

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Anders Bengtsson Lundqvist, (andlu), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

Giltig från: 2023-09-28

Giltig till: 2025-09-28

Planering - Dokumentation i Melior

Sammanfattning

Beskrivning av hur aktiviteten *Planering* ska användas i Melior för dokumentation av planerade och utförda vårdåtgärder, undersökningar, behandlingar samt omvårdnadsåtgärder.

Förändringar sedan föregående version

Ersatt instruktionsfilm för Planering med aktuell lathund.

Angett fler specifika standardvårdplaner som genererar ytterligare sökord.

Justering av Kontroller enligt ny rutin.

Tillägg under Samtal, nytt val då närstående meddelats att patienten bytt vårdavdelning.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Förändringar sedan föregående version	1
Bakgrund.....	2
Förutsättningar	2
Grundprinciper	2
Genomförande	3
Öppna aktiviteten ”Planering” i Melior	3
På akutmottagningen.....	3
På mottagningar	3
På vårdavdelningar.....	3
Vid flytt mellan vårdavdelningar	3
Dokumentera i aktiviteten ”Planering”	4
Planeringens fakta uppd/kontr	4
Inskrivning	4
Inskrivningsorsak	4
Preliminärt utskrivningsdatum	4

Smittorisk under vårdtillfälle	4
Skyddsutrustning används	5
Placering/restriktioner	5
TTX / Telemetri	5
Optimerat flöde	5
Standardvårdplan	5
Kontroller (av vitalparametrar)	5
Provtagning	5
Provtagning mikrobiologi	6
Blododling positiv (tel.svar)	6
Radiologi	6
Klin fys	6
Operation/endoskopi	6
Annan undersökning	6
Konsult	7
Läkemedelsgenomgång	7
Samtal	7
Annan planering	7
Skriftlig patientinformation	7
Behandling/omvårdnad	7
Dokumentinformation	8
Referens- och länkförteckning	8

Bakgrund

I patientdatalagen (2008:355) ställs krav på att de vårdåtgärder som planeras och utförs ska dokumenteras i patientjournalen [1]. I Melior finns en aktivitet som benämns *Planering*, och som har till uppgift att förenkla, tydliggöra och ge en översikt över planerade och utförda åtgärder för patienten. För Planering i öppenvård finns en separat aktivitet i Melior.

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.

För information om hur aktiviteten *Planering* ska användas, se lathund: [Melior Lathund Planering](#)

Förutsättningar

Grundprinciper

Planering i Melior öppnas för patienten i samband med inläggning och ska användas för dokumentation av planerade och utförda åtgärder, undersökningar, behandlingar och omvårdnadsåtgärder. *Planering* i

Melior ska även vara ett underlag för innehållet på avdelningens styrtavla för individuell vård och behandlingsplan.

Avdelningens styrtavla ska utgöra en **översikt** över dagsaktuell information. *Planering* i Melior ger detaljerad översikt för varje **enskild patient** inklusive historik över utförda åtgärder. Avsikten är således att de båda arbetssätten ska komplettera varandra.

Alla som har behörighet att dokumentera i Melior kan använda *Planering*.

Genomförande

Öppna aktiviteten ”Planering” i Melior

På akutmottagningen

På akutmottagningen ska *Planering* användas på alla patienter, d.v.s. även polikliniska, och *Planering* i Melior öppnas av kassapersonal när besöket registreras i kassan. Alla läkare ska använda *Planering* när åtgärder ordinerar och planeras. *Planering* i Melior är också den plats där sjuksköterskan dokumenterar att planerade åtgärder är genomförda och utgör, tillsammans med *Ankomst* och muntlig rapport, underlag när patienter överrapporterar till vårdavdelning för inläggning, se riktlinje ”[Patient klar för vårdavdelning från akutmottagningen](#)”[2]. De båda anteckningarna prioriteras vid inskrivning och ska innehålla tillräcklig information för att flytta patienten till vårdavdelning även om inskrivningsjournalen inte är utskriven.

Den *Planering* som påbörjats vid inläggningen på akutmottagningen ska även användas på respektive vårdavdelning.

På mottagningar

Planering öppnas av läkare eller sjuksköterska i samband med att beslut tas om inläggning och tillämpas för planering av vad som ska ske under vårdtillfället.

På vårdavdelningar

Om patienten läggs in direkt på vårdavdelning öppnas *Planering* i samband med inläggningen. Om *Planeringen* saknas när patienten kommer till avdelning från mottagning, öppnas den i samband med sjuksköterskans ankomstsamtal.

Vid flytt mellan vårdavdelningar

Om en patient under samma vårdtillfälle flyttas mellan vårdavdelningar används den *Planering*, som öppnades vid inläggningen, och nya

planerade åtgärder fylls på efterhand. Dokumentation ska göras löpande i samma anteckning oavsett vårdavdelning.

För att förtydliga aktuellt vårdansvar kan vårdavdelning ändras i huvudet på anteckningen.

Dokumentera i aktiviteten ”Planering”

Utformningen av olika delar i *Planering* varierar beroende på utrymmet i Melior. Enstaka sökord är enbart fritext medan flertalet är uppbyggda som flervalsmenyer med kryssruta. Bakom varje vald åtgärd (kryssruta) finns en rad för fritext som ger utrymme för förtydliganden. Under varje sökord finns även ett fritextfält som kan användas om inget av menyalternativen är tillämpliga.

Planeringens fakta uppd/kontr

Datum för revision anges vid uppdatering/kontroll av fakta.

OBS! Här anges endast datum, ingen övrig text i fritextrutan. Uppdateras dagligen.

Inskrivning

Används på akutmottagningen för att ansvarig sjuksköterska, tidigt i förloppet, ska få klarhet i om inläggning är sannolik eller inte. Här kan också dokumentation göras om till vilken avdelning patienten ska när det är klart.

Inskrivningsorsak

Ska innehålla preliminär diagnos och viktig information som sjuksköterska behöver känna till i väntan på att inskrivningsjournal är klar.

Preliminärt utskrivningsdatum

Ange datum för planerad utskrivning. För att alla vårdgivare ska kunna göra sin bedömning och överrapportering. Preliminärt datum måste ändras när förutsättningarna förändras.

Smittorisk under vårdtillfälle

Definiera smitta som har påverkan under vårdtillfället, exempelvis influensa, calici. Observera att smittorisk, för exempelvis hepatit, TBC och MRSA, ska anges i Patientbakgrunden för att generera ett rött utropstecken i journalen.

Skyddsutrustning används

I smittspårningshänseende anges om patienten omhändertagits enligt gällande rutiner beträffande skyddsutrustning utöver basala hygien och klädregler.

Placering/restriktioner

Ange om patienten ska isoleras på grund av smittsam sjukdom eller har restriktioner av annan orsak.

TTX / Telemetri

För att underlätta för vårdplatssamordnare väljer läkaren som lägger in patienten med TTX/Telemetri viken prioritet enligt [Hjärthandboken SÅS](#) [3].

Optimerat flöde

Optimerat flöde innebär att det vid olika diagnoser finns riktlinjer för hur patientens väg, genom eller förbi akutmottagningen, på olika sätt ska för-
enklas för att patienten så snabbt som möjligt ska hamna på rätt vård-
avdelning.

Standardvårdplan

När patienten läggs in ska behandlande läkare ta ställning till om standardvårdplan ska tillämpas eller inte genom att kryssa i rätt ruta. Om standardvårdplan för höftfraktur, pneumoni eller sepsis används faller fler sökord ut. Om standardvårdplan inte är tillämpligt sätts kryss i rutan ”Ej aktuellt”. Observera att det i *Planering* finns en direktlänk till sjukhusets standardvårdplaner.

Kontroller (av vitalparametrar)

Vid all akutsjukvård är det angeläget att inläggande läkare ordinerar hur ofta olika vitalparametrar ska kontrolleras. Detta sker genom att kryss sätts i respektive ruta och, i fältet till höger, hur många gånger per dygn en åtgärd ska utföras.

Frekvensen av kontroller ska individualiseras, men **grundläggande är att NEWS2 ska göras 2 gånger/dygn** enligt [NEWS2 för vuxna patienter på SÅS \(vgregion.se\)](#).

När läkaren vill ändra frekvensen ska siffran i fältet till höger ändras. Vid avsteg dokumenteras även det under sökordet.

Provtagning

Ange om prov skickats till externt laboratorium, skriv *Utfört* och det datum då provet är taget och skickat (samtliga enheter).

Akutmottagningen dokumenterar *Enl Meliors labmodul* för att påvisa om prover är tagna i det akuta skedet.

Enl Meliors labmodul behöver inte användas på vårdavdelningen om prover tas dagligen. Om en vårdavdelning vill uppmärksamma att prover är tagna, görs detta genom att ange datum och ändra datumet vid ny provtagning.

Provtagning mikrobiologi

De prover som är vanligast finns med som kryssalternativ men det är också möjligt att använda fritextrutan för andra prover. När ordinationen är utförd dokumenterar den sjuksköterska eller undersköterska som har utfört åtgärden genom att skriva t.ex. ”utfört 211217” på raden efter ordinationen.

Om sjuksköterska tar t.ex. blododling före läkares ordination, sätter sjuksköterskan själv ett kryss i respektive ruta och bokför utförd åtgärd på samma sätt.

Blododling positiv (tel.svar)

Vid preliminär svar via telefon dokumenteras detta med ett Ja och sökord gällande Bakterityp, vem som mottagit svaret samt vilken läkare som meddelats provsvaret faller ut i mallen. Enligt rutin [Positivt blododlingssvar, handläggning vid SÄS](#).

Radiologi

De undersökningar som är vanligast finns med som kryssalternativ, men det är också möjligt att använda fritextrutan för andra undersökningar. När läkare skickar remiss till röntgen dokumenteras således även i *Planering* att en röntgenundersökning planeras. Fritextfältet till höger ger också utrymme för fritext om det finns behov av att t.ex. förtydliga vilken dag en undersökning planeras/ska genomföras.

Klin fys

Används på samma sätt som radiologi, se ovan.

Operation/endoskopi

Används på samma sätt som radiologi, se ovan.

Annan undersökning

Dokumentera de undersökningar som inte passar in i ovanstående sökord. Skriv vilken undersökning det gäller och yrkeskategori som genomför den. Sväljningsscreening dokumenteras här och eventuell åtgärd.

Konsult

För vissa konsultier finns kryssrutor som alternativ. För konsultier där kryssalternativ saknas, kan rutan för fritext användas. Fritextfältet till höger kan också användas för att specificera subspecialitet, t.ex. urolog, i fältet intill kirurg.

Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgång är av största vikt för att få en hög vårdkvalitet. Genom att dokumentera i Planering att den ska göras, eller är genomförd, blir det en naturlig del av varje rond att påminnas om uppgiften.

Enkel läkemedelsgenomgång ska göras vid all slutenvård, se riktlinje [Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse på SÄS](#) [4] samt regional medicinsk riktlinje [Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse](#) [5].

Samtal

Används för att dokumentera planerade och genomförda samtal med patienten och dennes närstående samt vilken yrkeskategori som haft samtalet. Sökordet är inte avsedd för alla korta kontakter eller ronder utan enbart för genomgripande längre samtal.

Här dokumenteras även när anhörig meddelats att patienten bytt vårdavdelning.

Annan planering

Innehåller sökord som syftar till att läkare ska kunna planera åtgärder inför utskrivning redan under pågående vårdtillfälle, t.ex. telefontid, provtagning eller återbesök. På detta sätt minskas behovet av planering utskrivningsdagen. Sökordet ersätter således inte sjuksköterskans aktivitet i Melior som heter *Utskrivningsplanering*.

Skriftlig patientinformation

Ange om patienten har fått skriftlig patientinformation.

Behandling/omvårdnad

Sökorden under *Behandling/omvårdnad* ska beskriva hur patienten ska vårdas. Patientens egna önskemål dokumenteras här, detta i ett led att få en så personcentrerad vård som möjligt. Bedömning eller utvärdering får inte förekomma. Dokumentation ska vara kort och koncis.

OBS! Uppdateras genom att inaktuell information ändras eller tas bort. Detta innebär att inaktuell information döljs bakom historikknappen jämte sökordet.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Anders Lundqvist, överläkare, infektionskliniken, SÄS

Frida Borg, Meliorförvaltningen, SÄS

Remissinstanser (utgåva 1)

Vårdokumentationsgruppen SÄS

Verksamhetschefer, SÄS

Vårdenhetschefer, enhetschefer och läkarchefer, SÄS

Fastställt av

Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

Nyckelord

Planering, Melior, vårdplanering, dokumentation, journalföring

Referens- och länkförteckning

1. Patientdatalag (2008:355). Svensk författningssamling
www.riksdagen.se under rubrik *Dokument & lagar*
2. Patient klar för vårdavdelning från akutmottagningen.
Sjukhusövergripande riktlinje SÄS
<https://hittadokument.vgregion.se/sas>
3. Hjärthandboken SÄS. Sjukhusövergripande riktlinjer, SÄS
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument/medicinska-styrdokument-per-amne/kardiologi-cirkulation/hjarthandboken>
4. NEWS2 för vuxna patienter på SÄS, Sjukhusövergripande rutin, SÄS.
[NEWS2 för vuxna patienter på SÄS \(vgregion.se\)](https://hittadokument.vgregion.se/sas)
5. Positivt blododlingssvar, handläggning vid SÄS, Sjukhusövergripande rutin, SÄS.
[Positivt blododlingssvar, handläggning vid SÄS.](https://hittadokument.vgregion.se/sas)
6. Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse på SÄS. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS
<https://hittadokument.vgregion.se/sas>
7. Regional medicinsk riktlinje ”Läkemedelsgenomgång och läkemedels-berättelse”. Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen.
<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/styrande-dokument-inom-halso-och-sjukvard/amnesomraden/lakemedel>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Anders Bengtsson Lundqvist, (andlu), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-308

Version: 5.0

Giltig från: 2023-09-28

Giltig till: 2025-09-28