

Vårdokumentation i Cosmic

Omfattning och ansvar

Rutinen omfattar hela Region Norrbotten och samtliga yrkeskategorier som arbetar i patientnära arbete eller med vårdadministration inom regionen.

Verksamhetsområdeschef har övergripande ansvar för att rutinen är känd och implementerad. Verksamhetschef/avdelningschef/motsvarande ansvarar för att rutinen efterlevs inom verksamheten/enheten. Medarbetare ansvarar för att följa rutinen utifrån sin profession.

Syfte

Syftet med denna rutin är att beskriva strukturen, funktioner och egenskaper i vårdokumentation på en övergripande nivå, för att säkerställa ett enhetligt och gemensamt arbetssätt.

Innehåll

Vårdokumentation i Cosmic	1
Omfattning och ansvar	1
Syfte.....	1
Journalträdets struktur	5
Regionens vårdenheter	5
Privata vårdenheter	5
Journalvyn	6
Enhetens anteckningar.....	6
Basdata	6
Viktig medicinsk information.....	7
Allmänt	7
Anamnes	8
Uppdatering av Basdata via Patientöversikten	8
Uppdatering av Basdata i journalträdet	9
Levnadsvanor	11
Gemensamma dokument	11
Mappen vårdplaner.....	12
Journaltabeller	12
Blanketter	14
Patientens formulär.....	14
Journalreferenser	14
Att läsa i journalen.....	15
Samtycke	15
Att läsa Enhetens journal.....	15
Att läsa medicinskt ansvarig enhets journal	15
Att läsa journal på akutmottagning.....	15
Mappen Prehospital Journal	15
Att läsa journal teknisk enhet, till ex. Intensivvårdsavdelning.....	16
Att läsa journal utanför min enhet.....	16
NPÖ - Att läsa journal hos andra regioner, kommuner eller privata vårdgivare	16
Samlad informationsbild av patienten	17
1. Patientlisten	17
2. Patientöversikten	18
3. Journalen.....	19
4. Hälsoärende	20

Filtrering och fritextsökning i journal	20
Filtrering	20
Fritextsökning	21
Dokumentation under pågående slutenvårdstillfälle	22
Vårdokumentation på medicinskt ansvarig enhet	22
Dokumentation av bedömningsinstrument och skattningsskalor	23
Journaltabell:	23
Blankett:	23
Formulär:	24
Beslutsstöd (CDS):	24
Beslutsstöd-CDS	25
Strokeprevention	25
Remiss för familjär hyperkolesterolemi (FH)	25
Vårdskadeprevention	26
Dokumentation i uppmärksamhetssymbol	26
Överkänslighet	27
Medicinskt tillstånd och behandling	27
Smitta	27
Särskild vådrutinavvikelse	27
Ompröva beslut	28
När en patient med reservnummer får en länkad identitet och UMS ...	29
Dokumentation i journalmallar	29
Dokumentation av överkänslighet eller allergi som inte ingår i Uppmärksamhetssymbolen	29
Dokumentation av brytpunktssamtal/behandlingsbegränsning	29
Brytpunktssamtal	29
Behandlingsbegränsning	30
Samtal vid allvarlig sjukdom	30
Dokumentation av implantat	30
Dokumentation av Främmande kropp	31
Omvårdnadsdokumentation	31
Dokumentation av sårvård	31
Mediaundersökning/foton	32
Gemensam mall för hjärtlarm/hjärtstopp	32
Dokumentation av hjälpmedel	32
Egenvårdsbedömning och planering	33
Uppdrag hemsjukvård	33

Vårdplan-utskrivningsplanering	33
Vårdsammanfattning till patient	33
Dokumentation i journalen vid vårdskada.....	34
Dokumentation vid forskningsstudier	34
Dokumentation av avliden.....	34
Dokumentation av våldsutsatthet	34
Anmälan enligt lag och förordning.....	35
Anmälan angående barn med möjligt skyddsbehov	36
När barnet som anmälan gäller inte är patient.....	36
Sökord som undantas från publicering på 1177 e-tjänst	36
Region Norrbotten undantar även nedan sökord i Cosmic från visning i 1177	37
Vårdenheter i Cosmic som undantas från visning i 1177 journalen.....	37
Diagnos- och åtgärdskodning i journalanteckning	38
DRG-gruppering.....	39
Signering, Signering med vidimering eller kontrasignering samt frågor och svar.....	40
Signering.....	40
Vidimering.....	41
Kontrasignering	41
Signering av kollegas anteckning	42
Frågor och Svar	42
Versionshistorik.....	42
Utskrift och återlämnande av journalhandlingar	42
Dokumentation av inkommen och utgående handling	43
Dokumentation som inte kan kopplas till Hälsoärende	44
Aktivitetsramverket inom vårddokumentation.....	44
Aktiviteter	44
Planerade aktiviteter för öppenvård.....	45
Alternativ 1:.....	45
Alternativ 2:.....	45
Bilaga.....	46
Mallar med kontrasignering	46
Originaldokument från Sussa samverkan	47

Journalträdets struktur

Vårdokumentation i Cosmic består av följande dokumentationsverktyg:

- Kronologisk journal
- Vårdplansverktyg
- Gemensamma dokument
- Journaltabeller
- Blanketter
- Formulär

Regionens vårdenheter

Detta är en mapp för regionens vårdenheter och är uppbyggd utifrån hur regionen är organiserad.

Det går att se de 15 senaste anteckningar initialt i de olika mapparna. Behöver användaren se fler anteckningar än dessa går det att läsa in ytterligare 15 anteckningar åt gången.

I mapparna för kronologisk journal visas även de anteckningar som skapas av bedömningar i modulen kliniskt beslutsstöd (CDS).

Enhetens anteckningar: innehåller enhetens alla anteckningar.

Basdata: gemensamt dokument som rör allmän information om patienten, som alla kan se och dokumentera i.

Alla vårdplaner: uppstart och hantering av vårdplaner sker i denna mapp.

Journaltabeller: innehåller de journaltabeller som skapats för aktuell patient.

Regionens vårdenheter består av undermappar:

- *Specialiserad vård:* innehåller mappar för regionens specialistkliniker ex Ortopedkliniken, Medicinkliniken.
- *Primärvård:* innehåller mappar för regionens primärvårdsenheter.

Specialiserad vård alla anteckningar: innehåller alla kronologiska anteckningar från regionens sjukhuskliniker/specialistkliniker.

Primärvård alla anteckningar: innehåller alla kronologiska anteckningar från regionens primärvårdsenheter.

Regionens alla anteckningar: innehåller alla kronologiska anteckningar från regionens alla vårdenheter

Privata vårdgivare: innehåller mappar för alla privata vårdgivares enheter.

Privata vårdenheter

Denna mapp innehåller dokumentation från de privata vårdgivarna som är anslutna till regionen. Om den privata vårdgivaren består av flera kliniker skapas undermappar för respektive klinik.

I dessa mappar visas de 15 senaste anteckningar initialt. Behöver användaren se fler anteckningar går det att läsa in ytterligare 15 anteckningar åt gången.

För privata vårdgivare är journalvyn uppbyggd på samma sätt som för regionen.

Om den privata vårdgivaren består av flera vårdande enheter fungerar *Enhetens anteckningar* på samma vis som för regionen.

Mappen *Regionens vårdenheter* behöver finnas om det finns flera vårdenheter inom den privata verksamheten.

Åtkomst till regionens vårdenheter, vårdplaner, tabeller, brev och journalreferenser utgår från regionens beslut.

Journalvyn

Journalvyn består av ett antal mappar med tillhörande undermappar som beskrivs nedan. Åtkomst till dessa mappar kan variera beroende på användares behörigheter.

Hur många anteckningar som laddas upp beror på vilken mapp du befinner dig i, se beskrivning nedan. Det är dock viktigt att känna till att alla anteckningar som laddats upp kommer du som användaren att bli loggad på, oavsett om man läst en eller alla.

I Cosmic finns olika typer av dokumentationsmallar som är framtaget av olika arbetsströmmar, vilka mallar som är tillgängliga på olika enheter/kliniker styrs utifrån vilket Nationellt programområde (NPO) man arbetar i och lokala rutiner styr dessa arbetssätt. De journalmallar som används mest kommer finnas högst upp i vallistan för lät åtkomst.

Mallarna i sin tur är uppbyggda sökord för dokumentation. För att veta vad som ska skrivas under ett sökord kan man klicka på *i* och en kort förklaring av sökordet ges.

Enhetens anteckningar

Visar journalanteckningar i kronologisk ordning från den arbetsenhet användaren är inloggad på, ex. en specialistmottagning.

Denna mapp öppnas som standard när användare öppnar journalen.

Mappen visar de 25 senaste anteckningar initialt. Behöver användaren se fler anteckningar än dessa går det att läsa in ytterligare anteckningar och då 25 anteckningar åt gången.

Basdata

I mappen *Basdata* i journalvyn dokumenteras information som inte behöver uppdateras varje gång och som är viktigt för all vårdpersonal som har kontakt med patienten att ta del av. *Basdata* visas även i *Patientöversikten*.

Anteckningar i *Basdata* används för att dokumentera information som sällan ändras, ex. allmän hälso- och sjukdomsanamnes, viktigt medicinsk information och social information. Dessa anteckningar är gemensamma för hela regionen och därmed finns det ett gemensamt ansvar att uppdatera dem.

Information om datum, tid och vem som dokumenterat visas i högerkanten vid varje sökord.

Om det finns en pil i högerkanten betyder det att det finns tidigare information som registrerats. Genom att klicka på pilen visas den tidigare informationen.

Viktig medicinsk information

Innehåller viktig information som kan vara livshotande eller av kritisk betydelse för fortsatt vård och behandling men som inte ska dokumenteras i uppmärksamhetssymbolen.

Viktig medicinsk information består av sökorden:

- Livshotande överkänslighet som ej ingår i uppmärksamhetsinformation: ex nötallergi
- Övriga överkänsligheter som ej ingår i uppmärksamhetsinformation: ex metallallergi.
- Smitta som ej ingår i uppmärksamhetsinformationen
- Vaccinering, som ej dokumenterats i vaccinationslistan
 - Här dokumenteras information om tidigare vaccinationer som patienten uppgett, men som det saknas tillförlitliga uppgifter om. Övriga vaccinationer dokumenteras i *Vaccinationslistan*.
- Främmande kropp
 - Förekomsten av främmande kropp dokumenteras här då detta kan påverka beslut om undersökning och /eller behandling. Ex "Granatsplitter höger vad och lår"
- Implantat som ej ingår i uppmärksamhetsinformationen

Allmänt

Innehåller allmän information om patienten som har betydelse för hur vården kommunicerar med, möter och bemöter patienten. Omfatta även information som rör certifikat och licenser som patienten innehar och som vid behov kan återkallas.

Allmänt omfattas av sökorden:

- *Aspekter att beakta vid kommunikation:* Här dokumenteras information som har betydelse för hur vården kommunicerar med, möter och bemöter patienten, ex viktiga aspekter att beakta vid skriftlig kommunikation med patienten så som synnedsättning, hörselnedsättning, afasi, svårigheter att förstå text eller behov av bildstöd. Behov av tolk framkommer i *Patientlisten*.
- *Personliga faktorer att beakta i vården:* Här man kan beskriva social, kulturell eller individuell bakgrund som har betydelse för hur sjukvården på bästa sätt ska bemöta patienten, ex mycket rädd för nålar, klarar inte ögonkontakt, föredrar vegetarisk kost eller andra kosttyper.
- *Kompetensbevis:* Enligt vallista.
- *Fullmakt:* Information om fullmakter att företräda patienten i hälso- och sjukvården återfinns här. Originaldokumentet skannas in under detta sökord.

Anamnes

Innehåller övergripande anamnes kring hälsa såsom sjukdom, läkemedel samt hjälpmedel och omfattas av:

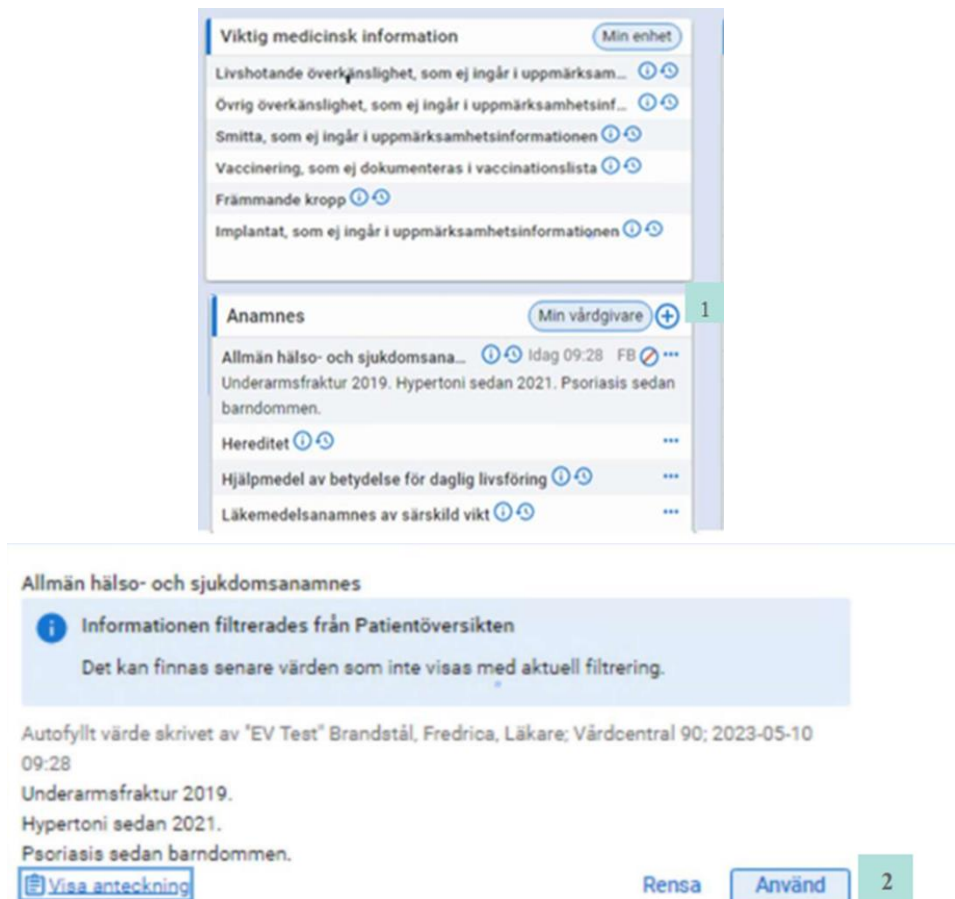
- *Allmän hälso- och sjukdomsanamnes:* Här dokumenteras i korta ordalag patientens övergripande hälso- och sjukdomsanamnes som är av vikt över tid. Ex. “medfödd singelnjure”, “högersidig partiell hemipares och afasi efter stroke”.
- *Hjälpmedel av betydelse för daglig livsföring:* Här anges de hjälpmedel som patienten använder regelbundet och är beroende av i sitt dagliga liv ex. förflyttningshjälpmedel eller kommunikationshjälpmedel. Detta för att vården ska kunna planeras och genomföras på ett säkert sätt. Här kan information om patienten har behov gällande hjälpmedel relaterat till kost dokumenteras.
- *Läkemedelsanamnes av särskild vikt:* Beskrivning av patientens tidigare bruk, missbruk och effekt av läkemedel av särskild vikt. Innefattar avslutad läkemedelsbehandling som ger kvarstående effekt under lång tid framöver och som kan påverka behandlingsbeslut.

Uppdatering av Basdata via Patientöversikten

Vid ändring av *Basdata* via *Patientöversikten* rekommenderas att:

- Välj *Min vårdgivare* i aktuell widget som ska uppdateras
- Klicka därefter på “plustecknet” (nr 1) i aktuell basdatawidget för att redigera

- Klicka därefter på *Använd* (nr 2) för att kopiera historisk text (om detta är fortsatt relevant), den kopierade texten blir synlig i en fritextruta. Gör sedan aktuella ändringar eller tillägg av texten, det är viktigt att komma ihåg att skriva den nya texten framför den historiska texten i fritextrutan så den nya informationen hamnar högst upp.
- Det är viktigt att skriva ”.” och mellanslag innan varje radbryt för att läsbarheten ska bli bättre i widgeten på *Patientöversikten*.
- Efter sparade/signerade ändringar kommer dessa uppdateras i texten widgeten på *Patientöversikten*.



The screenshot shows a digital health interface. The top section, titled 'Viktig medicinsk information', lists various medical conditions with status icons. Below this is the 'Anamnes' (History) section, which includes a list of medical events with dates and times. A notification banner states: 'Informationen filtrerades från Patientöversikten. Det kan finnas senare värden som inte visas med aktuell filtrering.' Below the notification, the text 'Autofyllt värde skrivet av "EV Test" Brandstål, Fredrica, Läkare; Vårdcentral 90; 2023-05-10 09:28' is visible. The main text area contains medical history: 'Underarmsfraktur 2019. Hypertoni sedan 2021. Psoriasis sedan barndommen.' At the bottom, there are buttons for 'Rensa', 'Använd', and a green button with the number '2'.

Bild: Widget inställt på *Min enhet* respektive *Min vårdgivare*, redigering med historisk text.

Uppdatering av Basdata i journalträdet

- Öppna journalen och välj mappen *Basdata*, klicka därefter på de sökord som ska uppdateras.
- Bocka i rutan "*Historik*" (nr 4) Historiken kan då läsas i rutan under (nr 5), klicka där efter på knappen "*Kopiera historik*", om detta fortfarande är aktuellt. Den historiska texten kommer då hamna under den nya texten.

- Det är viktigt att skriva “.” och mellanslag innan varje radbryt för att läsbarheten ska bli bättre i widgeten på *Patientöversikten*.
- Efter att ändringarna har gjorts och man har klickat på *Spara* eller *Signera*, syns den uppdaterade texten i *Basdata* och i widgeten för *Basdata* i *Patientöversikten*

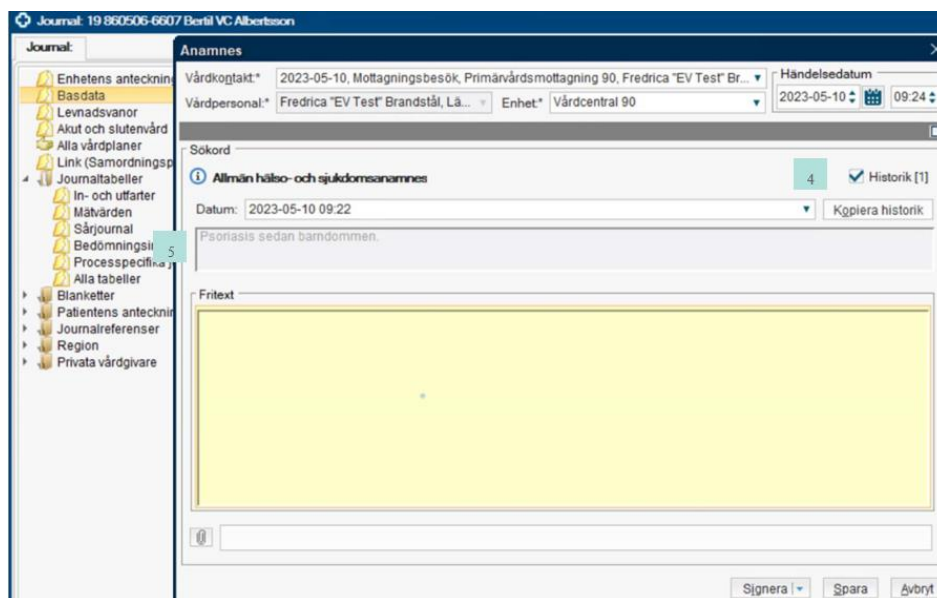


Bild: *Basdata* med historisk text med kopieringsmöjlighet.

För att se all skriven dokumentation under ett sökord i *Basdata* i journalvyn, klicka på pilen till höger om aktuellt sökord, då kommer all tidigare historik fram. Pilen är enbart synlig om historiska data finns, se bild nedan.

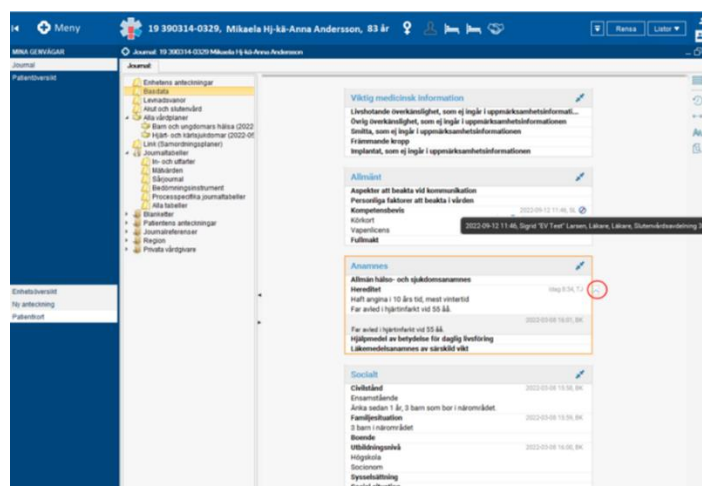


Bild: *Basdata* i journalvyn, en pil indikerar att tidigare dokumenterad information finns på aktuellt sökord.

Levnadsvanor

Dokumentation av patientens levnadsvanor ska skrivas under sökordet *Levnadsvanor* i aktuell journalanteckning under aktuella sökord.

Denna sökordsstruktur möjliggöra en omfattande och detaljerad dokumentation av patientens levnadsvanor.

Den kan användas till att dokumentera enstaka vanor eller på en mer övergripande nivå. Här dokumenteras även erbjudet stöd samt eventuella åtgärder.

Dokumentation i anteckningsmallen speglas i widgeten *Levnadsvanor*, som nås via *Patientöversikten*. När översikten öppnas visas information från *Min enhet*. För att säkerställa att man ser den senaste informationen behöver man utöka omfånget till *Min vårdgivare* eller *Alla vårdgivare*.

För att se tidigare information (historik) används klocksymbolen, där visas även länkar till nuvarande och tidigare anteckningar i sin helhet.

I de fall patienten har fyllt i formulär angående levnadsvanor via 1177 via Cosmic formulärverktyg, visas de i mappen "*Patientens formulär*" i journalträdet. Denna information visas inte under *Levnadsvanor* i *Patientöversikten*.

Gemensamma dokument

En platshållare för de gemensamma dokument som är framtagna för specifika enheter. Under denna mapp återfinns de gemensamma dokumenten som är skrivbara och framtagna för enhetsspecifika textuella widgets i *Patientöversikten*, exempelvis målvärden för intensivvården.

För de enhetsspecifika textuella widget:ar som finns i *Patientöversikten* och som är skrivbara behöver de gemensamma dokument som skapas i bakgrunden och finnas åtkomliga i journalträdet för att bland annat kunna skrivas ut. De dokumenten kommer att samlas i denna mapp

De gemensamma dokumenten går även att nå via *Patientöversikten*.

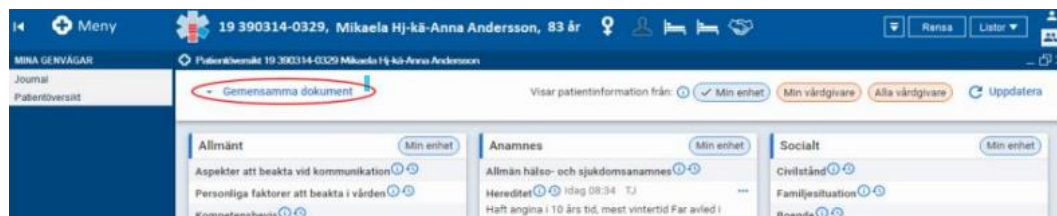


Bild: Patientöversikten och Gemensamma dokument

Mappen vårdplaner

I mappen *Alla vårdplaner* hanteras vårdplaner. Här skapas vårdåtagande för vårdplaner och vårdplansanteckningar. Ett vårdplansvårdåtagande är en samling av ett antal vårdplaner.

I vyn för vårdplansvårdåtagande finns liknande filtreringsmöjligheter som för de kronologiska anteckningarna. Det går i en vårdplan skriva en *Vårdplansanteckning* som sedan återfinns i journalen.

Vårdplaner som skapas via beslutstödet Clinical Decision Support (CDS) visas också i denna mapp.

Det finns två typer av vårdplaner:

- Standardiserad vårdplan
- Individuell vårdplan

Vårdplaner fungerar för dokumentation av:

- Mål
- Åtgärder
- Utvärdering av specifika hälsoproblem, till exempel hjärtsvikt.

Journaltabeller

Mappen *Journaltabeller* innehåller de journaltabeller som skapats för aktuell patient och består av följande undermappar:

- Bedömningsinstrument
- In- och utfarter
- Mätvärden
- Övriga
- Alla – visar samtliga journaltabeller

I vyn för journaltabeller finns liknande filtreringsmöjligheter som för de kronologiska anteckningarna.

Dokumentation av in och utfarter

In och utfarter ska dokumenteras i journaltabellen *In- och utfarter*.

Undantaget är de in- och utfarter som sätts för en specifik behandling eller endast kvarliggare ett par timmar. Dessa in- och utfarter ska dokumenteras i kronologisk journal i *Behandlingsanteckningar* under sökorder *Åtgärd* och undersökordet *Tillfällig in- och utfart under besök*.

Journaltabellen är uppdelad i tre delar:

- Infarter
- Utfarter
- Avslutade in- och utfarter

Journaltabellen har ett grundutbud med fem infarter ex. PVK, PICC-line, CVK och sond samt två utfarter ex. urinkateter och dränage.

Varje in- och utfart består av två rader:

- En rad för insatt/utsatt, lokalisation och storlek
- En rad för åtgärd/komplikation ex. inspekterad, spolad, rodnad, svullnad

Indikationen för insättning och utsättning dokumenteras i kronologisk journal på relevant sökord ex *Bedömning* eller *Åtgärd*.

I de fall patienten har fler eller andra in- och utfarter än de som visas från början i tabellen går det att lägga till fler genom att klicka på knappen *Ny rad*.

Har patienten flera avslutade in- och utfarter kan de avslutade flyttas ner under *Avslutade in- och utfarter*. Flytten kan göras via knappen *Ny rad*.

När alla in- och utfarter är avslutade bör även tabellen avslutas. Tabellen kan återöppnas om patienten kommer åter inom en kort tid.

Infarter	Perifer venkateter (PVK) 3-5 Central venkateter (CVK) 2
Perifer venkateter (PVK) 1	Artärkateter 1-3 Central dialyskateter (CDK)
Åtgärd/komplikation PVK 1	Intraosseös infart Ventrikeldrän
Perifer venkateter (PVK) 2	Intrakraniell tryckmätare Spinaldränage
Åtgärd/komplikation PVK 2	Lokal infiltrationsanalgesi (LIA)-kateter
Perifert insatt central kateter (PICC-line)	Subkutan venport (SVP) Midline/perifer långtidsskateter
Åtgärd/komplikation PICC-line	Pulmonalartär (PA)-kateter Stomi 1-2
Central venkateter (CVK) 1	Dränage 2-5 Gastrointestinal sond 2
Åtgärd/komplikation CVK 1	Fekalkateter Tarmsond
Gastrointestinal sond 1	Thoraxdrän 1-4 Uretärkateter 1-2
Åtgärd/komplikation gastrointestinal sond 1	Nefrostomi 1-2
Utfarter	Endotrakealtub Trakealkanyl
Urinkateter	Epiduralanestesi (EDA) Intratekalkateter
Åtgärd/komplikation urinkateter	Perifer blockadkateter Navelvenkateter (NVK)
Dränage 1	Navelartärkateter (NAK) Subkutan kvarliggande kateter
Åtgärd/komplikation dränage 1	Arteriovenös (AV)-fistel Peritonealdialys (PD)-kateter
Avslutade in- och utfarter	

Bild: vänster sida visar journaltabellen in- och utfarter med grunduppsättning. Höger sida visar tillägg av in- och utfarter som går att lägga till grundmallen.

Blanketter

Denna mapp visar de brev, blanketter och intyg (inklusive Webcert) som skrivits på aktuell patient. Blanketterna kan filtreras på typ. Mappen *Blanketter* består av två undermappar:

- Enheten (tänk på att enheten visar blanketter på mottagningsnivå, vill du se blanketter från hela kliniken måste du välja Min vårdgivares blanketter).
- Alla

Patientens formulär

I mappen *Patientens formulär* återfinns de formulär som publicerats på 1177 och som importerats till Cosmic. Mappen består av två undermappar:

- Enheten
- Alla

Journalreferenser

En journalreferens är en referens till någonting som skett i en annan del av Cosmic. I mappen för journalreferenser finns liknande filtreringsmöjligheter som för de kronologiska anteckningarna.

Journalreferenser består av fyra undermappar:

- *Enheten*: innehåller journalreferens för Journalutskrift och Diktat
- *Enhetens BoS*: innehåller journalreferens från BoS (Beställning och Svar)
- *Alla journalreferenser*: innehåller journalreferens för Journalutskrift och Diktat
- *Alla Bos*: innehåller journalreferens från BoS

De referenser som visas är:

- Referens för journalutskrift: Det blir en referens för varje utskrift av journalkopia.
- BoS-referens: Varje beställning genererar en journalreferens
- Referens till diktat: När ett nytt diktat skapas genererar detta en referens.

Att läsa i journalen

För att få en helhetsbild av patientens dokumentation behöver användare läsa i flera mappar, ex. *Basdata*, *Enhetens gemensamma dokument* och *Journaltabeller*. Det är inte tillräckligt att endast läsa *Enhetens anteckningar*.

Samtycke

Utvärdering av samtycke återfinns i vyerna *Vårdkontakter*, *Dokument* och *Sökordsbaserad vy*. Samtycke måste vara registrerat för att man ska kunna läsa information från externa vårdgivare.

Att läsa Enhetens journal

För att läsa på den egna vårdenheten behöver användaren läsa i mappen *Enhetens anteckningar*.

Att läsa medicinskt ansvarig enhets journal

För att läsa på den egna medicinskt ansvariga enheten behöver användaren gå till mappen *Regionens vårdenheter* och välja sin egen kliniks undermapp

Att läsa journal på akutmottagning

Alla akutmottagningar i Region Norrbotten har samma konfiguration men rutinerna kan skilja sig åt mellan sjukhusen. När medicinskt ansvarig enhet anges som annan än akutmottagningen så kommer journalanteckningarna som skrivs på akutmottagningen även att speglas på den medicinskt ansvariga enheten, ex kommer inläggningsanteckningar både kunna ses i akutjournalen och i journalvyn där patienten är inlagd.

I akutmottagningens *Enhetens anteckningar* visas anteckningar som är kopplade till akutmottagningen samt prioritetsreferens från akutmottagningens prioriteringsverktyg.

Mappen Prehospital Journal

I mappen *Prehospital Journal* presenteras ambulansens anteckningar. Återfinns i verksamheter som har behovet att enkelt ta del av ambulansanteckningar t ex akutmottagningar.

Att läsa journal teknisk enhet, till ex. Intensivvårdsavdelning

För att läsa på om patienten i kronologisk journal kan användaren läsa sin enhets anteckningar i *Enhetens anteckningar*.

Anteckningar från de medicinskt ansvariga enheterna kan läsas i respektive klinikmapp sam i journalmappen *Specialiserad vård alla anteckningar* eller via *Regionens alla anteckningar*. Här kan även användaren göra en aktivt val för att se den sammanhålla journalen inom specialiserad vård. Detta för att se både sina anteckningar från till exempel Anestesi, Intensivvård och Postop samt anteckningar från den medicinska ansvariga kliniken och konsulter.

Att läsa journal utanför min enhet

Dokumentation från andra enheter/kliniker finns i undermappar *under Regionens vårdenheter*.

Användaren kan också läsa mappen *Specialiserad vård alla anteckningar*, *Primärvårdens alla anteckningar* eller *Regionens alla anteckningar*, men detta är inte rekommenderat som primärt arbetssätt av informationssäkerhetsskäl, se regional rutin [Rätt att ta del av uppgifter i patientjournal](#)

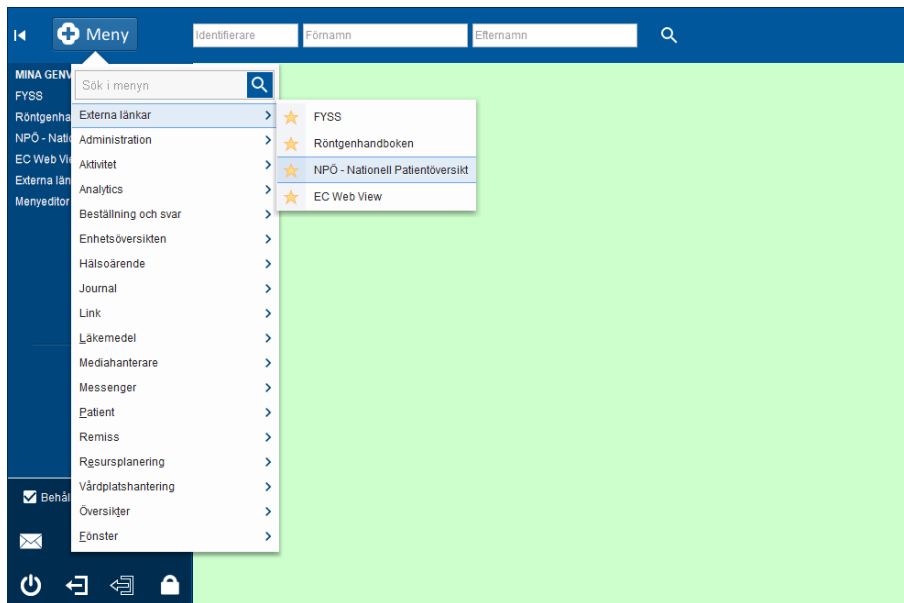
NPÖ - Att läsa journal hos andra regioner, kommuner eller privata vårdgivare

NPÖ (Nationell patientöversikt) gör det möjligt för behörig vårdpersonal och med patientens samtycke ta del av journal- och läkemedelsinformation som finns hos andra regioner, kommuner eller privata vårdgivare.

Vid införandet krävs att patienten finns på plats i Cosmic samt har en registrerad vårdkontakt för att uthopp ska fungera.

I övrigt gäller förutsättningar som finns dokumenterade på insidan [Nationell patientöversikt - NPÖ - Insidan \(nll.se\)](#)

Uthoppet till NPÖ görs under *Meny* och *Externa länkar* se bild nedan.



Samlad informationsbild av patienten

1. Patientlisten

Sök fram aktuell patient i Cosmic så att man ser information om patienten i *Patientlisten* enligt bild 1.



Bild. Patientlistan med patient angiven.

Håll muspekaren över respektive symbol för att få fram mer information kopplat till de olika symbolerna som finns tillgängliga i *Patientlisten*. Symboler som kan finnas synliga i *Patientlisten*:

- *Uppmärksamhetssymbolen* omfattas av överkänslighet, smittsam sjukdom, medicinskt tillstånd och behandling och vådrutinavvikelse
- I *Patientlisten* visas juridiskt kön.
- Tolksbehov
- Pågående vårdkontakt
- Möjlighet att spara vald patient i *Min patientlista*
- Om det finns specifik vårdform ex. tvångsvård

I patientlisten under "*Lilla patientkortet*" kan man se listningsinformation rörande ex vårdcentral och fast vårdkontakt.

För att redigera detta gå in i *Patientkortet* och under fliken *Fast vårdkontakt*.

2. Patientöversikten

Öppna *Patientöversikten* som är en anpassad vy utefter roll och verksamhet, se bild nedan och nr 1.

Denna vy ger en överblick av ex. aktuella kliniska parametrar, läkemedel, beställning och svar och remisser via widgetar.

Det som syns förvalt är information från *Min enhet*, men det är av stor vikt att man även kan se information från andra vårdgivare när man möter patienten. Därför kan man välja att se ytterligare information från *Min vårdgivare* och *Alla vårdgivare* genom att klicka på knapparna med samma namn, se bild nedan och nr 2.

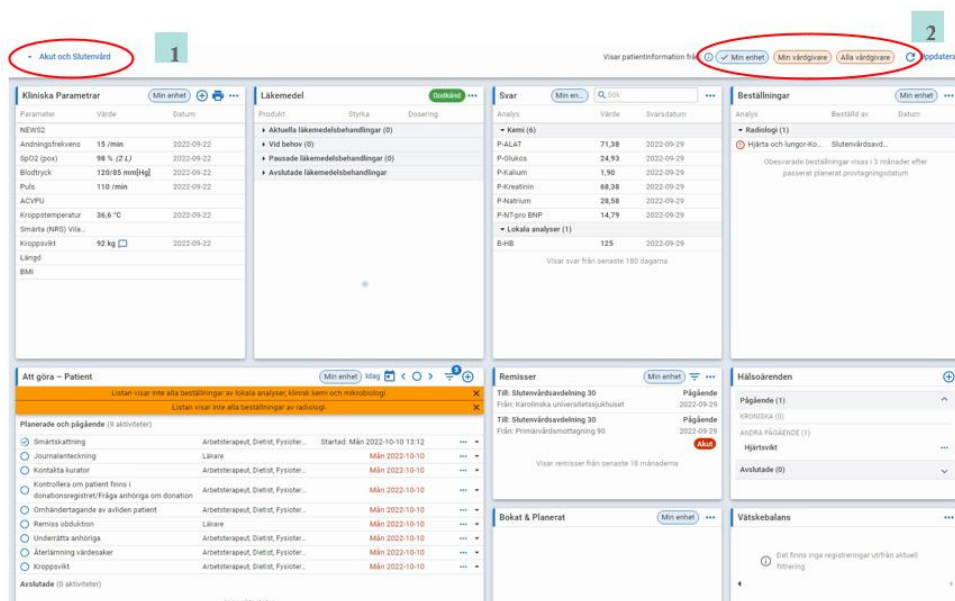


Bild 3. Patientöversikten med olika widgetar.

Efter att informationen i *Patientöversikten* är läst går man vidare till fliken *Basdata /Gemensamma dokument*.

Det är viktigt att uppgifterna i *Basdata* stämmer, där av är det viktigt att tänka på att om man behöver uppdatera denna måste detta ske i läget *Min vårdgivare* för att säkerställa att man göra ändringar utifrån en samlad bild och inte enbart den egna enhetens.

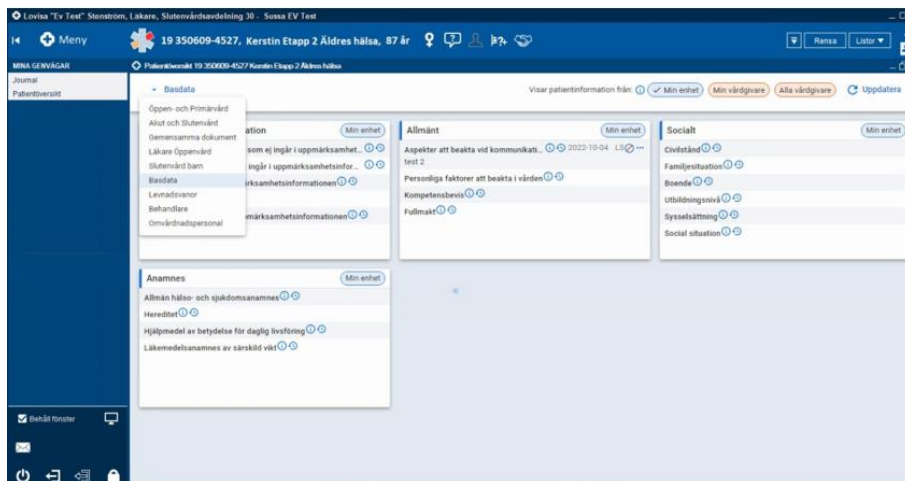


Bild. Patientöversikten med basdata

3. Journalen

- Gå därefter till patientens journal
- Högs upp i journalträdet finns *Enhetens egna anteckningar*
- För att se alla anteckningar som är gjorda inom regionen trycker man på *Region* i journalträdet. Där finns alla anteckningar i kronologisk ordning inom regionen.
- I läsvyn av journalanteckningen ser man vilken enhet/klinik som skrivit anteckningen, se bild nedan och markering nr 4 där det anges vilken typ av anteckning det är, se bild nedan och markering 5.

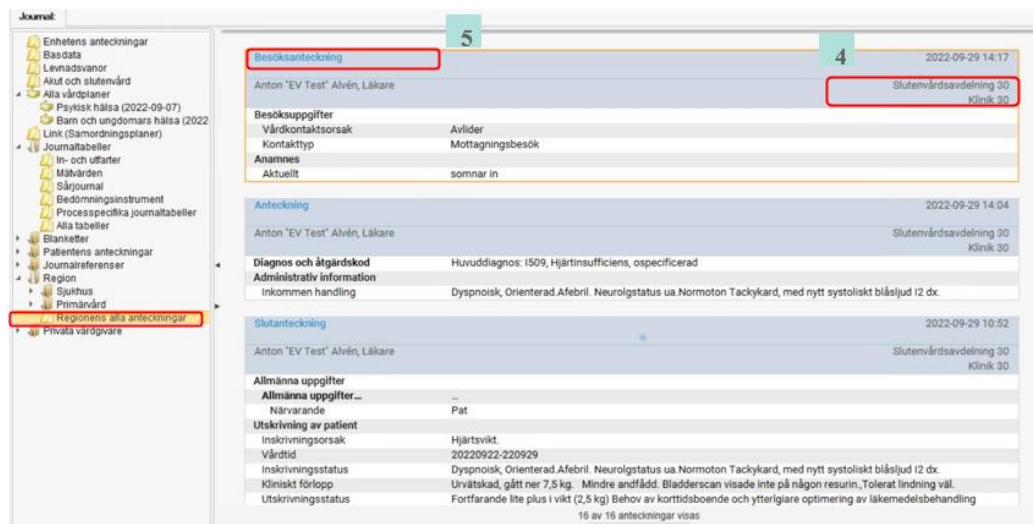


Bild. Regionens alla anteckningar, klinik och typ av anteckning

Vill man sedan få en överblick över vilka kliniker/enheter där det finns anteckningar inom kan man trycka på filtrera-knappen  i högermenyn. Där

syns då vilka roller, typer av anteckningar samt vilka kliniker/enheter det finns anteckningar ifrån under *Regionens alla anteckningar*, se bild nedan.

Behövs åtkomst till en annan huvudman väljs *Privat vårdgivare*, samtycke krävs för att få åtkomst till dessa anteckningar.

Basdata kan även uppdateras via journalträdet vid behov.

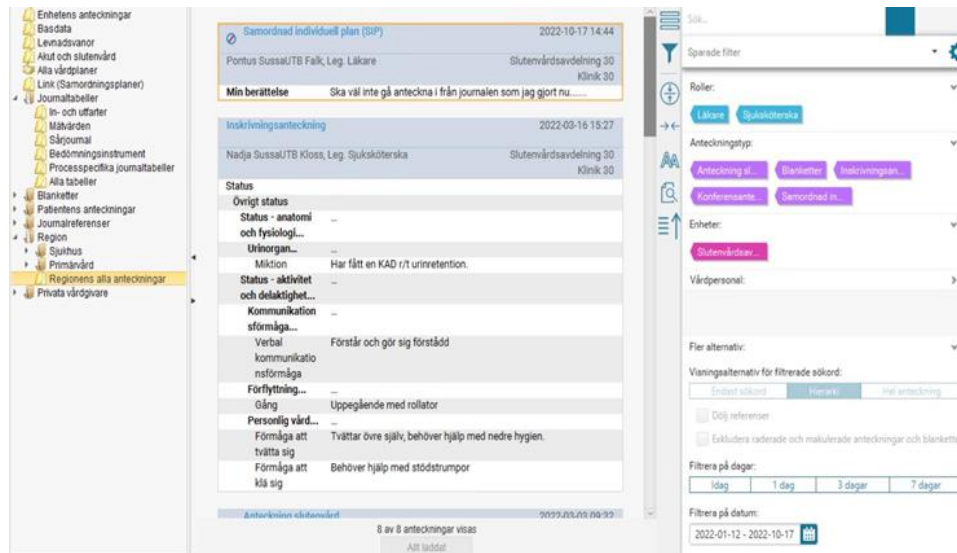


Bild 7. Journal och journalträd med filtreringsfunktion.

4. Hälsoärende

Hälsoärende kan ge en kompletterande överblick av patientens vård utifrån ett processperspektiv baserat på diagnos- eller hälsotillstånd. Här kan man ex. se specifika anteckningar, remisser och vårdkontakter knutet till ett specifikt vårdförlopp. För mer information se separat rutin för hälsoärende.

Filtrering och fritextsökning i journal

Det finns två sätt att söka i journalen:

- Filtrering
- Fritextsökning

Filtrering

I läsläge för kronologiska anteckningar, vårdplansvyn, tabellvyn och blanketter går det att filtrera på ett antal parametrar.

För vårdplaner finns valen:

- Namn på vårdplan
- Status på vårdbehov
- Datumintervall
- Sökord.

För tabeller, blankettvyn och kronologiska anteckningar finns möjlighet att filtrera på:

- Yrkesroll
- Anteckningstyp
- Enhet
- Vårdpersonal
- Datumintervall
- Sökord.

Det finns möjlighet att spara personliga filter med kombinationer av dessa val. Ett personligt filter finns tillgängligt för användaren oavsett vilken enhet man loggar in på.

Om flera användare på samma vårdande enhet har behov av samma filter finns det möjlighet att konfigurera *Globala filter* med samma parametrar. Detta filter finns då tillgängligt för alla på den vårdande enhet.

Fritextsökning

I läsläget för kronologiska anteckningar, vårdplansvyn, tabellvyn och blankettvyn är det möjligt att fritextsöka. Fritextsökningen ger träff på all text på sidan, såväl sökord som fasta val, skriven text och i anteckningshuvudet.

Sökfunktionen är dock begränsad till endast det antal anteckningar som laddats och visas på sidan.

Vid sökning gulmarkeras första träffen och resterande träffar gulmarkeras med svagare nyans.

Användaren loggas på de anteckningar som laddats på sidan oavsett om de syns på skärmen eller om man behöver skrolla längre ner för att se dem.

Rekommendationen är att i första hand filtrera efter den information som efterfrågas med relevanta kombinationer av parametrar. Beroende på antal val av parametrar kan du minska eller öka de filtrerade alternativen som synliggörs.

Eftersöks anteckningar längre tillbaka i tiden när tidsintervallet är svårt att veta bör fler anteckningar laddas upp efter att anteckningarna filtreras efter relevanta parametrar.

Fritextsökning bör ske först efter att filtrering har gjorts. Detta genererar färre sökträffar och enklare överblick.

Eftersom fritextsökning endast görs på det innehåll som laddats in finns risk att användaren missar information.

Eftersom användaren loggas på alla anteckningar som läses in, oavsett om man har skrollat fram dem på skärmen eller inte, så är kombinationen av filtrering och fritextsökning också ett sätt att minimera risken att få fram och loggas på irrelevanta anteckningar vilket kan upplevas integritetskränkande av patienten.

Otillåtna tecken i Cosmic

I Cosmic finns det tecken som är otillåtna eftersom systemet inte kan hantera dem. Om dessa tecken används kan det leda till olika problem, exempelvis fel vid sparande av journalanteckningar. Därför rekommenderas att endast använda standardtecken (A–Z, a–z, 0–9, punkt, komma, kolon och bindestreck).

Cosmic är utformat för att fungera med just dessa standardtecken. Användning av ovanliga eller specialtecken kan orsaka fel vid sparande av journalanteckningar samt skapa problem vid integrationer och export.

Dokumentation under pågående slutenvårdstillfälle

Viktigt att vara inloggad på rätt enhet när man dokumenterar slutenvårdstillfällena. Detta då händelsedatum betär sig olika beroende på om du är inloggad på en avdelning eller mottagning. I annat fall finns risk för att journalanteckningarna inte hamnar i kronologisk ordning när man läser journalen.

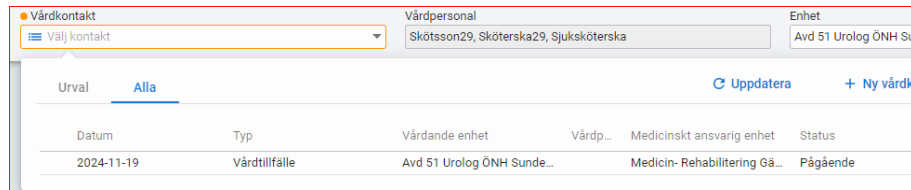
Är du inloggad på mottagning - kommer händelsedatum alltid att vara kopplat till aktuellt vårdkontaktsdatum.

Är du inloggad på avdelning - kommer händelsedatum (default dagens datum) alltid att spegla när aktiviteten/åtgärden ägde rum, vårdkontaktsdatumet är inskrivningsdatum.

Vårdokumentation på medicinskt ansvarig enhet

Vid vårdokumentation rörande utlokaliserade patienter väljs det pågående vårdtillfället som kontakt, för att anteckningen ska visas på medicinsk ansvarig enhet och under vårdade enhet. För att se alla vårdkontakter välj *Alla*. Säkerställ att val av vårdtillfälle

överensstämmer med medicinsk ansvarig enhet samt vårdande enhet.



The screenshot shows a web interface for medical records. At the top, there are three tabs: 'Vårdkontakt', 'Vårdpersonal', and 'Enhet'. Below 'Vårdkontakt' is a dropdown menu with 'Valj kontakt'. Below 'Vårdpersonal' is a text field with 'Skötsson29, Sköterska29, Sjuksköterska'. Below 'Enhet' is a text field with 'Avd 51 Urolog ÖNH Sur'. Below these tabs is a table with columns: 'Urval', 'Alla', 'Uppdatera', and 'Ny vårdk...'. The table has a header row with columns: 'Datum', 'Typ', 'Vårdande enhet', 'Vårdp...', 'Medicinskt ansvarig enhet', and 'Status'. The first row of data has the following values: '2024-11-19', 'Vårdtillfälle', 'Avd 51 Urolog ÖNH Sunde...', 'Medicin- Rehabilitering Gä...', and 'Pågående'.

Det är av stor vikt att patientens journaldokumentation följer det medicinska ansvaret och att journaldokumentationen samlas under den medicinska ansvariga enhetens mapp i journalträdet.

Dokumentation av bedömningsinstrument och skattningsskalor

Bedömningsinstrument och skattningsskalor kan dokumenteras på olika sätt i journalen:

- Journaltabell kan användas när det finns behov av att följa värden över tid
- I journalmallar under relevanta sökord
- I journalmallar under sökordet *Bedömningsinstrument* med fasta val och eventuell kommentar
- I beslutsstödet CDS (Clinical Decision Support)

En del bedömningsinstrument och skattningsskalor finns konfigurerade på olika sätt:

Journaltabell:

- Ger möjlighet att följa utvecklingen över tid
- Det är möjligt att dokumentera hela bedömningsinstrumentet och skattningsskalan med dess ingående parametrar

Blankett:

- Ger möjlighet för vårdpersonal att fylla i bedömningsinstrumentet eller skattningsskalan tillsammans med patienten under besöket eller efter samtal med patienten.

- Bra möjlighet till utskrift.

Formulär:

- Bedömningsinstrument för självskattning hanteras i *Formulärverket* i Cosmic eller som externa blanketter beroende på om det ska tillgängliggöras för patienten digitalt eller på papper.
Ger möjlighet för vårdenheter att publicera formulär på 1177 för att patienten ska kunna fylla i formuläret inför ett besök, ex inför en operation. Den digitala funktionen mot 1177 kommer inte att finnas vid Go live.
- Ger även möjlighet för vårdenheter att importera besvarade formulär till Cosmic till mappen *Patientens formulär*.

Beslutsstöd (CDS):

- Bedömningsinstrument som hanteras i beslutsstödet *CDS (Clinical Decision Support)* hanteras enbart i denna vy.

Papperskopior av självskattningar ska vid behov skannas, se rutin "*Dokumentation av inkommande och utgående handling*". Självskattning som är att betrakta som arbetsmaterial ska inte skannas.

En del bedömningsinstrument och skattningsskalor finns konfigurerade i journalmallar

- Det ger möjlighet att dokumentera bedömningsinstrument eller skattningsskalor i sitt sammanhang tillsammans med annan information så som anamnes eller status.

Bedömningsinstrumentets resultat och bedömning kan dokumenteras på enskilt sökord i journalanteckning när behov finns av att dokumentera resultat strukturerat i rätt kontext ex. används sökordet "Avföring" där Bristolskalan finns som vallista.

Kopiera sökordsstruktur

För att dokumentera flera utförda bedömningsinstrument används funktionen *Kopiera sökordsstruktur*. Klicka på de tre prickarna efter sökordet och välj *Kopiera sökordsstruktur*. Sökordet dupliceras och nästa bedömningsinstrument kan dokumenteras.



Bild: Visar funktionen Kopiera sökordsstruktur

Beslutsstöd-CDS

Strokeprevention

Används för att upptäcka, behandla och journalföra patienter med förmaksflimmer som löper risk för att drabbas av stroke

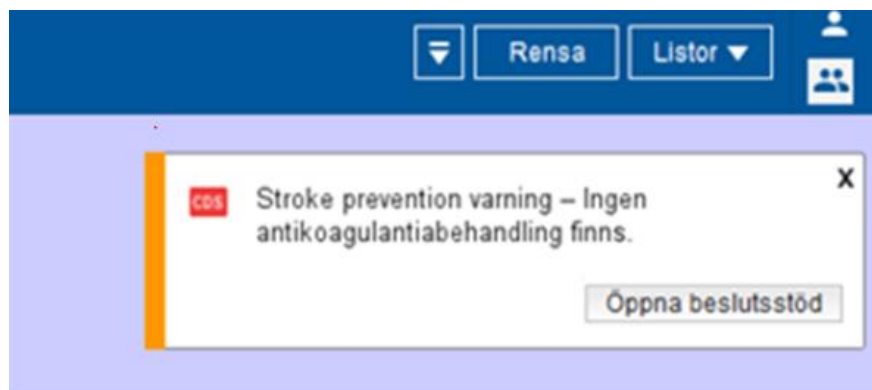
Används för hjälp om en förskrivare skall sätta in blodförtunnande.

Om patienten har hög risk för stroke enligt CHA2D2 VASC och inte har en aktiv läkemedelsbehandling visas en alert ruta i Patientlisten

CDS varningen dyker upp med jämna mellanrum beroende på val, ex om man väljer skjuta upp beslut, om CHA2D2 VASC poäng ökar eller minskar eller diagnos FF/fladder upptäcks i journalen.

HAS-BLED blödningskalkylator är inte integrerad i Cosmic varpå detta måste sökas upp externt via ex. internet för att bedöma eventuell blödningsrisk.

Nytt varningsmeddelande för beslutsstöd CDS-notifikation. Varningen visas i övre högra hörnet av skärmen och försvinner av sig självt om man inte klickar på knappen *Öppna beslutsstöd* eller *X*.



Remiss för familjär hyperkolesterolemi (FH)

Beslutsstöd som baseras på journaluppgifter och provsvar.

Vid aktiv behandling med lipidsänkande läkemedel kommer beslutsstödet att utföra en korrigering av det inhämtade LDL kolesterolvärdet.

Beslutsstödet aktiveras inte om:

- Patienten är >80 år
- Patienten har diagnos för FH i journalen

- Om patienten har ett triglyceridvärde >2.5 mmol/l i plasma
- Om provsvar för LDL eller totalkolesterol är vidimerat

En journalanteckning skapas vid åtgärd av uppgifterna från beslutsstödet och återfinns i journalen. En remiss skapas utifrån resultat från beslutsstödet. Om man avstår från att skicka remiss krävs en förklaring till detta. Remissen ska skickas till Hjärtmottagningen, Sunderby sjukhus.

Vårdskadeprevention

Riskbedömningar (Senior Alert) kan utföras i vårdskadepreventionen.

Dessa riskbedömningar ligger till grund för individuella vårdplaner som kan skapa via vårdskadepreventionen

Omfattar:

- Trycksår
- Fallrisk
- Undernäring (MNA)
- Munhälsa

Vid hög risk skapas en vårdplan, mål måste anges.

En vårdplan kan även skapas trots låg risk enligt bedömning, anledning till att vårdplan skapas måste anges. Klinisk bedömning avgör behov.

En vårdplan och journalanteckning skapas.

Utför riskbedömningarna i CDS- vårdskadeprevention enligt lokala riktlinjer.

Dokumentation i uppmärksamhetssymbol

Socialstyrelsen tar årligen fram en informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation.

Fönstret Uppmärksamhetssignal kan öppnas genom att klicka på ikonen i patientlisten.

Uppmärksamhetssymbolen är synlig i alla vyer i Cosmic och i det mobila stödet NOVA. Registrering kan dock endast ske i Cosmic. Uppmärksamhetssymbolen är behörighetsstyrd.

Om information är spärrad visas endast typ, datum och allvarlighets- och visshetsgrad.

Överkänslighet

Överkänslighet ska dokumenteras med typ, allvarlighetsgrad och visshetsgrad enligt de fördefinierade nivåerna i uppmärksamhetssymbolen:

- Typ:
 - Läkemedel (ATC kod måste anges)
 - Kemikalier
- Allvarlighetsgrad
 - Livshotande
 - Skadlig
 - Besvärande
- Visshetsgrad
 - Bekräftad
 - Misstänkt

Medicinskt tillstånd och behandling

Avser ett medicinskt tillstånd hos en patient som medför allvarligt hot mot patientens liv eller hälsa om detta inte är känt för hälso- och sjukvårdspersonalen. Sökordet *Medicinsk tillstånd* består av olika radioknappar

- Behandling: ex dialys- eller cytostatikabehandling
- Transplantat: ex genomförd njur- eller hjärtransplantation
- Implantat: ex insulinpump eller pacemaker, ange endast typ
- Annat medicinskt tillstånd: ex Addisons sjukdom, koagulationsrubbning eller inlagd AV-fistel

Smitta

Ange endast typ enligt vallista. Övrig smitta som inte är dokumenteras i här (UMS) dokumenteras i Basdata.

Särskild vårdrutinavvikelse

Här dokumenteras information som kan leda till särskilda vårdrutiner, till exempel om en patient har 0-HLR eller om patienten inte tar emot blodprodukter eller om en patient är utsatt för hot och våld då ange endast typ.

Här dokumenteras även om patienten ingår i en forskningsstudie. Läs separat rutin *Dokumentation vid forskning* för mer information om vad som gäller för *Uppmärksamhetssymbolen* vid forskningsstudier.

Symbolen	Beskrivning
	Överkänslighet Allvarighetsgrad: livshotande
	Överkänslighet Allvarighetsgrad: skadlig
	Överkänslighet Allvarighetsgrad: besvärande
	Medicinskt tillstånd och behandling
	Vårdrutinavvikelse (Information som kan leda till särskild vård-rutin)
	Smitta
	Ej strukturanpassad (historiskt angiven) uppmärksamhetsin-formation
	Ingen eller inaktuell uppmärksamhetsinformation

Bild: de olika symbolerna i UMS

I *Uppmärksamhetssymbolen* är det möjligt att länka till relevant journalanteckning för att tydliggöra anledningen till att en viss information registreras. Skriv en journalanteckning med utförlig information och länka sedan journalanteckningen till *Uppmärksamhetssymbolen*.

Kommentarrutan i *Uppmärksamhetssymbolen* tillåter endast 400 tecken, denna textruta kan endast innehålla kortfattad information. Annan information skall dokumenteras i journalen som kan länkas från *Uppmärksamhets-symbolen*

Ompröva beslut

Det går även att ange om behov finns för att ompröva ett beslutet och detta görs genom att ange ett datum för omprövning. När detta datum inträffar kommer det komma upp en röd flagga i *Uppmärksamhets-symbolen* som indikerar att en omprövning bör genomföras.

Regional rutin för omprövning

När en omprövning/tidsbegränsning anges i *Uppmärksamhetsinformationen* ska det även i kommentarsfältet anges vilken funktion eller klinik som ska ompröva beslutet. Viss medicinsk information ska hanteras av ansvarig klinik, till exempel uppgifter om MRSA eller pacemaker.

Om någon uppmärksammar att något i *Uppmärksamhetsinformationen* inte stämmer så ska detta ändras även om det inte finns någon tid för uppföljning. Är det en annan klinik som har ansvaret för uppföljningen ska detta meddelas via remiss.

Information i fönstret *Uppmärksamhetssignal* kan visas som spärрад. Om en registrering är spärрад visas endast typ, datum, allvarlighets- och visshetsgrad. Inre spärرار kan öppnas genom att klicka på ikonerna.

När en patient med reservnummer får en länkad identitet och UMS

När reservnumret kopplas ihop med personnumret i Cosmic ligger all journalinformation på respektive nummer, det som är skrivet under reservnumret står enbart där och behöver flyttas över till journalen med den riktiga identiteten.

Dokumentation i journalmallar

Dokumentation av överkänslighet eller allergi som inte ingår i Uppmärksamhetssymbolen

Överkänslighet eller allergi som inte ingår i *Uppmärksamhetssymbolen* skall dokumenteras i *Basdata* under rubriken *Viktig medicinsk information* på något av sökorden

- Livshotande överkänslighet ex. nötallergi
- Övrig överkänslighet ex. utslag av ett visst förband eller metallallergi.

Information om visshetsgrad och allvarlighetsgrad ska dokumenteras på samma sätt som i *Uppmärksamhetssymbolen* enligt gällande rutiner från Socialstyrelsen.

Dokumentation av brytpunktssamtal/behandlingsbegränsning

Riktlinjen vänder sig till legitimerad vårdpersonal som beslutar om livsuppehållande behandling och begränsning av vårdnivå.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer skall viss dokumentation ske i *Uppmärksamhetssymbolen -vårdrutinavvikelse* och en länk ska skapas till aktuell journalanteckning. Övrig dokumentation sker i journalmallar under specifika sökord.

Brytpunktssamtal

I journalanteckning dokumenterar man under sökordet *Brytpunktssamtal*, där ställningstagandet att övergå till palliativ vård ska dokumenteras, det ska även framkomma vem som varit med när beslutet togs ex. läkare, patient, närstående till patienten.

Behandlingsbegränsning

Under sökordet *Behandlingsbegränsningar* dokumenteras val att avsluta eller inte inleda livsuppehållande behandling och andra vårdbegränsningar. Detta gäller både beslut i akut skede och vid övergång till palliativ vård. Sökordet innehåller två fasta val:

- *Utifrån vårdens ställningstagande*
- *Utifrån patientens ställningstagande*

Beroende på om det är utifrån vården eller patienten öppnas ytterligare sökord att dokumentera på:

- *Utifrån vårdens ställningstagande* kommer ytterligare sökord gällande vilken behandling som avses samt datum och tid för beslut
- *Utifrån patientens ställningstagande* kommer ytterligare sökord gällande patientens förutsättningar att medverka i beslut. Även här kommer sökord gällande vilken behandling som avses samt datum och tid för beslut.

Samtal vid allvarlig sjukdom

Det finns även ett sökord *Samtal vid allvarlig sjukdom* där man kan dokumentera samtal med patient och/eller närstående angående patientens sjukdom och sjukdomsförlopp när man inte är nära den palliativa fasen.

Dokumentation av implantat

Implantat som specificeras i Socialstyrelsens specifikation för uppmärksamhetsinformation ska registreras i *Uppmärksamhetssymbolen*.

Förekomst av övriga implantat som inte ska registreras i *Uppmärksamhetssymbolen* ska dokumenteras i *Basdata - Viktig medicinsk information* under sökordet *Implantat*.

Insättning och borttagande av implantat samt annat som hör till proceduren dokumenteras i journalmall under *Åtgärder* och under sökordet *Implantat*.

Dokumentation av insättning av implantat i samband med operationer som hanteras i operationsmodulen (TM2) ska hanteras enligt lokal rutin.

Dokumentation av Främmande kropp

Med främmande kropp avses främmande föremål som oavsiktligt fastnat i kroppen och ej avlägsnats ex. kvarsittande granatsplitter. Främmande kropp avser ej implantat.

Riktlinjen omfattar all vårdpersonal som får kännedom om att en patient bär på en främmande kropp.

När vårdpersonal får kännedom om att en patient bär på en främmande kropp och beslut tas att inte avlägsna densamma dokumenteras detta i kronologisk anteckning.

Om beslut tas att avlägsna den främmande kroppen dokumenteras förfarandet i relevant journalanteckning.

Själva förekomsten av den främmande kroppen dokumenteras i *Basdata* under *Viktig medicinsk information* då detta kan påverka beslut om undersökning och/eller behandling. Alltså dokumenteras här kortfattat, till exempel ”Granatsplitter höger vad och lår”.

Om man i senare skede avlägsnar en främmande kropp ska *Basdata - Viktig medicinsk information* uppdateras ex. avlägsnas allt granatsplitter tas information bort från *Viktig medicinsk information*.

Omvårdnadsdokumentation

Det finns två huvudsökord för dokumentation av omvårdnad:

- Omvårdnadsstatus: finns ett antal undersökord kopplade till omvårdnadsstatus under detta.
- Omvårdnadsåtgärder: finns ett antal undersökord kopplade till omvårdnadsåtgärder under detta.

Dessa sökord återfinns i anteckningsmallar för slutenvården, lokala rutiner behöver tas fram hur

Dokumentation av sårvård

Gemensam vårdplan för dokumentation av sårvård. Vårdplanen är tänkt att användas för sår som behöver följas upp. Varje sår dokumenteras i en egen sårvårdsplan. Sårvårdsplanen består av fasta val:

- Lokalisation
- Sårtyp
- Utseende
- Typ av omläggning
- Övrig typ av behandling

- Mål för behandling

När såret är läkt ska vårdplanen avslutas.

Enkla sår som inte behöver följas upp dokumenteras i den kronologisk journalen under sökordet *Sårstatus*. Åtgärder dokumenteras under sökordet *Åtgärder*.

För riskbedömning av trycksår och eventuellt förebyggande arbete ska det kliniska beslutstödet *Vårdskadeprevention* användas.

Mediaundersökning/foton

Om en mediaundersökning, ex foto eller film tas av ett sår ska dessa laddas upp i Mediarkivet som vanligt. Viktigt att dokumentera i journalen att bilder är taget och uppladdat i Mediarkivet så detta inte missas.

Gemensam mall för hjärtlarm/hjärtstopp

Det finns en gemensam mall framtagen för dokumentation i samband med hjärtlarm/hjärtstopp. Den bygger på fasta val för att underlätta dokumentationen

Dokumentation av hjälpmedel

Riktlinjen utgår från Socialstyrelsens definition av hjälpmedel. Där hjälpmedel delas in i:

- *Hjälpmedel för det dagliga livet* som omfattar medicintekniska produkt, men det kan också vara en konsumentprodukt.
 - Ex. på hjälpmedel för det dagliga livet är rollatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och appar för påminnelser. Dessa förskrivs eller köps i valfri butik efter rådgivning av behörig hälso- och sjukvårdspersonal
- *Hjälpmedel för vård och behandling* som alltid avser en medicinteknisk produkt.
 - Ex. på hjälpmedel för vård och behandling är antidecubitusmadrass, CPAP, handortos, insulinpump, nutritionspump, ståstöd, tappningskateter och TENS-apparat

Patientens aktuella hjälpmedel som används regelbundet och är av allmänt intresse för flera vårdpersonal dokumenteras i det gemensamma dokumentet *Basdata* under sökord *Hjälpmedel av betydelse för daglig livsföring*.

Uppdatering av denna information sker vanligen vid förskrivning av hjälpmedel men kan göras i efterhand när vårdpersonal får kännedom om att patienten själv köpt ett hjälpmedel.

Förskrivning av hjälpmedel dokumenteras i journalmall under huvudsökordet *Åtgärder* och under sökordet *Förskrivning av hjälpmedel*. Detta sökord inkluderar hela förskrivningsprocessen med utprovning, specialanpassning, information om hjälpmedlet, instruktion och träning samt uppföljning och utvärdering.

Egenvårdsbedömning och planering

Med egenvård avses när patienten själv eller med hjälp av någon annan utför hälso- och sjukvårdsåtgärder. En egenvårdsbedömning utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och kan ligga till grund för biståndsbeslut från socialtjänsten.

För att dokumentera en bedömning samt planera hälso- och sjukvårdsåtgärder som omfattar egenvård används journalmallen *Egenvårdsbedömning och planering*. Anteckningen skrivs ut och lämnas till patienten samt förmedlas till kommunen enligt lokala rutiner.

Uppdrag hemsjukvård

För att beskriva och förmedla ett uppdrag till hemsjukvården används journalmallen *Uppdrag hemsjukvård*.

Används vid tillfälliga hembesök eller nya hemsjukvårdsuppdrag.

Primärvården fyller i mallen och skriver därefter ut dokumentet och överlämnas till kommunen enligt lokala rutiner.

Vårdplan-utskrivningsplanering

Det finns möjlighet att dokumentera utskrivningsplanering under enstaka sökord i en *Slutanteckning*, men detta är inte alltid för de patienter som behöver ett omfattande stöd vid utskrivning. Detta kan användas om en patient tackar nej till samordning men ändå behöver stöd av till ex närstående. Vid dessa tillfällen kan *Vårdplan - Utskrivningsplan* användas.

I vårdplanen går det successivt dokumentera under hela vårdtillfället och olika yrkeskategorier dokumenterar i samma vårdplan. Detta ger en förutsättning att informationen kring utskrivning hålls samman.

Vårdsammanfattning till patient

Denna journalmall ska användas för att sammanfatta patientens vårdtillfälle i fritext, vid utskrivning från slutenvården. Överlämnas till patienten i utskrivet format vid hemgång.

Dokumentation i journalen vid vårdskada

Enligt Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659 kap 3, 8§) ska det i patientens journal dokumenteras vilken information som har lämnats till patienten eller närstående.

Vilken information som är lämnad till patienten dokumenteras under sökordet *Genomförda åtgärder*.

Dokumentation vid forskningsstudier

Det är framtaget en separat rutin som rör dokumentation av forskningsstudier, för mer information om detta se *Dokumentation vid forskning*.

Dokumentation av avliden

När patienten är registrerad som avliden går det ej att skapa nya vårdkontakter efter tidpunkten som patienten är registrerad som avliden i Cosmic. För att kunna dokumentera måste man använda en befintlig vårdkontakt eller skapa en ny med vårdkontaktsdatum och klockslag före tidpunkten för avliden. I fältet för händelsedatum anges korrekt datum och tid för händelsen man dokumenterar efter dödsfallet.

Om datum för när patienten avled inte är känt, får man ange datum då dödsfallet blev känt eftersom det inte går att skriva 00 i Cosmic, däremot anger man på dödsbeviset 00 för okänt datum, tex 2025-00-00, 2025-10-00.

Dokumentation av våldsutsatthet

I begreppet våldsutsatthet ingår fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld. För den våldsutsatta kan det vara viktigt att dokumentationen inte kan läsas i journalen via nätet, därav är det viktigt att uppgifter dokumenteras under avsedda sökord.

Huvudsökordet *Våldsutsatthet* finns i besöksanteckningsmallar och inskrivningsmallar. Sökordet *Våldsutsatthet* är ett dynamiskt sökord och består av fler undersökord.

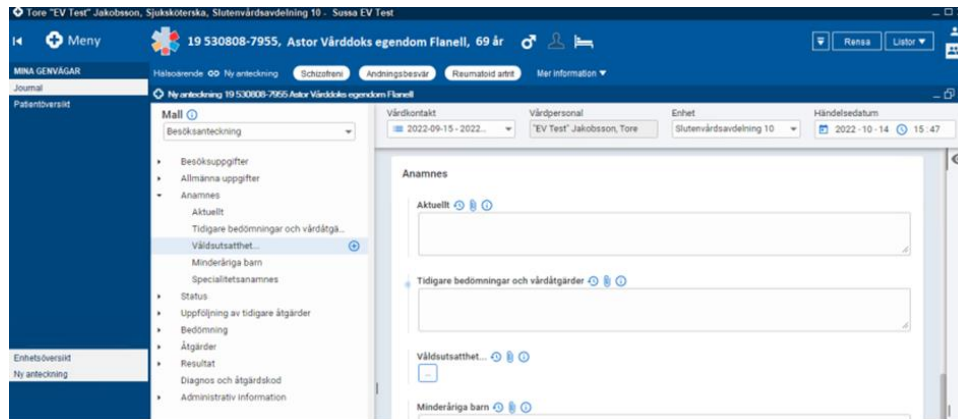


Bild: Gemensamma komponenten *Våldsutsatthet*

Åtgärder som vidtas utifrån våldsutsatthetsperspektiv dokumenteras under sökordet *Åtgärder vid våldsutsatthet* och inte under de generella sökorden för *Åtgärder*.

Om barn har bevittnat våldet eller om ett barn är utsatt för våld är all hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att göra en orosanmälan. Särskild riktlinje för orosanmälan finns, se regional rutin [Barn som far illa](#)

Anmälan enligt lag och förordning

Sökorden *Anmälan enligt lag och förordning* respektive *Orosanmälan barn som riskerar att fara illa* (enligt Socialtjänstlagen) återfinns i journalmallen under *Åtgärder*.

Rutinen gäller för att dokumentera åtgärder vidtagna gällande anmälan enligt lag oavsett om uppgifter som lett fram till denna åtgärd dokumenterats på annat sätt.

När en anmälan är gjord dokumenteras under sökordet *Anmälan enligt lag och förordning* och här finns fasta val för typ av anmälan.

Tillgängliga fasta val är:

- *Anmälan enligt smittskyddslagen om allmänfarlig eller anmälningspliktig sjukdom*
- *Anmälan enligt vapenlagen att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen*
- *Orosanmälan enligt lag om vård av missbrukare (LVM)*
- *Anmälan om vårdskada enligt patientsäkerhetslagen*
- *Anmälan enligt körkortslagen gällande körkorthavare som av medicinska skäl är olämplig att inneha körkort*
- *Vårdintyg enligt lag om psykiatrisk tvångsvård/rättspsykiatrisk vård (LPT/LRV)*

- Övrig lag och förordning

Hantering av eventuellt diarienummer sker enligt respektive regions rutiner och bör noteras i kommentarsfält för *Anmälan enligt lag och förordning* för spårbarhet.

Anmälan angående barn med möjligt skyddsbehov

Dessa anmälningar kallas vanligtvis orosanmälan, hanteras enligt respektive kommuns rutin, om möjligt i första hand via e-tjänst om sådan finns.

Utförd anmälan dokumenteras under sökordet *Orosanmälan barn som riskerar att fara illa*, enligt Socialtjänstlagen. Sökorden speglas inte till 1177.

Hantering av eventuellt diarienummer sker enligt regional rutin [Information/rutiner: barn som far illa](#)

För eventuell fortsatt kontakt med socialtjänsten kan det underlätta om dokumentationen under kommentarsfältet i sökordet *Orosanmälan barn som riskerar att fara illa*, framgår till vilken socialtjänst anmälan är ställd, samt namn och kontaktuppgifter dit.

Likaså kan det ha betydelse för den fortsatta kontakten med barn och föräldrar om det framgår om barnet och föräldern har informerats om att en anmälan har gjorts.

När barnet som anmälan gäller inte är patient

Dokumentera i aktuell patients journal under sökord *Orosanmälan barn som riskerar att fara illa*, enligt samma förfarande som ovan.

Sökord som undantas från publicering på 1177 e-tjänst

I region Norrbotten undantas vissa sökord från publicering på 1177 e-tjänst. Se information på [1177 i Norrbotten](#)

Följande sökord undandras för publicering på 1177:

- Tidiga hypoteser

Sökordet *Våldsutsatthet* med underliggande sökord

- Fysiskt våld
- Psykiskt våld
- Sexuellt våld
- Minderåriga barn som upplevt våldet?
- Åtgärder våldsutsatthet

- Våld i nära relation
- Våld utanför nära relation
- Tecken och symtom som föranleder misstanke om våld i nära relation
- Åtgärder vid misstanke om våld i nära relation
- Åtgärder vid våld i nära relation
- Orosanmälan barn som riskerar att fara illa, enligt SoL

Följande sökord är framtagna för dokumentation av dessa informationsmängder:

- Tidiga hypoteser:
 - Här dokumenteras information av allvarlig karaktär som inte är verifierad eller inte ännu är kommunicerad med patienten.

Våldsutsatthet med underliggande sökord:

- Här dokumenteras information kring våldsutsatthet för att skydda patienten från risk för repressalier från annan part.

Orosanmälan barn som riskerar att fara illa, enligt Socialtjänstlagen:

- Här dokumenteras att anmälan är gjord. Detta sökord rekommenderas att undantas från publicering på grund av risk för repressalier mot barnet, anhörig eller vårdnadshavare. Se separat rutin om *Anmälan enligt lag och förordning*.

Region Norrbotten undantar även nedan sökord i Cosmic från visning i 1177.

Tvångsvårdsutövande med undersökord

Underlag för tvångsvårdsbeslut
Händelseförlopp runt tvångsåtgärd
Observationer under tvångsåtgärd
Uppföljande samtal efter tvångsåtgärd
Riskhantering vid tvångsåtgärd
Diagnos och åtgärds kod

Vårdenheter i Cosmic som undantas från visning i 1177 journalen

- Ungdomsmottagningarna
- LSS råd- och stödverksamhet
- Länsenheten föräldra- och barnhälsa i Norrbotten

Diagnos- och åtgärdskodning i journalanteckning

Inom region Norrbotten ska *alla* vårdkontakter diagnos- och åtgärdskodas, som tidigare.

Sökordet *Diagnos- och åtgärdskod* är obligatoriskt för alla yrkesroller att dokumentera i besöksanteckningar och slutanteckningar för att säkerställa att vårdkontakten eller vårdtillfället blir diagnos- eller åtgärdskodade

I och med att sökordet är obligatoriskt behöver alla som dokumenterar i vårdkontaktsanteckningar eller slutanteckningar ange diagnoskod och eventuella åtgärds-koder.

Diagnos- och åtgärds-koder kopplas till vårdkontakt och vårddokumentation.

Åtgärds-kod måste vara kopplade till en diagnoskod för att kodningen ska bli rätt.

Den textförklaringen som faller in automatiskt vid vald diagnos ska ändras till den ställda diagnosen/orsaken till vårdkontakten.

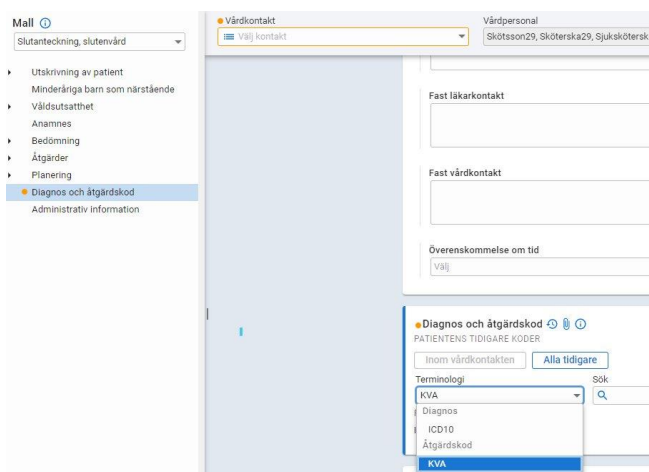


Bild: Sökord Diagnos- och åtgärds-kod, med valmöjlighet att välja ICD10 eller KVA

Diagnos (ICD10) indikeras med symbolen D, det finns två typer av diagnos-koder:

- **Huvuddiagnos:** DH kommer markeras automatiskt för första registrerade diagnosen. Det är *viktigt* att ange rätt huvuddiagnos för den aktuella vårdkontakten.
 - Det går även att ange komplikationer som indikeras med symbolen K. Detta måste anges manuellt

- Kronisk diagnos
- Dödsorsak, indikeras med ett kors
- Under diagnos: D

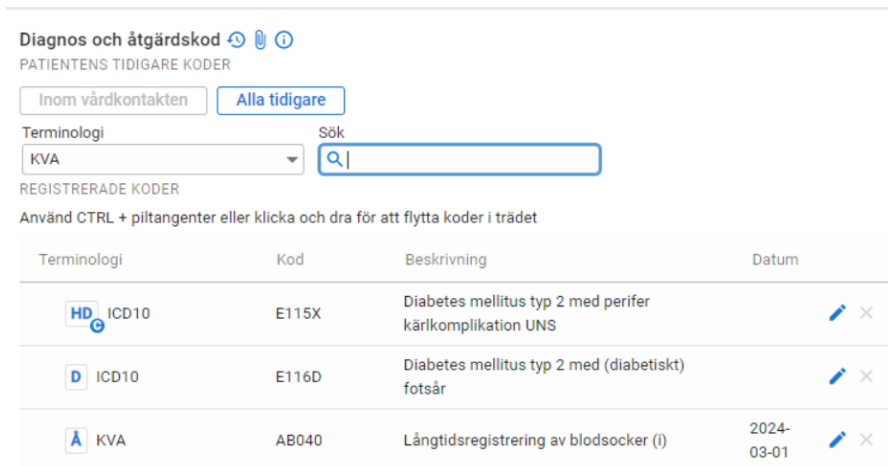
Åtgärds-koder (KVÅ) indikeras med symbolen Å, för dessa behöver datum och tid anges

Läkemedel (ATC) indikeras med symbolen L



Bild: Diagnoskod som är vald till huvuddiagnos

När alla diagnos- och åtgärds-koder är tillagda, kontrollera att huvuddiagnos stämmer och att övriga diagnos- och åtgärds-koder stämmer mot vårdtillfället för att detta ska bli rätt vid DRG-gruppering.



Terminologi	Kod	Beskrivning	Datum
HD ICD10	E115X	Diabetes mellitus typ 2 med perifer kärlkomplikation UNS	
D ICD10	E116D	Diabetes mellitus typ 2 med (diabetiskt) fotsår	
Å KVA	AB040	Långtidsregistrering av blodsocker (I)	2024-03-01

Bild: Diagnoskodning med HD, D och Å

Vid behov kan medicinsk sekreterare ändra angiven diagnos- eller åtgärds-kod genom att utföra en omsignering av sökordet med rollen *Medicinsk sekreterare signering*. Ansvarig för anteckningen omsignerar därefter hela anteckningen.

Tekniska enheter undantas från obligatorisk diagnos- eller åtgärds-kodning.

DRG-gruppering

Gruppering av diagnos- och åtgärds-kodningen bör göras av medicinska sekreterare. Själva DRG-grupperingen utförs i fönstret *Registrera koder* eller

via högerklicksalternativ i fönstret *Besökslista*. Här visas två flikar, *Beställarprodukt* och *DRG*. Välj *DRG* för att gruppera.

Om man inte grupperar direkt efter att man skrivit och kodat anteckningen kan man göra det efteråt via *Faktureringsöversikten*.

Koder som har registrerats för patienten kan hämtas antingen från aktuell vårdkontakt eller alla registrerade koder, men enbart ett begränsat antal koder kan grupperas.

- 15 diagnoskoder
- 20 åtgärds-koder

Finns fler koder registrerade, får man välja ut det som är mest väsentliga för vårdkontakten.

Om en anteckning inte ska grupperas kan man välja *Ogrupperad*.

Om journalen är spärrad så syns inte heller diagnoskoderna för andra enheter vid valet *Alla* registrerade koder.

Fel vid DRG-gruppering

Det är viktigt att rätta till felen i journalen under sökordet *Diagnos- och åtgärds-kod*, för att därefter DRG-gruppera. Ändringar ska ej göras i *Registrera koder* då det inte uppdateras mot journalanteckningen och dokumentationen blir således felaktig.

Efter granskning kan DRG-grupperingen utföras och en DRG-kod genereras. Lokala rutiner behöver utarbetas inom verksamheten för bevakning av *Fakturaöversikten* och DRG-gruppering.

Signering, Signering med vidimering eller kontrasignering samt frågor och svar

Signering

Viktigt att signera anteckningarna så snart det går, eftersom risken att det sker en uppdatering av journalmallen eller ny journalmall har importerats. I dessa fall går det inte att signera anteckningen. Alternativt är att välja en aktuell/uppdaterad journalmall och kopiera över texten från den gamla anteckningen och därefter spara och signera. Sista alternativet är att göra ett medusaärende för handpåläggning av Cambio vilket medför en kostnad.

Om en anteckning är signerad och man i efterhand upptäcker att det saknas ett sökord går det inte att lägga till, anteckningen måste i dessa fall skrivas om. Det går att ändra/lägga till information i befintliga sökord i journalen

om man är inloggad med en roll som har signeringsrätt.

Vidimering

Anteckningar som en annan vårdpersonal kan behöva ta del av för kännedom skall vidimeras. All vårdpersonal med signeringsbehörighet kan välja att sända en anteckning för vidimering

Vidimering används bland annat när studerande skriver journalanteckningar, som sedan skickas till deras handledare för genomgång, detta styrs utifrån behörigheter.

Vidimeraren kan inte ändra något i innehållet eftersom anteckningen redan är signerad. Om innehållet inte stämmer måste anteckningen makuleras i sin helhet och skrivas om eller om det endast är information under ett visst sökord som inte stämmer räcker det med att det enskilda sökordet omsigneras.

Kontrasignering

Kontrasignering i en journal betyder att en anteckning dubbelsigneras, två användare signerar samma anteckning och tar gemensamt ansvar för innehållet.

Vissa anteckningsmallar kräver en kontrasignerare och denna väljs vid signeringstillfället. Lokala rutiner behöver utarbetas för att säkerställa vilka mallar som kan användas vid kontrasignering samt när detta ska användas då framtagna mallar skiljer sig åt mellan olika områden. (Se bilaga *Mallar med kontrasignering*).

En anteckning som har angetts med kontrasignering hamnar sedan, markerad med (K) i den kontrasignerande läkarens osignerade lista och där hämtar kontrasigneraren upp anteckningen och kontrasignerar den.

Kontrasigneraren kan inte ändra något i innehållet eftersom anteckningen redan är signerad. Om innehållet inte stämmer måste anteckningen makuleras i sin helhet och skrivas om eller om det endast är information under ett visst sökord som inte stämmer räcker det med att det enskilda sökordet omsigneras.

Om fel kontrasignerare väljs kan det ändras före kontrasigneringen av följande användare:

- Användaren som signerat anteckningen från början
- Användaren som är vald som kontrasignerare
- En annan användare som finns i urvalet för kontrasignerare
- En medicinsk sekreterare

Signering av kollegas anteckning

Om en anteckning är signerad. Kan vårdpersonal med signeringsrätt göra ändringar under ett sökord i en kollegas anteckning utan att ta över anteckningen i sitt namn. Via versionshistoriken syns vem som gjort ändringen.

Om anteckningen inte är signerad och du (vårdpersonal med signeringsrätt) går in och ändrar i anteckningen. Ändras ansvarig vårdgivare till dig som gjort ändringen, det ser ut som om du är ansvarig för hela anteckningen.

Arbetsätt – ändring i kollegas journalanteckning som inte är signerad:

En medicinsk sekreterare gör ändringen i journalen för att rätt vårdpersonal ska stå kvar som ansvarig för anteckningen. Därefter kan signering göras av utsedd kollega.

Frågor och Svar

Under fliken Osignerat och Ovidimerat finns också en val som heter *Frågor och Svar*, där hamnar frågor och kompletteringsbegäran från Försäkringskassan. Se [Bevakning frågor, svar och kompletteringsbegäran från FK Webcert i Cosmic](#).

Versionshistorik

För att se en antecknings versionshistorik högerklickar man journalanteckningens huvud och väljer *Visa versionshistorik*. Här kan man se vem som signerat, vidimerat eller kontrasignerat en journalanteckning. Här kan man även se om en anteckning är kopplad till ett diktat och om det är en sekreterare som skrivit journalanteckningen.

Utskrift och återlämnande av journalhandlingar

Vid utskrift av journalkopia är det obligatoriskt att ange:

- Typ av journalutskrift
- Vem som har gjort menprövning av utskrift
- Mottagare
- Kommentar
 - I kommentaren ska användaren skriva vilken handling utskriften avser, ex "Slutanteckning 2023-05-05" eller Blankett begäran om journalkopior".
 - En tydlig kommentar underlättar spårbarheten för utskrifter och vilken journalreferens som tillhör vilken journalutskrift.

Utskriften genererar en journalreferens som återfinns i journalvyn i mappen *Enheten* som är en undermapp i *Journalreferenser*

När det gäller utskrifter i forskningssyfte finns ytterligare två typer av journalutskrifter

- Journalutskrift för utlämnande i forskningssyfte
- Journalutskrift till monitor i forskningssyfte.

Vid utskrift av journalkopior bör man se över att man fått med de kopior som efterfrågats, ex journalreferensen skrivs inte ut automatiskt.

Vid återlämnande av en journalhandling ska journalreferensen för aktuell journalkopia makuleras och som orsak till makulering ska det anges att journalhandlingen är återlämnad samt datum för återlämnandet.

Det går att skriva ut en journalanteckning i sänder alternativt skriva ut en total journal.

För att skriva ut specifik anteckning, högerklicka på huvudet på aktuell journalanteckning och välj *Skriv ut markerad anteckning*.

För att skriva ut en hel journal, gå till journalen och klicka på *Skriv ut* som är längst ner i högra hörnet och fyll i aktuell information.

Dokumentation av inkommen och utgående handling

Alla inkommande och utgående handlingar ska konsekvent dokumenteras under samma sökord, *Administrativ information* för att alla användare ska veta vart det går att hitta denna information. Sökordet *Administrativ information* återfinns i slutet av aktuella mallar samt som egen anteckningstyp och består av fritext där både inkomna och utgående handlingar dokumenteras

Undantag är handlingar som rör:

- Anmälan enligt lag och förordning som dokumenteras under det sökordet samt fullmakt som dokumentera i Basdata.
- Intyg som hanteras via Webcert hanteras endast där

Sökordet är avsett att kunna dokumentera följande händelser:

- Inkommande handling till exempel begäran om journalkopior
- Skickad handling till exempel utlåtanden, intyg på papper.
- Handling som lämnats ut.

Genom att trycka på gemsymbolen finns möjlighet att skanna och bifoga ett dokument eller bifoga en redan genomförd mediaundersökning.

Ex på inkommande/utgående handlingar är utlåtanden, intyg på papper samt begäran om journalkopior.

Dokumentation som inte kan kopplas till Hälsoärende

Tabeller och vårdplaner kan inte kopplas till hälsoärenden. Tabeller kan inte heller speglas till e-tjänsten 1177 eller Nationella patientöversikten (NPÖ). För att journaldokumentation i tabeller och vårdplaner ska uppmärksammas i *Hälsoärendeöversikten* kan en kronologisk anteckning skapas vid behov.

För varje besök där dokumentationen huvudsakligen görs i journaltabell eller vårdplan behöver användaren upprätta en kronologisk anteckning som kopplas till aktuellt hälsoärende. Anteckningen kommer då även att speglas på e-tjänsten 1177 och NPÖ.

Mer om Hälsoärenden finns i rutinen *Hälsoärenden*.

Aktivitetsramverket inom vårddokumentation

Aktivitetsramverket är avsett att på detaljnivå specificera vilka *aktiviteter* som ska göras i visst sammanhang ex. vid inskrivning av en patient på en vårdavdelning.

Med *Aktivitetsramverket* kan all vårdpersonal se vad som ska göras och vad som redan har gjorts med och för enhetens patienter vilket minskar risken att aktiviteter glöms bort. Det innebär också att enhetens olika vårdlag kan få en god överblick över de andra vårdlagens arbetsbelastning. För att detta ska fungera i sin helhet behöver all berörd vårdpersonal använda aktivitetsramverket.

Aktiviteter

Detta är något man gör med eller för patienten, ex. skicka remiss, kontrollera vitalparametrar, kontrollera en infart, boka sjukresa, inskrivningssamtal, ta ett blodprov eller göra en labbeställning.

De typer av aktiviteter som finns är:

- Checklista
- Start-stopp
- Beställning och Svar (BoS)
- Kliniska parametrar

Aktiviteter kan vara sådant som man gör en gång eller upprepade gånger ex. kontrollera NEWS eller sådant som har en start och stopp ex. fasta inför operation.

Aktiviteter kan läggas till en åt gången eller i form av paket, dvs en samling med flera aktiviteter.

Även aktiviteter som läggs till som del av ett paket visas och hanteras som enskilda aktiviteter när de väl är tillagda.

Det går att lägga till två identiska aktiviteter då ingen dubblettkontroll finns.

I Cosmic visas aktiviteterna i vyerna

- Att göra – patient
- Patientöversikten
- Enhetsöversikten.

Planerade aktiviteter för öppenvård

Alternativ 1:

Aktiviteter/paket läggs upp när patienten har anlänt till enheten. I de fall det finns behov av specifika aktiviteter som avviker från standardrutin kan information om dessa återfinnas i *Bokningsinformation* eller i *Planerade vårdåtgärder*.

Alternativ 2:

Vid bokning av ett planerat besök läggs aktiviteter/paket upp. Observera att datum och tid är samma som när paketet läggs upp och måste därför ändras till det planerade besöksdatumet. Om det planerade besöket inte blir av behöver användaren stryka/makulera aktiviteterna som annars kommer att ligga kvar.

Rekommendation är att utgå från alternativ 1.

Bilaga

Mallar med kontrasignering

Slutanteckning, slutenvård
Slutanteckning, nyfödd
Slutanteckning, hjärt- och kärlsjukdom
Slutanteckning, förlossning
Slutanteckning, rörelseorganens sjukdomar
Slutanteckning, klinisk nutrition
Slutanteckning, öppenvård
Slutanteckning, AMM
Slutanteckning, omvårdnad intensivvård
Slutanteckning, sjukstuga/motsvarande
Neo journalmall, slutanteckning
Slutanteckning, barn
Slutanteckning, reumatologi
Slutanteckning, ögonsjukdomar
Slutanteckning, intensivvård
Slutanteckning, njurmedicin
Slutanteckning, urologi
Slutanteckning, infektion
Slutanteckning, thorax och kärl

Mallar kan ha tagits bort, ändrat namn eller tillkommit. Detta är ett urval av de journalmallar som finns för kontrasignering

Originaldokument från Sussa samverkan

DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-271](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-270](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-698](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-700](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-697](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-350](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-699](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-728](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-729](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-730](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-731](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-732](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-733](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-734](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-345](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-735](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-739](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-740](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-741](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-742](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-743](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-345](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-347](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-344](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-470](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-469](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-696](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-136](#)
 DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-468](#)

Versionshistorik

Datum	Beskrivning	VIS-version*
2025-09-08	Uppdatering CDS med nya varningsmeddelande för beslutsstöd CDS-notifikation sid 24.	37.1
2025-09-23	Uppdatering sid 39 om spärr och fliken alla i DRG-grupperingen	42
2025-09-29	Uppdaterat med alternativa arbetssätt vid uppdaterade journalmallar, kopiera in texten till en uppdaterad journalmall Sid 40	43
2025-11-06	Dokumentation av pågående slutenvårdstillfälle, sid 22	44

2025-11-27	Använd inte specialtecken i Cosmic, sid 22	46

* VIS-versioner redovisas inte i tabellen om det gäller ändringar av stavfel och grammatiska fel.