

# Omvårdnadsdokumentation i sluten- och heldygnsvård

---

## Hitta i dokumentet

[Syfte](#)  
[Bakgrund](#)  
[Vårdplaner](#)  
[Vårdskadeprevention CDS](#)

[Övrig omvårdnadsrelaterad dokumentation](#)  
[Information att läsa via 1177 Journalen och Nationell patientöversikt](#)  
[Uppdaterat från föregående version](#)

---

## Syfte

Beskriver hur omvårdnadsdokumentation i sluten- och heldygnsvård inom Hallands sjukhus, närsjukvården och Psykiatrin utförs. Gemensamt sätt att dokumentera är en förutsättning för patientsäker omvårdnad och för att informationsöverföring under vårdtiden samt till nästa vårdgivare säkerställs. Enhetligt användande av termer och gemensam struktur underlättar även för patienten att kunna ta del av information om sin egen vård.

## Bakgrund

Patientjournalen ska enligt Socialstyrelsen innehålla tydlig omvårdnadsdokumentation som beskriver vårdens planering, genomförande och resultat. Det ska finnas de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Informationen ska vara strukturerad så att den är tillgänglig för patienten och berörda personalkategorier på ett överskådligt sätt utan att en uppgift behöver dokumenteras flera gånger.

Omvårdnadsdokumentationens viktigaste funktion är att vara ett arbetsunderlag för vårdpersonalen i det direkta vårdarbetet. Sjuksköterskan har omvårdnadsansvaret och är huvudansvarig för upprättande av omvårdnadsanamnes (inskrivningsanteckning) och omvårdnadsepikris (slutanteckning). All personal som deltar i omvårdnaden ska fortlöpande dokumentera om patientens tillstånd förändras och andra uppgifter som har betydelse för patientens fortsatta vård och behandling. Detta gäller även när vårdutövaren inte är journalföringspliktig enligt lag, exempelvis undersköterskor och skötare.

I Cosmic används VIPS-modellen som är en förkortning av; *Välbefinnande*, *Integritet*, *Prevention* och *Säkerhet*. Det är en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen och även en del i den framtida implementeringen av omvårdnadskodverket [ICNP – International Classification for Nursing Practice](#).

Omvårdnadsdokumentationen utförs i den kronologiska journalen i journalmallar skapade för slutenvårdsanteckning under sökordsstrukturen Omvårdnad. Dokumentationen ska vara saklig, lättförståelig och endast med vedertagna förkortningar om sådana används.

För att uppgifter inte ska dubbeldokumenteras behöver sjuksköterskan vid inskrivningen börja med att ta del av tidigare relevanta journalanteckningar och gemensamma dokument, såsom basdata och levnadsvanor. Patientens samtycke behövs för att ta del av information utanför den egna vårdgivaren. Se vidare i rutin: Länk till [rutin för samtyckeshantering](#)

Omvårdnadsrelaterad dokumentation utförs i flera delar av Cosmic, där vissa är klinik- och förvaltningsöverskridande, det vill säga gemensamma dokument, exempelvis *Basdata* och *Levnadsvanor*. Andra delar i Cosmic för omvårdnadsrelaterad dokumentation är exempelvis:

- CDS Vårdskadeprevention inom *Trycksår, Fall, Undernäring, Munhälsa*
- Standardiserad vårdplan, *Omvårdnad*
- Standardiserad vårdplan, *Sårbehandlingsplan*
- Standardiserad vårdplan, *Utskrivningsplanering*
- Journaltabeller
- Vätskebalans
- Att göra patient, checklista för aktiviteter

## Omvårdnadsdokumentation i kronologisk journal

### Inskrivningsanteckning (Omvårdnadsanamnes)

Inom Hallands sjukhus används journalmall *Inskrivningsanteckning* eller annan journalmall avsedd för inskrivning inom den vårdande specialiteten, exempelvis *Inskrivningsanteckning, hjärt- och kärlsjukdomar*. Inom Psykiatri används *Inskrivningsanteckning, psykisk hälsa*.

Nedan ges en vägledning för de sökord där förtydligande kan behövas.

### Inskrivningsorsak

Kortfattat om orsak till inskrivning som vården anger.

### Allmänna uppgifter

#### *Identitetskontroll*

Kontroll av identitet och att patienten har ID-band.

#### *Uppgiftslämnare*

Uppgiftslämnare, om annan än patienten, ange relation till patienten eller om uppgifter hämtats från tidigare journal. Undvik att uppges namn och personuppgifter på privatpersoner. Om uppgiftslämnaren är en myndighetsperson under yrkesutövning ska namn, yrkestitel och arbetsplats framgå. Om fasta val inte stämmer, används kommentar i fritext.

### Minderåriga barn som närstående

Se rutin [Barn som anhöriga](#)

### Våldsutsatthet

Se rutin [Våld i nära relationer inkluderat hedersrelaterat våld och förtryck](#)

### Anamnes

#### *Aktuellt*

Kortfattad beskrivning av patientens (eller närståendes) beskrivning av orsak till vårdkontakt och upplevelse av sjukdom samt förväntningar på vården. Symtom och påverkan på daglig livsföring kopplat till aktuell situation.

#### *Specifik hälso- och sjukdomsanamnes*

Används för att beskriva anamnestiska uppgifter som är av betydelse för den specifika vården av patienten på den egna vårdenheten. Lokala riktlinjer kan styra användningen av detta sökord. *Allmän hälso- och sjukdomsanamnes* kan finnas dokumenterad sedan tidigare i

basdata och lämnas nya uppgifter, som är av allmän betydelse för vård och behandling, kan dessa behöva dokumenteras på avsedd plats i basdata.

#### *Hereditet*

Dokumenteras av läkare. Lokal rutin kan dock finnas för användning av andra yrkesgrupper. Om denna uppgift redan finns dokumenterad och fortfarande är aktuell återfinns informationen i basdata och ny dokumentation behöver inte göras i journalanteckningen. Om dokumentation behöver göras kan tidigare dokumenterade uppgifter inom enheten hämtas in för att kunna komplettera den nya dokumentationen. Observera dock att tidigare information på sökordet endast hämtas från den enhet där användaren för tillfället är inloggad på. Se rutin: [Basdata](#)

#### **Status**

Aktuellt tillstånd vid ankomst till avdelning dokumenteras i *inskrivningsanteckningen* under de obligatoriska statussökorden, även vid normalt tillstånd (Tabell 1 Obligatoriska sökord vid inskrivning – Aktuellt tillstånd). Beroende på den vårdande specialiteten och vilken journalmall som används kan även andra statussökord vara relevanta att använda för att beskriva aktuellt tillstånd. Med obligatoriska sökord avses de sökord som enligt denna rutin *skall* dokumenteras på enligt ovan. Det finns ingen systemteknisk funktion som meddelar vilka omvårdnadssökord som är obligatoriska i Cosmic. Se nedanstående tabell för tolkning av sökord.

**Tabell 1 Obligatoriska sökord vid inskrivning – Aktuellt tillstånd**

<b>Hallands sjukhus</b> Patient 18 år eller äldre	<b>Hallands sjukhus</b> Patient 17 år eller yngre	<b>Psykiatri</b>
Kommunikation	Kommunikation <i>Används om relevant</i>	Nutrition/Ätande
Andning/Cirkulation	Andning/Cirkulation	
Nutrition/Ätande <ul style="list-style-type: none"> <li>Mun och Svalg</li> <li>Screening av risk inom nutrition/munhälsa</li> </ul>	Nutrition/Ätande <ul style="list-style-type: none"> <li>Mun och Svalg</li> </ul>	Hud/Vävnad
Elimination <ul style="list-style-type: none"> <li>Urin- och avföringsfunktioner</li> </ul>	Elimination <ul style="list-style-type: none"> <li>Urin- och avföringsfunktioner</li> </ul>	Sömn/Vila
Hud/Vävnad <ul style="list-style-type: none"> <li>Screening av risk inom trycksår eller fuktskada</li> <li>Sår</li> </ul>	Hud/Vävnad <i>Används om relevant</i>	
Aktivitet/ADL <ul style="list-style-type: none"> <li>Screening av risk inom fall</li> </ul>	Aktivitet/ADL	
Sömn/Vila	Sömn/Vila <i>Används om relevant</i>	
Smärta	Smärta <i>Används om relevant</i>	

### **Omvårdnadsbehov som förväntas kvarstå kortare tid än 24 timmar**

När det vid inskrivning identifieras att patienten behöver hjälp med omvårdnad eller att aktuellt tillstånd innebär risk/problem som förväntas kvarstå kortare tid än 24 timmar fortlöper dokumentation av åtgärder kopplat till aktuellt statussökord i Slutenvårdsanteckning avsedd för omvårdnad.

### **Omvårdnadsbehov som förväntas kvarstå längre tid än 24 timmar**

När det vid inskrivning identifieras att patienten behöver hjälp med omvårdnad eller att aktuellt tillstånd innebär risk/problem som förväntas kvarstå längre tid än 24 timmar påbörjas standardiserad vårdplan Omvårdnad. Hänvisa under aktuellt statussökord att vårdplan Omvårdnad påbörjats.

Planering av omvårdnadsåtgärder dokumenteras därefter i vårdplanen i anslutning till aktuellt statussökord och vid förändrat tillstånd uppdateras status i Slutenvårdsanteckning.

## **Slutenvårdsanteckning**

### **Omvårdnadsstatus**

Inom Hallands sjukhus används journalmall *Slutenvårdssanteckning, omvårdnad* eller annan motsvarande slutenvårdsanteckning för specialiteten. Exempelvis kan *slutenvårds-anteckning, psykisk hälsa* användas inom Psykiatrin. Under vårdtiden används sökordsstruktur för *Omvårdnad* för löpande dokumentation av status, åtgärder och resultat.

I journalmallar där underliggande sökord inte finns förtydligas den funktion som beskrivs genom att inleda med aktuell funktion, se exempel i bild:

Anteckning slutenvård		2024-11-07 08:29
Olga Ivanovic, Sjuksköterska		Avdelning 2A Kirurgi Varberg
Avdelning 2A Kirurgi Varberg		Kirurgikliniken
Omvårdnad		
<b>Andning/Cirkulation</b>	Andning: Ansträngd andning efter måltid...	
	Cirkulation: Cirkulatoriskt instabil med lågt blodtryck, hög puls, kallsvettig och blek	
<b>Åtgärd Andning/Cirkulation...</b>	...	
Specifik omvårdnad	Andning: syrgas 5L på mask	
	Cirkulation: Snabb infusion av vätska iv.	
Samordning	Kontaktar avdelningsläkare.	

För intensivvård finns särskild sökordsstruktur gällande andning och cirkulation där sökorden är separerade.

Fortlöpande under vårdtiden utvärderas insatta åtgärder och dokumenteras under resultat i anslutning till aktuell åtgärd. För att undvika dubbeldokumentation som försvårar läsbarheten är grundregeln att dokumentation av aktuellt status uppdateras enbart när patientens tillstånd förändras till det bättre eller sämre. Inom psykiatrin ska däremot psykiskt status uppdateras en gång vid varje arbetspass även om tillståndet inte förändrats.

### **Omvårdnadsbehov som förväntas kvarstå kortare tid än 24 timmar**

När det identifieras att patienten behöver hjälp med omvårdnad eller att aktuellt tillstånd innebär risk/problem som förväntas kvarstå kortare tid än 24 timmar fortlöper dokumentation av åtgärder under aktuellt statussökord i Slutenvårdsanteckning.

### **Omvårdnadsbehov som förväntas kvarstå längre tid än 24 timmar – Vårdplan, Omvårdnad**

När det identifieras att patienten behöver hjälp med omvårdnad eller att aktuellt tillstånd innebär risk/problem som förväntas kvarstå längre tid än 24 timmar påbörjas Vårdplan, omvårdnad. Dokumentera under aktuellt statussökord att vårdplan, omvårdnad påbörjats. Planering av omvårdnadsåtgärder dokumenteras därefter i vårdplanen i anslutning till aktuellt

statussökord och vid förändrat tillstånd uppdateras aktuellt statussökord i Slutenvårdsanteckning.

Sökordet *Sammansatt status* ska användas restriktivt då det försvårar sökbarheten av information. Sökordet kan användas för att sammanfatta längre vårdförlopp exempelvis i samband med palliativ vård eller när patienter vårdas inom rättspsykiatri. Detta styrs av lokala arbetssätt.

### **Dokumentation av beslut fattade under rond**

Dokumentation av rond kan göras på olika sätt beroende på verksamhet och lokalt beslutade arbetssätt på klinik- eller förvaltningsnivå. Nedan beskrivs olika verktygs olika syften för dokumentation.

#### *Sökord Planering*

Sökordet Planering finns i alla slutenvårdmallar och används i första hand för att sammanfatta beslut och ordinationer som påverkar planeringen av omvårdnaden.

#### *Journalmall Rondanteckning*

Journalmall för rondanteckning finns för alla verksamheter som bedriver sluten- och heldygnsvård. Den används främst som tvärprofessionell anteckning, där en utsedd person som deltar under rondan dokumenterar och de närvarande namnges i anteckningen. Sökordet *Planering* används för att sammanfatta beslut och ordinationer som påverkar planeringen av omvårdnaden. Rondanteckningen utförs i direkt anslutning till att rondan är slutförd så att alla kan bekräfta att dokumentationen överensstämmer med det som diskuterats och beslutats.

### **Konsultation och rådgivning från läkare och andra professioner**

Sökordet *Planering* används för att sammanfatta beslut och ordinationer som påverkar planeringen av omvårdnaden. Exempel är ordinationer och rekommendationer från jourläkare eller diabetessjuksköterska. Namn, yrkestitel och arbetsplats på den personen som konsulteras ska framgå i dokumentationen. Notera att läkemedelsordinationer ska dokumenteras i läkemedelsmodulen.

### **Slutanteckning (Omvårdnadsepikris)**

När det är aktuellt att upprätta omvårdnadsepikris används journalmall, *Slutanteckning*. I slutanteckningen beskrivs aktuellt status vid utskrivningen och vilka åtgärder som är planerade och som bör följas upp. Hänvisning ska göras till vårdplaner som inte ska avslutas utan kommer att fortsätta användas av närsjukvård och/eller specialistvård.

Under rubrik *Utskrivning av patient* dokumenteras aktuellt tillstånd under sökordsstruktur *Omvårdnadsstatus*. Under sökordet *Planering* dokumenteras insatser som behöver följas upp och om vilken uppföljning som är planerad inom närsjukvård och/eller specialistvård.

Om patienten inte har några planerade vårdinsatser från kommun eller annan vårdgivare i samband med utskrivning behöver inte omvårdnadsepikris upprättas. Om patienten har avlidit under vårdtiden ska inte omvårdnadsepikris upprättas.

Sökordet *Diagnos och åtgärdskod*:

Detta sökord är obligatoriskt, även för sjuksköterskor, och KVÅ-kod måste vara ifyllt för att kunna signera anteckningen. För omvårdnadsepikris används KVÅ-koden: *XS919 Sjuksköterska*. Diagnoskod ICD ska inte anges av sjuksköterska.

### **Omvårdnadsepikris (slutanteckning) ska upprättas:**

#### **För Hallands sjukhus när:**

- Vårdinsatser fortlöper eller kan förväntas fortlöpa efter utskrivning hos annan vårdaktör, exempelvis:
- Annan klinik inom Hallands sjukhus
- Annat sjukhus eller annan förvaltning till exempel Psykiatri
- Kommunal hemsjukvård eller särskilt boende
- Närsjukvården

#### **För Psykiatri vid:**

- Utskrivning efter vård inom psykiatri så upprättas omvårdnadsepikris enbart vid:
- Ny instans efter utskrivning, exempelvis nytt särskilt boende eller behandlingshem.
- Begäran av omvårdnadsepikris från mottagande part.

### **Utskrivning då omvårdnadsepikris kan behövas även om ingen vårdinsats fortlöper hos annan vårdaktör**

I särskilda fall som vid komplexa vårdförlopp, risk för återinskrivning eller vid smittrisk, bedöms om det finns behov av att upprätta omvårdnadsepikris även om det inte finns planerade vårdkontakter hos annan vårdaktör. Detta gäller för både Psykiatri och Hallands sjukhus.

## **Vårdplaner**

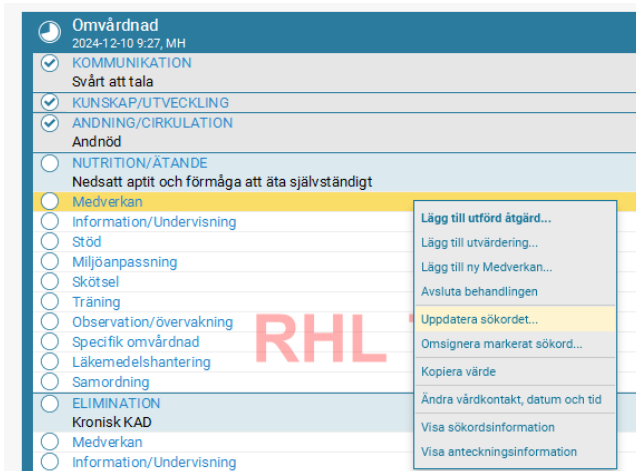
Vårdplaner är en gemensam dokumentationsyta som kan läsas och skrivas mellan kliniker och förvaltningar. Det gör det möjligt att minska dubbelokumentation och säkerställa informationsöverföring mellan olika verksamheter. Vid utskrivning eller byte av vårdavdelning ska enbart de vårdplaner som är aktuella att använda fortlöpa. Sjuksköterska på utskrivande avdelning ansvarar för att avsluta vårdplaner som inte är aktuella. Vid flytt av patient från IVA ansvarar sjuksköterska på IVA att avsluta vårdplaner som inte är aktuella för fortsatt användning på vårdavdelningen.

**Se kommande rutin: Cosmic - Vårdplaner**

### **Vårdplan Omvårdnad**

Kan upprättas direkt vid inskrivningen eller under vårdtiden om patienten har behov av omvårdnadsbehov som innebär risk eller problem som förväntas kvarstå längre tid än 24 timmar. Välj vårdplan *Omvårdnad*, som innehåller samtliga statussökord enligt VIPS. Enbart de sökord som är relevanta används, övriga kan stängas men kan öppnas igen vid behov. Vårdplanen används för planering av omvårdnads mål och omvårdnadsåtgärder som behöver säkerställas under vårdtiden.

Relevant statussökord/omvårdnadsdiagnos väljs utifrån problemområde. Planering av omvårdnads mål styr val av omvårdnadsåtgärd. Val av åtgärdssökord styrs av åtgärdens syfte. Uppdatering av sökorden i vårdplanen sker via högerklick på aktuellt sökord och menyval *Uppdatera sökordet*.



I slutenvårdsanteckning under sökordsstruktur *Omvårdnad* fortlöper dokumentation under aktuellt sökord:

- Att vårdplan påbörjats, ange vilken
- Uppföljning av resultatet av insatta åtgärder
- När patientens status förändras.

### Vårdplan *Sårbehandlingsplan*

Omvårdnadssökordet *Hud/vävnad* används för att beskriva observationer av okomplicerade sår och förband, som bedöms läka som förväntat, exempelvis operationssår. För sår som behöver följas upp och behandlingsplan gällande omläggning finns, ska vårdplan *Sårbehandlingsplan* påbörjas. I denna vårdplan dokumenteras ordination, bedömning och behandling av såret. Vid flera sår upprättas separat sårbehandlingsplan för varje sår. Se vidare i rutin: [Dokumentation av sårbehandling](#)

### Vårdplan Utskrivningsplanering

Används tvärprofessionellt för patienter där det är aktuellt med kartläggning av behov och planering av insatser efter utskrivning. Vårdplanen kan upprättas inför vårdplanering där många eller komplexa behov har identifierats. Denna vårdplan ska inte förväxlas med standardiserad individuell plan (SIP) i LifeCare.

### Vårdplan Rehabiliteringsplan

Påbörjas av medarbetare från Rehabiliteringskliniken Hallands Sjukhus. Används både inom öppen och sluten-/heldygnsvård för att säkerställa rehabiliteringsbehov.

### Övriga vårdplaner

Ett antal specifika vårdplaner finns för vissa vårdprocesser, exempelvis:

- Enteral nutrition
- Hjärtsvikt, behandling
- Tarmsvikt och stomi
- Trakealkanyl

## Vårdskadeprevention CDS

### Hallands sjukhus

Alla vuxna patienter screenas vid ankomst till vårdavdelning inom riskområdena trycksår, fall, undernäring och munhälsa. Resultat av utförd screening dokumenteras under relevant

statussökord i *Slutenvårdsanteckning, omvårdnad* eller annan motsvarande slutenvårdsanteckning.

När riskpatient identifieras utförs riskbedömning med stöd av, CDS Vårdskadeprevention inom aktuellt riskområde. Om det då konstateras ökad risk eller att befintlig skada identifierats aktiveras vårdplan, där omvårdnads mål och planering av omvårdnadsåtgärder dokumenteras.

### **Psykiatri**

Alla patienter över 65 år riskbedöms inom riskområde trycksår, fall och munhälsa med kliniskt beslutsstöd, Vårdskadeprevention. Alla patienter screenas för undernäring, för de patienter där screening påvisar risk för undernäring används CDS undernäring.

Se rutin: [Vårdskadeprevention CDS](#)

## **Övrig omvårdnadsrelaterad dokumentation**

### **Kliniska mätvärden**

Dokumentation av kliniska mätvärden kan ske i olika vyer i Cosmic beroende på situation/tillämpning. Mätvärden kan dokumenteras via journaltabell, *Patientöversikt, Att göra - Patient* eller via sökord i journalmall. Mätvärden sparas som så kallade arketyper och är synliga i flera olika vyer, oavsett vart de registreras.

### **Journaltabeller**

Journaltabeller är en gemensam dokumentationsyta som används för upprepade mätningar och registreringar och som kan användas mellan olika kliniker och förvaltningar. Patienten bör endast ha en aktiv journaltabell av samma typ. Ej aktuella journaltabeller ska avslutas vid utskrivning.

Observera att vissa journaltabeller är ämnade som tilläggstabeller till en huvudtabell, exempelvis PVK 4 eller en artärkateter till huvudtabell *In- och utfarter*.

Information som dokumenteras är till exempel in- och utfarter och observationer/mätningar som inte ingår i omvårdnadsstatus eller som lämpar sig bäst att dokumentera i tabellformat. Journaltabellen kan behöva kompletteras med omvårdnadsstatus eller vårdplan för att säkerställa omvårdnadsåtgärder.

### **Vätskebalans**

Patientens energi- och vätskeintag samt vätskeförluster registreras i översikten Vätskebalans. För de flesta vårdenheter är bryttiden kl 07.00, detta innebär att summering av intag och förluster behöver registreras senast kl 06.59 för att de ska räknas med på rätt dygn. Infusioner och sondnäring som är registrerade som administrerade i Cosmics läkemedels-modul överförs automatiskt till vätskebalansen.

### **Att göra – Patient**

Vissa omvårdnadsrelaterade aktiviteter kan registreras och markeras som utförda via aktiviteter i verktyget *Att göra - Patient*. Detta verktyg är att betrakta som ett arbetsverktyg eller checklista. Informationen räknas inte som journaldokumentation, förutom registrering av mätvärden och beställningar av analyser. Detta innebär att dokumentation som relaterar till utförd aktivitet kan behöva göras i patientens journal.



### Patientkort

Uppgifter angående närstående och om behov finns av tolk.

Se kommande rutin: **Cosmic Patientkort**

### Enhetsöversikten

I enhetsöversikten finns kolumner som används för omvårdnadsrelaterad dokumentation:

- Kommande aktiviteter gällande läkemedel, kontroller av mätvärden, med mera
- Om upplysningar får lämnas ut till närstående
- Om patienten är flyttbar
- Om patienten är utskrivningsklar
- Kommentarsfält i fritext, används för att markera smitta, isolering, med mera
- Värdesaker
- Permission
- För psykiatri finns även kolumner för vårdform, tillsynsgrad och friförmåner

Se rutin: [Cosmic - Enhetsöversikten \(utkast\)](#)

### UMS – Uppmärksamhetssymbol

Uppmärksamhetsinformation i patientjournalen är mycket viktigt att kontrollera då det innehåller uppgifter om:

- Livshotande eller skadlig överkänslighet
- Medicinsk information av särskild vikt, om tillstånd och behandling t ex överkänslighet mot ett visst läkemedel, ställningstagande till hjärt-lungräddning.
- Vårdrutinavvikelse
- Smitta

Se rutin: [Cosmic UMS](#)

### Basdata

*Basdata* innehåller viktig medicinsk och omvårdnadsrelaterad information som omvårdnadspersonal ska ta del av.

Se rutin: [Basdata](#)

### Levnadsvanor

Regiongemensam rutin är vägledning i planering och genomförande av det systematiska sjukdomsförebyggande arbetet med levnadsvanor för personer över 18 år. Alkoholvanor, fysisk aktivitet, matvanor och tobaks-/nikotinvanor ska alltid dokumenteras eller uppdateras.

Dokumentation av levnadsvanor speglas till gemensamma dokument och kan läsas i

Patientöversikten. **Se kommande rutin: Levnadsvanor**

### Information att läsa via 1177 Journalen och Nationell patientöversikt

Samtliga journalanteckningar, inklusive alla omvårdnadsanteckningar kan läsas av invånaren via 1177 Journalen. Andra vårdgivare som inte har Cosmic kan via Nationell patientöversikt (NPÖ) ta del av samtliga journalanteckningar, inklusive omvårdnadsdokumentationen. Detta gäller både signerade och osignerade anteckningar.

Vårdnadshavare kan ta del av barnets journal tills dess att barnet fyllt 13 år. Barnet kan själv läsa sin egen journal när hen fyllt 16 år.

Vissa undantagna informationsmängder, exempelvis sökordet *Våldsutsatthet* går inte att läsa

på via 1177 Journalen eller NPÖ. Vissa vårdenheter publicerar ingen information alls till 1177 Journalen.

Läs mer i rutin: [Uppgifter som publiceras på 1177 Journalen respektive Nationell Patientöversikt \(NPÖ\)](#)

### **Uppdaterat från föregående version**

Rutinen är ny med anledning av införandet av Cosmic.