

2018-03-27

Metodstöd för dokumentation rehabilitering Procapita, HSL insats- att användas på SÄBO

- 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.
- 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
Första kontakt, rehabilitering	Starta rehabjournal	Ärendeanmälan, kontaktorsak	Beskriv behov Vem framför ärendet
Anamnes	Patientens syn på sin hälsohistoria	Anamnes: - Hälsohistoria	Tidigare hälsosituation med inriktning på aktuellt problem
Kartläggning	Kartläggning, undersökning bedömning	<u>Rehabstatus</u> Aktivitets och delaktighetsutredning	Kartläggning/bedömning av aktivitet/delaktighet gällande: <u>-förflyttning</u>

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

<p>metod: intervju, observation, bedömnings-instrument</p>		<p>(AT och SJG)</p> <p>Alternativt i bedömningsmodulen enligt mall</p>	<p>(ex röra sig genom att ändra kroppsställning, förflytta sig från en plats till en annan, bära, flytta/ hantera föremål, gå/springa/klättra, använda olika transportmedel)</p> <p>-<u>personlig vård</u> (ex. äta, dricka, tvätta sig, klä sig, sköta toalettbehov och sin egen kroppsvård samt hälsa)</p> <p>-<u>hemliv</u> (ex. genomföra husliga/ dagliga sysslor/uppgifter, skaffa bostad, mat, kläder/ förnödenheter, hålla rent, reparera/ ta hand om hushållsgöromål samt hjälpa andra)</p> <p>-<u>kommunikation</u> (ex. kommunikationen genom språk, tecken, symboler som innefattar att ta emot och förmedla budskap, genomföra samtal, använda olika kommunikationsmetoder och kommunikationshjälpmedel)</p> <p>-<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)</p>
<p>Kartläggning</p>	<p>Kartläggning, undersökning bedömning</p>	<p><u>Rehabstatus</u> Kroppsstruktur och kroppsfunktionsutredning (AT och SJG)</p>	<p>Kartläggning/bedömning av funktion gällande:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>neuromuskuloskeletal</u> och <u>rörelserelaterade funktioner</u> (ex. led- och muskelfunktion, tonus, styrka, gångmönster, rörelserelaterad balans) - <u>sinnestfunktioner</u> och <u>smärta</u>

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

metod: intervju, observation, undersökning bedömningsinstrument		Alternativt i bedömningsmodulen- enligt mall	(ex. syn, hörsel, beröring, proprioception, vestibulär funktion och smärta) - <u>psykiska funktioner</u> (ex. kognition, medvetande, orientering, temperament, energi, sömn, psykosociala funktioner) - <u>hjärt- kärl och andningsfunktioner</u> (ex. hjärtfunktion, blodtryck, andningsfunktion, tolerans för fysisk aktivitet) - <u>hudens funktion</u> (ex. ödem) <u>Kroppsstruktursbedömning</u> , beskrivning av väsentliga observationer, undersökningsresultat (ex. anatomiska avvikelser, deformiteter, ärr, decubitus)
Kartläggning metod: intervju, observation, bedömningsinstrument	Kartläggning, undersökning bedömning	Rehabstatus Omgivningsutredning AT, SJG	Kartläggning/bedömning av omgivningsfaktorer gällande: den fysiska, sociala och attityds mässiga omgivningen, boendemiljö, hjälpmedelsbehov, observation av fallrisk etc. OBS! <u>fallriskbedömning</u> ska göras enl. Down Town fallindex och dokumenteras i bedömningsmodulen.
Rehabiliterings planering Metod: samtal	Planering av insatser Patientens delaktighet	Planering: Vård/rehabplanering	<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 Datum för uppföljning/utvärdering

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

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	<u>Åtgärder</u> -Aktivitets och delaktighetsåtgärder -Kroppsstruktur och kroppsfunksionsåtgärder -Omgivningsåtgärder OBS! koppla åtgärden till aktuell hälsofrågeställning Instruktion signeringslista: Hö klicka på ordinationen i rubrikrädet	Beskriv insatsen: VAD, NÄR, HUR, AV VEM. Alternativt skriv i löpande text om du själv genomför insatsen. Definition av begrepp: <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.

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

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

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

		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 (årligt uppföljningskrav av el-rullstol)
Dokumentation patientsäkerhets avvikelser		avvikelse	Beskriv vad som har hänt, risk/skada för patienten, ev. vårdåtgärd som har vidtagits.
Samverkan med andra vårdgivare		A. Planering Överrapportering till/från annan vårdgivare eller B. under resp åtgärds daganteckning finns frastext telefonkontakt och informationsöverföring.	Beskriv vilken enhet som avses och kort om vilken information som tagits emot/lämnats. Vid omfattande information – begär/skicka skriftligt journalutdrag. Förtydligande: då ett ärende avslutas och överrapporteras används Epikris.
Registrera mottagen journalhandling	Registreta i Procapita	Allmänna uppgifter: Inkommen handling/ intyg	Skriv från vilken enhet handlingen kommer samt avsändarens befattning och namn. (handlingens ska förvaras i verksamhetens låsta journalskåp).
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.

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

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.

Dubbel-dokumentera 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 måluppfyllelse 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, Sjukvårds- och omsorgskontoret.

Dokumentansvarig: Margareta Oswald, Medicinskt Ansvarig Rehabilitering, Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje.