Vårddokumentation i Cosmic för rehabkoordinatorer

Omfattning och ansvar

Rutinen omfattar vårddokumentation för rehabkoordinatorer inom region Norrbotens verksamheter. Ansvarig för uppdatering är rehabsamordnare Susanne Lindquist

Syfte

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

Innehållsförteckning

Vårddokumentation i Cosmic för rehabkoordinatorer 1
Omfattning och ansvar 1
Syfte 1
Vårddokumentation 2
Journalmallar för rehabiliteringskoordinatorer 2
Besöksanteckning, rehabiliteringskoordinator 2
Anteckning, rehabiliteringskoordinator 2
Administrativ anteckning 3
Konferensanteckning 3
Bedömningsinstrument/skattningsskalor 3
Dokumentation av utlåtanden 4
Bilaga 1 5
Förklaring av huvudsökord som återfinns i journalmallarna 5
Bilaga 2 6
Kartläggning av patient 6
Originaldokument från Sussa samverkan 7

Vårddokumentation

Journalmallar för rehabiliteringskoordinatorer

Besöksanteckning, rehabiliteringskoordinator

Används vid patientbesök och vid kartläggning och uppföljning av patients hälsotillstånd. Vid journaldokumentation i *Besöksanteckning, rehabiliteringskoordinator* kan en bedömning dokumenteras enligt ICF-terminologin. Sökorden i journalmallen hjälper vårdpersonalen att identifiera rehabiliteringsbehov och lämpliga målsättningar.

Denna journalmall bör därför användas av verksamheter som träffar patienter med tillstånd där teaminsatser och/eller intygsskrivning är vanligt förekommande. Effektiviserar och kvalitetssäkrar dokumentation och intygsskrivning.

Vid utredning/bedömning sker dokumentation under sökordet *Anamnes.* Undersökordet *Kartläggning av arbete och sysselsättning* möjliggör bedömning av funktionsnedsättning aktivitetsbegränsningar, delaktighetsinskränkningar, omgivningsfaktorer och personfaktorer. Denna del är viktig del vid kartläggningen och för informationsöverföring i teamarbetet och underlättar intygsutfärdande.

Dokumentation av behandling, mål och uppföljning sker i den individuell rehabiliteringsplanen som ska upprättas, för mer detaljerad information se avsnittet *Vårdplan.*

Diagnos- och åtgärdskod måste dokumenteras i *Besöksanteckning, rehabiliteringskoordinator* då dessa inte kan registreras i vårdplaner. Dokumentera alla besök i *Besöksanteckning, rehabiliteringskoordinator* för att kunna diagnos- och åtgärdskoda vårdkontakten.

Se bilaga 1 för beskrivning av huvudsaökord samt se bilaga 2 för ex. på dokumentation vid kartläggning.

Anteckning, rehabiliteringskoordinator

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, rehabiliteringskooridnator*.

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, ex patientrapporterade värden från frågeformulär och skattningsskalor som har inkommit utan patientkontakt.

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

Konferensanteckning

Konferensanteckning är tänkt att användas vid dokumentation vid teamgemensamma bedömningar och beslut vid ex externa aktörer så som möten mellan vårdpersonal, patienten, företagshälsovården och dennes arbetsgivare.

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 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. Det finns två typer av konferensanteckningar framtagna:

- *Konferensanteckning, med patient:* bör användas vid möten med närvrek 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*

Bedömningsinstrument/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. Ex EQ-5D finns som journaltabell

- 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 bedömningsinstrument. Ex AUDIT- C, WAI, ISI, Dudit, Lintons frågeformulär om smärtproblematik, MADRS, KEDS, Norfunk finns att välja i journalmallen för dokumentation med fritext

Dokumentation av utlåtanden

Utlåtanden kan i Cosmic dokumenteras i blankettverktyget eller i journal. Blankettverktyget har begräsningar i form av att man i förväg måste ange antalet sidor för utlåtandemallen. Därför har en separat dokumentationsmall för psykologutlåtanden skapats. För att möjliggöra att utlåtanden ska kunna hitttas har följande alternativ tagits fram:

- Försättsblad
    - Försättsbladet ligger bland blanketter och genom att ange datum i denna blankett kan man lättare återfinna utlåtandeanteckningen i den kronologisk journalen.
- Globalt filter
    - Ett globalt filter i sökfunktionen har tagit fram

I de sammanhang när utlåtande omgående ska lämnas ut till någon använd blankettfunktionen och försättsblad till utlåtandet, dessa återfinns under *Blanketter*. Genom att ange datum på blanketten kan man senare söka efter utlåtningsanteckningen i journalen.

Eftersom utlåtanden kommer att finnas i journalen 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.

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 åtgärdskod: obligatoriskt att fylla i i diagnos och åtgärdskod.

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

Bilaga 2

Kartläggning av patient

Information som är av värde för alla att känna till ska dokumenteras i *Basdata*, dokumentera under *Socialt* ex civiltillstånd, familjesituation, boende, sysselsättningsgrad och social situation. Även grundläggande information om patientens ekonomi dokumenteras hör.

Besöksantedckning, rehabiliteringskooridnator

- Ange patientens beskrivning /anledning till kontakt under *Vårdkonaktsorsak* samt ange *Kontakttyp*, ex mottagningsbesök eller distansbesök- telefon.
- Ange om det finns barn under sökordet *Minderåriga barn som närstående:* Om minderåriga barn markers kommer ytterligare sökord att öppnas upp och dokumentera därefter under relevanta sökord
- Dokumentera om patienten är utsatt för våld i nära relation eller utanför en nära relation under *Våldsutsatthet*, detta sökord undatnas publicering i journalen på nätet.
- Dokumentera under sökordet *Anamnes*
    - *Tidigare bedömningar och vårdåtgärder:* här dokumenteras tidigare bedömningar och vårdåtgärder som har betydelse för detta hälsotillstånd.
    - *Patientens reflektion:* dokumentera patientens berättelse utifrån tankar, oro, önskan, farhågor, förväntningar och frågeställningar kring sitt hälsotillstånd.
    - *Pågående kontakter och samverkansparter:* dokumentera vilka samverkansparter som är involverade i patientens hälsotillstånd, ex arbetsgivare och Försäkringskassan.
    - *Aktuell sjukskrivning:* ange omfattning av patientens sjukskrivning
    - *Arbetsplatsdialog för arbetsgång (ADA):* dokumentera under relevanta sökord

- *Kartläggning av arbete och sysselsättning:* dokumentera vart patientens arbetar, yrkesroll, arbetsuppgifter, sysselsättningsgrad och arbetstid.

Dokumentera relevant information under sökordet *Levnadsvanor*.

Dokumentera under sökordet *Aktuellt*

- Beskriv patientens symtom/problem, när började det, typ av debut, akut, smygande symtom eller återkommande besvär. Aktuell livshändelse, suicidtankar/planer?

Dokumentera under *Status*

- *Bedömningsinstrument*, här kan man dokumentera resultatet av utförda bedömningsinstrument. Använd journaltabeller för bedömningar som ska utvärdera söver tid

Dokumentera under *Resultat*

- Utvärdering av utförda åtgärder för aktuellt problem
- Fyll i måluppfyllelse

Dokumentera *Diagnos- och åtgärdskoder*

- Detta är obligatoriskt att fylla i.

Originaldokument från Sussa samverkan

DokumentID: ARBGRP1112-1374266480-387
DokumentID: ARBGRP1112-1374266480-389
DokumentID: ARBGRP1112-1374266480-390
DokumentID: ARBGRP1112-1374266480-391
DokumentID: ARBGRP1112-1374266480-392
DokumentID: ARBGRP1112-1374266480-393
DokumentID: ARBGRP1112-1374266480-394
DokumentID: ARBGRP1112-1374266480-552
DokumentID: ARBGRP1112-1374266480-553