

Gäller för: Alingsås Lasarett

Giltig från: 2024-03-12

Innehållsansvar: Marianne Gustafsson, (margu20), Chefsjuksköterska

Giltig till: 2026-03-11

Granskad av: Joakim Blomberg, (joabl1), Enhetschef

Godkänd av: Per Wiger, (perwi3), Chefläkare

Innehållsförteckning

Syfte	2
Grundläggande journalstruktur	2
Patientbakgrund	2
Inskrivning	2
Planering	3
Individuell vårdplan - IVP	4
Standardvårdplan - SVP	4
Omvårdnadsanteckning - OMV	5
Sammanfattning Ssk	6
Utskrivning Ssk	6
Utskrivning Avliden Ssk	6
Flytt av patient	6
Flytt till annan avdelning	6
Klinikbyte	6
Lån av vårdplats	7
Ämnesspecifika anteckningar	7
Sårjournal svårläkande sår	7
Kateter vid hemgång	8
Stomijournal	8
CVK anteckning	8
Trakealkanyl	9
NEWS-anteckning	9
Hjärtpatient sårjournal	9
Dagvårdsanteckning	9
IVA specifika anteckningar	9
IVA postop sammanfattning	9
IVA Vårdtidssammanfattning	9
IVA Post IVA besök	10
Artärkaterer	10
Ökad Patientsäkerhet	10
Förebygg trycksår	10
Förebygg fall och fallskador i samband med vård	11
Förebygg undernäring	11
Förebygg infektioner vid centralvenösa infarter	12
Förebygg vårdrelaterad urinvägsinfektion	12
Mätvärden	12
Dokumentation för Undersköterskor	13
Sårjournal, Stomijournal, Mätvärden, Patientsäkerhetsbedömning	13
Sätta/dra kateter, sätta ut PVK	14
Bladderscan, tappning, spolning av KAD	15

Dokumentation för sjuksköterskor och undersköterskor, Alingsås lasarett

Syfte

Säkerställa och tydliggöra dokumentation för sjuksköterskor och undersköterskor.

Grundläggande journalstruktur

- Patientbakgrund
- Inskrivningar
- Planering
- Vårdförlopp: IVP/SVP/OMV
- Sammanfattning
- Utskrivning

Patientbakgrund

Detta är en Fri aktivitet, d v s en anteckning som ligger utanför vårdtillfällena och syns överst i patientens journalmapp under rubrik Patientöversikt.

Det ska bara finnas en patientbakgrund oavsett hur många vårdtillfällen patienten har på sjukhuset och den är gemensam för alla avdelningar och mottagningar.

Den öppnas när patienten söker vård på Alingsås lasarett första gången.

Sjuksköterskorna ansvarar för den sociala delen och läkarna för den medicinska.

Det är viktigt att information hålls uppdaterad, vilket är allas ansvar.

Information som finns dokumenterat i vårdplaneringsprogram förs över till patientbakgrunden. OBS Kontrollera att uppgifterna är aktuella och bekräftade av aktuell vårdgivare.

Inskrivning

Inskrivningsanteckningen är uppdelad i olika delar, dessa är:

När patienten kommer via Akutmottagningen:

- Akutjournal
- Inskrivning Ssk Avdelning/IVA

När patienten kommer direkt till avdelning:

- Inskrivning Ankomst
- Inskrivning Avdelning/IVA Ssk

Akutjournalen öppnas av personal på Akutmottagningen.

När patienten kommer till avdelningen fortsätter inskrivningen med Inskrivning Ssk Avdelning/IVA genom att avdelnings-ssk gör så här:

Leta upp Akutanteckningen i mappen "Besök" i journalträdet. Stå med muspekaren på anteckningens huvud och gå till "Ny anteckning". Då syns Inskrivning Ssk som en underaktivitet. Öppna den och fyll i så många av sökorden som möjligt. Patientens aktuella

status anges. Ibland kan det finnas fog för att ange normalstatus. Lägg till information som ev tillkommer inom närmste timmarna efter ankomst.

Vissa sökord är obligatoriska.

Inskrivningen kan leda till att lämplig IVP öppnas direkt vid ankomst till avdelning.

Om patienten har stomi, ange typ av stomi, typ av stomiförband och patientens färdighet.

När patienter läggs in utan att passera Akutmottagningen, t.ex vid öppen retur eller till IVA från Ambulans eller via inskrivningsmottagning öppnas Inskrivning Ssk Ankomst och därefter Inskrivning Avdelning/IVA Ssk.

Planering

Alla patienter i slutenvården ska ha denna anteckning. Det öppnas EN per vårdtillfälle.

Även läkare kan med fördel skriva i denna anteckning.

Aktuellt: aktuella uppgifter och meddelanden.

Det som inte längre är aktuellt raderas.

Ny rad för varje uppgift gör texten mer lättläst samt lättare att radera.

Raderat kommer synas under historikknappen.

Planerat utskrivningsdatum: Datum då patienten planeras kunna lämna sjukhuset. Anges vid inläggning/inskrivning av inskrivande läkare. Obs att datumet kan komma att ändras under vårdtiden. Obligatoriskt för patienter i SAMSA-spåret. Se vidare information om samverkanslagen på hemsidan.

Utskrivningsplanering: Här skrivs sådant som rör patientens utskrivning. Vid den första rondan bör preliminärt hemgångsdatum föras in här.

Fyll fortlöpande i information som rör patientens utskrivning och hemgång. Finns både klickrutor och fritext

Exempel kan vara om någon ska hämta patienten eller vilka remisser som ska skickas med.

Är avsedd för patienter som inte är inskrivna i SAMSA.

Samtal: När samtal hålls med patient och/eller närstående.

Ny rad för varje samtal gör det mer lättläst. Glöm inte datum.

Provtagning: Skriv datum och vilka prover som tas. Gäller endast prover som inte kan beställas i Meliors labbmodul. Prover som beställs via lab.ord. syns i labblistan.

Odlingar: Skriv datum och vilka odlingar som tagits. Låt dessa alltid stå kvar.

Ny rad för varje provtagningstillfälle gör det mer lättläst.

Infarter/Utfarter:

Sökorden PVK och KAD finns synliga i planeringen. Dokumentera utsättningsdatum.

Om ett sökord ska dubletteras, t.ex PVK, välj Dubblett.

Fler sökord finns att plocka fram genom att öppna skrivfönstret och välja Nytt ner till höger.

Tryck ENTER, eller dubbelklicka.

CVK, Trakealkanyl och Artärkanyl; hänvisa till resp anteckning

SAMORDNING:

Röntgen, undersökningar och operationer

Dubletteras vid behov.

Planering SAMSA och SIP:

Används av vårdplaneringssköterska. Information rörande planeringsmöten. När anteckningen öppnats faller flera sökord ut som sedan används i in- och utskrivningsprocessen. Information om patienters planering i SAMSA om in- och utskrivningsprocessen skrivs här.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhetscreeningarna obligatoriska att dokumentera enligt respektive kriterier. Observera att trycksår, utöver screeningen, ska bedömas vid inläggning och innan utskrivning.

Utförligare anvisning finns under rubrik patientsäkerhet längre fram i manualen och på hemsidan under patientsäkerhet.

Planeringsanteckningen flyttas med vid klinikbyte

IVP- Individuell Vårdplan

Utifrån de problem som uppmärksammas vid bedömning av patient i samband med inskrivning, eller som uppstår under vårdtiden öppnas individuella vårdplaner.

Mål och eventuella delmål dokumenteras, liksom planerade och vidtagna åtgärder. Användandet av IVP underlättar planering, behandling och utvärdering av ett problem patienten har och leder till ökad patientsäkerhet.

IVP öppnas genom att välja Ny anteckning i listan överst i fältet. Välj Omvårdnadsområde och markera vald IVP.

Instruktion för vissa sökord:

Vårdproblem:

Patientens omvårdnadsproblem. Identifiera och beskriv de behov, problem eller risker som patienter har.

Mål:

Förväntningar och prioriteringar. Gärna i samråd med patient/närstående. Prognos/förväntat resultat. Vilka planer har vi med planerade/vidtagna åtgärder?

Vårdåtgärder:

Vilka åtgärder sätts in? Planerade och/eller vidtagna åtgärder. Markera i söklistan eller skriv i fritext.

IVP-anteckning:

Öppnas vid behov en per dygn, skilj dygnet enligt

FM:

EM:

NATT:

Här antecknas vad som händer i aktuellt omvårdnadsområde. Utvärdera utförda åtgärder/behandlingar och mål.

Vid flera problem inom samma omvårdnadsområde öppnas en IVP/per problem.

Slutanteckning:

När målet är uppnått eller när patienter ska skrivas ut (hem eller till annan vårdgivare) ska vårdplanen avslutas. Välj mellan mål uppnått, mål ej uppnått eller skriv i fritext.

Dublettera sökordet IVP-anteckning genom att markera senaste sökordet IVP-anteckning så kommer dessa i fallande ordning med senaste anteckningen överst.

En IVP används så länge problemet kvarstår och anteckningen inte utvärderats.

Aktuella IVP ska flyttas med vid klinikbyte!

SVP- Standardvårdplan & Händelseanteckning SVP

Används när det finns en standardvårdplan för patientens problem/behov.

Standardvårdplanen innebär att det finns angivet i lokala riktlinjer/rutiner vilka åtgärder som ska vidtas vid specifika tidpunkter.

De avdelningar som idag har standardvårdplaner i papper använder dessa.

I Melior syns detta genom att anteckningen Standardvårdplan öppnas.

Denna anteckning öppnas genom att gå till:

Ny anteckning. Under fliken Omv område väljs Standardvårdplan.

I anteckningen finns sökordet ”Vårdas enligt”, välj aktuell SVP och välj därefter versionsnummer (vanligtvis datum för revidering, som står på framsidan på vårdplanen).

Händelseanteckning SVP

Används då behov finns att dokumentera något som fallit utanför ramarna för Standardvårdplan.

Händelseanteckningen öppnas genom att man markerar standardvårdplanens huvud och klickar på Ny anteckning

Där finns möjlighet att skriva under tre rubriker:

Problem/situation

OMV åtgärd

OMV resultat.

Öppna inte OMV-anteckning!

I de fall där avvikelserna från standardvårdplanen blir stora görs en bedömning av ansvarig läkare att standardvårdplan avslutas och därmed avslutas även anteckning SVP.

OBS!

SVP i pappersform får inte förstöras utan ska scannas in i E-Arkiv efter vårdtillfällets slut.

OMV Anteckning Ssk

Öppnas en per dygn **vid behov**. Man skiljer mellan passen genom radbrytning och markerar tid enligt följande:

FM:

EM:

NATT:

OBS! Om anteckningen öppnas av nattsjuksköterskan är det viktigt att det blir rätt dygn, dvs datum för dagen då man går på sitt pass.

I den här anteckningen dokumenteras väsentlig information, uppföljning och utvärdering vid respektive sökord under dygnet.

Det är inte ett krav att dokumentera under arbetspasset.

Sträva efter att undvika dubbeldokumentation.

Ta del av andra professioners anteckningar ex sjukgymnast gällande aktivitet eller läkarnas daganteckningar.

Om en **OMV Anteckning Ssk** har öppnats och man dokumenterat på samma sökord **tre dagar i rad – öppna** en IVP på sökordet!

Öppna EJ OMV-anteckning angående problem där en IVP öppnats.

Sammanfattning Ssk

Denna anteckning används för att sammanfatta vården för de patienter som vårdas länge på avdelningen.

Sammanfatta vården, uppdatera patientens aktuella status och vilken planering som finns.

Underlättar för kollegor som tar över en patient med lång vårdtid och många anteckningar.

Utskrivning Ssk

Denna anteckning öppnas när patienten skrivs ut och det finns en annan vårdgivare, t ex hemsjukvård, särskilt boende eller annat sjukhus som tar vid. Skriv under aktuella sökord eller hänvisa till aktuell IVP.

Finns inte någon övertagande vårdgivare, räcker det med läkarens epikris.

Behöver man sammanfatta och utvärdera omvårdnaden av patienten kan man öppna en OMV Anteckning Ssk och skriva kortfattat under aktuella sökord eller sammansatt status.

Planering för patientens utskrivning skrivs under sökord "UTSKRIVNINGSPLANERING".

Instruktion för vissa sökord:

Vårdförlopp: en kortfattad beskrivning av vårdtiden.

Patientsäkerhet bedömt: Markera de områden som gäller för patienten. Har patienten inte haft något område, så markera "inget område bedömt"

Utskrivning Avliden Ssk

Denna anteckning används när en patient avlider.

Sammanfatta kortfattat med fritext omständigheterna kring dödsfallet och notera tiden för dödsfallet.

Fyll även i eventuell uppgift om det ska ske någon uppföljning med närstående till den avlidne, samt vem som ska ta den kontakten.

Flytt av patient:

Flytt till annan avdelning inom samma klinik

Rutinen tillämpas när patienten flyttas till annan avdelning inom samma klinik.

- Ta fram anteckningen "Flytt till annan avdelning" och gör en kort sammanfattning.
- Gå igenom aktuella vårdplaner
- När patienten fysiskt flyttat till ny avdelning, välj "Flytta patient" i menyraden under Patientadm. Ange ny avdelning samt Nytt rum/säng och OK.
- Ingen utskrivning eller ny inskrivning sker och läkemedelsordinationer kvarstår/fortsätter.

Klinikbyte – utskrivande klinik

Rutinen tillämpas när en patient inskriven i slutenvården byter klinik. Pågående vårdtillfälle avslutas och ett nytt vårdtillfälle påbörjas.

- Öppna anteckning ”Klinikbyte sammanfattning” och ange orsak till klinikbytet.
- Se över dokumentationen på pågående vårdtillfälle och avsluta icke aktuella anteckningar. Signera.
- Se över läkemedelsordinationer och sätt ut vb.
- Öppna en administrativ anteckning och beskriv kortfattat orsaken till klinikbytet och hänvisa till Klinikbyte sammanfattning samt datum.
- Skriv ut patienten. En automatrad för Epikris finns då i utskrivande läkares skrivkorg.

Klinikbyte – inskrivande klinik

- Sök fram patienten.
- Registrera vårdkontakt.
- Gå in i journalen i det avslutade vårdtillfället.
- Flytta anteckningar aktuella för den fortsatta vården, t.ex vårdplaner (IVP), ”Planering”, CVK, ”Klinikbyte sammanfattning” från avslutat vårdtillfälle. Detta görs genom att dubbelklicka på respektive antecknings huvud och sedan välja den nya vårdkontakten under ”Ändra vårdkontakt” och OK.

OBS! Anteckningar flyttas separat, använd **ej** ”Flytta information från vårdtillfälle”, då flyttas även läkemedelsordinationer.

Läkare gör en ”Inskrivning Läkare” samt hämtar aktuella pågående läkemedel från Aktuella Ordinationer och sätter in ev nya läkemedel.

Lån av vårdplats

Inskrivning vid lån av vårdplats på annan klinik:

- Inskrivande läkare dikterar/skriver anteckningen ”Kliniktilhörighet”.
- Ange vilken klinik samt avdelning som patienten tillhör.
- Ange vilken läkare som ansvarar för patienten om detta är möjligt.
- Patienten skrivs in för slutenvård på den avdelning där patienten fysiskt befinner sig.

All fortsatt dokumentation sker på detta vårdtillfälle.

Flytt till hemavdelning

Om/när patienten flyttas till sin hemavdelning på ansvarig klinik, väljs ”Flytta patient” i menyraden under Patientadm. Välj **hemavdelning** som Ny avd och Aktuell rum/säng.

Utskrivning

När utskrivning sker **från lånad avdelningsplats** flyttas patienten först till hemavdelning i Melior, dvs ansvarig klinik och skrivs sedan ut därifrån. Välj ”Flytta patient” i menyraden under Patientadmin. Skriv ut patienten.

Detta gäller vid lån av säng på annan klinik och även vid vård på IVA.

På journalmappen i Melior kommer man därefter att se ett vårdtillfälle på ansvarig avdelning men i journalen framgår att patienten vårdats på en annan avdelning.

Ämnesspecifika anteckningar

Sårjournal svårläkande sår

Upprättas vid svårläkande sår, **inte** vid ex operationssår som läker som förväntat eller övriga mindre sår där det inte krävs några större åtgärder.

Då det förekommer flera svårläkande sår upprättas en sårjournal för varje sår.

Instruktion för vissa sökord:

ANAMNES

Tidigare behandling: Var har såret lagts om tidigare? Av vem? Hur har det lagts om? Vad har eller har inte fungerat?

Sårutveckling: Hur såg såret ut tidigare? Förbättring eller försämring? Har det minskat i storlek eller blivit större?

ANKOMSTSTATUS

Beskrivning av såret vid ankomst/upprättande av sårjournalen. Sökord aktuella för såret fylls i.

Sårvätska: beskriv utseende, gradera mängden med +, ++, +++

Lukt: beskriv lukt samt hur mycket det luktar +, ++, +++

ÅTGÄRD

Beskriv sårläkningshämmande faktorer och vidtagna åtgärder. Datum först och därefter beskrivning av vad som gjorts. Vid flera anteckningar under samma sökord skrivs senaste anteckningen överst.

Ordinerad lokalbehandling: datum först, senast gjorda ordination skrivs överst.

Anteckning: förändringar/utvärdering av status, datum först, senast gjorda anteckning överst.

Ordination vid hemgång: Kopia på journalen skrivs ut och skickas med patienten till den vårdgivare som tar över sårbehandlingen.

Kateter vid hemgång

Upprättas vid utskrivning. Fyll i med uppgifter om kateterindikation, vem som ansvarar för ordinationen, typ av kateter, mängd i kuff samt instruktioner till vårdcentral/DSK/hemsjukvård gällande planering och vidare ordinationer.

Skriv ut en kopia som patienten ska ha med vid hemgång.

För patienter med pågående KAD-behandling ska **INTE** denna anteckning upprättas generellt vid hemgång.

Stomijournal

Stomijournal påbörjas då beslut tas om operation, vanligtvis i samband med att patienten stomimarkeras. I de fall en befintlig stomi krånglar skapas en IVP Elimination.

Ny stomi:

Öppna stomijournal om detta inte redan gjorts.

Dokumentera följande:

1. Operationsdatum
2. Typ av stomi
3. Stomibandage, (ex.platta 55 eller 70)
4. Om 2 stycken stomier, markera övre nr 1 och nedre nr 2 för att lättare hålla isär i under vårdtiden.
5. Stomiutseende: dokumentera förändringar i utseendet av stomin. Ska inspekteras dagligen.

Stomi sedan tidigare:

I de fall patienten inte kan sköta sin stomi, eller inte kan redogöra för förbandsmaterial bör stomijournal öppnas för en redan etablerad stomi.

CVK anteckning

Denna anteckning öppnas när en Central Venkateter (CVK) läggs in. Den är därmed knuten till denna specifika kateter (CVK).

Byter patienten klinik så ska anteckningen flyttas med om CVK ligger kvar. Se anvisning flytta enstaka anteckningar.

Byts en CVK ex över ledare så måste en ny CVK- anteckning öppnas för den nya katetern. Den gamla anteckningen stängs ner genom att fylla i datum för ”kateter avlägsnad”

Glöm inte fylla i om odling tas på CVK- spets eller instick.

Glöm inte fylla i om VRI odling tas ur CVK.

Trakealkanyl

Denna anteckning öppnas i samband med att patienten får en trakealkanyl alternativt om patienten har en sedan tidigare.

Gemensam anteckning för läkare och sjuksköterskor. Sjuksköterska ansvarar för att öppna anteckningen.

Sökordet Trakealkanyl dubletteras vid kanylbyte. Vid klinikbyte flyttas anteckningen med.

NEWS-anteckning.

Används för dokumentation i samband med NEWS 5 eller mer vid kontroll av vitalparametrar. Se riktlinje för MIG (Mobil IntensivvårdsGrupp).

Ansvarig sjuksköterska på avdelningen öppnar NEWS-anteckningen vid NEWS 5 eller mer, anger NEWS-poäng, utlösande parametrar och uppgifter om när läkare kontaktats och vad som ordinerats.

Vidare dokumenteras när givna ordinationer utförts och utvärdering av utförd ordination.

I de fall där utvärderingen leder till ny kontroll och bedömning, finns möjlighet att dokumentera ytterligare två gånger i samma anteckning.

Om MIG-team kopplas in öppnar anestesiläkare MIG- anteckning, vilken ligger som en underaktivitet till NEWS-anteckningen (Stå med muspekaren på anteckningen och gå till ”Ny anteckning”). MIG-anteckningen används endast av anestesiläkare.

Om patienten senare under vårdtiden åter får höga NEWS-poäng öppnas en ny NEWS-anteckning.

Hjärtpatient sårjournal

Anteckningen används som komplement till standardvårdplaner vid sårkomplikationer.

Dagvårdsanteckning

Denna anteckning är till för dagvårdspatienter.

Ersätter Inskrivning Avdelning/IVA och Planeringsanteckningen.

Öppnas av avdelningssjuksköterskan.

IVA Specifika anteckningar

IVA postop sammanfattning

Här sammanfattas den postoperativa vården. Läkemedel och infusioner som ges vid behov eller är ordinerat under postoperativa tiden dokumenteras endast på ”Journal Postop”

IVA Vårdtid Sammanfattning Ssk

I denna anteckning sammanfattas vårdtiden på IVA när patienten flyttar till avdelning psjukhuset. Vid utskrivning till annat sjukhus/vårdinrättning upprättas Utskrivning Ssk.

IVA Post IVA besök

Denna anteckning öppnas på IVA patienter som ska följas upp efter vårdtiden, i ett så kallat Post IVA besök.

Anteckningen består av följande sökord:

Fotodagbok startad

Fotodagbok utlämnad

Samtal

Planerad uppföljning.

IVA Artärkateter

Denna anteckning öppnas i samband med att artärkateter sätts in.

Gemensam anteckning för läkare och sjuksköterskor. Öppnas i första hand av läkare.

Sökordet **Artäkateter** dubletteras vid nyinsättning eller vid flera artärkatetrar.

Ökad patientsäkerhet

Förebyggande av trycksår i samband med vård.

Trycksår vid inskrivning och trycksår vid utskrivning ska, utöver riskbedömningen, noteras i planeringsanteckningen.

Trycksår vid inskrivning

Inom 24 timmar efter ankomst till sjukhuset ska förekomst av trycksårdokumenteras av någon i vårdlaget.

- Sökord finns under Patientsäkerhet i planeringsanteckningen
- Om nej men patienten är över 70 år, sängliggande eller sittande en stor del av dygnet – gör en riskbedömning för trycksår
- Om risk för trycksår – öppna en IVP Hud
- Om ja fyll i gradering, lokalisation och placering – öppna en IVP Hud

Trycksår vid utskrivning

Tidigast åtta timmar före patienten lämnar sjukhuset ska förekomst av trycksårdokumenteras av någon i vårdlaget.

- Sökord finns under Patientsäkerhet i planeringsanteckningen
- Fylls i vid utskrivning.
- Om Ja – fyll i gradering, lokalisation och placering- rapportera över till nästa vårdgivare. Skicka med IVP Hud eller sårjournal.
- Om risk för trycksår finns vid utskrivning skicka med IVP Hud.
- Om Nej – ingen åtgärd.

Riskbedömning:

- Bedöm snarast trycksårsrisk på alla patienter.
- Vi använder Nortonsalan, som bedömningsverktyg.
- Samtidigt görs en hudinspektion.
- Trycksår ska graderas efter svårighetsgrad 1-4
- Bedömningen upprepas vid försämrat status, och efter större kirurgiska ingrepp samt inför utskrivning.

Alla trycksår grad 2-4 som uppstår under vårdtiden ska registreras i Medcontrol

Dokumentation:

Inskrivning Avdelning/IVA Ssk:

- Här finns sökord för Hud.
- Har patienten trycksår vid ankomst är det mycket viktigt att vi noterar detta.

Planeringsanteckning:

Under Patientsäkerhet, finns Risk för trycksår. Fyll i Nortonskalan.

- Om Nortonpoäng 20p eller lägre, **SKA IVP Hud/vävnad** öppnas då risken för trycksår är stor, och åtgärder för att avlasta huden ska vidtas. Markera åtgärderna i rullisten för omvårdnadsåtgärder.
- Huden ska också inspekteras dagligen, minst en gång om dagen. Vb oftare.
- Om tillståndet ändras ska ny bedömning göras. Radera de ”poäng” som ändras i Planeringen och notera nytt bedömningsdatum.

Mätvärden:

Huden graderas enligt skala 0-4

0. Hel hud
1. Röda märken
2. Blåsbildning
3. Ytliga sår
4. Djupa sår.

Detta dokumenteras i Mätvärden – trycksår.

Gradera alla märken/sår och skriv lokalisation i kommentarsfältet

Förebygg fall och fallskador i samband med vård.

Riskbedömning:

Alla patienter bedöms.

Ställ följande 2 frågor:

- 1. Fråga patient/närstående om han/hon fallit det senaste året?
- 2. Fråga dig/personalen om denna patient kommer att falla under vårdtillfället om inga förebyggande åtgärder sätts in?

Vid **JA** på någon av frågorna ska riskidentifiering göras. Utifrån detta sätts fallpreventiva åtgärder in.

Dokumentation:

Vid **JA** på någon av frågorna öppnas **IVP Aktivitet**.

Skriv in de fallpreventiva åtgärder som utförts

Alla fall som sker under vårdtiden ska registreras i Medcontrol

Förebygg undernäring.

Riskbedömning:

Alla patienter ska riskbedömas inom ett dygn från inskrivningen.

Vikt och längd är obligatoriska och ska noteras på alla patienter.

Dokumentation:

Notera vikt och längd i Inskrivning Avdelning/IVA Ssk. BMI räknas ut och finns i läkemedelsmodulen.

I Planeringen under Patientsäkerhet finns Nutritionsstatus.

Välj Screening och svara på frågorna som faller ut.

12-14 Poäng: Ingen åtgärd

0-11 poäng: Välj nutrition enligt åtgärdsschema: Följ åtgärdsschemat som finns att läsa i nutritionshandboken. Hittas på sjukhusets hemsida under fliken riktlinjer.

Öppna IVP Nutrition så som det står i åtgärdsschemat.

Förebygg infektioner vid Centrala venösa infarter.

Dokumentation:

När en CVK lagts in ska en CVK anteckning öppnas (görs av anestesiläkare i samband med inläggning). Denna anteckning är knuten till CVK. Om en CVK byts ska således en ny anteckning öppnas och den gamla avslutas.

Om patient kommer med CVK från annan vårdgivare, öppnas en CVK anteckning. Skriv in det som är relevant. Titta vb i SIEview.

Viktigt att notera när CVK dras och om odling tas.

Viktigt att notera om VRI-odling tas.

Vid klinikbyte ska anteckningen flyttas med till det nya vårdtillfället om CVK fortfarande finns kvar.

Förebygg vårdrelaterade urinvägsinfektioner.

Riskbedömning:

Identifiera riskpatienter - Sänkt medvetandegrad, neurologisk sjukdom, sängläge, urologiska avflödes hinder, anestesi/operation och/eller kateterbärare.

Dokumentation:

I Planering under Patientsäkerhet finns Risk för UVI. Fyll i om risk föreligger.

Kateter dokumenteras i Planering under sökord Kateter, fyll i ordinerande läkare, indikation och planerad liggtid.

Utvärdera dagligen om behov för KAD föreligger.

Mätvärden

Några av de mätvärden som skrivs i journaltexten under specifika sökord kommer att länkas över till den del av Melior som heter Mätvärden, t ex längd och vikt från Inskrivning Avdelning/IVA Ssk..

Följande mätvärden skrivs in manuellt. Vg se "Rutin för mätvärden" på hemsidan.

- Andningsfrekvens
- Abbey Pain Scale
- Avföring – Här används 1=normal liten avföring, 2=normal avföring och 3=diarré
- Blodtryck
- Blodtryck akutmottagning
- Bukomfång

- Dryck/dygn
- Drän/dygn
- Dygnsurin
- Dusch
- Kcal
- Längd
- Medvetandegrad
- NEWS
- Puls
- Puls akutmottagning
- Residualurin
- Saturation
- Stomi/dygn
- Sondförlust/dygn
- Temp
- Temp akutmottagning
- Trycksår
- VAS
- Vikt
- Vårdomf_OMV
- Vårdomf_MED

Melior-dokumentation för undersköterskor:

Sårjournal.

Dokumentera utförda åtgärder i samråd med Ssk enligt manual.

Stomijournal .

Dokumentera utförda åtgärder i samråd med Ssk enligt manual.

Registrera i mätvärden.

Dokumentera enligt manualen.

Obs det är viktigt att skriva in tex ”med eller utan O2, febernedsättande kl 14:00, före/efter smärtlindring” i kommentarrutan.

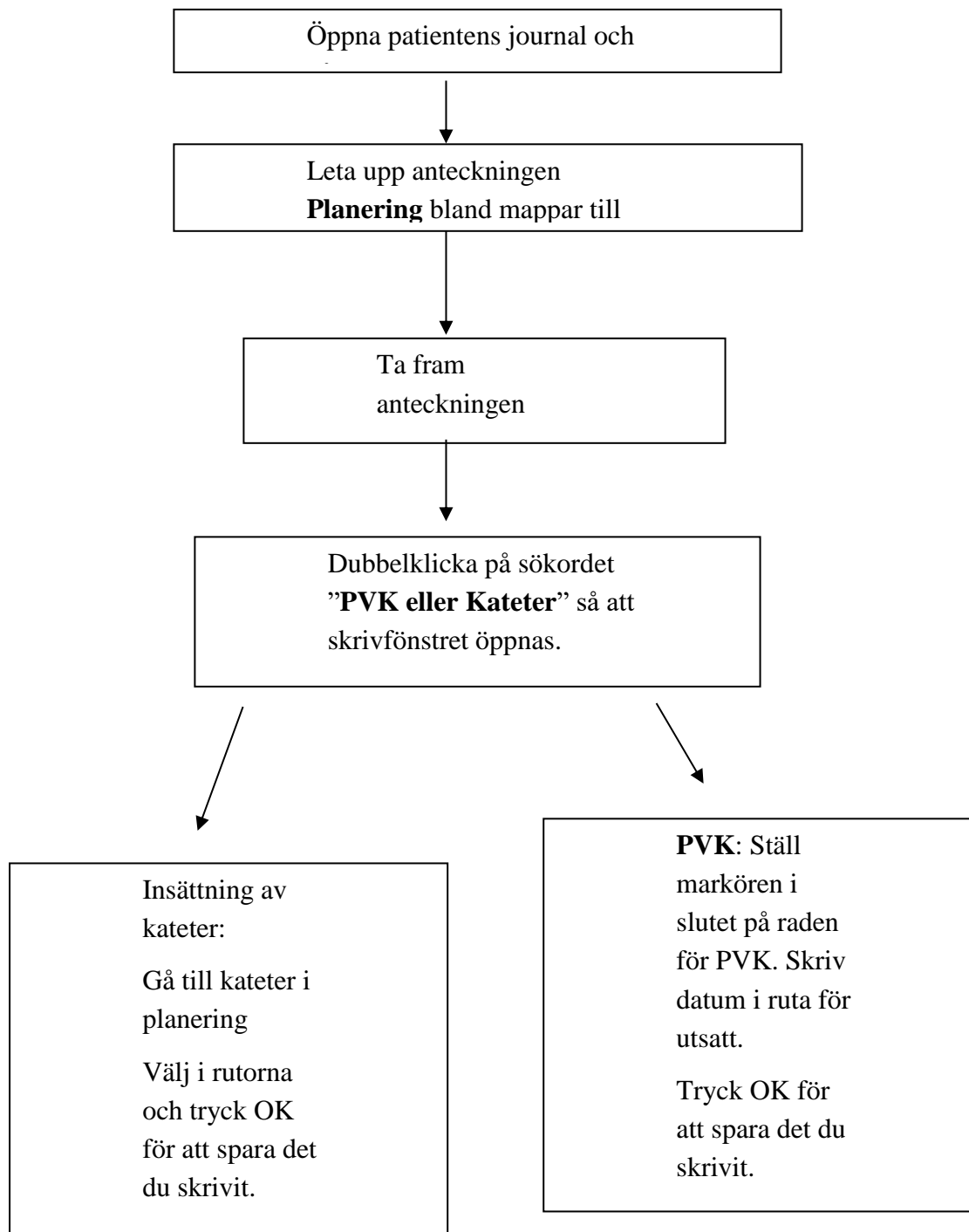
OBS: Dokumentation ersätter inte muntlig rapport om avvikelse från normalstatus.

Registrera patientsäkerhetsbedömningar

Dokumentera aktuella screeningar i planeringsanteckningen. Se under rubrik Patientsäkerhet. Om utfallet leder till behov av IVP rapportera till ansvarig ssk för samråd och planering av mål och åtgärder.

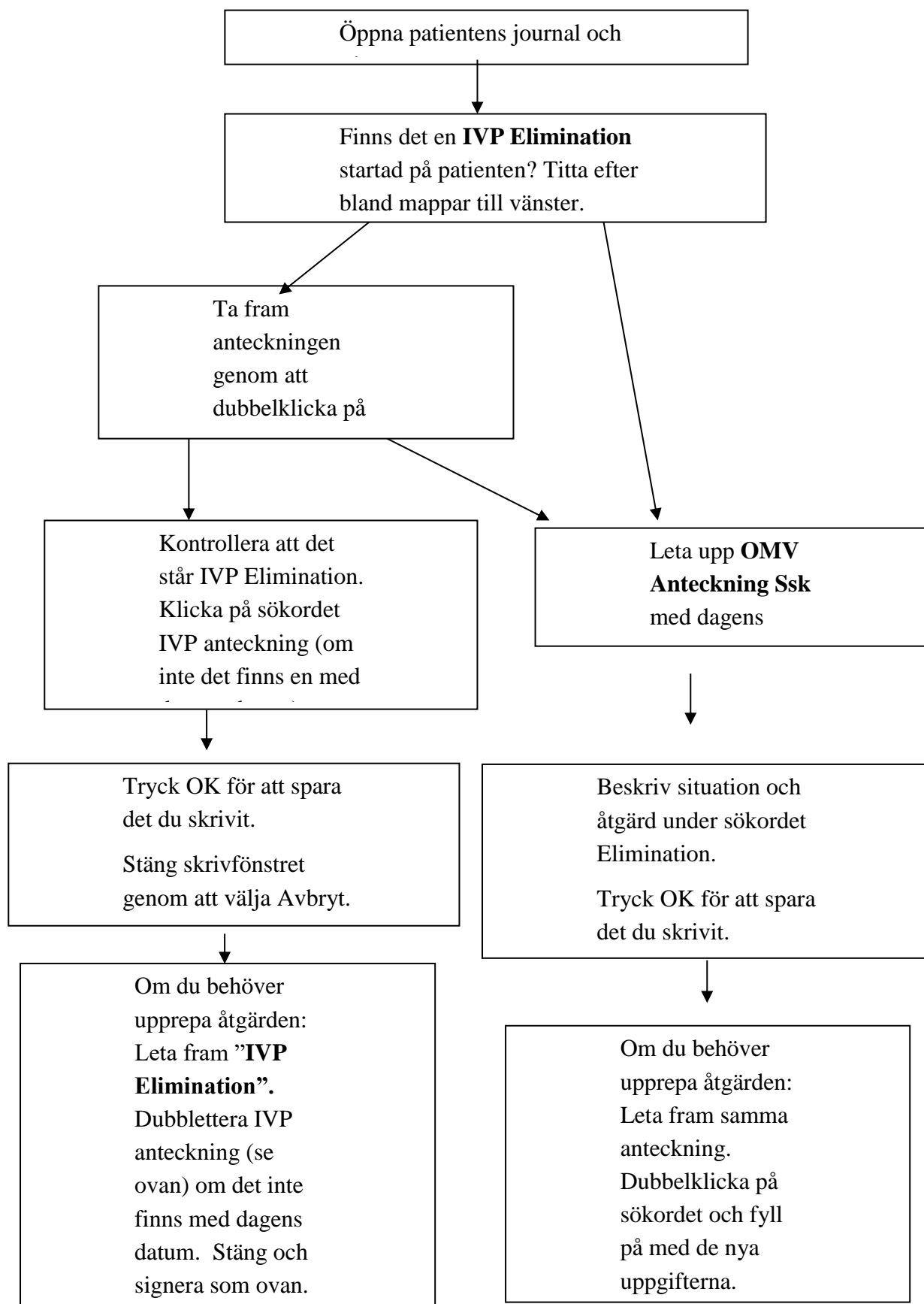
Observera att journalen aldrig får fungera som en checklista på ex gjorda såromläggningar. Vid behov får man använda checklistor i pappersform som sedan destrueras.

Melior-dokumentation för undersköterskor: Insättning/utsättning av KAD . Utsättning av PVK.



Melior-dokumentation för undersköterskor:

Bladderscan, tappning eller spolning av kateter



Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Alingsås Lasarett

Innehållsansvar: Marianne Gustafsson, (margu20), Chefsjuksköterska

Granskad av: Joakim Blomberg, (joabl1), Enhetschef

Godkänd av: Per Wiger, (perwi3), Chefläkare

Dokument-ID: SV9024-2108058916-241

Version: 2.0

Giltig från: 2024-03-12

Giltig till: 2026-03-11