

Vårdokumentation i Cosmic för fysioterapeuter

Omfattning och ansvar

Rutinen omfattar vårdokumentation för fysioterapeuter som utförs inom primärvårdens verksamheter i region Norrboten. 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 fysioterapeuter	1
Omfattning och ansvar	1
Syfte.....	1
Vårdokumentation	2
Journalmallar	2
Besöksanteckning, fysioterapeut.....	2
Dokumentation av ledrörlighet.....	3
Ledrörlighet i övre extremiteter och hand.....	3
Ledrörlighet i övriga leder	3
Administrativ anteckning	4
Anteckning	4
Konferensanteckning	5
Dokumentation av utlåtanden.....	5
Gruppbehandlingar	6
Bokning av gruppbehandlingar	6
Dokumentation av gruppbehandlingar	6
Bedömningsinstrument och skattningsskalor	6
Vårdplaner	7
Aktiviteter och paket	8
Fysisk aktivitet på recept	8
Bilaga 1.....	10
Förklaring av huvudsökord som återfinns i journalmallarna.....	10
Originaldokument från Sussa samverkan	11

Vårdokumentation

Journalmallar

Besöksanteckning, fysioterapeut

Bedömning sker enligt internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Detta 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.

Vid journaldokumentation kan en bedömning då beskrivas enligt ICF-terminologin. Komponenten är tänkt att stödja en helhetsyn på patienten och hjälpa vårdpersonalen att identifiera rehabiliteringsbehov och lämpliga målsättningar.

Under *Vårdkontaktuppgifter* dokumenteras administrativa uppgifter relaterat till besöket så som kontaktorsak och hur kontakten ägt rum.

Dokumentation som rör våldsutsatthet skall dokumenteras huvudsökordet *Våldsutsatthet*.

Levnadsvanor och fysisk aktivitet dokumenteras under det dynamiska sökordet *Levnadsvanor*.

Under *Anamnes* dokumenteras anamnesuppgifter som är av intresse för den enskilda vårdenheten, ex. debut och lokalisation av besvär. Dokumentera även tidigare besvär.

Uppgifter om patientens hälsotillstånd, utifrån vårdpersonalens egna observationer och/eller patientens egna uppgifter som rör psykisk status, kroppsstruktur och dess funktion samt resultat av utförda undersökningar och bedömningsinstrument ska dokumenteras under huvudsökordet *Status*. För dokumentation av ledrörlighet, se avsnitt längre ner i denna rutin.

Det är viktigt att dokumentera under sökordet *Bedömning* då denna del är viktig för informationsöverföring i teamarbetet och underlättar intyg utfärdande. Den bör därför användas av verksamheter som träffar patienter med tillstånd där teaminsatser och/eller intygsskrivning är vanligt förekommande. Sökorden effektiviserar och kvalitetssäkrar dokumentation och intygsskrivning

Sökordet *Bedömning* består av tre viktiga undersökord, dvs. *Funktionsned-sättning*, *Aktivitetsbegränsning* och *Suicidriskbedömning*.

Dokumentation av ledrörlighet

För att dokumentera ledrörlighet finns två alternativ i Cosmic:

- Kronologisk journal, används vid dokumentation av enstaka mätningar/bedömningar. Använd huvudsökordet *Ledrörlighet* och dokumentera under aktuellt undersökord.
- Journaltabeller, används vid dokumentation av upprepade mätningar/bedömningar som ska följas över tid. Hänvisa även i den kronologiska journalen att funktionsstatus finns beskrivet i en journaltabell.

Ledrörlighet i övre extremiteter och hand

Dokumentation av ledrörlighet för enstaka leder dokumenteras i *Besöksanteckning, fysioterapi* under huvudsökordet *Status* och under sökordet *Funktionsstatus, rörelseorganen* där aktuell led kan väljas med ett fast val för att därefter dokumentera med fritext.

För ett mer utförligt status och status som ska följas över tid bör relevantjournaltabell användas. En hänvisning bör även göras i *Besöksanteckning, fysioterapi* under aktuellt sökord för aktuell led att journaltabell är skapad.

Aktuella journaltabeller för övre extremiteter och hand:

- *Ledrörlighet aktiv övre extremitet*
- *Ledrörlighet passiv övre extremitet*
- *Ledrörlighet fingrar II-V*
- *Ledrörlighet tumme*
- *Handstyrka*

Ledrörlighet i övriga leder

Dokumentation av ledrörlighet för enstaka leder dokumenteras i *Besöksanteckning, fysioterapi* under huvudsökordet *Status* och under sökordet *Funktionsstatus, rörelseorganen* där aktuell led kan väljas med ett fast val för att därefter dokumentera med fritext.

För ett mer utförligt status och status som ska följas över tid bör relevantjournaltabell användas. En hänvisning bör även göras i *Besöksanteckning, arbetsterapi* under aktuellt sökord för aktuell led att journaltabell är skapad.

Aktuella journaltabeller för övriga leder:

- *Ledrörlighet aktiv övre extremitet*
- *Ledrörlighet passiv övre extremitet*
- *Ledrörlighet aktiv nedre extremitet*
- *Ledrörlighet passiv nedre extremitet*
- *Ledrörlighet nacke*”
- *Ledrörlighet aktiv rygg*

Sökordet *Åtgärder* beskrivs behandlingsprogram, erbjuden behandling, tips och rekommendationer som givits till patienten.

Under *Resultat* dokumenteras utvärdering av utförda åtgärder för aktuellt hälsoproblem.

För fortsatt planering av besök och behandlingsåtgärder dokumentera under sökordet *Planering*.

Diagnos- och åtgärds kod är obligatoriskt att fylla, registrera enbart koder som är relevanta för besöket. Vid flera diagnoser, tänk på att ange huvuddiagnos och åtgärder till respektive diagnos.

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 såsom egenprovtagning av blodsocker och blodtryck som har inkommit utan patientkontakt. Detta dokumenteras under sökorden *Patientrapporterade värden*, *Bedömningsinstrument* och *Bedömning*.

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*, fysioterapi.

Konferensanteckning

Konferensanteckning är tänkt att användas vid dokumentation av möten med externa aktörer, exempelvis möte mellan vårdpersonal, patienten, företagshälsovården 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 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 nätverk 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*

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.

För att möjliggöra att utlåtanden ska kunna hittas har följande alternativ tagits fram:

- Försättsblad, försättsbladet ligger bland blanketter. Genom att ange datum på blankett kan man lättare återfinna utlåtandeanteckningen i den kronologisk journalen.
- Globalt filter, ett globalt filter i sökfunktionen har tagit fram

Det finns andra tillfällen, då utlåtandemallen nyttjas utan att någon utomstående ska delges utlåtandet skriftligt. Använd alltid försättsblad till dessa utlåtanden för att lättare hitta igen dessa i journalen.

Eftersom utlåtanden kommer att finnas i journalen så kommer patienten att kunna se sina utlåtanden via 1177. Det gör det enklare för patienten att ha åtkomst till utlåtanden, om dessa behöver visas för andra aktörer.

Gruppbehandlingar

Bokning av gruppbehandlingar

Bokning av gruppbehandlingar rekommenders 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. Tänk på att sätta rätt diagnos i patientjournalen, om det skiljer sig åt inom patienterna i gruppen.

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

Vårdplaner

Två rehabiliteringsplaner har tagits fram:

- En utförlig *Individuell rehabiliteringsplan*
- En enklare *Standardiserad rehabiliteringsplan*

Dessa vårdplaner 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 åtgärds-koda 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 färdigskrivna 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.

Rehabiliteringsplan – individuell

Den *Individuella rehabiliteringsplanen* har en mer omfattande planbakgrund och bedömning. Denna typ av vårdplan ger en mer detaljerad bild och sorterar informationen om patientens behov utifrån respektive områden som dokumenterats på, det räcker att dokumentera under sökordet *Vårdplan upprättad i Besöksanteckning, arbetsterapi*.

På valt behovsområde kan en kort beskrivning av problem dokumenteras tillsammans med ev. hänvisning till tidigare journalanteckning. På underliggande sökord kan mål och planerade åtgärder dokumenteras.

I denna vårdplansmall finns särskilt sökord för dokumentation av åtgärder och insatser som föreslagits men som patient eller nätverk tackat nej till.

I den individuella planen syns enbart de sökord man dokumenterat under. Det går inte att lägga till fler sökord efter signering. Däremot går det att lägga till fler mål, åtgärder samt utvärdering under aktuellt sökord.

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

Aktiviteter och paket

Aktivitetsramverket fungerar som en "*Att-göra-lista*" med separata aktiviteter eller aktiviteter samlade i paket. Exempel på aktiviteter som kan utföras av paramedicinsk personal eller av annan personal är:

- Viktkontroll
- Gångtest
- Andningsträning

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

Fysisk aktivitet på recept

Förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR) sker i *Läkemedelsmodulen*

Dokumentera även förskrivningen i *Besöksanteckning, arbetsterapi* och under sökordet *Levnadsvanor- Fysisk aktivitet- Fysisk aktivitet, åtgärd*.

Viktigt att komihåg att dokumentera *Diagnos- och åtgärds kod* i *Besöksanteckning, arbetsterapi*.

Blanketten FaR möjliggör dokumentation av målsättning, upp till två förskrivna aktiviteter samt planerad uppföljning. Används för att dokumentera vad som förskrivs. Blanketten ska skrivas ut och överlämnas till patienten.

För mer detaljerad information kring förskrivning av Fysisk aktivitet på recept, se regionövergripande rutin [Fysisk aktivitet på recept FAR \(nll.se\)](#)

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

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