

# HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSVÄGLEDNING

Uppdaterad 2019-06-15

KRISTIANSTADS KOMMUN Omsorgsförvaltningen

# Innehåll

<b>Kapitel 1 Innehåll och utformning</b> .....	3
Vad ska dokumenteras och när .....	3
Dubbelokumentation .....	3
Benämning och begrepp.....	3
Väsentliga uppgifter .....	4
Frastexter.....	4
Visad information .....	4
Hemsjukvårdspatient.....	4
Avsluta/stänga patientjournal.....	4
<b>Kapitel 2 Patientuppgifter</b> .....	4
Patientens identitet.....	4
Patientuppgifter .....	5
<b>Kapitel 3 Uppmärksamhetssignal</b> .....	5
Varning.....	5
Smitta.....	5
Observera .....	6
<b>Kapitel 4 Bakgrunden till vården</b> .....	6
Kontaktorsak.....	6
Hälsohistoria .....	6
Inkommande information från andra vårdgivare.....	7
Pågående vård/Behandling .....	7
Social bakgrund .....	7
<b>Kapitel 5 Kontaktsökord</b> .....	7
Samordning.....	7
Läkarkontakt .....	7
Närståendekontakt.....	8
Remiss.....	8
<b>Kapitel 6 Bedömning</b> .....	8
Dokumentera bedömning .....	8
Riskanalys av planerad insats .....	9
Egenvårdsbedömning.....	9
Egenvårdsbedömning läkemedelshantering .....	9
Bedömningsinstrument .....	9
Mätvärden .....	9
Områden i bedömningsdelen utifrån ICFs klassifikation.....	9
<b>Kapitel 7 Sammanfattat hälsotillstånd</b> .....	10

<b>Kapitel 8 Hälsoplan .....</b>	<b>10</b>
Mål.....	10
Måluppfyllelse .....	11
<b>Kapitel 9 Ordination .....</b>	<b>11</b>
Förskrivning av läkemedel .....	11
Situationsanpassad information/handlingar .....	11
Områden i ordinationsdelen utifrån ICF klassifikationen .....	11
<b>Kapitel 10 Planering.....</b>	<b>13</b>
<b>Kapitel 11 Epikris.....</b>	<b>13</b>
<b>Kapitel 12 Avliden .....</b>	<b>13</b>
<b>Kapitel 13 HSL-anteckning omvårdnadspersonal .....</b>	<b>14</b>
<b>Kapitel 14 Signeringslista .....</b>	<b>14</b>
<b>Kapitel 15 Att göra lista .....</b>	<b>14</b>
Vad ska stå i Att göra lista.....	15
VIKTIG information angående ATT GÖRA LISTA/NATT .....	15

## Kapitel 1 Innehåll och utformning

För mer information om hantering av systemet, se Manual Procapita+.

### Vad ska dokumenteras och när

I patientjournalen dokumenteras hälso- och sjukvårdsinsatser. Journalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Vid vård av patienter ska alltid en patientjournal upprättas. Innehållet i en patientjournal regleras i PDL samt HSLF-FS 2016:40.

En uppgift som ska antecknas i patientjournalen ska föras in så snart som möjligt. Uppgifter som har betydelse för vården av patienten inom det närmaste dygnet ska antecknas innan den legitimerade personalen slutar sitt arbetspass.

Observera att om händelsedatum ändras finns detta datum kvar i följande anteckningar som görs på patienten.

Ditt namn och datum/tid när anteckningen är gjord registreras automatiskt när du är inloggad i patientjournalen. För mer information om systemet, Se avsnitt "Skriva journalanteckning" i Manual Procapita +.

### Dubbeldokumentation

En sammanhållen patientjournal innebär att dubbeldokumentation av legitimerad personal undviks. Gemensamma hembesök dokumenteras av en av professionerna, men i anteckningarna ska det framgå vilka som deltagit vid besöket. Specifika bedömningar gjorda vid besöket dokumenteras av respektive profession. Oavsett vad omvårdnadspersonal har dokumenterat ska legitimerad personal alltid dokumentera sin bedömning.

### Benämning och begrepp

Skriv patient eller pat. Undvik otydliga begrepp som man, vi, dem etc. utan förtydliga vem som avses. Det är okej att skriva namn i journalen i de fall det är viktigt att veta vilken/vilka personer som varit med. Görs en generell genomgång med en hel personalgrupp, dokumenteras inte namnen på deltagarna.

Undvik att skriva undertecknad, ut etc. Skriv istället "Min bedömning är..." eller "Jag bedömer att..."

Begrepp som används ska vara vedertagna, inte hemmagjorda förkortningar.

## Väsentliga uppgifter

Fundera på vad som är väsentligt. Skriv inte långa utläggningar utan fatta dig kort. Journalen ska vara lättläst, dela upp innehållet på rätt sökord.

## Frastexter

De frastexter som finns i patientjournalen ska användas.

## Visad information

För att minska mängden visad information har vissa sökord en inställning som enbart visar de senaste 90 dagarnas anteckningar. Se manual för instruktion.

## Hemsjukvårdspatient

Det finns inget specifikt ställe i journalen där det går att dokumentera om personen har hemsjukvård/kommunal hälso- och sjukvård. Finns på- gående planer/ordinationer så har patienten hemsjukvård. Finns det ingen pågående journal eller om den är avslutad måste den legitimerade personalen själv göra en bedömning vid det aktuella tillfället om detta är en patient som har behov av hemsjukvård.

## Avsluta/stänga patientjournal

Patientjournalen ska stängas när någon avlidit, flyttat från kommunen eller flyttar till ett privat vård- och omsorgsboende. Det är legitimerad personal, i första hand sjuksköterskan, som ser till att patientjournalen stängs. När en journal stängs avslutas samtliga ordinationer automatiskt.

Journalen ska också stängas när samtliga ordinationer eller åtgärder avslutats. Det är viktigt att kontrollera om kollegor har pågående ordinationer eller åtgärder innan stängning sker. Om någon annan har en på- gående ordination eller åtgärd ska enbart den aktuella ordinationen/åtgärden avslutas efter genomförd uppföljning och utvärdering av risker. När en ny kontakt blir aktuell öppnas den befintliga patientjournalen igen.

## Kapitel 2 Patientuppgifter

### Patientens identitet

Uppgifter hämtas från Kommuninvånaregistret, (KIR). Finns inte uppgifterna i KIR kontaktas systemförvaltaren

## Patientuppgifter

Följande uppgifter finns under denna flik:

Närstående: anhörig, en granne eller annan person som patienten uppger. Finns uppgiften om vem som ska kontaktas först, skriv detta som en anteckning.

Kontakter: Skriv telefonnummer till ansvarig/a professioner. Skriv telefonnummer till ansvarig hälsovalsenhet/specialistvård.

Övriga uppgifter: Fylls i om patienten ex. har en god man/förvaltare.

Boende: Vägbeskrivning (ordinärt boende), tillfällig adress, in- flyttning boende (vård- och omsorgsboende).

Senast kända adress eller andra möjliga kontaktuppgifter ska framgå med undantag för de patienter som har skyddade uppgifter. Den som får information om en förändring av patientuppgifter är skyldig att göra en ändring. Har patienten SoL/LSS-insatser är det enhetschefen som uppdaterar dessa uppgifter.

### Kapitel 3 Uppmärksamhetssignal

Dessa uppgifter ska dokumenteras under respektive sökord i Navigeringslisten(listen till vänster i journalen). Dokumentation görs under sökorden "Varning", "Smitta" eller "Observera". Sökordet blir rödmarkerat då det finns något noterat under dessa sökord. Varningsmarkeringar som inte är aktuella ska avslutas.

#### Varning

"Sökordet Varning" används vid överkänslighet, det vill säga i de fall patienten får kraftiga reaktioner mot ett läkemedel eller vissa ämnen. Överkänsligheten ska finnas dokumenterad i epikris eller journalanteckning av läkare. Det är endast i undantagsfall uppgifter under varning dokumenteras enbart utifrån patientens information.

#### Smitta

"Sökordet Smitta" används för att dokumentera uppgifter om vårdhygienisk smitta. Dokumentera endast smitta som finns i medicinsk epikris eller i journalanteckning. Alla vårdrelaterade infektioner ska dokumenteras. Uppgifter som mikrobiologisk prov- tagning, var patienten varit inlagd, procedurer som kan innebära smittrisk, behandlingar som patienten fått samt under pågående utbrott vilka uppgifter som vårdgivaren och smittskyddsläkaren efterfrågar. Dessa uppgifter dokumenteras under detta sökord. Om smittan inte längre är aktuell ska varningen avslutas.

## Observera

Observera används då det finns dokumenterat i journalanteckning av läkare. Journalkopia ska finnas gällande hjärt-lungräddning och livsuppehållande behandling.

Under sökordet Observera finns följande frastexter:

Observera: Här dokumenteras exempelvis då patienten har restriktioner efter en höftledsoperation, diabetes, blodförtunnande läkemedel etcetera.

Särskilt vårdteam: ASIH fullt inskriven, Mobilt vårdteam inskriven, Hemgångsstöd

Beslut finns om att inte utföra hjärt- lungräddning

Beslut finns om att avsluta livsuppehållande behandling

Lämnade samtycken: Här dokumenteras vad patienten har samtyckt till samt om det finns begränsningar i samtycket. Använd frastexterna och skriv ja/nej.

Spärrade uppgifter: Här dokumenteras om det finns uppgifter i patientjournalen som ska vara spärrade.

Tolk: Här dokumenteras om tolkbehov finns och vilken typ av tolk som behövs.

Riskindikatorer: Här dokumenteras bedömning som visar på risk inom områdena blåsdysfunktion, fall, munhälsa, nutrition och trycksår enligt exempelvis Senior alert. Finns en risk ska en ordination upprättas i Ordinationsdelen.

## Kapitel 4 Bakgrunden till vården

Bakgrundsfakta

Följande sökord finns i denna del:

## Kontaktorsak

Varje ny orsak till vårdkontakt som patient eller företrädare för patient anger ska dokumenteras. Skriv kortfattat vem som tar kontakt och frågeställningen/orsaken till kontakten. En händelse i ett pågående ärende dokumenteras under sökordet händelse kopplat till ordinationssökordet.

I de fall samma kontaktorsak upprepas regelbundet, men ärendet löser sig innan legitimerad personal hinner påbörja det skrivs endast kontaktorsak vid första tillfället och därefter används rätt bedömningssökord.

## Hälsohistoria

Patientens berättelse om sin hälsa. Ställ frågan till patienten: -Hur har din hälsa varit den senaste tiden?

## Inkommande information från andra vårdgivare

Muntlig och skriftlig information från annan vårdgivare (annan huvud- man som bedriver hälso- och sjukvård ex. landstingsfinansierad öppen- vård, slutenvården etc.). I patientjournalen ska det dokumenteras att det finns inkommande uppgifter och var de förvaras. Inkommande dokument sparas i pappersjournalen. Behandlingsmeddelande från läkare ska dokumenteras under Inkommande information.

## Pågående vård/Behandling

Här dokumenteras pågående vård hos annan vårdgivare såsom insatser från primärvård, specialistvård och/eller privata vårdgivare. Även växel- vård dokumenteras här: skriv att patienten har växelvård och var.

## Social bakgrund

Dokumentera fakta som handlar om patientens sociala situation, sociala förhållande, civilstånd och hemsituation. Socialt kontaktnät. Boende, yrke, arbete. Språk. Värderingar, kultur, religion, livsåskådning, intres- sen. Motion och kostvanor. Tobaks- och alkoholvanor. Denna doku- mentation innebär ingen bedömning av ex. omgivningsfaktorer utan ska ses som ren information.

## **Kapitel 5 Kontaktsökord**

### Samordning

Samordning av insatser i pågående ärende.

Konsultkontakter

Brytpunktssamtal

Samordning används även i de fall då det är viktigt att dokumentera för- sök att få tag i patienten eller ex. en läkare, men trots flera försök inte fått tag i den aktuella personen.

### Läkarkontakt

Notera här vid läkarkontakt. Eventuella ordinationer hän- visas till och dokumenteras under respektive sökord.



## Närståendekontakt

Notera här vid närståendekontakt. Remiss  
Remisser och remissvar som inkommer till eller utfärdas från hälso- och sjukvårdens verksamheter ska registreras i patientjournalen.

## Remiss

Remissen ska innehålla:

Information om patienten: kort beskrivning  
Utförda bedömningar och resultat av dessa  
Frågeställning och/eller önskad åtgärd Remissvaret ska innehålla:  
Remissvar från  
Planerade och genomförda åtgärder.

## Kapitel 6 Bedömning

### Dokumentera bedömning

Bedömning är iakttagelser och tester som beskriver patientens förmågor, behov och problem. Alla bedömningar som utförs av legitimerad personal ska dokumenteras, även i de fall de är utan anmärkning. Dokumentera hur bedömningen är gjord, vad du har observerat, undersökt, bedömt och diskuterat. Vad klarar patienten? Vad har han/hon svårt att klara? Vilka är patientens egna önskemål och upplevda svårigheter? Behövs insatser eller åtgärder? I så fall vilka? samt en riskanalys utifrån planerade insatser.

Använd "Ingen", "Lätt", "Måttlig", "Stor" eller "Total" utifrån ICF när du beskriver patientens svårigheter.

Bedömningen avslutas med en beskrivning, på respektive bedömnings- sökord, av patientens behov och vilka insatser som ska genomföras eller inte. Skriv: "Sammanfattad bedömning: Patienten är enligt bedömningen i behov av xx".

Beställning av ett hjälpmedel dokumenteras under sökordet bedömning.

Det finns inte särskilda sökord för åtgärder i journalen utan dessa uppgifter ska dokumenteras i samband med bedömning.

## Risikanalys av planerad insats

En riskanalys av den tänkta åtgärden ska alltid göras och dokumenteras.

Identifiera risker. Vad kan hända? Sannolikhet? Konsekvens?

Förebygga ev. risker. Beskriv hur de kan förebyggas.

Beskriv och motivera kvarvarande risker. Är kvarvarande risker acceptabla – genomför hälso- och sjukvårdsinsatsen. Är riskerna inte acceptabla – genomför inte hälso- och sjukvårdsinsatsen.

## Egenvårdsbedömning

För mer information se rutin Egen- vård. I hjälpfrastexten finns också information om egenvårdbedömning. Egen- vårdsbedömningen dokumenteras under det bedömningsökord som egenvården handlar om. Det finns även frastexter för bedömning av egenvården som ska användas.

## Egenvårdsbedömning läkemedelshantering

Egenvårdsbedömning av läkemedelshantering ska dokumenteras under Bedömning Personlig vård.

## Bedömningsinstrument

Vissa bedömningsinstrument finns inlagda i patientjournalen och resultatet dokumenteras där. Bedömningsinstrument som inte finns i systemet utan enbart i en pappersversion är en journalhandling och förvaras i pappersjournalen. Den sammanfattande bedömningen av testresultatet ska skrivas under rätt bedömningsökord. Beslutsstöd-se rutin i Hälso- och sjukvårdshandboken!

## Mätvärden

De mätvärden som kommunens hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för ska noteras under Mätvärden.

## Områden i bedömningsdelen utifrån ICFs klassifikation

Bedömning av kroppsfunktioner/strukturer:

Psykiska funktioner

Sinnesfunktioner och smärta

Röst- och talfunktioner  
Hjärta/Kärl/Andningsfunktioner  
Matsmältnings- och ämnesomsättnings- och endokrina funktioner  
Köns- och urinorganens funktioner  
Neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner  
Funktioner i huden

Bedömning av aktiviteter och delaktighet:

Lärande/tillämpa kunskap/allmänna uppgifter och krav  
Kommunikation  
Förflyttning  
Personlig vård  
Hemliv  
Mellanmänskliga interaktioner och relationer  
Viktiga livsområden  
Samhällsgemenskap och socialt liv  
Bedömning av omgivningsfaktorer:  
Produkter och teknik  
Personligt stöd och relationer  
Attityder i omgivningen

### **Kapitel 7 Sammanfattat hälsotillstånd**

Här skrivs en sammanfattning av de senaste sex månadernas dokumenterade insatser. För patienter inom Stöd- och service gäller det senaste årets dokumenterade insatser, men finns behov av tätare sammanfattning för den enskilda patienten ska detta göras

### **Kapitel 8 Hälsoplan**

Den samlade planeringen utifrån gjorda/genomförda bedömningar. Begreppet innefattar vårdplaner, rehabiliteringsplaner och habiliteringsplaner. Följande frastexter finns:

Resurser:  
Begränsningar:  
Behov:

### **Mål**

Under sökordet mål skrivs patientens och legitimerad personals gemensamma mål. Målet ska innehålla en skattning av insatsens förväntade effekt/nytta enligt skala

- 0 Ingen 0-4%
- 1 Liten 5-24%
- 2 Måttlig 25-49%
- 3 Stor 50-95%
- 4 Total 96-100%

Delmål skrivs som frastext under sökordet Mål.

## Måluppfyllelse

Beskriv om målet har uppnåtts. Har hela eller delar av målet uppnåtts?

### **Kapitel 9 Ordination**

En ordination är ett beslut av behörig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd. En ordination ska innehålla instruktioner om hur hälso- och sjukvårdsåtgärden ska utföras/genomföras. Det ska klart framgå av ordinationen:

Vad: beskriv vad som ordineras. Om id-nummer finns, skriv det här.

Mål: vilket är målet med ordinationen?

Vem: vem ska använda/utföra det som ordineras?

Hur: hur ska det som ordineras användas/utföras?

När: när ska det som ordineras användas/utföras?

Planerad uppföljning: när förskrivningen/ordinationen ska följas upp. Skriv när första uppföljning sker och eventuellt med vilket intervall därefter.

## Förskrivning av läkemedel

När en sjuksköterska med förskrivningsrätt av läkemedel gör en sådan förskrivning ska förskrivningsorsaken dokumenteras i patientjournalen, det vill säga varför läkemedlet förskrivs.

## Situationsanpassad information/handlingar

När det finns handlingar i pappersformat som tillhör en ordination ska dessa sparas i pappersjournalen. Exempel kan vara lyftutprovningsprotokoll, positioneringsinstruktioner, lägesändringsscheman och träningsprogram som inte är kopplade till Mobilus.

## Områden i ordinationsdelen utifrån ICF klassifikationen

Ord. Kroppsfunktioner/ strukturer

Ord. psykiska funktioner:  
Ord. Sinnesfunktioner och smärta:  
Ord. röst- och talfunktioner:

Ord. hjärta/kärl/andningsfunktioner:  
Ord. matsmältnings- och ämnesomsättnings- och endokrina funktioner:  
Ord. köns- och urinorganens funktioner:  
Ord. urinkateter  
Ord. neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner:  
Ord. funktioner i huden: Ord. Aktiviteter och delaktighet  
Ord. lärande/tillämpa kunskap/allmänna uppgifter och krav  
Ord. kommunikation  
Ord. förflyttning  
Ord. personlig vård  
Ord. hemliv  
Ord. mellanmänskliga interaktioner och relationer  
Ord. viktiga livsområden  
Ord. samhällsgemenskap och socialt liv Ord. Omgivningsfaktorer  
Ord. produkter och teknik  
Ord. personligt stöd och relationer  
Ord. attityder i omgivningen Ord. Övriga  
Ord. Provtagning  
Ord. Prevention av smittsamma sjukdomar  
Ord. Begränsningsåtgärder Läkemedelshantering

Sökordet läkemedelshantering används vid alla insatser som handlar om läkemedel. Läkares förskrivning av läkemedel som legitimerad sjuksköterska ska iordningsställa eller administrera dokumenteras på sökordet händelse Läkemedel förutom injektioner, läkemedelsplåster och flytande narkotiska läkemedel som ska ha en separat vårdplan.

#### Händelse

Finns på varje ordinationssökord. Här dokumenteras uppföljning av ordinationen. Vad har följts upp och hur är uppföljningen gjord? En uppföljning innebär att följa utvecklingen av den insats som gjorts. Arbetsorder eller reparation av hjälpmedel dokumenteras under händelse Produkter och teknik.

#### Resultat (kopplat till alla ordinationssökord)

Under resultat dokumenteras utvärderingen av den genomförda insatsen. Det är en beskrivning av vilka sammantagna effekter en ordination gett. Ex. såret är läkt.

#### Mätvärden

##### Puls

Blodtryck liggande  
Blodtryck sittande  
Blodtryck stående

Andningsfrekvens  
Temperatur  
Saturation  
Vikt  
Längd  
BMI  
Urinsticka  
P-Glukos  
Faste-Glukos  
Övriga prover

### **Kapitel 10 Planering**

Samordnad individuell plan, SIP  
Uppföljning vård och omsorg/intern planering. Uppföljning av vård som ges på korttidsboende, ordinärt eller vård- och omsorgs- boende.

### **Kapitel 11 Epikris**

En epikris ska upprättas av legitimerad personal när patienten flyttar internt eller externt. Följande ska finnas med, men även annan information kan vara aktuell i det enskilda fallet.

Sammanfattat hälsotillstånd  
Pågående vård och behandling inklusive re/habilitering och hjälpmedelsinsatser.

Aktuella bedömningar  
Riskindikatorer  
Varning (om aktuella uppgifter finns)  
Smitta (om aktuella uppgifter finns)  
Observera (om aktuella uppgifter finns)  
Mätvärden som är viktiga för fortsatt vård  
Aktuella patientuppgifter (kopia)  
Lämnade samtycken  
Aktuella planer (kopia) exempelvis hälsoplan eller läkemedelshantering.  
Aktuella ordinationer (kopia)  
Aktuella träningsprogram (kopia)

### **Kapitel 12 Avliden**

Uppgifter om patienten avlidit noteras under sökordet "Avliden".

## **Kapitel 13 HSL-anteckning omvårdnadspersonal**

Här dokumenterar omvårdnadspersonalen händelser av vikt som är knutna till den hälso- och sjukvårdsuppgift som de utför genom delegering.

## **Kapitel 14 Signeringslista**

Signeringslistor används för att styrka riktighet och säkerställa spårbarhet när en hälso- och sjukvårdsinsats utförs. Legitimerad personal skriver ut signeringslistan och det är omvårdnadspersonal med delegering som signerar vid utförande av insats.

När en ordination ändras, ska den som inte längre gäller avslutas och en ny ordination ska utformas. Därefter skrivs en ny signeringslista ut. Den gamla listan ska sparas i patientens pappersjournal. Alla signeringslistor gällande ordinationer inom hälso- och sjukvården är journalhandlingar och ska sparas i 10 år.

Vid blodsockermätning mer än ett dygn ska signeringslistan från verksamhetssystemet användas.

Vid läkemedelsöverlämnande använd "signeringslista läkemedel" som finns i Hälso- och sjukvårdshandboken. Listan ska skrivas under av legitimerad sjuksköterska.

För att undvika missförstånd och för att ytterligare öka säkerheten i vården ska det framgå av ordinationen var signering ska ske.

Ordinationer som är delegerade till omvårdnadspersonal ska signeras på avsedd signeringslista hos patienten. Speciell omvårdnad som injektioner, kateterbyte och liknande, som utförs av legitimerad personal ska dokumenteras i patient-journalen.

## **Kapitel 15 Att göra lista**

Sjuksköterska, listan skrivs ut av den sjuksköterska som avslutar sitt dagarbetspass sist på respektive ställe.

Kväll och natt: listan skrivs ut för nästkommande kväll/natt innan arbetspasset slut.

Inför helgen skrivs listor ut på fredagen för både lördag och söndag.

Arbetsterapeut och fysioterapeut; listan skrivs ut innan arbetspasset avslutas.

OBS! Förvaras inte som journalhandling utan ska strimlas i samband med att en ny Att Göra lista skrivs ut.

Utskrift av ny lista ska finnas med som en stående punkt på Att Göra listorna.

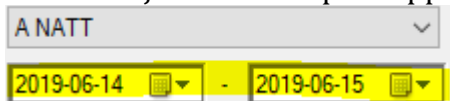
### Vad ska stå i Att göra lista

Dagtid: insatser och planering som är kopplat till patienten och verksamheten som t.ex. omläggning, uppföljningar, planerad SIP, beställa hela förpackningar, verkställighetsmöte osv.

Kväll/Helg/Natt: planerade insatser som t.ex. omläggning, injektioner och planerad hemgång/inflyttning där det krävs en insats som t.ex. dela dosett och upprätta signeringslista.

### VIKTIG information angående ATT GÖRA LISTA/NATT

När ni börjar ert arbetspass öppna Att Göra Lista för TVÅ dygn



A screenshot of a software interface. At the top, there is a dropdown menu with the text 'A NATT' and a downward arrow. Below this, there is a date range selector showing '2019-06-14' followed by a minus sign and '2019-06-15'. Each date has a small calendar icon to its right.

Insatsen ska läggas in den dagen insatsen är planerad till exempel planerad 2019-05-15 kl 23:30 ska ligga i Att Göra Lista daterad 15:e men om insatsen är efter kl 24:00 alltså kl 00:15 ska insatsen ligga på den 16:e. Glöm inte att skriva in klockslag insatsen ska utföras.