

COSMIC Journal

Innehåll

INNEHÅLL	2
SYSTEMINFORMATION.....	3
Manualer COSMIC	3
RIKTLINJER	3
Riktlinjer för vårddokumentation i Region Jämtland Härjedalen.....	3
RUTINER.....	3
Läkarintyg för sjukskrivning skickas från COSMIC till Försäkringskassan och kommunikation sker i Webcert	4
Dödsbevis och dödsorsaksintyg skickas via Webcert.....	4
Personliga träningsprogram och liknande kan skapas som bilaga i COSMIC och originalet ska därefter raderas.....	4
ALLMÄN INFORMATION	4
Konfigurering av Journal är sammanfattad i separat dokument.....	4
Vårdkontakt i journal – medicinskt ansvarig enhet styr var anteckningen hamnar	4
Uppgifter i journalhuvudet – visar också vilken vårdande enhet den som gjort anteckningen hör till.....	5
FUNKTIONER	6
Mappen Läkaranteckningar alla vårdenheter kan läsas av läkare, och har ingen övre gräns	6
Alla vårdenheters anteckningar.....	6
Läsa remissvar dokumenterat i remiss från Journalreferenser	6
Journal för utlokaliserade (satellit-)patienter – signering påverkar hur anteckningen kopplas till vårdande enhet ..	7
ADMINISTRATION	7
Frasminne läggs in per klinik av lokala systemadministratörer, och det finns även centrala frasminnen	7
SPECIFIK INFORMATION	7
Diagnos och åtgärds-koder registreras i Journal och DRG-gruppering görs i funktionen Registrera vård	
Registrera koder.....	7
Dokumentation i Journal på avliden patient: knyt till vårdkontakt före dödsdatum.....	7
Dokumentation av anhörigsamtal	8
Dokumentation i journalmallen Vårdsutsatthet och/eller oro för barn	8
Dokumentation gällande Vård.....	8
Dokumentation gällande Oro för barn	8
Dokumentation gällande anhörigintervju	8
Omsignera, ta bort, eller makulera sökord eller anteckning – signering behöver göras först om anteckning ska omsigneras eller makuleras	8
Omsignera sökord	8
Ta bort en anteckning eller ett sökord	9

Makulera en anteckning	9
Makulera ett sökord	9
Journalkopia: i normalfallet räcker det med att skriva ut journal och dokumentera i kommentarrutan var kopian skickas.....	9
Skriv ut journalkopia	9
Journaltabell skapas första gången den används och uppdateras därefter, men kan också avslutas	9

Systeminformation

Manualer COSMIC

Manual till Journal finns i COSMIC. Tryck på **F1** och välj **COSMIC Care Documentation**

COSMIC Online Help

COSMIC användarmanualer

COSMIC Birth

COSMIC Care Documentation

Riktlinjer

Riktlinjer för vårddokumentation i Region Jämtland Härjedalen

Riktlinjerna ska vara stöd för hälso- och sjukvårdspersonal inom Regionen för att underlätta dokumentation som tillhör patientens journal. Riktlinjerna är att betrakta som styrande/vägläddande för hela hälso – och sjukvården inom Region Jämtland Härjedalen. Målet med riktlinjerna är ”en patient och en journal”. Dock kan journalen bestå av olika sorters dokument för att bäst kunna beskriva medicinsk behandling, omvårdnad och rehabilitering. Riktlinjerna innehåller länkar till styrande dokument samt behandlar huvudregler för journaldokumentation och ger praktiska tillämpningar. Läs riktlinjerna i sin helhet [här](#).

Rutiner

Läkarintyg för sjukskrivning skickas från COSMIC till Försäkringskassan och kommunikation sker i Webcert

Läkarintyg skrivs i Webcert via uthopp från Cosmic. Uthoppet nås via Blankettbiblioteket. I första hand ska **Läkarintyg FK7804 Webcert** användas. Intyget går då att signera och skicka elektroniskt till Försäkringskassan som kan skicka och besvara frågor och svar till Cosmic. För patienter med reservnummer används pappersblanketten **Läkarintyg, FK7804. I Osignerat och Ovidimerat** visas frågor till/från Försäkringskassan i fliken Frågor och Svar för *den läkare* som utfärdat intyget/*vald läkare*.
Läs hela lathunden för Webcert [här](#).

Dödsbevis och dödsorsaksintyg skickas via Webcert

Dödsbevis och Dödsorsaksintyg skickas via Webcert .

Pappersblanketter ska användas:

- Då den avlidne har skyddade personuppgifter eller reservnummer
- Då dödsbevis ska överlämnas till polis vid rättsmedicinsk obduktion

Läs hela lathunden för Webcert [här](#).

Personliga träningsprogram och liknande kan skapas som bilaga i COSMIC och originalet ska därefter raderas

Träningsprogram kan sparas som bilaga till journalanteckning. Träningsprogrammet – originalet - mellansparas i vårdpersonalens lokala dokumentarkiv H: eller på skrivbordet och bifogas journalanteckningen under sökordet Egenvårdsbedömning i samband med att egenvårdsbedömning görs. Omedelbart därefter tas träningsprogrammet bort från vårdpersonalens H: eller från skrivbordet. Läs hela rutinen inklusive manual [här](#)

Allmän information

Konfigurering av Journal är sammanfattad i separat dokument

Konfigurering av journalvy, gemensamma dokument och övriga journalmallar, journaltabeller och gemensamma sökord sammanfattas i separat dokument. Där beskrivs också övergripande vårdplaner och översikter, samt frasminnen. Läs hela dokumentet [här](#)

Vårdkontakt i journal – medicinskt ansvarig enhet styr var anteckningen hamnar

När en vårdkontakt skapas, ska den som skapar kontakten välja **vårdande enhet** (om detta inte är förvalt). Den **medicinskt ansvariga enheten** (förvalt av den som skapar vårdkontakten) styr var anteckningen hamnar. Se nedan hur det framgår av vårdkontakten hur den är kopplad:

Datum för vårdkontakt

Kontakttyp

Vårdpersonal och yrkesroll

Vårdande enhet

Medicinskt ansvarig enhet

Vårdkontakt:* 2017-05-12, Enskilt hembesök, [redacted] (Sjuksköterska), Kirurgimottagningen, Kirurgi (Anlänt)

Vårdpersonal:* Näås, Marit (Verksamh. utv. strateg)

Enhet:* Kirurgimottagningen

Använd pågående vårdtillfälle och koppla anteckningarna till detta tillfälle

Skapa inte ny vårdkontakt på patient som är inskriven, det vill säga har ett vårdtillfälle.

Använd pågående vårdtillfälle, och skriv din anteckning på detta. Därigenom minskar du risken för att:

- Anteckningen hamnar fel i journalen
- Anteckningen blir kopplad till fel remiss
- Den som kommer efter dig råkar använda fel vårdkontakt (den senast använda visas överst) så att dennes anteckning hamnar fel i journalen och/eller blir kopplad till fel remiss.

Undantag: om en vårdbegäran har skickats och accepteras på en inskriven patient skapas en ny vårdkontakt kopplad till den accepterade remissen

Om en vårdbegäran har skickats på en inskriven patient gällande ett hälsoproblem, och den accepteras och klassificering av vårdåtagande görs av mottagaren, skapar mottagande enhet en ny vårdkontakt kopplad till remissen i journal. Då kommer journalanteckningarna kopplade till den accepterade remissen att visas i mottagande enhets journal, och alla anteckningar som hör till aktuell remiss kommer att visas samlade i rätt medicinskt ansvariga enhet.

Uppgifter i journalhuvudet – visar också vilken vårdande enhet den som gjort anteckningen hör till

I journalhuvudet visas Händelsedatum och klockslag, Vårdpersonal och Yrkesroll på den som är ansvarig för anteckningen, Anteckningstyp, Vårdande enhet och Medicinskt ansvarig enhet. I journalhuvudet kan också utläsas om anteckningen är gjord av en vårdpersonal som kommer från den medicinskt ansvariga enhet där patienten vårdas, eller en annan enhet. Det framgår av journalhuvudet vilken aktuell vårdpersonals hemmaenhet är.

The diagram illustrates the layout of a medical note in Cosmic Journal. A sample note is shown with several fields highlighted by green boxes and red arrows indicating their corresponding labels:

- Anteckningsmall** points to the **Daganteckning** header.
- Vårdpersonal och yrkesroll** points to the **(Överläkare)** field.
- Vårdande enhet - patientens vårdkontakt** points to the **Övre mag-tarmkirurgiska avdelningen** field.
- Vårdande enhet - aktuell vårdpersonal** points to the **Neurologimottagningen** field.
- Händelsedatum och klockslag** points to the timestamp **2017-05-22 09:22**.
- Medicinskt ansvarig enhet - patientens vårdkontakt** points to the **Kirurgi** field.

The sample note content includes:

Daganteckning 2017-05-22 09:22

(Överläkare) Neurologimottagningen

Övre mag-tarmkirurgiska avdelningen Kirurgi

Aktuellt

Exempel på när vårdpersonal som kommer från neurologmottagningen gör en konsultanteckning på en patient som är inskriven på en kirurgavdelning

Om användaren skriver på den vårdande enhet som denne arbetar på blir enheten automatiskt rätt. Om användaren är konsult och gör en anteckning ska denne ändra till sin **hemmaenhet** när denne dikterar eller skriver själv. Läs hela dokumentet [här](#).

Funktioner

Mappen **Läkaranteckningar** alla vårdenheter kan läsas av läkare, och har ingen övre gräns

För att underlätta för läkare att läsa läkaranteckningar finns mappen alla läkaranteckningar. Läkare ska logga in med användarroll läkare (AT, legitimerad, studerande eller vikariatsförordnande) på aktuell enhet för att kunna läsa dessa anteckningar. Använd filterfunktionen för att välja t ex enhet, epikriser eller en specifik läkares anteckningar.

Alla vårdenheters anteckningar

Alla vårdenheters anteckningar innehåller alla anteckningar. 20 anteckningar läses upp åt gången – det är också på dessa anteckningar man loggas. Använd filterfunktionen för att välja vilka anteckningar som ska läsas – då kommer du mycket snabbare till den anteckning du önskar läsa, utan att exponeras för onödig information.

Läsa remissvar dokumenterat i remiss från Journalreferenser

För att läsa remisser och svar dokumenterat i remiss: utgå från Journal/Journalreferens/ Remiss och välj aktuell remiss.

Högerklicka på aktuell remiss och **Öppna referens** för att läsa remissen.

Om remissen är knuten till en kontakt visas remissreferensen även i vårdenhetens anteckningar.

Journal för utlokaliserade (satellit-)patienter – signering påverkar hur anteckningen kopplas till vårdande enhet

Tidpunkten för när signering görs – och vilken vårdande enhet som gäller för patienten vid den tidpunkten - styr hur det visas var anteckningen är skapad. Om till exempel patienten har ett vårdtillfälle på ex avd A och sedan utlokaliseras till avd B ser det ut som anteckningen är skapad på avd B om inte anteckningen är signerad av vårdpersonal på avd A innan flytt. Det gäller därför att signera anteckningen innan förflyttning av patient görs om det ska visas att patientens anteckning skapades på rätt vårdande enhet.

Administration

Frasminne läggs in per klinik av lokala systemadministratörer, och det finns även centrala frasminnen

Ett frasminne är en förkortning av en fras eller ett ord som, efter att användaren skrivit förkortningen och tryckt **Enter**, skrivs ut i fulltext. Frasminne är ett hjälpmedel som ska användas för fraser eller ord i journal, kallelser och remisser, som skrivs många gånger per dag. Frasminne kan anpassas för varje klinik. Ett frasminne kan inte innehålla ett mellanslag, exempel t ex, måste skrivas tex. Lokala systemadministratörer lägger in frasminnen.

Vedertagna förkortningar (rättesnöre Svenska Akademiens Ordlista, SAOL) ska inte förekomma som frasminnen eftersom de tar alltför stor plats i journaltext. Vanligt förekommande kliniker och mottagningar, externa aktörer och sjukhus ska skrivas ut i fulltext med hjälp av frasminne. För att minska risken för att användare använder ett kortkommando och får en oväntad fulltext finns en lista på centrala frasminnen, se lista [här](#)

Specifik information

Diagnos och åtgärds-koder registreras i Journal och DRG-gruppering görs i funktionen Registrera vård Registrera koder

Läs manualen för registrering av diagnos- och åtgärds-koder [här](#)

Dokumentation i Journal på avliden patient: knyt till vårdkontakt före dödsdatum

Det är inte möjligt att skapa en vårdkontakt med datum efter det datum patienten avlidit. Koppla därför anteckningen till en befintlig kontakt med patienten innan denne avled. Var observant på att ändra Händelsedatum på anteckningen till aktuellt datum för anteckningen, så kommer anteckningen i rätt kronologisk ordning i journalen.

Dokumentation av anhörigsamtal

Anhörigsamtal efter att patient avlidit kan dokumenteras i den avlidnes journal om samtalet är av informativ karaktär, ex anhöriga har fått svar på sina frågor eller hänvisning till andra aktörer för mera långsiktigt sorgestöd.

Är samtalet av mer vårdande karaktär ska detta dokumenteras i den anhöriges journal.

Dokumentation i journalmallen Vårdsutsatthet och/eller oro för barn

Journalmallen används av alla yrkeskategorier på alla enheter inom Region Jämtland Härjedalen. Journalmallen presenteras inte i NPÖ och kan inte heller läsas från journalen via nätet. Därför ska den användas när det finns oro för att det är till men för patienten eller vårdnadshavaren att journaluppgifter kan läsas. Det är möjligt att lägga till anamnes- och statussökord eller en hel mall. Observera att mallen våldsutsatthet och/eller Oro för barn inte får läggas till i en annan mall, eftersom den då visas i NPÖ och Journalen via nätet.

Dokumentation gällande Våld

Vårdsutsatthet kan gälla patient som är barn eller vuxen, och omfattar utsatthet för fysiskt, psykiskt, materiellt och sexuellt våld. Våld i nära relationer inkluderar alla typer av våld som kan förekomma mellan närstående i såväl heterosexuella som samkönade relationer samt inom syskon- och andra familj- eller släkterelationer. Dokumentera i sökordet våld med fasta val och eventuellt fritext. Läs hela dokumentationen [här](#).

Dokumentation gällande Oro för barn

Den som är orolig för att ett barn far illa ska göra en orosanmälan. Blanketten finns länkad under informationssymbolen på sökordet Oro för barn. Blanketten fylls i och skrivs ut av anmälaren. Anteckna diarienumret på anmälan, detta nummer fås från Diariet: 063 – 1530 00 (vx). Skicka anmälan till aktuell socialförvaltning. Kopia på orosanmälan ska skickas av anmälarens närmaste chef i förseglat kuvert till Diariet hus 2 plan 3. Denne har åtkomst till anmälan, och kan följa den via Diariet. Anmälan är sekretessbelagd och ska inte vara en journalhandling (ska inte skannas).

Manual för journalanteckning vid Oro för barn finns i denna [länk](#).

Dokumentation gällande anhörigintervju

Information från anhörig vid utredningar, ex demensdiagnos, bedömning av utmattningsdiagnos dokumenteras det i journalmallen Tidiga Hypoteser under sökordet Information från tredje person.

Omsignera, ta bort, eller makulera sökord eller anteckning – signering behöver göras först om anteckning ska omsigneras eller makuleras

Omsignera sökord

Signera anteckningen om den inte redan är signerad. En annan användare än den som skrivit anteckningen kan signera den, men uppmärksammas först om att anteckningen är upprättad av en annan användare. Ställ markören på det sökord som ska omsigneras och

högerklicka och välj **Omsignera markerat sökord** och sedan på knappen **Ändra i markerat sökord**. Gör ändringen och klicka därefter på knappen **Ersätt**. En symbol vid sökordet visar på att sökordet har blivit ändrat. Dubbelklicka på symbolen för att öppna allmän information om anteckningen – där framgår vilka versioner som finns på sökordet, och vem som signerat vilken version.

Ta bort en anteckning eller ett sökord

En osignerad och oläst anteckning kan inte tas bort utan att ange borttagningsorsak. Det skapas alltid historik vid borttag.

Makulera en anteckning

Signera först anteckningen. Högerklicka därefter på anteckningen och välj **Makulera**. Ange makuleringsorsak, t ex fel patient och klicka på knappen Makulera. Anteckningen visas med en symbol i form av en röd cirkel med ett kryss i för att den är makulerad.

Makulera ett sökord

Ett sökord kan också makuleras, välj **Omsignera markerat sökord** uppdatera texten och klicka på knappen Makulera. anteckningen visas en symbol efter sökordet enligt nedan, och texten på sökordet ersätts av texten **Makulerad information**. Via högerklick i anteckningshuvudet, välj visa versionshistorik kan versioner av anteckningen visas.

Journalkopia: i normalfallet räcker det med att skriva ut journal och dokumentera i kommentarrutan var kopian skickas

Skriv ut journalkopia

När journalkopia ska skickas behöver i normalfallet ingen journalanteckning göras. Observera att användare vid utskrift av journalanteckning ska skriva i kommentarrutan anledningen till att journalutskrift ska skickas, vilka anteckningar det gäller och till vilken instans, se nedan.

Använd filtreringsfunktionen för att välja vilka anteckningar som ska skrivas ut. När utskrift ska ske: klicka därefter på **Skriv ut...**, Var uppmärksam på om det finns dokumentation i mallen Våldutsatthet och/eller Oro för barn och om dessa ska filtreras bort innan utskrift. Dokumentation utlämnande av journalkopior. Läs hela dokumentationen [här](#).

Journaltabell skapas första gången den används och uppdateras därefter, men kan också avslutas

Huvudregeln är att den vårdpersonal som utför en vårdåtgärd också ansvarar för registrering av denna i journaltabell samt vid behov förmedlar mätvärde till annan personal. Journaltabeller där det är av värde att jämföra värden över tid ska inte avslutas, medan de tabeller som beskriver värden t ex under ett vårdtillfälle, som inte är aktuella efter vårdtillfället med fördel kan avslutas. Lokala rutiner är vägledande. Blir det aktuellt med nya

registreringar kan dessa journaltabeller återöppnas. En felaktigt startad journaltabell ska makuleras omedelbart. Läs handboken [här](#).