

Dokumentation i Cosmic, SOP, hematologavd 101A, HEM 13824

Syfte och omfattning	2
Bakgrund	2
Termer och förkortningar	3
Säkerhetsföreskrifter	3
Behörighet	3
Allmänt	3
Inskrivning	4
Hälsobeskrivning vid inskrivning	4
Skriv in planerad patient	4
Patientkort	5
Nytt vårdåtagande för hematologipatient	5
Nytt vårdåtagande för medicinskt utlokaliserad patient	6
Skapa PAS	6
Anamnes och status	6
Journaltabell	7
Patientöversikt	7
Uppmärksamhetssignal	7
Pågående vård	8
Standardiserad vårdplan (SVP)	8
Vårdplan	9
Rapportblad	9
Dokument	10
Utskrivning	10
Slutanteckning ssk Region Uppsala	10
Avsluta vårdåtagande	10
Undersköterskans dokumentation	10

Journaltabeller	10
Status	11
SVP	11
GVP	11
Journalpärmerna.....	11
Arkivering	11
Avsteg från beskriven rutin	11
Åtgärder vid avvikelse.....	12
Referenser	12
Dokumenthistorik	12

Syfte och omfattning

Denna SOP är en lokal rutin för sjuksköterskors och undersköterskors dokumentationsrutiner i Cosmic och beskriver dokumentation som behöver göras under vårdtillfället på hematologavdelningen.

Undersköterskors dokumentation beskrivs i egen rubrik.

Bakgrund

Sedan 1986 har sjuksköterskor (ssk) skyldighet att föra patientjournal. Ssk ska utifrån sin kompetens säkerställa att "väsentliga uppgifter" förs in i patientjournalen. Otillräckliga uppgifter kan leda till brister i omhändertagandet av patienten. Dokumentationen ska spegla den omvårdnad som faktiskt ges. Enligt patientdatalagen kan bristfällig dokumentation leda till disciplinära påföljder. Noggrann dokumentation kan vid utredning i samband med avvikelse visa på brister i omvårdnaden men även bevisa att personalen har gett en fullgod omvårdnad.

På hematologavdelningen dokumenterar även undersköterskor omvårdnadsrelaterade delar.

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40](#), samt Patientdatalagen [SFS 2008:355](#) (uppdaterad 2024).

Ordet "patient" inbegriper även donator, där inget annat anges.

Termer och förkortningar

C-län	Region Uppsala
GVP	Generell vårdplan
HEM	Sektionen för Hematologi
IVP	Individuell vårdplan
SOP	Standardiserad utförandebeskrivning
SVP	Standardiserad vårdplan
PAS av	Patientadministrativt system i Cosmic, för att hantera administrativa aspekter patientvård
Pingpong	Utbildningsplattform inom Region Uppsala, inloggning på intranätet - Mina IT-system
Utomlän	Län utanför Region Uppsala
VP	Vårdplan

Säkerhetsföreskrifter

Den som har personlig inloggning till Cosmic ansvarar för att:

- lösenordet inte kan bli tillgängligt för obehörig
- logga ut när man lämnar datorn
- endast ta del av de patientuppgifter som man behöver för att delta i vården av patienten

Se till att signera anteckning, helst i anslutning till att du skriver anteckningen.

Behörighet

Personlig inloggning i Cosmic – utfärdas av lokal systemadministratör.

Allmänt

Patientens integritet ska alltid respekteras. Kränkande eller nedsättande uppgifter får inte förekomma.

Följande ska dokumenteras på samtliga patienter:

- Patientkort
- Nytt vårdåtagande vid inskrivning
- PAS

- Vårdplansanteckning (anamnes (inkl. samtycken), status, aktuell vårdplan)
- Rapportblad om aktuellt (utgår under våren 2025)
- Journaltabell om aktuellt
- Patientöversikt
- Slutanteckning

Det finns ett antal dokumentationsmanualer att tillgå för vårdpersonal i DocPlus, sök på Cosmic manual.

Inskrivning

Hälsobeskrivning vid inskrivning

Donatorer behöver inte fylla i denna då de anses vara friska.

[Hälsobeskrivning inför inskrivning 13404](#) är ett formulär med frågor om patientens hälsotillstånd och skickas till patienten i brevet med kallelsen inför inskrivning på avd.

Vid oplanerad inskrivning, skriv ut direkt från DocPlus (sök på id-numret).

Ge patienten tid att fylla i hälsobeskrivningen och gå sedan igenom den tillsammans med patienten. Dokumentera informationen i *Infosamling ssk 101A*, patientkort, journaltabell och ev. vårdplan. Hälsobeskrivningen skannas in i journalen.

Patientansvarig läkare kan också ha nytta av informationen i hälsobeskrivningen. Lämna därför hälsobeskrivningen till inskrivande läkare när du är klar med den.

Skriv in planerad patient

1. Ha inskrivningsöversikten uppe.
2. Klicka på Bokade kontakter.
3. Högerklicka på aktuellt namn.
4. Välj In- och utskrivning.
5. Inskrivningssätt: Fyll i det som gäller.
6. Vårdgivare: Röd/blå/lila sida som patienten ska höra till samt plats.
7. "Upplysningar får lämnas ut" är förifylld på ej tillfrågad – ändra till Ja eller Nej.
8. Om C-länspatient: om patienten har hjälp i hemmet/boende eller kommer bli aktuell för något av det är det i den här vyn som Cosmic Link-ärende startas upp. Fyll i Ja på Samordning.
9. Registrera inskrivning och Stäng.

Patientkort

1. Skriv in/uppdatera patientens telefonnummer i Patientkort.
2. Skriv in/uppdatera närståendes för- och efternamn, relation, telefonnummer och i vilken ordning de ska kontaktas i fliken Närstående. Skriv sådant som kan vara bra att veta i kommentarsrutan.
3. Om det redan står något där och det stämmer, klicka på "Bekräfta uppgifter" och "Spara", så att det framgår att denna del har kontrollerats.

Patientkortet ska fyllas i även för donator.

Att det finns telefonnummer till patient och närstående i patientkortet är något som kontrolleras i regelbundna kvalitetskontroller på sektionen.

Nytt vårdåtagande för hematologipatient

C-länspatient:

1. Markera Vårdåtaganden Region Uppsala, högerklicka, Skapa nytt vårdåtagande (Privat vårdbegäran kommer upp automatiskt).
2. Klassificering: VP Blodsjukdomar avdelning.
3. Medicinskt ansvarig enhet: Hematologi.
4. Medicinskt ansvarig vårdgivare: röd/blå/lila sida patienten hör till.

Utömlänspatient:

1. Nytt vårdåtagande.
2. Välj Ny vårdbegäran.
3. Remitterande vårdgivare: Skriv den remitterande läkaren på hemsjukhuset.
4. Remitterande enhet: Det sjukhus som patienten remitterats från, till exempel Falu lasarett-Medicinkliniken.
5. Mottagande enhet: Hematologi.
6. Fyll i datum och tid.
7. Remisstyp: Specialistvårdsremiss (även om den ännu inte har kommit).
8. HSS Uppsala kommer upp automatiskt.
9. Vårdåtagande: Som vid C-länspatient.

Nytt vårdåtagande för medicinskt utlokaliserad patient

1. Skapa nytt vårdåtagande.
2. Klassificering: VP medicinskt utlokaliserad.
3. Medicinskt ansvarig enhet: Internmedicin/onkologi/reumatologi osv beroende på vilken enhet det är.
4. Medicinskt ansvarig vårdgivare: röd/blå/lila sida patienten hör till.

Om patienten kommer från en annan avdelning på sjukhuset går det att ta över det vårdåtagandet. Gör så här:

1. Klicka på vårdåtagandet.
2. Högerklicka på det aktuella vårdåtagandet.
3. Välj hantera vårdåtagande.
4. Ändra till rätt klassificering och medicinsk ansvarig enhet i rullistan.
5. Klicka på spara.

Skapa PAS

På dagtid mån-fre skapar avdelningsadministratör PAS. På jourtid görs det av patientansvarig sjuksköterska.

Görs på samma sätt som för VP Blodsjukdomar med undantag för klassificering som ska vara PAS Blodsjukdomar. Det behövs enbart ett PAS för Blodsjukdomar (dvs. inget nytt för varje vårdtillfälle).

(Privat vårdbegäran för C-länspatient och Professionell för utomlänspatient).

Anamnes och status

1. Markera det nya vårdåtagandet du har skapat, klicka *Ny vårdplansanteckning*:
2. Välj Infoinsamling ssk 101A.
3. Dokumentera på alla sökord även om status är "utan anmärkning" (ua).
4. Riskbedömningar för undernäring, trycksår, fall ska dokumenteras. Om risk finns ska åtgärd i GVP/SVP startas.

Journaltabell

Läs om vilka journaltabeller som ska finnas på varje patient samt hur den startas i [Journaltabeller - Region Uppsala DocPlusSTYR-642](#).

Observera att om patienten redan har en journaltabell för till exempel infarter, ska ingen ny startas, den befintliga ska användas.

Journaltabellen för in- och utfarter ska tjäna som en översikt över vilka in- och utfarter patienten har. Alltså ska det dokumenteras om patienten har någon infart som till exempel PVK, CVK, subkutan venport, PICC, även sond osv. Även utfarter som till exempel KAD ska stå med här. Det ska "pilas" för varje dag som patienten har infarten/utfarten.

Om patienten har fler än en PVK går det att lägga till fler. Vid borttagande av PVK ska detta markeras i journaltabellen med "Borttagen" vid aktuell tidpunkt. Lägg då till en ny kolumn och välj borttagen.

Om ett problem/komplikation uppstår med en in/utfart ska det upprättas en GVP för det, till exempel GVP Tromboflebit.

Läs information i [Central venkateter, CVK – Förberedelser och eftervård vid inläggning, vuxna – regionalt tillägg DocPlusSTYR-470](#) för att se hur centrala infarter ska dokumenteras i journaltabell.

Patientöversikt

Läs information i [Patientöversikt och vätskebalans i Cosmic 15327](#)

Kliniska vitalparametrar som tas i samband med inskrivningen dokumenteras i Patientöversikt och behöver ej dokumenteras i status.

När en patient är instabil och täta kontroller tas, till exempel varje halvtimme/timme ska papperslista [Övervakningslista, HEM 13723](#) användas i stället. Se [Vitalparametrar, vuxen SOP, HEM 13904](#) för hur dokumentationen ska göras då.

Uppmärksamhetssignal

Läs information i [Cosmic - Uppmärksamhetssignalen \(UMS\) kundgemensamma riktlinjer 15302](#).

Pågående vård

Lägg till lämplig standardiserad vårdplan redan vid inskrivning. Annan vårdplan skapas om patientens problem upprepar sig eller kvarstår mer än 24 timmar.

Vårdplanerna innehåller omvårdnadsproblem, mål och omvårdnadsåtgärder. Det finns färdiga vårdplaner med möjlighet till standardiserade svar för många omvårdnadsproblem, välj i denna ordning:

1. Standardiserad vårdplan (SVP)
2. Individuell vårdplan - Generell vårdplan (GVP)
3. Individuell vårdplan - Individuell vårdplan (IVP) (ingen färdig text – du skriver problem, mål och åtgärder själv).

Under infosamlingen kan man fortsätta att lägga på aktuell vårdplan och så många vårdplaner som behövs och signera allt på slutet.

Standardiserad vårdplan (SVP)

SVP underlättar dokumentationsarbetet på ett kvalitetssäkert sätt samt effektiviserar omvårdnaden. Det finns flera SVP för specifik omvårdnad med tillhörande kunskapsunderlag med information, se **tabell på nästa sida**.

När en åtgärd görs ska detta skrivas i SVP. Inga åtgärder är påbörjade förrän de har dokumenterats i SVP. Använd SVP:n så långt det är möjligt för att dokumentera sådant som det redan finns rubriker för, för att undvika dubbeldokumentation.

1. Dokumentera påbörjat/ej aktuellt/fri text osv. under vårdåtgärderna allt eftersom de blir aktuella.
2. När en åtgärd är avslutad eller ej aktuell, skriv på "Utvärdering", då kommer åtgärden inte upp vid filtrering.

”Stora” SVP

- Allogen HSCT
- Autolog HSCT
- Inneliggande vård 101A
- Poliklinisering
- Eftervård i regionen
- Akut leukemi (ska användas vid nyupptäckt samt efterföljande kurer)
- Hematologi, övrigt (används vid till exempel nyinsjuknande av annat än akut leukemi, neutropeni, CMV, GvHD, behov av inneliggande vård för hematologiskt sjuk patient som inte sorterar under de andra SVP:erna).

Mindre, specifika SVP

Det finns några som är specifikt för en viss behandling/insamling och inte innehåller alla delar om nutrition, aktivitet, elimination osv som de längre upp gör. Dessa ska väljas när det är specifika behandlingar och/eller patienten inte förväntas ha lång vårdtid.

- APL (läggs till Akut leukemi SVP om patienten har APL)
- Benmärgsinsamling (Tobiasdonator)
- Blinatumomab
- CAR T-cellsbehandling
- (I pipeline) CRS/ICANS vid hematologisk behandling (ej vid Blinatumomab)
- DLI administrering
- Metotrexate, högdosbehandling
- Pretransplantationsutredning och perifer stamcellsinsamling
- TLS, tumörlyssyndrom (läggs till i tillägg till annan vid risk att patienten kan få TLS, vanligen i samband med nyinsjuknande och specifika behandlingar)

Sjukhusets SVP:er

I tillägg till hematologavdelningens egna SVP:er finns det ett stort urval av SVP:er på sjukhuset för centrala infarter, leverbiopsi, mm som ska användas där det är relevant.

Om det skulle behövas en SVP som inte är tillgänglig att välja på hematologavdelningen går det att kontakta den avdelning där den används och be dem lägga till SVP:n i patientens vårdåtagande. Vid behov kan den läggas till i utbudet på avdelningen (chef måste kontakta vårdkvalitetsavd).

Vårdplan

Om det inte finns någon SVP som passar för patientens diagnos eller behandling används någon av de andra vårdplanerna:

- Generell vårdplan (GVP)
- Individuell vårdplan (IVP)

Rapportblad

Rapportbladet kommer avvecklas från Cosmic under våren 2025. Arbete pågår för att definiera hur den dokumentationen ska göras då. Detta gäller till dess:

Dokumentera enstaka händelser/problem, åtgärd och resultat.

Om patientens problem upprepar sig eller om problemet varar mer än 24 timmar ska status uppdateras och ev. vårdplan skrivas.

Dokument

Många blanketter skrivs i Cosmic, det vanligaste för ssk är remiss för EKG och vårdgivarintyg för sjukresor.

Utskrivning

Slutanteckning ssk Region Uppsala

Slutanteckning ska skrivas på alla patienter och donatorer som skrivs ut från avdelningen, oavsett om de skrivs ut till hemmet eller till annan vårdgivare.

Faxa/skicka med slutanteckning till ev. annan vårdgivare.

Slutanteckningen återfinns längst ner i vårdplanen. För utskrift gör så här:

1. Ställ dig med pilen vid det du vill skriva ut (där fältet är blått)
2. Högerklicka och välj "skriv ut"
3. Beprövad av = vilken läkare som är ansvarig. Välj *Lägg till fler alternativ*.
4. Skriv namnet på läkaren, klicka på namnet, klicka på pilen och sedan OK.
5. Skriv text i kommentarsruta vem som ska få epikrisen.

Avsluta vårdåtagande

Avsluta vårdåtagandet när patienten skrivs ut/överflyttas från avdelningen. PAS får INTE avslutas.

Undersköterskans dokumentation

Det mesta i denna SOP riktar sig till sjuksköterskor som har större delen av dokumentationsansvaret. Denna del riktar sig till undersköterskor och beskriver vilken dokumentation som förväntas göras av undersköterska (gäller även omvårdnadsassistent som arbetar som undersköterska).

Journaltabeller

- In- och utfarter
 - Borttagande av PVK
 - KAD, insättning, byte och borttagande
- Personlig vård och omvårdnad
 - Detta är en journaltabell som alla ineliggande patienter ska ha oavsett om personen i fråga sköter sig själv eller behöver hjälp.

- Ska fyllas i dagligen och fungera som ett stöd i arbetet vid skiftbyten så att kvällspersonalen vet vad som är gjort och inte men också för att visa VAD man har gjort.

Status

- Avföringsregistrering
- Residualurin/ urinmängd i blåsa
- Personlig vård

SVP

Vårdplanen ska startas av SSK, USK skriver under befintliga sökord.

- **Munhälsa:** signera att man tagit in mjuka tandborstar vid isolering samt signera att man fyllt på med tandborstar.
- **Hud:** signera att hudlotion och läppcerat är lämnat vid isolering
- **Nutrition:** nutritionsbehandling- skriva specifika önskemål pat har, t.ex vilka näringsdrycker som gillas.

GVP

Vårdplanen ska startas av SSK, USK skriver under befintliga sökord.

- **Sår:** signera utförda åtgärder.
- **Trycksårsrisk:** signera utförda åtgärder/behov.
- **Fallrisk:** signera utförda åtgärder/behov.

Journalpärmerna

Signera LP, märg, EKG och provtagning.

Arkivering

[Hälsobeskrivning inför inläggning och mottagningsbesök 13404](#) skannas till journalen.

Avsteg från beskriven rutin

Vid avsteg från beskriven rutin skall orsaken dokumenteras i patients/donators journal i Cosmic.

Åtgärder vid avvikelser

Rapportera avvikelser i Medcontrol enligt [Avvikelsesrapportering och hantering SOP, BOT 13231](#) samt i patients/donators journal om patient/donator varit direkt eller indirekt involverad.

Referenser

Alla dokument med ID-nummer finns tillgängliga via Region Uppsalas dokumentplattform DocPlus <http://publikdocplus.region uppsala.se/> där inget annat anges. Alla dokument med ändelse HEM är skapade av sektionen för Hematologi. Länkar hämtade 2020-02-06 där inget annat anges.

[Hälsobeskrivning inför inläggning och mottagningsbesök 13404](#)

Dokumentationsmanualer (Intranätet – IT-system – Cosmic-elektronisk patientjournal – manualer och instruktioner)

[SFS 2008:355](#) Patientdatalag

[SOSFS 2008:14](#) Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

[Socialstyrelsens Handbok till SOSFS 2008:14, informationshantering och journalföring](#)

Dokumenthistorik

Författare: Berit Thoudal, Kerstin Hamberg.

2011-09-01 Nytt dokument. Först publicerad i Centuri med id-nummer: XD47.

2013-03-01 Förtydligat stegvis utförande med termer som används i Cosmic. Förklarande bilder. Länkar uppdaterade.

2016-05-10 Tagit bort information om hälsobladet, tillägg säkerhetsföreskrifter, sekretess, journaltabell samt små justeringar. Bildnummer. Uppdatering av länkar.

2017-01-18 Byte av dokumenthanteringssystem från Centuri till DocPlus. Nytt id-nummer: 13824.

2020-06-16 Innehåll överfört från Centuri till DocPlus. Uppdaterad så den stämmer med Cosmic R8.1. Tagit bort skärmdumpar. Pilning i journaltabell. Ulrica Sundström, Gun-Marie Jäger, Carin Holmqvist, Nina Lundberg, Sofie Blomberg, Kajsa Svenson, Jenny Eskilson, Linda Nordgren, Merete Adegunle, Kristina Carlson.

2021-11-12 Tillägg tabell om SVP:er på avd. Andreas Mattsson, Margarita Kalafati, Sofie Blomberg, Kajsa Svenson, Merete Adegunle, Kristina Carlson.

2024-11-20 Reviderad av Kajsa Svenson, Anna A Svensson, Emma Lindell. Gäller enbart för hematologavdelning 101A, flyttat rutiner på hematologmottagningen till nytt

dokument. Lagt till om USK dokumentation. Uppdaterat "klick-rutiner" för att göra starta/göra olika delar. I Patientkort: Bekräfta om tidigare uppgifter stämmer. Lagt till om riskbedömningar. Om journaltabell redan finns vid inskrivning ska den användas. Bytt ut tabell om SVP mot punktlistor. Rapportblad kommer avvecklas. Epikris -> slutanteckning. Granskad av Margarita Kalafati, Erika Bodin, Ida M Lindgren, Merete Adegunle, Kristina Carlson.