

Gäller för: Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Lina Olsson, (linol10), Kirurgisjuksköterska

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-11-21

Giltig till: 2027-11-14

Omvårdnadsdokumentation

Förändringar sedan föregående version

“Slutanteckning generell mall” ändrat till “Välj mall BKIR”.

“Templista” ändrat till “Vätskebalanslista”.

Syfte

Att dokumentationsansvarig personal dokumenterar enligt samma rutiner och att undvika dubbeldokumentation. Säkerställa att samtlig personal på Kirurgiavdelning barn läser omvårdnadsjournalen enligt samma rutiner.

God journalföring medverkar till att patientens säkerhet förbättras, omvårdnadsarbetet synliggörs och kommunikationen förbättras så att den muntliga rapporteringstiden minskar (1).

Arbetsbeskrivning

1. Att läsa i omvårdnadsjournalen

Ankomstsamtalet

Här beskrivs kontaktorsaken och tillståndet vid ankomst.

Vårdplanen

Vårdplanens syfte är att ge en samlad bild av individens behov, mål och de insatser som planeras.

Ordinerade kontroller

Ordinerade kontroller ligger under ”Fri Aktivitet” och där beskrivs vilka kontroller som är aktuella för patienten.

Omvårdnadsrapport

Den senaste omvårdnadsrapporten beskriver patientens nuvarande situation. Läs bakåt i tiden om du behöver mer information.

Kompletterande uppgifter

- Information från mätvärdesmodulen, antingen i listor eller i diagram.
- Läkemedelsordinationer och utdelningslistor i läkemedelsmodulen.
- Ev morfin-, EDA- och klonidinprotokoll.
- Ordinerade provtagningar/undersökningar.
- Laboratoriesvar.
- Infartslista (Perifier venkateter, Central venkateter, katetrar med mera) skall alltid öppnas och vara placerad under ”Fri aktivitet” så länge där finns någon in- eller utfart. När inga in- eller utfarter kvar finns kvar flyttas aktiviteten till rätt vårdkontakt.

2. Att dokumentera i omvårdnadsjournalen

Ankomstsamtal

Ankomstsamtalet är avdelningsspecifikt, välj mall BKIR. Här dokumenteras orsaken till sjukvårdskontakten och aktuellt omvårdnadsstatus. I samband med inläggning skall alltid aktiviteterna ”Patientbakgrund” och ”Tillägg till patientbakgrund” samt ”Uppmärksamhetsinformation” öppnas och läggas under Fri aktivitet. Öppnas endast en gång per patient. Finns aktiviteterna redan öppnade, kontrolleras uppgifterna och signeras. Är informationen ändrad skrivs uppgifterna över och signeras. I patientbakgrunden skrivs allmänna uppgifterna, diagnos och aktuella vårdkontakter, där aktuella telefonnummer kan dokumenteras. Telefonnummer till läkare eller andra vårdinstanser skall ej skrivas i patientens löpande journal (1).

- Kontaktorsaken ska spegla varför barnet sökt vård, och anledningen till barnets vistelse (1,2). Ange operations datum eller datum för andra eventuella åtgärder.
- I aktuell omvårdnadsstatus ska du beskriva hur barnet är nu i förhållande till hur det brukar vara. Här beskrivs de reaktioner på det medicinska problemet som påverkar det dagliga livet och som kommer att utgöra grunden för vårdplaneringen (1,2,4). Här får absolut inga planerade eller genomförda åtgärder dokumenteras, det vill säga inga ordinationer.

Vårdplan

Lägg alltid upp en vårdplan (3). Välj Vårdplan, som aktivitet och mallen BKIR Vårdplan. Vid behov öppnas flera vårdplaner utifrån omvårdnadsdiagnos. Notera alltid planerat utvärderingsdatum på omvårdnadsplanerna, då vårdplanen annars inte syns i journalträdet till vänster. Varje vårdplan ska ha sin grund i en statusbeskrivning, och innehålla:

- Hälsotillstånd/hälsoproblem
- Vad är viktig för dig tex använda glasklart
- Mål och ev. delmål
- Omvårdnadsåtgärder/omvårdnadsordinationer (1,2,) beskrivs i ”Planerad utredning eller behandling”
- Förväntad vårdtid
- Preliminärt utskrivningsdatum

Omvårdnadsdiagnosen utgör en beskrivning av patientens reaktion på aktuellt eller potentiellt hälsoproblem, d.v.s. problem, risker eller resurser i dagligt liv till följd av hälsoproblemet, inte en beskrivning av den medicinska diagnosen eller ev. ingrepp som gjorts (1,4).

Målet ska beskriva vad patienten ska klara av för att vårdplanen ska anses vara avslutad (1). Blanda inte ihop detta med vad du som sjuksköterska ska göra.

Omvårdnadsåtgärder kan vara genomförda eller planerade (1). Planerade omvårdnadsåtgärder formuleras som ordinationer, d.v.s. ska innehålla en beskrivning i termer som vad, vem, hur, när och hur ofta åtgärden ska utföras (2). Alla omvårdnadsåtgärder ska syfta till att målet uppfylls. Hänvisa till ordinerande läkare i förekommande fall.

Signering

Signera rad för rad när du dokumenterar i vårdplanen. Signera ”huvudet” när vårdplanen avslutats och/eller när patienten skrivs ut.

Ordinerade kontroller

Ordinerade kontroller öppnas i samband med Vårdplan och läggs under Fri Aktivitet. Välj mall BKIR. Där uppdateras patientens ordinerade kontroller, vätskelista m.m. Uppdateras varje arbetspass. Signeras och flyttas in till aktuellt vårdtillfälle vid utskrivning.

Infartslistan

Infartslistan öppnas när patienten får en infart/utfart. Lägg under Fri Aktivitet. Här skrivs alla infarter och utfarter patienten har och får under

vårdtiden. Om en infart/utfart dras skrivs denna ut från listan. När patienten skriv ut flyttas anteckningen in i aktuellt vårdtillfälle om alla infarter/utfarter är borttagna. Finns kvarvarande infart/utfart ligger Infartslistan kvar i Fri Aktivitet

Omvårdnadsrapport

Aktiviteten Omvårdnadsrapport öppnas ett för varje arbetspass. Välj mall BKIR Omvårdnadsrapport. Här dokumenteras patientens tillstånd, omvårdnadsåtgärder och resultat.

Slutanteckning

En slutanteckning ska dokumenteras på alla patienter som skrivs ut, oavsett vårdtid (3). Välj mall BKIR. Slutanteckningen är en sammanfattning av given omvårdnad, samt kan utgöra underlag för informationsöverföring (1,2). Slutanteckningens innehåll anpassas till den individuella patienten, men nedanstående uppgifter skall finnas med. Beskriv:

- vårdtid,
- kontaktorsak
- sammanfattning av omvårdnadsdiagnoser, omvårdnadsåtgärder och resultat av dessa (vårdsammanfattning)
- aktuell omvårdnadsstatus,
- utskrivningsplanering (1,2).

Övrigt

- Dokumentera inte sådant som redan står i andra moduler till exempel läkemedel, infusioner, provtagningar/undersökningar, laboratorieresultat eller sådana uppgifter som återfinns på checklistor eller i mätvärdesmodulen.
- Gör ingen onödig anteckning i patientens journal av typen ”sovit gott” eller ”pigg liten tjej”, bara för att påvisa att du observerat patienten. Dina insatser syns ändå i form av anteckningar och signaturer på tempkurva och signeringslistor. Om det inträffar en förändring i patientens situation dokumenteras denna, undvik onödig omvårdnadsdokumentation.
- Se till att aktuell vätskebalanslistan i kardex är aktuell och uppdaterad. Viktigt vid eventuella driftstörningar eller dylikt.

Ansvar

Gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal inom Verksamhetsområde Kirurgi barn. Drottning Silvias barnsjukhus, SU/Östra.

Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOFS 2011:9.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschefen ansvarar ytterst för revision/uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Kunskapsöversikt

- Ehnfors et al. VIPs-boken. FoU-48. Stockholm: Vårdförbundets förlag; 1998.
- Björvell C. Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok. Stockholm: Studentlitteratur; 2001.
- SoSFS 2008:14 Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.
- Carnevali D. Handbok i omvårdnadsdiagnostik. Stockholm: Liber; 1996.

Referenser enligt Vancouversystemet;

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Granskare

Lina Olsson, kirurgisjuksköterska Kirurgiavdelning barn, Område 1/SU, innehållsansvarig

Maria Hermansson, barnsjuksköterska Kirurgiavdelning barn, Område 1/SU, innehållsgranskare

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Lina Olsson, (linol10), Kirurgisjuksköterska

Granskad av: Lina Olsson, (linol10), Kirurgisjuksköterska,
Maria Hermansson, (marhe97), Barnsjuksköterska

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-407

Version: 9.0

Giltig från: 2025-11-21

Giltig till: 2027-11-14