

 Katrineholm Vård- och omsorgsförvaltningen	RUTINER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	SID 1 (11)
	DOKUMENTATION I PATIENT-JOURNAL TRESERVA	
Berörd verksamhet Alla verksamheter	Dokumentansvarig Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Datum 2023-10-09
Målgrupp Chefer, legitimerad personal, vårdpersonal	Beslutande Verksamhetschef enligt HSL	Version 2
Process Dokumentation och IBIC	Tidpunkt för uppföljning 2024-11-01	Giltighet Tills vidare

Rutin för dokumentation i patientjournal Treserva

Som stöd i journalsystemet finns manual tillgänglig i Treserva, tryck på fliken Hjälp eller F1 på tangentbordet. Sökorden i journaltråden har också en förklarande text som nås genom att högerklicka på respektive sökord och välj sökordsinfo.

Sjuksköterskors journalanteckningar signeras automatiskt när den sparas. Arbets-terapeuter och Sjukgymnaster/Fysioterapeuter signerar sina anteckningar manuellt.

Innehållsförteckning

Flytt av vårdtagare/vårdåtagande	2
Personuppgifter	2
Administrativa sökord	2
Sökord	2
Förklaring	2
Samtycke	4
Dokumentera status	4
Dokumentera åtgärder	5
Vårdplaner	5
Läkemedelsplanen	6
Specifika vårdplaner	6
KVÅ-koder	6
Mätvärden	7
Signeringslistor	7
Förskrivning av inkontinenshjälpmedel	7
Utskrifter	7
Avsluta vårdåtagande	7
Avliden	7
Övergripande styrdokument:	7
Logg ändringar:	7
Bilaga 1	8
Specifika vårdplaner	8
Vid Waranbehandling	8
Vid diabetes	8
Vid Epilepsi eller Parkinson sjukdom	8
Vid sårvård exklusive trycksår	9
Vård i livets slutskede	9
Senior Alert	9
Vid Fallprevention/fall	9
Vid Undernäring/risk för undernäring	10
Vid Trycksår/risk för trycksår	10
Blåsdysfunktion	11
Munhälsa	11

Godkänd (underskrift beslutande)	Ska publiceras på X Intranät X Webb	Publicerad (underskrift och datum)
----------------------------------	--	------------------------------------



Flytt av vårdtagare/vårdåtagande

Mottagande leg personal skapar/ändrar vårdåtagandet vid ny patient/flytt av patient så denne tillhör rätt område/enhet. Viktigt att se över vårdplaner och fördelade insatser i samband med flytt då utförarenhet behöver ändras manuellt i alla vårdplaner.

Överlämnande Leg personal avslutar insatser och vårdplaner som inte längre är aktuella efter flytt. Fortsatt aktuella vårdplaner på mottagande enhet ska överrapporteras av överlämnande leg personal till mottagande leg personal.

Vid trygghetsplats och växelvård på korttidsboende ansvarar Leg. Personal där för att flytta patienter i Treserva både vid ankomst och hemgång.

Personuppgifter

Fliken folkbokföring ändras endast när sjuksköterska markerar patienten som avliden. Under personuppgifter kan kontaktuppgifter och namn på närstående anges. Skriv i vem som ska kontaktas i första hand och notera gärna eventuella särskilda omständigheter (exempelvis om närstående vill bli kontaktade nattetid eller ej).

Under referensperson anges aktuella kända kontaktuppgifter till exempelvis ansvarig läkare, legitimerad personal i kommunen, annan leg. personal regionen samt tandläkare. Varje yrkeskategori ansvarar för att uppgifterna de lämnat uppdateras vid behov.

Under fliken språk anges aktuellt språk om annat än svenska.

Administrativa sökord

Sökord	Förklaring
Aktivitetsdiagnos	Arbeterapeutens sammanfattade bedömning av status
Debitering	Används för debitering för enstaka hembesök eller vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel.
Funktionsdiagnos	Sjukgymnastens/Fysioterapeutens 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 skriftlig, muntligt eller via telefon. OBS! information till och från läkare dokumenteras under läkarkontakt Inskickning av patient till sjukhus dokumenteras här. Högerklicka på sökordet och välj enstaka åtgärd och välj distanskonsultation för att registrera KVÅ-kod.
Journalgranskning	Administrativt sökord att använda när man är inne i journal utan vårdkontakt. Frastext finns.



Sökord	Förklaring
Kontaktorsak	Här dokumenteras orsaken till kontakten eller hembesöket. Datum för Inskrivning 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. Period/träning på dagrehab.
Kvalitetsregister:	Dokumentera att registrering är utfört. Resultatet i mätvärden. Problem, mål och åtgärder i planer. Samtycke till registreringen dokumenteras i Samtyckesmodulen.
Läkarkontakt	Här dokumenteras det som framkommer under rond eller vid annan kontakt med läkaren. Enstaka provtagningar ordinerade av läkare registreras här när separat vårdplan för detta inte bedömts nödvändig. Högerklicka på sökordet och välj enstaka åtgärd och välj distanskonsultation för att registrera KVÅ-kod.
Läkemedelsansvar	Här dokumenteras om patienten själv ansvarar för sina läkemedel eller om Hälso- och sjukvården har övertagit läkemedelsansvar. Vid övertag läkemedelsansvar upprättas vårdplan Läkemedel.
Medicinsk diagnos	Här dokumenteras endast diagnoser som är bekräftade av läkare, dvs. som är satta med ICD-10 kod. Hittas tex i NPÖ i diagnosöversikt. Ange källa med datum. Uppdatera efterhand.
Närstående kontakt	Här dokumenteras information som framkommit vid närstående kontakt.
Observera	Viktiga uppgifter om patienten, exempelvis antikoagulation-behandling, pacemaker, förhöjd sekretess, inskränkt behandling/TND (tillåt naturlig död) eller eventuella önskemål om livets sista tid. Notera också när närstående ej ska ha tillgång till information om patienten eller få ta del av journal enligt patientens önskan. Observera att endast leg personal ser denna info.
Omvårdnadsepikris	Här dokumenteras omvårdnadsepikrisen som är en slutgiltig och övergripande sammanfattning av given vård. Dokumenteras i samband med vårdepisodens slut. Ange vårdtiden med start- och avslutsdatum. Används av sjuksköterskan.
Rehabiliteringsepikris	Här dokumenteras rehabiliteringsepikrisen som är en slutgiltig och övergripande sammanfattning av given rehabilitering efter rehabiliteringsepisodens slut. Ange start- och avslutsdatum. Används av sjukgymnast/fysioterapeut/arbetsterapeut.
SIP	Här dokumenteras information som framkommit vid upprättande, genomförande och uppföljning av SIP (Samordnad Individuell Plan). Dokumentera datum då SIP upprättades samt vilka som medverkat. Dokumentera så patientens delaktighet i beslut/planering framgår. Varje yrkeskategori ansvarar för sin dokumentation. Överenskommelse kan göras om att en utsedd leg. personal dokumenterar det gemensamma för samtliga deltagare på mötet. Övriga deltagare hänvisar till denna anteckning.



Sökord	Förklaring
Smitta	Bekräftat blodsmitta eller annan vårdhygienisk smitta. Visas som en bloddroppe genomgående i Treserva om det gjorts en anteckning här. Beakta att endast legitimerad personal ser beskrivningen av smittan. Vårdplan upprättas därför vid behov utifrån aktuell smitta.
Teambaserad planering	Här dokumenteras information som rör teambaserad planering, till exempel teamträffar, bogrupp eller vårdplanering. Varje yrkeskategori ansvarar för sin dokumentation. Överenskommelse kan göras om att en utsedd personal dokumenterar det gemensamma. Övriga deltagare hänvisar då till denna anteckning.
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 (Lag om psykiatrisk tvångsvård).
Överkänslighet	Känd överkänslighet med risk för allvarligt och livshotande tillstånd som är medicinskt bekräftat. Fyll i formuläret där källan anges med namn och datum. Skriv vilket läkemedel/födoämne patienten inte tål. Ange vilken reaktion patienten drabbats av t ex anafylaktisk chock och om möjligt ytterligare information. Även annan förekommande överkänslighet ska dokumenteras. Ange uppgiftslämnare. Det går även att fylla i "ingen känd överkänslighet". Beakta att informationen i sin helhet endast ses av leg. personal.

Samtycke

Samtycke dokumenteras i samtyckesmodulen med följande valbart innehåll:

- Informationsöverföring till närstående.
- Kvalitetsregister.
- Sammanhållen informationsöverföring (Prator, NPÖ, telefon).
- Insats/åtgärd (brickbord, bälte/grensele, dörrlarm, fallarm, golvlarm, GPS nödsändare, kameratillsyn, rörelselarm, sänggrind).

Normalt gäller samtycket i ett år och behöver förnyas därefter.

Dokumentera status

I sökordsträdet dokumenteras patientens utgångsstatus under aktuellt sökord enligt Socialstyrelsens riktlinjer för ICF [Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF - Socialstyrelsen](#).

Tag gärna hjälp av omvänd lathund samt förklaringstext och frastexter.

Vid behov av åtgärder ska en vårdplan upprättas där man kan följa vården. En vårdplan kan inte upprättas utan ett skrivet utgångsstatus i sökordsträdet. Uppföljning av status för aktuellt problem görs i vårdplanen. Efter avslutad vårdplan uppdateras status i sökordsträdet.



Dokumentera åtgärder

Åtgärder kan dokumenteras på två olika sätt: I vårdplan eller som enstaka åtgärd.

- Enstaka åtgärder kan dokumenteras under vissa sökord i sökordsträdet. Det görs när vårdplan ej bedöms nödvändig.
- I vårdplan. Upprättas när det finns ett problem och ett mål som ska uppnås med återkommande åtgärder.

Vårdplaner

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. Vårdplaner är även kommunikationslänken till omvårdnadspersonal. Åtgärder i vårdplan fördelas till Legitimerad/HSL eller till utförarenhet SOL-utförare/omsorgspersonal. Det är viktigt att skriva utförligt och tydligt eftersom omvårdnadspersonal inte kan läsa övrig HSL-journal. Vyn i genomförandewebben är inte samma som för leg personal. Omvårdnadspersonal behöver *söka* vårdplan för att se vad leg personal skriver.

Den aktuella vårdplanen ska innehålla problem, mål, åtgärder/insatser, samt resultat. Under åtgärderna dokumenteras även uppföljning. I förekommande fall kan hänvisning ske till signeringslista eller behandlingslista (digitalt eller papper). Viktigt att uppföljningen dokumenteras under rätt åtgärd/insats. Vårdplanen kan vara tvärprofessionell där flera professioner är involverade i samma plan. Inaktuella vårdplaner eller insatser/åtgärder ska avslutas.

Vårdplaner ska kontrolleras årligen så att de är aktuella. Det dokumenteras under resultat i respektive vårdplan.

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

Mål: Målet ska i möjligast mån utformas SMART (Specifikt, Mätbart, Aktuellt, Realistiskt, Tidsangivet). Patientens delaktighet i utformningen av målet ska framgå.

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 omvårdnadspersonal/utförarenhet väljs både Fördelad till enhet samt verksamhet.

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

Resultat: Dokumentera resultat av insatserna innan vårdplanen avslutas. Är målet uppnått? Resultatet ska också användas för att aktualisera en vårdplan som överskrider ett år.



Läkemedelsplanen

Läkemedelsdispensering: Dokumentera administrering av dosrulle, helförpackningar samt dosettdelningar. Vem som administrerar vad och när. Exempelvis dosett delas en gång i veckan av dsk, dosrulle kontrolleras var 14:e dag eller injektion var 3:e månad.

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 behovs medicinering mot oro skrivs i plan för Psykiska funktioner (b1). Frekvensen ska vara 0.

Vaccinationer: Dokumenteras i första hand i vårdplan under sökordet läkemedel (vald åtgärd vaccination) alternativt löpande anteckning under sökord *läkemedel*, där då även enstaka åtgärd kan registreras som KVÅ

Specifika vårdplaner

Se **Bilaga 1** för exempel på specifika vårdplaner.

KVÅ-koder

KVÅ koder= kvalificerad vård-åtgärd. I Treserva är det insatserna vi fördelar i vårdplaner. Dessa åtgärder i vårdplan ska ALLTID fördelas, antingen till dig själv eller till respektive utförarenhet.

För att registrera KVÅ-koder:

- Ställ dig på den åtgärd du vill registrera som utförd
- Högerklicka när du står på åtgärden
- Klicka på Utförd åtgärd
- Fyll i vilka som ev var med (om du utfört åtgärden själv klickas inga rutor i)
- Klicka på OK.

Det finns ett antal KVÅ-koder som ligger "utanför" vårdplaner. Om du högerklickar på ett sökord ser du om KVÅ-kod finns eller inte på detta sökord. Om det går att registrera KVÅ-kod på sökordet går det att välja "Enstaka åtgärd" i rutan som kommer upp. OBSERVERA att det här alltså inte står "utförd åtgärd" utan "Enstaka åtgärd".



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

I första hand används digital signering, se separat rutin.

Vid driftstopp så används utskrivna papperslistor "Driftstoppsslista" som ska finnas i två (2) exemplar hos alla berörda patienter.

Äldre sätt som kan användas när digitala listor inte kan användas av något skäl: Skapas under Documenta. Skriv in aktuella uppgifter på dokumentet. Spara men skrivskyddade 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.

Förskrivning av inkontinenshjälpmedel

Under administrativa sökordet Debitering fylls uppgifter om förskrivningen i för att debitering ska ske. Debitering gäller endast hemsjukvården. Själva förskrivningen dokumenteras i vårdplan under uppföljning.

Utskrifter

Leg. personal får endast skriva ut enstaka journalanteckningar.

Hela eller delar av journalen får endast skrivas ut av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

När anhöriga eller försäkringsbolag önskar journalkopior hänvisas till MAS.

Avsluta vårdåtagande

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

Avliden

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.

Övergripande styrdokument:

- Riktlinje för informationshantering och patientjournal 2020-01-01.

Logg ändringar:

- 2023-10-09, version 2: Sammanfattning av ändringar är omfattande då ursprungliga dokumentet är sedan 2015. För historik se tidigare version.



Bilaga 1

Specifika vårdplaner

Hälsotillstånd: Skapa en vårdplan där omvårdnadspersonal kan dokumentera brukares nytillkomna förändrade hälsotillstånd. Dvs då brukaren i vanliga fall inte har några särskilda medicinska behov och det inte finns några andra specifika planer upprättade.

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.

**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/digital signering ska ske om åtgärden ska fördelas till delegerad personal.
- 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 delegerad personal om insatsen är fördelad till dem.

Vård i livets slutskede

Vid upprättande av vårdplan i livets slut ska i regel patientens övriga planer återkallas och avslutas då all dokumentation ska ske i denna plan. Undantagsvis kan dock andra aktuella vårdplaner behöva kvarstå, exempelvis vid tidigt brytpunktssamtal eller där aktuella vårdplaner har viktig information som omvårdnadspersonal behöver kunna ta del av tills vidare.

Efter brytpunktssamtal ska man upprätta en vårdplan under sökordet vård i livets slutskede. 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 har sedan möjlighet att efter behov fylla på vårdplanen med aktuella åtgärder.
- Under insatsen Omhändertagande av avliden dokumenteras konstaterande eller undersökning av dödsfallet beroende på om det är läkare eller sjuksköterska som gör det, samt att id-märkning är utfört. Det ska även dokumenteras vem som ombesörjer kontakt med begravningsbyrå.
- När dödsfallet har skett ska en notering göras i sökordsträdet under Avliden.

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 döpa 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.

Vid Trycksår/risk för trycksår

Plan för trycksårsprofylax 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 döpa 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 trycksårsprofylax. Detta är för att de är åtgärderna utifrån Senior Alert.



Blåsdysfunktion

Del av Senior Alert. Plan för blåsdysfunktion ska skapas (av sjuksköterska) när risk föreligger eller patienten har känd problematik. Alla med blåsdysfunktion ska erbjudas basal utredning (görs av sjuksköterska som förskriver inkontinenshjälpmedel).

Plan kan döpas till Blåsdysfunktion eller specificeras efter behov (t.ex. urininkontinens).

- Dokumentera anamnes/status gällande patientens symtom och sådant som är känt gällande bakomliggande orsaker. Patientens delaktighet och egen upplevelse viktig i utformningen av mål och åtgärder.

Munhälsa

Del av Senior Alert. Vid risk för ohälsa i munnen (eller konstaterad ohälsa) upprättas vårdplan (av sjuksköterska) med aktuella åtgärder och mål fördela insatser till omvårdnadspersonal om de ska hjälpa patienten med mun-/tandvård.

Beakta patientens delaktighet och samverka vid behov med tandvården.

Döp plan till Munhälsa eller specificeras efter behov (t.ex. Muntorrhet).