

Gäller för: Ortopedi

Innehållsansvar: Lisa Fråstad, (lissw3), Teamledare

Granskad av: Lisa Fråstad, (lissw3), Teamledare

Godkänd av: Hans Svensson, (hansv16), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-06-05

Giltig till: 2027-06-05

# Inskrivning och utskrivning av akut patient på vårdavdelning 52-55

## Revidering i denna version

Rutinen uppdaterad under rubriken Bakgrund, Melior, Inskrivning sjuksköterska, standardvårdplan fall och trycksår, omvårdnadsepikris, utskrivning eget boende, bilagor.

## Bakgrund

När en **akut** patient skrivs in/skrivs ut på ortopediklinikens vårdavdelningar registreras patienten i flera databaser av patientansvarig sjuksköterska. Följande databaser påverkas vid inskrivning och utskrivning: Vårdplatsläget, Elvis, Melior och Samsa. Patienter som skall opereras dokumenteras och hanteras även i Orbit 5

## Syfte

Att säkerställa att patienten registreras med rätt uppgifter i de databaser som är aktuella för patienten.

## Vilka berörs

Vårdpersonal avdelning 52-55

## INSKRIVNING

### Elvis

Registrera patienten i Elvis. I Elvis skrivs även patientetiketter, Labbetiketter och ID band ut. Inför en operation skall 10 st. patientetiketter och 10 st. labbetiketter skrivas ut och skickas med i patientjournalen.

### Melior

Ny patient från akuten registreras i Melior på akuten och hamnar överst i rullisten. Öppna upp patientens journalmapp, välj patientadm och flytta patienten till rätt rum. Ibland läggs patienten på vårdtillfälle SHS och hittas då inte i avdelningens meliorlista. Sök då på patientens personnummer, öppna upp patientens

journalmapp klicka sedan på mappen i journalöversikten, välj NU-sjukvården och tryck ok. Välj patientadm och flytta patienten till rätt rum.

Ortopedpatient som läggs in från annan klinik ska skrivas ut från aktuell klinik, ej flyttas över. Skriv sedan in patienten på ortopedavdelning. Sök på personnummer, tryck välj och registrera vårdkontakt. Har patienten legat på låneplats på annan klinik flyttas patienten över till ortopedkliniken utan att skrivas ut.

Patient från annan klinik på låneplats på ortopedavdelning flyttas till ortopedavdelning. I journalen välj kliniktillhörighet under Ny anteckning och fyll i t.ex. medicin.

Övertag av patient som vårdas på annat sjukhus se rutin under bilaga

Följande aktiviteter ska **alltid** öppnas av patientansvarig sjuksköterska direkt vid inskrivning på avdelningen:

## Patientbakgrund

Påbörjas eller uppdateras vid varje vårdtillfälle. Öppnas en gång per patientjournal. Ligger som en fri aktivitet. Uppdateras även vid utskrivning. Inaktuell information raderas.

## Inskrivning sjuksköterska

Öppnas och påbörjas vid inläggning på avdelningen om inte akuten redan påbörjat en inskrivning. Befintlig inskrivning kompletteras i detta fall på avdelningen så snart patienten kommit till vårdavdelningen. Inskrivning öppnas en gång per vårdtillfälle. Undersköterskan signerar sin dokumentation efter sjuksköterskan bedömt samtliga sökord i inskrivningen och signerat.

Alla patienter ska inom 24h från inskrivning genomgå en riskbedömning för trycksår, fall och nutrition. Använd riskbedömningsverktyg från Senior Alert. Trycksårskort från Västra Götalandsregionen kan med fördel användas som stöd. Det är sjuksköterskan som ansvarar för att riskbedömningarna genomförs och dokumenteras, även om undersköterskan utför trycksårsbedömningen.

## Standardvårdplaner

### Standardvårdplan fall:

Vid jakande svar på någon av frågorna i fallriskvärderingen upprättar sjuksköterska SVP fallrisk och påbörjar utredning av fallriskfaktorer, sätter in akuta åtgärder samt kontaktar läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut. Påbörjad vårdplan ska uppdateras om patientens status förändras t.ex. faller under vårdtillfället och det finns behov av ny fallriskutredning och/eller nya fallpreventiva åtgärder.

Tag hjälp av paramedicinare för bedömning och dokumentation i standardvårdplanen under huvudrubrikerna skötsel, miljö, skyddsåtgärder patientens medgivande, hjälpmedel, träning. Om patienten faller under vårdtillfället ska denna anteckning föras under måluppfyllelse i standardvårdplanen.

I standardvårdplanen ska personalen kunna finna dokumentationen kring patientens mobilisering.

## Standardvårdplan trycksår:

Vid riskbedömning för trycksår under 20 poäng upprättar sjuksköterska SVP trycksår och påbörjar utredning av riskfaktorer, sätter in akuta åtgärder samt kontaktar aktuella medarbetare. Påbörjad vårdplan ska uppdateras om patientens status förändras under vårdtillfället och det finns behov av ny utredning och/eller nya åtgärder.

Dokumentera utseende på patientens eventuella trycksår samt förebyggande och insatta omvårdnadsåtgärder.

## Standardvårdplan nutrition:

Vid genomförande av riskbedömning enl. Senior Alert som påvisar risk för undernäring/redan befintlig undernäring, öppnas standardvårdplan nutrition. Patienter som har risk för undernäring, ska följas med kalori- och vätskelista. SVP nutrition ska öppnas med aktuella åtgärder pre- och postoperativt. Dokumentera tid för fasta och ev. avbrott i fastetid. Vid lämpligt tillfälle bör en vikt tas på patienten för att korrekt bedömning ska kunna göras.

## Planering (praktisk planering, provtagningar m.m.)

Öppnas och påbörjas vid inläggning. Öppnas upp en gång per vårdtillfälle. Övre delen i planeringen som heter aktuellt, används endast för det som är aktuellt just nu. Aktuellt ska uppdateras kontinuerligt. Övriga sökord under planeringsanteckningen innefattar access, KAD (kom ihåg att skriva info kring katetersättningen såsom kuff, storlek på KAD samt orsak till varför KAD sätts m.m.), provtagning, operation m.m.

## Övriga omvårdnadsplaner

Omvårdnadsplaneringen öppnas och påbörjas vid inläggningen och inom 24 h ska huvudmålet vara formulerat. Får omformuleras och kompletteras under vårdtiden. Omvårdnadsplanen med huvudmål öppnas en gång per vårdtillfälle. Personcentrerat mål. Fråga vad som är viktigt för patienten, vilka resurser och förväntningar som patient har tillsammans med syftet/målet med vårdtiden. Återkommande omvårdnadsproblem och/eller förändringar som kräver åtgärder, dokumenteras i aktuella omvårdnadsplaner med problem, åtgärder och resultat. Smärta/aktivitet är en omvårdnadsplan som är aktuell för våra ortopedpatienter.

## Sårjournal:

I denna dokumenteras omlägningskrävande sår och planering, åtgärder och uppföljning av dessa. Under omläggning dokumenteras åtgärder med nyaste datumet överst. Vid behov kan anteckning öppnas för mer omfattande beskrivning av eventuellt problem, åtgärd och/eller resultat. Ansvarig för dokumentationen är den som genomfört omläggningen.

## Uppdaterat status

Öppnas på varje patient. Detta är ett levande dokument och där dokumenteras alltid senaste status om varje patient. När det sker förändringar i patientens dagliga status och utgör underlag för nya bedömningar, omvårdnadsdiagnoser och åtgärder. Återkommande omvårdnadsproblem och eller förändringar som kräver åtgärder dokumenteras i omvårdnadsplaner med problem, åtgärder och resultat. Hänvisa under aktuellt sökord i text i det uppdaterade statuset om aktuell vårdplan finns till sökordet.

## Omvårdnadsanteckning

Beskrivning av akut försämring av patientens tillstånd där flera omvårdnadsproblem kan ingå. I Melior finns denna dokumentation att hitta bland läkarnas journalanteckningar.

## Samordnad vårdplanering

Öppnas på patienter som är inskrivna och hanteras i SAMSA. Anteckningen innehåller en kort information om planering, möten, kontakter med anhöriga, boende m.m. Vårdplaneringsenheten kan också gå in i denna anteckning och skriva in mötesbokningar.

## SAMSA

Kommer patienten från ett särskilt boende eller har t.ex. hemtjänst/HSV/larm registreras patienten i SAMSA.

**Inskrivningsmeddelande**, fyll i och spara/sänd. **Kontrollera att mottagande parter är tillagda i SAMSA; primärvård, primärvårdsrehab, kommun/biståndsenhet. Inhämta samtycke från patienten.**

## Orbit 5

Alla patienter som skall opereras operationsanmäls och hanteras i systemet Orbit 5. Vårdavdelningen ansvarar för att föra in information under fliken vårdavdelning samt att kontrollera ordinationer från narkosen.

## UTSKRIVNING

### Omvårdnadsepikris

En omvårdnadsepikris skrivs alltid. Klicka på Utskrivning under listan Ny anteckning. Ange datum i fältet för Vårdtid då patienten skrevs in (ange inget datum för utskrivning ännu, detta görs när patienten lämnar avdelningen). Klicka OK och välj Omvårdnadsepikris under listan Ny anteckning.

Fyll i relevanta uppgifter. Omvårdnadsepikris ska påbörjas innan hemgång, med fördel då avisering för vårdplanering görs. Sammanfatta omvårdnaden under vårdtillfället. Uppdateras och signeras av utskrivande sjuksköterska. Den medicinska vården sammanfattas i läkarepicris och utskrivningsmeddelande.

Omvårdnadsepikris, läkarepicris, utskrivningsmeddelande och rehabepikris skrivs ut och skickas med patienten i ett kuvert vid hemgång. Se checklista på utskrivningskuvert.

### Utskrivning till kommun/korttids/SÄBO:

Patient som skrivs ut till annat boende än hemmet rapporteras muntligt till ansvarig sjuksköterska. Kommunens boende skall ha tillgång till NPÖ OM det inte är privata.

Obs! Det är endast legitimerad personal som har tillgång till NPÖ, ej övrig personal i kommunen. I de fall då patienten har behov av t.ex. såromläggning, KAD-uppföljning eller suturtagning av kommunsjuksköterska, skrivs detta i omvårdnadsepikrisen som skickas med patienten hem. Info skrivs i planeringsunderlaget i SAMSA på de patienter som är inskrivna i SAMSA.

## Utskrivning till eget boende:

Distriktssjuksköterskemeddelande om agraffborttagning, KAD, sår m.m. som behöver följas upp via primärvårdens distriktssjuksköterska faxas till primärvården. Primärvården behöver få faxade remisser från slutenvården då många primärvårdsenheter inte är kopplade till NPÖ. Lägg kopian av den faxade remissen i patientens kuvert och notera "faxad + datum".

## När patienten gått från avdelningen:

Välj Patientadm. i listen och därefter Utskrivning. Ange utskrivande läkare och tryck ok. Patienten är nu utskriven i Melior. Pappersjournal läggs till sekreterare för arkivering. Detta är samma tillvägagångssätt om patienten skall skrivas ut till annan avdelning T.ex. MÅVA.

Patient från annan klinik på låneplats på ortopedavdelning. Flytta först patienten till den avdelning som lånat plats, skriv sedan ut och välj ansvarig läkare.

## Utskrivning i Vårdplatsläget och Elvis

Se länk ovan under inskrivningen.

## SAMSA

Använd gärna aktuell checklista vid utskrivning av patient. Checklistan kan även komma från primärvård/kommun - Viktigt att läsa vad som skrivs i dessa och det finns några enheter som skriver där när pat. planeras hem. Tänk även på att läsa ev. meddelande från kommun/primärvård som aviseras i SAMSA och kan ses i Er SAMSA inkorg. Även under planeringsfliken/ansvar finns information om vem som ansvarar för vad inför patientens hemgång.

## Evidens/källa:

Rutiner gällande för Vårdplatsläget, Elvis, Melior och SAMSA.

## Bilaga:

[ELVIS slutenvård - NU-sjukvården](#)

[Meliorhandbok.pdf](#)

[Inskrivningsförfarande ortopedkliniken för patienter som överförs från annat sjukhus.pdf](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Ortopedi

**Innehållsansvar:** Lisa Fråstad, (lissw3), Teamledare

**Granskad av:** Lisa Fråstad, (lissw3), Teamledare

**Godkänd av:** Hans Svensson, (hansv16), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** NU10097-1520354460-36

**Version:** 9.0

**Giltig från:** 2025-06-05

**Giltig till:** 2027-06-05