

Omvårdnadsdokumentation på Gynekologavdelningen

Innehåll

Omvårdnadsdokumentation på Gynekologavdelningen.....	1
Bakgrund	1
Ny patient	1
Dokumentation vid inskrivning	2
Daglig dokumentation	3
Dokumentation vid utskrivningsplanering	4
Utskrivning	4
Referenser	5
Dokumenthistorik	5

Bakgrund

När patienter vårdas inom hälso- och sjukvården ska enligt lag en patientjournal upprättas. Uppgifter som ska journalföras är uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos samt relevanta vidtagna och planerade åtgärder. Även uppgifter om information och samtycke inhämtats enligt lagen om biobanken, om patienten samtycker till sammanhållen journalföring samt om det ska vara sekretess.

Det är endast tillåtet att läsa de journaler för de patienter man vårdar.

Språket i journalen ska vara på svenska, kortfattat, vara tydligt utformat och så långt som möjligt förståeligt för patienten.

Ny patient

Vid varje nytt vårdtillfälle skapas ett vårdåtagande "VP Gynekologiska sjukdomar". För utlokaliserade patienter, oavsett om det är medicin, kirurgi eller annan avdelning, väljs "VP Medicinskt utlokaliserad".

Patienter som tillhör BB, välj "VP Obstetrik". Mammor förlösta inom åtta dagar tillhör BB.

Dokumentation vid inskrivning

Patienten fyller i pappersdokumentet "Egna uppgifter om din hälsa".

Under aktuellt vårdåtagande öppnas mallen "Info-insamling bm/ssk Gyn". Med hjälp av pappersdokumentet "Egna uppgifter" fylls anamnes och status in.

Om patienten tidigare har vårdats på sjukhuset, kan denna information användas genom att bocka i rutan för historik.

Alla patienter som läggs in på avdelningen screenas avseende risk för fall, undernäring eller trycksår. Vid förekomst av risk ska en generell vårdplan för dessa öppnas med relevanta åtgärder enligt följande:

GVP Förhöjd fallrisk, GVP Risk för undernäring respektive **GVP Risk för trycksår**.

Anamnes är ett inkomststatus och uppdateras inte under vårdtiden. Undantag är följande:

- Om operation blir struken, ska det skrivas under "Kontaktorsak".
- Skötsel av egna läkemedel under vårdtiden kan ändras och ska då uppdateras under "läkemedel".
- Multiresistenta bakterier (MRB) uppdateras när eventuella odlingssvar kommit.
- Patienter som är inskrivna i Cosmic Link.

Levnadsvanor och inkomst-MEWS, längd och inkomst-vikt förs in i Journaltabell "LUL Observationslista" i patientöversikten.

Patientkortet uppdateras med anhöriga samt patientens telefonnummer. Telefonnummer ska ej skrivas i anamnes eller status.

Patienter som har eller kan tänkas behöva kontakt med kommunen efter inskrivning ska skrivas in i Cosmic Link, om godkännande från patienten inhämtats.

Vårdplan för aktuell inskrivningsorsak öppnas. Följande vårdplaner finns:

- SVP - standardvårdplaner.
- AVP - avdelningsbundna vårdplaner.
- GVP - generella vårdplaner.
- IVP- individuella vårdplaner.

En standardvårdplan (SVP) är en formulerad vårdplan för en viss sjukdom, operation eller behandling. Planen bygger på ett evidensbaserat kunskapsunderlag.

Dokumentera enligt följande:

- Vid inskrivning inför operation ska "SVP Preoperativ vård" öppnas. Det finns en för cancerpatienter och en för benign operation.
- Vid andra patientsjukdomar, till exempel bukobservation eller missfall, skapas en vårdplan.
- De relevanta sökorden väljs ur listan AVP. Därefter väljs relevant underrubrik och planerad omvårdnadsåtgärd skrivs in.
Tänk på att bara ha en planerad omvårdnadsåtgärd under varje underrubrik i vårdplanen. Ska fler planerade åtgärder läggas till, högerklicka på sökordet och lägg till ytterligare behandling och välj lämplig åtgärd.

Exempelvis Sökord - Nutrition

Underrubrik - Observation/övervakning

Planerad omvårdnadsåtgärd - Vätske- och näringsintag obs endast **en** observation.

- När hela vårdplanen har skapats ska den signeras innan man börjar skriva i den.
- Läkardokumentation vid inskrivning skrivs in i vårdplanen under rätt sökord och planerad omvårdnadsåtgärd.
Till exempel "Fasta enligt ordination" skrivs under Nutrition - Vätske- och näringsintag.

Daglig dokumentation

När en patient hämtas från operation ska en postoperativ vårdplan öppnas.

Finns en relevant SVP ska den användas, annars **skapar** man en vårdplan ur listan AVP (som ovan).

Följande SVP:er finns på gynavdelningen:

- Bröstkirurgi.
- Sent graviditetsavbrytande.
- Hysterektomi abdominell GYN Laparotomi.
- Hysterektomi laparoskopisk GYN Laparotomi samt robotkirurgi.
- Ovarial/högrisk corpuscancer med pleuradrän och stomi.
- Ovarial/högrisk corpuscancer med pleuradrän.
- Ovarial/högrisk corpuscancer med stomi.
- Ovarial/högrisk corpuscancer.
- Preoperativ vård cancersjukdom.

- Preoperativ vård.
- Hyperemesis.
- OHSS.
- Prolapskirurgi.

När patienten har en central infart ska relevant standardvårdplan öppnas, exempelvis SVP central venkateter, SVP Subcutan venport eller SVP PICC-line.

Daglig fortlöpande dokumentation sker i status, genom att dokumentera under relevant sökord, en gång per arbetsplats eller oftare vid behov. Vårdplanen används som checklista för att se vilka åtgärder som ska utföras eller har utförts och uppdateras vid förändringar.

I status under sökord "Vårdhändelser" skrivs rondanteckningar, anteckning när patienten åker ner till operation, rapport från uppvaket när vi hämtar patient från operation, samt isolerade händelser.

Daglig uppdatering av "LUL In o Utfarter" sker i Journaltabell.

En Journaltabell får aldrig avslutas. Påbörja aldrig en ny Journaltabell om det redan finns en.

Vätskebalans på berörda patienter förs in i Journaltabell "LUL Vätskebalans". Balansen räknas från klockan 06.00 – 06.00.

Alla kontroller av vitala parametrar förs in i patientöversikten, kliniska parametrar.

Fortlöpande kontakt med kommunen sker genom dokumentation i Cosmic Link.

Dokumentation vid utskrivningsplanering

"Utskrivningsplanering" finns med i SVP-erna.

Har patienten en skapad vårdplan ska "GVP Utskrivningsplanering" öppnas inför hemgång, och relevant information dokumenteras.

En omvårdnadsepikris skrivs då patienten ska tas över till kommunalt boende eller till annan vårdenhets utant för Uppsala Län. Omvårdnadsepikrisen skrivs av sjuksköterska, med hjälp av mallen "Epikris bm/ssk gyn", som hittas via "Ny vårdplansanteckning".

Utskrivning

Vid hemgång avslutas vårdåtagandet och läkemedelslistan. Patienten skrivs ut från enhetsöversikten i Cosmic.

Utskrivningsmeddelande i Cosmic Link samt utskrivning från Cosmic Link.

Referenser

SFS 1985:562. Patientjournalagen. Svensk författningssamling.

Björwell, C. (2001). *Sjuksköterskans journalföring*. Studentlitteratur.

SOSFS 2008:14 Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Dokumenthistorik

Författare:

Lena C Andersson, Ebba Robért.

Granskare:

Matilda Edvardsson, Mahnaz Esmailzadeh, Gudlaug Sverrisdottir

Datum:

2020-11-13: Nytt dokument.

2023-10-01: Förtydligande av hur och vart vi dokumenterar. Uppdaterat under rubrik "Daglig dokumentation".