

Vårdokumentation i Cosmic för rehabkoordinatorer

Omfattning och ansvar

Rutinen omfattar vårdokumentation för arbetsterapeuter 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 rehabkoordinatorer NY	1
Omfattning och ansvar	1
Syfte.....	1
Vårdokumentation	2
Journalmallar för rehabiliteringskoordinatorer.....	2
Besöksanteckning, rehabiliteringskoordinator	2
Anteckning, rehabiliteringskoordinator	2
Administrativ anteckning	3
Konferensanteckning	3
Bedömningsinstrument/skattningsskalor.....	3
Dokumentation av utlåtanden.....	4
Vårdplaner	4
Bilaga 1.....	7
Förklaring av huvudsökord som återfinns i journalmallarna	7
Bilaga 2.....	8
Kartläggning av patient	8
Originaldokument från Sussa samverkan	9

Vårdokumentation

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 individuella rehabiliteringsplanen som ska upprättas, för mer detaljerad information se avsnittet *Vårdplan*.

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

Se bilaga 1 för beskrivning av huvudsökord 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, rehabiliteringskoordinator*.

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 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 närverk 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 begränsningar 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 hittas har följande alternativ tagits fram:

- Försättsblad
 - Försättsbladet ligger bland blanketter och genom att ange datum i denna blankett kan man lättare återfinna utlåtandanteckningen 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.

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 rehabiliteringsplan. 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.

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

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 här.

Besöksantecedens, rehabiliteringskoordinator

- Ange patientens beskrivning /anledning till kontakt under *Vårdskonaktsorsak* 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 ut-
anför en nära relation under *Våldsutsatthet*, detta sökord undantas 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 åtgärds-koder*

- 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

