

Journalpraksis i Seksjon rus- og avhengighetspoliklinikker

Versjon 2 juni 2021 krfiab-@ous-

hf.no

Overordnede føringer

- Alle må være kjent med Masterdokument-Journalføring i klinikk PHA e-hånd nr131622.
- Journalen er pasientens og kan leses av ham/henne. Den er vårt arbeidsredskap og den skal være lett forståelig for en annen fagperson som ikke kjenner pasienten.
- Grunnstrukturen for et poliklinisk notat er alltid

Bakgrunn
Aktuelt
Status presens
Vurdering
Tiltak

- For alle nye pasienter skal det nå opprettes Diagnosevurdering og Grunnkartlegging. Dette er for å sikre at viktige vurderinger synliggjøres i journal. Når diagnoser endres eller vurderes endret i et behandlingsforløp skal dette også dokumenteres ved bruk av notattypen Diagnosevurdering.
- Vær observant på hvilke diagnoser du viderefører etter en samtale. De diagnoser du vurderer som relevante for samtalen skal registreres. Det er viktig å vurdere bidiagnoser. Det er sjelden pasienter i TSB kun har en hoveddiagnose. Alle faggrupper kan benytte R-koder og videreføre diagnoser, men kun leger og psykologer kan stille diagnoser første gang. Er du i tvil, snakk med kontaktlege eller kontaktpsykolog.
- Det er viktig at det skrives vurdering etter terapeutiske samtaler, den behøver ikke være lang. Vurderingen er ikke en beskrivelse av noe som har skjedd i samtalen, men din faglige mening. Noen ganger er det tilstrekkelig å vise til en spesifikk tidligere vurdering, hvis det for eksempel ikke er noen endring fra sist uke. Vurdering gir grunnlag for tiltak. NB: Husk vurdering av rusbruk/avhengighet.
- Alle vurderinger som gjøres dokumenteres, for eksempel at pasienten er drøftet i tverrfaglig møte eller med kontaktlege/kontaktpsykolog.
- Still deg alltid spørsmålet: Er opplysningene som skrives relevante og nødvendige for helsehjelpen? Er det som skrives forståelig for andre? Tenk at du skal formidle essensen.
- For bedre oversikt i journal skal vi bruke samme type journalnotat for de samme aktivitetene. En oversikt følger på side 4-5.

- Ved bruk av egendefinerte notater brukes «Rapport...». Slett denne benevnelsen og gi navn i henhold til notattypene på neste side.
- Bruk fullt navn, profesjon og tilhørighet når du adresserer andre fagpersoner i journal.
- Skriv formelt. Dette gjelder også når man beskriver rusmiddelbruk, type, bruksmåte og mengde. Bruk undertegnede eller u.t. Bruk pasienten eller pas.
- Ikke bruk forkortelser som ikke er innlysende eller tidligere forklart (for eksempel «Aker»).
- Innkomst, behandlingsplan og epikrise knyttes til riktig henvisning.
- Bruk av e-post i pasientkontakt innebærer utfordringer med personvern og bør unngås.

Notattyper

1. Innkomstjournal behandler brukes til innkomst. KPHA mal brukes. Ved overføring fra annet HF brukes (Rapport ... egendefinert) Overføringssamtale. Alle faggrupper.
2. Barn som pårørende-innkomst (bl) brukes ved innkomst for kartlegging av barn. KPHA mal brukes. Alle faggrupper.
3. Poliklinisk notat brukes nå om alle terapeutiske samtaler, inkludert video- og telefonsamtaler (presiser type). Alle faggrupper.
4. Telefonnotat brukes til telefonsamtaler som ikke har terapeutisk innhold. Brukes ved mail, SMS eller informasjon om pasient via «gul lapp» i DIPS for eksempel fra annen seksjon (presiser kontaktttype). Alle faggrupper.
5. Diagnosevurdering (Rapport ... egendefinert) skal alltid opprettes for nye pasienter. Her gjøres en eksplisitt vurdering av hvilke diagnoser som videreføres eller ikke videreføres fra henvisningen. Diagnosevurdering skal også opprettes ved endringer i diagnose og vurdering av ny informasjon (for eksempel hvis en pasient har fått nye bidiagnoser under en innleggelse og kommer tilbake til seksjonen for videre behandling). Lege eller psykolog skal alltid konsulteres og det dokumenteres i notatet.
6. Grunnkartlegging (Rapport ... egendefinert) brukes om seksjonens minste standard kartlegging av nye pasienter. Dette notatet med tilhørende frase (J_GKART) skal alltid åpnes når man får en ny pasient. Dersom du ikke får gjennomført kartlegging begrunnes det i notatet. Man kan brukes andre verktøy enn de anbefalte, men notatet skal opprettes uansett. Kliniske vurderinger bør noteres selv om man ikke kommer i posisjon til å bruke standardiserte skjemaer. Man kan opprette en ny versjon hvis det tilkommer relevant informasjon senere. Alle faggrupper.
7. Behandlingsplan brukes til behandlingsplan. Skal drøftes innen seks uker etter oppstart i behandlingsmøte eller annet klinisk møte. KPHA mal brukes (Poliklinikk LAR har tilleggsfrase). Alle faggrupper.
8. Kriseplan brukes til kriseplan. Alle faggrupper.
9. Gruppebehandling brukes ved deltagelse i gruppebehandling. Alle faggrupper.
10. Par- /familiesamtale brukes ved par- og familiesamtaler. Alle faggrupper.
11. Utredningsnotat brukes om utredning. En separat diagnosevurdering skrives etter en utredning. Alle faggrupper, men drøft med lege eller psykolog presiseres.
12. For enkeltstående tester og spørreskjemaer opprettes dokumentet Rapport ... (egendefinert) og navnet på testen/spørreskjemaet skrives inn, for eksempel WAIS eller

RBANS. Skjemaer kan scannes inn, men må følges av en vurdering som er synlig i journal. Stimulusmateriale skal ikke scannes inn (for eksempel MoCA). Alle faggrupper.

13. Voldsrisikonotat brukes ved forhøyet voldsrisiko. Alle faggrupper.
14. Volds- og trusselregistrering brukes ved dokumentasjon av hendelser og beskrivelse av tiltak. Alle faggrupper.
15. Ansvarsgruppemøte (Rapport ... egendefinert) brukes om ansvarsgruppemøter. Alle faggrupper.
16. Samarbeidsmøte brukes om møter som ikke defineres som ansvarsgruppemøter. Alle faggrupper.
17. Ikke-møtt (egendefinert) brukes når pasienten ikke møter uavhengig av årsak. Årsak presiseres i notatet. Alle faggrupper.
18. Avlysning (Rapport ... egendefinert) brukes om avtaler som avlyses uavhengig av årsak. Alle faggrupper.
19. Administrativt notat (Rapport ... egendefinert) brukes om administrative opplysninger, for eksempel fordeling av pasient til behandler fra enhetsleder, vedtak om betalingsfritak og sletting av gjeld. Alle faggrupper.
20. Brev. Her brukes den typen som passer best. Alle faggrupper.
21. Henvisning. Her brukes den typen som passer best. Alle faggrupper.
22. Spesialisterklæring brukes til spesialisterklæringer. Lege- og psyk. spesialister.
23. Medisinnnotat brukes når temaet er legemidler. Alle faggrupper.
24. Somatisk notat brukes for somatiske opplysninger av forskjellig art. Kun lege og sykepleier.
25. Tverrfaglig notat brukes når pasient er diskutert i behandlingsmøter, kontaktlege/kontaktpsykolog/annen fagperson eller i andre interne fora. Alle faggrupper.
26. Oppsummeringsnotat (egendefinert) brukes om ulike typer oppsummering underveis i et behandlingsforløp. Alle faggrupper.
27. Overføringsnotat brukes om overføring av behandling til annen behandler eller instans. Alle faggrupper.
28. Epikrise brukes om epikrise. Mal KPHA. Alle faggrupper.

29. Ruspanel (Rapport ... egendefinert) brukes om vurderinger og tiltak ifb. med rusmestring (urinprøver). Kun leger.
30. Journalnotat behandler skal *kun* brukes der de ovenstående notattyper ikke passer. Alle faggrupper.

31. Brev Apotek LAR RUS brukes ved apotekbrev. Alle faggrupper.
32. Årlig oppfølgingsmøte (egendefinert) brukes om årlig oppfølging av pasienter i LAR. Alle faggrupper.
33. LAR resept brukes ved forespørsel til lege om resept. Alle faggrupper.
34. Med.kurve (egendefinert) brukes om kardexnotater. Kun leger, og sykepleiere på medisinerom.
35. LAR-statusrapport. Brukes til LAR-statusrapport. Alle faggrupper.

ARENAFLEKSIBELT TEAM

36. Arenafleksibelt team (Rapport... egendefinert) brukes om gjennomført samtale med pasient. Alle faggrupper i AT.
37. Arenafleksibelt team - vurdering (Rapport... egendefinert) brukes om drøft av ny pasient. Alle faggrupper i AT.
38. Arenafleksibelt team – telefon (Rapport... egendefinert) brukes om telefonsamtaler. Alle faggrupper i AT.

Struktur og innhold for de vanligste notattypene

1. Innkomst: Klinikens mal i e-håndbok 133429 og DIPS. Man kan sette inn frase (for eksempel for å kvalitetssikre opioidavhengighet i LAR), men ikke fjerne eller redigere overskrifter. Dersom man mangler informasjon skriver man hvordan det ivaretas (for eksempel at somatisk helsesjekk ble gjort hos fastlegen med dato og beskrivelse eller at pasienten settes opp til en fagperson som kan ivareta XX).
2. Poliklinisk notat: Bakgrunn, Aktuelt, Status presens, Vurdering og Tiltak.
3. Telefonnotat: Aktuelt og Tiltak (minimum)
4. Ansvarsgruppemøter gir ISF dersom 1. linjetjenesten deltar. Hvis det foreligger innskannet referat viser man til dette. Selv om andre skriver referat skal vår deltagelse alltid dokumenteres i DIPS med følgende struktur:

Dato og sted for møtet

Tilstede/ikke tilstede med fullt navn, profesjon og tilhørighet

Bakgrunn (planlagt møte eller annet)

Marie1000

Utdypende forklaring til innhold i et poliklinisk notat

Bakgrunn og Aktuelt

Bakgrunn. Hva er bakgrunn for dagens kontakt?

NB. Noter om oppmøtet skjer fysisk på kontoret, ute eller per video eller telefon.

Eksempler:

Pasienten møter til avtale i bygg 21/samtalen foregår på Whereby/telefon. Pasienten har bedt om samtale med u.t. i ekspedisjonen. Pasienten møter til EMDR-behandling. Avtalt ansvarsgruppemøte på NAV Sagene.

Aktuelt. Hva er aktuelle temaer i samtalen?

Eksempler:

«Pasienten forteller at han er ensom. Den siste tiden etter samlivsbruddet har vært særlig krevende og pas. gir uttrykk for bekymring for tilbakefall til alkoholbruk. Vi kartlegger risikosituasjoner og øver på mestringsstrategier pasienten tidligere har hatt godt utbytte av».

«Pasienten har avbrutt oppholdet på XX. Han forteller at han ikke fant seg til rette med behandlingstilbudet der og stadig kom i konflikter med en av de andre pasientene. Vi utforsker dette nærmere og det kommer frem at pasienten kjenner på mye skam/skyld/angst/sinne etter at han ble rusfri og at disse følelsene er vanskelige å håndtere. Dette er temaer vi ikke tidligere har fokusert på i timene her, vi blir nå enige om å jobbe mer spesifikt med X og setter dette inn i behandlingsplanen».

«Tema for dagens time er utforskning av pasientens konsentrasjonsvansker/depressive plager/russug/tilbakefall. Vi begynner som avtalt med psykoedukasjon om X, noe pasienten sier han synes er nyttig. Vi utforsker deretter XX. Det kommer frem at pasienten strever med å få med seg hva som sies i fora med mer enn en annen person, det gjelder både sammen med venner og på skolen».

«Pasienten forteller at han har søvnproblemer. Vi kartlegger dette grundig i dagens time og følgende fremkommer: xx. U.t. gir pasienten noen konkrete råd om søvnhygiene, herunder XXX. Pasienten sier han vil prøve ut XX til neste gang. Han ønsker også en samtale med lege om dette temaet».

Status presens

Hvilke kliniske observasjoner gjør du av pasientens tilstand? Tenk hensiktsmessighet og unngå stigmatiserende ordbruk. Det kan være nyttig i samtalen med pasienten å tematisere beskrivelser

som du tenker at han eller hun kan reagere hvis journalen leses mellom avtalene. Det er særlig viktig å bemerke når noe ved pasienten er påfallende og ved endring fra det normale fordi det kan indikere en forverring i tilstanden (som bør utforskes nærmere). *Jeg ser at du er dårlig kledd for vintervær? Det ser ikke ut som du har fått vasket klær på en stund – er det vanskelig der du bor? Har du fått det verre psykisk/bruker du mer rusmidler?*

Hovedpunkter til status presens:

- Generell adferd: blikkontakt, påkledning, hygiene, mimikk, uro, samarbeid?
- Kognitive funksjoner: våken, søvnig, forvirret? Orientert for sted, tid og situasjon? Konsentrasjon – følger pasienten med? Husker pasienten det det blir snakket om?
- Ruspåvirkning: Svekket koordinasjon, orientering, hukommelse, vurderingsevne? Nedsatt reaksjonsevne, langsom tale, sløv eller søvnig?
- Stemningsleie: Hevet (oppstemt, urolig, pratsom, kritikkløs)? Senket (trist, nedstemt, oppgitt, håpløshet)? Suicidalitet (tanker eller planer)?
- Tankeinnhold: Vrangforestillinger, tvang?
- Persepsjonsforstyrrelser: Hallusinasjon (hørsel, syn, lukt, smak, berøring)

Eksempler på formuleringer:

Pasienten kommer presis, kledd for årstid/tynnkledd, velstelt/bærer preg av å leve et liv uten fast bolig, fremstår ikke ruspåvirket/lett ruspåvirket/ ruspåvirket med sløv tale, gir god formell og emosjonell kontakt, adekvat blikkontakt/ser mye ned/mistenksomt blikk, senket stemningsleie, noe agitert/angstpreget/ anspent, rolig, gjør godt rede for seg/ rotete fremstilling av egen problematikk, svarer adekvat på spørsmål, assosierer lett og avsporer, stor taleflom, avbryter, lar seg stoppe og avlede, smertepreget, hever stemmen, fremstår irritabel, mistenksom, gråtlabil, samarbeider godt, ønsker hjelp/ambivalent til hjelp.

Vurdering og tiltak

Vurdering. Hva er din faglige og subjektive mening om pasientens tilstand (evt. inkludert diagnose)? Vurdering er ikke oppsummering av fakta (for eksempel at pasienten har flyttet i ny bolig og sier at han har det bedre der). Vurderingen bygger på de andre opplysningene i notatet og underbygger tiltak.

Eksempler:

«Pasienten fremstår med et ønske om å forstå seg selv og sitt indre følelsesliv på en bedre måte. Alkoholen synes fortsatt som en viktig del av livet og pas er tilsynelatende ikke klar for å avstå fra alkoholen helt.»

«Pasienten fremstår som ambivalent i forhold til hvilken rolle alkoholen skal ha i livet fremover. U.t opplever pas som noe mer motivert til å ta tak i rusproblematikken og mer åpen for andre tiltak for å redusere bruken.»

«Pas evner å reflektere over rusens funksjon i livet, har god tilgang på tanker og følelser. U.t opplever pas som mindre interessert i konkrete tiltak for å redusere alkoholforbruket. Pas. fremstår som ambivalent til endring.»

«U.t opplever pas som åpen om utfordringer knyttet til rusbruken. Noe vanskeligheter med å sette ord på tanker og følelser, men ved utforskning kommer også dette tydeligere frem. Samvittighet og skam synes å prege pas tanker og følelser. Stor diskrepans mellom pasientens verdier og atferd, noe som bør belyses mer i neste time».

«Pas. fremstår med et ønske om å komme seg ut av rusbruken. U.t opplever pas som motivert for endring, dog med liten tro på egen mestring».

«Pas. gir uttrykk for at han ønsker en endring i livet og at det er viktig for han å avslutte rusbruken. Utforsker og kommer frem til lav mestringstillit med tanke på å avslutte rusbruken. Videre er det viktig å utforske tidligere mestring og støtte mestringskompetanse. Fokus på å øke evnen til å være åpen og dele tanker/følelser.»

«Pas. viser evne til refleksjon rundt sin egen situasjon og viser til kunnskap om hva som skal til for å vedlikeholde en stabil psykisk helse med tanke på den bipolare lidelsen. Tilsynelatende god compliance og fremstår som motivert for videre behandling. Rusmestring synes å være god og u.t opplever pas som tilgjengelig for terapi.»

«Pasienten er i en prosess med bearbeiding av brorens dødsfall. Samtidig utfordrer han seg selv med å stå opp for egne meninger og øve seg på å være sosial. Han er i økende grad i kontakt med egne følelser og tør å vise følelser til andre. Samlet vurderes dette som tegn på at han er i bedring. Rusmessig har pas. nå en klar avstand til rusen. Han har innsikt i risikosituasjoner og at dette ikke er noe han må glemme å være oppmerksom på».

«Pasientens rusmestring er god og har vært det over tid. Det er aktuelt å vurdere om han stadig oppfyller diagnose for avhengighet til alkohol i løpet av de neste månedene. Pasientens traumesymptomer er vedvarende og hemmende i hverdagen. Etter drøft med pasienten, vurderes det som hensiktsmessig at traumesymptomene, sammen med fokus på tilbakefallsforebygging, bør være det sentrale behandlingsfokuset fremover og at behandlingsplanen redigeres i samsvar med dette».

Tiltak. Hvilke behandling- og/eller samhandlingstiltak bør videreføres eller iverksettes basert på vurderingen du har gjort?

Eksempler:

«Pas. ønsker å drøfte sine søvnvansker og angstplager med lege. U.t. vil undersøke mulighet for dette».

Pasienten følges opp med samtaler hver annen uke hos u.t. inntil videre/ henvises til døgntil behandling/drøftes på behandlingsmøte, med kontaktlege

«U.t. vil drøfte pasientens konsentrasjonsvansker på neste behandlingsmøte i forhold til evt. en videre utredning av disse».

«Ettersom pasienten ikke ønsker en innleggelse nå, følges han med ukentlige samtaler hos u.t. i tillegg til kontakt med bo-oppfølger XX hver tirsdag. U.t. vil jobbe videre med å motivere pas. for en innleggelse med bakgrunn i det beskrevne».