

Vårdokumentation i Cosmic för kuratorer

Omfattning och ansvar

Rutinen omfattar vårdokumentation för kuratorer som utförs inom primärvårdens verksamheter i region Norrbotten. Ansvarig för uppdatering är Sofie Matsson.

Syfte

Syftet med denna rutin är att säkerställa att arbetssätt i Cosmic sker enhetligt inom primärvårdens verksamheter.

Innehållsförteckning

Vårdokumentation i Cosmic för kuratorer	1
Omfattning och ansvar	1
Syfte.....	1
Vårdokumentation	2
Journalmallar	2
Besöksanteckning, psykisk hälsa primärvård.....	2
Internetförmädlade behandlingsprogram	3
Anteckning, rådivning på distans	4
Administrativ anteckning.....	4
Anteckning	4
Konferensanteckning	5
Gruppbehandlingar	5
Bokning av gruppbehandlingar.....	5
Dokumentation av gruppbehandlingar	6
Bedömningsinstrument och skattningsskalor	6
Originaldokument från Sussa samverkan	6
Bilaga 1	7
Förklaring av huvudsökord som återfinns i journalmallarna	7

Vårdokumentation

Journalmallar

Besöksanteckning, psykisk hälsa primärvård

Är tänkt att användas av psykologer, hälso- och sjukvårdskuratorer, psykoterapeuter och liknande professioner inom hela primärvården.

Mallen kan användas för arbete med både barn, unga och vuxna. Både bedömningar och behandlingar, (inklusive gruppbehandlingar) dokumenteras i denna mall.

- **Sökord under Basdata och Levnadsvanor**
 - Under *Basdata* och *Levnadsvanor* finns en del sökord som överlappar med sökorden under *Anamnes*.
 - Dokumentera information som är relevant för andra professioner och/eller enheter under *Basdata* och *Levnadsvanor*.
 - Information som enbart är relevant för din egna profession och din kontakt med patienten dokumenteras under *Anamnes*.
- **Sökordet Anamnes:**
 - Under *Anamnes* finns sökordet *Fördjupad kartläggning av psykosocial situation* för detaljerad dokumentation av psykosocial anamnes.
- **Sökordet Status**
 - Under sökordet *Status* återfinns sökordet *Bedömningsinstrument* består av en lista med fasta val, där en majoritet av de skattningsskalor och bedömningsinstrument som används vid psykisk ohälsa finns med.
 - Klicka i de instrument som använts och skriv resultatet och dess tolkning i fritextrutan.
 - För att kunna följa resultat över tid behöver resultatet även föras in i relevant journaltabell.
- **Sökordet Åtgärder:**

- Under sökordet *Åtgärder* återfinns sökordet *Psykologisk behandling* och används för dokumentation av pågående behandlingar inom ex. psykoterapi eller en serie samtal med ett specifikt fokus.
- Sökordet är generellt för psykologisk behandling, för att kunna rymma dokumentation från flera olika metoder och psykoterapiinriktningar.
- **Sökordet Diagnos och åtgärds kod:**
 - Obligatoriskt att dokumentera diagnos- och åtgärds kod
 - Förutom sedvanlig diagnos (ICD) och åtgärds kod (KVÅ), möjlighet att koda diagnos enligt DSM- 5 i de fall det bedöms nödvändigt.
 - Vid flera diagnoser, tänk på att ange huvuddiagnos och åtgärder till respektive diagnos.

Internetförmedlade behandlingsprogram

Anteckningsmallen *Internetförmedlande behandlingsprogram* används för dokumentation av internetbaserade behandlingsprogram (IKBT) via *1177 - Stöd och behandlingsplattform*.

Välj region:

- För att få fram regionens anslutna behandlingsprogram välj *Region Norrbotten* och välj därefter aktuellt internetförmedlande behandlingsprogram.

Sökordet Bedömningsinstrument:

- Sökordet *Bedömningsinstrument* återfinns under *Status*. Består av en lista med fasta val där en majoritet av de skattningsskalor och bedömningsinstrument som används inom primärvården finns med.
- Klicka i de instrument som använts och skriv resultatet och dess tolkning i fritextrutan.
- För att kunna följa resultat över tid behöver resultatet även föras in i relevanta journaltabeller

SibeR (Svenska internetbehandlingsregistret)

- I dagsläget är det enbart internetbaserade psykologiska behandlingar (IKBT) som är relevanta för registret.

Mallen består av dynamiska sökord och är förberedd för direktöverföring till kvalitetsregistret SibeR. Vid rapportering till registret behöver sökorden under SibeR fyllas i samt resultatet på aktuella självskattningsformulär behöver föras in i respektive journaltabell.

Anteckning, rådivning på distans

Anteckning, rådivning på distans används för dokumentation av behovsbedömningar, medicinska bedömningar samt triage via exempelvis TeleQ, telefon och *Min Vård Norrbotten-chatt*

Under huvudsökordet *Vårdkontaktsuppgifter* och undersökordet *Kontakttyp* beskrivs hur rådivningen genomförts ex. telefon, chatt eller video.

Om rådivningen övergår till att motsvara ett besök, ex om diagnos ställs rekommenderas att mallen *Besöksanteckning, psykisk hälsa primärvård* används. Det är därför viktigt att se till att rätt journalmall används från början.

Börjar man skriva i en journalmall och behöver byta mall så går det man skrivit förlorat, ex om en rådivning övergår till *Besöksanteckning, psykisk hälsa primärvård* eller vice versa så måste mallen bytas för att det ska bli rätt i den kronologiska journalen. Det är därför viktigt att dikterande läkare är tydlig och säger vilken mall som ska användas vid dokumentation i journalen.

Administrativ anteckning

Administrativ anteckning används för administrativ dokumentation utan kontakt med patient.

Användas för att dokumentera bedömning, tolkning och åtgärd av undersökningsresultat som inkommer efter ett patientbesök, såsom skattningsformulär, månderegistreringar eller liknande.

Detta dokumenteras under sökorden *Patientrapporterade värden, Bedömningsinstrument* och *Bedömning*.

Anteckning

Anteckning används för dokumentation av samtal som inte motsvarar ett besök, dvs uppföljning med patient via telefon, video eller annan kommunikation. Kontakten kan med andra ord vara bokad eller obokad. Om kontakten motsvarar ett besök används *Besöksanteckning, psykisk hälsa primärvård*

Konferensanteckning

Konferensanteckning är tänkt att användas vid dokumentation av möten med externa aktörer, exempelvis möte mellan vårdpersonal, patienten och dennes arbetsgivare.

Anteckningsmallen är tänkt för dokumentation av teamgemensamma bedömningar och beslut. I anteckningsmallen kan information från flera uppgiftslämnare dokumentera. Dokumentationen i denna mall kan ligga som grund för en rehabiliteringsplan och kompletteras vid behov med den *standardiserade rehabiliteringsplanen*.

Konferensanteckningen utgår från ICF-terminologin. ICF beskriver kropps-funktioner och kroppsstrukturer, aktivitet och delaktighet samt omgivnings- och personfaktorer ur ett biopsykosocialt perspektiv. Detta helhetsperspektiv möjliggör en bred kartläggning av patientens behov och underlättar målformulering.

Det finns två typer av konferensanteckningar framtagna:

- *Konferensanteckning, med patient:* bör användas vid möten med närverk och samverkanspartners då mötet utgör ett patientbesök.
- *Konferensanteckning, utan patient:* bör användas för konferenser eller interna möten utan patient. Den ska även användas för dokumentation vid remisshantering utöver det som hanteras i remissmodulen. I mallen kan man välja mellan *remisskonferens*, *ärendekonferens* eller *annan konferens*

Gruppbehandlingar

Bokning av gruppbehandlingar

Bokning av gruppbehandlingar rekommenderas utföras via *Grupper*, se bild nedan.



Bild: Funktionaliteten *Grupper* i *Patientlisten*.

Denna funktionalitet gör det möjligt att skapa bokningar för flera patienter samtidigt. Grupperna skapas och administreras under *funktionen Gruppadministration*.

Vid bokningen väljs vilken remiss som ska kopplas till respektive vårdkontakt och då är det även möjligt att välja bort medlemmar i gruppen om de inte är aktuella för bokningen.

Dokumentation av gruppbehandlingar

Dokumentation av gruppbehandlingar rekommenderas att utföras via *Grupper*, se bild ovan,. Det gör det möjligt att skapa anteckningar för flera patienter samtidigt. Grupperna skapas och administreras under *funktionen Gruppadministration*.

När funktionen *Grupper* är aktiverad är det möjligt att skapa samma anteckning i journalen till alla de patienter som ingår i gruppen samtidigt. Det går även att välja vilka av gruppmedlemmarna som ska tilldelas journalanteckningen och det är även möjligt att vid behov göra individuella justeringar.

Bedömningsinstrument och skattningsskalor

Bedömningsinstrument och skattningsskalor kan dokumenteras på följande sätt:

- I tabellform om man har behov av att följa värden över tid, där man kan följa endast slutsumman eller svar och slutsumman
- Eget sökord i journalmall via vallista och fritextmöjlighet. Om flera instrument och skalor ska dokumenteras använd funktionen ”kopierar sökordet” för att möjliggöra dokumentation på respektive instrument eller skala.

För mer information kring *Bedömningsinstrument och skattningsskalor*, se regionövergripande rutin- *Vårdokumentation i Cosmic*.

Originaldokument från Sussa samverkan

DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-394](#)

DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-390](#)

DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-388](#)

DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-387](#)

Bilaga 1

Förklaring av huvudsökord som återfinns i journalmallarna

Vårdkontaktuppgifter: administrativa uppgifter relaterat till besöket.

Konferensorsak: beskriv anledning till konferensen, ex rond eller planering inför utskrivning

Allmänna uppgifter: identitetskontroll, roller som varit närvarande ex rehabiliteringskoordinator samt uppgiftslämnare.

Våldsutsatthet: all dokumentation av våldsutsatthet ska dokumenteras under detta och underliggande sökord.

Anamnes: anamnesuppgifter som är av intresse för den enskilda vårdenheten. Uppgifter som rör hälso- och livssituation före aktuell vårdkontakt samt uppgifter om tidigare åtgärder och bedömningar dokumenteras här.

Status: uppgifter om patientens hälsotillstånd, utifrån vårdpersonalens egna observationer och/eller patientens egna uppgifter som rör psykisk status, kroppsstruktur och dess funktion ska dokumenteras här. Bedömningsinstrument som använts samt dokumentation av genomförda undersökningar ska sammanfattas här.

Bedömning: vårdpersonalens analys av insamlad information om identifierade och prioriterade hälsoproblem samt uppföljning av tidigare dokumentation under Anamnes, Status, Resultat samt Mål dokumenteras här. Bedömd diagnos skrivs i klartext.

Mål: dokumentation av målformulering som sker tillsammans med patienten där det är möjligt.

Åtgärder: åtgärder i syfte att förebygga, bota eller lindra identifierade hälsoproblem dokumenteras här.

Resultat: utvärdering av utförda åtgärder för aktuellt hälsoproblem skrivs här.

Planering: aktiviteter som planeras för att uppnå mål dokumenteras här.

Diagnos- och åtgärds kod: obligatoriskt att fylla i i diagnos och åtgärds kod.

Administrativ information: dokumentera vid behov ex viktig bogningsinformation som kan vara bra att känna till vid planering av patientens fortsatta vård