



Delges:	Chefer, leg. vårdpersonal, vårdpersonal	Gällande utgåva nr: 1	Datum: 2015-05-11
Handläggare:		Ersätter utgåva nr:	Datum:
Ansvarig:	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Beslut fattat av:	Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Rutiner för dokumentation i patientjournal i Treserva

Manualer finns i Treserva: Tryck på F1. Förklaringstext: Högerklicka på sökordet och välj Sökordsinfo. Signering sker automatiskt för sjuksköterskor när man sparar. För rehab finns en signeringsfrist på sju dagar. Signering måste dock ske manuellt även efter dessa sju dagar.

Flytt av vårdtagare

Mottagande leg personal skapar/ändrar vårdåtagande vid ny patient/flytt av patient. Även alla pågående insatser i vårdplanerna behöver bytas utförarenhet på vid flytt av vårdtagare. Kortvårdens leg. Personal ansvarar för att flytta patienter i Treserva både vid ankomst och hemgång när det gäller växelvård och trygghetsplats.

Personuppgifter

Fyll i språk om annat språk än svenska. Folkbokföring endast vid avliden eller utflyttad till annan kommun. Närstående, skriv i vem som ska kontaktas i första hand och om närstående vill bli kontaktade nattetid. Referensperson är t.ex. ansvarig läkare, AK-mottagningen, andra mottagningar, annan leg. personal samt tandläkare. Varje yrkeskategori ansvarar för att uppgifterna uppdateras. God man och förvaltare ifylls av patientens kontaktperson.

Vid permanent boende är det kontaktpersonen som ansvarar för att patientens personuppgifter uppdateras.

Administrativa sökord

Sökord	Förklaring
Debitering	Används för debitering för enstaka hembesök eller vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel.
Enstaka hembesök	Används då patienten inte är inskriven i hemsjukvården. Information och uppföljning kring besöket skrivs här.
Funktionsdiagnos	Sjukgymnastens sammanfattade bedömning av status.
Hälsohistoria	Här dokumenteras de sjukdomar som den enskilde eller dennes närstående själv anger utan att de finns bekräftade av läkare. Alkohol-, tobak - och narkotikaanvändning skrivs här. Om den enskilde anger tidigare vård och rehabilitering samt erfarenhet av dessa så skrivs det under respektive ICF-sökord om det är relevant för den framtida vården/rehabiliteringen.
Information till och från vårdgivare.	Här dokumenteras information till och från annan/egen vårdgivare som har betydelse. T.ex rapport till och från annan/egen vårdgivare.

Godkänd (underskrift):	Ska publiceras på <input type="checkbox"/> Intranät <input type="checkbox"/> Webb	Publicerad (underskrift och datum)
Rubrik till Forum/webb: Rutin för dokumentation i patientjournal i Treserva		



Delges:	Chefer, leg. vårdpersonal, vårdpersonal	Gällande utgåva nr: 1	Datum: 2015-05-11
Handläggare:		Ersätter utgåva nr:	Datum:
Ansvarig:	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Beslut fattat av:	Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

<i>Sökord</i>	<i>Förklaring</i>
Kontaktorsak	Här dokumenteras orsaken till kontakten. Inskrivnen i HSV, trygghetsvistelse, korttidsvistelse, växelvistelse och inflyttning på särskilt boende skrivs här. Vid växelvård/Trygghetsplats ska periodens datum fyllas i. Ankomst till vårdplats, återgång till hemmet. Hembesök. Period/träning på dagrehab.
Kvalitetsregister:	Dokumentera att registrering är utförd. Resultatet i mätvärdet. Problem, mål och åtgärder i planer. Samtycke till registreringen dokumenteras i Samtyckesmodulen.
Läkarkontakt	Här dokumenteras det som framkommer under rond eller via annan återkoppling från läkaren. Utförande av enstaka provtagningar ordinerade av läkare skrivs här. Inskickning av patient till sjukhus dokumenteras här.
Läkemedelsansvar	Här dokumenteras om patienten själv ansvarar för sina läkemedel eller om OAS har övertagit läkemedelsansvar. Använd frastext: Läkemedelsansvar. Vårdplan under Läkemedel ska upprättas.
Medicinsk diagnos	Här dokumenteras endast diagnoser som är bekräftade av läkare, dvs. som är satta med ICD-10 kod. Hittas vanligen på läkarepikrisen. Ange källa med datum. Uppdatera efterhand.
Närstående kontakt	Här dokumenteras information som framkommit vid närstående kontakt eller när anhöriga kontaktades.
Observera	Uppgifter om patienten som alla måste känna till: Antikoagulantibehandling, Pacemaker, Förhöjd sekretess, När närstående ej ska ha tillgång till information om patienten eller få ta del av journal enligt patientens önskan. Restriktioner. Inskränkt behandling. Dokumentera om patienten har uttryckt önskemål om att få vårdas hemma (på boendet).
Omvårdnadsepikris	Här dokumenteras omvårdnadsepikrisen som är en slutgiltig och övergripande utvärdering av given vård efter vårdepisodens slut. Ange vårdtiden med start- och avslutsdatum. Används av sjuksköterskan.
Rehabiliteringsepikris	Här dokumenteras rehabiliteringsepikrisen som är en slutgiltig och övergripande utvärdering av given vård efter vårdepisodens slut. Ange vårdtid med start- och avslutsdatum.

Godkänd (underskrift):	Ska publiceras på <input checked="" type="checkbox"/> Intranät <input checked="" type="checkbox"/> Webb	Publicerad (underskrift och datum)
Rubrik till Forum/webb: Rutin för dokumentation i patientjournal i Treserva		



Delges:	Chefer, leg. vårdpersonal, vårdpersonal	Gällande utgåva nr: 1	Datum: 2015-05-11
Handläggare:		Ersätter utgåva nr:	Datum:
Ansvarig:	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Beslut fattat av:	Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Sökord	Förklaring
	Används av sjukgymnast/arbetsterapeut.
Samtycke	Dokumenteras i samtyckemodulen. Samtycke till informationsöverföring till närstående och annan vårdgivare, NPÖ (Nationell patientöversikt), begränsningsåtgärder och kvalitetsregister. Normalt sätt gäller samtycket i ett år.
SIP	Här dokumenteras information som framkommit vid upprättande av SIP. Dokumentera datum då SIP upprättades.
Smitta	Blodsmitta. Vårdhygienisk smitta. Visas som en bloddroppe genomgående i systemet om det förekommer smitta.
Teambaserad planering	Här dokumenteras information som rör teambaserad planering. Tex Teamträffar, bogrupp eller vårdplanering.
Transport	Taxiresor, permissioner, resor bokade för planerade besök hos läkare, färdtjänst, följeslagare, trappklättrare.
Öppet LPT	Här dokumenteras om patienten har ett beslut på öppet LPT.
Överkänslighet	Överkänslighet med risk för allvarlig och livshotande tillstånd som är medicinskt bekräftat i läkarjournal eller epikris. Ange läkarens namn, vilket läkemedel/födoämne patienten inte tål. Ange vilken reaktion patienten drabbats av t ex anafylaktisk chock. Ange om möjligt när reaktionen händer och hur. Även annan förekommande överkänslighet ska dokumenteras. Ange uppgiftslämnare.

Dokumentera enligt ICF


I sökordsträdet dokumenteras patientens status under aktuellt sökord enligt Socialstyrelsens riktlinjer för ICF (<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-1>).

Markera och högerklicka på sökordet. Välj sökordsinfo. Då öppnas en ruta med förklarings-text om sökordet.

Att dokumentera i plan

Status ska dokumenteras i sökordsträdet. Vid återkommande åtgärder ska vårdplan skapas. Vårdplanerna är vår kommunikationslänk till omvårdnadspersonalen. Därav stor vikt att skriva så utförligt och tydligt som möjligt. All leg personal kommer åt alla insatstyper. Man väljer dock insats efter problem och yrkesområde. Den aktuella vårdplanen ska innehålla problem, mål, åtgärder/insatser, uppföljning samt resultat. Syftet med vårdplanen är att all personal som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats. Vårdplanen ska upprättas snarast. Vårdplanen är tvärprofessionell och prospektiv, vilket innebär att alla journalföringspliktiga yrkesgrupper tillför och ansvarar för sin del i

Godkänd (underskrift):	Ska publiceras på <input checked="" type="checkbox"/> Intranät <input checked="" type="checkbox"/> Webb	Publicerad (underskrift och datum)
Rubrik till Forum/webb: Rutin för dokumentation i patientjournal i Treserva		

 Katrineholms kommun VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN	RUTINER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD Sid 4 (9)	
	RUTIN FÖR DOKUMENTATION I PATIENTJOURNAL I TRESERVA	
Delges: Chefer, leg. vårdpersonal, vårdpersonal	Gällande utgåva nr: 1	Datum: 2015-05-11
Handläggare:	Ersätter utgåva nr:	Datum:
Ansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Beslut fattat av: Verksamhetschef för hälso- och sjukvård	

den gemensamma vårdplanen som pekar framåt i tiden. Vårdplanerna ska inte skrivas ut då de snabbt kan bli inaktuella. Omvårdnadspersonalen ska gå in och läsa i genomförandewebben i aktuell vårdplan. Hänvisning till signeringslista eller behandlingslista kan göras.

Problem: Patientens aktuella problem och/eller behovs beskrivs här.

Mål: Målen ska formuleras i termer som beskriver patientens situation och som ett förväntat resultat utifrån den enskilde. Målet ska formuleras så att det går att utvärdera. Det vill säga: vara realistiskt, mätbart och tidsangivet.

Åtgärder/insatser: Insatserna utgår från Socialstyrelsens KVÅ (kvalificerad vårdåtgärd). Välj den insats som ska utföras och specificera i text efter: VAD som ska göras, Hur det ska göras, NÄR det ska göras, NÄR det ska utvärderas, VAR det ska göras samt AV VEM det ska göras, ev patientens eller närståendes medverkan. En vårdplan kan innehålla flera insatser så länge det rör samma problem och/eller behov samt har samma mål. Alla insatser i vårdplanerna måste fördelas. Om det är leg Personal som insatsen avser ska den fördelas till HSV enhet. Om den ska fördelas till utförarenhet väljs både Fördelad till enhet samt verksamhet.

Uppföljning: Uppföljning i vårdplan ska ske kontinuerligt av både leg personal som av omvårdnadspersonal. Uppföljning görs genom att jämföra patientens status med de avsedda målen.

Resultat: Slutgiltig uppföljning för att nå målet. Ska skrivas innan plan avslutas.

Läkemedelsplanen

Läkemedelsdispensering: Dokumentera administrering av dosrulle, helförpackningar samt dosettindelningar. Vem som administrerar vad och när.


Läkemedelstillförsel UNS: Enstaka stående injektioner samt hur patientens aktuella läkemedel ska tas. Ordinationer samt klockslag ska inte framkomma här. Hänvisning till läkemedelslista samt signeringslista ska göras.

Ordination av läkemedel: Ordinationer av läkemedel dokumenteras här samt av vem som har ordinerat. Ordinationer som är utförda av läkare och finns på patientens medicinlista skrivs inte här. Originalhandlingen gäller.

Insatsen Provtagning: Används för all slags provtagning beroende i vilken plan den välj i. Tex: Provtagning på läkemedelskoncentrationer skrivs i läkemedelsplanen. Urinprov/odling skrivs i plan under funktioner i urinorganen (b6). Sårödling skrivs i vårdplan under Funktioner i huden (b8).

Vid behovsmedicinering: skrivs i vårdplan för respektive problem. Tex vid behovsmedicinering mot oro skrivs i plan för Psykiska funktioner (b1). Frekvensen ska vara 0.

Godkänd (underskrift):	Ska publiceras på X Intranät X Webb	Publicerad (underskrift och datum)
Rubrik till Forum/webb: Rutin för dokumentation i patientjournal i Treserva		

 Katrineholms kommun VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN	RUTINER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD Sid 5 (9)	
	RUTIN FÖR DOKUMENTATION I PATIENTJOURNAL I TRESERVA	
Delges: Chefer, leg. vårdpersonal, vårdpersonal	Gällande utgåva nr: 1	Datum: 2015-05-11
Handläggare:	Ersätter utgåva nr:	Datum:
Ansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Beslut fattat av: Verksamhetschef för hälso- och sjukvård	

Specifika vårdplaner

Vid Waranbehandling

Öppna upp en vårdplan under läkemedel (e1101).

Döp den till WARANBEHANDLING.

Där under skrivs allt som har med Waran att göra.

Använd Insatsen för ordination av läkemedel. Infoga frastext PK-prov. Där skrivs nya ordinationen in som vi får av AK-mottagningen. Vid ny ordination skrivs den nya ordinationen in med frastext som uppföljning.

Insatsen provtagning kan användas om man vill skriva att PK-provet är taget.

Läkemedelsdispensering: används om Waran ska delas av ssk i dosett.

Läkemedelstillförsel kan användas om omvårdnadspersonalen ska ge Waran till patienten.

Under administrativa sökordet OBSERVERA dokumenteras att patienten har Antikoagulantibehandling.

Vid diabetes

Öppna upp vårdplan under Matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner (b5).

Döp planen till DIABETES

Lägg till aktuella insatser och specificera.

Vid kontinuerlig p-glukosmätning ska en egen vårdplan göras döpt till P-GLUKOS med insatsen övervakning av blodsockernivå. Det är där som omvårdnadspersonalen ska skriva in aktuellt värde som uppföljning istället, då de ej har tillgång till mätvärden i Treserva.

Provtagning kan användas för tex HbA1c prover.

Under läkemedelstillförsel beskrivs Insulingivningen om det är omvårdnadspersonalen som ska ge insulin.

Under läkemedelsdispensering kan man beskriva hur Insulinet ska administreras. T.ex anhöriga hämtar ut insulin och hjälpmedel.

Insulinordinationen måste stå i en vårdplan under Läkemedel. Öppna upp en plan där och döp den till INSULIN. Vid ny ordination avslutas den nuvarande insatsen och ny läggs upp med den nya ordinationen.

Vid Epilepsi eller Parkinson sjukdom


Vid behov av återkommande dokumentation inom detta ska vårdplan öppnas under Neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner (b7).

Döp planen till det den avser Epilepsi eller Parkinson.

Lägg till aktuella insatser och specificera.

Rehab kan sedan fylla på med sina specifika insatser i samma vårdplan.

Godkänd (underskrift):	Ska publiceras på <input checked="" type="checkbox"/> Intranät <input checked="" type="checkbox"/> Webb	Publicerad (underskrift och datum)
Rubrik till Forum/webb: Rutin för dokumentation i patientjournal i Treserva		

 Katrineholms kommun VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN	RUTINER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD Sid 6 (9)	
	RUTIN FÖR DOKUMENTATION I PATIENTJOURNAL I TRESERVA	
Delges: Chefer, leg. vårdpersonal, vårdpersonal	Gällande utgåva nr: 1	Datum: 2015-05-11
Handläggare:	Ersätter utgåva nr:	Datum:
Ansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Beslut fattat av: Verksamhetschef för hälso- och sjukvård	

Vid sårvård exklusive trycksår

Öppna upp en vårdplan under Funktioner i huden (b8).

Döp planen efter det sår/omläggning planen ska avse.

Lägg till aktuella insatser och specificera. Frastext - Sårbedömning bör användas för bedömning av såret.

Hänvisning till behandlingslista ska ske.

Efter upprättande av vårdplan ska behandlingslista upprättas. Behandlingslistan ska innehålla utförlig beskrivning av omläggningen samt användas för signering.

Uppföljning ska ske i vårdplanen av både leg personal samt omvårdnadspersonal.

Vid hot och våld

Vid återkommande aggressivitet hos en patient där hot och våld förekommer ska vårdplan upprättas under Psykiska funktioner (b1). Döp planen till **HOT OCH VÅLD**.

Lägg till insatser och specificera. Hänvisning till eventuella referenspersoner kan göras.

Vård i livets slut

Efter brytpunktssamtal eller när man aktiverat PM ska man upprätta en vårdplan under sökordet vård i livets slut. Tanken är att all vård som ges efter detta ska dokumenteras här så att det blir samlat på ett ställe.

Döp planen till **VÅRD I LIVETS SLUT**.

Insatsen Omvårdnad kan användas till mycket utifrån patientens individuella behov och problem. Skriv utförligt VAD som ska göras, Hur det ska göras, NÄR det ska göras, NÄR det ska utvärderas, VAR det ska göras samt AV VEM det ska göras, ev patientens eller närståendes medverkan.


Varje profession fyller på i vårdplanen med sina åtgärder.

Vid upprättande av vårdplan i livets slut ska patientens övriga planer återkallas och avslutas då all dokumentation ska ske i denna plan.

Under insatsen Omhändertagande av avliden dokumenteras konstaterande eller undersökning av dödsfallet beroende på om det är doktor eller sjuksköterska som gör det, samt att id-märkning är utförd. Det ska även dokumenteras vem som ombesörjer kontakt med begravningsbyrå.

När dödsfallet har skett ska en notering göras i sökordsträdet under Avliden.

Godkänd (underskrift):	Ska publiceras på <input checked="" type="checkbox"/> Intranät <input checked="" type="checkbox"/> Webb	Publicerad (underskrift och datum)
Rubrik till Forum/webb: Rutin för dokumentation i patientjournal i Treserva		

 Katrineholms kommun VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN	RUTINER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD Sid 7 (9)	
	RUTIN FÖR DOKUMENTATION I PATIENTJOURNAL I TRESERVA	
Delges: Chefer, leg. vårdpersonal, vårdpersonal	Gällande utgåva nr: 1	Datum: 2015-05-11
Handläggare:	Ersätter utgåva nr:	Datum:
Ansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Beslut fattat av: Verksamhetschef för hälso- och sjukvård	

Senior Alert

Vid Fallprevention/fall

Plan för fallprevention ska öppnas då det föreligger fallrisk.

Leg. Personal som får informationen skapar planen och kontaktar berörda professioner.

Dokumentera status under Att ändra grundläggande kroppsställning (d410).

Öppna vårdplan under förflyttning och döp den till FALLPREVENTION.

Varje profession fyller på i vårdplanen med sina åtgärder. Dokumentera poäng som framkommit vid tex Senior Alert under problem.

Insatserna: Balansträning, muskelfunktion och styrketräning, träning av posturala reaktioner samt fallprevention ska enbart användas som åtgärd under Fallpreventionsplanen. Detta för att de är åtgärder utifrån Senior Alert.

Vid behov av andra åtgärder än de som kan väljas under sökord förflyttning (exempelvis medicinska åtgärder) skapas specifik vårdplan under lämpligt sökord. Hänvisning till specifik vårdplan ska finnas i vårdplan fallprevention.

När fall sker dokumenteras det under uppföljning i vårdplanen.

När fall har skett, och personen inte har en pågående plan, ska det dokumenteras i sökordsträdet under Att ändra grundläggande kroppsställning (d410) därefter ska vårdplan FALLPREVENTION öppnas.

Vid återkallande/avslutande av en insats ansvarar den professionen som fördelat insatsen att återkalla/avsluta insatsen.

Den professionen som öppnade vårdplanen ansvarar för att avsluta planen.

Vid Undernäring/risk för undernäring

Plan för undernäring ska öppnas då det föreligger risk för undernäring eller redan finns undernäring.

Leg. Personal som får informationen skapar planen och kontaktar berörda professioner.


Dokumentera status under Viktuppehållande funktion (b530).

Öppna vårdplan under Matsmältnings- och ämnessättningsfunktioner (b5) och döp den till UNDERNÄRING.

Varje profession fyller på i vårdplanen med sina åtgärder. Dokumentera poäng som framkommit vid tex Senior Alert under problem.

Vid insättning/användning av näringsdryck ska denna insats vara i denna plan oavsett syfte med näringsdrycken.

Godkänd (underskrift):	Ska publiceras på <input checked="" type="checkbox"/> Intranät <input checked="" type="checkbox"/> Webb	Publicerad (underskrift och datum)
Rubrik till Forum/webb: Rutin för dokumentation i patientjournal i Treserva		

 Katrineholms kommun VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN	RUTINER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD Sid 8 (9)	
	RUTIN FÖR DOKUMENTATION I PATIENTJOURNAL I TRESERVA	
Delges: Chefer, leg. vårdpersonal, vårdpersonal	Gällande utgåva nr: 1	Datum: 2015-05-11
Handläggare:	Ersätter utgåva nr:	Datum:
Ansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Beslut fattat av: Verksamhetschef för hälso- och sjukvård	

Vid Trycksår/risk för trycksår

Plan för trycksårprofylax ska öppnas då det föreligger risk för trycksår eller redan finns trycksår.

Leg. Personal som får informationen skapar planen och kontaktar berörda professioner.

Dokumentera status under Hudens skyddsfunktioner (b810).

Öppna vårdplan under Funktioner i huden (b8) och döp den till TRYCKSÅRS-PROFYLAX.

Varje profession fyller på i vårdplanen med sina åtgärder. Dokumentera poäng som framkommit vid tex Senior Alert under problem.

Insatserna cirkulationsbefrämjande åtgärder, kroppsplacering och rörlighetsträning ska enbart användas som åtgärd i planen trycksårprofylax. Detta är för att de är åtgärderna utifrån Senior Alert.

Mätvärden

Kan inte ses av omvårdnadspersonal. Då omvårdnadspersonal är delegerad att inhämta mätvärden får mätvärden dokumenteras på signeringslista eller som uppföljning i vårdplan. Om sjuksköterskan för in mätvärden som omvårdnadspersonal tagit ska det skrivas i kommentarfältet att mätvärdet är utfört av omvårdnadspersonal. Hänvisning till vårdplan kan göras.


Signeringslistor

Skapas under Documenta. Skriv in aktuella uppgifter på dokumentet. Spara men skrivskydda det inte. Dokumentet kan användas igen med små ändringar. Det är utskriften med signering som är original/journalhandling. Signeringslistor kan endast skrivas ut av leg personal. Ska framkomma på utskriften vem som ansvarar för dokumentet. Om ändringar görs på tex signeringslista ska ändringar utföras av leg personal samt framkomma av vem ändringarna är gjorda av.

Enstaka hembesök

Ett beslut på Enstaka hembesök ska upprättas endast då det utförs enstaka hembesök, tex då personen inte är inskriven i hemsjukvården. På detta beslut ska det inte skapas vårdplaner utan dokumentation och uppföljning sker under administrativa sökordet Enstaka hembesök. Beslutet ska endast användas kortvarigt och avslutas därefter. Under administrativa sökordet Debitering fylls uppgifter om besöket i för att debitering ska ske.

Godkänd (underskrift):	Ska publiceras på <input checked="" type="checkbox"/> Intranät <input checked="" type="checkbox"/> Webb	Publicerad (underskrift och datum)
Rubrik till Forum/webb: Rutin för dokumentation i patientjournal i Treserva		

 Katrineholms kommun VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN	RUTINER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD Sid 9 (9)	
	RUTIN FÖR DOKUMENTATION I PATIENTJOURNAL I TRESERVA	
Delges: Chefer, leg. vårdpersonal, vårdpersonal	Gällande utgåva nr: 1	Datum: 2015-05-11
Handläggare:	Ersätter utgåva nr:	Datum:
Ansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Beslut fattat av: Verksamhetschef för hälso- och sjukvård	

Föreskrivning av inkontinenshjälpmedel

Under administrativa sökordet Debitering fylls uppgifter om föreskrivningen i för att debitering ska ske. Själva föreskrivningen dokumenteras i vårdplan under uppföljning.

Meddelande

Klicka på brevet i menyraden. Kan skickas till flera. Sändningslistor finns.

Utskrifter

Leg. Personal får endast skriva ut enstaka journalanteckningar. Hela eller delar av journalen får endast skrivas ut av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Avsluta vårdåtagande

För att kunna avsluta ett vårdåtagande måste alla Documenta vara skrivskyddade samt alla vårdplaner vara avslutade. Avslutningsorsak måste anges.

Avliden

Vid dödsfall ska ett meddelande skickas i meddelandefunktionen till aktuell enhet som patienten tillhör där det framkommer att patienten har avlidit samt datum för detta. Enhetschefen ansvarar för att skicka till aktuell handläggare samt till boendesamordnaren. Under personuppgifter – folkbokföring – ska man fylla i datum då patienten avlidit. Alla vårdplaner ska återkallas samt avslutas av ansvarig leg personal. Därefter avslutas vårdåtagandet för aktuell patient.

Godkänd (underskrift):	Ska publiceras på <input checked="" type="checkbox"/> Intranät <input checked="" type="checkbox"/> Webb	Publicerad (underskrift och datum)
Rubrik till Forum/webb: Rutin för dokumentation i patientjournal i Treserva		