Omvårdnadsdokumentation KIR/URO

Berörda enheter

Allmän kirurgi/urologi avdelning 51, s52, s53 och s54, Sunderby sjukhus.

Syfte

Erhålla en lättillgänglig kunskapsbank så att all personal kan ge god och säker vård, genom att skapa en enhetlig och kvalitetssäkrad omvårdnadsdokumentation, i enlighet med lokala rutiner för dokumentation i VAS och lagarna HSLF-FS 2016:40 (Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso-och sjukvården) och SFS 2008:355 (Patientdatalagen). Att alla sjuksköterskor och undersköterskor dokumenterar enligt omvårdnadsprocessen och på ett sätt som är anpassat till patientens behov av omvårdnad på allmän kirurgi/urologi avdelningarna 51, s52, s53 och s54.

Inledning

Dokumentation förs på alla patienter på allmän kirurgi/urologi avdelningarna 51, s52, s53 och s54. Omvårdnadsdokumentationen i VAS är kopplad till och delvis integrerad i patientens VAS-journal. I Journalöversikt (JO2) och Journalanteckning (JO1) visas tidigare eller påbörjad omvårdnadsdokumentation i form av anamnes och epikris. Anamnes och epikris lagras dessutom i Totaljournalen (JO7). Via Omvdok/Översikt (OV 76) eller Vårdtillfälles-översikt (SV 18) kan man nå tidigare omvårdnads-dokumentation som status och vårdplaner.

Inskrivning av patient

Inskrivning av samtliga patienter sker via Besöksreg utan avg (AN24), för att sedan synas i patientliggaren (SV54). Planerade patienter tas från listan. Akuta patienter skrivs in genom att välja sv-oBokad i radmenyn.

VtF adm via SV54

Under vtF-adm görs utskrivning av patient vid vårdtillfällets slut, registrering av permission, byte avdelning och/eller sängplats. Felaktigt registrerat vårdtillfälle kan makuleras från denna post. Övriga funktioner i denna radmeny används inte.

Omvårdnad översikt via SV54

Omvårdnadsdokumentation nås via radmeny valet Omv i patientliggarens (SV54). Där finns radmenyvalen: *uPpl, Anamnes, omv-Status, Huvmål, Vårdplan, Rapport, Epikris, utsKr och värdeFöremål.*

Upplysning (uPpl)

Under *uPpl* - upplysning finns uppgifter om patienten samt dess närståendes namn och telefonnummer. Ändringar och tillägg görs via Patient i övre menyn ⇒ Patientvy. Välj kategori och redigera.

Här kan även kontaktuppgifter för hemtjänst och/eller distriktssköterska registreras om patienten har sådana tjänster. Välj Kopiera i radmenyn för att hämta uppgifter från tidigare vårdtillfällen alt Registrera om uppgifter inte finns. I omvårdnadsöversikten tänds en markering om kontaktuppgifter finns registrerade.

Anamnes (Anamnes)

Under Anamnes sammanfattas patientens bakgrundshistoria, d.v.s. hälsa och levnadsförhållanden före det aktuella vårdtillfället.

Dokumentationsdatum och vårdgivare är förvalt.

För att kopiera omvårdnadsanamnes från tidigare vårdtillfälle på samma klinik, tryck Ctrl + X i rutan Std/Kopia så kommer tidigare anamneser upp. Markera den du vill ha och tryck på knappen Välj. Redigera anamnesen så att den stämmer med detta vårdtillfälle.

Normaltillstånd – Beskriver patientens tillstånd innan sjukdom eller inläggning. Under normaltillstånd läggs fraser upp. Välj Fraser i radmenyn ⇔ läggUpp ⇔ Gemensamma registret ⇔ markera aktuellt sökord ⇔tryck Välj. Markera aktuell fras och tryck på Välj i radmenyn, upprepa om fler fraser skall läggas upp. Upplagda fraser finns kvar på användaren, lägg till nya fraser vid behov enligt ovan.

Riskbedömning enligt Senior alert görs på patenter > 70 år samt på riskpatienter. Använd blanketten för Senior alert som stöd tillsammans med de obligatoriska sökorden i anamnesen; trycksår, undernäring, fallrisk, munhälsa och blåsdysfunktion.

I omvårdnadsanamnesen dokumenteras resultatet. Samtliga sökord har kopplade värdetabeller. Vid dokumentation utifrån dessa kan man göra flera val och har också möjlighet till fri text på varje enskilt värde.

Det går att plocka ut statistik om det dokumenteras korrekt.

Omvårdnadsstatus (omv-statUs)

Under omv-statUs – Omvårdnadsstatus skrivs observationer vid inskrivning, nytillkomna observationer under vårdtiden samt rondanteckningar.

Om det finns mer än en anteckning på ett sökord visas det genom en pilmarkering (>) till vänster om texten. För att se alla anteckningar; markera aktuellt sökord och välj tiDstatus i radmenyn.

Om förkortningen VPL syns till höger om sökorden i omv-statUs finns sökordet kopplat till en vårdplan.

Vid identifierat problem, behov eller risk kan man koppla statusanteckningen direkt till en ny vårdplan genom att markera anteckningen och välja Vårdplan i radmenyn. Justera texten vid behov.

Huvudmål (Huvmål)

Här anges huvudmål för patientens omvårdnad vid aktuellt vårdtillfälle.

Vårdplan (Vårdplan)

Vårdplan används för att säkerställa patientsäkerheten och för att förtydliga vad omvårdnaden ska fokusera på under vårdtillfället:

- Problem som skall åtgärdas
- Behov som skall stödjas
- Risker som skall förebyggas.

Vårdplaner skall användas för att tydliggöra identifierade problem/behov och risker.

Vårdplaner kan skapas på två sätt:

Skapa vårdplan från Omv (omvårdnadsöversikt) ⇔ Vårdplan ⇔ markera rutan Vårdplan ⇔ Läggupp ⇔ markera aktuellt sökord ⇔ rutan Problem/Behov/Diagnos aktiveras ⇔ skriv in aktuell text (se nedan).

Skapa från statusanteckning i omv-statUs (omvårdnadsstatus):

Markera aktuell statusanteckning och välj i radmenyn Vårdplan. Problem/Behov/Diagnos skapas automatiskt. Justera texten vid behov.

Problem/Behov/Diagnos

Här beskrivs patientens problem, behov och/eller risk i löpande text. Kan formuleras utifrån "orsak", "relaterat till" eller "kan leda till".

Delmål

Utifrån formulerat problem, behov och/eller risk skapas ett mål. Målet är alltid lättare att utvärdera om det är mätbart. (Delmål används som huvudmål för respektive vårdplan).

Skapa delmål: Markera rutan Delmål ⇔ Läggupp

Åtgärd

Omvårdandsproblem och mål styr val av omvårdnadsåtgärder. Val av sökord styrs av syftet med åtgärderna. Flera åtgärder kan skapas i varje vårdplan.

Skapa åtgärd: Markera rutan Åtgärd \Rightarrow Läggupp \Rightarrow markera aktuellt sökord \Rightarrow skriv in aktuell text.

Vid identifierat problem, behov och/eller risk som föranlett att en vårdplan skapats skall löpande utvärdering/dokumentation ske i resultAt i Vårdplanen, inte i omvårdnadsstatus.

<u>Resultat</u>

Resultatet skall beskriva vilken effekt vald omvårdnadsåtgärd haft, både positiv och negativt.

Skapa resultat: resultAt ⇒ Läggupp ⇒ skriv in aktuell text.

Om åtgärden blir inaktuell kan den avslutas genom att i resultatet markera ja i rutan för avsluta åtgärd. (Avslutad åtgärd gråmarkeras.)

<u>Utvärdering</u>

Sammanfattar effekten av valda omvårdnadsåtgärder. T.ex. när problemet, behovet och/eller risken är avslutad eller när patienten åker hem och följs upp av annan enhet/vårdgivare. Genom utvärderingen avslutas aktuell vårdplan.

Skapa utvärdering: Markera rutan utvärdering \Rightarrow Läggupp \Rightarrow skriv in aktuellt text.

Rapport (Rapport)

Rapport går att nå från flera moduler i VAS bland annat under Omvårdnadsöversikt, Administeringslistan (VD7) och Patientliggaren (SV54) i roNd (VA13).

Under Rapport skrivs muntliga och/eller telefonordinationer på läkemedel som inte finns med på administreringslistan eller i den generella ordinationsmallen. Generella ordinationer ska **inte** dokumenteras här.

Här anges Nytt-problem, ny-Åtgärd och nytt-Resultat. Möjlighet finns att begära kontrasignering från läkare.

Glöm inte att utvärdera resultatet av åtgärden.

Omvårdnadsepikris (Epikris)

Under Epikris sammanfattas patientens vårdtid under vårdtillfället.

Välj i radmenyn Omv ⇔ Epikris. Dokumentationsdatum och vårdgivare är förvalt.

För att kopiera omvårdnadsepikris från tidigare vårdtillfällen på samma klinik, tryck Ctrl + X i rutan Std/Kopia så kommer tidigare epikriser upp. Markera den du vill ha och tryck på knappen Välj. Redigera epikrisen så den stämmer med detta vårdtillfälle.

För att använda standard epikris tryck Ctrl + G i rutan Std/Kopia, markera och tryck på knappen Välj.

GÄLLER FÖR VERKSAMHET	DOKUMENT-ID	VERSION
Avdelning 51 Urolog ÖNH Sunderby sjukhus; Avd 53 Kirurgi mage tarm och	h kärl Sunderby sjukhus; Cytostatikabehandling Kirurgi Urologi	Sunderby sjukhus; Avd 52 Kirurgisk akutvård
KAVA Sunderby sjukhus	lskir-4-330	4.0
PUBLICERINGSDATUM	ANSVARIG	UPPRÄTTAD AV
[Publiceringsdatum]	Magdalena Bäcklund	Maria Anttila

Om epikris skrivits annat datum än faktiskt hemgångsdatum skall händelsedatum ändras så att epikrisen hamnar rätt i tidslinjen.

För att ändra händelsedatum: Välj i radmenyn Omv \Rightarrow <u>E</u>pikris \Rightarrow huvu<u>D</u> \Rightarrow ändra Händ.dat till aktuellt utskrivningsdatum.

Bedömd egenvård ska enligt SOSFS 2009:6 alltid dokumenteras.

Detta görs under sökordet Egenvård. Kan gälla t.ex. läkemedelshantering, skötsel av stomi eller u-kad.

Under sökordet Egenvård ska följande dokumenteras:

- Uppgift om vilken åtgärd som efter riskbedömning har bedömts som egenvård.
- Om patienten själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården.
- Med vilket intervall åtgärden ska utföras.
- Vem som ska kontaktas vid problem i samband med egenvården.
- Vem som ska kontaktas vid förändrad situation.
- Vem som är ansvarig för uppföljning av egenvården.
- Datum för när egenvården ska följas upp.

Vidare ska det framgå att omprövning av bedömning ska ske vid förändrade förhållanden.

Dokumentationen ska även innehålla uppgift om hur patienten har informerats om hur egenvården ska genomföras (under sökordet Information).

För patienter där riskbedömning enligt Senior alert är gjord dokumenteras vilka åtgärder som vidtagits under vårdtillfället i omvårdnadsepikrisen. Sökorden är kopplade till ett kodregister (KVÅ kod) och man kan även här välja flera koder och skriva fri text till varje enskild kod. Se lathund KVÅ kod.

Kopia på epikris skickas med patient som byter klinik, flyttas till annat sjukhus, skrivs hem till särskilt boende, blir hemsjukvårdspatient och/eller har hemtjänst samt bifogas trygghetspärm (PAVA-patienter).

Epikris kan skickas elektroniskt till annan VAS användare ex. distriktssköterska ange användarnamn (ex. lbmarant). För att skicka epikris elektroniskt gå in via Jnl.anteckningar (J01) ⇒ markera aktuell epikris ⇒ välj sänD i radmenyn och skicka till aktuell vårdgivare, epikrisen måste signeras innan den kan sändas.

Epikriser behöver inte skrivas på avlidna patienter.

Utskrift (utsKr)

Under utsKr kan hela eller delar av omvårdnadsdokumentationen skrivas ut.

GÄLLER FÖR VERKSAMHET	DOKUMENT-ID	VERSION
Avdelning 51 Urolog ÖNH Sunderby sjukhus; Avd 53 Kirurgi mage tarm och KAVA Sunderby sjukhus	h kärl Sunderby sjukhus; Cytostatikabehandling Kirurgi Urologi S Iskir-4-330	underby sjukhus; Avd 52 Kirurgisk akutvård 4.0
PUBLICERINGSDATUM	ANSVARIG	UPPRÄTTAD AV

Värdeföremål (värdeFöremål)

Under värdeFöremål registreras omhändertagna värdeföremål. När man mottar eller lämnar tillbaka värdeföremål till patienten gör man en registrering där man anger vad man mottagit/lämnat tillbaka.

Välj i radmenyn Omv ⇔ värdeFöremål ⇔ Läggupp ⇔ Signera ⇔ Ksign (kontrasignera) ange användarnamn (ex. lbmarant) på den medarbetare i arbetslaget som ska kontrasignera. För att kontrasignera skall användaren gå in med egen inloggning och signera.

I omvårdnadsöversikten tänds en markering om värdeföremål finns registrerade. Utskrift är möjlig.

Utskrivning av patient

Patienten skrivs ut från avdelningen när vårdtillfället är avslutat via Patientliggaren (SV54) ⇒ vtF-adm ⇒ Skriv ut patienten/vtf-adm.

Rond via SV54

Under roNd (VA13) i radmenyn. Här läggs funktioner upp i rondbilden genom att markera aktuell ruta där funktionen ska läggas upp - Beställda remisser eller Beställda u-sök/övr.

Beställda labprover

Används inte i denna meny. Prover beställs genom funktionen Labremisser (LA1).

Beställda remisser

I denna ruta syns alla röntgenundersökningar och konsulter som skickas elektroniskt under vårdtiden.

Här registreras även övriga konsulter och undersökningar under vårdtiden där elektronisk remiss inte skickas, t ex koloskopi och gastroskopi.

Skapa remiss: Markera rutan Beställda remisser \Rightarrow Läggupp \Rightarrow Enter \Rightarrow Typ: A (allmänremiss) \Rightarrow Remiss: konsult eller undersökning \Rightarrow Förberedelser, instruktioner och annat som är bra att känna till skrivs in i textrutan \Rightarrow tryck F2 \Rightarrow Vill du skapa remiss: NEJ.

Om instruktioner eller övrig information skall anges i efterhand i textrutan

 \Rightarrow Markera undersökningen \Rightarrow Ändra i radmenyn \Rightarrow skriv in texten \Rightarrow spara med F2.

Om något skrivs i textrutan syns det i rond genom att en pil visas efter funktionen. Markera remissen och dubbelklicka om du vill se vad som skrivits bakom pilen. Detta fungerar dock inte vid elektroniskt skickade remisser.

GÄLLER FÖR VERKSAMHET	DOKUMENT-ID	VERSION
Avdelning 51 Urolog ÖNH Sunderby sjukhus; Avd 53 Kirurgi mage tarm och	n kärl Sunderby sjukhus; Cytostatikabehandling Kirurgi Urologi S	Sunderby sjukhus; Avd 52 Kirurgisk akutvård
PUBLICERINGSDATUM	ANSVARIG	UPPRÄTTAD AV
[Publiceringsdatum]	Magdalena Bäcklund	Maria Anttila

Registrera datum och tid för konsult/undersökning genom att markera remissen ⇔ Bokad i radmenyn ⇔ Skriv in datum och tid.

Beställda u-sök/övr

Beställda u-sök/övr används för att lägga upp kroppsfunktioner, tex kontroller, in- och utfarter, kost samt omläggningar. Alla mätvärden till respektive funktion ska dokumenteras i VD 10.

För att lägga upp kroppsfunktion; markera rutan Beställda u-sök/övr \Rightarrow Läggupp i radmenyn \Rightarrow tryck $Ctrl+g \Rightarrow$ välj undersökning (för att välja flera undersökningar håll ner Ctrl-knappen, markera aktuella funktioner) \Rightarrow tryck på Välj \Rightarrow spara med F2.

Funktioner kan även läggas upp via Mall i radmenyn ⇒ välj aktuell mall. Kom ihåg att ta bort de funktioner som inte är aktuella för detta vårdtillfälle.

I textrutan till kroppsfunktionen skrivs matallergier, lokalisation för t.ex. omläggning, agraffer samt in- och utfarter. Texten syns även i funktionen VD10, tex sårdrän höger.

Övriga ordinationer gällande kroppsfunktioner dokumenteras i vårdplan med hänvisning i textrutan.

Pilen bakom funktionen i roNd markerar att det finns en kompletterande text. Markera funktionen och dubbelklicka för att se det som skrivits bakom pilen.

För att ändra texten till en funktion; markera funktionen \Rightarrow Ändra i radmenyn \Rightarrow lägg till ny information och låt den gamla vara kvar.

Börja alltid med datum och avsluta med signatur i textrutan då du lägger till text. Senaste datum ska alltid vara överst.

Funktioner som läggs upp i rondbilden via vallistan (Ctrl+g) hamnar automatiskt i VD10.

Ej aktuella kroppsfunktioner sätts ut \Rightarrow Markera aktuell funktion \Rightarrow Välj Utsatt i radmenyn \Rightarrow Skriv in aktuellt datum. Funktionen blir gråmarkerad och hamnar längst ner i listan.

Viktigt att rondbilden är uppdaterad. Endast det som ska mätas samt aktuella in- och utfarter ska finnas med.

Exemper	
Funktioner	Detaljinformation bakom pilen
Kost	Ev. allergier. Själva kosten dokumenteras i VD10
Omläggning	Sårlokalisation. Ordinationen dokumenteras i vårdplan.
Stomi	Typ av stomi. Skötsel dokumenteras i vårdplan.
Drän	Typ av drän, t ex PTC-drän samt lokalisation

Exempel

Sond in	Nutritionssond, ex jejunokat, PEG, clinifeedingsond.
Sond ut	Avlastningssond, ex ventrikelsond, PEG
Op.datum	Typ av operation

Läkemedelsbehandling via SV54

Under lÄke (LMB) finns aktuella läkemedelsordinationer för vårdtillfället. Används ffa av läkare. Sjuksköterskor använder funktionen för generell ordination.

Generell ordination

Under denna funktion finns aktuella generella ordinationer. För att lägga upp generell ordination på administreringslistan (VD7), gå via lÄke⇔ Nyordination i radmenyn ⇔ Mall ⇔ Generella ordinationer ⇔ Markera aktuellt läkemedel ⇔ Välj ⇔ Stäng ⇔ Spara ⇔ Markera kolumnen med dagens datum ⇔ Signera.

Kropp via SV54

För att se vätskebalans samt mätvärden som registrerats via VD10 utgår man från Patientliggaren (SV54). Markera rätt patient och välj radmenyval kroPp.

Bilden presenterar grafer för en vecka med dagens datum längst till höger. Mätvärden kan visas som graf, antingen en funktion i taget eller två i kombination. En graf för önskad kroppsfunktion skapas genom att markera Graf 1-1 (förvald), till höger i bild. Markera sedan aktuell kroppsfunktion i listan. När man vill kombinera två grafer i en bild markeras Graf 1-2 och sedan aktuella kroppsfunktioner.

Man kan välja att se grafen för 1h, 24h, Ve eller Må.

Genom att välja radmenyvalet Byte-flödesschema kan man se dokumenterade mätvärden i numerisk form och vätskebalans.

 \Rightarrow <u>2</u> Grupplista/byte flödesschema. Visar vätskebalansen

 \Rightarrow <u>5</u> Kroppsfunk/byte-flödesschema. Visar de mätvärden som finns registrerade i VD10, samt när tex venportsnål är bytt och cvk är omlagd. Gul bakgrund innebär att flera mätvärden finns registrerade för det dygnet. Genom att dubbelklicka ses samtliga mätvärden samt ev kommentarer.

Översikten visas för en vecka, men man kan välja att se mätvärden för ett dygn.

Anmärkning via SV54

Under anM finns möjlighet att registrera anmärkningar som syns på patientliggaren längst till höger, t.ex. hem och BBB.

Utskrift via SV54

Under Utskrift kan patientliggaren skrivas ut.

Team via SV54

Under teAm dokumenteras aktuellt vårdteam, t.ex. GI, Kärl, Uro, Röd, Grön

Nytt urval via SV54

Under nYtt-urval kan annan avdelning väljas.

Funktioner/formulär

Kroppsfunktioner inmatning VD10

Under Kroppsfunktioner inmatning (VD10) dokumenteras mätvärden och kontroller avseende kroppsfunktioner som är aktuella.

Vid räkning av vätskebalans är det viktigt att ändra tiden på morgonvärden till senast kl 07.59 för att mätvärdet ska komma på rätt vätskedygn.

BMI

BMI räknas ut under funktionen BMI KY (PA15). Registrera längd och vikt genom att välja Läggupp i BMI KY (PA15) alternativt via Kroppsfunktioner inmatning (VD10).

Att göra...JO12

Lista över osignerade dokument per vårdgivare, såsom tex journalanteckning och ordination i LMB.

Vid datadriftstopp/driftstörningar

Se rutin Kirurgklinikens rutin inför datadriftstopp inom vårdenheten avd 51, s52, s53 och s54 Sunderby sjukhus.