

Cosmic, omvårdnadsdokumentation i slutenvård, rekommendation

Gemensamma dokument

Vid inskrivning ska informationen som står i journalvyn **Gemensamma dokument** gås igenom. Relevanta sökord uppdateras vid behov.

Vårdplansvyn

Vårdåtagande för vårdplan

Vid varje nytt vårdtillfälle skapas ett nytt vårdåtagande för vårdplaner. Om en patient under pågående vårdtillfälle byter avdelning fortsätter dokumentationen i samma vårdåtagande. Klassificering och medicinskt ansvarig enhet för vårdåtagandet ändras till aktuell klinik. Om patienten vårdas utlokaliserad behålls ursprungsklinikens klassificering och medicinskt ansvariga enhet.

När patienten är färdigbehandlad och skrivs ut ska vårdåtagandet avslutas med undantag för om den aktuella vårdprocessen fortsätter i öppen vård, då kan vårdåtagandet lämnas öppet.

Omvårdnadsanamnes

Omvårdnadsanamnes beskriver patientens bakgrundshistoria. Här dokumenteras information om patientens hälsa, tidigare sjukdom och vardagliga liv för det aktuella vårdtillfället. (Var vaksam så du inte skriver sådant som någon annan profession redan har dokumenterat). Anamnesen förändras inte under en vårdepisod, dock kan ny information framkomma som gör att man behöver tillföra information här även senare under vårdtillfället.

Här dokumenteras även patientens beskrivning av händelseförloppet som lett fram till vårdkontakten samt vilka förväntningar patienten har på vårdtiden. Information gällande ID-band och om närstående är meddelade om inläggningen dokumenteras också här.

Omvårdnadsstatus

Status översätts med ”aktuellt tillstånd”. När patientens tillstånd förändras har hen alltså ett nytt status och ett tidigare status är därmed inte längre aktuellt. Omvårdnadsstatus förändras ständigt och uppdateras kontinuerligt under vårdtiden, under de sökord där förändring har skett. För att sortera in informationen under rätt sökord kan det underlätta att tänka ”Vilken funktion påverkas av det jag nu tänker dokumentera?”.

Under omvårdnadsstatus beskrivs inte enbart ”här-och-nu-tillståndet”, utan även patientens normaltillstånd. Det är viktig information för att veta till vilken nivå det är rimligt att rehabilitera patienten. Status ska inte innehålla några åtgärder.

Nedanför omvårdnadsstatus finns möjlighet att dokumentera läkarordinationer av kontroller och behandlingsmål, till exempel gällande NEWS2.

Vårdplaner

Sjuksköterskans analys av informationen som dokumenterats under omvårdnadsanamnes och omvårdnadsstatus leder till en eller flera [omvårdnadsdiagnoser](#) som utgör grunden till en vårdplan. Vårdplanen består av omvårdnadsdiagnos, omvårdningsmål och planerade omvårdningsåtgärder.

Det finns standardiserade och individuella vårdplaner. En standardiserad vårdplan (SVP) är en generell handlingsplan för omhändertagande av en viss patientkategori. En individuell vårdplan (GVP/IVP) är en vårdplan vars innehåll anpassas utifrån individens behov och förutsättningar.

I en vårdplan kan dokumentation ske vid olika tidpunkter och av olika personer. Här dokumenteras utförda åtgärder, resultat av åtgärder och måluppfyllelse. Läs mer om vårdplaner i [manualen för vårdplansvyn i Cosmic](#).

Rapportanteckning

Information som inte är omvårdnadsstatus eller planerade åtgärder dokumenteras i kronologiska journalvyn i mallen **Rapportanteckning omvårdnad - vårdtillfälle**. Exempel på information som kan dokumenteras här är att en läkare kontaktats av någon anledning eller att en undersökning inte gick att genomföra på grund av att patienten försämrats. Mallen kan även användas för att dokumentera utförda medicinska åtgärder eller tillfälliga omvårdningsåtgärder.

Aktiviteter

Aktiviteter används för att planera och dokumentera utförda åtgärder för respektive patient. Aktiviteter hanteras i fönstren **Beställning**, **Att göra - Patient**, **Att göra - Enhet** samt i *Cosmic Nova*. Aktiviteter är en del av patientens journal.

Journaltabeller

Journaltabeller används för upprepade registreringar. Här dokumenteras information om till exempel patientens in- och utfarter och observationer/mätningar som inte ingår i omvårdnadsstatus eller som är lämpligast att dokumentera i tabellformat.

Journaltabeller används gemensamt av alla vårdenheter. Patienten ska endast ha en aktiv journaltabell från samma mall.

Kliniska parametrar

På grund av tekniska begränsningar i Cosmic är rutinen för hur kliniska parametrar registreras olika för olika patientgrupper, se [rekommendationen för dokumentation av kliniska parametrar](#).

Vätskebalans

Patientens energi- och vätskeintag samt vätskeförluster registreras i fönstret **Vätskebalans**. För de flesta vårdenheter är bryttiden kl 07.00, detta innebär att summering av patientens intag och förluster måste registreras med mätningstid senast kl 06.59 för att de ska räknas med på rätt dygn.

Infusioner och sondmat som är administrerade i läkemedelsmodulen i Cosmic hamnar automatiskt i vätskebalansen. Det är dock viktigt att infusioner delregistreras innan kl 07.00 för att det ska bli rätt. Om en patient har erhållit en infusion som inte ordinerats i Cosmic måste den registreras manuellt i vätskebalansen som parenteral vätska.

Omvårdnadsepikris

En omvårdnadsepikris är en slutanteckning som skrivs av en sjuksköterska i syfte att utvärdera och sammanfatta genomförd omvårdnad under ett vårdtillfälle. Fokus ska ligga på omvårdnad, informationen som läkaren dokumenterar i sin epikris ska alltså inte upprepas. Innehållet i de olika epikriserna ska komplettera varandra och tillsammans skapa en helhetsbild av patientens situation.

Omvårdnadsepikris ska skrivas för samtliga patienter som vårdats inom slutenvård. I vissa fall kan det dock räcka med en kort sammanfattning under sökordet *Omvårdnadsförlopp*:

- Om patientens vårdtid understiger 24 timmar, patienten är självständig och inte har några planerade insatser från kommun eller annan vårdgivare i samband med utskrivning (samtliga tre kriterier ska vara uppfyllda).
- Om patienten har avlidit under vårdtiden.

För patienter som förflyttas inom vårdenheter i Region Jönköpings län behöver omvårdnadsepikris inte skrivas inför förflyttningen, istället uppdateras omvårdnadsstatus och aktuella vårdplaner. Planerade och pågående aktiviteter som fortfarande är aktuella flyttas till den nya avdelningen.

För en patient som vårdas utlokaliserad ska omvårdnadsepikrisen signeras av sjuksköterska på den avdelningen där patienten vårdas vid utskrivningstillfället. Omvårdnadsepikrisen ska alltid skrivas mot den medicinskt ansvariga enheten för att anteckningen ska visas under rätt kliniks journalvy. Säkerställ att anteckningens händelsedatum överensstämmer med utskrivningsdatumet innan signering.

Om omvårdnadsepikrisen har påbörjats av sjuksköterska på en annan avdelning (till exempel om patienten var utskrivningsklar innan utlokalisering) behöver du söka upp den i aktuell kliniks journalvy och ta över anteckningen. Kontrollera att informationen fortfarande stämmer, uppdatera vid behov.