



# 9

## DOKUMENTATION I PATIENTJOURNALEN

### 9.1 Att dokumentera folkhälso- och omvårdnadsarbetet

För att ett kvalitetsarbete ska vara meningsfullt är det angeläget att fokusera på avgörande delar av vårdverksamheten. Vilka delar detta är kan naturligtvis variera i olika verksamheter, men vad som är viktigt för all vårdverksamhet inklusive primärvården, är att det finns en väl fungerande patientjournal där distriktssköterskans/sjuksköterskans journalanteckningar utgör en del av journalen.

För många år sedan hade distriktssköterskor liksom andra sjuksköterskor ofta en bok eller ett bundet häfte med anteckningar som gällde många patienter förda i samma bok. Det var individualiserad information och gällde basala livsbetingelser för den enskilda människan och familjen. Därefter utsattes verksamheten för krav på rationalisering under många år. De noteringar som sparades, ofta på små kort, var mycket sparsamma och kortfattade. I och med [Patientjournalagen](#), som trädde i kraft 1986, blev skyldigheten för sjuksköterskor att föra journal lagstadgad. I Socialstyrelsens allmänna råd [Omvårdnad inom hälso- och sjukvården, SOSFS 1993:17](#) förtydligas dokumentationsansvaret.(1,2). Till detta kan också läggas ett utbredd intresse bland distriktssköterskorna/sjuksköterskorna att arbeta med dokumentationen. Det handlar inte längre enbart om att följa lagen, det finns också en stark vilja att utveckla dokumentationen.

Kortare vårdtider och ökad valfrihet har medfört att patienten oftare behöver avancerad vård och behandling även i hemmet. Detta ökar svårigheterna att dokumentera och ställer krav på att de allra viktigaste delarna blir tydliga. Det finns flera svenska studier av patientjournaler inom slutenvård som har visat brister i dokumentationen när det gäller patientens omvårdnadsbehov, möjligheten att i efterhand följa ett vårdförlopp och när det gäller att motsvara de juridiska kraven på dokumentationen. I journalerna var de vanligaste noteringarna mer en kort beskrivning av vad man gjort, d.v.s. en slags rapportering och mindre vad man tänkt göra, d.v.s. nästan ingen planering. (3,4, 5,6, 7). Inget motsäger att detsamma kan gälla även inom primärvård.

Det sjuksköterskor har pekat på som orsak till dessa brister i dokumentationen är bland annat att de tyckte sig ha otillräcklig kunskap i omvårdnad, att de saknade ett bra system för dokumentation och att de inte hade gemensamma termer och begrepp för att beskriva omvårdnadsarbetet. I en del studier framkom bristande tid som en orsak till en otillräcklig dokumentation – medan andra studier visar att tiden inte är problemet.

Vår situation i Sverige när det gäller dokumentation är inte unik. Internationellt har det betonats att vi behöver gemensamma termer och begrepp för att kunna beskriva patientens omvårdnadsproblem, för de åtgärder som används och för de effekter som åstadkoms. Den internationella sjuksköterskeorganisationen [International Council of Nurses, ICN](#) driver ett projekt med syfte att samla erfarenheter från hela världen för att utveckla en gemensam klassifikation eller en uppsättning termer för att beskriva den praktiska omvårdnaden. (8)



Det pågår ett europeiskt samarbete och även i Sverige pågår projekt för att finna gemensamma termer och begrepp för användning inom olika specialiteter av omvårdnadsarbetet.

Innehållet i sjuksköterskans journalanteckningar har förändrats från att tidigare vara mest medicinska ordinationer till att mer och mer kommunicera individuellt planerad vård för att garantera kontinuitet och säkerhet och vara ett arbetsredskap för att nå en hög kvalitet på vården. Journalen är beviset på vad som planerats och genomförts och kan, om den är väl förd, också visa vilka effekter man uppnått.

Patientens delaktighet i och bedömning av vården är också av stor betydelse. Sådana uppgifter kan med fördel vara en del av anteckningarna i journalen.

Patientjournalagen föreskriver att det i patientens journal ska finnas:

- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- Uppgift om ställd diagnos och anledningen till mera betydande åtgärder
- Väsentliga uppgifter om planerade åtgärder
- Väsentliga uppgifter om vidtagna åtgärder

I Socialstyrelsens allmänna råd [Omvårdnad inom hälso- och sjukvården, SOSFS 1993:17](#) betonas ovanstående och tydliggör vad detta innebär i sjuksköterskans arbete:

- **Bedömning:** insamling av både subjektiva (d.v.s. patientens upplevelse) och objektiva observationer
- **Analys:** utarbeta en omvårdningsdiagnos och fastställa vårdmål
- **Planering:** upprätta en skriftlig vårdplan och prioritera vårdåtgärder
- **Genomförande:** dokumentera given omvårdnad
- **Utvärdering:** utvärdera måluppfyllelse och ev. revidera vårdplanen.

Patientjournalagen ålägger sjuksköterskan att också göra noteringar om telefonsamtal och telefonrådgivning när dessa gäller rådgivning i hälso- och sjukvårdsfrågor. Det finns flera ansvarsfall som rör just telefonrådgivning.

Lagens krav har stor likhet med det arbetssätt som är vanligt inom omvårdnad, nämligen att man arbetar processinriktat, även om det idag inte helt återspeglas i journalen. Det innebär att distriktssköterskan, innan någon åtgärd sätts in, bedömer situationen och tar in olika uppgifter, om hur patienten själv och ibland också familjen eller närstående uppfattar situationen. Dessutom gör hon en egen bedömning med hjälp av t.ex. intervju, observation och undersökning. Ibland används olika mätinstrument för att få nyanserade bedömningar.

Det är särskilt angeläget att identifiera de faktorer som gör att en patient löper en ökad risk av något slag, t.ex. en patient som har nedsatt förmåga att göra sig förstådd eller förstå eller som inte kan uttrycka sina behov. Professionell omvårdnad innebär att sjuksköterskan på ett systematiskt sätt bedömer om det finns risk, och i så fall hur stor risken är för patienten att få en skada, noterar detta i journalen och så långt det är möjligt i samverkan med patienten



planerar och genomför lämpliga förebyggande åtgärder. Detta måste också synas i dokumentationen.

Därefter bearbetas (analyseras) uppgifterna och sjuksköterskan försöker förstå vad det betyder i form av vårdbehov. Att utarbeta en omvårdnadsdiagnos är att precisera patientens problem eller behov och skala bort det som är mindre väsentligt. Att fastställa vårdmål innebär att försöka beskriva ett förväntat resultat. För att kunna detta behövs en god prognostisk förmåga som bygger på kunskap och erfarenhet. Målet, som det formuleras av den som är ansvarig för omvårdnadsplanen tillsammans med patient och eventuella närstående, anger den fortsatta inriktningen på arbetet.

Med utgångspunkt i patientens behov och problem, d.v.s. i omvårdnadsdiagnos och i mål planeras den enskilde patientens omvårdnad och åtgärderna prioriteras. Den omvårdnad som är given ska dokumenteras och utvärderas genom en bedömning av resultatet i förhållande till det uppsatta målet, d.v.s. en utvärdering av måluppfyllelsen görs.

Ett tecken på kvalitet är om de omvårdnadsproblem som en patient har och som finns beskrivna i journalen också kan följas i journalen, d.v.s. att det finns uppgifter om utvecklingen, oavsett om denna är positiv eller negativ, så att enskilda omvårdnadsproblem är fullständigt dokumenterade.

Lagstiftningen anger att ”väsentliga uppgifter” ska dokumenteras. Vad detta innebär i praktiken anges inte. Det måste den som har skyldighet att föra journal själv bedöma i situationen. Man kan på enheten diskutera vanliga situationer eller patientfall och komma fram till delar som är ”väsentliga”, det kan t.ex. gälla vilka bedömningar som alltid bör göras och vilka åtgärder som vi vet har betydelse. Detta kan uttryckas i enkla överenskomna formuleringar som kan vara till hjälp för den enskilda distriktssköterskan/sjuksköterskan vid planering av den enskilde patientens vård, men de måste självklart kompletteras med det unika i varje situation.

En av de viktigaste delarna är att följa upp omvårdnadens effekt avseende patientens status, funktionsförmåga, kunskap och välbefinnande fortlöpande under hela vården. Det kan gälla både kortsiktiga och långsiktiga resultat i förhållande till omvårdnadsdiagnos, uppsatta mål och åtgärder.

Både vid korta och långa vårdperioder, är det av värde att sammanfatta de viktigaste delarna i den omvårdnad som patienten fått under den tiden vården bedrivits och att också beskriva patientens förändring. Det kan också vara värdefullt att notera om det finns risk för komplikationer eller förändringar och om patienten har behov av fortsatta omvårdnadsåtgärder. Detta kan kallas en omvårdnadsepikris och är en kvalitetsindikator genom att den är en sammanhållen, slutlig bedömning. Det är väsentligt att denna sammanfattning överförs i samband med att patienten byter vårdform vilket finns att läsa om i [Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, SOSFS 2005:27](#).



## 9.2 Dokumentation med hjälp av sökord

För bättre överblick i det direkta vårdarbetet för säkerhet och kontinuitet, samt för att i efterhand kunna bedöma vårdens kvalitet, behövs en strukturerad journalföring. Ett sätt att öka läsbarheten och tillgången till informationen i journalen är att använda sökord för det man skriver in i journalen. Kommunikationen med andra enheter både lokalt, nationellt och kanske internationellt kan underlättas när man använder nationellt överenskomna sökord för att verkligen kunna skriva in det som behövs i vårdarbetet.

VIPS-modellen, en modell för dokumentation med hjälp av sökord för omvårdnad har utvecklats i ett flerårigt forskningsprojekt. (10) VIPS står för begreppen *Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet* som bygger på fyra övergripande mål för omvårdnaden och belyser viktiga aspekter i vårdarbetet. VIPS sökordsmodell för dokumentation av omvårdnad har fått stor genomslagskraft i Sverige och finns beskriven på svenska i en FoU-rapport. (12) VIPS-modellen följer vårdprocessens steg och utgör en grund för omvårdnadsdokumentationen varifrån olika specialiteter kan vidareutveckla sina specifika områden.

Distriktssköterskor har genom det nationella projektet Prim-VIPS tillförts sökord till VIPS för att återspegla sina verksamhetsområden, d.v.s. primärvårdens arbete. Dessa sökord integrerade i VIPS kallas Primärvårds-VIPS. Områden som lyfts fram och vidareutvecklats i Prim-VIPS är bl. a speciell omvårdnad, aspekter av egenvård, hjälpmedelsförskrivning, läkemedelsförskrivning och medicinsk bedömning/diagnos. Motsvarande anpassning för psykiatrisk omvårdnad finns i Psyk-VIPS. (14)

Att använda datoriserade journalsystem ger större möjlighet att återfinna information, samt att sammanställa och presentera den efter behov. För att detta ska vara möjligt krävs att informationen struktureras systematiskt och entydigt vilket är en förutsättning för att kunna kvalitetsutveckla omvårdnaden.

- [9.7Handledning till Prim-VIPS](#)
- [Översikt sökord i Prim-VIPS](#)



## 9.3 Att använda klassifikationer i samband med bedömning och förskrivning

Det finns idag ingen vedertagen praxis hos distriktssköterskor att använda någon klassifikation för beskrivning av patienttillstånd. Många föreställningar finns att inte sjuksköterskor och distriktssköterskor får ställa diagnos och registrera den enligt något klassifikationssystem i patientjournalen. Ändå är just medicinska bedömningar den vanligaste åtgärden som utförs av distriktssköterskor såväl vid konsultation i telefon som på mottagning och vid hembesök.

Det skulle vara av avgörande betydelse att kunna följa vilka tillstånd patienter har som möter och får rådgivning, vård och behandling av distriktssköterskor. Det skulle också vara angeläget för att kunna följa vårdkedjor och göra uppföljningar på gruppnivå samt ta ut statistik för jämförelser om distriktssköterskor systematiskt använder ett gemensamt klassifikationssystem.

### 9.3.1 KSH97-P/ICD 10

I väntan på direktiv vilket klassifikationssystem som skulle motsvara hela hälso- och sjukdomspanoramata så kan distriktssköterskor använda det klassifikationssystem [KSH97-P, Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997](#) (svensk version av ICD 10)(16) som brukas inom primärvården av läkare.

Utifrån formell kompetens så kan distriktssköterskor ställa medicinska diagnoser för tillstånd som klassificeras som barnsjukdomar d.v.s. exempelvis vattkoppor, påssjuka etc. De distriktssköterskor som har utbildning i farmakologi 8-10 p och erhåller begränsad förskrivningsrätt, har därmed kompetens att göra medicinska bedömningar och ställa diagnos inom ramen för förskrivningsrätten. Detta innebär givetvis att KSH 97 P kan användas för att i patientjournalen registrera den bedömningen på ett standardiserat vis.

Inom föreslagen klassifikation finns även ett symtomkapitel som med fördel kan användas för att registrera ett tillstånd som distriktssköterskan genom patientens beskrivning och objektiva fynd uppfattar var adekvat beskrivning av tillstånd t.ex. Uppmätt förhöjt blodtryck R03.0 eller Hicka R06.0.

För de patienter som redan har en ställd diagnos t.ex. diabetes och som konsulterar distriktssköterskan för detta tillstånd kan givetvis distriktssköterskan återanvända redan ställd diagnos och relaterar patientens kontakt och åtgärder till denna diagnos. Fördelen med detta är att man kan följa patientens olika kontakter och för vilka tillstånd patienten behövt söka vård. Man kan enkelt göra statistiska sammanställningar och beskriva vilka tillstånd som distriktssköterskan tar hand om. **Det ger en bättre bild av vilka tillstånd som omhändertas i primärvården och inte endast, som hittills, vilka tillstånd som läkare bedömer.**



### 9.3.2 Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ

[Klassifikation av vårdåtgärder \(KVÅ\)](#) är en gemensam klassifikation för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. KVÅ finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats.

KVÅ är obligatorisk för inrapportering till Socialstyrelsens hälsodataregister från och med 1/1 2007. Hela KVÅ-databasen finns för nedladdning i Access- och Excel-format för att man lätt ska kunna söka i den och filtrera åtgärderna på olika sätt. KVÅ består av två kodstrukturer: koder hämtade från KKÅ97 (tre bokstäver och två efterföljande siffror) och nya koder med KVÅ-struktur (två bokstäver och tre efterföljande siffror). Det innebär att det är problematiskt att logiskt sortera databasen. Ett långsiktigt nordiskt samarbete pågår dock som går ut på att försöka hitta en gemensam nordisk kodstruktur för åtgärder. KVÅ finns *inte* i tryckt "bokformat" utan endast att hämta hem från nätet: [Samtliga åtgärder i KVÅ 2008](#)

### 9.3.3 Åtgärder i KVÅ baserad på ICF-struktur

En testmodul med åtgärder med ICF-struktur färdigställdes under december 2005 av en tvärprofessionell nationell arbetsgrupp bestående av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor (omvårdnad). KVÅ-testmodul har prövats och utvärderats under år 2006 samt reviderats under våren 2007. Den reviderade testmodulen och en utvärderingsrapport finns på Svensk sjuksköterskeförenings webbsida:

[070418 KVÅ08.pdf](#)

[KVÅ slutrapport 2007 06 11.pdf](#)

Den reviderade modulen har anpassats och inkluderats i befintlig Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) för användning fr.o.m. januari 2008. Vi kallar nu denna del för "[åtgärder i KVÅ baserad på ICF-struktur](#)". Dessa åtgärder beskriver verksamheten inom arbetsterapi, omvårdnad och sjukgymnastik mera heltäckande än vad övriga åtgärder inom KVÅ gör. Åtgärderna är mera aggregerande, vilket innebär en förlust av precision. I enstaka fall finns även dubletter i förhållande till övriga delar i KVÅ eftersom hela ICF-strukturen täcks.



## 9.4 Att granska journaler

Kvalitetssäkringsarbetet, som är ett förändringsarbete bland annat för att utveckla en god omvårdnadsdokumentation, bygger på personalens egen medverkan. Ett sätt att öka möjligheterna för en bättre dokumentation är att träna att kritiskt granska sina egna journaler och att diskutera hur olika lösningar kan utformas. Denna metod har visat sig fungera bra. Med detta som grund är det sedan lättare att arbeta vidare.

Här kan också betonas att en viktig del är att arbetet med att dokumentera blir respekterat och att utvecklingen drivs i positiv samverkan mellan olika kategorier av vårdpersonal, så att det blir en *sammanhållen patientjournal*. Om vi kan föra en konstruktiv diskussion om patientens situation med olika discipliners bidrag, kommer vi att kunna föra bättre journaler vad gäller omvårdnad, medicinska och andra vårdinsatser.

### **Några frågor som man kan behöva fundera över innan granskningen börjar:**

#### *1. Vad ska resultatet av journalgranskningen användas till?*

Det kan t.ex. vara för att öka sin egen kunskap om hur vårdarbetet ser ut genom kartläggning och beskrivning, eller för jämförelse, för kvalitetsbedömning eller för att bedöma effekter av ändrad vård. Om man vill ha granskningen som underlag för den egna verksamheten kan man vara något mindre strikt i hur man går tillväga. Då handlar det ju inte om att bevisa något utan istället om att få indikationer om vad som behöver förbättras och få underlag för en meningsfull diskussion på enheten. I det läget är det mera angeläget att så många som möjligt av dem som för journal deltar i arbetet.

#### *2. Hur ska journalerna väljas ut och hur många ska tas med?*

Om man vill ha ett resultat som kan användas för att dra säkra slutsatser, behöver man dels plocka ut journalerna systematiskt, dels bestämma antalet journaler. Med systematik menas att man t.ex. tar varannan journal för patienter som besökt en mottagning från och med ett visst datum, eller väljer alla födda ett visst datum osv. Man kan också behöva fundera över när i tiden journalerna ska tas. Är det man vill granska något som gäller för alla patienter i alla situationer, då kan man ta journaler från vilken tid som helst, men vissa saker kanske fungerar bättre eller sämre vid vissa tillfällen och det behöver man tänka igenom innan man bestämmer hur urvalet ska göras. Om man vill beräkna hur många journaler som ska granskas behöver man först bestämma vad man söker och ha en aning om hur ofta detta förekommer t.ex. genom att göra en liten förstudie. För att beräkna antalet i den större studien kan man ta hjälp av en statistiker, som behöver förstudiens uppgifter för att kunna ge bra råd.

För journalgranskning på den egna enheten då distriktssköterskorna/sjuksköterskorna vill få en allmän överblick över hur journalerna ser ut, kan man börja med något tiotal journaler och sedan utöka antalet allt eftersom man får ökad kunskap och kanske ställer andra frågor. Man kan fokusera på något vanligt problem som patienter har, på en åldersgrupp eller på ett medicinskt tillstånd och se hur dessa patienter sköts när det gäller omvårdnaden, eller kanske hur de sköts som helhet om man samverkar med andra yrkeskategorier i granskningen. Man kan göra återkommande uppföljningar för att se om ändrade vårdåtgärder har effekt osv. Det är också möjligt att granska journaler utifrån ett på förhand uppgjort vårdprogram (lokalt eller



nationellt utvecklat) för att se om detta följs. En god idé är att börja med något som flera är intresserade av eller har stor erfarenhet av.

### 3. Vilka dokument ska granskas?

Det beror förstås på vad man söker men ofta finns information i alla möjliga slag av anteckningar, t.ex. i olika rapportblad, planeringar, listor eller övervakningsblad. För övning är det lämpligt att använda avidentifierade kopior, men trots detta är det angeläget att hantera dessa journalkopior med stor försiktighet så att inte patienter p.g.a. missförstånd tror att vi hanterar journaler oförsiktigt. Det är av väsentligt vikt att när kopior tas ur de datoriserade journalsystemen att de hanteras på samma sätt enligt [Sekretesslagen, SFS 1980:100](#).

### 4. Vad ska granskas i journalerna?

Den enklaste formen för journalgranskningen kan bestå av att man granskar om det överhuvudtaget finns anteckningar som hör till de olika delarna av omvårdnadsprocessen. Denna generella modell ger begränsad information och visar inte om noteringarna håller ihop logiskt eller rör samma problem, men kan kanske ändå vara meningsfull i ett mycket tidigt skede av arbetet.

När kraven är något högre finns dels ett basinstrument för granskning av journaler och dels ett enkelt instrument för att granska hur fullständig dokumentationen är för enskilda problem. Man läser journalen och försöker genom hela journalen följa och registrera dokumentationen som rör enskilda problem. Dokumentationen kan skattas på en femgradig skala, där 3, som innebär att det finns noteringar som ger information om resultat eller effekt, måste anses som lägsta krav för ”godkänt”.

#### ➤ Basinstrument för granskning av journaler

När man kommit längre i sitt arbete med dokumentationen kan man höja kraven mera och göra en granskning som är mera specifik mot ett särskilt tillstånd genom att sätta upp t.ex. vad som är nödvändigt att bedöma och vilka åtgärder som ska finnas med i journalen vid det specifika tillståndet. En sådan mall kan också användas som underlag för att upprätta en vårdplan eller i utbildningssammanhang.

#### ➤ Arbetsblad för granskning av fullständighet i journaldokumentationen av enskilda omvårdnadsproblem

Att följa enskilda problem ger en god bild av fullständigheten i dokumentationen, men säger inte så mycket om kvaliteten på de åtgärder som vidtogs. Däremot kan man ytterligare öka precisionen i granskningen och ge en gemensam strategi för omvårdnaden om man lägger till kriterier för olika patientgrupper eller särskilda omvårdnadsproblem.

I en studie med detta instrument av journaler som insamlats före användning av VIPs-modellen fanns resultat för endast en tredjedel av alla dokumenterade problem. Efter ungefär ett års användning av modellen fanns det resultat noterat för 80 % av de



dokumenterade problemen och omvårdnadsanteckningarna var bättre både vad gäller kvantitativa och kvalitativa dimensioner (7).

Idag kan man troligen inte få tillräcklig information om den faktiska vården genom de journaler som skrivs. Men detta kan ändras genom ett medvetet arbete. En omsorgsfull och systematisk dokumentation av omvårdnaden i patientjournalen har avgörande betydelse för att kunna utvärdera vårdens kvalitet och är en god grund för kvalitetsförbättringar inom vården.

En utveckling som skulle gagna patienterna är att varje enskild sjuksköterska/distriktssköterska tog tydligt ansvar för att föra en god journal som speglar en individuellt planerad behandling och omvårdnad, med utgångspunkt i tydligt beskrivna omvårdnadsproblem. Ingen ansvarig sjuksköterska borde lämna ifrån sig en journal utan att den är granskad när det gäller t.ex. fullständighet, så att de problem som finns beskrivna också följts upp och att den omvårdnad som patienten fått också finns dokumenterad.

## 9.5 Informationsöverföring och samordnad vårdplanering

De generellt kortare vårdtiderna inom specialistsjukvården och systemet med utskrivningsklara patienter och kommunernas betalningsansvar innebär att kvalificerad omvårdnad, rehabilitering och medicinsk vård utförs i patienternas egna hem och i särskilda boendeformer. Förutsättningar för en kvalitetsmässig god omvårdnad är ett fungerande samarbete och en effektiv kommunikation mellan sluten och öppen vård, så att kontinuitet mellan olika vårdinsatser och vårdgivare kan garanteras.

All hälso- och sjukvård ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen oberoende av vem som är vårdgivare. För att trygga den enskilde patienten så att denne får en god och säker vård och omsorg, krävs en samverkan mellan vårdgivare genom hela vårdkedjan. En grundläggande förutsättning för samverkan är att den information som behövs för planeringen av patientens vård och omsorg finns tillgänglig. Den ska överföras mellan vårdgivare i samband med att patienten flyttar från en vårdform till en annan.

All planering ska ske i samråd med patienten och med respekt för dennes autonomi och integritet. Den enskilde själv avgör om hon eller han kan acceptera de erbjudanden om de insatser som kan ges och om information får överföras till annan vårdgivare. I de fall där patienten inte kan ge sitt medgivande får närstående alternativt menprövning utöva patientens inställning.

Målet för informationsöverföring och samordnad vårdplanering är att uppnå ett förbättrat samarbete mellan berörda vårdgivare så att den enskilde patienten får en god och säker vård. Om informationsöverföringen finns att läsa i [Betalningsansvarslagen, Lag \(2003:193\) om ändring i lagen \(1990:1404\) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.](#) och i [Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård, SOSFS 2005:27.](#)

Skriftlig information ska komplettera muntlig kommunikation mellan vårdgivare för att vården ska kunna planeras och genomföras med god kvalitet. En strukturerad omvårdnadsepikris ska ge en fullgod bild av den givna omvårdnaden och de



omvårdnadsbehov som återstår vid utskrivning samt bidra till att all viktig information kommer med. På motsvarande sätt underlättas omhändertagande och vård av patient på sjukhuset om motsvarande information erhålls från den öppna vården. Detta bekräftades i en genomförd studie i Göteborg (13). Samma studie konstaterade att omvårdnadsepikrisen och omvårdnadsmeddelandet kan fungera som kvalitetsindikator.

Resultatet av studien ledde till utveckling av två blanketter i enlighet med dokumentationsmodellen VIPS, kompletterad med ADL-index enligt Katz. Rätt ifylld indikerar erhållen blankett att kommunikation och information fungerar. Ofullständigt ifylld eller utebliven blankett indikerar att rutinerna bör studeras närmare och att åtgärder eventuellt behöver vidtas.

- [6.9 Vårdplan, utskrivningsklar, ansvarsfördelning](#)
- [Omvårdnadsmeddelande](#)
- [Omvårdnadsepikris](#)

## **9.6 Primärvårds-VIPS**

En modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen med hjälp av sökord modifierad för primärvård oavsett huvudman.

### **9.6.1 Bakgrund**

VIPS sökordsmodell för patientdokumentation har fått stor genomslagskraft i Sverige. Förkortningen VIPS står för begreppen *Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet* som är uttryck för övergripande mål för omvårdnaden och belyser viktiga aspekter i vårdarbetet. VIPS sökordsmodell utgår från ett grundläggande omvårdnadsperspektiv oavsett vårdverksamhet. VIPS-modellen utgör ett fundament varifrån olika specialiteter kan vidareutveckla sina specifika områden. Distriktssköterskorna har tillfört sökord och undersökord till VIPS för att kunna återspegla sina verksamhetsområden, inom primärvården oavsett driftsform. Dessa sökord integrerade i VIPS kallas Primärvårds-VIPS. Områden som lyfts fram och vidareutvecklats i Primärvårds-VIPS är bl.a. speciell omvårdnad, aspekter av egenvård, hjälpmedelsförskrivning, läkemedelsförskrivning och medicinsk bedömning/diagnos.

### **9.6.2 Projektet PrimVIPS**

PrimVIPS var ett nationellt projekt som initierats av Riksföreningen för distriktssköterskor och som erhållit ekonomiskt stöd från Socialstyrelsen. Det direkta utvecklingsarbetet har bedrivits av yrkesverksamma distriktssköterskor i Dalarna, Göteborg och Stockholm under tiden september 1996 till och med mars 1998. Projektgruppen har bestått av projektledare Inger Rising och lokala projektledare från Dalarna Agneta Borgström, Göteborg Britt-Marie Finbom-Forsgren, och Liselott Abrahamsson samt från Stockholm Susanne Hellström och Karin Wikell. I projektgruppen har omvårdnadsforskaren Margareta Ehnfors aktivt deltagit, dels som vetenskaplig resurs med metodstöd samt dels i egenskap som en i forskargruppen bakom VIPS-modellen och därmed svarat för kontinuiteten och sambandet mellan VIPS och



PrimVIPS. Projektet har utförts i samverkan med forskargruppen bakom VIPS-modellen som förutom Margareta Ehnfors, ytterligare består av Anna Ehrenberg och Ingrid Thorell-Ekstrand.

### 9.6.3 Journaldokumentationens betydelse

Sjukvården är en informationsintensiv verksamhet. Behovet av information om den enskilde patienten, dennes problem eller behov, de åtgärder som vidtas samt resultatet av vård och behandling ökar ständigt. Att använda sig av datoriserade journalsystem ger större möjligheter att återfinna information samt sammanställa och presentera den efter behov. För att detta ska vara möjligt krävs att informationen struktureras systematiskt och entydigt. Det kan vara svårt att komma igång med att tänka strukturerat. Det är inte något som faller på plats av sig själv utan det kräver reflektion och träning. Dessutom krävs eftertanke kring vad som är relevant att dokumentera. Detta tar tid i början. Ta varandra till hjälp och granska journaler regelbundet med några kollegor. Detta arbetssätt ger både inläring av hur dokumentationen kan ske och vad som ska dokumenteras. I diskussionerna tydliggörs vilken information som behövs för att förstå hur vården är planerad och utförd. Detta är inte minst viktigt för säkerheten. Om journalen ska bli det dagliga arbetsverktyget som ska hjälpa oss i vårdarbetet måste vi kunna lita på att den dokumenterade informationen återspeglar vården kring patienten. Här finns en stor möjlighet, att använda patientjournalen till utvärdering av vårdresultat, till vårdutveckling och kvalitetssäkring, vilket hittills har varit lite tillämpat. Dokumentationen kan användas till att på gruppnivå beskriva t.ex. patienter med bensår, att sårsläkningstiden har minskat, att insatser för livsstilsförändring för patienter med hypertoni, diabetes eller astma kan resultera i ökat välbefinnande och bättre följsamhet.

Handledning till Primärvårds-VIPS ska ses som ett hjälpmedel för att förstå och kunna tillämpa sökorden i Prim-VIPS modellen. För att få fördjupade kunskaper bakom VIPS-modellen, dess sökord och baskunskaper i dokumentation av patientvården hänvisas till VIPS-boken. (12) Handledningen kompletterar foldern med kommentarer till respektive sökord samt innehåller exempel på journalanteckningar. I handledningen och i foldern är sökorden markerade med fet stil och undersökorden, till respektive sökord, är skrivna med kursiv stil.

### 9.6.4 Generella principer för Prim-VIPS

- I Prim-VIPS liksom i de senare versionerna i VIPS har sökorden strukturerats på två nivåer, sökord och undersökord. Respektive vårdenhet avgör hur många nivåer som ska tillämpas.
- Flera sökord är sammansatta av två ord. Även här finns valmöjlighet för vårdenheten att istället för det sammansatta sökordet dela upp dem till två separata sökord. T.ex. Hälsohistoria/Vårderfarenhet, Information Undervisning.
- Vissa sökord bör vara gemensamma för olika yrkeskategorier i journalen. Primärvårds-VIPS har identifierat tre sådana områden: läkemedelslista, mätvärden och tekniska hjälpmedel.



- Projektgruppen i PrimVIPS ansåg att det är viktigt att kunna särskilja åtgärd som är planerad och åtgärd som är utförd. Därför har omvårdnadsplan lyfts fram. För god sökbarhet av planerade åtgärder förordas att åtgärdssökorden används med planerad framför, t.ex. Planerad medverkan, d.v.s. överenskomna egenvårdsaktiviteter.

### **9.6.5 Beställning av Rapport och Folder**

Rapport om PrimVIPS-projektet rekvireras från [Distriktssköterskeföreningen](#) i Sverige.

Folder Primärvårds-VIPS rekvireras från Margareta Ehnfors, fax 019-25 02 11,  
Ingrid Thorell-Ekstrand, fax 08-540 684 93 eller Anna Ehrenberg, fax 023-390 32.



## 9.7Handledning med journalexempel till Primärvårds-VIPS

### 9.7.1 Läsinstruktioner

I handledningen ges kommentarer, ledtexten som finns i Prim-VIPSfoldern upprepas inte här.

- *Huvudsökorden* som beskriver delmoment i vårdprocessen skrivmarkeras i handledningen med en inramning
- *Sökorden* är skrivna med versaler ex **LIVSSTIL**
- *Undersökorden* är skrivna med versal och gemener ex. **Ordinationsmeddelande**
- Journalexempel finns till de flesta av sökorden

### OBLIGATORISKA UPPGIFTER

I varje upprättad patientjournal ska patientens namn och personnummer eller annan identifikationskod (reservnummer) finnas angivet. I manuella pappersbaserade journaler innebär det att samtliga journalsidor ska innehålla denna identifikation. I de datoriserade journalsystemen, som idag finns tillgängliga, sker detta automatiskt. Varje anteckning ska signeras av den ansvarige vårdgivaren för vårdhandlingen, eller efter annat uppgjort system. Se [Patientjournalagen](#).

### ALLMÄNNA UPPGIFTER

Dessa uppgifter hanteras på olika sätt i journalsystemen. Uppgifterna är oftast gemensamma för samtliga vårdgivare.

#### UPPGIFTSLÄMNARE

Journalexempel:

1. *Biståndsbedömare Karin Öhman.*

#### NÄRSTÅENDE

Journalexempel:

1. *Dotterdotter Lena Svensson Stockholm tfn: 08/56 78 90, son Kalle Blomqvist Box 1076, 412 35 A-Stad tfn: 0176/888 88. Önskar meddelandetelefon samtal vid ev. försämring, alla tider på dygnet. Ring i första hand dotterdotter Lena Svensson.*

#### UPPLYSNING

Journalexempel:

1. *All upplysning som har betydelse för patienten Elsas vård får lämnas ut, enbart till de närstående som anges i journalen.*



### TILLFÄLLIGA UPPGIFTER

Uppgifter som inte beskriver vårdinnehåll men som har betydelse för vårdens genomförande går att föra på personuppgiftsregistrering eller annan patientregistrering som tillfälligt kom ihåg, tillfällig uppehållsort, telefonnummer, portkod m.m. De uppgifter som förs in här kan vara av vikt men mycket tillfälliga eller förändras över tid t.ex. portkoden, förvaring av nyckel, anhörigas tillfälliga vistelseplats etc.

Journal exempel:

1. *Dörrnyckel i blomkruka på framsidan.*
2. *Vid försämring under v 46, ring sonen i första hand. Dotterdotter som i första hand ska kontaktas vid försämring är på semester vecka 46. Hon ringer till sonen varje dag för rapport.*

### PATIENT-/OMVÅRDNADS-/PLANERINGSANSVARIG SJKSKÖTERSKA

Den person som har huvudansvaret för patientens omvårdnad benämns olika beroende på organisation. Socialstyrelsen har föreslagit benämningen patientansvarig distriktssköterska/sjuksköterska. Med områdesansvarig avses den i primärvården som har det yttersta omvårdnadsansvaret och detta anges när patienten endast har kontakt med en sakkunnig distriktssköterska för en speciell diagnos.

Journal exempel:

1. *Diabetesansvarig dsk Karin Peters. Områdesansvarig dsk Anna Karlsson.*

### ROND/DAGANTECKNING

Sökord Daganteckning motsvarar inte en rubrik över textinnehållet och därmed är inte sökordet ”meningsbärande”. Sökbarheten av specifikt innehåll i den datoriserade journalen går förlorad. Om detta sökord används regelmässigt i datoriserade journaler finns det stor risk för förlorad eller svårtillgänglig information vilket även medför svårigheter att genomföra uppföljning. Sökordet Daganteckning är enligt VIPS avsett att användas för att beskriva en unik händelse eller som sammanfattning av några dagars vård. Det är viktigt att inte gömma informationen under detta sökord utan så långt som möjligt göra noteringar under de beskrivande sökorden. Sökordet Rond är knappast aktuellt för en distriktssköterska att använda. Däremot kan sökordet Rond finnas i patientens journal från någon annan vårdform.

### OMVÅRDNADSANAMNES

För många patienter som vårdas inom primärvården finns inte alltid en tydlig avgränsad vårdepisod, med en klart definierad början och slut. Det är ofta långa vårdkontakter med kroniska och komplexa sjukdomstillstånd. Händelser som sker och förändrade situationer som uppstår under pågående vård gör att uppgifter måste kunna dokumenteras kontinuerligt, t.ex. kan ett nytt problem förorsaka ny kontaktorsak under redan pågående vårdkontakt. Förändring kan även ske av civilstånd, boende, hjälpinsatser etc. Även överkänslighet kan tillkomma när som helst under redan pågående vård.



## **KONTAKTORSAK**

Här anges patientens egen beskrivning om anledning till kontakten, d.v.s. det patienten uppger. Beskriv inte någon omtolkning d.v.s. en professionell bedömning. Den bedömningen ska knytas till sökorden under status eller diagnos (Medicinsk bedömning, diagnos och/eller Omvårdnadsdiagnos). Det är viktigt att kunna återfinna vad patienten/närstående ursprungligen uppgav som behov/problem.

Denna patientbeskrivning kan ej bytas ut mot de uppgifter som kan finnas i den patientadministrativa delen i journalen med t.ex. en fördefinierad kontaktorsaksregistrering eller uppgift om kontakttyp t.ex. hembesök, telefon. Fördjupad beskrivning av aktuellt hälsotillstånd och funktionsförmåga görs under adekvat sökord. Redan känd och dokumenterad orsak till kontakten behöver inte upprepas.

### Journal exempel:

1. *Söker för hudutslag som patienten haft i 3 veckor. Känner sig frisk men vill veta vad det kan vara. Undrar om de smittar och om de försvinner av sig själv.*
2. *Har sedan 45 dagar problem med magen, känner olust och har tappat aptiten.*

## **Ordinationsmeddelande**

Ordinationsmeddelande är ett undersökord i Primärvårds-VIPS, som underlättar att återfinna det behandlings- och ordinationsmeddelande som patienten antingen har med sig vid besök på mottagningen eller som sänts till distriktssköterskan/sjuksköterskan för information i samband med vårdövertagande. I datoriserad journal förs detta meddelande in tillsammans med uppgift om vem som är ansvarig för ordinationen eller behandlingsmeddelandet, namn, telefonnummer samt klinik/mottagning. Det kan även vara en remiss eller så kallad R/P-blankett (Registrering/Planering) som erhållits för vård och behandling.

### Journal exempel:

1. *Läk Jan Peters, Bassjukhuset, Medicinmottagningen, ordinerar mot B 12 brist injektion Behepan 1 mg/ml. Gives 1 ml i.m. varannan dag i 2 veckor, därefter var 3:e månad.*
2. *Från ssk Karin Hallberg, Bassjukhuset, Hudkliniken, Avd 2, angående fortsatt behandling av infekterat sår. Rekommenderar omläggning av sår vänster underben 2 ggr i veckan med Mesalitikompresser och absorptionsförband.*

## **HÄLSOHISTORIA/VÅRDERFARENHET**

Beskrivning av patientens hälsa och sjukdomsbesvär före aktuell kontakt. I de fall patientens övriga journal ej finns att tillgå som t.ex. medicinska journalanteckningar, kan det vara av betydelse att ha uppgift om patientens tidigare, kroniska och nuvarande sjukdomar som har betydelse för den aktuella situationen. De kursiverade orden *Alkohol, Narkotika, Tobak* kan användas som undersökord till detta sökord eller som sökord tillsammans med andra vårdgivare. Många av de hälsoproblem som primärvården möter har kopplingar till livsstilmönster. Det är därför viktigt att dessa parametrar dokumenteras så att uppgifterna kan följas upp. Många vårdprogram har uppgifter om alkohol- och tobaksbruk som kvalitetsindikatorer. Uppge även om patienten inte brukar eller om patienten tidigare har brukat alkohol/narkotika/tobak. Det är väsentligt att även dokumentera mycket sparsam konsumtion, bland annat för att kunna följa eventuella förändringar över tid. Många av de tillstånd av ohälsa vi möter i primärvården har koppling till bruk av tobak och alkohol.



- Alkohol* Bruk, vanor, mängd, omfattning, reaktioner i samband med intag.
- Narkotika* Bruk, vanor, mängd, omfattning, reaktioner i samband med intag.
- Tobak* Bruk, vanor, mängd, omfattning. Icke rökare, tidigare rökare.  
Snusar, tidigare snusat.

Journal exempel:

1. *Haft hjärtbesvär med angina pectoris, som lett till successivt nedsatt funktionsförmåga. Har endast kunnat gå korta sträckor på plan mark, klarar inte uppförsbackar eller trappor Detta har medfört kraftigt begränsade aktiviteter. Genomgick en by-pass operation för 2 veckor sedan utan komplikationer. Behöver nu hjälp med omläggning av infekterade opsår på ben och bröst. Aktuella medicinska diagnoser enligt journalutdrag Bassjukhuset 040501: Diabetes, Obesitas, Hypertoni. Har haft Tuberkulos 1968.*
2. *Tobak: rökt ca 40 cigaretter/dygn under de senaste 3 åren. Tidigare endast feströkt då och då. Alkohol: uppger själv måttligt bruk, ett par drinkar under helg samt en flaska vin fördelad till lördag och söndag.*

## **PÅGÅENDE VÅRD**

Ett sökord som ger en överblick av patientens hela vårdssituation.

Journal exempel:

1. *Växelvård på Lassetuna geriatriska avd för senildementa. Jämna veckor i hemmet, ojämna på Lassetuna sjukhus. Patientansvarig på sjukhuset är ssk Gudrun Klint tfn: 08-777 78.*
2. *Vårdas av makan Sigrid som har hemsjukvårdsbidrag. Växelvård var 14:e dag på Sörgårdens sjukhem avd 6, tel. 08-485868. Till Sörgården på tisdag (jämna veckor) och åter hem måndag eftermiddag. Torsdagar ojämna veckor har patienten afasiträning på Rehabcentret. Ansvarig logoped är Kristina Svensson, tel. 08-12 34 56.*
3. *Behandlas på Hudkliniken av kirurgläk. H. Skinn för sina bensår samt har kontakt med allergologen Jan Alleg för sin astma.*

## **SOCIAL BAKGRUND**

Här beskrivs patientens sociala situation i det som har betydelse för vården. På en del enheter har man valt att ha vissa delar av patienten anamnes vårdgivaroberoende vilket innebär att t.ex. information om patientens sociala situation redan beskrivits i journalen av annan vårdgivare.

Det kan dock behövas att kontrollera tidigare information samt göra tillägg.

Journal exempel:

1. *Ligger i skilsmässa. Har två barn 7 och 10 år. Håller på att flytta från radhus till mindre modern lägenhet med 3 rum och kök. Arbetar som danspedagog.*
2. *Änka sedan 15 år, sammanbor med brodern i föräldrahemmet bestående av tre rum och kök. Har en liten ladugård med några höns.*

## **Hjälpinsatser**

För att få en heltäckande bild bör samtliga hjälpinsatser som patienten erhåller noteras. Det är även viktigt att notera om patienten av sagt sig hjälp.



Journal exempel:

1. Har trygghetslarm. Är inskriven i kommunens kvälls- och nattpatrull för hjälp med personlig hygien och byte av blöjor kväll och natt. Patientens make sköter den personliga omvårdnaden med stöd av kommunens hemtjänst.
2. Har avsågs sig hjälp, då patienten är missnöjd med städningen samt att det blivit en för dryg kostnad.

## ÖVERKÄNSLIGHET

Detta sökord ska alltid hanteras varsamt. Det är dock väsentligt i alla vård- och behandlingssituationer att förhöra sig om det finns situationer där patienten fått en överkänslighetsreaktion. Reaktionen kan vara utlöst av t.ex. mediciner, mat, ansträngning, känslighet för plåster, kontakt med djur, pollen eller annat. Notera även hur patienten hanterat dessa överkänslighetsreaktioner.

Journal exempel:

1. Är kraftigt överkänslig mot dofter som parfym, doftande krämer m.m. Reagerar med andningssvårigheter. Har T. Betapred samt Adrenalin spray att ta vid behov.
2. Tål inte fisk, inte ens matoset av den.

## VARNING

Detta sökord eller varningsord används tillsammans med övriga vårdgivare i patientens hela journal. Vid läkemedelsreaktioner har du som läkemedelsförskrivare enligt författning ansvar för att detta markeras på väl synlig plats i journalen under VARNING. Skrivs och markeras enligt Socialstyrelsens [Föreskrifter om markering i journal av intolerans och allvarlig överkänslighet mot läkemedel m.m., SOSFS 1982:8.](#)

## LIVSSTIL

PrimVIPS-projektet hade uppfattningen att uppgift om alkohol, tobak och narkotika beskriver delar av patientens livsstil och därför borde knytas till sökordet livsstil. För att inte bryta mot VIPS finns ANT-uppgifter under Hälsohistoria/Vårderfarenhet, alternativt under egna undersökord: alkohol, narkotika, tobak.

Journal exempel:

1. Är mycket intresserad av mat och tycker att den enda livsnjutning som finns är god mat. Uppfattar att livskvalitet är mat, dryck och tobak.
2. Pendlar 10 mil om dagen till och från arbetet och känner stor stress p.g.a. detta.
3. Naturälskare, tycker om promenader i skog och mark och är intresserad av flugfiske.



## OMVÅRDNADSSTATUS

I status dokumenteras det patienten/närstående berättar om, behov eller problem som påverkar dagligt liv, upplevelser och funktionsförmåga samt det distriktssköterskan/sjuksköterskan observerar hos patienten.

**OBS!** Uppgifter om läkemedel, mätvärden och tekniska hjälpmedel är viktiga områden och bör ur säkerhetssynpunkt endast finnas på ett ställe i patientjournalen. Benämningarna kan variera beroende på journalsystem.

### *Läkemedelslista*

Läkemedel som patienten använder dokumenteras så att gemensam aktuell läkemedelslista erhålls. Detta ger ökad patientsäkerhet och möjliggör interaktionskontroll.

### *Mätvärden*

Dokumenteras enhetligt så att mätresultat ställs samman till en gemensam lista t.ex. lablista, mätvärdeslista. Man kan därigenom följa förändringar över tid oavsett vem som utfört mätningen. Detta ger ökad patientsäkerhet.

### *Tekniska hjälpmedel*

Dokumenteras så att en gemensam förteckning av patientens tekniska hjälpmedel erhålls.

## KOMMUNIKATION

Här beskrivs de hinder som patienten har för att kommunikationen ska fungera samt hur patienten hanterar dessa, vilka behov patienten har för att underlätta kommunikation och vilka hjälpmedel som används.

### *Journal exempel:*

1. *Har normal medvetandenivå och förstår. Har kraftigt nedsatt hörsel och har ett flertal hörselhjälpmedel till sitt förfogande: hörslina till TV, lampsignal och ljudförstärkare till telefonen samt hörapparat som oftast ligger i byrålådan eftersom patienten besvärar av vissa ljud som förstärks med hörapparaten. Tala långsamt framför patienten så går det bra att kommunicera. Besvärar av tjutande ljud dygnet runt och har svårt att lyssna på musik, samt vissa höga ljud och att flera talar samtidigt.*
2. *Talar endast ett ovanligt kinesiskt språk, och därför är det svårt att erhålla rätt tolkhjälp. Kan dock kommunicera med de flesta kinesiska tolkar via kinesiskt skriftspråk och har fax hemma.*

## KUNSKAP/UTVECKLING

Det är av stor betydelse för folkhälso- och omvårdnadsarbetet att bedöma och tillgodose patientens behov av information och utbildning, behov av särskilt bemötande och/eller intellektuell stimulans. Utifrån patienten och situationen görs en bedömning hur denna kunskapsförmedling bäst ska kunna genomföras.

### *Journal exempel:*

1. *Patienten glömmar lätt och måste påminnas om att ta sin medicin. Hemtjänst ringer dagligen.*
2. *Saknar helt närminne. Minns inte från ena minuten till den andra. Kan inte svara på direktfråga eftersom frågan redan är glömd. Patienten har lätt att bli förvirrad vid frågor som hon märker att hon inte klarar att svara på. Visste tidigare med sig att ha svårt med minnet men sjukdomen är långt framskriden och sjukdomsinstinkt saknas helt.*



3. *Patienten är lite åldersglömsk, kommunicerar bättre om man sitter ned vid samtal och inte byter samtalsämne för fort.*

### Egenvårdsmotivation

Förändringsmedvetenhet, vilja och motivation till förändring. Patientens inre och yttre resurser i förhållande till egna krav. Sökordet avser att beskriva i vilket stadium/del i förändringsprocessen patienten befinner sig. Dessa noteringar kan vara ett viktigt underlag för hur den fortsatta vården ska planeras. T.ex. har inte patienten förstått eller motiverats till att se sambandet mellan hög alkoholkonsumtion, dålig mage och sömnproblematik. Det är viktigt att patienten får sådan information och undervisning att han kan motiveras till att göra hälsosamma val.

#### Journal exempel:

1. *Har liten sjukdomsinstinkt. Utbildning i egenvård, kost, motion och aktuell sjukdom har ännu inte övertygat till livsstilsförändring.*
2. *Patienten vill och klarar av att mäta sitt blodsocker. Har börjat förstå sambandet med blodsockrets resultat och motionens effekt på blodsockret. Patienten vill sköta sin sjukdom med ändrade kost- och motionsvanor samt försökt att gå ner i vikt. Har ökat i vikt och mätvärdet HbA1c försämrats stadigt.*

### ANDNING/CIRKULATION

Andning/Cirkulation kan som andra ”dubbla” sökord kan hanteras var för sig. På en specialistmottagning för astmapatienter eller astmaskola kan sökordet andning ytterligare struktureras så att förändringar av patientens andningstillstånd kan följas över tid. På samma sätt kan distriktssköterska med egen blodtrycksmottagning utveckla och strukturera ytterligare undersökord till cirkulation för att beskriva patientens cirkulationsbesvär. Det är dock viktigt att komma ihåg att alla mätvärden såsom t.ex. blodtryck, PEF, temp skrivs följbart enligt överenskommen system. Mätvärde kan dock vid enstaka tillfällen skrivas här men då med tillhörande kompletterande, förklarande text.

#### Journal exempel:

1. *Har astmatiska besvär och svårt med andningen vid sängläge. Har höj- och sänkbar huvudända för att underlätta andningen vid vila. Använder Ailos vid inandning av läkemedel. Administrerar och sköter medicineringen helt själv.*
2. *Har lymfostas höger arm efter operation av cancer mammae. Har kompressionsstrumpa på armen för att minska ödemet.*
3. *Har sedan en tid besvärats av frusenhet. Temperaturkontroll idag 35,8° trots stor ylletröja och dubbla sockor. (Värdet 35,8° skrivs också på mätvärdeslistan).*

### NUTRITION

Beskriv patientens nutritionsstatus. Hinder som finns för att patienten ska kunna nutriera sig är t.ex. dåliga tänder, minskad salivproduktion, oaptitlig eller ensidig kost, eller svårigheter att få hjälp att erhålla den maten man är van vid. Det är viktigt att få en fullständig överblick över näringsintaget hos svårt sjuk patient. Då följs och beskrivs nutritionsstatus av kost, vätskeintag, energiintag, och erhållen näringstillförsel genom näringstillskott, näringsdropp och vitaminer. Den vätskemängd som tillförts via infusion eller sond noteras under detta sökord om inte speciell vätskelista tillhör journalen.



Om patientens blodsocker ska följas är det väsentligt att dokumentera blodsockervärdet på en för alla vårdgivare gemensam lablista. Kommentarer till värdet om t.ex. hur patienten upplever och hanterar det uppmätta blodsockervärdet kan beskrivas under sökordet Nutrition.

Amning, notera barnets nutrition. Eventuella problem med amning noteras utifrån funktion eller besvär och dokumenteras under relevant sökord.

För att inte frångå VIPS har Prim-VIPS kvar kräkning under nutrition, även om det är en uttömning (elimination i VIPS avser tarm och blåsa). Kräkning påverkar nutritionsmöjligheten. Det kan dock vara bra vid exempelvis stora förluster som t.ex. i samband med tarmsjukdom, att en sammanhållen beskrivning återfinns om patientens vätskeförlust.

Journal exempel:

1. *Har för några år sen ändrat kosten för att få ner värdet på blodfetterna samt förbättra blodsockervärdet. Äter enligt tallriksmodellen. Har nu normal vikt samt bra kolesterol- och blodsockervärde sedan några månader tillbaka.*
2. *Erhållit 900 ml Vitrimix. Druckit ca 4 glas vatten à 175 ml senaste dygnet. Äter ingen föda. Suger på godis. Anhöriga uppfattar att patienten inte upplever någon hunger, törst eller illamående.*
3. *Har svårt att få i sig någon mat då innehållet i kommunens matlådor stämmer dåligt överens med den kost som patienten är van vid.*

## **ELIMINATION**

Vanor och besvär i samband med uttömningar som gäller tarm och blåsa. Vid stora förluster i samband med t.ex. gastroenterit är det viktigt att få en sammanhållen bild av patientens uttömningar. Detta kan då beskrivas med notering på både sökordet nutrition och eliminaton eller under sökordet sammansatt status.

Journal exempel:

1. *Haft diarré i 3 dagar. Efter födointag sker magtömning under kraftiga magsmärtor Har ca 5-7 vattentunna diarrétömningar/dygn. Har små mängder koncentrerad urin.*
2. *Har problem med ansträngningsinkontinens vid hosta och nysningar. Upplever att det är svårt att vara med på gymnastiken för sin ängslan att läcka.*
3. *Har sedan 10 år en ileostomi som patienten sköter själv. Använder Hollisterbandage.*

## **HUD/VÄVNAD**

Detta sökord har ett flertal undersökord för att underlätta strukturering och sökbarhet av journalinformation.

Journal exempel:

1. *Har ett flertal hudutslag i ansikte, på bål och extremiteter. Ser blåsor i olika stadier från röda hudutslag, vätskefyllda blåsor till brustna blåsor där några håller på att torka. Inga utslag infekterade. Kraftig klåda förekommer.*

## **Sår**

Beskriv såret, typ och lokalisation. Använd gärna ett bedömningsinstrument/checklista. Om patienten har flera sår är det viktigt att kunna följa varje sårs läkning var och ett för sig. Benämna varje sår så att inte förväxling sker. Rita även av såret på t.ex. plastfilm som möjliggör jämförelse av sårstorlek över tid. I vissa elektroniska journalsystem är det möjligt



att lagra digitala bilder av såren och erhålla jämförande bilder över tid för att se förändringar.

Journaltext:

1. Ytlig sårskada 4x7 cm höger knä, mycket grus och asfalt i såret.
2. Venöst bensår lokaliserat på höger underbens insida. Avlångt 3x6 cm. Lätt smetigt, luktar ej illa. Friska och röda sårkanter och begynnande granulationsvävnad. Använder kompressionsstövel 30 min/dag.

## **Ögon**

Undersökord för att beskriva skada eller infektion på eller i ögat. Dock ska inte patientens förmåga att se beskrivas här eller om patienten använder glasögon, det förs under sökordet Kommunikation. Det är viktigt med ordentligt status vid ställande av diagnos i samband med ställningstagande för eventuell läkemedelsförskrivning.

Journal exempel:

1. Sveda och irritation i båda ögonen sedan 2 dygn tillbaka. Började i det ena ögat men har nu besvär med båda. Sveda, klåda och gulgrönt pus, som finns rikligt efter vila enl. målsman. Ser nu lite gulvitt pus i båda ögonen. Lite röd och irriterad ögonvita. Någon svullnad bilateralt under ögonen.
2. Vänster öga rött och svullet. Injektion i ögonvita samt runt iris. Bedöms som irit. Höger öga ej påverkat.

## **Öron-näsa-hals**

Undersökord för att beskriva problem och status som gäller hud och slemhinnor i öron, näsa och hals t.ex. i samband med läkemedelsförskrivning.

Journal exempel:

1. Lätt rodnade gombågar. Inga beläggningar i mun och svalg. Ser ett flertal blåsor i olika stadier på tandkött samt munslemhinna. Smärtar, framförallt vid födointag.
2. Vaxproppar bilateralt. Irritation och rodnad i vänster yttre hörselgång med små sår. Ser inte trumhinnan.

## **Genitalia**

Detta undersökord används för att kunna beskriva problem som är förknippade med genitalia och som inte kan beskrivas under sökordet Sexualitet/Reproduktion. Slemhinnorna kan beskrivas både under sökorden Hud och Sexualitet/Reproduktion. Om någon söker för torra slemhinnor och uppger problem att genomföra samlag så skulle det skrivas under sökordet Sexualitet/Reproduktion.

Journal exempel:

1. Penis, röd och svullen, trångförhud som ej går att dra tillbaka. Rikligt med pus. Smärtar våldsamt.
2. Har besvärats av klåda i underlivet sedan en tid. Upplever problem med ökad tyngdkänsla samt att det är svårt att placera prolapsringen rätt. Ser vid inspektion en knytnävstor uterus som hänger ner i slidöppningen. Några småsår på yttre blygdläpparna.
3. Ej menstruerat sen 4 år tillbaka. Har torra slemhinnor samt upprepade gånger haft UVI. Ej erhållit östrogen i samband med menopausen. Har även lite urinläckage. Vid undersökning av genitalia är knipförmågan ringa. Uppger själv att det är svårt att hitta bäckenbottenmusklerna och att knipa.



## **AKTIVITET**

Beskriv patientens förmåga till aktivitet ur olika aspekter när det är relevant, t.ex. fysiska, sociala och intellektuella aktivitet. Hur patienten klarar sitt dagliga liv ur rörlighetssynpunkt, ADL-förmåga. Skador på rörelseapparaten beskrivs också här.

### Journal exempel:

1. *Skadat höger lilltå. Svullen med haematom. Tån känns varm, full rörlighet i lilltåleden, bra känsel. Har svårt att belasta foten, då den känns instabil. Hoppar på ett ben med stöd av medhavda kryckor.*
2. *Har sedan en tid blivit mer stillasittande, då hemtjänstpersonal inte längre hjälper till med inköpen. Ändrade rutiner har införts och matvarorna kommer direkt från affären med bud.*

## **Fysisk aktivitet**

Patientens vanor när det gäller fysisk aktivitet och motion beskrivs här. Kondition.

### Journal exempel:

1. *Motionerar regelbundet 2ggr/vecka på Friskis och Svettis medelgympa. Cyklar året runt till och från arbetet ca 12 km varje vardag. Har mycket god kondition.*

## **SÖMN**

Ett omvårdnadsområde som är viktigt att bedöma är patientens sömn och vila. Det är ibland väsentligt att registrera både när det finns problem eller behov och när patienten har god sömn.

### Journal exempel:

1. *Har svårt att få en sammanhängande vila då patienten har en snarkande make som vägrar använda snarkhjälpmedel. Vaknar ca 1-12 ggr/natt av makens ständiga snarkningar och apnéer. Känner sig ständigt trött. Har öronproppar men lider av att vara helt utestängd från omgivningen, vilket leder till att de sällan används.*
2. *Sover gott hela natten. Dricker ett glas mjölk före sänggåendet.*

## **SMÄRTA/SINNESINTRYCK**

Detta sökord kan antingen hanteras som ett sammansatt sökord eller uppdelat, vart och ett för sig.

### **Smärta**

#### Journal exempel:

1. *Sårsmärta med 4 på VAS-skalan. Har rörelser och mimik som tyder på upplevd smärta. Spänner sig och haltar vid gång.*

### **Sinnesintryck**

Andra sinnesintryck av betydelse som inte är smärta t.ex. domningar, stickningar och yrsel (som inte är av cirkulatorisk art).

#### Journal exempel:

1. *Har yrsel sedan ett par dagar. Väggarna gungar även i vila. Mår lite illa.*
2. *Besväras, efter en brännskada på vänster underben och fot, av domningar och stickningar framförallt vid trötthet och vid kyla eller värme.*
3. *Förändrad smakupplevelse i samband med cellgiftsbehandling. Tycker allt smakar salt.*



## **SEXUALITET/REPRODUKTION**

Samlevnadsfrågor, problem och behov.

### Journal exempel:

1. *Känner olust till sex. Blivit impotent av hypertoniemedicinen. Hoppas över sin medicinering vid semestrar och längre ledigheter för husfridens skull.*
2. *Känner sig ledsen över sina olikstora bröst och vågar inte visa sig naken i samband med gymnastiken, ej heller att bli tillsammans med den pojke hon är intresserad av.*

## **PSYKOSOCIALT**

I VIPS finns möjligheten att utöver sökordet psykosocialt även använda undersökorden Emotionellt och Relationer. Ibland kan det vara svårt att särskilja upplevda problem som relationer eller emotionella. Använd då sökordet Psykosocialt. Ledtexten till sökordet tar bl.a. upp alkohol, narkotika, tobak. Avsikten är att beskriva konsekvenserna av bruket/missbruket. T.ex. om missbruket leder till psykosociala problem eller risker eller relationsstörningar till närstående. Jämför ledtexten till Hälsohistoria/Vårderfarenhet där alkohol, narkotika, tobak avser att beskriva bruket av dessa.

### Journal exempel:

1. *Patienten har en krisreaktion efter att nyligen förlorat en nära anhörig. Har svårt att sova och koncentrera sig. Har varit sömlös i flera dygn. Vill ha hjälp med krissamtal och hjälp att sova.*
2. *Har en konstaterad personlighetsstörning. Är förtidspensionerad pga detta. Har svårt att behålla vänner och bekanta. Lever till stor del ett ensamt liv. Kan själv inte förstå varför ingen vill anställa henne eller umgås socialt. Känner en ständig stress som inte kan relateras till arbetsbörda.*
3. *Har sedan 7 månader varit arbetslös. Självförtroendet är nu väldigt dåligt vilket leder till känsla av uppgivenhet och nedstämdhet. De ekonomiska konsekvenserna har medfört att familjen har varit tvungen att sälja bilen vilket medför små möjligheter till utflykter eller besök hos släkt och vänner.*
4. *Har sedan ett par veckor återfallit i sitt alkoholmissbruk och är ständigt berusad. Har inte några pengar kvar denna månad och ligger efter med hyresinbetalningen.*

## **ANDLIGT/KULTURELLT**

Beskrivning av patientens värderingar, livsåskådning eller religion som har betydelse i vårdssammanhanget. Det kan t.ex. handla om patientens upplevelse av meningsfullhet, om tankar kring livet och döden. Patientens glädjekällor, vad som ger hopp och framtidstro. Hur skam, straff och skuld känslor hanteras.

### Journal exempel:

1. *Vill ha utvalda kläder på sig efter konstaterat dödsfall innan familj, släkt och vänner kommer för att ta farväl. Hustru och barn vill att fönstren öppnas vid dödsfall så att patientens ande kan fara i väg. Tillhör inte Svenska kyrkan, vill ha en borgerlig begravning.*
2. *Tillhör Jehovas vittne och får inte amma barnet nu när bröstvårtorna är såriga och barnet riskerar att få i sig blod via mjölken.*



## VÄLBEFINNANDE

Att försöka få en sammanhållen bild av patientens välbefinnande är angeläget i många vårdsituationer. I en strukturerad journal med många sökord finns risk att man går miste om en sammanhållen helhetsbild och beskrivning av patientens tillstånd. Patientens upplevelse av välbefinnande betonas i beskrivningen. Ibland behöver sjuksköterskan komplettera beskrivningen av patientens tillstånd som hon/han uppfattar och tolkar det. Det kan även vara anhörigas bedömning som ger en mer nyanserad bild av patientens välbefinnande t.ex. vid vård i livets slutskede. Det ska framgå vem som har bedömt patientens välbefinnande.

### Journal exempel:

1. Har under senaste halvåret testat sina blodsockervärden och blodtryck regelbundet. Förstår sambanden mellan dessa värden och kost, motion samt rökstopp. Upplever stort välbefinnande att själv kunna påverka sin sjukdom till det bättre.
2. Kan ej längre svara på tilltal. Hustrun tycker sig dock få kontakt med handtryckningar. Patienten uttryckte för några dagar sedan att inte vilja bli lämnad ensam. Hustrun ska försöka att arrangera så att en nära anhörig alltid finns vid hans sida. Hustrun och undertecknad upplever att patienten fått ro, är lugn och har ett gott välbefinnande i sin svåra sjukdom.

## SAMMANSATT STATUS

Ett sökord som används när sammansatta bedömningsinstrument eller skalor används där enskild del av instrumentet, om det skulle dokumenteras var och ett för sig, riskera att förlora helhetsbilden, d.v.s. i sådana fall där informationen förlorar på att delas upp under olika statussökord. Observera att avsikten inte är att ge en samlad bild av patientens tillstånd/situation, utan att göra noteringar om bedömningar av ett tillstånd som omfattar flera sökordsområden.

### Journal exempel:

1. Fotstatus: Ankeltryck u.a. Huden är torr och röd, ankelsvullnad. Förhårdnader på häl- och fotsula. Något nedsatt känsel i tår och på fotrygg. Har kalla fötter.
2. Buk uppspänd och något öm vid palpation. Rikligt med tarmljud, går även en del gaser. Har magknip. Allmän trötthet.

## Egenvårdsuppgift

Uppföljning och beskrivning av egenvårdsåtgärder och kontroller som patienten har utfört. Kan gälla patientens dagboksanteckning vid diabetes, astma etc.

### Journal exempel:

1. Tar dygnskurva blodsocker regelbundet 4ggr/månad som avläses i Glucometer Elite blodsockermätare. Senaste månadens mätvärden är: fastevärde 7-7,5 mmol/l, före lunch 7-8 mmol/l, före sänggående 7-10 mmol/l. De högre värdena är överrepresenterade.
2. För PEF-kurva hemma. Har senaste 14-dagarsperioden legat mellan 280-360 ml. Ordinerar själv sina läkemedel efter värden och läkarinstruktion.

## Läkemedel

Vid detta sökord ska ingen upprepning av befintlig läkemedelslista göras. I första hand dokumenteras patientens samtliga förskrivna läkemedel på en tillsammans för alla vårdgivare förd sammanhållen läkemedelslista. Under sökordet Läkemedel, kompletteras läkemedelslistan med uppgifter om patientens egenvårdspreparat, såsom vitaminer, naturläkemedel och hälsokostpreparat. Om en sammanhållen läkemedelslista inte har upprättats, dokumenteras patientens samtliga aktuella läkemedel här.



Nästa steg i vårdprocessen är att göra en sammanfattande bedömning, ställa diagnos eller formulera ett problem, eller en risk utifrån den information som observerats och mätts.

## MEDICINSK BEDÖMNING/DIAGNOS

I denna del av processen kan distriktssköterskan ställa en medicinsk diagnos eller bedömning i samband med förskrivning av läkemedel, intyg eller andra aktiviteter. Vid förskrivning av läkemedel är detta ett måste. För att underlätta kommunikationen med andra vårdgivare rekommenderas att använda gängse klassifikationssystem. Om man inte är förtrogen med dessa system kan löpande text under detta sökord beskriva den medicinska diagnosen/bedömningen.

### *Journal exempel:*

1. *Scarlatina*
2. *Röda hund*
3. *Bedöms som en förkylning, trolig virus med feber, snuva och ont i halsen.*
4. *Kladdiga ögon bilateralt, är lite förkyld, bedöms som en konjunktivit.*

## OMVÅRDNADSDIAGNOS

Omvårdnadsdiagnoser görs i den enklaste formen som en problembeskrivning. Det är där man kan börja och sedan utveckla vidare ju mer van och säker man blir i att arbeta med omvårdnadsdiagnoser. Läs gärna mer om omvårdnadsdiagnoser i VIPS-boken eller annan litteratur om omvårdnadsdiagnostik t.ex. av Doris Carnevali.(15)

**Problembeskrivning:** Ont i underbenet och foten.

**Allmän omvårdnadsdiagnos:** Sår på underbenen och svullen ankel med smärta och nedsatt aktivitet.

**Specifik omvårdnadsdiagnos:** Venöst bensår och underbensödem  
R/T=relaterat till R/T nedsatt cirkulation  
L/T=leder till L/T smärta och nedsatt aktivitet.

### *Journal exempel:*

1. *Djupt sår höger häl R/T diabetes L/T smärta och rörelseinskränkning.*
2. *Yrsel R/T till nyinsatt medicin L/T rörelseinskränkning och oro.*



### **OMVÅRDNADSMÅL**

När bedömning och diagnos formulerats är det väsentligt att sätta upp mål för vård och omvårdnad. Vad som är realistiskt att uppnå. Vilka mål som ska prioriteras. Vilka behov och förväntningar som patient och närstående har på vården. Målen kan avse patientens hälsosituation, funktionsförmåga och livsstil eller att patienten kan hantera sin sjukdom och hälsa. Vilken grad av egenvård man vill uppnå. Målen ska även omfatta patientens uppställda krav, behov och önskningsar.

### **OMVÅRDNADSÅTGÄRDER**

Planerade och/eller utförda åtgärder. Specificera t.ex. vad, hur, när, var, av vem samt patientens och närståendes medverkan. Omvårdnadsdiagnos och mål styr val av omvårdnadsåtgärder. Val av sökord styrs av syftet med åtgärden.

### **OMVÅRDNADSPLAN**

Det är viktigt att kunna skilja på den gemensamma vårdplanering som görs tillsammans med övriga vårdgivare och den omvårdnadsplan som görs för patientens omvårdnadsbehov för att nå uppsatta mål. En patient kan ha flera omvårdnadsplaner beroende på vilka problem patienten har. Men oftast görs det bara en enda vårdplanering tillsammans med t.ex. hemtjänst i samband med att patienten ska skrivas ut från sjukhuset till hemmet.

Omvårdnadsplanen innehåller uppgift om diagnos och mål samt om planerade åtgärder. Specificera även vad, hur, av vem och när åtgärder ska utföras. Omvårdnadsplanen är viktigt för att organisera insatserna och underlätta kontakterna mellan olika vårdgivare i det dagliga vårdarbetet samt medför ökad säkerhet för patienten. Prim-VIPS liksom VIPS betonar behovet av att synliggöra planerade åtgärder. Beroende på journalsystem kommer omvårdnadsplanen i praktiken att lösas på olika sätt. Det är innehållet och uppgifterna i omvårdnadsplanen som är viktiga, utformningen är av underordnad betydelse. Ett förslag är att tillföra ordet planerad framför varje åtgärdssökord. Detta för att tydligt skilja på planerad och utförd åtgärd.

### **MEDVERKAN**

Åtgärder för att tydliggöra patientens delaktighet och medverkan i planering och genomförande av vård och behandling. Överlämnande av ansvar till patienten att själv fortsätta vård och behandling eller återkomma vid behov. Under medverkan kan även beslut om att avstå från att göra någonting beskrivas, till exempel avvakta med behandling. Anhörig eller patient kan ha önskemål om någon form av vård eller behandling, som kan vara svåra att tillmötesgå helt utan bara delvis. Detta skrivs då in i journalen som en önskan med tillhörande uppgift om vad vi kan göra.



Journal exempel:

1. Vill avvakta med tablettbehandling mot förhöjt blodtryck. Vill istället försöka ändra livsstil med kost och motion. Vi beslutar tillsammans med ansvarig läkare att följa blodtrycket 1 gång/vecka och ge stöd för livsstilsförändringar. Uppföljning om 2 månader och ställningstagande till om förändringarna påverkat blodtrycket.
2. Planerad Medverkan. Patienten har bestämt att han fortsättningsvis kan sköta sina blodsockerkontroller själv med stöd från hustrun. Vi kommer överens om att prova under 14 dagar.

## INFORMATION/UNDERVISNING

Detta sökord är mycket använt då en stor del av distriktssköterskans/sjuksköterskans uppgift är att informera, ge råd, instruera, handleda samt undervisa. I PrimVIPS-projektet gjordes därför en fördjupad analys av området för att bättre kunna beskriva dessa aktiviteter. Diskussion om sökordets dimensioner uppkom. Är det sättet att förmedla kunskap eller är det vad man informerar/utbildar om, som är viktigt att ha sökordet till? Prim-VIPS följer VIPS och har ett sammansatt sökord tills vidare. Finns lokal överenskommelse att t.ex. kvalitetssäkra eller följa specifika undervisningsprogram kan detta sökord delas på två: *Information* är ett sökord, där åtgärder dokumenteras som rör patientinformation, rådgivning och hänvisning. Till sökordet *Undervisning* knyts övriga former av kunskapsförmedling t.ex. anvisning, instruktion och handledning i syfte att stärka patientens/närståendes förmåga till egenvård. Undervisning kan ske individuellt eller i grupp.

Journal exempel:

1. Hänvisning in till KS, akut transport med ambulans för misstänkt hjärtinfarkt.
2. Utbildning enligt vårdprogram för nydebuterad diabetes, Träff 2. Går igenom patientens nedskrivna matanamnes och jämför den tillsammans utifrån "Bra mat för alla". Undervisar i egenvårdskontroll, blodsockermätning och lär ut hur man blodsockertestar sig, hur man tolkar resultaten i förhållande till kost, motion och infektion. Går igenom högt och lågt blodsocker symptom och åtgärd. Lämnar skriftlig information om lågt och högt blodsocker som patient går igenom tillsammans med anhörig hemma.
3. Informerar om att svalgodling var negativ och att det inte finns några hållpunkter för streptokockinfektion utan att det troligtvis är femte sjuken. Rekommenderar att patienten ska vara hemma ett par dagar och vila. Vid funderingar eller försämring åter för nytt ställningstagande.

## STÖD

Stöd avser åtgärder i form av socialt, emotionellt och praktiskt stöd. Kan även handla om stöd till anhöriga/närstående. Stödsamtal eller behandlingssamtal vid krisreaktion eller vid livsstilsförändring, svåra familjesituationer eller svåra beslut. Tillsynsbesök är ett ofta förekommande stöd till patient och vårdare. Stödkontakter kan även vara kontakt med kurator, psykolog eller väntjänst.

Journal exempel:

1. Kontaktar diakonissan efter önskemål från patienten och anhöriga. Känner ett starkt behov av extra samtalsstöd i sina funderingar om livet efter döden.
2. Planerat stöd. Kommer 1 gång/månad för injektioner av neuroleptika. I samband med dessa besök samtalar ca 20 min om situationen hemma och på arbetet, socialt nätverk och relationer. Psykmottagningen handleder vid behov, kan även få stöd genom psykkonsultronden vid behov.



## **MILJÖ**

Åtgärder för att underlätta och förändra närmiljön. Det kan gälla sängutrustning eller som åtgärder för att patienten ska kunna hantera sin fysiska miljö i hemmet. Bostadssanera för allergiker eller förhindra fall eller fallskador. Initiera och åtgärda för lek eller förströelse.

### Journal exempel:

1. Planerar tillsammans med familjen olika boendelösningar. Rekommenderar familjen att möblera om så att problemet att nå sovrummet via den smala trappan undviks. Har stora problem att ta sig upp och nerför trappan. Vill vara nära allrummet för att delta så mycket som möjligt i gemenskapen trots sin svåra sjukdom. Det ger ro att vara mitt i allt som händer med besök, mat, stök och samvaro.
2. Möblerar om enligt önskemål så att sängen kan nås med rullstolen från båda sidorna.

## **Skadeprevention**

Förebygga skada, olycksfall i närmiljön, identifiera och minska risker. T.ex. halkskydd, cykelhjälm.

### Journal exempel:

1. Går igenom checklisten för fallskador i hemmet och vi kommer överens om att byta glödlampor till högre watt samt flytta på telefonen till sängen. Nattpatrullen ska även ställa fram en toastol vid sängen.
2. Går igenom tillsammans med patienten och maken "Förebygga olycksfallväska" med tillhörande frågor. Visar innehåll som broddar, käpp, halkmattor mm. Vi går tillsammans igenom lägenheten för att se om vi kan hitta faror som kan elimineras för att förhindra olycksfall. Vi beslutar att avlägsna mattan i hallen, som två gånger orsakat benbrott. Övriga lösa mattor får halkskydd.
3. Visar patienten hur han ska ta av och på sig hjälmen samt att den ska sitta mitt på huvudet. Skickar även med en broschyr till föräldrarna.

## **SKÖTSEL**

Åtgärder i samband med personlig omvårdnad, såsom på- och avklädning, hygien, matintag förebyggande av trycksår och kontrakturer.

### Journal exempel:

1. Risk för trycksår på vänster höftkam. Kommer överens med patienten att försöka undvika att ligga på vänster sida och röra sig mer i bädden samt att den personliga assistenten genomför vändningar regelbundet.
2. Klarar av den övre hygien själv. Hemtjänst kommer och hjälper till med nedre toalett, som då görs varje förmiddag.

## **Avancerad skötsel**

Personlig omvårdnad för svårt sjuk patient i komplexa situationer.

### Journal exempel:

1. Planerad avancerad skötsel. Vid munvård, använd mjuka tork och badda försiktigt de lättblödande slemhinnorna. Munvård utförs i samband med vändning så att en person kan stötta huvudet.



## **TRÄNING**

Åtgärder för att initiera eller utföra träning, fysiskt, psykiskt, socialt.

### Journal exempel:

1. *Har fått instruktion om bäckenbottenträning och kommit överens om att försöka utföra detta 3 ggr/dag.*
2. *Planerad träning. Kommer tillsammans med vårdbiträdet Lisa gångträna och förflytta sig mellan säng och toalettrummet, initialt med levande stöd och bock därefter i slutet på veckan ev träna med endast bockar.*
3. *Planerad träning. Ska bäckenbottenträna med vagitrim kulor och knipövningar:*

## **OBSERVATION/ÖVERVAKNING**

Åtgärder som oftast är planerade. Att följa ett förlopp t.ex. i samband med ändrad medicinering eller annan insatt behandling eller vid avvaktan att avstå från en behandling. Resultat av observationen beskrivs under statusökorden. Vid spårning av sjukdomssmitta används detta sökord för att planera åtgärder i samband med smittspårning. Vid vissa vårdcentraler finns det på förhand smittspårningsteam som har till uppgift att spåra smitta, stötta patienten samt överrapportera till smittskydds-enheten enligt gällande föreskrift.

### Journal exempel:

1. *Tar mått på båda benen efter vila och högläge efter 30 min. Se resultat under status.*
2. *Droppet ej gått in tillräckligt. Ändrar droppakten till 25 dr/min.*
3. *Planerad observation. Observera välbefinnande samt ev. biverkningar i samband med den nyinsatta medicinen. Hemtjänstpersonalen följer checklista regelbundet enligt uppgjort schema och gör noteringar i samband med måltiderna.*

## **SPECIELL OMVÅRDNAD**

Speciell omvårdnad var ett av det mest efterfrågade områdena att utveckla för distriktssköterskans dokumentation. Många av distriktssköterskans åtgärder dokumenterades under detta sökord och informationen tenderade då att innehålla en stor mängd planerade och vidtagna åtgärder helt ostrukturerat.

PrimVIPS projektet har genom olika studier såsom åtgärdsregistrering, journalgranskning, och begreppsanalys identifierat områden och aktiviteter som är viktiga att kunna urskilja. I valet mellan att begränsa antalet undersökord eller att tillföra ytterligare är de föreslagna undersökorden de som uppfattades i den nationella testen som de mest efterfrågade. Ytterligare tillägg under speciell omvårdnad är att beskriva kontroll och skötsel av den apparatur som behövs för att patientens vård och behandling ska fungera. Vi föreslår därför att viktiga åtgärder som planering av batteribyte, filterbyte etc. noteras under detta sökord i patientens journal. Vilka undersökord som används väljs efter den egna enhetens behov av säkerhet och uppföljning.

## **Hudbehandling**

Hud-slemhinnebehandling, pensling etc. Vård av hudproblem vid kateter, sond, venflonkanyl. Borttagande av främmande kropp t.ex. fästing, sticka. Borttagande av öronvax. Fotvårdsbehandling.



Journal exempel:

1. Behandlar eksem på utsatta ställen i böjvecken med salva Hydrokortison 1%. Övrig hud smörjes med mjukgörande. Hel tubgaskostym samt även tubgasvantar till natten.
2. Tar bort fästing bakom örat, får med hela fästingen. Alsolspritomslag 15 min efter borttagande.
3. Spolar höger och vänster öra med ljummet kranvatten. Vax höger och vänster öra avlägsnas.
4. Spolar vänster hörselgång med natriumklorid. Två stora proppar avlägsnas.
5. Planerad hudbehandling. Byte av duodermplatta var 5:e dag. Applicera Hydrokortison 1% och fäst platta över. Se ordinationsmeddelande.

### **Sårbehandling**

Behandlingsrutin för såret.

Journal exempel:

1. Skrubbsår vänster knä bedövas med Emla kräm. 1 timme därefter rengörs såret med tvål och vatten och liten borste. Avlägsnar en större sten. Cellosoft som ytterförband.
2. Suturtagning, 4 stygn efter op appendix. Tejpar såret. Inget ytterförband, då det upplevs som kliande.
3. Planerad sårbehandling torsdagar. Bensår vänster underben tvättas med tvål och vatten, sårkanter smörjes med Zinksalva samt såret täckes med tunn duodermplatta. Linda Coubanlinda med enkla turer.

### **Kompressionsbehandling**

Behandling vid ben- eller lymfödem. Behandling med tryckförband vid stora blödningar, hematom.

Journal exempel:

1. Dubbelbandage med salvstrumpa och Coubanbinda lindas på båda benen till knät.
2. Lymfstas höger arm lindas med åttaturer till armhålan.
3. Planerad kompressionsbehandling med kompressionsstövel 30 min bilateralt innan patienten stiger ur sängen.

### **Immobilisering**

Förband för fixering eller stöd av kroppsdel, t.ex. vid stukning, inflammation i led.

Journal exempel:

1. Lindar ihop lilltå och ringtå. Polstrar mellan tårna och lindar tvillingförband.
2. Gipshandske runt höger tumme. Täcker tumme samt liten del av mellanhanden. Kontrollerar att gipset torkat innan patienten går hem.

### **Tarmbehandling**

Åtgärder som rör tarmens funktion. Lavemang, plockning. Stomivård.

Journal exempel:

1. Plockning av fekalom. Därefter ges ett microlax.
3. Går med sond nr 16 förbi hårt avföringshinder ca 1 dm upp i rectum. Klyx ges via sonden vilket leder till tarmtömning.



### **Provtagning/Tester**

Vilken typ av prov eller test som planeras eller genomförs. Resultat av undersökningen dokumenteras i status.

#### Journal exempel:

1. Test TBC. Sätter 2 TU dorsalt vänster underarm. Avläses om 72 timmar.
2. Svårt att göra pricktest idag då patienten varit tillsammans med en katt i helgen.
3. Planerar provtagning, blodstatus och blodsocker, venöst, nästa vecka samtidigt med leverprovtagning.
4. Planerad provtagning Pricktest för häst, hund och katt om 14 dagar.

### **Kärlkateter**

Hantering och underhåll. In- och utsättningsdatum av t.ex. CVK, Port-A-Cath, perifer venkateter, smärt pump.

#### Journal exempel:

1. Aspirera och spola Port-A-Cath med 20 ml steril isoton natriumklorid 9 mg/ml. Ett heparinlås anläggs genom att katetersystemet spolas med 5 ml Heparin 100 E/ml. Skall upprepas var fjärde vecka.

### **Urinkateter**

Hantering och underhåll. In- och utsättningsdatum. Typ och storlek.

#### Journal exempel:

1. Bedövar med Xylocain, tvättar enligt ren metod samt sätter Rūchkateter nr 12 utan några problem. Kuffar med 10 m sterilt vatten. Uribag med kort slang fästs med bälte.
2. Tömmer själv Kocks blåsa med tappningskateter nr 2.
3. Planerad urinkateter. Katerbyte till KAD nr 14 silikon den 24/5.

### **Dränage/sond/kanyl**

Hantering och underhåll. In- och utsättningsdatum. Typ och storlek. Kvarliggande eller intermittert t.ex. rör, ventrikelsond, Witsselfistel, syrgaskateter, tracheostomi.

#### Journal exempel:

1. Sätter permanent V-sond nr 12, fixeras vid kind samt bakom höger öra, 3 markeringar kvar på sond.
2. Spolar Witsselfistel med 20 ml ljummet vatten.
3. Planerad dränage/sond/kanyl. Byte av V-sond den 23/4. Patienten måste sitta upp, gärna i förälders knä.

### **LÄKEMEDELSORDINATION/FÖRSKRIVNING**

Ordination och förskrivning av läkemedel enligt formell kompetens av distriktssköterska/sjuksköterska. Vid förskrivning av preparat, dokumentera så att en sammanhållen, gemensam läkemedelslista erhålls. Även initiering att patienten köper läkemedel utan recept noteras. Detta sökord används när det datoriserade journalsystemet inte automatiskt registrerar förskrivet läkemedel som en automatanteckning. Även planerad förskrivning noteras samt ordinationer som givits till patienten och då patienten köper eller innehar läkemedlet själv.



Journal exempel:

1. Rekommenderar patienten att köpa Zinkpasta och Väteperoxid för sårvård. Får recept på Iodosorbsalva att applicera dagligen.
2. Ordinerad T. Panodil 2 st à 500 mg morgon, middag och kväll vid hög feber och huvudvärk.

## LÄKEMEDELSHANTERING

Ett viktigt sökord för att beskriva vidtagna åtgärder för säker hantering av läkemedel.

Journal exempel:

1. APO dos påsar förvaras i låst skåp i badrummet. Dagligen uttages dagens doser och delas upp i märkta medicinkoppar.
2. Genomgång med patientens personliga assistenter vilka läkemedel som ska ges från dosett samt läkemedel vid behov enligt ordination på läkemedelslista. Informerar om hur signeringslistan ska fyllas i vid överlämnande av medicin. Dosetten förvaras i låst skåp och medicin överlämnas av informerad assistent.

## Läkemedelsadministrering

Iordningställande/dosettindelning och överlämnande av dos. Administreringsätt av läkemedel beskrivs som t.ex. injektion, infusion, inhalation, ögondroppar, syrgasbehandling, per rectum.

Journal exempel:

1. Inj Morfin, 1 mg sc, ytersida höger lår.
2. Ger en påse blod, ARh neg enl. ord DI Per Hansson.
3. Delar dosett för 14 dagar, enl. läkemedelslista.
4. Inj Voltaren 25 mg/ml, 2 ml im i höger glutealmuskel.
5. Planerad läkemedelsadministrering. Medicindelning enl. läkemedelslista måndagar tom 23/5.

## Vaccination

Vaccin, mängd, batchnummer, administreringsätt, lokalisering. All rådgivning dokumenteras under sökordet Information/Undervisning. Ytterligare planerade vaccinationer dokumenteras under sökordet Vaccination med tillägget planerad före.

Primärvården har i många folkhälsoprogram att sörja för folkhälsan med riktade satsningar när det gäller grundvaccinering av stelkramp, difteri och polio. Den alltmer växande möjligheten att förebygga sjukdomar med hjälp av vaccinering ställer krav på en enhetlig och sökbar dokumentation. Många vaccinationer sker i vaccinationsserier med grundvaccinering och boosterdos. Detta ställer krav på att informationen om patientens vaccinationer finns sammanhållet beskrivet så att vidtagna såväl som planerade vaccinationer finns lätt tillgängliga.

Journal exempel:

1. Inj Duplex 0,5 ml sc vänster överarm. Dos nr 2. Vaccin batch nr 22222.
2. Planerad vaccination. Duplex vaccination enl. grundvaccineringsprogram. Dos 3 om 6-12 mån.
3. TBE en dos ges i vänster överarmsmuskel. Vaccin batch nr 1234
4. Planerad Vaccination TBE dos nr 2 om 14 dagar omkring den 16 april.



## **HJÄLPMEDELSHANTERING**

Rekommendation, utprovning, anvisning, förskrivning.

### **Förbrukningshjälpmedel**

Förskrivning av förbrukningsartiklar för t.ex. inkontinens, diabetes, stomi. Innehåll, storlek, sort, antal och antal uttag. Utprovning och rekommendation. Lämna ut hjälpmedelsprov. Anvisning om användande av hjälpmedel. Hjälpmedelskort.

#### Journal exempel:

1. Lånar ut blodsockermätare med stickor för prov i en vecka. Eftersom patienten är synskadad har hon rätt att få apparaten kostnadsfritt av syncentralen. Stickor skrivs ut. Lånar även Softclix II blodprovstagare för test innan förskrivning av lancetter och blodprovstagare.
2. Skriver ut Glucometer Elit blodsockerstickor 50 st x 2 med fyra uttag. NR: 890999 på hjälpmedelskort.

### **Tekniska hjälpmedel**

Utprovning, rekvisition, installation av t.ex. rullator, käpp, toalettstolsförhöjare, sängklossar. Anvisning om användandet av hjälpmedel. Utlämnande och återlämnande av hjälpmedel.

#### Journal exempel:

1. Provar ut käpp och monterar brodd.
2. Lämnar ut 2 st droppställningar, toaförhöjning och duschpall.

## **SAMORDNING**

Samordningsåtgärder för att underlätta vård och behandling. Distriktssköterskan/sjuksköterskan ansvarar för att samordning och planering av vård och behandlingsinsatser underlättas för patienten.

#### Journal exempel:

1. Väntar på plats till Ersta Hospice.
2. Ringer patientens läkare och ordnar en akuttid.

### **Samordnad vårdplanering**

Sammanfattning av överväganden från t.ex. vårdkonferens eller utskrivningsplanering. Aktivitet för planering och utveckling av individuell vårdplan tillsammans med andra vårdgivare t.ex. hemtjänst, sjukgymnast, arbetsterapeut, rehabiliteringsteam, sjukhusavd.

#### Journal exempel:

1. Inskrivningsplanerar med kommunen och PAH när patienten nu ska till Äppelvikens vårdhem. Patienten önskar ha fortsatt kontakt med PAH efter det att han flyttat.
2. Planerad samordning. Överenskommit med patientansvarig läkare Hans Andersson att dsk i vårdteamet konstaterar när döden inträtt.
3. Dl Hans Andersson skriver dödsintyget.

## **ADMINISTRATION**

Administrativa åtgärder för patienten t.ex. intygsskrivande, remiss och ansökan om bidrag. Brev och meddelande till patienten eller närstående. Delegering till annan vårdgivare utan formell kompetens.



Journal exempel:

1. Stina Petterson har delegering att ge läkemedel från APO-dos samt att ge vid behovsmedicin för sömn och vid värk utifrån läkemedelslista.
2. Ansöker om landstingsbidrag, kosttillskott. Skickad den 4/7 -04.
3. Brev. Kallar till diabeteskontroll enl. vårdprogram. Tid 18/10 kl. 15. Prover 1 vecka innan.
4. Det finns delegering till undersköterskan Anna Andersson, vårdbiträdet Beda Broson och undersköterskan Clara Karlsson för att hämta läkemedel på apotek, överlämna från läkemedelsdos samt att ge vid behovsmediciner.

**Intyg**

Intyg för tillfällig vård av barn, utbyte av föräldraledighet vid förälders egen sjukdom eller efter lokala överenskommelser med Försäkringskassan. Intyg till t.ex. daghem, skola.

Journal exempel:

1. Till Försäkringskassan. Byte av "Vård av barn" till sjukskrivning 7 dagar t.o.m. 040323.
2. Intyg till Komvux Värmdö, Krickaskolan, att Lena varit här idag för kontroll.

**Journalkopia**

Utlämnande eller rekvisition av journalkopia, till/från vem, vilken vårdinrättning. Ange vad som skickas.

Journal exempel:

1. Patienten har medgivit utlämnande av journal. Omvårdnadsmeddelande, omvårdnadsepikris och alla anteckningar om vård utförda av usk och dsk 040901-040930 skickas till Avd 15, Fridhems sjukhus.
2. Begärd journal inklusive läkemedelslista skickas till Mittsjukhuset avd 82. Leg läk Skogfeldt och leg sjuksköt Lisbet Larsson.
3. Beställer journalkopia för vårdtiden jan-febr -04 från Högsbo sjukhus.

**Remiss**

Anhållan om åtgärd av annan vårdgivare. Till vem, vilken vårdinrättning och syfte. Underlättar för att ha bevakning på skickade remisser.

Journal exempel:

1. Remiss till Hålfotscenter för hålfotsinlägg .
2. Remiss till vederbörande ortoptist Skelningskliniken, Danderyds sjukhus, med frågeställning om dold skelning. Bifogar journalutdrag daterad 27/18.

**OMVÅRDNADSMEDDELANDE**

Informationsöverföring under pågående vård. Överrapportering till kvälls- och nattpatrull. Muntligt, skriftligt. Uppge vem som tagit emot rapporten. Information om patientens grundläggande behov och problem. Informationen kan utgöras av befintlig journaldokumentation som sammanställs till omvårdnadsmeddelande.

Journal exempel:

1. Meddelande till kvällspatrullen att patienten behöver tittas till ikväll samt att blodsocker behöver tas. Faxar även över senaste status och Omvårdnadsplan daterad 23/8.
2. Skickar omvårdnadsmeddelande med innehållande status om kommunikation och aktivitet samt omvårdnadsplan daterad den 960531 till Avd 5 Huddinge sjukhus.



## OMVÅRDNADSRESULTAT

Samlat resultat av omvårdnad och behandling. Resultatet stäms av mot diagnos, delmål och mål. Det underlättar att hålla god kontroll av vårdens framskridande, att vid planeringen och upprättandet av omvårdnadsplan komma överens med patienten om senaste datum för avstämning mot de uppsatta målen.

### Journal exempel:

- Medverkar i vården och uppger ett ökat välbefinnande sedan en månad tillbaka. Rutiner och mål som satts upp tillsammans med patient, personliga assistenter, ansvarig läkare, rehab och dsk har följts. Patientens eksem är nästan helt läkta sedan signeringslista för applicering av salvor placerats i hemmet och delegering om läkemedelsadministrering utförts. Patienten visar mindre förvirring och aggressivitet då tydliga rutiner formulerats och antalet timmar med personlig assistent ökat.*

## OMVÅRDNADSEPIKRIS

Slutanteckning med sammanfattning av genomförd omvårdnad och patientens förändring under vårdtiden. Görs vid vårdtidens slut eller om patienten ändrar vårdform eller flyttar.

**Sammanfattningsvis** så hoppas vi att denna handledning ytterligare förtydligat och inspirerat till att använda sökorden för att strukturera journalinformationen. Att säkerheten för patient och vårdgivare säkerställs med en rätt förd journal vet vi. Det utvecklar vården och ger stora vinster för såväl patienter som personal då man för varandra klargör vilken information som behövs för att förstå hur vården är planerad och utförd. Om journalen ska bli det dagliga arbetsverktyget som ska hjälpa oss i vårdarbetet måste vi kunna lita på att den dokumenterade informationen speglar verkligheten d.v.s. vården kring patienten.



## Innehållsansvarig

[Eva Bergdahl](#)

Distriktssköterskeförbundet

## Referenser

1. Svensk Författarsamling, *Patientjournalagen*, SFS 1985:562.
2. Socialstyrelsens allmänna råd, *Omvårdnad inom hälso- och sjukvård*, SOSFS 1993:17.
3. Hamrin, E & Lindmark, B, 1990. The effect of systematic care planning after acute stroke in general hospital medical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1146-53.
4. Rinell Hermansson, A. 1990. *Det sista året. Omsorg och vård vid livets slut*. Uppsala: Medicinska fakulteten vid Uppsala universitet. Akademisk avhandling.
5. Ulander, K., Grahn, G., Sundahl, G. & Jeppson, B. 1991. Needs and care of patients undergoing subtotal pancreatectomy for cancer. *Cancer Nurs.*, 14:27-34.
6. Thunberg, M. 1992. *Granskning av omvårdnadsdokumentationen i journaler för strokepatienter*. Institutionen för omvårdnadsforskning. Linköping: Hälsouniversitetet.
7. Ehnfors, M & Smedby, B, 1993, Nursing care as documented in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 7:209-220.
8. Clark J & Lang N, 1992, Nursing's next advance: An international classification for nursing practice. *International Nursing Review*, 39;4:109-112, 128.
10. Ehnfors, M., Ehrenberg, A, & Thorell-Ekstrand, I, 1991. Towards Basic Nursing Information in Patient Records. *Vård i Norden*, 21:12-31.
12. Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. 2000, *VIPS-boken. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*, Vårdförbundet, ISBN 91-7043-045-4
13. Baar A & Segesten K, 1995, *Kvalitetssäkring av information mellan sluten och öppen vård*. Inst. för vårdläro- och utbildn. Göteborgs Universitet.
14. Björkdahl, A, 1999, *Psyk-VIPS : att dokumentera psykiatrisk omvårdnad enligt VIPS-modellen*, Studentlitteratur, Lund, ISBN 91-44-00863-5
15. Carnevali, D *Handbok i omvårdnadsdiagnostik* Liber AB, Stockholm, 1999, ISBN 9147005408
16. Socialstyrelsen, *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 - primärvård*, Nordstedts, Stockholm, 1997, ISBN 91-7201-139-4

## Länkar

- [Patientjournalagen, SFS 1985:562](#)      [Omvårdnad inom hälso- och sjukvården, SOSFS 1993:17](#)
- [International Council of Nurses, ICN](#)      [070418 KVA08.pdf](#)
- [KVÅ slutrapport 2007 06 11.pdf](#)      [KSH97-P. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem](#)
- [Åtgärder i KVÅ baserad på ICF-struktur"](#)
- [Sekretesslagen, SFS 1980:100.](#)      [Betalningsansvarslagen, Lag \(2003:193\).](#)
- [Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård, SOSFS 2005:27.](#)
- [Föreskrifter om markering i journal av intolerans och allvarlig överkänslighet mot läkemedel m.m., SOSFS 1982:8.](#)