonnummer etc.

**I tillämpliga fall ska rutinen även innehålla:**

- Praktisk tillämpning av samverkansavtal med läkarorganisation på Särskilt boende för äldre (SÄBO)
- Hur patient som går på dagverksamhet enligt Socialtjänstlagen eller daglig verksamhet enligt LSS, får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om



## Riktlinje 2

### Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen

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

Syftet med patientjournalen är dessutom att:

- bidra till en god och säker vård för patienten
- vara en informationskälla för
  - tillsyn och rättsliga krav
  - uppgiftsskyldighet enligt lag
  - forskning

Respektive vårdgivare skall upprätta en rutin kring hur journaler skall föras i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen. Vårdgivaren ansvarar även för datasäkerhet och informationssäkerhet. **Bilaga 1** kan vara ett stöd i arbetet med rutinen samt arbets- och ansvarsfördelning.

#### Rutinen ska minst innehålla:

- Beskrivning av hur dokumentationen ska utformas och för att uppfylla kraven i gällande lagstiftning, t.ex. patientdatalagen
- Beskrivning av dokumentationsform för samtlig dokumentation kring patienten
- Hur patientens rättigheter, enligt patientlagen, skall tillgodoses och dokumenteras. T.ex. vilken information patienten fått och vilka val patienten gjort, patientens samtycke och patientens delaktighet
- Hur vårdgivaren säkerställer att kraven på tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet är tillgodosedda
- Beskrivning av journalföring och tillgång till journal vid eventuella driftstopp samt beaktande av övriga säkerhetsaspekter och krav enligt patientdatalagen, t.ex. skydd mot brand, fukt eller obehörig tillgång.
- Beskrivning av hur loggkontroller skall genomföras
- Beskrivning av hur behörigheter delas ut, förändras, tas bort och regelbundet följs upp
- Hur innehållet i HSLF-SF 2016:40, Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, verkställs hos vårdgivaren
- Vårdgivarens definitioner och tillämpning av stark autentisering
- Hänvisning till särskild rutin för arkivering och gallring



## Riktlinje 3

### Beslut om att delegera är förenliga med Patientsäkerheten

Hälso- och sjukvård kan tillämpas 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. Beslut om delegering ska föregås av professionell bedömning, undervisning, praktisk handledning och kunskapstester. Personal som tar emot delegering är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal vid utförandet av den specifika arbetsuppgiften.

Om någon annan person skall assistera vid egenvård så skall ett beslut om egenvård fattas. Vårdgivaren skall 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 tillkommer i 9 kap § 7-8, ytterligare krav kring delegering av läkemedelshantering.

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.

Vårdgivaren skall bedöma patientsäkerheten utifrån verksamhetens förutsättningar när det gäller hur delegeringsprocessen ska se ut t.ex. kring vad som kan delegeras, krav på erfarenhet och kunskaper etc. Vårdgivaren skall utifrån denna bedömning samt gällande författningar och regler upprätta en lokal rutin för beslut om delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

#### **Rutinen ska minst innehålla:**

- Vilka förutsättningar som är godtagbara för den som skall delegera samt för den som skall ta emot en delegering, exempelvis anställningslängd, utbildning och erfarenhet
- Beskrivning av vem som får delegera till vem
- Beskrivning av delegeringsprocessen
- Hur dokumentation av den delegerades kunskaper kring
- läkemedelshantering skall ske
- Beskrivning av hur delegeringsbeslut skall dokumenteras och förvaras

- Hur delegeringsbeslut skall sammanställas för statistik och information till t.ex. MAS
- Hur uppföljning och omprövning av beslut skall ske
- Hur, när och varför återkallelse av delegeringsbeslut skall ske, samt vem/vilka som har rätt att återkalla ett beslut om att delegera en hälso- och sjukvårdsuppgift
- Beskrivning av processen kring när ett delegeringsbeslut upphör och eventuellt behöver förnyas
- Överenskommelser och bestämmelser kring delegering över vårdgivar- eller verksamhetsgränser
- Förfarande vid brist på personal med delegering
- Tillvägagångssätt vid eventuell delegering till elever/praktikanter
- Hur vårdgivaren säkerställer spårbarhet av signaturer/signaturförtydligande
- Beskrivning av vilka uppgifter som inte behöver delegeras
- Vilka uppgifter som bara kan delegeras till enskild patient
- Vilka uppgifter som kan delegeras på enhets- eller verksamhetsnivå

#### **Uppgifter som i normalfallet inte skall delegeras**

Nedanstående punkter är exempel på sådana arbetsuppgifter som inte bör delegeras. Om delegering av dessa uppgifter av olika skäl är nödvändiga så skall huvudmannens MAS informeras och godkänna förfarandet och villkoren innan delegeringen börjar gälla.

- Medicinska bedömningar av hälsotillståndet
- Dispensering av läkemedel, t.ex. dosettindelning
- Intravenösa och intramuskulära injektioner
- Behandlingar vid instabilt hälsotillstånd, t.ex. diabetes, KOL eller andra tillstånd som kräver analys av värden eller bedömning av hälsotillstånd för att avgöra dosen

#### **Särskilda krav**

MAS skall vid begäran få tillgång till underlag och sammanställningar av genomförda delegeringsbeslut. I underlaget skall det utöver själva delegeringsmaterialet finnas med uppgifter om varje anställds erfarenhet och utbildning samt genomförda/dokumenterade kontroller av lämplighet, kunskaper och färdigheter, dvs. kontroll av både teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter.



## Riktlinje 4

### Läkemedelshantering

Med läkemedelshantering avses ordination vilket innefattar läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse, iordningställande, administrering/överlämnande, rekvisition och beställning av läkemedel, kontroll (t.ex. av narkotika) och förvaring av läkemedel.

För en säker läkemedelshantering är det viktigt att rutiner kring läkemedelshantering är kända och tillämpas. Gällande lagstiftning, författningar och föreskrifter skall utgöra grunden i rutinerna för vårdgivarens läkemedelshantering. Från och med 1 januari 2018 gäller en ny föreskrift och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2017:37.

Vårdgivarens rutiner skall belysa patientsäkerheten, i alla led av läkemedelshantering, från ordination till uppföljning av patientens läkemedelsbehandling.

#### **Rutinen ska minst innehålla:**

- Beskrivning av läkemedelshanteringsprocessen hos vårdgivaren
- Beskrivning av ansvars- och arbetsfördelning gällande de olika momenten i läkemedelshanteringsprocessen
- Hur kontroller vid iordningställande och administrering/överlämnande av läkemedel skall ske.
- Krav på uppmärkning av läkemedel när det förbereds till patient, för att undvika risk för förväxling
- Hur en rimlighetsbedömning av dosen skall göras. Den som iordningställer ett läkemedel utifrån läkarens ordination har ansvar för att göra en rimlighetsbedömning av om dosen stämmer
- Hur mottagande, verkställande och dokumentation, av given ordination skall ske i verksamheten
- Vilka beståndsdelar som ingår i vårdgivarens läkemedelshantering samt hur läkemedelshantering skall gå till, och vem som ansvarar för vad
- I förekommande fall ansvarsfördelning och hantering av kommunalt läkemedelsförråd
- Hur regelbundna egenkontroller genomförs samt hur åtgärder vidtas och följs upp vid identifierade brister (vad ska kontrolleras, vem utför, hur ofta etc.)

#### **Särskilda observandum:**

För den vårdgivare som har personal med förskrivningsrätt skall rutinen även

innefatta hur behovsbedömning och lämplighetsbedömning vid ordination skall göras, där man bland annat väger in de diagnoser patienten har och eventuellt redan pågående behandling.

Vårdgivare skall regelbundet låta en extern aktör granska kvaliteten i verksamhetens läkemedelshantering, granskningen bör ske minst en gång per år. Rapporten skall delges MAS.

Delegering av läkemedelshantering får ske endast när det är för patientens bästa samt när en rad säkerhetskrav är uppfyllda. Vårdgivaren ansvarar för att det finns rutiner för vid vilka situationer delegering får ske samt vilken kompetens och kunskap den som får en uppgift måste ha.



## Riktlinje 5

### Rapportering enligt 6 kap 4§, Patientsäkerhetslagen

Enligt patientsäkerhetslagen så är Hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen skall i detta syfte rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra en vårdskada, till vårdgivaren.

Hälso- och sjukvårdspersonal har motsvarande rapporteringsskyldighet även när det gäller andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten vid en sådan sjukvårdsinrättning eller enhet som avses i patientsäkerhetslagens 7 kap. 7 §.

Vårdgivaren skall upprätta rutiner utifrån, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40), samt Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra, en allvarlig vårdskada, Lex Maria (HSLF-FS 2017:41).

#### **Rutinen ska minst innehålla uppgifter om:**

- Vem som skall rapportera
- Hur rapporteringen skall göras
- Hur och när MAS skall informeras
- Vem som skall ta emot rapporten
- Hur och när rapporten ska handläggas och bedömas
- Vem/vilka som skall handlägga och/eller bedöma rapporten
- Hur bedömning av allvarlighetsgrad och risk för upprepning skall göras
- Vem/vilka som skall fatta beslut om allvarlighetsgrad, åtgärder etc.
- Vem som skall upprätta eventuell anmälan till IVO om allvarlig vårdskada
- Vilka delar som skall ingå i en eventuell anmälan till IVO om allvarlig vårdskada
- Hur och när patienten och anhöriga skall involveras och informeras
- Vilka övriga parter, medarbetare och berörda som skall informeras
- Hur återföring av nya kunskaper skall ske

Vårdgivaren ska i händelse av utredning om allvarlig vårdskada omgående informera MAS. MAS kan utifrån rapport om händelse besluta att inleda en egen utredning. En sådan eventuell utredning undantar inte vårdgivaren dennes ansvar att fullfölja sin egen utredningsskyldighet.

## Riktlinje 6

### Kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvård när patientens tillstånd fordrar det

Enligt hälso- och sjukvårdsförordningen och patientsäkerhetslagen skall patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Vårdgivaren skall säkerställa att det finns rutiner för kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvård när patientens tillstånd fordrar det. Rutinerna ska vara kända, lättillgängliga, ändamålsenliga och ska tillämpas i det praktiska arbetet.

#### Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för:

- Kontakt med läkare dygnet runt
- Personalens kontakt med tjänstgörande sjuksköterska dygnet runt
- Personalens kontakt med arbetsterapeut/fysioterapeut
- Personalens kontakt med dietist
- Kommunikationsmodell, t.ex. SBAR, mellan olika professioner

#### Rutinen ska minst innefatta:

- Vem ska kontakta vem
- Under vilka förutsättningar kontakt ska ske, t.ex. akuta tillstånd, hälsoförändringar etc.
- Vad som ska informeras om, och till vem, exempelvis information från läkarbesök, joursköterska etc.
- Hur kontakter och information ska dokumenteras
- Hur kontakten ska ske
- Vem som bär ansvaret för olika bedömningar och åtgärder
- Vem som bär ansvaret för att uppdatera kontaktlistor, telefonnummer etc.
- Övriga omständigheter av betydelse

## Riktlinje 7

### 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.

**Utöver rutiner utifrån MAS-riktlinjer 1-6, så ska vårdgivaren även upprätta rutiner utifrån gällande lagstiftning, författningar, nationella riktlinjer etc. vad gäller:**

- Arkivering och gallring av hälso- och sjukvårdsdokumentation
- Ansvarsfördelning inom vårdgivarens verksamhetsområde för hälso- och sjukvård
- Avancerad hälso- och sjukvård och samverkan med andra berörda aktörer
- Bemanning för att säkerställa hög patientsäkerhet
- Delaktighet för patient och närstående
- Demens
- Dödsfall och omhändertagande av avliden
- Egenvård
- Etiska ställningstaganden inom hälso- och sjukvårdsansvaret
- Fallprevention
- Fotvård och medicinsk fotvård
- Hjärt-, lungräddning



- Hygien (basala hygienrutiner, klädregler, vårdhygien, smittskydd, livsmedel)
- Inkontinens
- In- och utskrivning i slutenvård
- Klagomål mot hälso- och sjukvården
- Läkemedelsnära produkter
- Medicintekniska produkter (MTP)
- Mun- och tandvård
- Nutrition
- Rehabilitering/Habilitering
- Riskbedömningar och registrering i kvalitetsregister minst enligt avtal
- Rutiner utifrån regionala överenskommelser
- Samtycke
- Sekretess
- Samverkansformer och samverkansavtal med andra aktörer
- Vårdplanering och samverkan på individnivå med andra aktörer
- Tvångs- och skyddsåtgärder
- Trycksår
- Vård i livets slutskede/Palliativ vård

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

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
- Stockholms läns landsting
- Vårdhandboken/Socialstyrelsens informationswebbplatser
- Regionala eller Nationella riktlinjer och vårdprogram
- Författningar och lagar



## Bilaga I

Nedan finns olika checklistor som vårdgivaren kan använda som stöd i arbetet kring att uppfylla gällande författningar och regler kring dokumentation och säkerhet.

### Checklista 1, Informationssäkerhetspolicy

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Vårdgivaren har direktiv för att ta fram och revidera en informationssäkerhetspolicy.			
Informationssäkerhetspolicy finns dokumenterad i enlighet med vårdgivarens direktiv.			
Policyn är utformad så att kraven på tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet är tillgodosedda			
Ansvarig person finns utsedd för informations-säkerhetsarbetet.			
Det finns en fastställd plan för återrapportering av granskningar/skyddsåtgärder, riskanalyser och förbättringsåtgärder.			
Granskningar/skyddsåtgärder, riskanalyser och förbättringsåtgärder har återrapporterats enligt plan för verksamhetsåret.			

### Checklista 2, Öppna nät

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Ledningssystemet innehåller rutiner som säkerställer att ingen obehörig kan ta del av patientuppgifterna vid			

överföringar över öppna nät.			
Ledningssystemet innehåller rutiner som säkerställer att åtkomst till patientuppgifter föregås av stark autentisering.			
Krypteringsmekanismer skyddar patientuppgifterna vid överföring mellan två punkter över öppna nät.			
Åtkomst till patientuppgifter föregås av stark autentisering.			

### Checklista 3, Styrning av behörigheter

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Ledningssystemet innehåller rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalen och andra befattningshavare bara har tillgång till den patientinformation som de behöver för att kunna ge en god och säker vård.			
Tilldelningen av användarbehörigheter är individuell och föregås av behovs- och riskanalyser.			

Det finns rutiner för att dela ut, förändra, ta bort och regelbundet följa upp behörigheter.			
--	--	--	--

#### Checklista 4, Åtkomst till patientuppgifter

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Behörig användare måste göra ett aktivt val, dvs. ta ställning till om han eller hon har rätt att ta del av uppgifterna, innan han eller hon får tillgång till information om vilken/vilka vårdenheter som har uppgifter om en viss patient.			
Behörig användare måste göra ytterligare ett aktivt val innan han eller hon får tillgång till patientuppgifterna hos dessa vårdenheter.			
Behörig användare måste inhämta samtycke eller uppfylla förutsättningarna för nödåtkomst, samt göra ett aktivt val innan han eller hon får tillgång till patientuppgifter som spärrats av en annan vårdenhet.			

### Checklista 5, Åtkomst till patientuppgifter vid sammanhållen journalföring

Är vårdgivaren ansluten till ett system för sammanhåller journalföring?

Ja       Nej

Om svaret är nej – gå vidare till checklista 6

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Det syns i vårdgivarens system om det finns ospärrade eller spärrade patientuppgifter hos någon annan vårdgivare.			
Behörig användare måste inhämta patientens samtycke till behandling av uppgifterna.			
Behörig användare måste göra ett aktivt val innan hen får tillgång till ospärrade patientuppgifter hos någon annan vårdgivare.			
Behörig användare måste göra ett aktivt val innan han eller hon får information om vilken eller vilka vårdgivare som har spärrade patientuppgifter om en viss patient.			
Det finns rutiner som säkerställer åtkomsten till patientuppgifter när patientens liv är i fara eller när det finns en allvarlig risk för			



dennes hälsa.			
Behörig användare i en nödsituation behöver göra ett aktivt val för att få information om vilken eller vilka vårdgivare som har patientuppgifter om en viss patient.			
I en nödsituation behöver användaren bara göra ytterligare ett aktivt val för att få tillgång till ospärrade patientuppgifter hos en annan vårdgivare.			
Om uppgifterna är spärrade skall användaren begära åtkomst hos den vårdgivare som har spärrat uppgifterna.			

### Checklista 6, Enskildas direktåtkomst

Tillåter vårdgivaren att enskilda patienter får direktåtkomst till sina patientuppgifter?

Ja       Nej

Om svaret är nej – gå vidare till checklista 7

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Ledningssystemet innehåller rutiner som säkerställer att det krävs identifiering genom stark autentisering för att en patient skall få direktåtkomst till sina patientuppgifter och till åtkomstdokumentation			

(loggar).			
Det finns ett system för att bedöma vilka uppgifter som kräver ett särskilt skydd i förhållande till patienten och som inte skall kunna lämnas ut genom direktåtkomst.			
Om patienten endast får begränsad direktåtkomst till sina patientuppgifter skall hen få information om detta.			
Patienten skall få information om vart han eller hon kan vända sig för att få hjälp med att förstå dokumentationen.			

### Checklista 7, Säkerhetskopiering

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
<p>Ledningssystemet innehåller rutiner för säkerhetskopiering av patientuppgifter. Av rutinerna framgår</p> <p>1. hur ofta säkerhetskopieringen skall göras</p> <p>2. hur länge säkerhetskopiorna skall sparas</p> <p>3. hur ofta återläsningstester</p>			

skall göras.			
Säkerhetskopior förvaras på ett betryggande sätt och väl åtskilda från originaluppgifterna.			

### Checklista 8, Dokumentation av verksamhetschefens uppdrag

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Det ansvar som vårdgivaren ger åt verksamhetschefen framgår tydligt och är dokumenterat i skrift.			
<p>Verksamhetschefen har inom ramen för vårdgivarens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet kontrollerat följande:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uppföljning av patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet.</li> <li>2. Utdelade behörigheter för åtkomst till patientuppgifter passar för hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella arbetsuppgifter.</li> <li>3. Hälso- och sjukvårdspersonalen och andra</li> </ol>			

<p>befattningshavare är informerade om de bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter.</p> <p>4. Informationssystemens användning följs upp genom regelbunden kontroll av loggarna.</p>			
<p>Det finns rutiner för att kontrollera att hälso- och sjukvårdspersonal lever upp till sitt ansvar enligt nedan:</p> <p>1. Personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering är inte tillgängliga för obehöriga.</p> <p>2. Datorer och andra informationsbärare lämnas inte utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst.</p> <p>3. Personen endast tar del av patientuppgifter om han eller hon deltar i vården av patienten eller för något annat ändamål behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.</p>			

### Checklista 9, Rutiner för journalföring

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Det finns rutiner för hur patientuppgifter			



<p>skall dokumenteras i patientjournaler.</p>			
<p>Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter säkerställer att uppgifterna så långt det är möjligt dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk.</p>			
<p>Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter säkerställer att</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dokumentationen förses med en entydig personidentifikation</li> <li>2. en patients senast kända adress eller andra kontaktuppgifter anges</li> <li>3. namnet på den person som svarar för en viss journaluppgift anges tillsammans med dennes befattning</li> <li>4. tidpunkten för varje vårdkontakt som en patient skall ha eller har haft anges.</li> </ol>			
<p>Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter säkerställer att det är</p>			

<p>möjligt att föra patientjournal även när</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. en patients identitet inte kan fastställas</li> <li>2. en patient saknar svenskt personnummer</li> <li>3. en patient har skyddade personuppgifter.</li> </ol>			
---	--	--	--

<p>Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter säkerställer att en patientjournal, utöver vad som krävs patientdatalagen, i förekommande fall också innehåller</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar</li> <li>2. uppgifter om ordinationer av t.ex. läkemedel och olika behandlingar</li> <li>3. uppgifter om förskrivningsorsaken vid ordination av läkemedel</li> <li>4. undersökningsresultat</li> <li>5. uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa</li> </ol>			
---	--	--	--

<p>ämnen</p> <p>6. uppgifter om vårdhygienisk smitta</p> <p>7. epikris och andra sammanfattningar av den genomförda vården.</p> <p>Patientjournalen innehåller en varningsmarkering om en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för patientens liv eller hälsa. Markeringen skall göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma.</p>			
<p>Rutinerna säkerställer att patientjournalen innehåller</p> <p>1. uppgifter om lämnade samtycken</p> <p>2. uppgifter om patientens egna önskemål när det gäller vård och behandling</p> <p>3. de uppgifter som behövs för att kunna spåra de medicintekniska produkter som en patient har fått</p> <p>4. utfärdade intyg och</p>			

remisser och andra inkommande och utgående uppgifter			
5. uppgifter om vårdplanering.			

### Checklista 10, Patientuppgifters tillgänglighet

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Rutinerna för hantering av patientuppgifter säkerställer att de uppgifter som är dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den behöriga hälso- och sjukvårdspersonalen.			
Det framgår av dokumentationen att det finns spärrade patientuppgifter i de fall en patient motsatt sig att hans eller hennes patientuppgifter görs tillgängliga för den som arbetar inom en annan vårdenhet, inom en annan vårdprocess eller för en annan vårdgivare än den där uppgifterna har lämnats.			

### Checklista 11, Signering och låsning

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?



<p>Det finns rutiner för att signera journalanteckningar och för att bekräfta åtgärder som rör patientens vård och behandling.</p>			
<p>Rutinerna för hantering av patientuppgifter säkerställer att den som ansvarar för uppgiften signerar väsentliga ställningstaganden som rör vård och behandling, förhållningsregler enligt smittskyddslagen (2004:168) samt epikriser och andra sammanfattningar av den genomförda vården.</p>			
<p>I rutinerna framgår de undantag från signeringskravet beträffande andra journalanteckningar som vårdgivaren får besluta om.</p>			
<p>Rutinerna för hantering av patientuppgifter säkerställer även att uppgifter i patientjournalen inte kan ändras eller tas bort (låsas) annat än med stöd av bestämmelserna i</p>			

patientdatalagen.			
Rutinerna säkerställer att uppgifterna läses en viss tid efter det att de har förts in i patientjournalen, dock senast efter fjorton dagar.			
Om vårdgivaren är ansluten till ett system för sammanhållen journalföring har denne tillsammans med de andra vårdgivarna i systemet beslutat om gemensamma rutiner för att signera och låsa uppgifter.			

### Checklista 12, Utlämnande av patientuppgifter

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Rutinerna för hantering av patientuppgifter säkerställer att uppgifterna kan lämnas ut när förutsättningarna för ett utlämnande är uppfyllda.			
Det framgår av rutinerna vem eller vilka som har rätt att på vårdgivarens uppdrag fatta beslut om ett utlämnande.			
Den person som lämnar ut patientuppgifter har			

försäkrat sig om att endast rätt mottagare tar emot uppgifterna.			
--	--	--	--

### Checklista 13, Förvaring av patientuppgifter

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Rutinerna för hantering av patientuppgifter säkerställer att uppgifterna förvaras på ett sådant sätt att de är läsbara fram till dess att de får gallras.			

### Checklista 14, Rättelse eller förstöring av patientuppgifter

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
Rutinerna för hantering av patientuppgifter säkerställer att det går att rätta eller förstöra de patientuppgifter som enligt patientdatalagen ska rättas eller förstöras.  Detta gäller även om uppgifterna finns lagrade i ett centralt eller lokalt register inom vården, finns säkerhetskopierade eller är överförda till något annat medium för lagring.			

**Checklista 15, Journalhandlingar på annat språk än svenska**

Frågor	Vad behöver göras?	Vem ansvarar?	När?
<p>Om vårdgivaren anlitar hälso- och sjukvårdspersonal som, får föra patientjournal på något annat språk än svenska, säkerställer rutinerna för hantering av patientuppgifter att</p> <p>1. kravet på noggrannhet i dokumentationen upprätthålls</p> <p>2. väsentliga ställningstaganden som rör vård och behandling, förhållningsregler enligt smittskyddslagen samt epikris och andra sammanfattningar av den genomförda vården finns upprättade på svenska.</p>			
<p>Rutinerna för hantering av patientuppgifter säkerställer att en patient kan ta del av sin patientjournal på ett sådant sätt som han eller hon kan förstå.</p>			