

Vårdokumentation i Cosmic för primärvården

Omfattning och ansvar

Rutinen omfattar vårdokumentation 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 primärvården	1
Omfattning och ansvar	1
Syfte.....	1
Vårdokumentation	4
Journalmallar	4
Besöksanteckning, primärvård	4
För besök som avser enstaka kontroll, kort åtgärd eller väldefinierade behandlingar:	8
Samtal vid allvarlig sjukdom.....	9
Brytpunktssamtal/behandlingsbegränsning	9
Suicidriskbeödmning	9
Mätning av ögontryck.....	9
Synkontroll	9
Audiometri.....	10
Bladderscan	10
Kroppsmått	10
Anteckning, Asykron kontakt	10
Anteckning, rådgivning	11
Administrativ anteckning.....	11
Anteckning, primärvård.....	12
Hälsoundersökning, asyl/migranter	12
Besöksanteckning, medicinsk fotvård	13
Anteckning, smittspårning	14
Sårdokumentation, primärvård	14
Triageanteckning, primärvård/jourcentral	15
Akut omhändertagande primärvård	15
Inskrivning, SÄBO.....	16
Besöksanteckning, barnhälsovård psykolog	16
Besöksanteckning, Psykisk hälsa primärvård	16
Internetbaserade behandlingsprogram	17
Vårdplaner	17
Vårdplan, smärtbehandling.....	17
Dokumentation vid upprättande av vårdplan:	18
Planering av behandling och åtgärder:	18
Löpande uppföljning och utvärdering	19
Teamutvärdering:	19

Diagnos- och åtgärdskodning	20
Rehabiliteringsplan	20
Journaltabeller	21
Journaltabell, mätvärden.....	21
Journaltabeller och bedömningsinstrument psykisk hälsa	22
Hur bedömningsinstrument och skattningsskalor ska användas	22
Journaltabell, ljusbehandling.....	23
Målordinationer primärvård	23
Dokumentation av gruppbehandlingar	23
Originaldokument från Sussa samverkan	24
Bilaga 1.....	25
Förklaring av huvudsökord som återfinns i journalmallarna	25

Vårdokumentation

Journalmallar

Besöksanteckning, primärvård

Besöksanteckning, primärvård användas av läkare, distriktssjuksköterskor, sjuksköterskor och undersköterskor. Sökorden är utformade för att passa alla yrkeskategorier.

Besöksanteckning, primärvård är avsedd att användas för besök på mottagning och för vårdkontakter via telefon, chatt eller video som motsvarar ett besök.

Besöksanteckning, primärvård används ex. vid behandlingar, screening, grupper, riktade hälsosamtal, årskontroller, rond på SÄBO, hembesök och vid hemsjukvård.

Vid användandet av *Besöksanteckning, primärvård* sker en automatisk överföring till kvalitetsregister när specifika sökord används, se längre ner i dokumentet.

Besöksanteckning, primärvård ska inte användas i följande situationer:

- Besök på mottagning för psykisk hälsa, använd mallen *Besöksanteckning psykiatrisk hälsa primärvård*
- Besök som avser hälsoundersökning asyl-nyanlända, använd mallen *Hälsoundersökning asyl-nyanlända*
- Besök hos psykolog inom föräldra-, mödra- och barnhälsovård när det är barnet som är patienten, använd mallen *Besöksanteckning barnhälsovård psykolog*

För att särskilja olika besöksanteckningar vid inläsning är det viktigt att dokumentera följande:

Vad besöket avser:

- Anges via fasta val under sökordet *Vårdkontaktorsak* ex *Bedömning* eller *Uppföljning*.
- Viktigt att observera skillnaden mot sökordet *Sökorsak* som är patientens orsak till besöket.

Hur besöket har genomförts:

- Anges via fasta val under sökordet *Kontakttyp*: ex *Mottagningsbesök* eller *Hembesök- ordinärt boende*.

Sökordet Diagnos och åtgärdskod:

- Återfinns under sökordet *Diagnos- och åtgärdskod*.
- Det är obligatoriskt att fylla i diagnos (ICD) och åtgärdskod (KVÅ)

Besöksanteckningen, primärvård innehåller även relevanta sökord för att täcka dokumentationsbehovet för primärvårdens specialistmottagningar inom ex diabetes, astma/KOL, hjärtsvikt, inkontinens och minne. Dynamiska sökord finns under huvudsökorden *Anamnes* och *Bedömning*.

Sökordet *Specifik hälso- och sjukdomsanamnes* anger specifika anamnes-sökord för de specialistmottagningar som har behov av detta:

Diabetesanamnes

- Under detta sökord dokumenteras sådant som diabetestyp, typ av behandling och övrig viktig information kring sjukdomstillståndet som enbart rör diabetes.
- Majoriteten av sökorden har utdataberoende till *Nationella diabetesregistret, NDR*

Anamnes Astma/KOL

Under detta sökord dokumenteras sådant som tidigare symtom från luftvägarna, inhalationshjälpmedel, triggerfaktorer och övrig viktig information kring sjukdomstillståndet som enbart rör astma/KOL.

Se separat rutin för dokumentation av spirometriundersökningar [Spirometri i Cosmic för primärvården](#)

PEF dokumenteras under sökrdet Status- Bedömningsinstrument- Peeak expiratory flow (PEF)

Majoriteten av sökorden är kopplade till kvalitetsregistret *Luftvägsregistret*.

Resultat efter utförd COPD-6 mätning, dokumenteras under Status- Andning och cirkulation- FEV1/FEV6-mätning

Anamnes Inkontinens:

- Under sökordet dokumenteras sådant som endast används inom inkontinens.
- Utöver det specifika behovet kopplat till anamnes, har specialistmottagningarna specifikt dokumentationsbehov kopplat till, bedömning

och åtgärd där majoriteten av sökorden har utdataberoende till kvalitetsregister så som Luftvägsregistret, NDR, Rikssvikt och Svenska internetbehandlingsregistret (SibeR)

Bedömning Astma/KOL och Bedömning hjärta/kärl

- Under sökordet *Bedömning* dokumenteras stadiindelning och klassificering som enbart används vid astma/KOL respektive hjärtsvikt.
- Under sökordet *Åtgärder* dokumenteras given utbildning avseende astma/KOL eller inkontinens.

Minnesutredning

- Utlåtande för gjord minnesutredning dokumenteras under *Undersökningsresultat*, tolkning under sökordet *Minnesutredningsresultat*. Tolkning används för att det ska vara enkelt att vid behov kunna hitta om undersökningen är utförd och vad resultatet visade.
- Dokumentation av bedömningsinstrument som MMSE, Rudas, MoCa görs under sökordet *Bedömningsinstrument*.
- Det går att bifoga dokument i sin helhet via gemet samt att lägga in flera bedömningsinstrument efter varandra med egen kommentarruta (t ex med poäng).
- Ett formulär för anhörigintervju finns även framtaget som heter, *Anhörigintervju demensutredning*. Formuläret används för att identifiera demens och demensliknande tillstånd.
 - Genom att använda detta formulär inför ett läkarbesök kan anamnesen fördjupas och vidare utredning planeras. Formuläret består av flera frågeställningar under varje rubrik med endast ett kommentarsfält för svar. Dokumentera intervjun med de anhöriga i *Besöksanteckning, primärvård* under sökordet *Undersökningsresultat, tolkning* och vidare under sökordet *Minnesutredningsresultat, tolkning*.

Läkemedelsbehandling

- Behandling som involverar läkemedel och genomförs en gång eller som en serie, ex. B12 injektioner eller Antabustabletter etc. ska dokumenteras i *Läkemedelsmodulen* och i *Besöksanteckning, primärvård* under sökordet *Läkemedelshantering*.

Distansrond/rond

- Dokumenteras i *Besöksanteckning, primärvård* då patienten är närvarande.

- Under sökordet *Kontakttyp* väljs ett fast val som speglar om ronden genomförs på SÄBO/hemsjukvård/etc.
- Under sökordet *Vårdkontaktorsak* anges *Rond* för att underlätta vid inläsning.
- *Rondanteckning* med anteckningstyp *Rond* används när patienten inte är närvarande.

Konsultation

- Om remittenten har behov av att dokumentera en konsultation används *Besöksanteckning primärvård* om konsultationen sker med patienten närvarande, inför eller direkt efter besöket.
- I annat fall används *Administrativ anteckning primärvård*.

Konsultation mot specialistvård

- Vid behov av rådgivning kring handläggning men fortsatt bibehållet medicinskt ansvar inom primärvården bör konsultationsremiss skickas.
- Vid osäkerhet hos remittent om det medicinska ansvaret bör övergå ska konsultationsremiss skickas då denna kan göras om av mottagare till en vårdbegäran vid behov.

Grupper

- Ex diabetesskola eller föräldrastödsgrupper
- Dokumenteras i *Besöksanteckning, primärvård* oavsett om det genomförs digitalt eller fysiskt.
- Sökorsak dokumenteras under sökordet *Sökorsak* och är inte obligatoriskt, används primärt vid nybesök.

Omvårdnadsdokumentation

- Sker inte på specifika sökord för omvårdnad, utan i stället dokumenteras ex. omvårdnadstatus under sökordet *Status*.
- Samma statussökord används därmed av både läkare och sjuksköterskor.

Tobaksvanor

- Dokumenteras under *Levnadsvanor* och speglas därefter i *Patientöversikten*.

Dokumentation i Besöksanteckning primärvård i relation till sökord i Basdata:

- Uppgifter som är viktiga för fler att ha kännedom om dokumenteras i *Basdata*.
- Vid behov av att dokumentera tillfälliga uppgifter eller nya uppgifter som avser sökord i *Basdata*, men som är av vikt för bedömning under det specifika besöket, dokumenteras i *Besöksanteckning, primärvård* under avsedda sökord.

För besök som avser enstaka kontroll, kort åtgärd eller väldefinierade behandlingar:

- Avser ex. behandling av vaxproppar, kontroll av blodtryck och injektioner, är rekommendationen att navigera via sökordsnavigering till vänster om anteckningsmallen, till aktuella sökord.
- Sökorden är expanderade i mallen för att möjliggöra en lättare navigering.
- Vårdkontaktorsak *Behandling* anges för att underlätta vid inläsning.

Dokumentation av hjälpmedel

- Dokumentera patientens förskrivna hjälpmedel under huvudsökordet *Åtgärder* och undersökordet *Förskrivning av hjälpmedel*. Tänk på att använda *Kopiera tidigare värde* för att enkelt få en samlad bild av tidigare dokumentation under detta sökord och korrigera efter behov texten.

Patientrapporterade värden

- Dokumenteras under sökordet *Patientrapporterade värden*, med undantag för patientens egenmätta blodsockervärden som dokumenteras under *Patientrapporterade glukosvärden*, som del av diabetesanamnesen.
- Vid dokumentation, navigera via menyn i vänsterkolumn till aktuellt sökord. Sökorden är expanderade i mallen för att möjliggöra en lättare navigering.

Bifoga formulär

- I de fall patienten inte har möjlighet att fylla i ett digitalt formulär, kommer ett pappersformulär användas som sedan scannas in i multimediaarkivet.

- Den inskannade kopian kan sedan bifogas som en länk vid aktuellt sökord i *Besöksanteckning, primärvård*. Ett inskannat pappersformulär hamnar inte i vyn *Patientens formulär*.

Administrativ information

- Administrativ information kopplat till ett besök som behöver dokumenteras dagen/några dagar efteråt dokumenteras i *Administrativ anteckning primärvård*, som kopplas till den ursprungliga vårdkontakten för besöket.

Samtal vid allvarlig sjukdom

- Sökordet *Samtal vid allvarlig sjukdom* kan användas för att dokumentera samtal med patient/närstående angående patientens sjukdom och sjukdomsförlopp när man inte är nära den palliativa fasen.

Brytpunktssamtal/behandlingsbegränsning

- Dokumentation ska dels ske i *Uppmärksamhetssymbolen* under *Vårdrutinavvikelse*, där en länk till aktuell journalanteckning läggs in.
- Brytpunktssamtal/Behandlingsbegränsningar dokumenteras under sökordet *Åtgärder* och undersökordet *Brytpunktssamtal* eller *Behandlingsbegränsning* där ställningstagande till att avsluta eller inte inleda livsuppehållande behandlingar.

Suicidriskbedömning

- Suicidsriskbedömningar kan dokumenteras under sökordet *Bedömning* och undersökordet *Suicidriskbedömning*
 - Ange risknivå, utifrån fasta val
 - Under det dynamiska sökordet *Strukturerad information kring suicidrisk* finns fasta val att dokumentera under.
 - Vidare i mallen finns andra fasta val och fritextrutor att dokumentera i utifrån vad som är aktuellt.

Mätning av ögontryck

Dokumenteras under sökordet *Status -Ögon*.

Synkontroll

Dokumenteras sökordet *Status- Ögon- Synskärpa*

Audiometri

Se separat rutin för dokumentation av hörelse [Hörseltester i Cosmic för primärvården](#)

Bladderscan

Utförd bladderscan dokumenteras under Status- Elimination- Urinorgan- Residualvolym, urin

Finns även att dokumentera i journaltabell *Blåsövervakning* om värdet ska följas över tid

Kroppsmått

Midjemått dokumenteras under Status- Kroppsmått-Midjemått

Kan även dokumenteras i journaltabell *Mätvärden primärvård* om mätvärdet ska följas över tid

BMI dokumenteras under Status- Kroppsmått – Boddy Mass Index (BMI)

Kan även dokumenteras i journaltabell *Mätvärden primärvård* om mätvärdet ska följas över tid

Anteckning, Asykron kontakt

Asynkron kommunikation innebär att ett skeende interagerat med ett annat skeende men tidsmässigt helt oberoende av varandra. Detta kan jämföras med att skicka ett sms-meddelande. Skickar man ett SMS meddelar man sig asynkront eftersom mottagaren inte behöver svara på meddelandet direkt. Ringer man däremot måste mottagaren svara för att inleda en synkron kommunikation.

*Anteckning, asynkron kontakt används för dokumentation av asynkrona kontakter som kan pågå under längre tid via ex. 1177 och i vissa fall *Min vård Norrbotten*. Denna anteckningsmall är framtagen för att enkelt kunna filtrera ut och återfinna dessa anteckningar i patientens journal.*

När den asynkrona kontakten utvecklats över tid till att motsvara ett fysiskt, dvs ett kvalificerat besök ska *Besöksanteckning, primärvård* användas där kontakten sammanfattas och diagnos och åtgärds kod sätts. Vid behov går det att under sökordet *Anamnes* att hänvisa till tidigare anteckningar för asynkron kontakt/ackumulerad chatt.

Med kvalificerad hälso- och sjukvård i samband med telefon- eller brevkontakt avses att sjukvårdspersonalen gjort en medicinsk bedömning och fattat beslut om eventuell behandling eller ändring av pågående behandling.

För att asynkrona kontakter som hanteras i 1177 - *Mina vårdkontakter* och *Min vård Norrbotten* ska kunna dokumenteras i Cosmic och bli en journalhandling behöver informationen kopieras in alternativt sammanfattas och dokumenteras på vanligt vis.

För föra över dokumentationen till patientens journal, väl *Anteckning Asynkron*, ange *Kontakttyp* och dokumentera under relevanta sökord. Om det finns behov att lägga till bilder görs detta i Mediaarkivet som tidigare.

Alla anteckningar som görs under en pågående asynkron kontakt kopplas till samma vårdkontakt. Detta gäller även eventuell besöksanteckning. Kan användas av olika professioner.

Om man vill koppla den asynkrona anteckningen till en redan befintlig vårdkontakt är det av betydelse att händelsedatum ändras manuellt till dagens aktuella datum då kontakt skett och dokumenteras.

Anteckning, rådgivning

Anteckning Rådgivning 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 rådgivningen genomförts ex. telefon, chatt eller video för att tydliggöra vilka förutsättningar som funnits för att ge rådgivning och genomföra triagering.

Om rådgivningen övergår till att motsvara ett besök, ex om diagnos ställs rekommenderas att mallen *Besöksanteckning, 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 rådgivning övergår till *Besöksanteckning, primärvård* eller vice versa så måste mallen bytas för att det ska blir 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 dokumentation av bedömning och åtgärder som inte sker i samband med ett bokat patientbesök, dvs utan patientkontakt. Kan ex röra handläggning av provsvar eller patientrapporterade värden såsom egenprovtagning av blodsocker och blodtryck som har inkommit och detta dokumenteras under sökorden *Patientrapporterade värden*, *Bedömningsinstrument* och *Bedömning*.

Administrativ anteckning primärvård kan också användas för att dokumentera inkommande handlingar, ex inkommande remisser på papper.

Anteckning, primärvård

Anteckning primärvård 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, primärvård*.

Hälsoundersökning, asyl/migranter

För att underlätta sökbarhet och samlad dokumentation finns mallen, *Hälsoundersökning Asyl/migranter*.

Det finns överlappande sökord mellan mallen och *Basdata*, dokumentera först i *Basdata* för att sedan hämta in den informationen till journalanteckningen. Nedan finns förslag på grundläggande sökord att utgå från.

Dokumentera i *Basdata*:

- Under *Socialt*:
 - *Familjesituation*: ange civilstånd och familjesituation
 - *Boende*: dokumentera boendesituation
 - *Utbildningsnivå*: dokumentera utbildningsnivå
 - *Sysselsättning*: dokumentera tidigare och nuvarande arbeten

Under *Viktig medicinsk information*:

- *Överkänslighet* anges under passande sökord
- *Vaccinering, som ej ingår i vaccinationslista*: här dokumenteras tidigare vaccinationer som givits av annan vårdgivare eller utomlands.

Dokumentera i anteckningsmallen *Hälsoundersökning Asyl/migranter*

- Fyll alltid i *Vårdkontaktsuppgifter* och *Kontakttyp*
- Under *Våldsutsatthet*: ange om patienten blivit utsatt eller bevittnat våld
- Under *Anamnes* dokumentera, *Ankomst till Sverige, Tidigare hälsoundersökning i Sverige*
 - *Specifik hälso- och sjukvårdsanamnes*
 - Vårdad på sjukhus, ange om patienten tidigare vårdats på sjukhus,

- *Läkemedel*: ange om patienten använder preventivmedel eller andra läkemedel
- *Exponering för smittorisker*: beskriv om patienten bott på flyktingläger samt om man vistas i fängelse. Ange även om patienten fått blodtransfusion.
- *Omskuren/Kvinnlig omskärelse*
- *Mun och tandhälsa*
- *Andningsbesvär*: Dokumentera om patienten haft kontakt med någon som har haft eller har TBC. Ange om patienten haft /harbesvär med hosta, feber, knölar och viktninskning
- *Hudbesvär*: ange besvär med hud eller eksem
- *Sömn*: ange sömnsvårigheter och mardrömmar
- *Psykisk hälsa*: ange hur patienten mår
- *Gravid*, ange om patienten är gravid

Under *Levnadsvanor*, som är ett dynamiskt sökord *dokumenteras*:

- *Anges tobaks- och nikotinvanor*
- *Alkoholvanor*
- *Matvanor*
- *Fysisk aktivitet*
- *Drogvanor*

Under *Kommunikation* anges under aktuella sökord om patienten kan *Läsa*, *Skriva* och vilka *Språk* patienten behärskar.

Diagnos och åtgärds kod

- *Diagnos*: Z108
- *Åtgärds kod*:
 - Hälsosamtal: DV030
 - Information och undervisning: GB009
 - Ange tolk, om detta används: Z020

Besöksanteckning, medicinsk fotvård

Används av fotvårdsspecialist.

Denna journalmall möjliggör dokumentation av status, bedömning och åtgärder kopplade till medicinsk fotvård.

Nationellt kvalitetsregister som är kopplat till denna journalmall är det *Nationella diabetesregistret*.

Vårdplanen, *Sårvårdsplan* kan även användas vid komplexa och svårläkta sår som behöver följas över tid.

Vid vårdbegäran till fotvård, använd remissmallen: Vårdbegäran medicinsk fotvård.

Anteckning, smittspårning

Journalmallen *Anteckning, smittspårning* möjliggör för smittspårare att noggrant följa och dokumentera de olika stegen i smittspårningsprocessen på ett systematiskt sätt. Denna mall är avsedd för rent administrativt bruk och bör ej användas i samband med besöksdokumentation.

Sårdokumentation, primärvård

Enkla sår

Enkla sår som antas endast behöva en eller ett fåtal omläggningar av vårdpersonal dokumenteras i *Besöksanteckning, primärvård*, under huvudsökordet *Status* och under sökordet *Hud- Sårstatus* som är ett dynamiskt sökord.

Dokumentera under relevanta sökord som är relevanta för bedömning och uppföljning av såret, ex sårlokalisering, sårtyp, sårstorlek, sårets utseende etc. Majoriteten av sökorden består av fasta val, det går att välja flera val genom ctrl+klicka i de val som är aktuella för såret. Det går även att lägga till kommentarer till de fasta valen vid behov.

För att kunna dokumentera flera sår under samma sökord, använd funktionen "kopiera sökordsstruktur" som går att använda för sökordet *Sårstatus*.

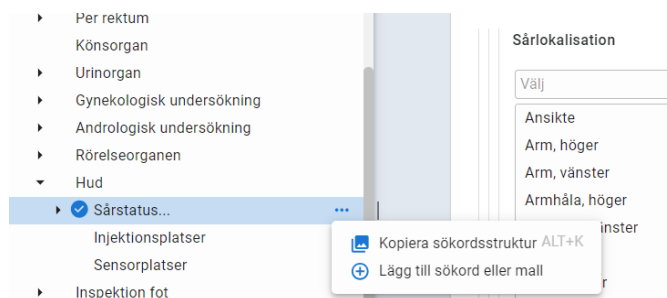


Bild: Kopiera sökordsstruktur för sökordet *Sårstatus*

Åtgärder på samtliga sår dokumenteras under ett och samma sökord, *Åtgärd*.

Vid långvarig och mer komplexa sår och/eller där det finns behov av samverkan mellan primärvård och specialistvård är rekommendationen att använda Vårdplanen *Sårbehandlingsplan*.

Till svårläkta sår räknas sår som inte läkt eller förväntas läka inom fyra- sex veckor.

Långvariga och komplexa sår

Vårdplanen *Sårbehandlingsplan* är en standardiserad vårdplansmall som rekommenderas att användas vid långvariga och mer komplexa sårvår.

En vårdplan behöver upprättas per sår.

I *Sårbehandlingsplan* anges sårstatus, ordinationer, åtgärder, utvärdering av sårbehandling samt dokumentation av diagnos- och åtgärds-koder.

Bilder som ev tas på sår behöver läggas upp i Mediaarkivet separat, dokumentera således om bilder tas.

Tänk på att även utreda patientens nutritionstatus samt sömnanamnes vid svårläkta sår då det kan påverkar kroppens läkningsförmåga. Detta kan dokumenteras i *Besöksanteckning*, *primärvård* under *Anamnes- Specifik hälso- och sjukdomsanamnes* under sökorden *Kostanamnes* och *Sömnanamnes*.

När såret är läkt ska vårdplanen avslutas.

Triageanteckning, primärvård/jourcentral

Anteckningsmallen *Triageanteckning* används vid triagering på primärvårdsjour, lättakut eller motsvarande. Journalmallen kan även användas av hälsocentral som använder triagering i sitt dagliga arbete och kan användas av alla yrkesprofessioner.

Under huvudsökordet *Triagering* finns fritextfält där bedömning av triagering kan dokumenteras.

Denna journalmall är anpassad för primärvård genom att ha flera tillägg under sökordet *Åtgärder*.

Journalmallen kan användas av alla yrkesprofessioner.

Akut omhändertagande primärvård

Journalmallen *Akut omhändertagande primärvård* används när primärvården tar emot akut sjuka patienter på hälsocentral, jourcentral eller lättakut.

Kan användas av alla yrkesprofessioner.

Inskrivning, SÄBO

Anteckningsmallen *Inskrivning SÄBO* är tänkt att användas som en första läkaranteckning, när en patient flyttar till ett SÄBO eller jämförbar instans.

Anteckningen har sökordet status, flera sökord om tidigare hälsa, tidigare familjesituation och tidigare händelser i livet samt sökord för speciella önskemål från den boende. Detta är uppgifter som inte självklart går att finna i patientens tidigare journal, men som påverkar patientens mående.

Anteckningsmallen ger också möjlighet för läkare som inte träffat patienten tidigare att bilda sig en uppfattning. Informationen i mallen underlättar även vid kontakt med anhöriga.

Besöksanteckning, barnhälsovård psykolog

Besöksanteckning Barnhälsovård psykolog används av psykologer inom föräldra-/mödra-/barnhälsovården när barnet är patient.

Används för dokumentation av små barns mående och utveckling.

Besöksanteckning, Psykisk hälsa primärvård

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 Bedömningsinstrument:

- Återfinns under sökordet *Status* och undersökordet *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 fritextfältet.

- För att kunna följa resultat över tid behöver resultatet även föras in i relevant journaltabell.

Sökordet Psykologisk behandling:

- Återfinns under sökordet *Åtgärder* och undersökordet *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 åtgärdskod:

- Återfinns under sökordet *Diagnos- och åtgärdskod*.
- Förutom sedvanlig diagnos (ICD) och åtgärdskod (KVÅ), möjlighet att koda diagnos enligt DSM-5 i de fall det bedöms nödvändigt eller klargörande.

För dokumentation av internetbaserad KBT (IKBT) används en mall som heter *Internetförmedlade behandlingsprogram*, se nedan.

Internetbaserade behandlingsprogram

Anteckningsmallen *Internetförmedlande behandlingsprogram* används för dokumentation av behandling via 1177 - Stöd och behandlingsplattform.

För mer information, läs [Internetförmedlade behandlingsprogram](#)

Vårdplaner

Vårdplan, primärvård

Vårdplan, primärvård är framtagen för samverkan mellan olika professioner, mellan primärvård och specialistvård samt öka patientens medverkan kring planering och uppföljning av patientens vård. Vårdplanen är en generell mall och används för ett vårdbehov och det går att skriva fritext i denna vårdplan.

Vårdplan, smärtbehandling

Vid smärtproblematik hos vuxna behöver ofta flera kompetenser samarbeta, exempelvis läkare, psykolog, fysioterapeut etc. *Vårdplan långvarig smärta* är en standardiserad vårdplan som bygger på det personcentrerade standardiserade vårdförloppet för smärta.

Under utredningsfasen av smärta dokumenteras planering, uppföljning samt patientkontrakt i *Besöksanteckning, primärvård*.

Genom att nyttja smärtformulär i Cosmic erhålls en visuell bild av patientens smärta och utbredning av upplevd smärta. Vid behov av att nyttja andra smärtformulär dokumenteras det i *Besöksanteckning, primärvård* via sökordet *Bedömningsinstrument*. Se avsnittet nedan, *Frågeformulär om smärtproblematik* för mer information.

Efter beslut om upprättande av vårdplan, sker detta i *Vårdplan långvarig smärta* som är uppbyggd i två delar:

- Del 1, i den första delen av vårdplanen dokumenteras övergripande information om vårdplanen samt teamutvärderingar som genomförs löpande.
- Del 2, i den andra delen dokumenteras planeringen av behandlingar/åtgärder samt uppföljning av behandlingar.

Dokumentation vid upprättande av vårdplan:

- Vid uppstart dokumenteras utsett team för patienten. Alla i teamet kommer efter uppstart kunna dokumentera sina delar i vårdplanen.
- Vårdplanen är indelad i fem sökord dvs. *smärta, rörelse, sömn, arbete och fritid*. Det finns möjlighet att i fritext beskriva vårdbehov under respektive område. Ifall något av dessa fem områden inte är aktuellt vid uppstart lämnas det tomt.
- Vid uppstart konkretiseras patientens mål på två nivåer:
 - Patientens övergripande långsiktiga mål.
 - Patientens långsiktiga mål samt patientens kortsiktiga mål under respektive sökord.

Planering av behandling och åtgärder:

Det som berör planering och uppföljning av patientens fortsatta smärtbehandling sker i vårdplanen efter upprättande. Detta gäller vårdens åtgärder och behandlingar såväl som åtgärder som patienten ansvarar för ex.

- Arbetsinriktade insatser
- Bedömning av förmåga till arbete eller annan sysselsättning
- Behandling för psykiskt mående
- Behandling för sömnhygien
- Behandling för utförande av dagliga aktiviteter
- Sjukskrivning

- Stöd från rehabiliteringskoordinator

Löpande uppföljning och utvärdering

- Uppföljning av behandling, åtgärd samt fortsatt planering ska genomföras löpande. Uppföljningen dokumenteras genom att högerklicka på aktuellt behandlingssökord och välj *Lägg till utförd åtgärd*.
- Ifall önskat behandlingsresultat uppnåtts och behov av att kunna dokumentera nya åtgärder till behandlingssökordet välj *Lägg till ny (behandlingssökord)* och dokumentera i behandlingssökordets fritextruta.
- Ny behandling och åtgärd kan läggas till även via valet *Lägg till ny behandling* genom att högerklicka på ett av de fem sökorden. Detta gör det möjligt att välja behandling och åtgärd ur en fast vallista.
- När behandlingsresultat uppnåtts ska en slututvärdering av behandling och åtgärd dokumenteras, välj *Lägg till utvärdering* via högerklicksmenyn.
 - Dokumentera uppföljning och resultat i fritextrutan.
 - Observera att en utvärdering avslutar behandling och åtgärden.
- I vårdplanen syns alltid det senast uppdaterade värdet. För att se tidigare dokumentation kan historiken enkelt vecklas ut.
 - Vid uppdatering av sökord går det även att ta med historiken genom att kopiera in historik i aktuellt fritextfält.
- Vid behov av att detaljera något av de fem vårdbehoven, väljs valet *Uppdatera sökord* i menyn som nås via att högerklicka på vårdbehovet.
- Vid utvärdering av målet avslutas vårdplanen.
- En avslutad vårdplan kan återöppnas för att läsas samt om behov finns av kompletterande dokumentation.

Teamutvärdering:

- Teamutvärderingen är en samlad uppföljning med eller utan patient.
- Vid varje teamutvärdering bestäms även när nästa teamutvärdering ska ske, vilket dokumenteras under sökordet *Uppföljning senast*.

Diagnos- och åtgärdskodning

- Utförs under sökordet *Diagnos- och åtgärdskod* genom att välja *Registrera koder*. Detta ska göras vid samtliga uppdateringar av vårdplanen.

Frågeformulär om smärtproblematik

Smärtfortformulären ger en visuell bild av patientens smärta och utbredning. Det finns tre st. smärtformulär framtagna för att använda vid långvarig smärta, kopplade till *Vårdplan- långvarig smärta*:

Frågeformulär smärtproblem:

- Avser bedömning av smärta
- Fasta svarsalternativ, svaren summeras ihop till en totalsumma

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD):

- Avser bedömning av ångest och depression
- Fasta svarsalternativ, svaren summeras ihop utifrån ångest och depression

Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire:

- Avser en första screening av gula flaggor, dvs. psykologiska faktorer som vid långvarig smärta kan störa patientens återgång till ett normalt liv.
- Fasta svarsalternativ samt möjlighet att skriva fritext

Vid behov av att nyttja andra smärtformulär dokumenteras resultatet i *Besöksanteckning*, *primärvård* under sökordet *Bedömningsinstrument*.

Rehabiliteringsplan

Denna vårdplan möjliggör löpande utvärdering och uppföljning av mål och åtgärder. Flera professioner kan dokumentera i samma plan. Rekommenderat arbetssätt för vårdplaner är att enbart dokumentera det man planerar åtgärda eller åtgärder som erbjudits som skall dokumenteras i aktuell vårdplan.

En standardtext finns med som en beskrivning under sökordet *Rehabiliteringsbehov* men går att radera om det inte är relevant. Vårdplanen är uppbyggd utifrån ett gemensamt rehabiliteringsbehov som består av åtta underliggande problemområden. Lämna de områden som inte är aktuella tomt. Varje respektive problemområde består av mål, behandlande åtgärder och utvärdering.

Dokumentation i planen räknas som journalföring och behöver således inte också skrivas i löpande journal. Det går inte att diagnos- och åtgärdskodas i

vårdplansmallarna, dessa behöver journalföras i *Besöksanteckning*, *rehabiliteringskoordinator*.

Rehabiliteringsplanerna kan användas för att få en översikt över rehabiliteringsförloppet, pågående åtgärder och vilka åtgärder som är genomförda. Rehabiliteringsplanen syns för patienten på 1177.

Rehabiliteringsplan – standardiserad

Den *Standardiserade rehabiliteringsplanen* innehåller färdigskriven standardtext. Den kan användas vid rehabilitering som följer ett standardiserat förlopp, till exempel artrosskola eller som en fortsättning på en konferensanteckning. Den lämpar sig också väl till rehabilitering inom slutenvården, där målen utvärderas och revideras ofta.

Planen är kort och saknar planbakgrund, då tanken är att denna information återfinns i en *Konferens- eller besöksanteckning*. Behovsområdena som finns i denna plan är övergripande och under dessa områden kan eventuell hänvisning göras till journalanteckning om behov finns.

Alla sökord i mallen kommer att synas efter signering, även om man inte dokumenterat på dessa. Det finns fem mål i mallen, behövs ytterligare mål skapas behöver man göra en till habiliteringsplan. Fördelen med denna mall är att man efter signering kan skriva på de sökord man inte tidigare dokumenterat på.

Denna typ av rehabiliteringsplan kan med fördel användas kring patienter som är välkända för verksamheten men även när mål och åtgärder löper på relativt oförändrat över tid.

Journaltabeller

Journaltabell, mätvärden

Journaltabell Mätvärden har tagits fram utifrån primärvårdens behov.

Dokumentera mätvärden i *Besöksanteckning*, *primärvård* i första hand, utifrån att data i en journaltabell inte speglas på 1177 /NPÖ. Därför är det viktigt att dokumentera dessa värden både i besöksanteckning samt journaltabell då behov finns att följa värdarna i en tabell/graf.

För att kunna följa data över lång tid, behövs att en journaltabell upprättas och att den hålls öppen och en ny kolumn läggs till vid varje nytt dokumentationstillfälle. De senaste registrerade värdarna finns tillgängliga i tabellen

Samtliga mätvärden förutom midjemått och tobak i journaltabellen *Mätvärden Primärvård* är arketyper vilket bl.a innebär att dessa speglas i widgeten *Kliniska parametrar* i *Patientöversikten*.

Journaltabeller och bedömningsinstrument psykisk hälsa

Det finns bedömningsinstrument för psykisk hälsa som är utformade som journaltabeller, se bifogat dokument vilka bedömningsinstrument som finns utformade som journaltabeller.

De journaltabeller som finns för psykisk hälsa är:

- Allmän skattning av behov eller funktionsförmåga
- Skattning psykiska symtom, barn
- Skattning psykiska symtom, vuxna

Dessa journaltabeller är avsedda för KBT- behandlare, psykologer, läkare, vårdammordnare och arbetsterapeuter.

Hur bedömningsinstrument och skattningsskalor ska användas

Observera att alla bedömningsinstrument och skattningar anger sannolikhet och ger indikation på symtom och ska inte användas som enskilt verktyg för diagnostik. En screening måste alltid kompletteras med klinisk bedömning.

Bedömningsinstrumenten och skattningsskalorna används för diagnostiskt syfte eller för att göra för- och eftermätning i behandling eller mäta förändring under behandlingens gång.

Dokumentera i *Besöksanteckning psykisk hälsa primärvård* under sökorder *Bedömningsinstrument*, markera relevant bedömningsinstrument om denna finns med i vallistan, om inte skriv in använt bedömningsinstrument i fritextrutan och skriv därefter även resultat där.

För att följa resultat över tid bör resultatet även föras in i relevant journaltabell. Om bedömningen förs in i en journaltabell skriv "se journaltabell" i fritextrutan under sökordet *Bedömningsinstrument* för att tydliggöra att skattningen kan följas över tid där.

Journaltabeller är utvalda för att dessa rapporterar till kvalitetsregister SibeR som används vid behandling av psykisk ohälsa.

Vid dokumentation i journaltabeller för psykisk hälsa behöver man välja vilken typ av journaltabell det gäller och ange typ av skattning det gäller i tabellhuvudet ex screening, pågående behandling, uppföljning.

I tabellen skrivs totalsumman in på respektive rad utifrån skattningsformuläret. Vid behov är det möjligt att skriva en kommentar. Resultatet går att följa via en graf

Journaltabell, ljusbehandling

Använd journaltabellen *Ljusbehandling* för dokumentation av ljusbehandlingar. Journaltabellen innehåller information för indikation, behandling helkropp, behandling händer, behandling fot och övrigt.

Dokumentera även besöket i *Besöksanteckning, primärvård*, under sökordet *Vårdkontaktsuppgifter*, Skriv därefter under *Status-Hud*, se journaltabell *Ljusbehandling*. *Diagnos- och åtgärds*koda besöket därefter.

Målordinationer primärvård

Det gemensamma dokumentet *Målordinationer*, innehåller viktiga parametrar för stora folksjukdomar ex. högt blodtryck och diabetes, men också parametrar för de svåraste hjärt- och lungsjuka.

Målordinationer primärvård öppnas upp och uppdateras från *Patientöversikten* under widgeten *Målordinationer*.

Målordinationer primärvård

Blodtryck	
140/80mmHg	
HbA1c46-55	
mmol/mol	
Vikt	
85 kg	
LDL	
5,0 mmol/l	
Maxdryck	
1500 ml/dygn	
Syremättnad, accepterat	
90%	

Bild, *Målordinationer primärvård* i *Patientöversikten*.

Dokumentation av gruppbehandlingar

Dokumentation av gruppbehandlingar rekommenderas att utföras via *Grupper* i *Patientlisten*. 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.

Originaldokument från Sussa samverkan

DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-693](#)

DokumentID: [ARBGRP1112-1374266480-694](#)

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 bokningsinformation som kan vara bra att känna till vid planering av patientens fortsatta vård