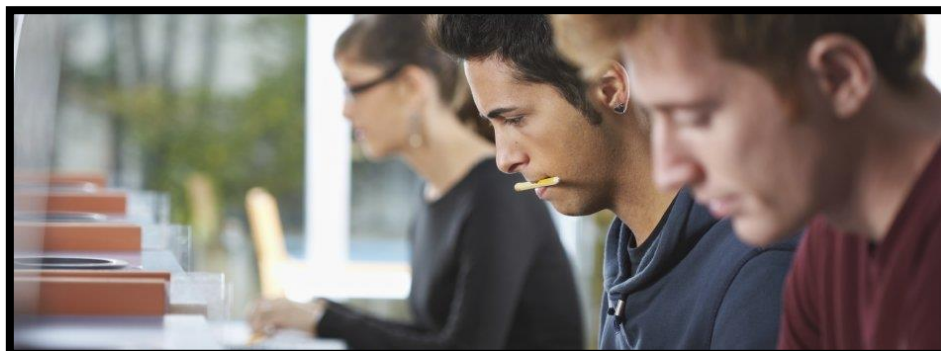
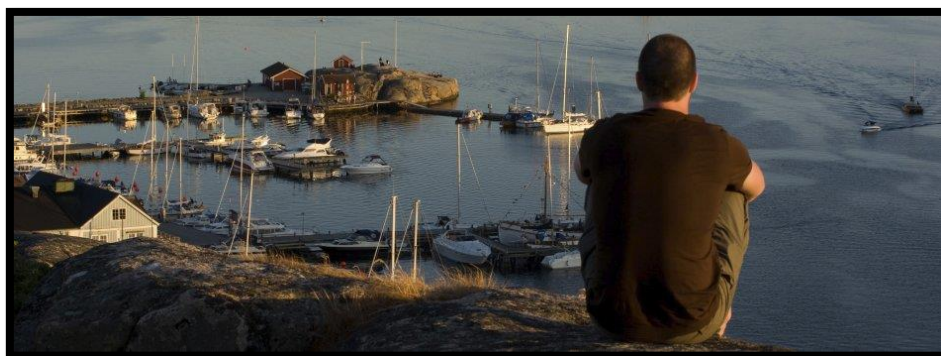


U-CARE Vård

Handbok för personal

version per den 20240212



Riktlinjer för vårdverksamheten inom U-CARE Vård

U-CARE Vård

Uppsala universitet är sedan 28 april 2013 vårdgivare med U-CARE som verksamhet. Den del av U-CARE som bedriver hälso- och sjukvård kallas U-CARE Vård och lyder under Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), Patientsäkerhetslagen (2010:659) och Patientdatalagen (2008:355). Därutöver har U-CARE Vård kvalitetspolicyer till stöd för vårt arbete.

Vårdgivaren Uppsala universitet är ytterst ansvarig för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom ramen för U-CARE Vård.

Verksamhetschefen i U-CARE Vård, Ella Thiblin, ansvarar för att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

U-CARE Vård har för tillfället endast en vårdenhet, vilken omfattar den vård som bedrivs inom pågående studier.

Denna handbok avser ge ledning i frågor som har att göra med patientsäkerhet och vårdkvalitet inom U-CARE Vård, och är aktuell för framför allt vårdpersonal (all personal som arbetar med vård: behandling, guidad självhjälp, moderering av forum etc, utredande intervjuer, invitation av patienter) men även för övrig personal som arbetar indirekt med vården, till exempel med patientmaterial, vårdteknik etc.

Vid alla slags vårdrelaterade frågor – rådgör med verksamhetschef!

Verksamhetschef Ella Thiblin: vard@U-CARE.uu.se

Vården, patienterna och personalen i U-CARE Vård

Vården i U-CARE Vård

Vård är hälso- och sjukvårdsbehandling och -utredning, i betydelsen varje kontakt med en enskild person med syfte att minska eller förebygga denna persons lidande. Kontakt med en person i syfte att samla in forskningsdata är inte att betrakta som vård.

Den vård som tillhandahålls av U-CARE Vård skiljer sig något från de flesta andra vårdgivare genom att vården riktar sig mot en specifik typ av problematik och använder en specifik behandlingsmetod. U-CARE Vård ger i nuläget endast psykologisk behandling, främst som guidad självhjälp via internet och vid personliga möten. Annan behandling kan tillkomma i framtiden.

Patienterna i U-CARE Vård

En person som ges någon form av vård i U-CARE Vård är patient och omfattas av hälso- och sjukvårdens regler och lagstiftning. Vilka personer som har möjlighet att få vård i U-CARE Vård definieras av att man ingår i något forskningsprojekt. En person som inte ingår i något forskningsprojekt kan inte ges behandling i U-CARE Vård. Personer som ingår i något av U-CAREs forskningsprojekt men som inte ges vård är inte patienter.

Om det i något fall är oklart om en deltagare i en studie är att betrakta som patient eller ej, rådgör med verksamhetschef för U-CARE Vård.

Personalen i U-CARE Vård

All personal inom U-CARE Vård ska ha för sin uppgift adekvat utbildning.

Den personal som ger patienter behandling i U-CARE Vård kallas i denna handbok behandlare. En behandlare ska ha minst grundläggande psykoterapiutbildning i den terapiform som den psykologiska behandlingen bygger på. En legitimerad yrkesperson har ansvar för patientens behandling: vanligtvis behandlaren eller, om hen inte innehar legitimation, behandlarens handledare.

Utöver behandlare finns även annan vårdpersonal, d.v.s. personal som arbetar med uppgifter direkt relaterade till vården, men inte ger behandling. Exempel på sådana andra uppgifter är utredning i samband med behandling och moderering av chatt/forum som är del av ett behandlingsprogram. Vårdpersonal ska vid behov ges handledning.

Förutom vårdpersonal finns annan personal (it-support, administrativ personal) som ibland arbetar med uppgifter indirekt relaterade till vården.

Journalföring

Med journalhandling avses anteckningar, handlingar, ljudupptagningar etc. som används i samband med vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden eller om de åtgärder som genomförs eller planeras.

För exempel på journalföring, se appendix. Journalanteckningar inom U-CARE Vård ska följa mallen för patientjournal som finns på Medarbetarportalen/U-CARE Vård: <https://mp.uu.se/group/u-care-var/d/docs>

När skrivs journal?

Vid utredning och behandling ska journal föras. Data som insamlas och aktiviteter som görs enbart för forskningsstudier och som inte är en del av vården ska inte journalföras. Vid osäkerhet, rådgör alltid med verksamhetschef för U-CARE Vård.

Inom U-CARE Vård skrivs journal alltid vid till exempel intervjuer som har syfte att utreda hälsotillståndet inför en behandling. En kvalitativ forskningsintervju med en person som deltar i vård kan ha syftet att vara utredande och därmed föranleda en journalanteckning, eller den kan ha syftet att samla in forskningsdata och är då inte föremål för journalanteckning.

Journal ska alltså alltid skrivas vid all typ av vård. Däremot betraktas allmänna svar på generella frågor till exempel via en "fråga experten-funktion" på U-CARE-portalen inte som vård, och ska alltså inte journalföras.

Hur skrivs journal?

Journal skrivs på arkivbeständigt papper på något av följande sätt: 1) direkt för hand med bläck- eller tuschpenna med arkivbeständigt bläck på enkelsidigt papper, eller 2) på en särskild, därför avsedd dator och skrivs ut på papper. Kontakta verksamhetschef om du vill börja använda denna dator.

Förvaring av journaler

Journaler förvaras i därför avsedda låsta säkerhetsskåp. OBS! Journalhandlingar får aldrig sparas i digital form.

Journalen följer alltid patienten och journalen för en patients vård förvaras på ett och samma ställe. Till exempel, om olika personer arbetar med utredning och behandling av samma patient samlas journalanteckningarna på samma ställe.

Journalanteckningens innehåll

Journalanteckningar inom U-CARE Vård ska följa mallen för patientjournal. Patientjournalen ska innehålla vissa uppgifter.

- Formalia som noteras i varje journalanteckning:
 - Patientens namn och personnummer.
 - Händelsedatum, det vill säga datum för patientens besök, eller vid behandling via internet det datum då behandlaren vidtar någon åtgärd.
 - Vilken forskningsstudie patienten deltar i.
 - Uppgift om vem som har gjort den aktuella anteckningen i journalen och när anteckningen gjordes.
- Aktuellt, till exempel:
 - Väsentliga uppgifter om bakgrunden till den vård patienten får: diagnos, om sådan ställs, eller beskrivning av den problematik som är i fokus för behandlingen.
 - Om vårdpersonalen uppmärksammar något hälsotillstånd för vilket man rekommenderar patienten att söka annan vård ska detta beskrivas kort.
 - Väsentliga uppgifter om vad som gjorts i behandlingen. Inom U-CARE Vård gäller detta val av moduler/behandlingsinslag, samt hur patienten arbetat med detta. Behandling som förlöper enligt manualiserad plan behöver inte beskrivas.
 - Uppgifter om undersökningar och utredningar som gjorts inom ramen för vården, och resultatet från dessa.
 - Uppgifter om utfärdade intyg och andra inkommande och utgående uppgifter.
 - Vid behandling via internet anges datum för patientens första inloggning i första anteckningen.
- Åtgärder, till exempel:
 - Väsentliga uppgifter om vad som är planerat i behandlingen, vilket patienten också skall vara informerad om. Behandling enligt manualiserad plan behöver inte beskrivas i detalj.
 - Om man har rekommenderat patienten att söka annan vård ska detta noteras.

En journalanteckning ska vara ändamålsenlig, d.v.s. innehålla all nödvändig information, men så lite som möjligt av icke relevant information. För att främja läsbarheten är det viktigt att man håller sig saklig och inte skriver mer än nödvändigt. När man skriver journal vid systematisk manualiserad behandling, t.ex. guidad självhjälp via U-CARE-portalen, behöver man inte beskriva modulens, stegets eller hemuppgiftens innehåll. Det räcker att skriva hemuppgiftens namn/nummer samt stegets och modulens namn/nummer samt om hemuppgiften skickats in.

Personen benämns som *patienten (pat)*. Journalen ska vara skriven på korrekt men lättförståelig svenska så att såväl patienten som den vårdande personalen ska förstå informationen. Följ svenska skrivregler. Egenhändiga förkortningar bör undvikas. Texten ska vara tydlig och entydig och utformas med omsorg så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som kränkande av patienten eller dennes närstående.

Korrigerig av journaltext

Om journaltexten behöver korrigeras drar man ett streck över det felaktiga ordet/meningen. Man ska dock kunna läsa den ursprungliga texten. Efter det skriver man det korrekta ordet/meningen för hand. Om man anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande ska det antecknas i journalen. Gjorda korrigeringar ska signeras.

Om en patient begär att få läsa sin journal

En patient har i regel rätt att läsa sin journal om hen så önskar. Vårdnadshavare har i regel rätt att ta del av sitt barns journal, men när barnet blir äldre, i tonåren, krävs oftast att barnet ger sitt samtycke till det. Journalen lämnas till exempel inte ut till en vårdnadshavare om man inom sjukvården misstänker att barnet far illa hos sin vårdnadshavare eller att vårdnadshavaren inte kan skydda barnet.

En patient inom U-CARE Vård ansöker skriftligen om att få läsa sin journal (ingen särskild blankett finns), och anger om hen vill läsa originaljournalen på plats eller få en kopia av journalen. I det senare fallet kan kopian hämtas av patienten hos U-CARE Vård mot uppvisande av legitimation, eller skickas till patientens folkbokföringsadress. Det ska alltid göras en individuell bedömning av lämpligheten att lämna ut en journal. Om det finns starka medicinska skäl till att en patient inte läser sin journal kan hen bli nekad. Vidare kan delar i journalen sekretessbeläggas, om det finns uppgifter som kommer från tredje person och om det finns risk för att den personen kan råka illa ut eller få problem om dessa uppgifter lämnas ut.

Minnesanteckningar

Behandlare kan ibland vilja föra egna tillfälliga minnesanteckningar. Dessa fungerar som ett stöd för minnet under behandlingen, och innehåller mer detaljerade eller andra uppgifter än vad som är relevant för journalen. Normalt kan minnesanteckningar sparas några dagar, och ska sedan förstöras. Om minnesanteckningar förs i ordnad form och sparas en längre tid än de behövs för en aktuell åtgärd blir de likställda med journalhandlingar och ska följa riktlinjerna för sådana.

Avvikelseberapportering

Vårdpersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Enligt patientsäkerhetslagen ska hälso- och sjukvårdspersonal rapportera till verksamhetschefen risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Detta innebär alltså att man inte bara rapporterar verkliga incidenter utan även brister i verksamheten som kan orsaka sådana incidenter, även om ännu inte något sådant skett. Även patienters synpunkter eller klagomål ska förmedlas till verksamhetschefen, om de är relaterade till vårdens kvalitet och säkerhet. Verksamhetschefen har sedan skyldighet att utreda dessa händelser, och vidtar vid behov åtgärder för att eliminera framtida risk.

En *avvikelse* är sådant som är eller kan befaras medföra en risk för patientsäkerheten och kvaliteten när det gäller vård eller sekretess. Det kan vara t.ex. enskilda händelser eller generella brister i rutiner. Uppmärksamhet på brister och förbättringsmöjligheter är ett viktigt led i kvalitetsarbetet. Gör hellre en rapport för mycket än en för lite!

Vårdpersonalen rapporterar avvikelser

Personal inom U-CARE Vård som uppmärksammat risk för vårdskada eller händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska rapportera detta till verksamhetschefen. Använd blanketten *Avvikelse rapportering* som finns på Medarbetarportalen/U-CARE Vård:

<https://mp.uu.se/group/u-care-varld/docs> , och skicka den till verksamhetschefen på adressen vard@U-CARE.uu.se. Observera att avvikelserapporten inte får innehålla uppgifter som gör en enskild patient identifierbar.

Händelseanalysen vid en avvikelse påbörjas snarast och är klar senast två månader efter en händelse, enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Sedan 2015 skiljer verksamhetschefen på små och stora avvikelser som inkommer. Små avvikelser analyseras av verksamhetschefen eller en annan person. Vid större avvikelser tillsätts ett analysteam av verksamhetschefen ad hoc bestående av minst två personer och med en sammansättning anpassad till den aktuella händelsen. En stor avvikelse är handlar om risk för, eller inträffad allvarlig vårdskada. Enligt socialstyrelsens definition är allvarlig vårdskada bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten avlidit eller fått ett väsentligt ökat vårdbehov.

Klagomål och synpunkter från patienter etc

Klagomål eller synpunkter från patienter, närstående, andra medborgare, myndigheter, intresseorganisationer etc. kan tas emot via U-CARE Portalens supportfunktion, via kontaktpersoner i respektive studie, eller av andra medarbetare i U-CARE.

Den som tagit emot synpunkter eller klagomål ansvarar för att problemet omedelbart åtgärdas om detta bedöms vara nödvändigt, samt – om synpunkterna/klagomålen är relaterade till vården inom U-CARE Vård – förmedlar dessa till verksamhetschefen.

Verksamhetschefen utreder och vidtar åtgärder

När verksamhetschefen tar emot en rapport om en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska det rapporterade utredas. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, för att ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Verksamhetschefen, vid behov i samråd med programsamordnaren inom U-CARE, beslutar om vilka åtgärder som ska vidtas.

Lex Maria-anmälan

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig skada i samband med en undersökning eller under vård eller behandling ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg

(IVO). Denna regel kallas Lex Maria. Vårdpersonalen ska anmäla alla vårdrelaterade skador och tillbud till verksamhetschefen, företrädesvis i form av en avvikelserapport. Verksamhetschefen gör sedan en utredning och avgör om en Lex Maria-anmälan ska göras. Den anmälningsansvariga, som inom U-CARE Vård är programsamordnaren inom U-CARE, anmäler vidare till IVO. Om självmord skett i anslutning till vård ska detta alltid anmälas till IVO.

Vårdpersonal kan inte själv göra en Lex Maria-anmälan. Om du är missnöjd med hur vårdgivaren agerar för att avhjälpa brister i vården kan du anmäla detta som ett s.k. enskilt klagomål till Socialstyrelsen.

Gränser och skyldigheter

Tystnadsplikt och sekretess

Alla som arbetar inom U-CARE Vård har tystnadsplikt, vilket innebär att man inte får berätta någonting om en patient till andra personer eller myndigheter, om inte patienten gett sitt samtycke till det. Tystnadsplikten gäller alltså även mellan vårdpersonalen. Bara den som behöver uppgifter för att ge en bra och säker vård får ta del av uppgifter om en patient. Undantag från tystnadsplikten gäller vid anmälningsplikt och uppgiftsskyldighet, se nedan.

Tystnadsplikten innebär försiktighet när man diskuterar sitt arbete på offentliga platser. Även om man inte diskuterar patientuppgifter så vet man aldrig hur informationen uppfattas av tredje part. T.ex. vid diskussioner kring fiktiva patientfall är det svårt för en utomstående lyssnare att avgöra huruvida detta verkligen är ett fiktivt fall, och det kan ge en generellt osäker/olustig bild av hur känslig information behandlas.

Inre sekretess

Alla som arbetar inom U-CARE Vård har ett personligt ansvar för den inre sekretessen. Detta innebär ett ansvar för:

1. att personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte kan bli tillgängliga för obehöriga,
2. att datorer eller andra informationsbärare som har använts inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst,
3. att man endast tar del av patientuppgifter, om man deltar i vården av patienten eller av något annat ändamål som anges i patientdatalagen behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Ett specialfall är it-supportpersonal, som ibland kan råka se patientuppgifter i sitt arbete; tystnadsplikt gäller självfallet även i sådana fall. För att säkra skyddet av patientuppgifter registreras automatiskt varje gång sådana uppgifter hämtas via Portalen, och hämtningarna granskas löpande.

Var försiktig med vad som lämnas framme på skrivbordet så obehöriga inte råkar se sekretessbelagd information.

Sekretess vid kommunikation

Interna meddelanden mellan behandlare och patient via U-CARE-portalens behandlingsprogram är säkra genom den teknik som används, och kan därför innehålla alla typer av vårdrelaterade uppgifter som är relevanta vid behandlingen. Tänk dock på att alltid vara korrekt och professionell och bibehålla respekten för patienten.

E-post, SMS och andra elektroniska kommunikationsvägar som inte är säkra får inte användas för patientuppgifter eller uppgifter som kan uppfattas som känsliga, och ska generellt undvikas för vårdrelaterad kommunikation. Viss kommunikation kan dock göras via dessa vägar; det kan till exempel gälla påminnelser om hemuppgifter. Sådan kommunikation får aldrig innehålla uppgifter där något kan utläsas om patientens problematik eller vård.

Vid telefonsamtal med patienter, försäkra dig om att du är ostörd så att utomstående personer med eller utan avsikt inte kan komma att höra samtalet. Personligt ansvar för inre och yttre sekretess gäller. Enskilt rum vid telefonsamtal med patient rekommenderas, men är inte alltid praktiskt möjligt. Andra personer kan vistas i rummet om de är engagerade i U-CARE Vård och alltså omfattas av samma regler för sekretess.

Undantag från sekretess

Sekretessen kan brytas i vissa specifika fall av anmälningsplikt och uppgiftsskyldighet.

Anmälningsplikt när barn far illa

Alla som arbetar inom U-CARE Vård är enligt bestämmelserna om anmälningsplikt i Socialtjänstlagen 14 kap.1 § skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att en person under 18 år far illa. Det kan handla om att ett barn far illa eller riskerar att fara illa till exempel genom fysisk eller psykisk misshandel, sexuella övergrepp eller när vårdnadshavare försummar att tillgodose barnets grundläggande behov. Det räcker alltså med en misstanke för anmälningsplikten ska gälla. Det är socialtjänstens uppgift att utreda om det förhåller sig så att de behöver ingripa. Vid osäkerhet går det att kontakta socialtjänsten för att få vägledning.

Utlämnande av uppgifter vid misstanke om brott

Vidare gäller att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en åklagarmyndighet, polismyndighet eller någon annan myndighet som har till uppgift att ingripa mot ett brott om misstanken angår brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år, försök till brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år, eller försök till brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år om gärningen innefattat försök till överföring av vissa allmänfarliga sjukdomar.

Kvalitetspolicy

Kvalitet i vården innebär inte bara att följa lagar och förordningar, utan även att anpassa arbetssätt och rutiner så att patienten är och känner sig trygg, informerad och delaktig. U-CARE Vård arbetar fortlöpande med att utveckla policyer för att säkra kvaliteten i vården. Nedan finner du kvalitetspolicyer aktuella för vårdpersonalens dagliga arbete.

Kontinuitet

I möjligaste mån strävas efter att patienten har en och samma behandlare under hela sin behandling. Dock skall detta inte vara ett hinder för att patienten tilldelas en annan behandlingskontakt/ vikarierande behandlare under ordinarie behandlares frånvaro.

Kommunikation mellan vårdpersonal och patient

I all skriftlig och muntlig kommunikation, tänk på att vara korrekt och professionell och bibehålla respekten för patienten.

Vårdpersonalens privata mobiltelefoner ska inte användas i kontakten med patienter.

Om du försöker nå en patient per telefon men inte får något svar utan kommer till en telefonsvarare kan du välja att lämna ett meddelande, lämpligen vid det första kontaktförsöket. En bra rutin är att berätta vad du heter, att du ringer från Uppsala universitet/U-CARE och att det gäller en forskningsstudie som personen deltar i alt. anmält intresse för. Ett sådant meddelande ska aldrig innehålla uppgifter där något kan utläsas om patientens problematik eller vård.

Nåbarhet och återkoppling

Att ge patienter svar utan omotiverat dröjsmål är viktigt för att säkra god kvalitet i vården.

Meddelanden från patienter i behandling besvaras normalt på kontorstid på vardagar och svar ges så vitt det är möjligt senast nästa vardag efter det att ett meddelande har mottagits. Patienter bör informeras om att svar normalt ges endast under kontorstid på vardagar.

Planerad återkoppling till patienter som genomgått undersökning (till exempel screening genom självskattning) bör ges så vitt det är möjligt samma dag eller nästa vardag efter det att ansvarig vårdpersonal erhållit resultatet av undersökningen.

Moderering av kommunikation mellan patienter

All kommunikation mellan patienter som förekommer som inslag i internetbehandlingar i U-CARE Vård skall modereras, det vill säga forum, chatt, publicerade dagböcker, bloggar et c. granskas regelbundet av en person med särskilt ansvar för detta. Moderatoren uppmärksammar och åtgärdar vid behov problem såsom destruktiva tendenser i diskussionerna eller om moderatoren är orolig för en enskild deltagares psykiska hälsa. Ett hjälpmedel för moderatorns arbete är Moderatorsmanualen som finns på Medarbetarportalen/U-CARE Vård: <https://mp.uu.se/group/u-care-var/docs> .

Användarsupport

Om en patient har problem att logga in eller något annat användarproblem med U-CARE-portalen kan hen kontakta supporten via länken på Portalens startsida. Observera att sekretess kring patienters personliga uppgifter gäller även vid användarsupporten.

Respekt för patienten

Utanför arbetsplatsen talar man aldrig om patienter (se *Tystnadsplikt och sekretess*). Dessutom uppmanas personal vid U-CARE Vård att i alla generella samtal om sitt arbete såväl inom som utom arbetsplatsen välja ord och uttryck som aldrig brister i respekt för de patienter som söker vård eller behandlas av oss.

När en patient hänvisas till annan instans

Ibland kan ett sjukdomstillstånd eller skada uppmärksammas, som inte kan behandlas i den aktuella behandlingen som ges inom U-CARE Vård. I sådana fall bör patienten hänvisas till den instans som är lämplig, till exempel husläkare/vårdcentral, ungdomsmottagning eller psykiatri.

Om du hänvisat en patient till annan instans ska detta dokumenteras i patientens journal. Nedan några riktlinjer, i synnerhet relevanta för situationer som kräver särskild hantering (se även avsnitt nedan *Situationer som kräver särskild hantering*).

- Var så specifik som möjligt i dina hänvisningar. Ge patienten i möjligaste mån adress och telefonnummer till aktuell/a instans/er för adekvat vård.
- Om hänvisning till annan instans gjorts vid telefonsamtal kan detta med fördel kompletteras med ett brev med informationen skriftligt. Fråga då patienten vid telefonsamtalet om hen har något emot det, samt vilken adress det ska skickas till.
- Föreslå att en närstående följer med till besök på annan vårdinstans. Be gärna att få ta kontakt med denna person för att berätta vad det gäller.
- Om patienten har fortsatt behandling inom U-CARE Vård: Följ upp att patienten fått kontakt med annan vårdinstans. Om inte, och om behovet kvarstår, uppmuntra patienten åter att söka adekvat vård. Vid suicidrisk söks patienten för sådan uppföljning även om hen inte fortsätter behandlingen inom U-CARE Vård.

Se även avsnittet *Situationer som kräver särskild hantering*.

Remisser

Då man inom U-CARE Vård normalt inte gör fullständiga utredningar skriver inte U-CARE Vård några remisser. För remisser hänvisar man till husläkare/vårdcentral, där en utredning kan göras och remiss till rätt instans kan skrivas.

Intyg

I vissa fall kan patienter be att få ett intyg, till exempel ett intyg på att man går i behandling för att söka bidrag till resor till behandlingen. Om du får en förfrågan om ett intyg, kontakta verksamhetschef för att diskutera hur man ska hantera det enskilda fallet.

Situationer som kräver särskild hantering

En legitimerad yrkesutövares kunskaper i sig medför krav på att vidta åtgärder om man har observerat sjukdomstillstånd eller skador, även om dessa inte är i fokus för den vård man själv ger. Vid allvarigare problematik är de avgränsade behandlingar som ges inom U-CARE Vård sannolikt inte tillräckligt, och har kanske inte heller fokus på det aktuella problemet. Istället bör kontakt till annan instans förmedlas, och en individuell klinisk bedömning avgör om behandlingen som ges inom U-CARE Vård ska fortsätta.

Om tecken på suicidalitet eller annan allvarlig hälsobrist inkommer ska försök att nå personen göras samma dag, eller senast nästkommande vardag. Om sådant tecken inkommer dag före helgdag är det av särskild vikt att man i möjligaste mån försöker nå personen samma dag.

Om du försöker nå en patient per telefon men inte får något svar bör du försöka vid olika tidpunkter under dagen. Hur länge man försöker nå personen om man inte får svar kan variera av olika skäl, men en riktlinje är att försöka under mer än en dag. Om anledningen till kontakt är misstanke om suicidalitet eller annan allvarlig hälsobrist skall en journalanteckning göras om att man försökt ta kontakt, oavsett om patienten kunnat nås eller ej.

Om en situation som kräver särskild hantering uppstår, meddela omgående verksamhetschefen om detta och din planerade åtgärd. Vid osäkerhet, tveka inte att kontakta verksamhetschef!

Allvarlig depression

Om en patient visar tecken på allvarliga depressiva besvär kontaktas patienten per telefon av en psykolog, till exempel patientens behandlare, och en noggrannare bedömning görs. Om du inte får tag på patienten på telefon, kontakta verksamhetschef för att diskutera hur man ska gå vidare. Bedömningen avgör om kontakt till annan instans bör förmedlas, och om fortsatt behandling inom U-CARE Vård är lämplig.

Här följer några riktlinjer för bedömning av depression:

1. Presentera dig och förklara att du ringer eftersom du vill ställa några följdfrågor. Hänvisa gärna till det som framkommit (t.ex. svar på frågor i MADRS-S) och be patienten berätta mer.
2. Hör efter om patienten redan har någon pågående behandlingskontakt för depression. Om så är fallet behöver du inte göra någon fortsatt utredning.
3. Utred depressionssymptom: Ställ frågor utifrån DSM-kriterierna. Målet är att uppskatta graden av eventuell depression. Om personen inte uppvisar svår depression kan samtalet avbrytas här, annars gå vidare.
4. Fråga om övrig funktion: *Klarar patienten sin vardag?* Och om en behandling för depression är aktuell inom U-CARE Vård: *Klarar patienten av att följa behandlingen?* Dock, om patienten har stora svårigheter i vardagen är behandling via internet sannolikt inte en tillräcklig insats.

5. Om behandling inom U-CARE Vård inte anses tillräcklig: Förklara detta och uppmuntra ny eller återupptagen kontakt med husläkare eller psykiatri. Kontrollera att patienten vet hur hen kan göra och vart hen ska vända sig.

Suicidrisk

Suicidrisken ska alltid beaktas och dokumenteras vid depressionssymtom och annan psykisk sjukdom. Om en patient visar tecken på självmordsbenägenhet kontaktas patienten per telefon av en psykolog, till exempel patientens behandlare, och en noggrannare bedömning görs, se nedan. Bedömningen avgör om kontakt till annan instans bör förmedlas, och om fortsatt behandling inom U-CARE Vård är lämplig. Om du inte får tag på patienten på telefon, kontakta verksamhetschef för att diskutera hur man ska gå vidare.

Verksamhetschefen ska alltid informeras omgående om du misstänker suicidrisk hos en patient i U-CARE Vård.

Vid viss suicidrisk: Berätta för patienten att det finns hjälp att få vid nedstämdhet och depression. Även om den aktuella behandlingen inom U-CARE Vård har fokus på just nedstämdhet, diskutera med patienten om att denna behandling kanske inte är tillräcklig för en allvarligare depression.

Vid hög suicidrisk: Hänvisa patienten till psykiatrisk öppenvård eller psykiatrisk jourverksamhet. Motivera patienten att söka hjälp så snart som möjligt. Följ upp att patienten verkligen får kontakt med adekvat instans för fortsatt vård.

Vid akut suicidrisk: Hänvisa patienten till psykiatrisk jourverksamhet. Motivera patienten att söka hjälp så snart som möjligt. Om patienten är ovillig att söka vård kan den psykiatriska jourverksamheten kontaktas för att rådgöra om lämpligt agerande. Följ upp att patienten verkligen får kontakt med adekvat instans för fortsatt vård.

Utredning av suicidrisk

Ställ frågor och använd suicidstegen nedan. Gå minst ett steg längre även efter att personen svarat nekande. Om personen t.ex. bekräftar Självmordstankar (steg 4) men förnekar Självmordsönskan (steg 5) så fråga om Självmordsförsök (steg 6) ändå. Notera att undflyende svar på frågor om suicid ibland kan vara en indikation på suicidrisk.

Ta reda på om det finns andra personer kring patienten, t.ex. familj eller vänner. Involvera vid behov dessa.

Hög risk för suicid indikeras vid suicidstegens steg 5 och högre. Akut risk kan antas föreligga från steg 7. Att suicidplaner är konkreta och att tidigare suicidförsök gjorts är ofta tydliga riskfaktorer.

Suicidstegen

1. Nedstämdhet/hopplöshet

Är du nedstämd och ledsen ofta? Känner du dig "deppig" för det mesta? Känns allting hopplöst? Tror du att det kommer att bli bättre igen?

2. Dödstankar

Känns allting meningslöst? Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?

3. Dödsönskan

Har du önskat att du vore död? Skulle du vilja slippa vakna nästa morgon?

4. Självmordstankar

Har du tänkt på att göra dig själv något? Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av dig? Har du tänkt ut hur du skulle göra?

5. Självmordsönskan

Har du tänkt att du vill ta ditt liv? Har du varit nära att försöka ta ditt liv? Är det något som håller emot? Finns det något som talar för att fortsätta leva?

6. Självmordsförsök

Har du tidigare gjort något självmordsförsök? Genomförde du det du tänkte göra eller gick det inte? Vad gjorde du? När? Var? Varför?

7. Självmordsplaner

Har du planer på att ta ditt liv? Har du tänkt ut hur du skall göra? Har du bestämt när du skall göra det?

8. Självmordsförberedelser

Har du gjort några förberedelser? Vilka? Har du skaffat tabletter? Har du vapen hemma? Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv?

9. Självmordsavsikt

Har du bestämt dig för att ta livet av dig? När? Var? Hur? Har du skrivit avskedsbrev? Har du gjort dig av med saker du inte vill ska finnas kvar efter dig? Har du sett till att träffa kompisar en sista gång?

Psykossjukdom

Patienter med pågående psykossjukdom eller de som ligger i riskzonen för att utveckla psykossjukdom behöver en behandlingsinsats som U-CARE Vård inte kan erbjuda. Obehandlad psykossjukdom kan försvåra annat behandlingsarbete, och behöver då behandlas primärt.

Vid indikation om psykossjukdom, kontakta verksamhetschef för att diskutera hur man ska gå vidare för att hjälpa patienten på bästa sätt.

Ätstörning

Patienter med ätstörning kan behöva en behandlingsinsats som U-CARE Vård inte kan erbjuda. Det är viktigt att uppmärksamma en pågående ätstörning eftersom det är en psykiatrisk sjukdom med hög mortalitet, men ju tidigare i sjukdomsförloppet man får hjälp desto större sannolikhet är det att patienten tillfrisknar.

Vid indikation om ätstörning, kontakta verksamhetschef för att diskutera hur man ska gå vidare för att hjälpa patienten på bästa sätt.

Missbruk av alkohol eller droger

Patienter med missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger kan behöva en behandlingsinsats som U-CARE Vård inte kan erbjuda. Missbruk eller drogberoende kan försvåra annat behandlingsarbete, och kan behöva behandlas primärt.

Vid indikation om pågående missbruk, kontakta verksamhetschef för att diskutera hur man ska gå vidare för att hjälpa patienten på bästa sätt.

Våld

Vårdpersonal har i en viktig position när det gäller förebyggande av och ingripande i våld i nära relationer och inom familjen. Kom ihåg att du kan vara skyldig att anmäla ett brott.

Om du får indikationer på att en patient är utsatt för våld, kontakta verksamhetschef för att diskutera hur man ska gå vidare för att hjälpa patienten på bästa sätt.

Utredning vid misstanke om våld

Den här minneslistan är ett verktyg som kan hjälpa dig att närma dig även svåra situationer och att ta upp frågan om våld med patienten.

Dokumentera situationen och berätta alltid för patienten vad du antecknar. Det här är viktigt eftersom uppgifterna kan vara ett av de viktigaste dokumenten till exempel i vårdnads- och umgängestvister.

Se till att du har uppgifter om vilka instanser som finns tillgängliga i området. Lämna inte patienten om någon lämplig instans inte finns, samtala i så fall med patienten igen vid ett senare tillfälle.

- Ställ direkta frågor.
- Lyssna empatiskt och öppet.
- Vid telefonsamtal: försäkra dig om att den eventuella våldsutövaren inte är närvarande.
- Ta tydligt ställning mot våld och berätta att det handlar om ett brott.
- Berätta att du har anmälningsskyldighet i vissa typer av brott.
- Berätta att våld och gräl är olika saker.
- Berätta att våldet oftast fortsätter om man inte ingriper.
- Berätta att det finns hjälp att få, och hänvisa patienten till lämplig instans.
- Bedöm det omedelbara behovet av skydd för den som upplevt våld och för de övriga familjemedlemmarna. Red ut om det är tryggt för klienten att vara hemma. Gör upp en säkerhetsplan med patienten.

Barn som far illa

Alla som arbetar inom U-CARE Vård är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de misstänker att en person under 18 år far illa (se *Anmälningsskyldighet när barn far illa*).

Det kan handla om att ett barn far illa eller riskerar att fara illa till exempel genom fysisk eller psykisk misshandel, sexuella övergrepp eller när vårdnadshavare försummar att tillgodose barnets grundläggande behov. Det räcker alltså med en misstanke för anmälningsplikten ska gälla. Det är socialtjänstens uppgift att utreda om det förhåller sig så att de behöver ingripa. Vid osäkerhet går det att kontakta socialtjänsten för att få vägledning.

Om du i en behandlingskontakt med det aktuella barnet, en vårdnadshavare eller en annan person får information som gör att du misstänker att ett barn far illa, kontakta verksamhetschef för att diskutera hur man ska gå vidare för att utreda och vid behov anmäla.

Appendix

Exempel på journalföring

Nedan visas exempel på journalföring vid guidad självhjälp via U-CARE-portalen.

Korrekt journalföring: Patienten har skickat in en hemuppgift

Patientens namn och personnummer
Forskningsstudie
Händelsedatum
Aktuellt Pat har skickat in HU 1, steg 1; modul 1, med ifyllda svar. Svaren visar att pat. tillgodogjort sig info.
Åtgärd Pat tilldelas nästa modul 2013-02-02.
Signerad

Felaktig journalföring – för mycket information

Patientens namn och personnummer
Forskningsstudie
Händelsedatum
Aktuellt Patienten har nu skickat in hemuppgift 1, steg 1; modul 1, med ifyllda svar. Patienten har beskrivit hur han ser på arbetet med hemuppgifterna, att det kommer att bli en utmaning att göra dem i tid. Tycker att "det är bra med påminnelser".
Åtgärd Patienten tilldelas nästa steg, som handlar om tankar kring hjärtinfarkten. Här ska man beskriva sina tankar och känslor kopplade till att ha haft en hjärtinfarkt.
Signerad

Korrekt journalföring: Patienten har inte skickat in en hemuppgift – oklar orsak

Patientens namn och personnummer
Forskningsstudie
Händelsedatum
Aktuellt Pat har efter påminnelse ännu inte skickat in HU 1, steg 2; modul 3.
Åtgärd Avvaktar med att tilldela pat nästa modul.
Signerad

Korrekt journalföring: Patienten ber om extra tid för hemuppgift

Patientens namn och personnummer
Forskningsstudie
Händelsedatum
Aktuellt Pat ber om mer tid för HU 1, steg 2; modul 3. Pat har varit sjuk.
Åtgärd Inväntar HU. Avvaktar med att tilldela pat nästa modul.
Signerad

Korrekt journalföring: Patienten uppvisar depressiva symptom

Patientens namn och personnummer
Forskningsstudie
Händelsedatum
Aktuellt Pat skattar 5 på fråga 9 på MADRS-S 2012-08-15. Kontaktas via tel. av leg. psyk. Karl Karlsson. Förnekar s-tankar, tillfälligt nere på grund av stort gräl med sambo.
Åtgärd Ingen ytterligare åtgärd. Pat arbetar vidare med nästa steg.
Signerad

Korrekt journalföring: Patienten uppvisar suicidalitet

Patientens namn och personnummer
Forskningsstudie
Händelsedatum
Aktuellt Pat uppvisar dep symptom och uttrycker meningslöshet i mailkorrespondens. Kontaktas via telefon av PTP-psyk Maja Andersson. Suicidtankar men ingen suicidönskan, förnekar försök. Bristande stöd i vardagen, anhöriga bor långt bort. Sjukskriven 100 %. Inga tidigare suicidförsök. Ger adekvata svar.
Åtgärd Ingen akut åtgärd. Pat uppmanas kontakta husläkare och ska göra det under morgondagen. Önskar fortsätta med prog. Informeras om att prog. inte är tillräckligt stöd.
Signerad

Korrekt journalföring: Patienten uppvisar suicidalitet

Patientens namn och personnummer
Forskningsstudie
Händelsedatum
Aktuellt Pat skattar 5 på MADRS fråga 9 som handlar om livslust och rings enligt U-CAREs rutin upp. Bedömning: Bedöms som viss suicidrisk. Pat mår bättre nu men har återkommande svackor då livslusten är borta. Har tabletter hemma som hon skulle kunna ta överdos av.
Åtgärd Uppmanar pat att kontakta sin vårdcentral för en läkarbedömning med anledning av de återkommande suicidtankarna. Ger numret till den lokala psykiatriska jourmottagningen. Pat säger att hon ska ta kontakt med vårdcentralen imorgon. Vi kommer överens om att jag söker henne på telefon igen om några dagar för att höra att hon fått kontakt med vårdcentralen.
Signerad

Exempel på avvikelserapport

Med avvikelse menas en händelse som inte stämmer överens med våra krav på god vård och ett tillfredställande omhändertagande. Avvikelse är en icke förväntad händelse som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för patienten.

Händelsedatum	Tidpunkt
Beskrivning av händelse <i>Mail skickas med fel mailadress till en person som inte tackat ja till vidare information om deltagande i studien. Mailet studsar inte utan har således gått fram till en annan person. En bokstav byttes ut pga av mänsklig faktor. Felet upptäcktes dagen efter 2013-02-26. Ett nytt mail med samma information har skickats till rätt person. Ett kort mail med en ursäkt skickades till den felaktiga adressen, om maillets innehåll eventuellt väckt obehag.</i>	
Möjliga orsaker och konsekvenser <i>Då man skriver in för hand är det möjligt att göra fel.</i>	
Förslag till korrigerande konsekvenser <i>En sluten portal för mailkorrespondans. Att man aldrig skriver något som går att härröra till en person. Att man inte mailar mer än nödvändigt. Att man testar om kontakten är rätt genom ett standardmail.</i>	
Datum, signatur av rapportlämnare	Namnförtydligande
Avvikelsehantering (vilka korrigerande åtgärder har vidtagits?)	
Datum, signatur av ansvarig	Namnförtydligande