OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Jenny Kuhanen, (jenku2), Strateg
Granskad av: Jenny Kuhanen, (jenku2), Strateg
Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Giltig från: 2026-11-03
Giltig till: 2028-11-02

Journaldokumentation i Melior – SÄS-standard för journalföring

Sammanfattning

Riktlinjen beskriver dokumentation enligt standard inom den somatiska och psykiatriska vården vid SÄS.

Förändringar sedan föregående version

Hantering av avsaknad av journaldokumentation tillagt samt uppdatering med nya aktiviteter.

Innehållsförteckning

Sammanfattning 1
Förändringar sedan föregående version 1
Bakgrund och syfte 2
Förutsättningar 2
Utförande 2
Utebliven dokumentation 2
Styrråd Vårdadministration 3
Aktiviteter per personalkategori 3
Aktivitetstabell 6
Arbetsgrupp 21
Länkförteckning 21

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Bakgrund och syfte

Projektet Optimal textjournal initierades av sjukhusledningen 2015, på grund av brister och okunskap kring dokumentation och läsbarheten samt att säkerställa spårbarhet så att patientsäkerheten stärks. Syftet med projektet har varit att underlätta dokumentationen och minska dubbeldokumentation i SÄS Meliorjournal. Målet med projektet var att SÄS ska ha en textjournal i Melior som är lättöverskådlig för den som söker information om patientens tillstånd. Projekt Optimal textjournal har sedan 2022 fortsatt som en del av Styrråd Vårdadministration.

Förutsättningar

Arbetet har omfattat textdelen i Meliorjournalen. Det inbegriper samtliga berörda yrkeskategorier och verksamhetsområden inom den somatiska och psykiatriska vården vid SÄS. Det har skapats en tydlig standard för journaldokumentationen på SÄS, både inom sluten- och öppenvården.

Utförande

Utebliven dokumentation

Enligt Patientdatalagen är vårdpersonal skyldig att föra journalanteckningar för varje patient och vid varje vårdkontakt.

Journalen ska innehålla uppgifter som är nödvändiga för att ge en god och säker vård, inklusive patientens identitet, diagnos, behandlingar och information som lämnats till patienten.

Dokumentationen i journalen bör så snart som möjligt ske efter en vårdkontakt. Enligt riktlinjerna för patientsäkerhet bör journalanteckningar göras senast när det kan antas att en annan vårdgivare behöver tillgång till informationen för att kunna ge en god och säker vård.

Om administrativ personal vid controlling uppmärksammar att dokumentation saknas för att kunna färdigställa diagnosregistrering eller registrering av det befintliga bokningsunderlaget i systemet Elvis genomförs följande steg.

1. Skicka en påminnelse till berörd vårdpersonal.
2. Eskalera ärendet till respektive chef om ingen åtgärd vidtas.
3. Om dokumentation fortfarande saknas, skrivs en avvikelse. Enligt Lathund - Avvikelse saknad

journaldokumentation.pdf

Styrråd Vårdadministration

Uppdraget för Styrråd Vårdadministration – Journalhantering är att arbeta för en standardiserad och strukturerad dokumentation på SÄS vad gäller begrepp, termer och vårddokumentation.

Alla förändringar i Meliors textdel och Korr/Intyg lyfts till Styrråd Vårdadministration - Journalhantering och beslutas av chefläkare/chefsjuksköterska.

Aktiviteter per personalkategori

Läkare:

Administrativ anteckning	Inskrivning – Fortsättning/tillägg
Ambulansmätvärden	Intratekal/Epidural kateter
Anteckning (läkare)	Kateterjournal
Avliden patient	MIG
Begränsning av vårdinsats	Närståendeinformation
Besök	Op/åtgärd
Besök – Fortsättning/tillägg	Patientbakgrund
Besök team	Planering
Brytpunktssamtal	Planering öppenvård
Central infart	Rehabiliteringsplan
Dödsbevis - Intygsmodulen	Team/Konferensanteckning
Dödsorsaksintyg - Intygsmodulen	Telefon (läk)
Enteral nutritionssond	Telefonbesök
Epikris	Uppföljning FaR
Foto ögon – Fotobedömning	Undantag från direktåtkomst
Foto ögon diabetesscreening	Utskrivningsmeddelande
Försegling av direktåtkomst	Vård- och behandlingsplan
Gemensam inskrivning rehab – Läk inskrivning rehab	Vårdskada
Hemskrivningsinformation	Vårdtidssammanfattning
Inskrivning	Vävnadsdonation

Sjuksköterska/undersköterska:

Administrativ anteckning	Central infart – Skötsel central infart
Ambulansmätvärden	Central infart – Tillägg central infart

Ankomst	Enteral nutritionssond
Anteckning	Epikris
Anteckning usk Rehabbadet	Foto ögon
Avliden patient	Foto ögon diabetesscreening
BB-vård	Försegling av direktåtkomst
Besök	Gemensam inskrivning rehab – Ankomstsamtal rehab
Besök team	Gipsjournal
Brytpunktssamtal	Hemskrivningsinformation
Central infart	Hotellanteckning
Kateterjournal	Intratekal/epidural kateter – Skötsel intratekal/epidural kateter
Lekterapi	Stomijournal, Stomiskötsel, Stomiterapeutbesök, Stomiterapeut slutenvård
Läkemedelsanteckning apotekare	Sårjournal
Munstatus	Team/Konferensanteckning
NEWS 2	Telefon
Nutritionsjournal	Telefonbesök
Omvårdnadsplaner/IVA	Trakealkanyl – Skötsel trakealkanyl
Omvårdnadsstatus	Undantag från direktåtkomst
Patientbakgrund	Uppföljning FaR
Perifer infart	Utskrivningsplanering
Planering	Vård- och behandlingsplan
Planering öppenvård	Vårdskada
Rehabiliteringsplan	Vårdtidssammanfattning ssk
	Vävnadsdonation

Andra yrkeskategorier:

Administrativ anteckning	Sjukskrivningsanteckning
Anteckning	Sjukskrivningsplan
Anteckning arb/fys	Rehabiliteringsplan
Anteckning usk Rehabbadet	Slutenvårdskontakt
Behandling/slutenvårdsbehandling log	Subakut bedömning

Besök	Stomijournal, Stomiskötsel, Stomiterapeutbesök, Stomiterapeut slutenvård
Besök team	Team/Konferensanteckning
Brytpunktssamtal	Telefon
Epikris	Uppföljning FaR
Försegling av direktåtkomst	Undantag från direktåtkomst
Patientbakgrund	Vård- och behandlingsplan
Planering	Vårdskada

Aktivitetstabell

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Administrativ anteckning En administrativ anteckning används för att dokumentera administrativa händelser eller åtgärder: såsom erhållna journalkopior, externa kontakter, ärendenummer på avvikelserapport, registeranmälan, uteblivet besök, köpt specialistvård samt att dödsbevis och dödsorsaksintyg har skickats.	Alla personalkategorier	
Ambulansmätvärden - *går endast att använda på akutmottagning* Används för att manuellt lägga in aktuella mätvärden från Ambulink. Mätvärdena visas under fliken läkemedel på samma sätt som övriga mätvärden.	Läkare Sjuksköterska	
Ankomst – *en per besök/vårdtillfälle* Ankomst upprättas av sjuksköterska eller undersköterska i samråd med patienten vid ankomst till akutmottagning/vårdavdelning. Ankomst ska beskriva patientens aktuella tillstånd samt kortfattad beskrivning av hur det varit tidigare.	Sjuksköterska Undersköterska	Lathund
Anestesianteckning - *går enbart att användas inom anestesiområdet* Dokumentation inför operation.	Anestesiläkare	
Anteckning - *läk* Anteckning i samband med direkt patientkontakt eller i direkt relation till sådan. Finns som Anteckning, Daganteckning eller Konsultanteckning.	Läkare	

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Anteckning – *log, psy, ssk* Används vid dokumentation av information som berör patienten och dess vård, men som inte är kopplat till ett Besök eller Telefonsamtal.	Logoped Psykolog Sjuksköterska	
Anteckning arb/fys Används vid dokumentation av information som berör patienten och dess vård, men som inte är kopplat till ett Besök eller Telefonsamtal.	Arbetsterapeut Fysioterapeut	Lathund
Anteckning usk Rehabbadet Används vid dokumentation om patienten som ordineras bassängträning på rehab.	Undersköterska	
Avliden patient – *Fri aktivitet* Sammanfatta kortfattat omständigheterna kring dödsfallet, notera tiden för dödsfallet samt fyll i om uppföljning med närstående ska göras.	Läkare Sjuksköterska Undersköterska	Riktlinje Rutin
BB-vård Används vid registrering av vårdkrävande barn på BB	Sjuksköterska	Rutin
Begränsning av vårdinsats Dokumentation av de begränsningar kring livsuppehållande åtgärder som beslutats. Genererar en blå ring på journalmappen. **Läkare är ansvarig för beslut och dokumentation.**	Läkare	Riktlinje Rutin

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Behandling/slutenvårdsbehandling log Används av logoped vid dokumentation för patienter inskrivna i dagvård, vid polikliniska besök eller inom slutenvård.	Logoped	Lathund
Besök Dokumentation vid vårdkontakt inom öppenvård där personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal ägt rum. Alla vårdkontakter ska dokumenteras i patientens journal. ***Fortsättning/Tillägg – underaktivitet till Besök*** Används vid kompletterande läkaranteckning i samband med ett Besök	Alla personal-kategorier Läkare	
Besök team Dokumentation vid vårdkontakt inom öppenvård där personligt möte mellan patient och flera hälso- och sjukvårdspersonal (så kallat team) ägt rum. Alla vårdkontakter ska dokumenteras i patientens journal.	Alla personal-kategorier	
Brytpunktssamtal – *Fri aktivitet* Dokumentation kring övergången mellan sjukdomsfaser såsom kurativ, livsförlängande och palliativ inkl. vård i livets slutskede.	Alla personal-kategorier	

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Central infart – *fri aktivitet så länge infarten är aktuell* Dokumentation av inläggning av central infarter. En anteckning per infart. Den som lägger in den centrala infarten är ansvarig för dokumentationen. Om patienten har en central infart som inte är dokumenterad i Melior ska Central infart öppnas. ***Tillägg central infart – underaktivitet till Central infart***	Läkare Sjuksköterska Läkare Sjuksköterska	Rutin
Dödsbevis - *Intygsmodulen* Den läkare som konstaterar dödsfallet ansvarar för att dödsbevis utfärdas. Dödsbeviset ska skickas snarast, dock senast första vardagen efter att dödsfallet konstaterats. Dokumentation ska göras i administrativ anteckning att dödsbevis har skickats. *Dödsbevis skrivs i Meliors intygsmodul.*	Läkare	Riktlinje
Dödsorsaksintyg - *Intygsmodulen* Dödsorsaksintyg ska utfärdas av den läkare som utfärdat dödsbeviset alternativt den läkare som vårdat den avlidne. Dokumentation ska göras i administrativ anteckning att dödsorsaksintyg har skickats. *Dödsorsaksintyg skrivs i Meliors intygsmodul.*	Läkare	Riktlinje

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Enteral nutritionssond – *fri aktivitet så länge sonden är aktuell* Dokumentation av typ av sond, indikation, inläggning och avslutning. En aktivitet per sond. Vid byte avslutas sondjournalen och ny sondjournal öppnas.	Läkare Sjuksköterska Undersköterska	Lathund
Epikris - *läk* Epikris är en medicinsk sammanfattning av vårdtiden, med kortfattad beskrivning av vårdförloppet, utförda åtgärder och operationer samt planerade åtgärder/uppföljning. Ska även innehålla läkemedelsberättelse.	Läkare	
Epikris arb/fys Epikrisen ska vara en kortfattad sammanfattning av slutenvårdstillfället samt patientens aktuella status. Kan användas både som en gemensam epikris där respektive yrkeskategori skriver sin del, men den kan även användas om enbart en yrkeskategori är inblandad.	Arbetsterapeut Fysioterapeut	Lathund Epikris arb/fys
Epikris rehabassistent Epikrisen ska vara en kortfattad sammanfattning av vårdkontakten samt patientens aktuella status.	Rehabassistent	
Foto ögon - *går enbart att använda på ögonmottagning* Sjuksköterskan startar aktiviteten Foto ögon och dokumenterar undersökningen.	Sjuksköterska	

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Fotobedömning – underaktivitet till Foto ögon Används för kompletterande läkardokumentation i samband med undersökningen.	Läkare	
Foto ögon diabetesscreening - *går enbart att använda på ögonmottagning* Används vid diabetesscreening på ögonmottagningen.	Läkare Sjuksköterska	
Försegling av direktåtkomst Ska användas när hälso- och sjukvårdspersonal anser att information ska förseglas för direktåtkomst under en viss tid.	Alla personalkategorier	Lathund
Gemensam inskrivning rehab Huvudaktivitet för inskrivning i slutenvården inom neurologi- och rehabiliteringsvård. ***Läk inskrivning rehab – underaktivitet till Gemensam inskrivning rehab*** ***Ankomstsamtal rehab – underaktivitet till Gemensam inskrivning rehab***	Läkare Sjuksköterska Läkare Sjuksköterska Undersköterska	
Gipsjournal Dokumentation av behandling med gips	Sjuksköterska Undersköterska	

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Hemskrivningsinformation – *används på akutmottagning* Innehåller en tydlig, individanpassad och skriftlig information om patientens besök och ev. planering av åtgärder.	Läkare Sjuksköterska	Lathund
Hotellanteckning – *går enbart att användas från patienthotellet* Används av omvårdnadspersonal för att dokumentera under vistelsen på Patienthotellet.	Sjuksköterska Undersköterska	Rutin
Inskrivning Dokumentation där personligt möte mellan patient och läkare ägt rum och där det leder till inskrivning inom slutenvården. Alla vårdkontakter ska dokumenteras i patientens journal. ***Fortsättning/Tillägg – underaktivitet till Inskrivning*** Används vid kompletterande läkaranteckning i samband med en inskrivning.	Läkare Läkare	
Intratekal/Epidural kateter – *fri aktivitet så länge katetern är aktuell* Dokumentation vid inläggning av Intratekal respektive Epidural kateter. En anteckning per kateter. Den som lägger in den katetern är ansvarig för dokumentationen. Om patienten har en kateter som inte är dokumenterad i Melior ska Intratekal/Epidural kateter öppnas. ***Skötsel intratekal/epidural kateter – underaktivitet till Intratekal/Epidural kateter*** För att uppdatera skötseln av infarten används en och samma aktivitet under hela kateterns befinnande. En anteckning per kateter.	Läkare Sjuksköterska	

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Kateterjournal – *fri aktivitet så länge katetern är aktuell* Kateterjournal upprättas när kateterbehandling påbörjas och avslutas när katetern avvecklas. Gemensam för läkare, sjuksköterska och undersköterska. Daglig utvärdering/uppföljning av kateterns liggtid ska göras och dokumenteras under Omvårdnadsstatus.	Läkare Sjuksköterska Undersköterska	Riktlinje
Lekterapi Används för dokumentation av lekterapins verksamhet.	Barnsköterska	
Levnadsvanor Dokumentation kring patientens levnadsvanor såsom tobaksbruk, fysisk aktivitet, alkohol och matvanor.	Alla personalkategorier	Manual
Läkemedelsanteckning apotekare Dokumentation av apotekare om en åtgärd är gjord för en patient.	Apotekare	Rutin
MIG Narkosläkare som går på MIG-uppdrag (mobil intensivvårdsgrupp) dokumenterar i denna aktivitet.	Läkare	
Munstatus Beskriver munstatus och åtgärder för palliativa patienter.	Sjuksköterska Undersköterska	

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
NEWS2 (National Early Warning Score 2) Tidig upptäckt och behandling av avvikande mätvärden för vuxna. Höga poäng föranleder kontakt med jourläkare och MIG-grupp i enlighet med åtgärdstrappa för NEWS2.	Sjuksköterska Undersköterska	Fickbrochyr Lathund
Nutritionsjournal Ska användas i kombination med Omvårdnadsstatus och Planering för patienter med malnutrition eller där risk föreligger att patienten utvecklar malnutrition under vårdtillfället. Nutritionsjournalen ska underlätta informationsflödet mellan de behandlande personalkategorierna.	Dietist Sjuksköterska Undersköterska Läkare	
Närståendeinformation Här dokumenteras given information till och önskemål från närstående.	Alla personalkategorier	
Omvårdnadsplaner/IVA – *endast inom intensivvård* Beskriver de problem som uppmärksammas i samband med inskrivning eller under vårdtillfället. Här dokumenteras mål, omvårdnadsåtgärder och utvärdering utifrån problemområdet. Övriga vårdavdelningar dokumenterar motsvarande under Omvårdnadsstatus.	Sjuksköterska Undersköterska	

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Omvårdnadsstatus Dokumentation av hur patienten mår, resultat och utvärdering av utförda/insatta omvårdnadsåtgärder. För att skapa en lättläst och strukturerad anteckning bör ny Omvårdnadsstatus skapas när det begränsade utrymmet/sökordet är fullt.	Sjuksköterska Undersköterska	Lathund
Op/åtgärd Operationsberättelse gjord av opererande läkare innehållande preoperativ bedömning, åtgärder samt redogörelse av ingreppet och postoperativa ordinationer.	Läkare	
Patientbakgrund – *fri aktivitet* Informationskälla för att ge en bild av patientens medicinska och sociala bakgrund. Patientbakgrunden ska innehålla övergripande, kortfattad fakta som gäller över längre tid. Aktuella detaljer, resonemang och slutsatser kopplade till dessa fakta ska stå i aktuell, löpande journaltext. Det är alla yrkeskategoriers ansvar att dokumentera och uppdatera Patientbakgrunden.	Alla personalkategorier	Rutin Lathund somatiken Lathund BUP/VUP
Perifer infart För dokumentation av subkutan infart och perifer venkateter (PVK).	Sjuksköterska Undersköterska	Lathund
Planering – *en per vårdtillfälle* Planering ska vara en naturlig del av och underlätta rondarbetet genom att ge en översikt över vad som ska genomföras och vad som är gjort. Skildrar planerade och utförda åtgärder, undersökningar, behandlingar samt omvårdnadsåtgärder. Planering öppnas på Akutmottagning eller på vårdavdelning vid direktinläggning.	Alla personal-kategorier	Riktlinje Lathund

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Planering öppenvård – *en per specialitet eller verksamhetsområde* Planering öppenvård ska vara en naturlig del av och underlätta mottagningsarbetet för de patienter som regelbundet kontrolleras via en mottagning. Skildrar planerade och utförda åtgärder, undersökningar, behandlingar samt omvårdnadsåtgärder. Planering öppenvård ska alltid följa patientens behandling och inte följa årsvårdtillfället.	Läkare Sjuksköterska	Lathund
Rehabiliteringsplan *–används inom neurologi- och rehabiliteringsvård* Dokumentation för vårdgivare och patient för att tydliggöra hur planeringen av vården ser ut. Syftar till ett ”kontrakt med patienten”.	Alla personal-kategorier	Lathund
Sjukskrivningsanteckning Sjukskrivningsanteckningen används för dokumentation av kontakter och åtgärder som sker utifrån planering i aktuell sjukskrivningsplan.	Rehabkoordinator	Lathund
Sjukskrivningsplan Sjukskrivningsplanen ska tydliggöra rehabilitering och planeringen för sjukskrivningsperioden samt även innehålla information som kan användas för stöd i medicinska underlag. En sjukskrivningsplan ska upprättas i samråd med patienten.	Rehabkoordinator	Lathund

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Slutenvårdskontakt Dokumentation av kontakt med patient inneliggande i slutenvård.	Arbetsterapeut Dietist Fysioterapeut Sjuksköterska	Lathund arb Lathund dietist Lathund fys Lathund ssk
Stomijournal, Stomiskötsel, Stomiterapeutbesök och Stomiterapeut slutenvård **Stomijournalen** anger vilken stomityp patienten har. **Stomiskötsel** används för patienter med en stomi som vårdas inneliggande på en vårdavdelning. Stomiterapeuterna använder Stomiterapeutbesök i öppenvården och Stomiterapeut slutenvård inom slutenvården.	Sjuksköterska Stomiterapeut Undersköterska	Lathund
Suicidpreventiv åtgärd Dokumenteras av övriga personalkategorier i Besök (öppenvård) samt Omvårdnadsstatus (slutenvård).	Alla personal-kategorier	
Suicidriskbedömning Dokumenteras av läkare i Besök (öppenvård) samt Anteckning (slutenvård, eller annat tillfälle då Besök ej används).	Läkare	Checklista

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Sårjournal Dokumentation kring specifikt sår avseende sårlokalisation och skötsel. Slutenvården - en sårjournal per sår och vårdtillfälle. Öppenvården - en sårjournal per sår, fortsätt dokumentera i aktiviteten från föregående öppenvårdstillfälle.	Sjuksköterska Undersköterska	
Team/Konferensanteckning Används av multiprofessionella team i patientarbetet för gemensam dokumentation för att undvika dubbeldokumentation och få en enhetlig och överskådlig bild av patientens vård/planering.	Alla personalkategorier	Lathund
Telefon Används vid dokumentation av telefonsamtal med patient, anhörig eller annan vårdgivare gällande patientens vård.	Alla personalkategorier	
Telefonbesök Används vid dokumentation av planerat telefonsamtal som ersätter ett besök.	Alla personalkategorier	
Trakealkanyl – *fri aktivitet så länge trakealkanylen är aktuell* Dokumentation vid trakeostomi. Opererande Läk är ansvarig för dokumentationen. ***Skötsel trakealkanyl – underaktivitet till Trakealkanyl*** Dokumentation av skötseln av trakeostomin, använd en och samma aktivitet så länge patienten använder samma trakeostomi.	Läkare Sjuksköterska	Rutin

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Undantag från direktåtkomst Journalanteckning som inte är tillgänglig för patienten genom Journal via nätet/1177. Undantag från direktåtkomst ska användas sparsamt och först efter noga avvägande av den som ansvarar för journalanteckningen.	Alla personal-kategorier	Regionalt beslut Riktlinje Orosanmälan
Uppföljning FaR Anteckning för uppföljning av fysisk aktivitet på recept.	Alla personal-kategorier	Riktlinje
Utskrivningsmeddelande – *ett per vårdtillfälle* Patient som skrivs ut från slutenvård ska få ett utskrivningsmeddelande med sig hem där läkaren gör en sammanfattning av vårdtiden, läkemedelsberättelse samt redogör för planerade åtgärder.	Läkare	Lathund
Utskrivningsplanering I utskrivningsplanering dokumenteras det som rör patientens planerade utskrivning.	Sjuksköterska	Lathund
Vård- och behandlingsplan Syftet med Vård- och behandlingsplan är att det ska vara tydligt för såväl vårdgivare som patient hur planeringen av vården ser ut. Kan upprättas och dokumenteras i av samtliga personalkategorier i databasen för somatisk vård.	Alla personal-kategorier	Lathund

Aktivitet:	Ansvarig:	Länkar:
Vårdskada Dokumentation vid vårdskada. Beskriv händelseförlopp och notera ärendenumret på eventuella avvikelserapporter som involverar patienten.	Alla personal-kategorier	
Vårdtidssammanfattning – *läk* Dokumentation för summering av avslutad vårdtid ur ett medicinskt perspektiv. Vårdtidssammanfattning skrivs när patienten byter specialitet inom slutenvården.	Läkare	
Vårdtidssammanfattning - *ssk* Dokumentation för summering av avslutad vårdtid ur ett omvårdnadsperspektiv. Vårdtidssammanfattning skrivs när patienten tas över av annan vårdgivare, (t.ex. kommun eller annat sjukhus), vid långvarig eller komplex vårdsituation eller när patienten har vårdats på IVA eller NEO Vårdtidssammanfattning ska ej skrivas rutinmässigt vid kortare eller okomplicerade vårdtillfällen eller vid flytt till annan avdelning.	Sjuksköterska	Lathund
Vävnadsdonation – *används inom anestesiverksamhet* Används för dokumentation i de fall vävnadsdonation kan vara aktuellt. Gemensam aktivitet för den läkare eller sjuksköterska som utför donationsutredningen.	Anestesiläkare Anestesi-sjuksköterska	

Arbetsgrupp

Remissinstanser

Verksamhetschefer, SÄS

Länkförteckning

- Lathundar i arbetet med optimal textjournal SÄS. SÄS interna webb https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/vard/vard-och-patientadministration/journalhantering
- Sjukhusövergripande riktlinjer och rutiner, SÄS https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument
- Journalhantering - vårdhandboken https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/dokumentation/journalhantering/
- Socialstyrelsen, Patientjournal https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/juridiskt-stod-for-dokumentation/patientjournal-innehall-i-en-patientjournal/

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Jenny Kuhanen, (jenku2), Strateg

Granskad av: Jenny Kuhanen, (jenku2), Strateg

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-102

Version: 13.0

Giltig från: 2026-11-03

Giltig till: 2028-11-02