

Inskrivning

Allmänna patientuppgifter
Inskrivning, omvårdnad
NEWS-bedömning
Riskbedömning
Vårdplan(er)
In- och utfarter
Undersökning/behandling
Utskrivningsplanering

Under vårdtiden

Omvårdnadsanteckning
Omvårdnadsstatus
→ Förnyat omvårdnadsstatus

Förnyad NEWS-bedömning
Förnyad riskbedömning
Vårdplan(er)
Fall/fallskada
Trycksår, nyttillkommet
In- och utfarter
Rondanteckning
Undersökning/behandling
Sårjournal
Utskrivningsplanering

Utskrivning

Utskrivningsplanering
Överflyttning/santeckning, ssk
Epikris, tvärprofessionell

Kontakt

Denize Djurfeldt
Avdelning strategisk vårdutveckling och säkerhet
Skånes universitetssjukvård
Telefonnummer: 040 - 33 63 06
E-post: denize.djurfeldt@skane.se

Senast uppdaterad 20 februari 2020

Regional vård- dokumentation i patientens journal

Allmänna patientuppgifter	En per patientjournal	<input type="checkbox"/> Patientfakta, Fri aktivitet
Första gång vid vård i Region Skåne öppnas anteckningen och läggs som <i>Fri aktivitet</i> för att alltid ligga tillgänglig på journalmappen. Ändringar sker i samma anteckning, oavsett vårdkontakt och verksamhetsområde. Ej aktuell information i anteckningen ska tas bort. En patient får endast ha en <i>Allmänna patientuppgifter</i> (förutom om privat vårdgivare är inkopplad).		

Inskrivning, omvårdnad	En per vårdkontakt	<input type="checkbox"/> Inskrivning
Dokumentera på de sökord som är relevanta för patientens omvårdnad. Mätvärden som dokumenteras här förs automatiskt över till <i>Mätvärden</i> . Vid sökordet <i>Normalstatus</i> dokumenteras patientens normala status (ett habitualltillstånd att eftersträva), för att skilja det från patientens ankomststatus vid inskrivning.		

Mätvärden		<input type="checkbox"/>
Finns uppe i menyn under fliken Läkemedel. Här dokumenteras samtliga mätvärden och resultat av kontroller som till exempel puls, blodtryck, energiintag, urin- och dränmängd. Mätvärden förs också över hit från anteckningar som till exempel <i>Inskrivning, omvårdnad</i> och <i>NEWS-bedömning</i> . För att påtala stora avvikelser som kräver omedelbar åtgärd, kan mätvärdet även nämnas i annan anteckning.		

Undersökning/ behandling	En per vårdkontakt	<input type="checkbox"/> Vårdplan
Här dokumenteras samtliga planerade och genomförda undersökningar, behandlingar, kontroller och eventuella förberedelser på en plats i journalen för snabb och säker översikt. Vid <i>Samordning</i> dokumenteras till exempel tid för ADL-bedömning och vid <i>Dusch</i> datum då patienten fått hjälp att duscha. Viktig fakta vid undersökningar dokumenteras vid sökordet <i>Särskilt att tänka på</i> , till exempel att blodtryck ej ska tas i patientens vänstra arm. I denna anteckning är det tillåtet att skriva över information som inte längre är aktuell.		

Riskbedömning	En per vårdkontakt	<input type="checkbox"/> Bedömning/ utredning
Riskbedömning för fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Vid förändrat tillstånd uppdateras riskbedömningen med underaktivitet <i>Förnyad riskbedömning</i> .		

Vårdplaner	En per vårdkontakt	<input type="checkbox"/> Vårdplan
Öppnas då risk för trycksår/fall/undernäring/nedsatt munhälsa föreligger eller vid andra omvårdnadsproblem. Här dokumenteras insatta åtgärder och utvärdering av dessa, vilket gör att åtgärder inte behöver upprepas i daglig dokumentation. Tillgängliga vårdplaner är till exempel Nutrition, Smärta, Trycksårsprevention, Fallprevention och Munhälsa.		

NEWS	En per vårdkontakt	<input type="checkbox"/> Bedömning/ utredning
Vid uppdatering öppnas underaktiviteten <i>Förnyad NEWS-bedömning</i> . Mätvärden som registreras här förs automatiskt över till Mätvärden.		

Rondanteckning	En per vårdkontakt	<input type="checkbox"/> Vårdplan
Här samlas all information kring samtliga medicinska ronder i en och samma anteckning. Använd endast en <i>Rondanteckning</i> per vårdkontakt för snabb överblick. Vid varje rond öppnas en dubblett av sökordet <i>Rondanteckning</i> , och aktuellt datum väljs i datumrutan. Dokumentera gärna i punktform. Om även omvårdnadsrond utförs finns anteckning <i>Omvårdnadsrond, tvårprof.</i> för dokumentation av denna.		

Sårjournal	En per vårdkontakt	<input type="checkbox"/> Vårdplan
Öppnas om patienten har ett sår, se utbildning i Utbildningsportalen. Här samlas all dokumentation om såret. Sårjournalen har tre nivåer: Sårjournal, <i>Sår nr x</i> samt <i>Bedömning/utredning</i> . Varje <i>sår nr x</i> ska endast användas en gång, även om sår x läkt under vårdtiden. Observera att öppnande av flera Sårjournaler under samma vårdkontakt är en patientsäkerhetsrisk.		

In- och utfarter	En per vårdkontakt	<input type="checkbox"/> In- och utfarter
Arbete pågår med att skapa enskilda anteckningar för samtliga in- och utfarter. I nuläget finns till exempel egna anteckningar för <i>Perifer venkateter</i> och <i>CVK-kateter</i> . Ett flertal anteckningar finns dock kvar som underaktiviteter till anteckningen <i>In- och utfarter</i> . Samma aktivitet används för hela vårdkontakten och en dubblett av sökord görs om patienten exempelvis får ny PVK. I anteckningen <i>Perifer venkateter</i> finns sökordet <i>Senaste inspektion</i> där ny inspektion dokumenteras genom att uppdatera datumet.		

Omvårdnads-status	En per vårdkontakt	<input type="checkbox"/> Vårdförlopp
Används för att ge snabb översikt av patientens fullständiga status. Vid förändring öppnas underaktiviteten <i>Förnyat omvårdnadsstatus</i> . Vid uppdatering av enskilda parametrar kan dubblett tas av sökord och dateras. Till exempel om patienten är fastande och den 3/12 börjar äta A-kost, ta dubblett av sökordet Nutrition och skriv 3/12 A-kost.		

Omvårdnads-anteckning		<input type="checkbox"/> Vårdförlopp
Öppnas som daganteckning om behov finns att beskriva omvårdnadsprocessen (Problem-Åtgärd-Resultat). Här kan status som eventuellt dokumenterats i anteckningen <i>Omvårdnadsstatus/Förnyat omvårdnadsstatus</i> förtydligas. För att minimera antalet <i>Omvårdnadsanteckningar</i> kan en och samma anteckning användas över hela vårddygnet (kl. 07-07).		

Omvårdnads-sammanfattning		<input type="checkbox"/> Vårdförlopp
Används vid längre vårdkontakt och sammanfattar aktuell vårdtid. Är ett alternativ till <i>Omvårdnadsstatus</i> .		

Fall/fallskada		<input type="checkbox"/> Vårdförlopp
Öppnas vid varje inträffat fall. Här dokumenteras inträffat fall, eventuella fallskador samt vidtagna åtgärder.		

Trycksår, nytillkommet		<input type="checkbox"/> Vårdförlopp
Öppnas vid varje nytt trycksår. Här dokumenteras nytillkommet trycksår samt vidtagna åtgärder.		

Utskrivnings-planering	En per vårdkontakt	<input type="checkbox"/> Utskrivning
Öppnas då patienten skrivs in och uppdateras med dubblett av aktuellt sökord. Används som checklista för social planering och ger översikt av utförda och planerade åtgärder inför utskrivning. Här dokumenteras samverkan med kommun och primärvård samt praktisk information kring utskrivningen, exempelvis transportsätt.		

Överflyttnings-anteckning, ssk		<input type="checkbox"/> Utskrivning
En <i>Överflyttningsanteckning</i> ska skrivas av överlämnande avdelning vid överflyttning av en patient till annan avdelning inom Region Skånes slutenvård.		

Epikris, tvär-professionell	En per vårdkontakt	<input type="checkbox"/> Utskrivning
Skrivs i samband med att patienten skrivs ut från sjukhuset. Anteckningen ska innehålla en sammanfattning av vårdtiden inklusive patientens aktuella status och eventuella behov av vårdåtgärder för att säkerställa fortsatt vård på annan vårdnivå. Samtliga yrkeskategorier som vårdat patienten bör skriva på sina sökord i epikrisen. Se manual Epikris, tvärprofessionell för mer information kring vad som ska skrivas var och av respektive yrkeskategori.		

Generella råd vid dokumentation
<ul style="list-style-type: none"> • Använd ett kort, koncist och professionellt språk • Undvik förkortningar • Fokusera på omvårdnaden i anteckningarna som är till för omvårdnad • Signera efter varje arbetspass