

2022-11-14

Metodstöd för dokumentation rehabilitering Procapita, HSL insats- Kundval/hemrehab & 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. Mycket viktigt att kontrollera att den egna verksamheten/företagets namn är angivet under patientuppgifter och kontakter.
- 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

<p>Kartläggning metod: intervju, observation, bedömnings- instrument</p>	<p>Kartläggning, undersökning bedömning</p>	<p><u>Rehabstatus</u> Aktivitets och delaktighetsutredning (At och Fysio)</p> <p>Alternativt i bedömningsmodulen enligt mall</p>	<p>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)</p>
<p>Kartläggning</p>	<p>Kartläggning, undersökning bedömning</p>	<p><u>Rehabstatus</u> Kroppsstruktur och kroppsfunktionsutredning (At och Fysio)</p>	<p>Kartläggning/bedömning av funktion gällande: - <u>neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner</u> (ex. led-och muskelfunktion, tonus, styrka, gångmönster, rörelserelaterad balans) - <u>sinnesfunktioner och smärta</u></p>

metod: intervju, observation, undersökning, bedömnings instrument		Alternativt i bedömningsmodulen - enligt mall	(ex. syn, hörsel, beröring, proprioception, vestibulär funktion och smärta) - <u>psyksiska 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, bedömnings-instrument	Kartläggning, undersökning bedömning	Rehabstatus Omgivningsutredning (At och Fysio)	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-och omsorgsplan Gällande rehabilitering (KVÅ: AU120)	<u>Agenda för planerings samtalet:</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
Formulera hälsotillstånd		Hälsofrågeställning (diagnos/rehab.diagnos)	Formulera hälsotillståndet Ska tydligt utgå från resultat i kartläggning/bedömning

		At, Fysio, Ssk	
Formulera mål	Riktmärke 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 planeringssamtalet med patienten
Åtgärder/ ordination/ träning	Beskrivning av insatsen	<u>Åtgärder</u> -Aktivitets och delaktighetsåtgärder -Kroppsstruktur och kroppsfunktionsåtgärder -Omgivningsåtgärder OBS! koppla åtgärden till aktuell hälsofrågeställning Instruktion signeringslista: Hö klicka på ordinationen i rubrikrådet	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.
1. Hjälpmedelsföreskrivning, 2. Uppdatering hjälpmedelslista	Möta hjälpmedelsbehov Dokumentation av aktuella	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.

	hjälpmedel (obligatoriskt)		
Bostads- anpassning		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	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.
		3. Sökord under aktuell utredning i status (Aktivitets och delaktighetsutredning,	3. Uppdatera status
			Kvarstående behov och planering för att bibehålla hälsosituationen kan bli en ny ordination, egenvård eller vid behov teamkonferens/vårdplanering.

		Kroppsstruktur och kroppsfunktionsutredning, Omgivningsutredning) Uppdatera status utifrån de förändringar som påvisas i patientens hälsotillstånd efter utförda insatser.	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 Vård-och omsorgsplan enl Socialstyrelsen (termbank):

Begreppet vård- och omsorgsplan är ett övergripande begrepp som omfattar samtliga planer inom vård och omsorg och är att betrakta som en rubrik. Det finns såväl standardiserade som individuella vård- och omsorgsplaner. Individuella planer dokumenteras i patientjournalen (i enlighet med patientdatalagen) eller i personakten.

Vård- och omsorgsplanen används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.

För dokumentation av vård-och omsorgsplan gällande rehabilitering:

1. Plan 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-) **För vidare steg med bilder, se lathund ”skapa hälsofrågeställning och plan”.**

Efter första besök/kontakt ska följande dokumenteras: Ärendeanmälan med kontaktorsak, häsohistoria 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.

I Procapita används ordet Plan, det är det vi i dagligt tal benämner Vårdplan/Hälsoplan eller vid utskrift i Procapita Rehab och Vård och omsorgsplan