

Arbetssterapi inom Region Norrbotten dokumentation Cosmic

Omfattning och ansvar

Rutinen omfattar arbetsterapeuter inom Region Norrbotten som ska dokumentera i Cosmic. Ansvarig för att uppdatera rutinen är enhetschef och användarstöd, VO Paramedicin.

Syfte

Syftet med rutinen är den ska fungera som ett stöd för arbetsterapeuter inom Region Norrbotten att dokumentera i Cosmic på ett enhetligt sätt, gäller inte inom Primärvården. Andra verksamheter kan behöva göra egna rutiner/lathundar.

Innehållsförteckning

Arbetsterapi inom Region Norrbotten dokumentation Cosmic.....	1
Omfattning och ansvar	1
Syfte.....	1
Vårdokumentation	3
Journalmallar	3
Konferensanteckning	3
Komponenter	3
Bedömning ICF	4
Dokumentation av utlåtanden.....	4
Dokumentation av ledrörlighet.....	5
Ledrörlighet i övre extremiteter och hand	5
Gruppbehandlingar	6
Bokning av gruppbehandlingar	6
Dokumentation av gruppbehandlingar	6
Aktiviteter och paket	6
Vårdplaner/Rehabiliteringsplaner.....	7
Rehabiliteringsplan – individuell	7
Bedömningsinstrument/skattningsskalor.....	7
Översikter	8
Patientöversikt	8
Hälsoärende	8
Originaldokument från Sussa samverkan	8

Vårdokumentation

Journalmallar

Följande specifika journalmallar ska användas

- Besöksanteckning Arbetsterapeut
- Slutenvårdsanteckning Arbetsterapeut
- Konferensanteckning Rehabilitering
- Administrativ anteckning

Konferensanteckning

Konferensanteckningen är tänkt att användas vid dokumentation av möten med externa aktörer, exempelvis möte mellan vårdpersonal, patienten och dennes arbetsgivare. I konferensanteckningen kan information från flera uppgiftslämnare dokumenteras. I anteckningen kan också ett underlag för upprättande av rehabiliteringsplan dokumenteras.

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. Anteckningen är tänkt för dokumentation av teamgemensamma bedömningar och beslut. Konferensanteckningen kan ligga som grund för en rehabiliteringsplan och kompletteras då med den standardiserade rehabiliteringsplanen.

Komponenter

Komponenter är möjliga att använda i andra dokumentationsmallar där det finns behov av fördjupning, t ex angående vissa levnadsvanor och bedömning enligt ICF.

Om komponenten används ofta kommer de inom rehabilitering presenteras öppna medan de i andra mallar presenteras som dynamiska block, dvs en knapptryckning krävs för att se hela strukturen. Ofta är det möjligt att kommentera på det övergripande sökordet om mer detaljerad beskrivning inte krävs. Exempel på komponenter:

- Stress
- Sömn
- Kognition

- Muskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner
- Anamnes ICF
- Bedömning ICF (läs mer i kapitlet nedan)
- Fysisk aktivitetsgrad
- Smärta kartläggning

Bedömning ICF

ICF är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ICF är ett stöd när patientens funktionstillstånd och funktionshinder ska beskrivas eller synliggöras. ICF beskriver kroppsfunktioner 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.

Komponenten Bedömning ICF återfinns i kronologisk journal under sökord Bedömning och finns tillgänglig för rehabiliteringspersonal. Vid journaldokumentation kan en bedömning då beskrivas enligt ICF-terminologin. Komponenten är tänkt att stödja en helhetssyn på patienten och hjälpa vårdpersonalen att identifiera rehabiliteringsbehov och lämpliga målsättningar.

Komponentens utformning tydliggör viktig information i teamarbetet och underlättar intygsutfärdande. Den bör därför användas av verksamheter som träffar patienter med tillstånd där teaminsatser och/eller intygsskrivning är vanligt förekommande.

Komponenten effektiviserar och kvalitetssäkrar dokumentation och intygsskrivning. Den stöds av den generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicin. Arbetssättet kräver en grundläggande kunskap hos vårdpersonalen om ICF och dess terminologi.

Dokumentation av utlåtanden

Utlåtanden kan i Cosmic dokumenteras i blankettverktyget eller i löpande journal. Blankettverktyget har begräsningar i form av att man i förväg måste ange antalet sidor för utlåtandemallen. Därför har dokumentationsmallar för psykologutlåtanden och logopedutlåtanden skapats i kronologisk journal. Alla dessa dokumentationsmallar heter Besöksanteckning varför det inte kommer gå att söka fram utlåtanden i kronologisk journal baserat på anteckningstyp.

I syfte att möjliggöra att utlåtanden ska kunna hittas har såväl ett sökfilter som en blankett som utgör försättsblad till utlåtandet skapats. Försättsbladet

ligger bland blanketter och genom datum i denna blankett kan man lättare återfinna utlåtandeanteckningen i kronologisk journal. Ett globalt filter i sökfunktionen har föreslagits som bygger på ett, för utlåtanden, unikt sökord.

För att utlåtandet ska gå att återfinna krävs ett försättsblad i blankettverktyget i och med att det inte kan återfinnas utifrån anteckningstyp. I de sammanhang när utlåtande omgående ska lämnas ut till någon ter det sig naturligt att nyttja blankett/försättsblad till utlåtandet. Det finns andra tillfällen, då utlåtandemallen nyttjas utan att någon utomstående ska delges utlåtandet skriftligt. I syfte att säkerställa att man även vid dessa tillfällen skapar ett försättsblad krävs en specifik rutin för detta.

Eftersom utlåtanden kommer att finnas i kronologisk journal så kommer patienten att kunna se sina utlåtanden via 1177. Det kan göra det enklare för patienten att ha åtkomst till sina utlåtanden, om dessa behöver visas för andra aktörer. Till exempel kan det behövas ett utlåtande om dyslexi för att få mera skrivtid under en tentamen.

Dokumentation av ledrörlighet

För att dokumentera ledrörlighet finns två alternativ i Cosmic. Det går att föra in värden i kronologisk journal eller att föra in värden i tabellform. Tanken är inte att dokumentera på båda dessa ställen samtidigt, utan att välja en dokumentationsform.

Ledrörlighet i övre extremiteter och hand

För den som vill journalföra ledrörlighet av enstaka leder eller vid enstaka tillfällen kan fritext under sökordet "Ledrörlighet" under aktuell led i komponenten "Handstatus" användas. I dessa fall kan frastexter framtagna för detta ändamål användas för att förenkla dokumentationen. För ett mer utförligt status och status som ska dokumenteras vid mer än ett tillfälle bör journaltabell användas. Aktuella journaltabeller är:

- Ledrörlighet fingrar
- Ledrörlighet tumme
- Handstyrka

I kronologiska journalanteckningen bör en hänvisning till journaltabell skrivas under sökorder "Ledrörlighet" under aktuell led.

Gruppbehandlingar

Bokning av gruppbehandlingar

Rekommenderat arbetssätt vid bokning av behandling av grupper är att använda funktionen Grupper, se bild nedan.



Det 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

Rekommenderat arbetssätt vid dokumentation av gruppbehandlingar är att använda funktionen Grupper, se bild i kapitlet 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 hos 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.

Aktiviteter och paket

Aktivitetsramverket fungerar som en ”att-göra-lista” med separata aktiviteter eller aktiviteter samlade i paket.

Exempel på aktiviteter och paket som utförs inom slutenvården av paramedicinsk personal eller är centrala för rehabilitering och kan utföras av annan personal är:

- Fallriskbedömning
- Positionering i viloställning
- Aktivitetsträning

Verksamheten behöver själv ta fram arbetssätt och rutiner för aktiviteter och aktivitetspaket.

Vårdplaner/Rehabiliteringsplaner

Som tillägg till den kronologiska journalen har två rehabiliteringsplaner skapats i Vårdplansverktyget, en utförlig individuell rehabiliteringsplan och en enklare standardiserad rehabiliteringsplan.

All vårdpersonal som är involverad i rehabiliteringen kan dokumentera i rehabiliteringsplanen. Dokumentation i planen räknas som journalföring och behöver således inte också skrivas i löpande journal.

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 – individuell

Den individuella rehabiliteringsplanen har en mer omfattande planbakgrund och bedömning med beskrivning enligt ICF-termer. Således behövs inte någon planbakgrund i en konferensanteckning, utan det räcker att dokumentera under sökordet “vårdplan upprättad” i en besöksanteckning.

Planen används vid längre och mer komplexa rehabiliteringsförlopp, där omfattande insatser kan ges av flera olika professioner och aktörer.

Vid behov får regionerna ta fram egna riktlinjer kring hur rehabiliteringsplanerna ska användas. Det går inte att sätta KVÅ-kod i vårdplansverktyget, varför varje region får ta fram egna rutiner kring hur man registrerar att rehabiliteringsplan är upprättad.

Bedömningsinstrument/skattningsskalor

Idag är alternativen i Cosmic för dokumentation av bedömningsinstrument och skattningsskalor följande:

- I tabell om man har behov av att följa något över tid, där man kan följa endast slutsumman eller svar och slutsumman
- Eget sökord i mall med anpassad funktionalitet
- Vallista kategoriserad utifrån KVÅ där man kan skriva resultat och kommentar i fritext

Det har gjorts en prioritering av bedömningsinstrument och skattningsskalor utifrån vilka som används ofta och (ibland) av de yrkesroller som arbetar inom rehabilitering/paramedicin. Dessa har kategoriserats utifrån KVÅ eller ICF och de flesta av dessa instrument kommer att finnas i vallistor med fritextsmöjlighet. Övriga bedömningsinstrument kan antecknas med fritext.

Hur bedömningsinstrument ska hanteras har inte fastställts ännu.

Översikter

Patientöversikt

Patientöversikten är en översikt för personalen över en patient som tex. inkluderar kliniska parametrar, läkemedel, diagnos, beställning och svar, remiss och aktiviteter.

Hälsoärende

Ett hälsoärende beskriver en patients process genom sjukvården för ett hälsotillstånd. Det finns både kroniska och tillfälliga hälsoärenden. En patient kan ha flera aktiva hälsoärenden samtidigt. Hälsoärende ger en översikt över patientens hälsoproblem, med t ex anteckningar och remisser knutna till ärendet.

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](#)