

Gäller för: Område I

Innehållsansvar: Izabell Vilhelmsson, (izavi1), Verksamhetsassistent

Godkänd av: Björn Kalin, (bjoka2), Områdeschef

Giltig från: 2025-10-22

Giltig till: 2027-10-22

Sammanhållet vårdtillfälle i Melior inom område I

Förändringar sedan föregående version

Inga justeringar i denna version.

Syfte

Hålla samman dokumentation och läkemedelsordination i ett vårdtillfälle i patientjournalen Melior för ökad patientsäkerhet.

Dokumentation och registrering av vårdtillfälle

Vid byte av avdelning **inom respektive klinik** skrivs daganteckning i Melior. I ELVIS ändrar man till den avdelning patienten flyttas till. (Diagnos och åtgärd skall inte registreras i ELVIS.)

Vid **byte av klinik** ska vårdsammanfattning skrivas i Melior med diagnos och åtgärd. (Ingen ut- och inskrivning skall göras i Melior.) I ELVIS däremot skall in- resp utskrivning göras och diagnos och åtgärd registreras. Detta förfarande beror på NU-sjukvårdens organisation/ klinikuppdelning.

Om vårdsammanfattning saknas läggs påminnelse till ansvarig läkare. Om det fortfarande inte finns vårdsammanfattning dikterad/skriven två veckor senare klassificerar ansvarig kodare vårdtillfället i ELVIS med

diagnoskod/er och åtgärds kod/er. Meddelande till verksamhetschefen som kontaktar utskrivande läkare.

När vårdsammanfattningen är skriven stämmer kodaren av att det som klassificerats är i enlighet med vårdsammanfattningen. Om något inte stämmer – korrigeras i ELVIS.*

Vid **utskrivning** från sjukhuset eller till annat område skall det skrivas epikris med diagnos och åtgärd både i Melior och ELVIS. Om epikris saknas handläggs det på samma sätt som ovan.

I samband med byte av medicinskt ansvar flyttar överlämnande enhet patientjournalen till ledig extraplats i Melior på mottagande enhet.

Vid **byte av klinik** ska vårdsammanfattning skrivas i Melior med diagnos och åtgärd. (Ingen ut- och inskrivning ska göras i Melior). I ELVIS däremot ska ut- och inskrivning göras samt diagnos och åtgärd registreras.

** Det finns inga särskilda regler för vem som får sätta diagnoskod.---
Man bör skilja på de två momenten ” att ställa diagnos” och att
”klassificera en ställd diagnos”. Arbetsuppgiften att klassificera en
diagnos är inte heller reglerad vad gäller vem som för utföra den. Källa:
Vem får göra vad i hälso-sjukvården/Socialstyrelsen.se*

Ändring av medicinskt ansvar

När det medicinska ansvaret för patientens vård ändras till annan klinik inom området ska en vårdsammanfattning skrivas av ansvarig läkare som flyttar patienten. Om flytten är orsakad av en ny/annan huvuddiagnos ska en särskild inskrivningsanteckning göras av läkare på mottagande klinik, i annat fall kan det vara tillräckligt med en daganteckning.

Läkemedel

En översyn av läkemedelslistan ska göras vid byte av medicinskt ansvar av ansvarig läkare både på överlämnande och mottagande enhet.

Dokumentationsrutin omvårdnadspersonal

Processanteckningar såsom vårdplaner, sårjournaler, med flera kan med fördel fortsätta att användas av mottagande avdelning utan att nya behöver skapas.

Uppföljning

Respektive klinik har ansvar för kallelse till återbesök och hantering av uppföljning som är kopplat till sin del av vårdtillfället. Överförande avdelning skall ha rutiner som innebär att svar på lab och undersökningar meddelas mottagande enhet utan fördröjning.

E-arkiv

Patientens pappersjournal följer patienten fram till dess att patienten skrivs ut, därefter skickas pappersjournalen till E-arkiv.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Område I

Innehållsansvar: Izabell Vilhelmsson, (izavi1),
Verksamhetsassistent

Godkänd av: Björn Kalin, (bjoka2), Områdeschef

Dokument-ID: NU10069-668408461-27

Version: 13.0

Giltig från: 2025-10-22

Giltig till: 2027-10-22