

Vårdokumentation i Cosmic för psykologer

Omfattning och ansvar

Rutinen omfattar vårdokumentation för psykologer 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 för psykologer	1
Omfattning och ansvar	1
Syfte.....	1
Vårdokumentation	2
Journalmallar	2
Gruppbehandlingar	3
Bokning av gruppbehandlingar	3
Dokumentation av gruppbehandlingar	3
Bedömningsinstrument och skattningsskalor	4
Bilaga 1	5
Förklaring av huvudsökord som återfinns i journalmallarna.....	5
Originaldokument från Sussa samverkan	10

Vårdokumentation

Journalmallar

Besöksanteckning, psykolog

Besöksanteckning, psykolog används av psykologer. Denna journalmall är tänkt att användas vid besök på mottagning och för vårdkontakter via telefon, chatt eller video som motsvarar ett besök.

Besöksanteckning, barnhälsovård psykolog

Besöksanteckning Barnhälsovård psykolog används av psykologer inom föräldra-/mödra-/barnhälsovården. Används för dokumentation av små barns mående och utveckling.

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, primärvård*.

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, måenderegistreringar eller liknande.

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

Konferensanteckningar

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 nätverk och samverkanspartners då patienten deltar vid besöket.
- *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*, *ärendekonferans* eller *annan konferens*

Gruppbehandlingar

Bokning av gruppbehandlingar

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



Bild: Funktionaliteten *Grupper* i *Patientlisten*.

Denna funktionallitet 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 slutsumma.
- I journalmall under sökordet *Bedömningsinstrument*, via vallista och möjlighet till fritext. Om flera instrument och skalor ska dokumenteras använd funktionen ”kopierar sökordet” för att möjliggöra

Originaldokument från Sussa samverkan

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

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

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

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

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

Bilaga 2

Bedömningsinstrument och skattningsskalor för psykisk hälsa

Del 1

Bedömningsinstrument och skattningsskalor som omnämns nedan finns inbyggda i journaltabellen Skattning av psykiska symtom, tillsammans med andra bedömningsinstrument och skattningsskalor som inte nämns här

Ångesttillstånd

Panic Disorder Severity Scale, self rated (PDSS-SR)

0-8 poäng	Talar ej för paniksyndrom
9-13 poäng	Milt paniksyndrom
≥ 14 poäng	Svårt paniksyndrom

Short Health Anxiety Inventory-14 (SHAI-14)

0-14 poäng	Indikerar liten sannolikhet för hälsoångest
9-13 poäng	Gråzon
15-17 poäng	Indikerar hög sannolikhet för hälsoångest

Posttraumatic Stress Disorder Checklist (version 5-PCL-5)

Finns inte inbyggd i journaltabellen men går att lägga till vid behov

Används för att bedöma posttraumatiskt stressyndrom

- Gränsvärde: 38 poäng
- PCL kan användas för skattning av kliniskt meningsfulla framsteg.
- En förbättring på 5-9 poäng utgör en indikation på en tillförlitlig förändring, d.v.s. en förändring som inte beror på slumpen.
- En minskning på 10-20 poängs av PTSD symptomen utgör en kliniskt signifikant förbättring. Man bör minimalt kräva en 5 poängs minskning för att fastställa att en individ troligen reagerar på en behandling.

Depression

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

0-4 poäng	Ingen/minimal depression
5-9 poäng	Mild depression
10-14 poäng	Måttlig depression
15-19 poäng	Medelsvår depression

20-27 poäng	Svår depression
-------------	-----------------

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale- Självrapportering (MADRS-S)

Använd för att följa upp depressiva symtom, ex före, under och efter behandling	
0-12 poäng	Ingen eller mycket lätt depression
13-19 poäng	Lätt depression
20-34 poäng	Måttlig depression
> 35 poäng	Svår depression
OBS! <ul style="list-style-type: none"> • Det är viktigt att titta på vilka frågor som ger höga poäng. • Speciellt viktig är höga poäng på "livsleda och självmordstankar" och en bedömning av suicidrisk bör alltid göras. Använd "Suicidstegen" som stöd vid misstanke om ökad suicidrisk. 	

Sömn

Insomnia Severity Index (ISI)

0-7 poäng	Sannolikt inte signifikanta sömnbesvär
8-14 poäng	Vissa problem med sömnen
15-21 poäng	Medelsvår sömnstörning (kliniskt signifikant)
22-28 poäng	Svåra och kliniskt signifikanta sömnbesvär

Stress

Perceived Stress Scale (PSS-14)

Det finns inget gränsvärde, syftet med skattningen är att möjliggöra jämförelse före och efter behandlingsinsats.

Karolinska Exhaustion Disorder Scale 9 (KEDS)

Gränsvärde	19
<ul style="list-style-type: none"> • KEDS säger inte något om orsaken till eventuella stresstecken. • Förutom långvarig hög arbetsbelastning kan det finnas belastande förhållanden inom privatlivet, somatisk eller psykisk sårbarhet eller rentav annan sjukdom eller möjligen i kombination av dessa. KEDS säger inte något om hur tung och långvarig belastningen varit. Enbart resultatet på KEDS räcker inte för att ställa diagnos. 	

- Tillfälligt höga poäng på KEDS kan bero på att man utsatts för stress utöver det vanliga, vilken sedan går ner igen då läget normaliserats.

Del 2

Bedömningsinstrument och skattningsskalor som omnämns nedan finns inte inbyggda i någon journaltabell, dessa behöver således dokumenteras i Besöksanteckning psykisk hälsa primärvård under sökorder Bedömningsinstrument

Ångesttillstånd

Liebowitz Social Anxiety Scale self-report (LSAS-SR)

Poäng: över 30	Troligen social fobi
Poäng: över 60	Troligen <i>generaliserad</i> social fobi

Brief Obsessive Compulsive Scale (BOCS)

Maxpoäng 24
Saknar svårighetsgradering men i en valideringsstudie hade OCD-patienter i genomsnitt 12,7 poäng.

Impact of Event Scale och The Impact of Event Scale-Revised IES och IES-R

Gränsvärde: 30 poäng
<ul style="list-style-type: none"> • IES-R är en självskattningsskala som mäter i vilken grad man har besvärats av posttraumatiska stressreaktioner under de senaste 7 dagarna. • Svaren är i relation till en specifik händelse vilket bör klargöras för respondenten.

Bipolärsjukdom

Mood Disorder Questionnaire (MDQ)

Poäng: < 7 ja-svar	90 % sannolikhet att patienten inte har bipolär sjukdom
Poäng: 7 ja-svar	70% sannolikhet att patienten har bipolär sjukdom

Sömn

Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ)

Medelvärdet på skalan föreslås kunna användas som relevant gräns för klinisk utmattning och ligger på 4,4.
--

--

Ätstörning

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

- Används för att mäta graden av ätstörningssymtom.
- Frågorna graderas 0-6 och totalpoängen ger en indikation på svårighetsgraden av ätstörningen.
- Värden under 2,7 på totalskalan har betraktats som cut-off.

Neuropsykiatriska tillstånd

Wender Utah Rating Scale (WURS)

- Används som screeninginstrument för ADHD beträffande beteende i barndomen.
- 36 poäng eller mer identifierar 96 % av vuxna med ADHD diagnos i barndomen.
- Vid mer än 44 poäng är ADHD sannolikt, men enligt originalartikeln är cut-off 46 eller mer.

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)

- Vid mer än 17 poäng på delskalorna "uppmärksamhet" eller "hyperaktivitet" är det sannolikt att personen uppfyller diagnoskriterierna.
- Vid mer än 24 poäng är det mycket sannolikt

Ritva Autism and Asperger Diagnostic Scale-Revised (14 Screen-RAADS-14)

Ett gränsvärde på 14 har en sensitivitet på 97 % för personer med autismspektrumdiagnos.

Övriga

Work and Social Adjustment Scale (WSAS)

Används som självskattningsinstrument mäter vilken grad en individs problematik begränsar personens förmåga att utföra dagliga aktiviteter, såsom arbete, skötsel av hemmet, det sociala livet, privata fritidsaktiviteter och relationer.

0-9 poäng	Ingen försämrad funktion
10-19 poäng	Måttligt försämrad funktion
20-40 poäng	Mycket försämrad funktion

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Används för att identifiera höga poäng som indikerar större sannolikhet att riskbruk, skadligt bruk eller beroende föreligger.

0-7 poäng	Tyder på inga eller låg nivå av problem
8-15 poäng	Tyder på måttlig nivå av problem
16-40 poäng	Tyder på hög nivå av problem

Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	
<ul style="list-style-type: none"> • För män indikerar 6 poäng eller fler sannolikt drogrelaterade problem • För kvinnor är motsvarande 2 poäng eller fler har sannolikt drogrelaterade problem. • För yngre individer mellan 16 och 25 år är det 7 poäng för män och 3 poäng för kvinnor som pekar på drogrelaterade problem. 	

National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling (NODS-PERC)	
Består av fyra frågor om spelproblem under hela livet och fokuserar på upptagenhet, jaga förluster, flykt och sociala konsekvenser av spelandet. Frågorna har ja/nej- svar.	
0 poäng	Inga problem
1-2 poäng	Riskabla spelvanor
3-4 poäng	Problemspelande
5-10 poäng	Sannolikt spelberoende/ hasardspelsyndrom

Originaldokument från Sussa samverkan

DokumentID:
 ARBGRP1112-1374266480-387
 ARBGRP1112-1374266480-389
 ARBGRP1112-1374266480-390

ARBGRP1112-1374266480-391
ARBGRP1112-1374266480-392
ARBGRP1112-1374266480-393
ARBGRP1112-1374266480-394
ARBGRP1112-1374266480-552
ARBGRP1112-1374266480-553