

2018-03-27

Metodstöd för dokumentation rehabilitering Procapita, HSL insats- Kundval/hemrehab

- När du har loggat in kommer du till ”Mina sidor”- välj fliken ”Journal”. Börja med att skriva in personnumret på aktuell patient och klicka på kikaren (sök).
- Kontrollera att det är rätt person genom att öppna patientuppgifter- personuppgifter. Kontrollera att ifyllda uppgifter är korrekta. Mycket viktigt att kontrollera att den egna verksamheten/företagets namn är angivet under ”Aktuell vårdgivare”, fyll även i ”Andra aktuella vårdgivare” som är relevanta för trygg och säker vård
- Klicka på HSL-journal och öppna mall, rehabiliteringsjournal i ruta ”alla rubriker” för att få fram aktuella sökord enligt nedan.

Typ av insats	Syfte	Dokumenteras under sökord	Skriv om
Allmänna uppgifter	Registrera	Allmänna uppgifter: Uppllysning samtycke, ID-kontroll,	OBS! Obligatorisk inskrivningsdokumentation för HSL Kundval
Första kontakt, hem-rehabilitering		Ärendeanmälan, kontaktorsak	Beskriv behov? Vem framför ärendet?

Anamnes	Patientens syn på sin hälsohistoria	Anamnes: - Hälsohistoria	Tidigare hälsosituation med inriktning på aktuellt problem
Kartläggning metod: intervju, observation, bedömnings-instrument	Kartläggning, undersökning bedömning	<u>Rehabstatus</u> Aktivitets och delaktighetsutredning (AT och SJG) Alternativt i bedömningsmodulen enligt mall	Kartläggning/bedömning av aktivitet/delaktighet gällande: <u>-förflyttning</u> (ex röra sig genom att ändra kroppställning, förflytta sig från en plats till en annan, bära, flytta/ hantera föremål, gå/springa/klättra, använda olika transportmedel) <u>-personlig vård</u> (ex. äta, dricka, tvätta sig, klä sig, sköta toalettbehov och sin egen kroppsvård samt hälsa) <u>-hemliv</u> (ex. genomföra husliga/ dagliga sysslor/uppgifter, skaffa bostad, mat, kläder/ förnödenheter, hålla rent, reparera/ ta hand om hushållsgöromål samt hjälpa andra) <u>-kommunikation</u> (ex. kommunikationen genom språk, tecken, symboler som innefattar att ta emot och förmedla budskap, genomföra samtal, använda olika kommunikationsmetoder och kommunikationshjälpmedel) <u>-lärande och kommunikationstillämpning i ett sammanhang</u> (ex målinriktat använda sina sinnen, härma, repetera, fokusera, lösa problem, fatta beslut, hantera stress, dagliga rutiner, ge och ta emot information)
Kartläggning	Kartläggning,	<u>Rehabstatus</u>	Kartläggning/bedömning av funktion gällande: <u>- neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner</u>

<p>metod: intervju, observation, undersökning, bedömningsinstrument</p>	<p>undersökning bedömning</p>	<p>Kroppsstruktur och kroppsfunktionsutredning (AT och SJG)</p> <p>Alternativt i bedömningsmodulen - enligt mall</p>	<p>(ex. led-och muskelfunktion, tonus, styrka, gångmönster, rörelserelaterad balans)</p> <p>- <u>sinnesfunktioner och smärta</u> (ex. syn, hörsel, beröring, proprioception, vestibulär funktion och smärta)</p> <p>- <u>psykiska funktioner</u> (ex. kognition, medvetande, orientering, temperament, energi, sömn, psykosociala funktioner)</p> <p>- <u>hjärt- kärl och andningsfunktioner</u> (ex. hjärtfunktion, blodtryck, andningsfunktion, tolerans för fysisk aktivitet)</p> <p>- <u>hudens funktion</u> (ex. ödem)</p> <p><u>Kroppsstruktursbedömning</u>, beskrivning av väsentliga observationer, undersökningsresultat (ex. anatomiska avvikelser, deformiteter, ärr, decubitus)</p>
<p>Kartläggning metod: intervju, observation, bedömningsinstrument</p>	<p>Kartläggning, undersökning bedömning</p>	<p>Rehabstatus Omgivningsutredning AT, SJG</p>	<p>Kartläggning/bedömning av omgivningsfaktorer gällande: den fysiska, sociala och attityds mässiga omgivningen, boendemiljö, hjälpmedelsbehov, observation av fallrisk etc.</p> <p>OBS! fallriskbedömning ska göras enl. Down Town fallindex och dokumenteras i bedömningsmodulen.</p>
<p>Rehabiliteringsplanering Metod: samtal</p>	<p>Planering av insatser Patientens delaktighet</p>	<p>Planering: Vård/rehabplanering</p>	<p><u>Agenda för samtal- rehabiliteringsplanering:</u> Sammanfattning av kartläggning/bedömning Hälsofrågeställning (diagnosen) Förslag på ordination/insats Patientens syn på bedömning och åtgärdsförslag Mål- kopplas till hälsofrågeställning Ordnation(vad, när, hur, av vem) kopplas till hälsofrågeställning</p>

			Datum för uppföljning/utvärdering
Formulera hälsotillstånd		Hälsofrågeställning (diagnos/rehab.diagnos) AT, SJG, SSK	Formulera hälsotillståndet Ska tydligt utgå från resultat i kartläggning/bedömning
Formulera mål	Riktmarke för insats och utvärdering, patientens delaktighet	Mål	Målet ska vara specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt och tidsbegränsat. (SMART) Formulera målet i konkreta termer. (ange tid för utvärdering) Formulera mål under rehabiliteringsplaneringen med patienten
Åtgärder/ ordination/ träning	Beskrivning av insatsen	<p><u>Åtgärder</u></p> <p>-Aktivitets och delaktighetsåtgärder</p> <p>-Kroppsstruktur och kroppsfunktionsåtgärder</p> <p>-Omgivningsåtgärder</p> <p>OBS! koppla åtgärden till aktuell hälsofrågeställning</p> <p>Instruktion signeringslista: Hö klicka på ordinationen i rubrikträdet</p>	<p>Beskriv insatsen: VAD, NÄR, HUR, AV VEM.</p> <p>Alternativt skriv i löpande text om du själv genomför insatsen.</p> <p>Definition av begrepp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Egenvård: patienten utför själv eller med stöd av omvårdnadspersonal efter instruktion och riskanalys av leg personal, kontakt med biståndshandläggare före start, se MAS/MAR riktlinjer. - Ordination: HSL åtgärd som genomförs av den legitimerade eller omvårdnadspersonal –signeringslista. - Delegation: specifikt HSL- uppdrag från leg personal till namngiven omvårdnadspersonal som har föregåtts av utbildning och kunskapskontroll. Uppdraget är tidsbegränsat skriftligt, får ej överlåtas och är förankrat hos omvårdnadspersonalens chef, se MAS/MAR riktlinjer.

1. Hjälpmedelsföreskrivning, 2. Uppdatering hjälpmedelslista	Möta hjälpmedelsbehov Dokumentation av aktuella hjälpmedel (obligatoriskt)	Omgivningsåtgärder Sökord: Allmänna uppgifter- hjälpmedelslista- OBS- signera ej!	<u>Hjälpmedelsföreskrivning</u> Delprocesser: Välja, prova ut, beställa, anpassa, informera, instruera och träna, följa upp, utvärdera, reparera, återlämna.
Bostadsanpassning		Omgivningsåtgärder	<u>Bostadsanpassning:</u> Delprocesser: Informera om, planera, definiera anpassningsåtgärder, skriva intyg, följa upp.
Genomförande av åtgärd/träning/ behandling	Dokumentation	Resp ICF kategoris Åtgärder- Daganteckning	<u>Kort anteckning</u> om att insatsen genomförs enligt plan. Vid förändrad hälsosituation uppdatera status.
Utvärdering Utvärdering	Är målet uppnått?	1. Hälsfrågeställning/ måluppfyllelse 2. Resultat, under sökord: åtgärder 3. Sökord under aktuell utredning i status	Utvärdering enl. förutbestämd metod: 1. Ja, nej, delvis + beskrivning av patientens syn på måluppfyllelse och aktuell hälsosituation. 2. Resultat: genomfördes insatserna enl planering (ex utifrån signeringslista 7/10ggr) Dokumentera om patienten avböjt behandling men orsak till att personalen ej genomfört insats. 3. Uppdatera status

		(Aktivitets och delaktighetsutredning, Kroppsstruktur och kroppsfunktionsutredning, Omgivningsutredning) Uppdatera status utifrån de förändringar som påvisas i patientens hälsotillstånd efter utförda insatser.	Kvarstående behov och planering för att bibehålla hälsosituationen kan bli en ny ordination, egenvård eller vid behov teamkonferens/vårdplanering. Dokumentera kvarstående behov av ev. hjälpmedelsuppföljning (krav på årligt uppföljningskrav av el-rullstol)
Dokumentation patientsäkerhets avvikelse		avvikelse	Beskriv vad som har hänt, risk/skada för patienten, ev. vård-åtgärd som har vidtagits.
Samverkan med andra vårdgivare		Planering Överrapportering till/från annan vårdgivare	Beskriv vilken enhet som avses och kort om vilken information som tagits emot/lämnats. Vid omfattande information – begär/skicka skriftligt journalutdrag. <u>Förtydligande:</u> då ett ärende avslutas och överrapporteras används Epikris.
Registrera mottagen journalhandling	Registrera i Procapita	Allmänna uppgifter: Inkommen handling/intyg	Skriv från vilken enhet handlingen kommer samt avsändarens befattning och namn. (handlingens scannas och läggs i journal).
Avslut	Dokumentera avslut	Sätt avslutningsdatum på åtgärden (dagens datum) för att avsluta.	Avsluta även öppna åtgärder som inte längre tjänstgörande rehabpersonal har initierat.(dvs inaktuella ordinationer)

Definition rehabiliteringsplan enl Socialstyrelsen:

Vård- och omsorgsplan som beskriver rehabiliteringen för den enskilde.

Kommentar: rehabiliteringsplanen utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennas anhörig/närstående och tas i regel fram med den enskildes samtycke. Det ska finnas mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov.

För dokumentation av rehabiliteringsplan:

1. Rehabiliteringsplan bör göras i form av ett samtal med patienten när kartläggning/bedömning är utförd innan insatser startas. Själva samtalet dokumenteras kort under vårdplanering, aktuella frastexter ex. närvarande, syfte patientens förväntningar, datum för utvärdering.

Dubbeldokumentera ej!

2. Sökord: hälsofrågeställning

3. Sökord: mål, koppla till hälsofrågeställning

4. Ordination med stödord- vad när hur, koppla till hälsofrågeställning

För utskrift:

Gå vidare till Plan- HSL- markera aktuell plan för utskrift eller använd **särskild mall** (se lathund för utskrift av rehabplan, bilaga)

Efter första besök/kontakt ska följande dokumenteras: Ärendeanmälan med kontaktorsak, hälsohistoria samt ev. påbörjad kartläggning/utredning.

Innan åtgärd påbörjas ska mål ha formulerats och dokumenterats samt ett samtal/rehabiliteringsplanering ha erbjudits patienten. Chansen till måloppfyllelse ökar om patienten är delaktig och målen är ordentligt förankrade, gör gärna en utskrift på rehabiliteringsplanen och ge till patienten.

Metodstödet är framtaget med stöd av: Lena Ringefors, arbetsterapeut och tidigare utbildningsansvarig Procapita, Vårdbolaget Tiohundra AB, Viveka Söderbärg, Åhs, Systemansvarig Procapita, KSON.

Dokumentansvarig: Margareta Oswald, Medicinskt Ansvarig RehabiliteringKSON.



8 (8)

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje