

Struktur läsrapport

Uppmärksamhetssignal

Journal

Gemensamma dokument

Begränsning livsuppehållande behandling

Enhetens anteckningar

Patientens vårdplaner (aktuellt VP):

- omvårdnadsanamnes
- omvårdnadsstatus
- vårdplaner

Patientens journaltabeller

Rapportblad

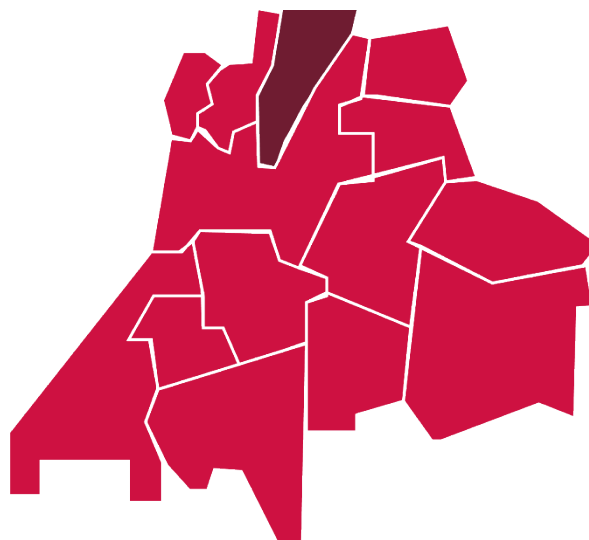
Att göra – Patient

Analysyta

Beställning och svar

Utdelningsvy (läkemedel)

Ärendeöversikt (Link)



Omvårdnads- dokumentation i slutenvård

Snabbguide

En längre version av denna
guide finns på Folkhälsa
och sjukvårdswebben.

Patientkort

Kontrollera och uppdatera vid behov.

Gemensamma dokument

Gå igenom vid inskrivning, uppdatera vid behov. T.ex. samtycke vid sammanhållen journalföring, social bakgrund, familjesituation (vid minderåriga barn upprättas blankett familjeformulär) och levnadsvanor.

Vårdplansvyn

Vårdtagande för vårdplan

Om en patient byter avdelning under vårdtillfället ska man fortsätta dokumentera i samma vårdåtagande. Man byter då vårdåtagandets klassificering och medicinskt ansvarig enhet till aktuell klinik. Om patient vårdas utlokaliserad behålls ursprungsklinikens klassificering och medicinskt ansvariga enhet. Vårdåtagandet ska avslutas vid utskrivning (undantag gäller om vårdprocessen fortsätter i öppen vård, då kan det lämnas öppet).

Omvårdnadsanamnes

Information om patientens hälsa, tidigare sjukdom och vardagliga liv före vårdtillfället. Patientens beskrivning av händelseförloppet som lett fram till vårdkontakten och patientens förväntningar på vårdtiden. Även information gällande ID-band och om närstående är meddelade.

Omvårdnadsstatus

Information om patientens normaltillstånd och aktuellt tillstånd utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Sortera informationen under rätt sökord genom att tänka ”Vilken funktion påverkas av det jag nu tänker dokumentera?”. Uppdatera kontinuerligt aktuella sökord vid förändring.

Vårdplaner

Utifrån omvårdnadsanamnes och omvårdnadsstatus identifieras omvårdnadsdiagnoser som utgör grunden till en eller flera vårdplaner.

Vårdplaner består av omvårdnadsdiagnos, omvårdnadsmål och planerade omvårdnadsåtgärder. Här dokumenteras vilka åtgärder som är utförda samt resultatet av dessa.

Standardiserade vårdplaner (SVP) är en generell handlingsplan för omhändertagande av en viss patientkategori.

Individuella vårdplaner (GVP/IVP) anpassas utifrån individens behov och förutsättningar.

Rapportblad

Används för att dokumentera tillfälliga händelser där det inte finns behov av att ha en vårdplan. Dokumentera aktuell händelse, vidtagna åtgärder och resultatet av dessa.

Journaltabeller

Används för upprepade mätningar och registreringar, t.ex. gällande in- och utfarter samt upprepade 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

Rutinen för hur kliniska parametrar registreras skiljer sig mellan olika patientgrupper, se fullständig beskrivning på sidan *Cosmic Vårdokumentation, dokumentation av kliniska parametrar, rekommendation* på Folkhälsa och sjukvårdswebben. Sammanfattningsvis kan kliniska parametrar för de flesta patienter registreras via automatisk överföring eller manuellt i Patientöversikt eller Analysyta. Undantag gäller barn (0-18 år), gravida/nyförlösta kvinnor samt patienter med epiduralbehandling eller behandling med högflödessyrgas, för dessa patienter ska journaltabell användas.

Vätskebalans

Registrering av energi- och vätskeintag samt vätskeförluster. Bryttiden är kl 07.00, detta innebär att summering av patientens intag och förluster måste registreras med mätningstid senast kl 06.59. Delregistrera även pågående infusioner innan detta klockslag. Om en patient har erhållit en infusion som inte ordinerats i Cosmic måste den registreras manuellt som parenteral vätska.

Omvårdnadsepikris

Ska skrivas på samtliga patienter som vårdats inom slutenvård. Om patientens vårdtid understiger 24 h, patienten är självständig och inte har några planerade insatser från kommun eller annan vårdgivare i samband med utskrivning kan det räcka med en kort sammanfattning under sökordet *Omvårdnadsförlopp*. Detsamma gäller om en patient har avlidit under vårdtiden. För patienter som förflyttas inom Region Jönköpings län behöver omvårdnadsepikris inte skrivas, utan istället uppdateras omvårdnadsstatus och aktuella vårdplaner. Mottagande enhet fortsätter dokumentationen i samma vårdåtagande.