

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Giltig från: 2025-05-16

Innehållsansvar: Anna-Lena Andersson, (annan160), Undersköterska

Giltig till: 2027-05-12

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Revideringar i denna version

Syfte

Rutinen syftar till att ge en enhetlig vård samt dokumentation baserad på kunskap, erfarenhet och forskningsresultat. Att systematisera och effektivisera omvårdnadsarbetet och säkerställa patientens vård och omhändertagande på ett optimalt sätt, samt att förebygga risker och tidigt identifiera brister. Samt underlätta introduktionen av nya medarbetare.

Dokumentation i Melior för postoperativ vård baseras på avvikelser. För att förstå vad som är en avvikelse finns särskilda riktlinjer. Dessa riktlinjer ses som måluppfyllelser. Om dessa inte uppnås eller om något avviker i vårdförloppet, så skall detta dokumenteras.

Ansvar

Medicinskt ansvarig sektionschef på enheten är tillsammans med vårdenhetschefen på enheten ansvarig för att rutinen är känd och följs.

Arbetsbeskrivning

Den undersköterska som har hand om patienter som kommer från TIVA/TIMA kontrollerar att det finns en Sårjournal upplagd för patienten i fråga. Finns ingen sårjournal åligger det henne/honom att lägga upp en ny sårjournal i Melior.
> 6 timmar TIVA ska dokumentera.
<6 timmar Vi ska dokumentera.

LÄS ALLTID igenom sårjournal innan bedömning och ev. åtgärd!

Hjärtopererade patienter enligt följande:

En sårjournal
för varje snitt.

- Sternum
- Drän hål, skriv in när dränen dras, samt notera när suturerna skall tas
- Tagben, vänster el höger sida, radialis vänster eller höger arm
- Bedömning och åtgärd.

Lungopererade patienter enligt följande:

En sårjournal
för varje snitt.

- Thoracotomi/skopisnitt, vänster el höger sida
- Drän hål, skriv in när dränen dras, samt notera när suturerna skall tas
- Bedömning och åtgärd.

På dag 4 dokumenteras dusch under en bedömningsåtgärd och snittens utseende, skrivs under varje rubrik.

Om inga avvikelser föreligger under vårdtiden behövs ingen vidare dokumentation.

Ev. sårodling: notera under sårodlingsrubriken samt bedömning och åtgärd.

Slutinspektion skall dokumenteras under rubriken "Plan utv."

För Göteborgspatienter ska separat remiss till DSK/VC för agraff och suturtagning skrivas.

För patienter i regionen skrivs sårjournalen ut och läggs i utskrivningskuvertet.

Uppföljning, utvärdering och revision

Avvikelse från rutinen ska dokumenteras i patientjournalen och inträffade negativa händelser ska rapporteras i avvikelssystemet Med Control Pro där aktuell linjechef ansvarar för utredning, åtgärd och uppföljning.

Utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske senast två år efter godkännande. Ansvar för revidering har avd 12–25 rutinansvarig tillsammans med vårdenhetschefen.

Relaterad information

[Rutin Operationssnitt och sår: förbandsteknik, skötselrutiner samt suturdragning](#)

Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Granskare/arbetsgrupp

VÖL thorax 12–25

Sårgruppen avd. 12–25

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Innehållsansvar: Anna-Lena Andersson, (annan160),
Undersköterska

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9777-819499373-315

Version: 9.0

Giltig från: 2025-05-16

Giltig till: 2027-05-12