

Gäller för: NU-sjukvården

Giltig från: 2025-04-02

Innehållsansvar: Susanne Martinsson, (susma), Systemförvaltare

Giltig till: 2027-04-02

Granskad av: Ingela Fruberg, (infru), IT-samordnare

Godkänd av: Jesper Swärd, (jessv1), Chefläkare

Meliorhandbok

Förändringar sedan föregående version

Ny rutin om flytt av osignerade röntgensvar under rubriken Röntgen- och Fyslabremisser (E-remiss)

Sammanfattning

Denna handbok avser att säkerställa hanteringen av den gemensamma patientjournalen för NU-Melior, BUP- och Vuxenpsykiatriska verksamheternas journaldokumentation.

Innehållsförteckning

Obligatorisk om fler än fem sidor i dokumentet.

Meliorhandbok	1
Förändringar sedan föregående version	1
Sammanfattning	1
Innehållsförteckning	1
Bakgrund och syfte	3
Utförande.....	3
Sök patient	3
Journalmappen	4
Förvald filtrering/Aktiva val	4
Patientregistrering.....	4
Vårdkontakt.....	5

Spärrad journalinformation	7
Registrera patient som dospatient	10
Sammanhållen vårdkontakt inom område I	11
Reservnummer	12
Patientbakgrund	12
Överkänslighet/Smitta/Observandum	16
Läkemedelsöverkänslighet - Läkemedelsvarning.....	17
Läkemedelskontroll/Biverkningar	18
Begränsning av vårdinsats	18
Brytpunktssamtal	19
Bevakningsknapp	21
Notatknappen.....	22
Avdelning/hemavdelning.....	22
Låneplats	23
Fri aktivitet	23
Konsulthantering.....	23
Röntgen- och Fyslabremisser (E-remiss)	25
Remisser	28
Korr/intyg.....	30
Skanning	30
Utskrivning från slutenvården	30
Läkemedelsgenomgång	31
Gemensam epikris	33
Sammanhållet vårdtillfälle inom område I.....	34
Utskrift från Melior	35
Externa program	36
Svar från kem-lab (Klinisk kemi).....	37

Analyssvar på fel patient	44
Reservrutin och Läsläge i Melior	45
Reservrutiner vid misstanke om stopp av överföring av labsvar från Kemlab till Melior.....	47
Lösenord	47
Makulera i journalen	47
Signering.....	48
Övrig information.....	48

Bakgrund och syfte

NU-sjukvården har tre aktiva Melior-databaser, BUP, Psyk och NU-Melior. NU-Melior är en sammanslagning av 12 somatiska databaser till en sjukhusgemensam databas.

Den sjukhusgemensamma patientjournalen driftsattes den 2 oktober 2006. Innan dess hade respektive verksamhet sin egen databas, som nu är historikdatabaser.

I den gemensamma patientjournalen, NU-Melior, inom NU-sjukvården ingår information från följande verksamhetschefsområden: Akutmottagning, Anestesi-operation-intensivvård, Barn- och ungdomssjukvård, Hematologi-hud-infektion, Intermedicin, Kardiologi, Kirurgiklinik, Kvinnoklinik, Neurologi-stroke, Ortopedklinik, Paramedicin, Specialistmedicin, Ögonklinik, Öron- Näsa- Hals- och Käkkirurgi.

Utförande

Sök patient

Klicka på **Sök i arkiv** – knappen med frågetecknen uppe till vänster i ikonfältet.

Skriv patientens personnummer i fältet **Personnummer**, och tryck på **Arkiv**. Har patienten en journal visas denna med personnummer och namn. Tryck Välj.

Om inte hela personnumret är känt, skriv de första sex siffrorna och tryck på **Arkiv**. Välj sedan i listan med patientjournaler.

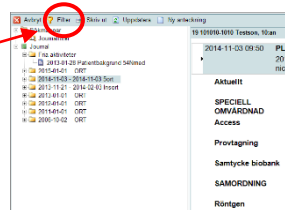
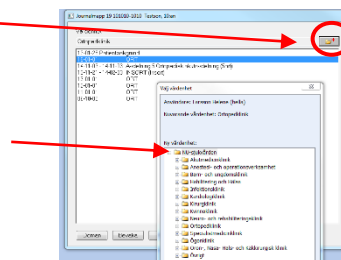
Journalmappen

Endast information från vårdkontakter skapade på det egna verksamhetschefsområdet är initialt synliga på journalmappen och i dokumentationsmodulen.

För att se vårdkontakter skapade på andra vårdenheter på journalmappen och i dokumentationsmodulen krävs ett aktivt val. Fria aktiviteter visas alltid oavsett var informationen är skapad.

Förvald filtrering/Aktiva val

- Ett rött plustecken indikerar att det finns vårdkontakter på andra verksamhetsområden eller vårdgivare.
- Genom att klicka på plustecknet och markera NU-sjukvården visas alla vårdkontakter på journalmappen. På samma sätt visas alla vårdkontakter som tillhör ex Habilitering och hälsa när man markerar HoH.
- När journalen öppnas har journalträdet samma filtrering som journalmappen.
- Informationen som visas i Filter styrs av vald filtrering.
- Annat urval kan göras genom att expandera (klicka på) plustecknet.



Patientregistrering

Om patienten inte har en journal vid sökning av patient enligt ovan, kommer meddelandet "Hittar inga patienter med vald selektering!" upp. Klicka då på **Registrera vårdkontakt**.

I rutan **Patientregistrering** klicka på **BFR**. På så sätt får man alltid med sig aktuell adress, eftersom det är en koppling mot Befolkningsregistret.

I kommentarsfältet kan man skriva in uppgifter som kan identifiera patienten. Till exempel på patienter som har ett reservnummer, är det bra om man skriver i patientens passnummer/körkortnummer/LMA-nummer. Detta underlättar när man sedan skall identifiera patienten, vid eventuellt byte till riktigt personnummer.

Vill man byta rad i kommentarsfältet trycker man Ctrl + enter.

För att registrera en vårdkontakt från patientens journalmapp väljer man knappen **Registrera vårdkontakt**. Patientregistreringen öppnas och patientuppgifter inhämtas. Uppdatera personuppgifter genom att trycka på BFR-knappen.

Vårdkontakt

Slutenvårdskontakt

Skriv in patienten för slutenvård ska vara ikryssat.

Kontrollera att rätt **Avdelning** och **Grupp** är ifylld.

Välj **Rum & Säng**. Första lediga säng föreslås, ändra vid behov genom att välja annat rum och sängplats från listboxen.

Slutenvårdskontakt hanteras med in- och utskrivningsdatum per avdelning. Flyttas patienten mellan olika avdelningar, skapas ny vårdkontakt.

För de patienter som läggs in via akuten har det skapats fiktiva sängplatser på vårdavdelningarna. Akutens personal lägger in patienten på de fiktiva sängplatserna märkta "in via akuten". Avdelningspersonalen flyttar därefter patienten till den riktiga sängplatsen på vårdavdelningen.

Välj OK och journalmappen tas fram.

Öppenvårdskontakt

Registrera patient för öppenvård ska vara ikryssat. Vi hanterar öppenvårdskontakter olika i de olika databaserna, se nedan.

Databas NU-Melior

Öppenvårdskontakt hanteras årsvis i NU-Melior. Man skapar en öppenvårdskontakt per verksamhet och kalenderår. Första öppenvårdskontakten på respektive klinik skapas med ÅÅ-01-01 oavsett när på året patienten söker.

Vårdenhet	
NU-sjukvården	
20-05-20	Patientbakgrund
20-01-01	SPECME
20-01-01	KIR
19-01-01	ORT
18-01-01	INF
17-12-01 - 17-12-10	Avdelning 53 (53med)
17-01-01	KIR

Översikt
Journal
Korr/Intyg
E-remiss
Lab.ord.

Vårdkontakt på akutmottagningen:

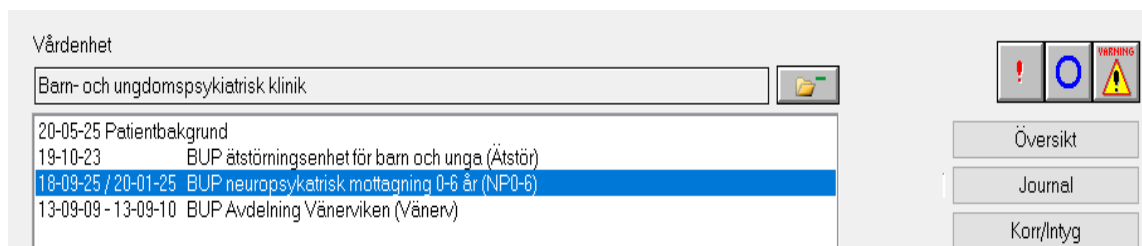
All omvårdnadsdokumentation på akutmottagningen dokumenteras separat under "klinikbegreppet" AKUTEN.

Läkarjournalen dokumenteras under respektive kliniks öppenvårdskontakt eller slutenvårdskontakt. Undantag är akutbesök för område I som dokumenterar under "klinikbegreppet" AKUTEN.

Databas BUP

Man skapar en öppenvårdskontakt på den enhet/mottagning som kontakten sker och med aktuellt datum för kontakten.

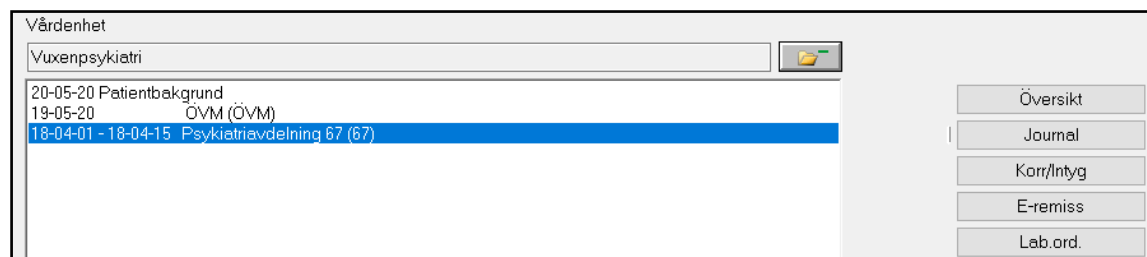
När behandlingen är klar, avslutas patientens vårdkontakt. För att avsluta vårdkontakt, välj **Patientadm** i menyraden och **Avsluta öppenvårdskontakt**. Välj datum för avslut. Ett snedstreck markerar datum för avslut.



Databas Psyk

Vid första kontakten med öppenvårdspsykiatri skapas en öppenvårdskontakt, ÖVM, med aktuellt datum. Under denna kontakt dokumenterar de flesta mottagningarna.

När behandlingen är klar, avslutas patientens vårdkontakt. För att avsluta vårdkontakt, välj **Patientadm** i menyraden och **Avsluta öppenvårdskontakt**. Välj datum för avslut. Ett snedstreck markerar datum för avslut.

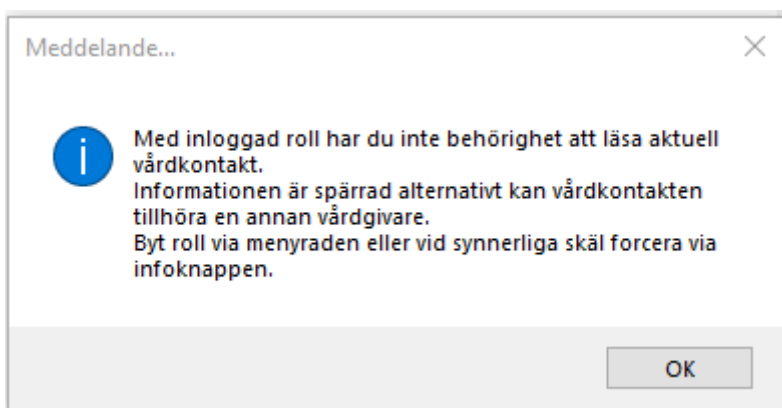


Spärrad journalinformation

Patienten har rätt enligt Patientdatalagen att spärra eller begränsa åtkomst av journalinformation. Det gäller åtkomst av journalinformation för personal som arbetar vid en annan enhet eller inom en annan vårdprocess än den som journalinformationen tillhör.

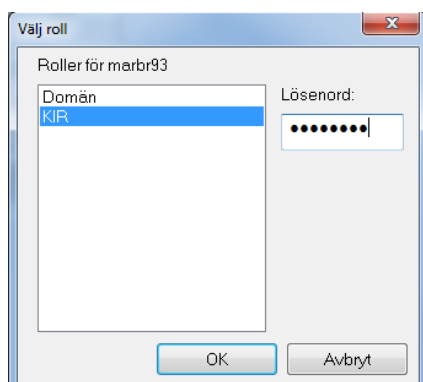
Om det finns spärrad information på en patient och det föreligger fara för dennes liv eller hälsa, måste man kunna forcera spärren. Särskild loggranskning sker på spärrade journaler.

Följande meddelande kommer upp när man försöker öppna en spärrad vårdkontakt:



Varje användare tilldelas en eller flera ROLLER för att få behörighet att läsa eller skriva i journalen. När journalinformation inom "mitt" verksamhetschefsområde spärrats kan man, utan patientens medgivande, läsa informationen genom att byta rollen Domän mot roll för "mitt" verksamhetschefsområde.

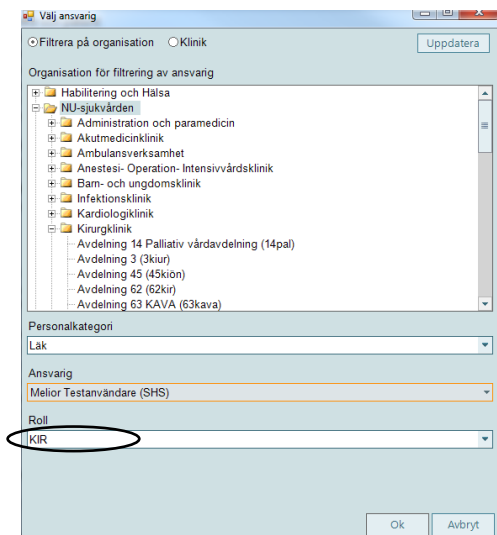
För att byta roll - stäng ner journalen, gå till **Mina inställningar – Byt roll** och välj den roll som behövs för att läsa/skriva i journalen, t.ex. KIR (Kirurgi), KK (Kvinnoklinik), PSYK (Vuxenpsykiatri). Skriv sedan in ditt Melior-lösenord i rutan till höger, därefter **OK**.



För att, som sekreterare journalföra för annan krävs att man även byter ansvarigs roll samtidigt som man väljer ansvarig. Förvalt står **Domän**, byt till

samma roll som du själv har bytt till, exempel **KIR**. Om man glömmer att byta ansvarigs roll får man felmeddelandet **Skrivbehörighet saknas för vårdkontakt**.

Om man journalför i eget namn räcker det att man byter sin egen roll i **Mina inställningar** eftersom man inte behöver välja ansvarig efter det.



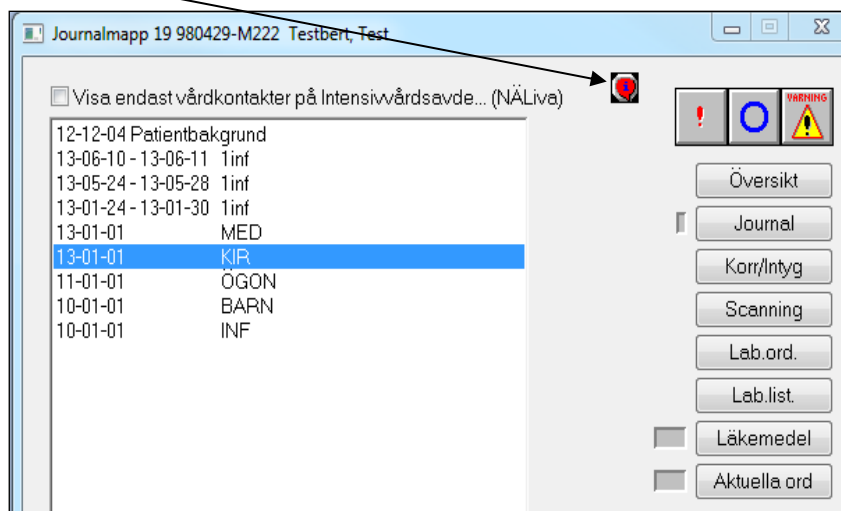
När man inte längre behöver arbeta i journalen med spärrad information byter man tillbaka till Domän-rollen.

Forcera spärrad information via informationsknappen

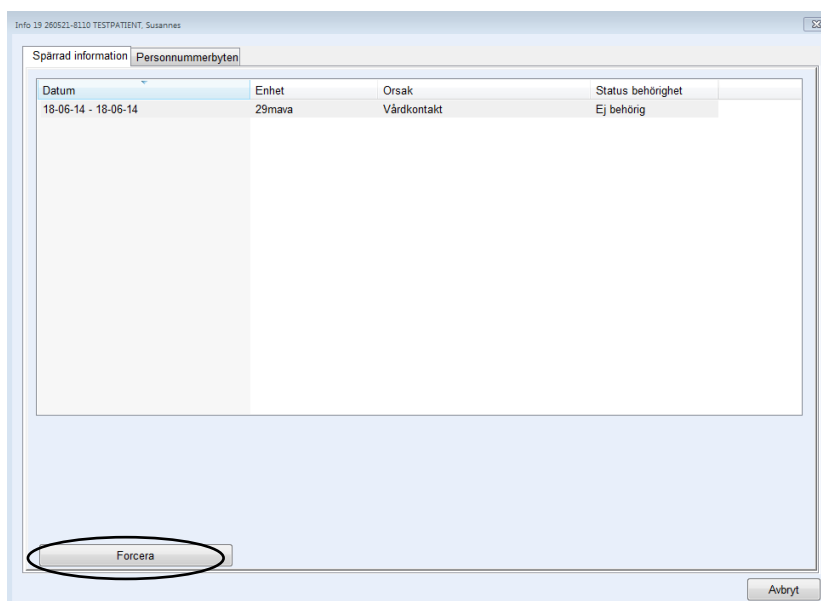
Spärrad information kan även läsas vid verksamhet där man inte arbetar - under två förutsättningar. Antingen gör man det efter medgivande av patient eller i nödsituation hos patient som inte kan ge medgivande. Alla sådana åtgärder loggas och granskas.

Öppna spärrad vårdkontakt

Tryck Info-knappen och patientens spärrade vårdkontakter kommer upp i ett nytt fönster.



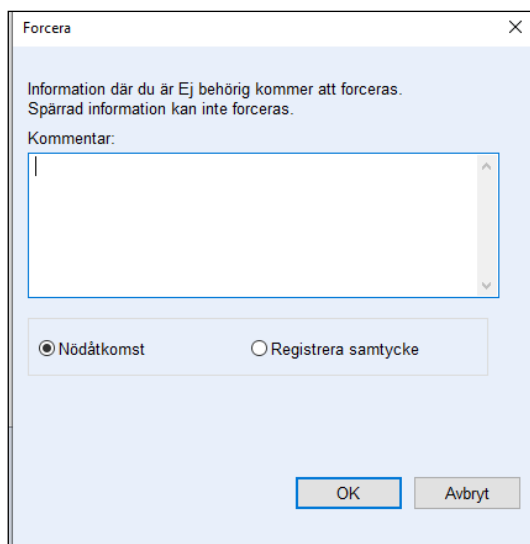
Tryck **Forcera**.



Fyll i kommentar varför spärr ska forceras.

Välj **Nödåtkomst** (om det föreligger fara för patientens liv eller hälsa). Denna forcering innefattar **enbart läsbehörighet** och gäller fram till dygnets slut. **Registrera samtycke** (om patienten givit sitt medgivande om att ta bort spärren tillfälligt).

Väljer man Registrera samtycke ska slutdatum också väljas.



Nedanstående fönster kommer upp. Observera att alla patientens spärrade vårdkontakter kommer att forceras. I fönstret står också hur länge forceringen pågår.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

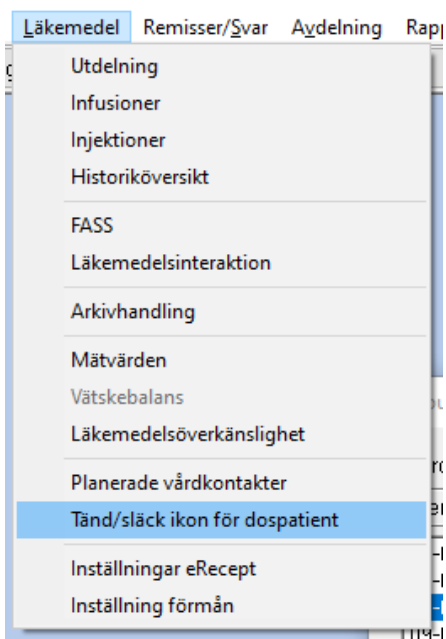
Datum	Enhet	Orsak	Status behörighet
20-08-24 - 20-08-24	63kava	Vårdkontakt	Forcerad
19-01-01	BMMMUN	Vårdkontakts avdelning	Forcerad
18-01-10	BMMTRO	Vårdkontakts avdelning	Forcerad
18-01-01	BMMTRO	Vårdkontakts avdelning	Forcerad
14-04-14[mak] Besök ssk sekretess	Ninf	Antecknings term	Forcerad

Registrera patient som dospatient

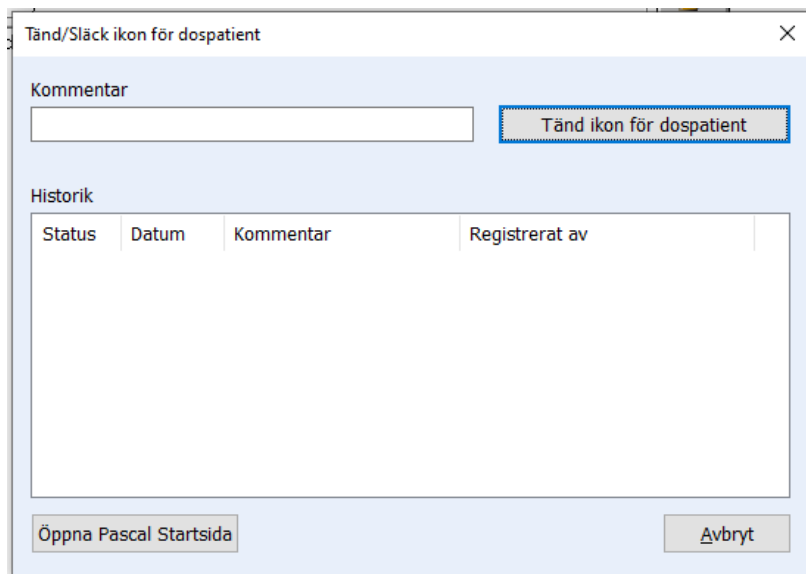
När en patient är dospatient, d v s har öppenvårdsdos via Pascal, finns en möjlighet att lägga till en knapp för detta på journalmappen. Knappen kan användas som genväg för att logga in i Pascal och få med sig patientens personuppgifter.

Alla som har behörighet i Melior kan lägga till knappen.

I menyraden Läkemedel finns valet Tänd/släck ikon för dospatient.



Klicka på ”Tänd ikon för dospatient” och därefter på Avbryt



Nu finns "Dosknappen" tillsammans med eventuella övriga uppmärksamhetsymboler.



Sammanhållen vårdkontakt inom område I

Syfte

Hålla samman dokumentation och läkemedelsordination i en vårdkontakt i patientjournalen Melior för ökad patientsäkerhet.

Dokumentation och registrering av vårdkontakt

Vid byte av avdelning inom respektive klinik skrivs daganteckning i Melior.

Vid byte av verksamhet ska vårdsammanfattning skrivas i Melior med diagnos och åtgärd. (Ingen ut- och inskrivning skall göras i Melior.)

Vid utskrivning från sjukhuset eller till annat område skall det skrivas epikris med diagnos och åtgärd i Melior.

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

Ändring av medicinskt ansvar

När det medicinska ansvaret för patientens vård ändras till annan verksamhet 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 verksamhet, 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.

Reservnummer

Rapportering av rättning, koppling eller sammanslagning av person-ID, reservnummer till reserv-, person- eller samordningsnummer, hanteras på ett likartat och tillförlitligt sätt inom hela Västra Götalandsregionen (VGR). Se rutin NU-sjukvårdens intranät, startsidan – IT/Systemförvaltning/RAPS/Grindvakt rutin VGR.

Det är av största betydelse att person-, samordnings- och reservnummer som registreras i regionens vårdadministrativa system är korrekta. Rutinen bidrar till att notifieringar skickas vidare till berörda system och förvaltningar.

Patientbakgrund

Bakgrund/Syfte

För att minska dubbeldokumentationen i Melior-journalen har en gemensam patientbakgrund skapats. Patientbakgrunden ska fungera som en informationskälla för att snabbt ge en bild av patientens sociala- och medicinska bakgrund.

Övergripande användning

Patientbakgrunden skapas som en fri aktivitet och upprättas första gången patienten har en kontakt med NU-sjukvården. En patientbakgrund ska upprättas för varje patient. Vid behov ska patientbakgrunden uppdateras eller ändras. Detta görs av berörd personal som även ska signera det som skrivits in.

Alla yrkeskategorier med signeringsrättigheter i Melior ska dokumentera i patientbakgrunden.

På termerna Ärtflighet, Tidigare sjukdomar, Tidigare kirurgi och Nuvarande sjukdomar ska endast läkare dokumentera. Det är viktigt att informationen är kortfattad och koncis. Kort sammanfattning med tillräcklig information för berörd specialist får göras. Då behov finns av längre utläggningar gällande specifik åkomma skall detta göras i respektive klinikjournal. I patientbakgrunden kan även hänvisas till annan sammanfattande anteckning. Grundtanken är att patientbakgrunden ska innehålla uppdaterad och fullständig översikt av väsentliga tidigare och nuvarande sjukdomar, samt operationer.

Det åligger var och en som möter patient att kontrollera uppgifterna i patientbakgrunden och vid behov komplettera eller ta bort uppgifter som inte längre är aktuella. Den som ändrar uppgifter bör förstås vara väl förtrogen med patienten och dess sjukhistoria inom aktuellt område. Patientbakgrunden och speciellt de medicinska uppgifterna är särskilt viktiga för de multisjuka patienterna med komplicerad sjukhistoria och som har kontakt med många

vårdgivare. För dessa patienter är det särskilt viktigt att de medicinska uppgifterna i patientbakgrunden uppdateras.

Signering

Den som först upprättar patientbakgrunden signerar hela aktiviteten. Efter signering kommer alla termer att stå kvar, även de som saknar information. När ny information skrivits in i patientbakgrunden signeras respektive sökord av den person som försett sökordet med information.

Visa signaturer




Användarnamn, kategori och signatur blir synliga efter den information som skrivits in under respektive sökord, när man väljer **Visa signaturer** under **Inställningar** i journalen. Detta gäller inte första gången då patientbakgrunden skapas. Vid detta signeringstillfälle är användarnamn och signatur synliga vid aktivitetsnamnet. När information ändras i patientbakgrunden visas ändringsmarkeringen (historikknapp) i vänstermarginalen.

Rutinbeskrivning

- Endast en Patientbakgrund skall finnas för varje patient.
- Patientbakgrunden upprättas för samtliga patienter med journal i Melior. Samtliga yrkeskategorier kan vara ansvariga för detta.
- Patientbakgrunden skapas som en fri aktivitet.
- Den som försett en term med information signerar densamma.
- Den befintliga patientbakgrunden skall uppdateras när ny kunskap/information kommer till vårdgivarens kännedom.
- Under den medicinska delen får endast läkare dokumentera, förutom på termerna Överkänslighet, Smitta och Observandum, där även övriga yrkeskategorier har rätt att dokumentera, se mer information under avsnitt **Överkänslighet/Smitta/Observandum**.
- Stäm av patientbakgrunden med patienten vid varje patientbesök/vårdkontakt.
- Spårbarhet säkerställs genom signering av respektive sökord. För att du skall kunna se vem som har skrivit vad, bocka i **Visa signaturer** under **Inställningar**.
- Informationen på termen Närstående i patientbakgrunden förs automatiskt över till omvårdnadsepikrisen.
- Ta **inte** bort de tomma sökorden när patientbakgrunden är skapad.

Termer

Term	Innehåll
Fast vårdkontakt	
Härkomst	Skall endast fyllas i om det är av medicinsk betydelse exempelvis om patienten kommer från något område där ett hälsoproblem är vanligt.
Språk	Ange vilket språk patienten talar, både modersmål och övriga språk. Här anges även om patienten använder sig av teckenspråk.
Tolkbehov	Om patienten behöver tolk och för vilket språk.
Närstående	Person/personer som den enskilde anser sig ha en nära relation till. Namn, tfn och eventuellt andra relevanta kontaktuppgifter ska registreras.
Barn- och familjeform	Här förs information in om barn- och familjesituation till exempel barn som anhörig/närstående.
Civilstånd	Fyll i civilstånd.
Boendeuppgifter	Information om boendeförhållande med uppgift om typ av bostad, var bostaden är belägen och hur den är utformad samt antal personer i boendet.
Sociala insatser	Ange vilken social service patienten har, ange eventuellt kontaktperson och tfn.
Primär-, hälsovård	Ange vilken vårdcentral, skolhälsovård och BVC patienten tillhör, ange eventuellt adress och tfn.
Hjälpmedel	Skriv in vilka hjälpmedel patienten har vid ankomst till vårdinrättningen eller hemma.
Yrke/sysselsättning	Ange patientens yrke. Ange om patienten är pensionerad annat än ålderspensionär.
Körkort	Ange om patienten har körkort och eventuellt vilken typ.
Kostvanor	Information om intag av mat och dryck med uppgift om typ av föda, födas konsistens (ex purékost), antal måltider och tidsåtgång per dag. Här inkluderas på vilket sätt mat och dryck intas exempelvis sond via näsa.

Tobak	Ange tobaksprodukt och konsumtion.
Läkemedelshantering	Information om patientens läkemedel. Information om dosexpedition eller annat administrationssätt.
Ärftlighet	Information avseende genetiska eller andra hälsoproblem hos anhöriga som kan ha samband med patientens aktuella hälsoproblem. Notera även om ärftlighet inte föreligger.
Tidigare sjukdomar	Information om vilka sjukdomar patienten haft, där behandlingen har avslutats. Se "Övergripande användning" ovan.
Nuvarande sjukdomar	Ange vilka sjukdomar patienten har och eventuellt behandlas för. Se "Övergripande användning" ovan.
Överkänslighet	Här anges överkänslighet som genererar besvär för patienten till exempel födoämnen, djurallergi. Om knapp  (uppmärksamhetssymbol) ska genereras i journalen ska alternativt "Varning" väljas innan information skrivs. Om det är lindriga besvär skrivs detta in under "strecket" som finns kopplat till sökordet överkänslighet. Ingen uppmärksamhetssymbol genereras i journalen. OBS! Läkemedelsöverkänslighet registreras under menyn Läkemedel och Läkemedelsöverkänslighet.
Smitta	Under detta sökord registreras olika typer av smitta som dokumenteras i journalen, till exempel MRSA. Om knapp  (uppmärksamhetssymbol) ska genereras i journalen ska alternativt "Varning" väljas innan information skrivs. Om inte uppmärksamhetssymbol skall genereras väljs "strecket".
Observandum	Information om speciella förhållanden som behöver uppmärksammas med knappen  (uppmärksamhetssymbol) på journalen. Om inte uppmärksamhetssymbol ska genereras väljs "strecket".

Överkänslighet/Smitta/Observandum

Vid registrering under nedanstående symboler visas de på patientens journalmapp i alla moduler. Alla personalkategorier har tillgång till informationen som står under symbolerna.

Direktiv

- För varje unik reaktion ska registrering ske endast **EN GÅNG**.
- Ansvar för att kontrollera att en överkänslighetsreaktion är dokumenterad åligger läkare/sjuksköterska som handlägger patienten.
- Ansvar för nyregistrering av "Överkänslighet" (Utropstecknet) åligger läkare och sjuksköterska.
- Ansvar för nyregistrering av "Varning Läkemedelsöverkänslighet" (Varningstriangeln) åligger läkare. Se avsnitt Läkemedelsöverkänslighet.

Om du går in under knapparna överkänslighet eller observandum och dubbelklickar på sökordet, kommer du direkt in på den journalanteckning där man dokumenterat informationen.

Om varningsmarkeringen skall tas bort väljer man strecket som alternativ och justerar fritexten om informationen inte längre är aktuell.

Observera vid utskrift av journalhandling

Knapparna kommer inte att synas vid utskrift av journalen, önskas det måste varje knapp öppnas separat och välja alternativet skriv ut.



Överkänslighet

• Varning


Under detta sökord registreras olika typer av allergier som generar besvär för patienten till exempel födoämnen och djurallergi. OBS! Här får inga läkemedelsöverkänsligheter registreras.

Om det är lindriga besvär skrivs detta in under strecket (-) som finns kopplat till sökordet överkänslighet. Ingen markering genereras då på journalmappen.



Smitta

• Varning

Under detta sökord registreras olika typer av smitta som dokumenteras i journalen, till exempel MRSA. Om knapp  skall genereras i journalen skall alternativ "Varning" väljas innan information skrivs. Om inte knappen skall genereras väljs strecket (-).

OBS! Hänvisa i fritextfältet till Melioranteckning eller labsvar där smittan är konstaterad.

Sökorden Överkänslighet och Smitta är envalssökord. Endast ett val kan väljas.



Observandum

- Öppen retur
- Kontakt med palliativa teamet
- Kontakt med smärtenheten
- Cytostatikabehandling
- Ingår i studie
- Organdonator
- Organtransplanterad
- Spec. info
- Känd risk
- MÄVA patient
- Hjärtsviktspärm utdelad

Observandum är flervalssökord. Detta innebär att flera alternativ kan väljas vid dokumentation. Symbolen tänds även vid dokumentation av Begränsning av vårdinsats, se nästa stycke.

Läkemedelsöverkänslighet - Läkemedelsvarning



Symbolen Varningstriangeln visas på journalmappen och i alla moduler.

Registreras vid allvarlig risk för patientens liv eller hälsa. Det är enbart vid registrering under Läkemedelsöverkänslighet som varning visas vid insättning av läkemedlet. Registreringen kan också ske från läkemedelsdelen vid utsättning av läkemedel med utskrivningsorsak "Överkänslighet".



Kan registreras av alla personalkategorier. Måste signeras av läkare. Registreringen hamnar även som en automatanteckning i patientens journal, men endast i läkare- och sjuksköterskedelen.

2019-05-16 09:32 **VARNINGSREGISTRERING Avdelr**
2019-05-16 09:32 / Läk Melior Tes
SHS

Läkm.överkänsl. (ATC)

A01AA04 Tennfluorid

Läkemedelskontroll/Biverkningar

Det finns möjlighet att göra en Läkemedelskontroll via Aktuella ordinationer där varningar och interaktioner visas under fliken Varningar samt att man kan söka biverkningar för insatta läkemedel.

The screenshot shows a software interface titled "Läkemedelskontroll" with two tabs: "1. Varningar" (selected) and "2. Biverkningar". Under the "Varningar" tab, there are several items:

- Warning 1: **Patienten är överkänslig mot N02BE01 Paracetamol**. Below it: Alvedon® Filmdragerad tablett 500 mg.
- Warning 2: **Patienten är överkänslig mot B01AA03 Warfarin**. Below it: Waran® Tablett 2,5 mg.
- Interaction 1: **C1 Interaktion**. Below it: Waran® Tablett 2,5 mg - Prednisolon Alternova Tablett 10 mg.
- Interaction 2: **C1 Interaktion**. Below it: Waran® Tablett 2,5 mg - Prednisolon Pfizer Tablett 5 mg.
- Interaction 3: **C4 Interaktion**. Below it: Alvedon® Filmdragerad tablett 500 mg - Waran® Tablett 2,5 mg.
- Synonyms: **Synonymer**. Below it: Prednisolon Pfizer Tablett 5 mg - Prednisolon Alternova Tablett 10 mg.

Begränsning av vårdinsats

Se dokument/riktlinje "Begränsning av vårdinsats" på NU-sjukvårdens hemsida (Dokument/Hitta styrdokument/Vård).

Bakgrund

Att ge eller inte ge livsuppehållande åtgärder är ett beslut som har stora konsekvenser för en patient. Varje beslut måste fattas utifrån individuella förutsättningar. För patientsäkerheten och beslutfattarens skull måste beslutet vara väl genomtänkt och noggrant dokumenterat.

Syfte

Att ha enhetliga rutiner för hur beslut om Begränsning av vårdinsats tas och dokumenteras inom NU-sjukvården.

När skall dokumentationen ske?

När beslutet om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling är fattat.

Hur skall aktiviteten dokumenteras i Melior?

Aktiviteten skapas som Fri aktivitet.

Endast en aktivitet Begränsning av vårdinsats får skapas per patient.

All dokumentation skall vara synlig med datum i aktiviteten (anteckningen).

Ange datum för varje term.

Ta dubblett av term om ny uppgift/information skall dokumenteras.

När annan än läkare dokumenterar i aktiviteten (anteckningen) skall denna kontrasigneras av läkare.

Vid dokumentation av termen **Beslut** och valet **Behandlingsbegränsning** ”**Avstå från/avbryt behandling**”, tänds den blå ringen Observandum.

Begränsningarna kan se olika ut och omfatta allt från inga blodprodukter, ingen dialys till ingen hjärt-lungräddning (HLR).

Observera att den blå ringen inte nödvändigtvis innebär att HLR inte ska genomföras.

Brytpunktssamtal

Se dokument/riktlinje ”Dokumentation av brytpunktssamtal i Melior” på NU-sjukvårdens hemsida (Dokument/Hitta styrdokument/Vård).

Aktiviteten används till samtliga patienten där behandlingsplan övergår till palliativ vård.

Syfte

Att all vårdpersonal inom NU-sjukvården blir kunniga om hur Brytpunktssamtal dokumenteras.

Vilka berörs?

Behandlande läkare, sjuksköterska, undersköterska och sekreterare ansvarar för att skapa och dokumentera i aktiviteten. När annan än läkare dokumenterar i aktiviteten skall denna kontrasigneras av läkare.

När ska registreringen ske i relation till vårdprocessen?

- När beslut är taget att övergå till palliativ vård, d v s när behandling inte längre har som mål att bota sjukdom eller förlänga livet utan lindra de symptom som den livshotade sjukdomen ger upphov till.
- När behov finns att dokumentera patientens önskemål inför livets slutskede. Hur skapas aktiviteten Brytpunktssamtal?

Hur skapas aktiviteten Brytpunktssamtal?

- Aktiviteten skapas som ”Fri aktivitet” väl synligt överst på patientens journalmapp.
- Endast en aktivitet Brytpunktssamtal får skapas per patient.

Däremot ska återkommande samtal om vård och behandling dokumenteras i aktuell vårdkontakt för patienten under adekvat term, till exempel Rondanteckning eller (specialitet) Anteckning. Beskrivning av dokumentation i aktiviteten Brytpunktssamtal.

All dokumentation ska vara synlig med datum i aktiviteten!

- Ange datum för varje term
Ta dubblett av term om ny uppgift/information ska dokumenteras

Termer

Term	Innehåll
Senast uppdaterat	Dagens datum.
Närvarande	Dokumentera samtliga närvarande med namn och relation till patienten/roll i handläggningen.
Bakgrund	Kort sammanfattning om betydelsefulla händelser i sjukdomsförloppet som leder fram tillbrytpunktssamtalet.
Bedömning	Aktuell situation. Klargörande av tidig/sen palliativ fas. Inkludera prognos och motivering till beslut.
Information	Ange med tydlighet vilken information som givits till patienten och eventuellt närstående samt patientens respons. Tydlighet i formuleringarna är viktiga för arbetslagets trygghet i sin kommunikation med patient och närstående.
Önskemål	Patientens efterfrågade och uttryckta önskemål om till exempel symptomlindring, närståendemedverkan, permission, existentiella och kulturella aspekter.
Planering	Planerad och överenskommen behandling, både farmakologisk och icke farmakologisk samt övrig planering och samordning (kommun, dietist, kurator, palliativa teamet, öppen retur mm).
Begränsade vårdinsatser	Då patienten nått palliativ fas behöver detta beslut inte omprövas vid nytt vårdtillfälle eller vid överflyttning till annan vårdenheter.
Åtgärds kod	Ange kod.

Bevakningsknapp

Det finns möjlighet att lägga en journal för bevakning antingen för egen del eller för andras. Bevakning får endast läggas till annan användare efter överenskommelse med denna/denne. Bevakningen är inte tidsbegränsad utan tas bort av användaren då journalen/journalerna inte längre behöver bevakas. Se rutin: ”Användning av bevakningsfunktionen i Melior” på NU-sjukvårdens hemsida (Dokument/Hitta styrdokument/Patientsäkerhet).

Möjlighet finns att lägga till journaler för bevakning både för egen del (d v s inloggad användare) samt att en bevakning kan skickas till annan användare. Det går att lägga flera bevakningar per patient och användare. Bevakningen är inte tidsbegränsad utan tas bort av användaren då journalen/journalerna ej längre behöver bevakas.

1. Ta fram patientens journalmapp via Arkivsökning, Journalvagn eller Historik foldrar.

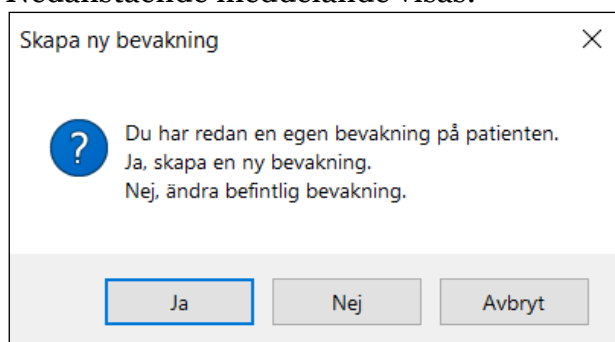
- Det går också att via knappen Bevaka i Signeringskorgen komma till Bevakningsfunktionen. Funktionaliteten är likadan som när man väljer knappen Bevaka på journalmappen – se beskrivning nedan.

2. Välj knappen Bevaka som finns på journalmappen.

- En tooltip med texten ”Lägg upp journalmapp för bevakning” visas då man för musmarkören över knappen Bevaka.


3. Om du inte redan har lagt till journalen för bevakning (för egen del) öppnas dialogrutan Bevakningsdetaljer där en ny bevakning kan läggas till för egen del/skickas till annan användare.

Nedanstående meddelande visas:



Då bevakning gjorts, aktiveras bevakningsknappen i huvudmenyn. Knappen byter färg och rödmarkeras som tecken på ny bevakning.

Kommentaren kan läsas antingen via huvudmenyn **Avdelning/Bevakning**

foldrar eller via knappen  uppe till vänster. Så snart man öppnat upp bevakningen gråas knappen igen.

Notatknappen

Notatknappen finns under Korr/Intyg. Gemensamt för samtliga verksamheter är att dokumentera av vilken anledning, vem som initierat och vem som utfört makulering av dokument under Korr/Intyg. Flera verksamheter använder också rutinen att under knappen notera när dokumentet skickats. För övrigt använts notatknappen på olika sätt inom de olika specialiteterna.

Avdelning/hemavdelning

Under menyn **Avdelning** finns valet **Byt vårdenhet/vårdgrupp** och under menyn **Mina inställningar** finns valet **Byt förvald vårdenhet**.

Byt vårdenhet/vårdgrupp gör du när du tillfälligt vill få upp journalvagnen för en annan avdelning (vårdenhet/vårdgrupp) än den du har som hemavdelning. Det är också viktigt att alltid byta avdelning om du skall skriva anteckningar som tillhör annan avdelning än din förvalda. Du har också möjligt att byta avdelning för anteckningen i samband med att du tar upp vald aktivitet.

Byt förvald vårdenhet gör du när du som till exempel läkare tjänstgjort på en viss avdelning under ett antal veckor och därefter flyttar till annan avdelning inom eller utanför verksamheten, exempelvis om du flyttar från avd 53 och börjar arbeta på avd 35.

I journalen är det **oerhört viktigt att du vid varje aktivitet väljer rätt vårdenhet/vårdgrupp**. Det är genom att här välja rätt som du ser var patienten befunnit sig.

Exempel:

Skapas en aktivitet (till exempel; inskrivning, dagant, konsult, recept) för en patient som vårdas ineliggande på någon avdelning, väljs alltid avdelningen (vårdenhet/vårdgrupp) där patienten fysiskt vårdas.

Om fel avdelning (vårdenhet/vårdgrupp) är vald vid dokumentation, blir dessa anteckningar svåra att hitta/söka samt om recept på läkemedel skrivs ut, kommer kostnaderna för dessa att hamna på fel verksamhet.

Skapar du en aktivitet för en patient som endast behandlas i öppenvården väljer du avdelning (vårdenhet/vårdgrupp) där patienten fysiskt befinner sig vid besöket.

Låneplats

Gäller vårdkontakt på IVA samt när en verksamhet lånar plats på annan verksamhet. Patienten skrivs in för slutenvård på den avdelning patienten fysiskt befinner sig.

När till exempel avd 43 (med) lånar en vårdplats på avd 63 (kir) hanteras detta enligt nedan.

Slutenvårdskontakt är skapat:

- Starta dokumentationen med att ta upp aktiviteten **Kliniktilhörighet** med sökordet **Klinik**.
- Ange vilken verksamhet patienten tillhör, d v s vilken avdelning som är ”bakavdelning” och ansvarig läkare om sådan finns.

All fortsatt dokumentation sker på denna vårdkontakt, t ex Inskrivning, Daganteckning.

Försäkra dig om att du valt rätt vårdenhets/vårdgrupp (alltså den avdelning där patienten fysiskt befinner sig) när du dokumenterar.

När utskrivning sker flyttas patienten till ”bakavdelningen” och skrivs sedan ut därifrån.

I Melior kommer man därefter att se att det finns en vårdkontakt på avd 43 men går man in för att läsa i vårdkontakten framgår det av anteckningarna att patienten vårdats på avd 63 men har verksamhetstillhörighet Kardiologi och ”bakavdelning” avd 43.

Fri aktivitet

Patientbakgrunden SKALL ALLTID VARA FRI AKTIVITET.

Övriga tillåtna fria aktiviteter är Begränsning av vårdinsats, Brytpunktsamtal, Glaucomjournal och Vårdplan (Psyk, BUP).

Konsulthantering

OBS! Både konsultfråga och utlåtande dokumenteras i den avdelnings vårdkontakt där patienten har sin pågående vårdkontakt. Utskrift av utlåtandet äger rum på den avdelning/mottagning där konsulten utförs.

Ex. En patient ligger på en ortopedavdelning för en höftfraktur och en kardiolog måste konsulteras innan operation kan ske eftersom patienten också har en hjärtsjukdom.

En **Konsult** (fråga) skrivs i ortopedavdelningens vårdkontakt under Ny aktivitet/Konsult av ortopedläkaren eller sekreteraren efter diktat. En utskrift görs av anteckningen som lämnas till kardiologiverksamheten som skall utföra konsultationen.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Konsultsvaret skrivs genom att markera anteckningen **Konsult** och välj **Ny anteckning**, och **Konsultsvar**.

2020-11-04 10:33 **KONSULT Avdelning 55 (55ort)**

2020-11-04 10:33 / hella Läk Melior Testanvändare Läk

Ny anteckning

Huvudaktivitet

Underaktiviteter

Konsultsvar

Ansvarig
Melior Testanvändare (SHS) Personal

Mall
Läk Konsultsvar

Vårdkontakt
2020-10-15 - 2020-10-21 55ort (Avdelning 55)

Avdelning
55ort (Avdelning 55) ?

Datum
2020-11-04 10:34:04

till och med
(ej angivet)

Ok Avbryt

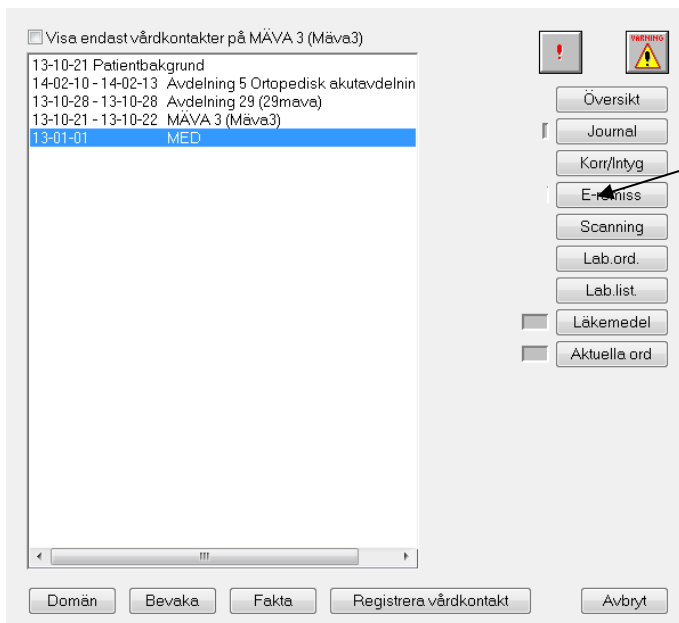
På detta sätt hänger alltid fråga och svar ihop oavsett om man skriver in andra anteckningar innan svaret kommer in.

En konsultanteckning görs samtidigt i konsulterande verksamhets öppenvårdskontakt. Denna aktivitet har som standardsökord "Konsult utförd på". Du anger här verksamhet.

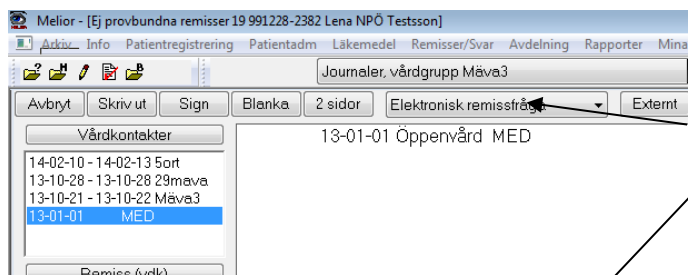
Röntgen- och Fyslabremisser (E-remiss)

E-remiss/EDI (Electronic Data Interchange)

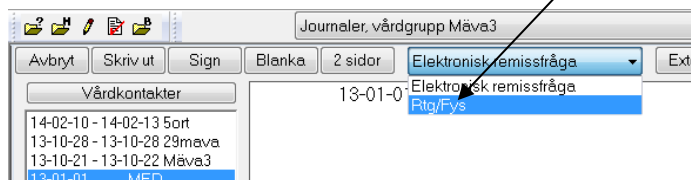
Innan man skriver en EDI-remiss måste man kontrollera att man har valt rätt vårdenhet. Om remissen har fel avsändare blir det fel t ex när röntgen ska skicka akutsvar på faxen eller ringa till avdelningen och meddela när patienten fått tid. Dessutom saknas remissen på bevakningslistan om man filtrerar på avdelning. Viktigt är också att kontrollera att man är i tjänst när undersökningen/svaret kommer, om inte välj ”Mottagare av svar” till ansvarig överläkare.



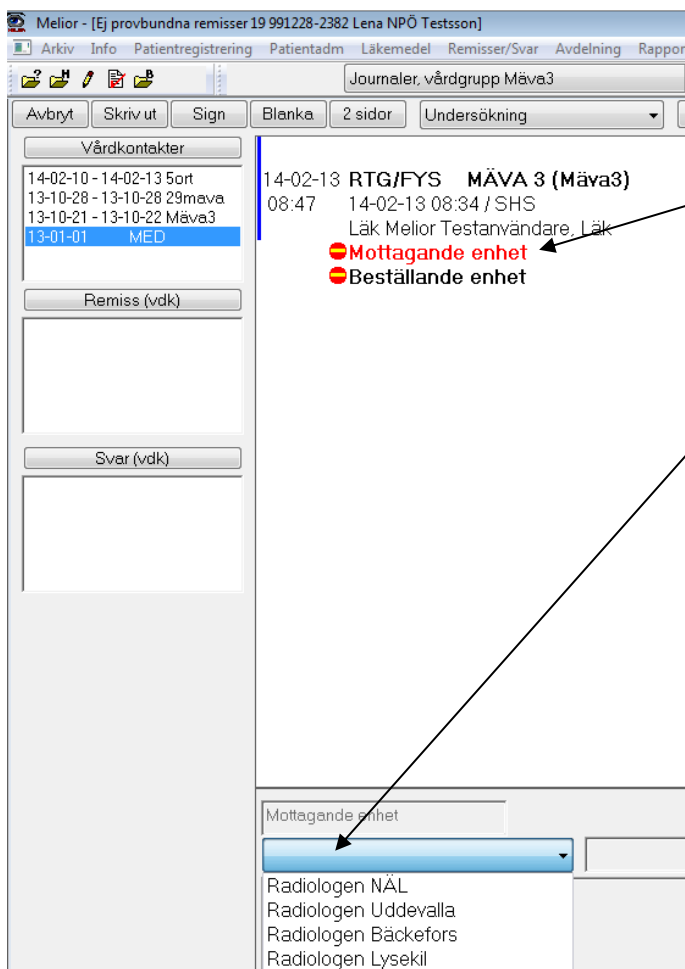
Öppna patientens journalmapp och klicka på knappen **E-remiss**.



Öppna rullgardinsmenyn **Elektronisk remissfråga** och välj **Rtg/Fys**



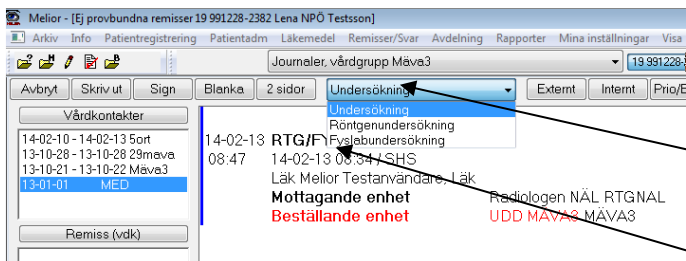
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.



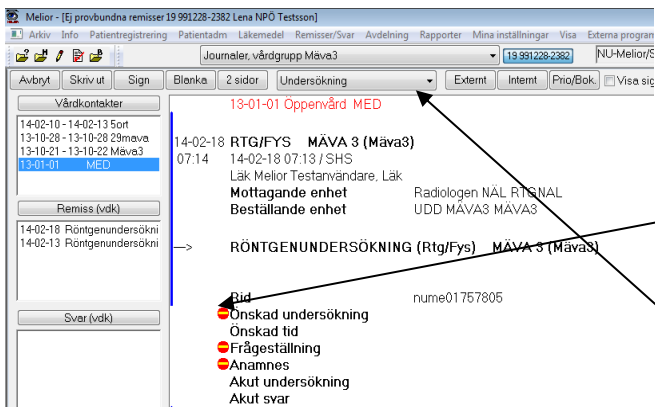
Välj **Mottagande enhet** (röd text) och tryck på pil nedan. Välj mottagande enhet i listan.

Välj **Beställande enhet** (röd text) och tryck på pil nedan. Välj beställande enhet i listan.

Båda sökoden är obligatoriska.



När du är klar med de obligatoriska sökorden, visas **Undersökning** i rullgardinsmenyn. Gör ditt val **Röntgenundersökning** eller **Fyslabundersökning**.



Fyll i de sökord som behövs. Obs: **Önskad undersökning**, **Frågeställning** och **Anamnes** är obligatoriska sökord.

När du är färdig med remissen markera remiss huvudet och klicka på knappen **Externt** för att skicka elektroniskt.

Det går att flytta **osignerade** röntgensvar från en läkares signeringskorg till en annan. En sådan förflyttning får endast göras efter överenskommelse med mottagaren.

Dubbelklicka på svaret och klicka på knappen Ansvarig, se gul markering i bilden. Välj ny ansvarig och klicka OK. Kontrollera att svaret nu har en ny ansvarig läkare.

REMISS SVAR (Rtg/Fys) (MOTTAGEN) Kirurgmottagning Norra Älvs... (Nkir)
25-01-31 08:00 / edi
Läk Melior Testanvändare, Läk

Rid	nume06173293
Undersökningsdatum	2025-01-31
Utförande avd.	2025-01-31, 07:49 Testundersökning
Utlåtande	Testremiss

iss svar Nkir Välj mell: ingen mell Datum: 2025-01-31 08:00:02
t.o.m 2025-01-30 15:19:15

~~Byt Ansvarig~~

OK
Avbryt
Nytt
Sida -
Sida +
Ta bort
Dubblätt
Ansvarig

När man skickat en EDI-remiss kan man följa den hela vägen från det remissen skrivits, tills svar inkommit och signerats under menyn Remisser/Svar. Man kan söka remisser med följande status:

1. Remiss skapad, ej sänd
2. Remiss skickad
3. Remiss mottagen av Amtrix
4. Tekniskt fel på sändningen
5. Remiss mottagen av OM
6. Tekniskt fel på mottagandet
7. Preliminärsvar erhållet
8. Svar erhållet
9. Tekniskt fel på remissvar
10. Svar matchas ej
11. Tilläggsvar erhållet

Bevakningen kan filtreras på Avdelning, Status, Personalkategori, Vårdgivare samt Skriven av.

Remisser

Det finns ingen gemensam rutin för hur man skall hantera remisser (inkommande, utgående, bekräftelser mm) i NU-sjukvården. Nedan följer en sammanfattning på alternativa sätt som dokumentationen sker i Melior.

Allmänremiss (externt t ex till annat sjukhus och internt till annan verksamhet)

Remissen skrivs i Korr/Intyg under dokumenttyp Allmänremiss, skrivs ut, signeras av ansvarig läkare och skickas. Datum när remissen skickas skrivs in under knappen Notat.



Remiss (inkommande)

Originalremissen med ev. bilagor skickas till E-arkiv för inskanning efter remissbedömning.

Egenremiss

Hanteras som inkommande remiss. Egenremiss, som redan är dokumenterad i Melior, skannas inte in.

Inkommande externa remissvar

Dokumenteras av läkare som anteckning. Sökordet Remissvar finns att tillgå. Originalremissvaret skickas till E-arkiv.

Inkommande interna remissvar i form av journalkopia från Melior

Om remissvar kommer i form av enbart en journalkopia, läggs kopian till remitterande läkare och efter signering av papperskopia skrivs en anteckning om att ”remissvar kommit från verksamhet xx, se vårdkontakt”. Som ansvarig välj den läkare som signerat papperskopian.

Efter överenskommelse i verksamheten kan rutinen vara att en anteckning med hänvisning skrivs in direkt i Melior och papperskopian slängs. Papperskopian signeras inte.

Om remissvar kommer i form av brev skrivs en anteckning om att ”remissvar kommit från verksamhet xx, se vårdkontakt”.

Utgående remiss

Används internt inom vissa verksamheter. Skrivs i Korr/Intyg under dokumenttyp Allmänremiss.

Överremittering på akutmottagningen

Övertag och konsultation mellan kirurg-, ortoped- och medicinverksamhet på akutmottagningen för öppenvårdspatienter. Dessa skrivs på papper (Allmänremiss) eller i Korr/Intyg under dokumenttyp Allmänremiss. Aktiviteten Konsult ska endast användas för ineliggande patienter.

Remissbekräftelse från andra vårdgivare än primärvården

Efter läkarsignering skriver sekreteraren en anteckning i journalen om att remissbekräftelse anlänt.

Remiss till Närhälsan

Överföringen av vårdansvaret till extern mottagare kan för närvarande endast ske genom en "Remiss". Detta dokument skapas och dokumenteras i Melior i form av en aktivitet i journalen "Remiss". Rutinen gäller både sluten- och öppenvård, men endast mellan NU-sjukvården och Närhälsan.

Aktiviteten Remiss innehåller följande sökord:

- Mottagande enhet - Avsedd att välja aktuell vårdcentral.
- Frågeställning - Avsedd för att beskriva orsak till övertag av vårdansvar samt beskriva den aktuella medicinska situationen.
- Åtgärd
- Remissbekräftelse - med ett datumfält samt två alternativ, vårdansvaret övertages eller vårdansvaret övertages ej.
- Termen är avsedd för registrering av datum och resultat när NU-sjukvården får remissbekräftelsen från Närhälsan.

Sökordet Remissbekräftelse ligger kvar efter signering även om inget är dokumenterat på sökordet.

Korr/intyg

I Korr/Intyg-modulen hittar man mallar för brev, remisser och intyg som alla personalkategorier kan använda. När man skapat ett dokument i Melior hamnar dokumentet som en automatlänk i journalen.

Skapa ett korr/intyg på följande sätt:

1. Ta fram patientens journalmapp. Försäkra dig om att rätt vårdkontakt är aktiv (markerat).
2. Välj fliken Korr/intyg.
3. Välj Ny. Välj ansvarig (alla utom läkare måste ange ansvarig).
4. Välj typ av dokument från listboxen. Rutan markera mall skall vara ikryssad.
5. Dagens datum och tid är förvalt, men går att ändra.
6. Välj skriv och därefter kan du börja skriva.
7. Välj spara för att spara dokumentet och avsluta.

Om man inte sparar, försvinner dokumentet.

Information om dokumentets namn och avdelning visas i ansvarig personalkategori journaldel.

Man kan även byta vårdgivare och vårdenhet om man upptäcker att man valt fel. Om remissen hamnat som fri aktivitet så ska man koppla dokumentet till rätt vårdkontakt.

Skanning

All skanning sker i E-arkiv. Efter uppgradering till Melior 218 (2017-05-04) sker all skanning i E-arkiv. Möjlighet att läsa skannad information finns endas via SIEview.

I SIEview finns inga möjligheter att göra utskrifter. Om behov finns att skriva ut skannad information ska man vända sig till E-arkiv.

Utskrivning från slutenvården

Inom NU-sjukvården ska utskrivningsmeddelande lämnas till alla patienter vid hemgång. Läkemiddelsberättelse ska upprättas vid varje slutenvårdskontakt och utgöra en del i såväl utskrivningsmeddelande till patient som epikris till annan vårdgivare.

När behandlingsansvar ska övergå till primärvård måste det säkerställas att övertagandet och informationen tydligt förs över till kommande vårdgivare. Informationsöverföring till andra vårdgivare ska säkerställas i samband med utskrivning.

Utskrivningsmeddelande

Målet med utskrivningsmeddelande är i första hand att patienten får en tydlig, individanpassad och skriftlig information om sin sjukdom, sitt vårdtillfälle och kommande åtgärder. Utskrivningsmeddelande är en del i den gemensamma epikrisen. Dokumentet överlämnas till patienten vid utskrivning från sjukhus, tillsammans med en aktuell läkemedslista. Utskrivningsmeddelandet kan dikteras av läkare, om det görs senast dagen innan patienten blir utskriven. Medicinsk sekreterare skriver ut. Vid hantering samma dag som patienten blir utskriven så skrivs den av utskrivande läkare.

Genomförande

Logga in i Melior – Välj aktuell patient och öppna journalen. Ta fram aktiviteten Utskrivning, därefter ny anteckning och välj Utskrivningsmeddelande. Fyll i de aktuella sökorden för att därefter skriva ut.

Exempel:

2016-02-17 18:40	C_UTSKRIVNINGSMEDDELANDE (C_Utskrivning) Avdelning 44 (C44Med)
2016-02-17 18:40 / susma	Sysadm Martinsson, Susanne Lak (sign susma)
Vårdtid	2016-02-11 - 2016-02-17
Ansvarig läkare	Martinsson, Susanne (susma)
Inskrivningsorsak	Bröstsmärtor
Bedömning/diagnos	Dina besvär bedömdes som liten hjärtinfarkt.
Genomförda åtgärder	Ballongsprängning av förträngningar i kranskärlen genomfördes framgångsrikt. Ultraljud hjärta visade litet område med nedsatt rörlighet, men totalt sett normal pumpfunktion. Du har fått information om vikten att sluta röka. Nya läkemedel har satts in.
Läkemedelsberättelse	Enligt nedan
Utsatt preparat	
Insatt preparat	Trombyl, Brilique, Ramipril, Atorvastatin, Metoprolol och Nitrolinqual.
Dosökning preparat	
Dosminskning preparat	
Läkemedelsordinationer	Se uppdaterad läkemedelslista
Planering/uppföljning	Du ska kontrollera blodprover om 4 veckor, kontakta din vårdcentral med medskickad remiss. Du kommer följas upp via hjärtmottagningen NÅL, till sjuksköterska om ca 2 veckor och till läkare om ca 3 månader, separat kallelse kommer.
Kopia	Kommunsjuksköterska Vårdcentral Patient

Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgång ska göras vid varje slutenvårdstillfälle, se vidare RMR (Regional Medicinsk Riktlinje) ”Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse”.

Det enskilt vanligaste felet vid utskrivning av patienter är att olika läkemedelslistor inte stämmer inbördes, t.ex. läkemedelsmodulen, epikris och dosexpedition. Särskild tid bör därför läggas på detta moment.

Vid utskrivning ska läkemedelsmodulen uppdateras. Sätt ut läkemedel så att bara det som patienten ska fortsätta med finns kvar. Säkerställ att läkemedelsmodul, epikris och dosexpedition överensstämmer inbördes.

Läkemedelsberättelse ska upprättas vid varje slutenvårdskontakt och utgör en del i utskrivningsmeddelandet. Läkemedelsberättelsen ska beskriva ändringar som skett under vårdtiden samt orsaken till ändringarna. Med vårdtiden menas i detta sammanhang hela sjukhusvistelsen, även om patienten vårdats på olika kliniker. Till utskrivningsmeddelande ska bifogas en aktuell läkemedelslista från Melior. För patienter som har dosexpedition (öppenvårdsdos) ska läkemedelslista från Pascal i stället bifogas.

NU-sjukvården ansvarar för att patienten vid hemgången har mediciner för tre månaders bruk, oavsett om förskrivning sker via recept eller om patienten har dosexpedition. Vid behov ska läkemedel skickas med patienten för att säkerställa läkemedelsbehandling tills patienten får nya via recept eller dosexpedition. Se vidare RMR ”Förskrivning av läkemedel vid utskrivning från sjukhus” samt RMR ”Dosexpedition”.

Överlämnande av det medicinska behandlingsansvaret

Då medicinskt behandlingsansvar ska övergå till primärvård är tydlig information viktig för att säkerställa en samsyn kring det fortsatta medicinska behandlingsansvaret.

1. Om behov av uppföljning/övertag i primärvården efter en månad eller mer, skickas remiss, utskrivningsmeddelande och epikris.
2. Om behov av uppföljning/övertag i primärvården inom en månad krävs telefonkontakt med ansvarig primärvårdsläkare på vårdcentral. Dokumentera överenskommelsen i journal. Skicka remiss, utskrivningsmeddelande och epikris.
3. För patienter med kommunal hemsjukvård där snabbt övertag önskas: Faxe remiss och utskrivningsmeddelande till mottagande vårdcentral utskrivningsdagen. Komplettera med epikris inom 24 timmar, eller nästkommande vardag.

Genomförande för att skriva remiss (Allmänremiss ska inte användas)

- Tryck på ny anteckning inne i journalen.
- Välj Remiss under aktiviteterna.
- Mottagande enhet är obligatoriskt. Välj i rullistan den vårdcentral som patienten är listad på.
- Frågeställning skrivs med fritext.
- Åtgärd används vid behov.
- Ange i remisstexten att bekräftelse gällande övertagande av behandlingsansvar önskas med fax i retur (gäller endast för patienter med kommunal hemsjukvård där snabbt övertag önskas, d.v.s. punkt 3 ovan). Saknas detta svar kvarstannar behandlingsansvaret hos remitterande läkare.
- Remissbekräftelse fylls i av sekreterare när vårdcentralen återkopplat om de övertar vårdansvaret eller ej. Bevakas av sekreterare med hjälp av Cognosrapporter.
- Signera remissen och skriv ut den. Alla sökord finns kvar efter signering.

Informationsöverföring vid utskrivning

Säkerställ att läkemedelsmodul, epikris och dosexpedition överensstämmer inbördes.

Skickas med patienten vid utskrivning

- Utskrivningsmeddelande
- Aktuell läkemedelslista från Melior eller läkemedelslista från Pascal
- Recept alt uppdaterad dosexpedition
- Läkemedel, hjälpmedel och förbrukningsmaterial skickas med vid behov

Skickas till primärvård vid överlämnande av vårdansvar

- Remiss
- Epikris och utskrivningsmeddelande
- Övriga relevanta handlingar

Patienter med kommunala insatser

- Utskrivningsmeddelande till primärvård och kommunens kontaktpunkt.
- Aktuell läkemedelslista från Melior eller läkemedelslista från Pascal till primärvård och kommunens kontaktpunkt.
- Epikris till primärvård och kommunens kontaktpunkt
- Omvårdnadsepikris till kommunens kontaktpunkt
- Sårvårdsjournal vid behov till kommunens kontaktpunkt
- Rehabepikris vid behov till kommunens kontaktpunkt

Det är vanligt att t.ex. läkemedelslista justeras i sent läge av utskrivande läkare, eller att utskrivningsmeddelande påbörjas utan att vara helt klart. Den som skickar dessa handlingar måste säkerställa att aktuell handling är uppdaterad.

Gemensam epikris

Bakgrund/syfte

Olika yrkeskategorier har tidigare skapat epikriser helt oberoende av varandra. Detta har medfört en omfattande dubbeldokumentation och vissa fall motsägelsefulla uppgifter.

I NU-Melior har detta ändrats till en lösning som förbättrar överskådligheten och därigenom möjliggör en minskning av dubbeldokumentationen samt ökar möjligheten att kvalitetssäkra innehållet.

Övergripande användning

Efter beslut om utskrivning skapas huvudaktiviteten ”Utskrivning”. Denna innehåller endast termen ”Vårdtid”, men är viktig eftersom den håller samman de olika yrkeskategoriernas underaktiviteter.

Därefter skapas, tidsmässigt oberoende från varandra, underaktiviteter.

Underaktivitet 1: ”Epikris” Plats för läkarens uppgifter.

Underaktivitet 2: ”Omvårdnadsepikris” Plats för sjuksköterskans uppgifter.

Underaktivitet 3: ”Rehabepikris sjgy” Plats för fysioterapeutens uppgifter.

Underaktivitet 4: "Rehabepikris arbt" Plats för arbetsterapeutens uppgifter.

Obs! Viktigt att de olika kategoriernas uppgifter är samstämmiga och att de innehåller minimalt med dubblerad information. Denna kontroll underlättas genom att yrkeskategoriernas utskrivningsanteckningar alltid visas under varandra i journalen, sammanhållna av huvudaktiviteten "Utskrivning".

Den inbördes ordningen styrs av händelsedatum vilket innebär att epikriserna omväxlande kan komma först respektive sist.

Signering

Huvudaktiviteten "Utskrivning" signeras av den person som skapar den. Obs! Signering sker först efter att utskrivningsdatum fastställts, detta för att dateringen av huvudaktiviteten "Utskrivning" ska överensstämma med utskrivningsdatum.

Underaktivitet "Epikris" signeras av dikterande läkare.

Underaktivitet "Omvårdnadsepikris" signeras av dokumentansvarig sjuksköterska.

Underaktivitet "Rehabepikris sjgy" signeras av dokumentansvarig fysioterapeut.

Underaktivitet "Rehabepikris arbt" signeras av dokumentansvarig arbetsterapeut.

Om omvårdnadsepikrisen påbörjas innan planerad utskrivningsdag måste händelsedatum ändras på aktiviteten "Utskrivning" och "Omvårdnadsepikris" till aktuellt utskrivningsdatum.

Observera att Epikrisen/omvårdnadsepikrisen kanske inte innehåller all information som behöver skickas med till annan vårdgivare. Eventuellt behöver information om Observandum, Varning och Läkemedelslista skickas med.

Sammanhållet vårdtillfälle inom område I

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.

Vid utskrivning från sjukhuset eller till annat område skall det skrivas epikris med diagnos och åtgärd både i Melior och ELVIS.

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

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.

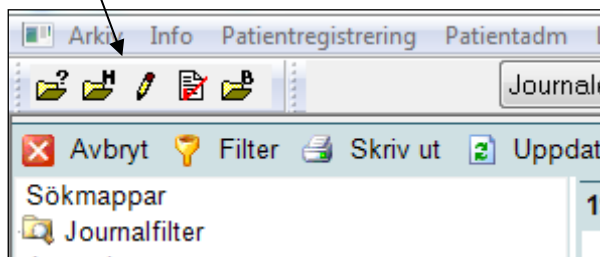
E-arkiv

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

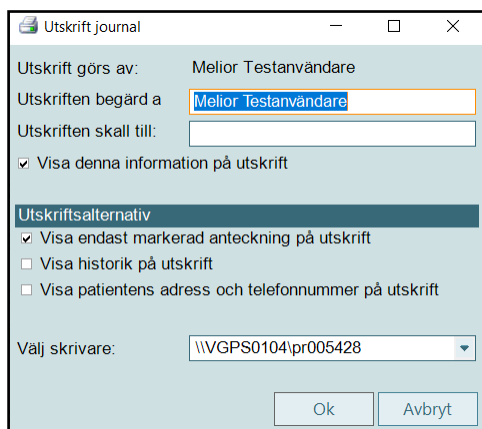
Utskrift från Melior

Papperskopia av text i den elektroniska journalen kan göras för två syften. Dels kan kopia skrivas ut för information till andra vårdinrättningar, försäkringsbolag, patient mm, dels som arbetsmaterial.

Använd filterfunktionen och bocka i de anteckningar som ska skrivas ut.



Vid varje begäran om utskriftskopia i Melior kommer följande fönster upp:



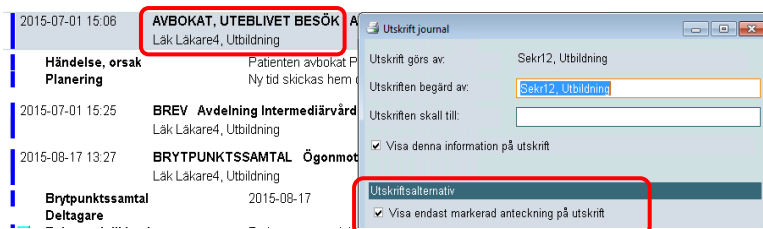
Här registreras uppgift om vem utskriften är begärd av (ansvarig läkare) och vart utskriften skall till.

I de fall en kopia skrivs ut för att användas som arbetsmaterial skall man i detta registreringsfönster skriva efter frågan: **”Utskriften begärd av”**: **Arbetsmaterial** och efter frågan

”Utskriften skall till”: (vem som skall ha arbetsmaterialet)

En kopia som skrivits ut som arbetsmaterial måste förstöras efter användning!

För att skriva ut fler anteckningar än den som är markerad på läsytan ska Utskriftsalternativet *Visa endast markerad anteckning på utskrift* bockas ur. I exemplet nedan skrivs endast ”Avbokad, uteblivet besök” ut på papper. Ska alla anteckningar på läsytan skrivas ut måste ”urbockning” ske.



Externa program

Under menyvalet Externa program finns genvägar till NU-Melior's kliniks specifika och NU-gemensamma externa program och PM.

Vad man ser under externa program är beroende på om journalmapp är aktiv eller inte.

NU-gemensamma program ses av alla som loggar in i Melior, förutsatt att kliniken använder det aktuella programmet.

Vissa kliniks specifika program/PM är upplagda på vårdenhetsnivå. Programmet finns endast att välja om aktuell avdelning tilldelats behörighet.

Svar från kem-lab (Klinisk kemi)

Organisation

På varje klinik skall det finnas en ansvarig för rutiner och hantering av Meliors labsvar. Det skall även finnas en ersättare för denna person.

Dessa personer skall vara väl förtrogna i Lab-modulen och hantering av labsvar.

Det är den lab-ansvariga personen på kliniken som ansvarar för att det finns en organisation som möjliggör att personalen på kliniken kan använda modulen och att ny personal får den kunskap som behövs.

Det är den lab-ansvarige som är klinikens kontaktperson angående lab-modulen till Meliorförvaltningen.

Beskrivning hur provsvar sorteras under vårdkontakt

Om en vårdkontakt finns registrerad, hamnar labsvaret på senaste vårdkontakten, vilket betyder att om patienten har en skapad pågående vårdkontakt hamnar labsvaren där förutsatt att vårdkontakten var skapad när kem-lab läste in provsvaret. Om patienten bara har öppenvårdstillfälle hamnar svaren på den senast skapade öppenvårdskontakten.

Om vårdkontakt ännu inte skapats (gäller både öppen och sluten vård) hamnar provsvaren på senast upplagda vårdkontakt. Om vårdkontakt över huvud taget inte finns skapas en fri aktivitet ”lab-beställning”, som sedermera får kopplas till rätt vårdkontakt enligt rutiner på beställande klinik.

Standardinställningen för lablistorna är att alla provsvar oavsett vilken vårdkontakt de tillhör visas när man öppnar lablista.

Meningen är att alla provsvar som hör till en vårdkontakt skall nås genom att man klickar på knappen ”blanka” och sedan dubbelklickar på vårdkontakt.

Eftersom ”rätt” vårdkontakt inte alltid är skapad när Kemlab läser in provsvaret krävs att rutiner finns på samtliga kliniker för att flytta de felsorterade labsvaren till rätt vårdkontakt.

Läsa provsvar via patientens lablista

- Välj patient.
- Klicka på knappen ”Lab list” på patientens journalmapp.
- När journalen öppnar sig syns det i det övre högra hörnet olika knappar. Varje knapp representerar en lablista.



- De senaste analyserna finns i kolumnen längst till vänster.
- Om det finns analys svar som ej syns i bild får rutan med datum och tid för den kolumn det gäller en mörkare grå färg.

Datum	20-10-05	20-10-05	20-09-29	20-09-29	20-09-29	20-09-29	20-09-28	20-07-14	20-07-14	20-05-12	20-04-07	20-03-19	20-03-17
Tid	08:18:00	08:17:00	15:14:00	15:06:00	14:53:00	14:47:00	--	16:09:00	16:08:00	14:43:00	13:37:00	07:56:00	16:00:00
P-Standardbikarbonat									26				
P(aB)-pH (37°C)	* 7,10	* 7,22			* 7,32						* 7,30		
P(aB)-pO2 (37°C)	7,4	5,4			9,2						* 3,0		
P(aB)-pCO2 (37°C)	* 12,3	* 10,4			* 6,8						* 50,0		
P(aB)-HCO3 akt(37°C)	27	31			26						* 1		
P(aB)-St.Bikarb	* 20	26			24						* 2		
Ecv(aB)-BE	-2	4			1						1,0		
Hb(aB)-sO2	* 74	* 77			* 93						* 50		
P(aB)-Natrium	141				138						140		
P(aB)-Kalium	3,5				3,9						* 0,0		

Avvikande provsvar

Vid avvikande provsvar visas svaret med röda siffror/tecken samt en asterisk. Referensvärden syns om du klickar med höger musknapp över provsvaret.

Analyskommentarer och symboler

Om du ställer dig med musmarkören över den analys du vill titta närmare på och samtidigt klickar med höger musknapp, öppnas en informationsruta där man t ex kan se referensintervall, ordinerande doktor, remitterande enhet etc.

- En röd triangel i höger nedre hörn visar att det finns en kommentar till provet. För att läsa kommentaren markera cellen med analys svaret och tryck enter.
- En grön triangel i höger övre hörn visar att analysen har ändrats. Det aktuella värdet visas i cellen, men om du markerar och högerklickar i cellen ser du det föregående inaktuella värdet.
- En blå triangel i vänstra nedre hörnet visar på att provet är osignerat

Mikro 1 och 2



Datum	20-12-24	20-08-23
Tid	00:00:00	00:00:00
Blododling		
Urinodling	U-odl, k astad	
MRB		
Chlamydia / GC		
Sårödling		Sår-odl, ytligt

För att läsa svaret på en mikro-odling, markera cellen och tryck enter.

- Prover inkomna till avd./mott senaste dygnet visas.
- 1. För att se äldre prover, ändra datum och tryck på **Uppdatera**.
- 2. Här kan man selektera på **Inneliggande**, **Ej inneliggande** eller **Alla** patienter.
- 3. Förvalt är den egna vårdenheten, men man kan välja vilken man vill.
- 4. Här är läkaren förvald, men man kan välja **Alla** eller annan ansvarig läkare man vill se prover från.
De prover som inte förts in med någon ansvarig läkare sorteras till en fiktiv användare = EDI.
- 5. Förvalt är **Osignerade**, men man kan välja **Signerade** eller **Alla**.
- 6. Med **Mottagna/Ej mott** eller **Alla** kan sjuksköterskan selektera prover. När sjuksköterskan sett ett prov markeras **Mottaget** och endast de prover man inte sett kommer upp när **Ej mott** är valt. Man kan dock fortfarande se alla prover genom att välja **Alla**. Denna markering med mottaget är inte att jämföra med läkares signering.
- 7. Man kan välja att se patologiska provsvar genom att välja i listan för **Patologiska/Ej pat**.
- 8. Här kan man selektera på enskilda patienter.

Byte av ansvarig vårdgivare för utskrivna patienter

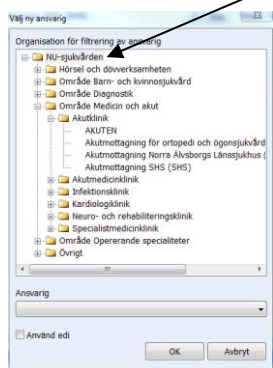
När provsvar från patienter som skrivits ut anländer till avdelningens inkorg skall dessa prover flyttas till ansvarig läkare (epikrisskrivande). Detta görs exempelvis av avdelningssekreteraren.

Gå in under **Remisser/svar – Kemlab – Labsvar**

- 1. Här är förvalt provsvar inkomna ett dygn tillbaka, man kan ändra till ett tidigare datum ex efter helgen (skriv ex 201205 och tryck tab).
- 2. Välj **EJ inneliggande** för att få patienter utskrivna från avdelningen.
- 3. Förvalt är din **Vårdenhet**.
- 4. Förvalt är **Alla**, men byt till fiktiva **EDI**.
- 5. Välj **Osignerade** prover.
- 6. **Alla** oberoende om mottagna av sjuksköterska eller inte.
- 7. **Alla** oberoende om patologiska eller inte.
- Tryck på **Uppdatera**.

Nu ser man alla osignerade prover på utskrivna patienter som inte har någon ansvarig läkare och är märkta med vald avdelning.

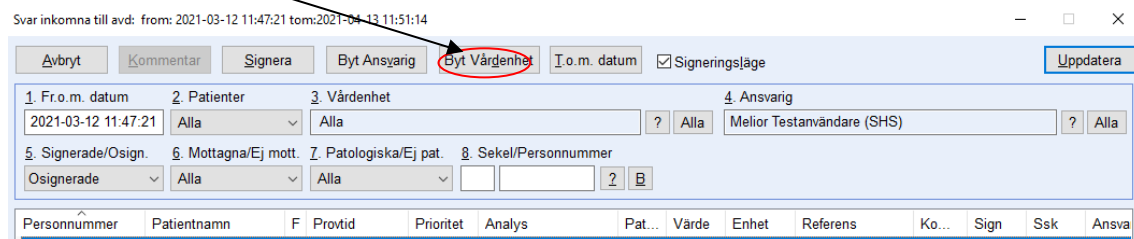
För att kunna välja rätt läkare, markera **NU-sjukvården** i rullisten.



Välj **OK** och provsvaret är flyttat till ansvarig läkares signeringskorg.
Tryck uppdatera i avdelningens inkorg och ta nästa patient och provsvar.

Byt av vårdenhet för labsvar

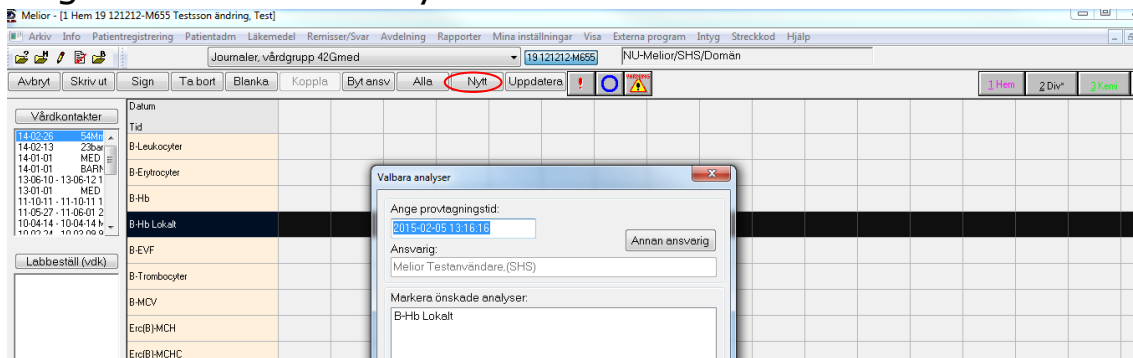
Om man behöver byta vårdavdelning för ett provsvar markera provsvaret och tryck på **Byt Vårdenhet**.



Utskrift av laboratoriesvar

- Välj Skriv ut från patientens lablista.
- Fyll i informationen i de två rutorna för Utskrift begärd av och Utskrift skall till.
- Välj vilken typ av utskrift du vill ha.
- Tryck Ok.

Registrera lokala analyser



- Välj flik där den lokala analysen finns (ex Div + urin).
- Välj knappen **Nytt**.
- Välj ansvarig läkare samt provtagningstid och tryck **OK**.
- Markera vilka analyser du vill skriva in och tryck **OK**.
- Dubbelklicka på analysens cell där det nu står **Best** alternativt tryck **Insert** när analysen är markerad och fyll i relevanta data.
- För att märka provet patologiskt, välj **Ref stat** och **Low/High**.
För att spara tryck enter eller **OK**.



Signering via patientens lablista

Genom att klicka på fältet där datum och klockslag står markeras hela kolumnen, tryck på **Signera** och alla markerade prover signeras.

Signering via signeringskorg

I signeringskorgen kan man selektera på bara provsvar genom att bocka för **Lab** och trycka på **Uppdatera**.

Det kommer en post för varje patients labbeställning. Genom att trycka på den posten kommer man till patientens lablista. Markera hela kolumnen och tryck på **Sign**.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Att signera

Personnummer	Namn	Händelsedatum	Aktivitet	Ansvarig	Vidimerare
19 101105-9803	Picsara, Testpatient	2014-11-24 14:56:13	Labbeställning	Melior Testanvändare(SHS)	
19 121212-1212	***** *****	2014-08-22 14:19:50	Labbeställning	Melior Testanvändare(SHS)	
19 451027-3453	TEST-Viktig Petter	2015-02-02 13:07:53	Labbeställning	Melior Testanvändare(SHS)	
19 451027-3453	TEST-Viktig Petter	2015-02-02 13:10:32	Labbeställning	Melior Testanvändare(SHS)	
19 451027-3453	TEST-Viktig Petter	2015-02-02 13:25:20	Labbeställning	Melior Testanvändare(SHS)	

Tidsintervall
Fr.o.m. datum: 2014-02-05 00:00:00
T.o.m. datum: 2016-02-05 23:59:59

Begränsning av aktivitetstyper
 Läkemedel
 Epikris
 Lab
 Scanning
 Korr / intyg
 Remiss
 Alla

Max antal rader: 250 Uppdatera

Val av patient, vårdenhet och ansvarig
Sekel/Personnummer: [?] [B]
Vårdenhet: Alla [?] [Alla] Visa inaktiva vårdenheter
Personalkategori: Lak
Ansvarig/Vidimerare: Melior Testanvändare(SHS) [?] [Alla] Visa inaktiva/spärrade ansv

Signeringsläge Byt ansv lab/lm
OK Avbryt

Analyssvar på fel patient

Vid provsvar till fel patient skall man ringa till Kemlab:s kundtjänst tfn 010-435 27 00 och meddela att det är provsvar på fel patient. Kemlab skickar då ett svar med texten "Fel patient" som ersätter tidigare svar. Detta kan då signeras.

Är remissen märkt med fel patientdata måste provet tas om eftersom man inte får ändra patientdata på en remiss.

Reservrutin och Läsläge i Melior

Nedanstående rutiner skall tillämpas som riktlinjer och stöd vid problem med Meliorjournalen.

Nedan listas möjliga orsaker till driftstörningar:

- Oplanerat stopp i Melior
- Melior uppgraderas
- Fel konstaterat i Melior

<i>Driftstörning</i>	<i>Oplanerat stopp i Melior</i>
Möjliga orsaker	Datorhaveri, totalt programsammanbrott, databashaveri, avbrott i kommunikationen.
Beslut	Meliorstopp mån – fre kl 07.30 – 16.00 Kontakta Support VGR-IT 010-47 37 100 för felanmälan. NU-TIB kan också sökas om Melior ligger nere. Övriga tider på dygnet Ta kontakt med någon annan avd./mott för att få reda på om de har samma problem. Om Melior inte fungerar på någon avdelning/mottagning kontakta telefonväxeln och be att de söker IT-jouren. Reservrutin Börja dokumentera på rapportblad. Skriv om möjligt in dokumentationen i Melior efter stoppet. Då Melior eventuellt kan fungera i annat husblock (t ex på Akutmott) eller på annat sjukhus i NU-sjukvården, kan man ta kontakt med dem för att få tillgång till Meliorjournalen fram tills det att felet är avhjälp.
<i>Driftstörning</i>	<i>Melior uppgraderas</i>
Möjliga orsaker	Planerat stopp och läsläge råder i Melior.

Beslut	Personalen skall i god tid få information om när Melior uppgraderas, dels: - genom sina verksamhetsrepresentanter - information på Intranätet - om möjligt inloggningsmeddelande Då uppgradering sker råder läsläge. Skriv ut utdelningslistan för alla patienter på din avdelning. Filtrera listan över dygnet. Personalen får dokumentera för hand på papper som därefter skrivs in i Melior när systemet återgått till normalläge. Rutiner för efterhandsdokumentation får varje verksamhet ansvara för. Labsvar via fax från Klinisk kemi.
<i>Driftstörning</i>	Fel konstaterat i Melior
Möjliga orsaker	Fel som upptäcks/handhavandefel som behöver åtgärdas av Cerner.
Beslut	Kontakta Support VGR-IT tfn 010-47 37 100

Läsläge i Melior

Vid planerade driftstopp >30 minuter startas läsläge i Melior. Vid oplanerad stopp under dagtid som tar längre tid att lösa än 30 minuter startas läsläge i Melior. Under jourtid påbörjas felsökning omgående.

Journaldokumentation

Medspeech (diktering) fungerar under läsläge. För utskrift, se lokala rutiner.

Läkemedelsmodulen

Vid planerade driftsavbrott kan det vara lämpligt att skriva ut patienternas utdelningslista på papper som en extra säkerhetsåtgärd. Signering av utdelade läkemedel får ske i efterhand i Melior.

Under huvudmenyn **Läkemedel** finns Utdelningsöversikt (ingen journalmapp skall vara framme). Markera en patient, tryck på knappen Utdeln.lista. Därifrån går det sedan att välja tidsintervall, skriv ut.

Kemlab

Normal funktion: Labsvar går alltid in i Melior, dessutom får man kopiesvar på fax om man på rör och remiss anger "svar senast..." eller "AKUT" om inget annat bestämts.

Faxsvaret är en kopia och skall inte bifogas journalen.

OBS! För att svaren ska gå in i Melior ska man på remissen ange patientens personnummer eller reservnummer hämtat från Befreg.

Reservrutiner vid misstanke om stopp av överföring av labsvar från Kemlab till Melior

Varje vårdenhet skall ha rutiner att använda papperssvar om så skulle behövas.

- Kontrollera meddelande på intranät-sidan.
- Kontakta Kemlab om det inte finns information på intranätet.
- Om stopp konstateras så lägger Kemlab över rutinsvar på fax och initierar felsökning under dagtid.
- Alla rutinsvar sedan ca ett dygn tillbaka kommer då som faxesvar.
Inga provsvar försvinner vid eventuellt stopp, utan kommer att föras in i Melior när överföringen åter är uppe.
- Meddelande om status går fortlöpande att läsa på intranätet.

Telefonnummer

Kemlab kundtjänst ”dygnet om”
VGR IT

010-43 52 700
010-47 37 100

Lösenord

När man får ett Melior-användarkonto tilldelas man ett tillfälligt lösenord. Byt detta omgående den första gången du loggar in. Begränsa antalet tecken till:

7 - 8 tecken varav minst 2 siffror och minst en stor bokstav. Melior klarar max 8 tecken.

Till vissa externa program t ex Obstetrix (förlossningsjournal) eller Orbit (operationsplanering) finns kopplingar med Melior. Förutsättningen är att man har samma lösenord i det externa programmet som i Melior.

Makulera i journalen

Journaltext

Om en anteckning skrivits i fel journal eller av annan anledning ska makuleras gäller följande rutin:

- Plocka upp sökordet Makulera från grundmallen och dokumentera orsaken till att varför anteckning ska makuleras.
- Sökordet hamnar då överst i anteckningen.
- Ta bort (makulera) anteckningen med **Ta bort**-knappen, vilket kan göras av vissa ansvariga alt Meliorförvaltningen.
- När en anteckning makulerats ”döljs” anteckningen, den går att få fram om man väljer att se makulerade aktiviteter genom att bocka i valet Visa makulerade aktiviteter i menylisten längst ut till vänster i journaldelen av Melior.

07-07-04 BESÖK SSK 4ort [MAKULERAD]
11:53 07-07-04 11:53 / SHS
Läk Melior Testanvändare, Omv (sign SHS)

Korr/Intyg

Om ett dokument ska makuleras tar man först bort all text i dokumentet och sparar om dokumentet.



Därefter skriver man in anledningen till makuleringen under Notat-Knappen. Noteringen blir då dokumenterad på användaren.

Ta bort (makulera) anteckningen med **Ta bort**-knappen, vilket kan göras av vissa ansvariga alternativt Meliorförvaltningen.

Signering

Alla personalkategorier, som dokumenterar i journalen ska signera sin dokumentation. Med dokumentation menas journalanteckningar, labsvar, korr/intyg och mätvärden. Även läkemedelsordinationer utförda av sjuksköterska ska signeras av ansvarig läkare. Signera kan man göra från signeringskorgen eller direkt i journalen. Detta gäller inte sekreterare eftersom de alltid måste välja någon ansvarig från annan personalkategori för sin dokumentation.

Övrig information

Testpatienter i NU-Melior

Det finns testpatienter i NU-Melior som nyttjas till tester av olika slag. OBS! Skapa inga egna testpatienter utan använd de som redan är upplagda i NU-Melior.

När ni dokumenterar på testpatienter är det viktigt att följa riktlinjerna för hur vårdkontakt och journalen skall föras.

Följande testpatienter finns upplagda i NU-Melior, BUP och Psyk:

20 121212-1212	Testsson, ADRIAN	
19 101010-1010	Testsson, 10:an	

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: NU-sjukvården

Innehållsansvar: Susanne Martinsson, (susma),
Systemförvaltare

Granskad av: Ingela Fruberg, (infru), IT-samordnare

Godkänd av: Jesper Swärd, (jessv1), Chefläkare

Dokument-ID: NU10085-494052893-11

Version: 11.0

Giltig från: 2025-04-02

Giltig till: 2027-04-02