

Omvårdnadsdokumentation i slutenvården

Omfattning och ansvar

Omfattar alla verksamheter inom region Norrbotten som har behov av att dokumentera omvårdnad.

Syfte

Rutinen syftar till att tydliggöra omvårdnadsdokumentation i slutenvården. Ett gemensamt sätt att dokumentera är en förutsättning för patientsäkerhet och informationsöverföring. Detta underlättar även för patienten att kunna ta del av information om sin egen vård.

Innehållsförteckning

Omvårdnadsdokumentation i slutenvården	1
Omfattning och ansvar	1
Syfte.....	1
Bakgrund	3
Vårdpersonalens ansvar.....	3
Samtycke	3
Omvårdnadsdokumentation i Cosmic	3
Basdata	4
Omvårdningsdokumentation i kronologisk journal	4
Inskrivningsanteckning.....	4
Dokumentation av utlokaliserade patienter	5
Omvårdnadsbehov som förväntas kvarstå längre tid än 24 timmar...	5
Slutenvårdsanteckning.....	6
Rondanteckning	6
Slutanteckning	6
Vätskebalans	7
Vårdplaner	7
Vårdplan Omvårdnad	7
Dokumentation av sår.....	8
Journalmall.....	8
Vårdplan Sårbehandlingsplan	8
Vårdskadeprevention, CDS	8
Vårdplan, Utskrivningsplan.....	8

Kliniska mätvärden.....	9
Journaltabeller	9
Information att läsa via 1177 Journalen och Nationella patientöversikten.....	9
Enhetsöversikten.....	9

Bakgrund

Patientjournalen ska innehålla en tydlig dokumentation som beskriver vårdens planering, genomförande och resultat enligt Socialstyrelsen. Det är av stor vikt att informationen är strukturerad för att patienten och berörd personal ska hitta aktuell information. Det är av stor vikt att inte dubbeldokumentera.

Vårdpersonalens ansvar

Sjuksköterskor har omvårdnadsansvaret och har därmed huvudansvaret för upprättande av omvårdnadsanamnes (inskrivningsanteckning) och omvårdnadsepikris (slutanteckning). Övrig vårdpersonal som deltar i omvårdnaden ska löpande dokumentera om patientens tillstånd förändras samt dokumentera övrig information som har betydelse för patientens fortsatta vård och behandling.

Samtycke

Tänk på att patientens samtycke krävs för att ta del av information utanför den egna klinikens journal.

Omvårdnadsdokumentation i Cosmic

Omvårdnadsdokumentation utförs i flera delar i Cosmic, ex

- Basdata
- Omvårdnadsdokumentation utförs i den kronologiska journalen.
- Vårdskadeprevention
 - Trycksår
 - Fall
 - Undernäring
 - Munhälsa
- Vårdplaner
 - Standardiserad vårdplan *Omvårdnad*
 - Standardiserad vårdplan *Sårbehandlingsplan*
 - Standardiserad vårdplan *Utskrivningsplanering*
- Journaltabeller
- Vätskebalans

- Aktiviteter i *Att göra-Patient*

Basdata

Anteckningar i *Basdata* används för att dokumentera information som sällan ändras, ex. allmän hälso- och sjukdomsanamnes, viktigt medicinsk information och social information. Dessa anteckningar är gemensamma för hela regionen och därmed finns det ett gemensamt ansvar att uppdatera dem. För mer information, läs [Basdata och levnadsvanor](#)

Omvårdsdokumentation i kronologisk journal

Inskrivningsanteckning

Inskrivningsanteckning används vid inskrivning inom den vårdande specialiteten. Utgå från nedan sökord:

- *Inskrivningsorsak*: ange orsak till inskrivning
- *Allmänna uppgifter*
 - *Identitetskontroll*: dokumentera att identitet har kontrollerats och att patienten har ID-band
 - *Närvarande*: dokumentera om andra medverkande deltagit vid inskrivningen
 - *Uppgiftslämnare*: ange om någon annan än patienten är uppgiftslämnare, ange relation till patienten eller om uppgifter hämtas från tidigare journal. Tänk på att inte ange namn och personuppgifter. Om uppgiftslämnaren är en myndighetsperson under yrkesutövning ska namn, yrkestitel och arbetsplats anges. Passar inte de fasta valen, skriv i kommentar i fritext
- *Minderåriga barn och närstående*: dokumentera om minderåriga barn finns
- *Våldsutsatthet*: ange om det *Våld i nära relation* och/eller *Våld utanför nära relation* förekommer
- *Levnadsvanor*: fyll i detta dynamiska sökord utifrån behov

- *Anamnes*
 - *Aktuellt*: kortfattad beskrivning av patientens orsak till vårdkontakten och upplevelse av sjukdom samt förväntningar på vården. Beskriv symtom och hur detta påverkar det dagliga livet.
 - *Specifik hälso- och sjukvårdsanamnes*: används för att beskriva anamnestiska uppgifter som är betydelse för den specifika vården av patienten på den egna vårdenheten.
- *Status*: dokumentera patientens aktuella tillstånd utifrån anatomi och fysiologi samt aktivitet och delaktighet.
 - *Omvårdnadsstatus*: Under detta sökord återfinns även underliggande sökord för omvårdnad.
- *Bedömning*: dokumentera bedömning vid inskrivningen, ex
 - *Suicidriskbedömning*
 - *Behandlingsbeslut*
 - *Funktionsnedsättning*
 - *Aktivitetsbegränsning*
- *Åtgärder*: dokumentera vidtagna åtgärder
- *Omvårdnadsåtgärder*: dynamiskt sökord för de åtgärder som är vidtagna som rör omvårdnad.
- *Planering*: dokumentera vilken planering som finns vid inskrivning
- *Diagnos- och åtgärds* kod: journalförs utifrån diagnos och utförda åtgärder

Dokumentation av utlokaliserade patienter

Se rutinen [Värddokumentation i Cosmic](#)

Omvårdnadsbehov som förväntas kvarstå längre tid än 24 timmar

När det vid inskrivning till slutenvården identifieras att patienten har behov av hjälp med omvårdnad eller att aktuellt tillstånd innebär risk/problem som förväntas kvarstå längre än 24 timmar ska *Standardiserad vårdplan Omvårdnad* användas. Planering av omvårdnadsåtgärder dokumenteras därefter i vårdplan under vårdtiden.

Slutenvårdsanteckning

Använd aktuell journalmall *Slutenvårdsanteckning* utifrån verksamhet för dokumentation av omvårdnad. Utgå från sökordet *Omvårdnadsstatus* för löpande dokumentation av status, åtgärder och resultat.

För att undvika dubbeldokumentation som försvårar läsbarheten, dokumentera enbart aktuell status när patientens tillstånd förändras till det bättre eller sämre. Undantaget är för psykiatrisk status som kan behöva uppdateras en gång vid varje arbetspass även om tillståndet inte förändrats

Under sökordet *Omvårdnad* återfanns olika sökord ex statussökord *Nutrition/Åtande* och till detta sökord finns dynamiskt sökord *Åtgärd Nutrition/Åtande* för dokumentation av åtgärd.

Nutrition/Åtande

Åtgärd Nutrition/Åtande...

...

Varje vårdpersonal har en personlig omvårdnadsanteckning som används under hela arbetspasset och signeras vid dagens slut.

Rondanteckning

Dokumentation av rond kan göras på olika sätt beroende på verksamhet och lokala rutiner.

Journalmall *Rondanteckning* finns för alla verksamheter. Används främst som tvärprofessionell anteckning, där en utsedd person som deltar på rondens dokumenterar. De närvarande namnges i anteckningen. Rondanteckningen utförs i direkt anslutning till att rondens är slutförd. Använd med fördel vidimeringsfunktionen för att säkerställa att dokumentationen överensstämmer med det som diskuterats och beslutats.

Slutanteckning

Journalmallen *Slutanteckning* (Omvårdnadsepikris) används för att beskriva aktuell status vid utskrivning, vilka åtgärder som är planerade samt bör följas upp av ex primärvård, kommunal hemsjukvård, särskilt boende. Hänvisning ska göras till vårdplaner som inte ska avslutas utan kommer att fortsätta användas av involverade enheter.

Sökordet Utskrivning av patient används för att dokumentera insatser som behöver följas upp och vilken uppföljning som är planerad.

Sökordet Diagnos- och åtgärdskod: Detta sökord är obligatoriskt.

- Diagnoskod ICD ska inte anges av sjuksköterska utan enbart läkare sätter diagnos.
- Däremot ska aktuella KVÅ- koder anges utifrån utförda omvårdnadsåtgärder.

Om patienten inte har några planerade vårdinsatser från kommunen eller annan vårdgivare i samband med utskrivning behöver inte en omvårdnadsepikris upprättas – Lokala rutiner styr om omvårdnadsepikris ska upprättas i nämna fall.

Om patienten har avlidit under vårdtiden ska inte omvårdnadsepikris upprättas.

Slutanteckningen, omvårdnadsepikrisen skrivs ut och överlämnas till patienten om denna har hemtjänst, hemsjukvård, bor på SÄBO/korttidsboende, flytt till annat sjukhus eller vid klinikbyte.

Vätskebalans

Patientens energi- och vätskeintag samt vätskeförluster registreras i vyn *Vätskebalans*. Dygnsbryt är fastställt till kl. 07.00 för samtliga enheter inom regionen. Infusioner och sondnäring som är registrerade som administrerade i läkemedelsmodulen överförs automatiskt till vätskebalansen.

Vårdplaner

Vårdplaner är en gemensam dokumentationsyta som kan läsas och skrivas i mellan olika kliniker, detta för att minska dubbeldokumentation och säkerställa informationsöverföring mellan olika verksamheter. Avsluta vårdplaner som inte är aktuella vid ev. förflyttning mellan kliniker och vid utskrivning från slutenvården.

Vårdplan Omvårdnad

Används för planering av omvårdnads mål och omvårdnadsåtgärder. Vårdplanen kan upprättas direkt vid inskrivning eller under vårdtiden om patienten har omvårdnadsbehov som innebär risker eller problem som förväntas kvarstå längre än 24 timmar.

Välj *Standardiserad vårdplan Omvårdnad* som innehåller övergripande sökord. Använd enbart relevant sökord, övriga sökord kan stängas och återöppnas utifrån behov.

Dokumentera i *Slutenvårdsanteckning* under sökordet *Omvårdnad*:

- Att vårdplan påbörjats, ange vilken
- Uppföljning av resultat av insatt åtgärder
- När patientens status förändras

Dokumentation av sår

Journalmall

För enkla sår kan detta dokumenteras i journalmallen *Slutenvårdsanteckning* under sökordet *Omvårdnad* och underliggande sökord *Hud/vävnad* användas för att beskriva enstaka sår och åtgärder dokumenteras under det dynamiska sökordet *Åtgärd Hud/Vävnad*.

Vårdplan Sårbehandlingsplan

För sår som behöver följas upp och behandlingsplan för omläggning finns, ska *Vårdplan Sårbehandlingsplan* skapas. Denna vårdplan används för att dokumentera ordination, bedömning och behandling av såret. Vid flera sår upprättas separata sårbehandlingsplaner för respektive sår.

Avsluta vårdplanen när såret är läkt och inte längre behöver följas upp.

Vårdskadeprevention, CDS

Alla vuxna patienter ska riskbedömas enligt Senior alert vid inskrivning i slutenvården. Detta utförs i *Vårdskadepreventionen, CDS* och omfattar:

- Trycksår
- Fall
- Undernäring
- Munhälsa

Om risk eller skada inom något av dessa områden identifieras ska en separat vårdplan skapas utifrån riskbedömningen, där omvårdnads mål och planering av omvårdnadsåtgärder dokumenteras. För mer detaljerad information ang. Vårdskadeprevention, läs [Beslutstöd i Cosmic](#)

Vårdplan, Utskrivningsplan

Används tvärprofessionellt för patienter där det är aktuellt med kartläggning av behov och planering av insatser efter utskrivning.

Det finns möjlighet att dokumentera utskrivningsplanering under enstaka sökord i en *Slutanteckning*, men detta räcker inte alltid för de patienter som behöver ett omfattande stöd vid utskrivning.

Vårdplan Utskrivningsplan kan användas om en patient tackar nej till samordning men ändå behöver stöd av till ex närstående. I vårdplanen går det successivt dokumentera under hela vårdtillfället och olika yrkeskategorier dokumenterar i samma vårdplan. Detta ger en förutsättning att informationen kring utskrivning hålls samman.

Kliniska mätvärden

Dokumentation av kliniska mätvärden kan ske i olika vyer i Cosmic beroende på situation och tillämpning. Dessa kan dokumenteras i journaltabell, *Patientöversikt*, *Att göra patient* eller via sökord i journalmallar. Mätvärden sparas som arketyper och är synliga flera olika vyer, oavsett vart de dokumenterats

Journaltabeller

Detta är en gemensam dokumentationsyta som används för upprepade mätningar och registreringar och som kan användas mellan olika kliniker. Patienten bör endast ha en aktiv journaltabell av samma typ. Ej aktuella journaltabeller ska avslutas vid utskrivning.

Information att läsa via 1177 Journalen och Nationella patientöversikten

Samtliga journalanteckningar kan läsas av invånaren via 1177 Journalen. Andra vårdgivare som inte har Cosmic kan via Nationella patientöversikten (NPÖ) ta del av samtliga journalanteckningar. Detta omfattar signerade och osignerade anteckningar.

Vårdnadshavare kan ta del av barnets journal fram till dess att barnet fyllt 13 år. Barnet kan själv läsa sin egen journal från 16 års ålder.

Det finns vissa undantagna informationsmängder som ex sökordet *Våldssatthet* går inte att läsa via 1177 Journalen eller NPÖ. Vissa enheter publicerar ingen information alls till 1177 Journalen.

Enhetsöversikten

I *Enhetsöversikten* finns kolumner som används för omvårdnadsdokumentation.

- Om upplysningar får lämnas ut till närstående
- Om patienten är flyttbar
- Om patienten är utskrivningsklar
- Kommentarsfält med fritextmöjlighet för ex, smitta, isolering etc.

- Värdesaker
- Permission
- Psykiatrin har även en kolumn för vårdform, tillsynsgrad och friför-
måner.

För mer information om *Enhetsöversikten*, ta del av [Översikter i Cosmic](#)