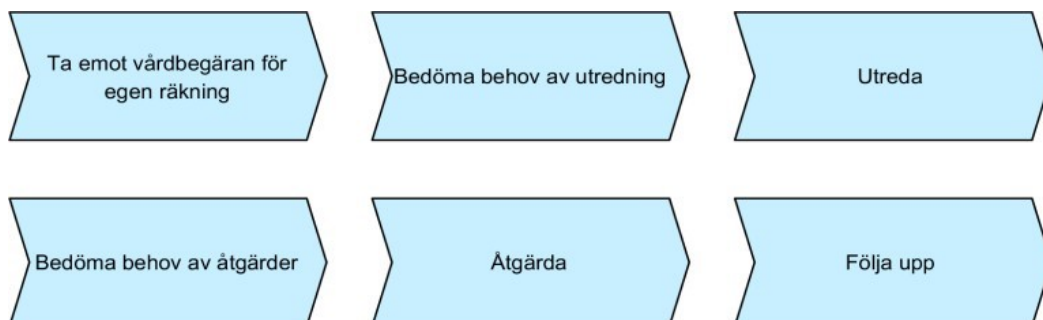




Staffanstorps
kommun

RIKTLINJE – HANDBOK FÖR DOKUMENTATION I LIFECARE ENLIGT LOKAL PROCESSMODELL - REHABENHETEN



Utfärdad av: MAR

Godkänd av: EC rehab

Datum: 2022-11-28

Revideringar: 2025-09-10

1 INNEHÅLL

1	INNEHÅLL.....	2
2	PROCESSMODELL FÖR DOKUMENTATION I LIFECARE	5
3	BAKGRUND.....	5
4	ALLMÄNT	5
5	VÅRDBEGÄRAN	6
5.1	Vistelseadress	6
5.2	Organisation	6
5.3	Kontaktorsak	6
5.4	SBAR – frågeunderlag – Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation	6
5.4.1	Situation	6
5.4.2	Bakgrund	6
5.4.3	Aktuellt tillstånd	7
5.4.4	Rekommendation.....	7
5.5	Vårdprocess	7
5.6	Ställningstagande	7
5.7	Prioritering.....	7
5.8	Personuppgifter	7
6	UTREDNINGSPLAN – UTREDNING - BEDÖMNING	8
7	UTREDANDE ÅTGÄRDER..... Fel! Bokmärket är inte definierat.	
7.1	”Hur-ruta”	8
7.2	Registrera utförd åtgärd i ”Att göra”	8
7.3	Resultatruta.....	9
8	BEDÖMNINGSVRKTYG	9
9	ICF – DOKUMENTATION IN-STATUS	9
10	AVSLUTA UTREDNING	9
11	BEHANDLING/ÅTGÄRDER	10
11.1	Behandlingsplan	10
11.2	Risk, resurs och/eller problem	10
11.3	Mål.....	10
11.4	Behandlande åtgärder.....	10
11.4.1	Registrering av utförd åtgärd	11
11.5	HSL-uppdrag	11
11.5.1	Behandlingsåtgärd	11
11.5.2	HSL-uppdrag skickas till utförare	11

11.6	ICF-dokumentation – Uppdaterat status efter insatt åtgärd	12
12	FÖLJA UPP BEHANDLINGSPPLAN OCH UPPDATERA ICF	12
12.1	Följa upp	12
12.2	ICF – uppdaterat status vid uppföljningar och avslutning av behandling.....	12
12.3	Måluppfyllelse	12
12.4	Avsluta HSL-uppdrag och avsluta åtgärder	13
12.5	Avsluta plan	13
13	AVSLUTA PROCESS	13
14	AVSLUTA JOURNAL	13
15	LÄSA JOURNAL	13
16	PROCESSMENYN.....	14
16.1	Översikt vårdprocess.....	14
16.2	Utredande åtgärder	14
16.3	Bedöma behov av åtgärder	14
16.4	Behandlande åtgärder	14
16.5	Följa upp	14
17	PATIENTMENYN	14
17.1	Hälsoplan	14
17.2	Senast dokumenterat.....	14
17.3	Att göra - planeringskalender	15
17.4	Åtgärder.....	15
17.5	ICF dokumentation	15
17.6	Annan dokumentation.....	15
17.7	Bedömningsinstrument.....	15
17.8	Träningsprogram	15
17.9	Infogade dokument	15
17.10	Vårdbegäran	16
17.11	Ej registrerade åtgärder.....	16
17.12	HSL-uppdrag.....	16
17.13	Samtycke.....	16
17.14	Journal.....	16
17.15	Personuppgifter	16
17.16	Arkiverade utskrifter	16
18	MENY – ALLMÄN MENY PÅ HÖGER SIDA AV SKÄRM.....	17
18.1	Hem	17
18.2	Sök patient	17

18.3	Att göra.....	17
18.4	Mina Patienter.....	17
18.5	Vårdbegäran	17
18.6	Ej signerat.....	17
18.7	Senast dokumenterat.....	17
18.8	Ej registrerat.....	17
18.9	Delegering	18
18.10	HSL-uppdrag.....	18
18.11	Meddelande.....	18
18.12	Journal - spärra - avsluta.....	18
19	VAL AV KVÅ – GUIDE TILL VANLIGT ANVÄNDA AV AT/FT	18
19.1	Vanliga KVÅ att använda för arbetsterapeuten	18
19.2	Vanliga KVÅ att använda för fysioterapeuten.....	19
20	VAL AV ICF OCH SKATTNING ENLIGT ICF	20
20.1	Arbetsterapeuter använder ofta följande ICF-koder	21
20.2	Fysioterapeuter använder ofta följande ICF-koder	21
20.3	Guide för ICF-skattning	22

2 PROCESSMODELL FÖR DOKUMENTATION I LIFECARE



3 BAKGRUND

Sedan februari 2021 görs all journalföring av hälso- och sjukvård i ”HSL journal Lifecare”. Journalsystemet innehåller Socialstyrelsens krav på journalföring och statistik enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Journalföring förs utifrån Socialstyrelsens hälso-och sjukvårdsprocess. Processmodellen för Rehabenheten i Staffanstorps kommun för dokumentation i Lifecare har utökats med delaktiviteter. Följande riktlinje är uppdelad i aktiviteter som motsvaras i process för dokumentation i Lifecare på Rehabenheten i Staffanstorp.

Det finns även handledning för användning av journalsystemet och dess funktioner i ”Handbok Användare Lifecare HSL” och uppdateras efter hand som nya och förändrade funktioner finns tillgängliga genom systemadministratör.

4 ALLMÄNT

Journalen är en gemensam HSL-journal för arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska.

Personuppgifter är gemensamma även med VOMS (myndighetsavdelning med biståndshandläggare) och utförarna (hemtjänstenheterna och LSS-boenden).

I Staffanstorps kommun har vi valt fyra vårdprocesser: HSL SVU, HSL Silvia ssk, HSL rehab och HSL ssk.

Det finns möjlighet att använda frastexter. Där frastexter är gjorda används de i första hand men fritext kan alltid skrivas. När frastext används behöver den justeras och text läggs till eller tas bort efter dokumentationsbehov.

Hälsoplaner används i form av utredningsplaner och behandlingsplaner. Det finns standardvårdplaner med förvalda åtgärder (KVÅ) och förvalda frastexter.

Standardvårdplaner är upprättade för vanligast förekommande utredningar och behandlingar.

5 VÅRDBEGÄRAN

Upprättas vid ny kontakt och vid nytt behov från en patient, annan vårdgivare, hemtjänst m fl. Vårdbegäran kan startas från hemskärm eller från patientmeny. Personuppgifter kompletteras med telefonnummer om det inte är inskrivet.

5.1 Vistelseadress

Om patient har annan vistelseadress än den folkbokförda, bocka i ”Ingen ändring vid avisering” för att förhindra att adress ändras vid avisering (regelbunden uppdatering mot folkbokföringsregistret).

5.2 Organisation

Patienten ska tilldelas distrikt efter var patienten bor, HSL distrikt 1-7. Undantag är de patienter som är anslutna till HSL Hemteam eller HSL LSS.

5.3 Kontaktorsak

Kontaktorsakskategori/Kontaktorsakstyp:

- Kontaktorsakskategori ”Aktiviteter och delaktighet” väljs oftast för rehab
 - Kontaktorsakstyp:
 - För kontakt med fysioterapeut välj ”Förflyttningar”
 - För kontakt med arbetsterapeut välj ”Personlig vård”
 - För kontakt med arbetsterapeut gällande boendestöd välj ”Lärande och tillämpa kunskap”
- Kontaktorsakskategori ”Omgivningsfaktorer”
 - Kontaktorsakstyp:
 - För kontakt med arbetsterapeut gällande bostadsanpassningsärenden välj ”Produkter och teknologi”
- Kontaktorsakskategori ”Kroppsfunktioner och strukturer”
 - Kontaktorsakstyp:
 - Vid kontaktorsaker som gäller kognition används ”Psyksiska funktioner”

För kontakt med sjuksköterska används ”Kroppsfunktioner och strukturer” eller ”Omgivningsfaktorer”

5.4 SBAR – frågeunderlag – Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation

Fyll i uppgifter som behövs för att ge en bild av situationen. Frastexter finns som vägledning till varje ruta. Alla rutor behöver inte fyllas i för att komma vidare.

5.4.1 Situation

Vad är problemet/anledningen till kontakt?

- Orsak till kontakt?

5.4.2 Bakgrund

Kortfattad och relevant sjukdomshistoria för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd fram till nu.

- Hur länge har det varit så här?

- Vad var den utlösande faktorn till att du kontaktar oss nu?

5.4.3 Aktuellt tillstånd

Status och bedömning.

- Hur gör patienten idag?
- Får patienten hjälp från någon (anhörig, god vän, hemvård)?
- Har patienten några hjälpmedel?
- Allmäntillståndet?
- Livssituation?
- Boende/miljö som påverkar aktuell situation?

5.4.4 Rekommendation

Åtgärd, tidsram och bekräftelse på kommunikationen.

- Vad anser den som tar kontakt att behovet är?

5.5 Vårdprocess

Rehabenheten använder vårdprocess HSL Rehab. Ställningstagande måste kopplas med vårdprocess för att kunna jobba vidare med patienten. Finns det pågående vårdprocess används denna. Annars skapar man den i ställningstagande.

Det kan finnas tidigare vårdprocess som är avslutad. Rekommendation är att återöppna den avslutade processen. Det görs via översikt som finns överst i processmenyn.

5.6 Ställningstagande

Den som tar ansvar för att vårdbegäran hanteras gör ställningstagandet för egen bokning eller sätter den på gemensam väntelista.

- Koppla med befintlig vårdprocess HSL Rehab när det finns en sådan. Återöppna [enligt ovan](#) om det finns tidigare avslutad process.
- Inled en ny vårdprocess HSL Rehab när det är första gången patient har kontakt för rehabiliteringsinsats.
- Avsluta vårdbegäran utan åtgärd. Vårdbegäran som innebär att patienten hänvisas vidare utan bedömning/åtgärd t ex hänvisas till egenvård eller till att söka hjälp på vårdcentral avslutas och anteckning om samtalet kan skrivas in utan att vårdprocess startas.

5.7 Prioritering

Rehab väljer ”Vardag närmaste tiden” och gör prioritering genom att välja frastext i rutan ”Motivera prioriteringen”. Se även lokal rutin för prioriteringar. Det är även möjligt att skriva fritext vid behov och göra prioritering utifrån det.

5.8 Personuppgifter

Kontrollera att telefonnummer finns till patient och när uppgift finns att närstående och deras telefonnummer finns. Komplettera vid behov.

Skriv in patientansvarig för rehabilitering (PAR) arbetsterapeut respektive patientansvarig för rehabilitering (PAR) fysioterapeut och vilket distrikt patienten tillhör under personuppgifter. Ange rehabtelefon som nummer 046-25 11 32.

6 UTREDNINGSPLAN – UTREDNING - BEDÖMNING

I hälso- och sjukvårdslagen framgår att patienten har rätt till en behovsbedömning. Bedömningen är en förutsättning för att kunna planera och genomföra vårdinsatser.

Välj utredningsplan för området som är aktuellt. Finns standardvårdplan används den i första hand. Hypotes kan dokumenteras som vägledning till varför denna bedömning görs. Observera att inte föregripa resultat av bedömningen som ska göras.

Standardvårdplaner kan involvera flera yrkeskategorier och syns då på hemskärm som förfrågan hos aktuella yrkeskategorier. Dessa används för gemensam teambaserad utredning. Samråd inom team rekommenderas. Standardvårdplaner finns per yrkeskategori när teambaserad dokumentation inte är aktuell.

6.1 Utredande åtgärder

Åtgärder skapas efter utredningsbehov. En eller flera KVÅ/åtgärds kort används för detta. Alla utredande KVÅ i det kommunala urvalet är sökbara. KVÅ har en beskrivningstext.

Finns lämplig standardvårdplan så finns förval av KVÅ/åtgärds kort och frastext förvalda, de KVÅ/åtgärds kort som inte är aktuella väljs bort. Se även lathund över vanliga KVÅ i slutet av detta dokument.

En utredande åtgärd är oftast en åtgärd som utförs en gång, men kan också vara en återkommande åtgärd om det behövs flera bedömningstillfällen eller bedömningsperiod.

6.2 "Hur-ruta"

I "Hur" beskrivs hur man går till väga för att göra bedömningen, ange bedömningsinstrument osv. Frastexter finns till de flesta KVÅ/åtgärds kort.

En åtgärd kan kopplas till flera planer.

Åtgärder skapas som planerade åtgärder och lägger sig på angiven tid och datum i "Att göra" i "Patientmenyn" hos aktuell patient. Här ifrån signeras sedan åtgärden när den är utförd.

Signering kan även utföras från "Ej registrerade åtgärder".

Vid användning av standardvårdplaner finns förvalda åtgärder med förvalda frastexter, åtgärder kan inte kopplas till flera planer inifrån standardvårdplan utan det görs i aktuella fall efteråt via åtgärds korten.

6.3 Registrera utförd åtgärd i "Att göra"

Åtgärder i "Att göra" är färgkodade:

- Planerad åtgärd – blå
- Registrerad som utförd åtgärd – grön
- Registrerad som ej utförd - orange
- Ej registrerad utförd/ej utförd (inte signerad) åtgärd - röd

När redan utförda åtgärder dokumenteras kan oplanerade åtgärder användas. Dessa skapas via "Att göra". Resultatruta/daganteckning kommer då upp och registrering/signering av utförd åtgärd sker direkt.

6.4 Resultatruta

I resultatrutan kan beskrivningar som är utöver status göras, som t ex situation runt omkring bedömningen mm. Detta resultat kan man bara läsa när man går in på själva åtgärden.

7 BEDÖMNINGSVERKTYG

Modul med inlagda bedömningsinstrument finns i patientmenyn. Skriv in bedömning i valt bedömningsinstrument i "Bedömningsverktyg".

Standardvårdplan innehåller frastext med förval av vanligt och lämpligt bedömningsinstrument, frastext justeras efter behov. Ett antal bedömningsinstrument finns tillgängliga för dokumentation i bedömningsverktyg.

8 ICF – DOKUMENTATION IN-STATUS

ICF används för att beskriva och strukturerat dokumentera aktuellt funktionstillstånd. Status från gjord bedömning skrivs här. Skriv in bedömningar under ICF-områden/kategorier relaterat till de utrednings KVÅ/åtgärds kort som används. Vanliga ICF som används som standard: se tabeller i slutet av dokumentet.

9 AVSLUTA UTREDNING

Utredningsplan avslutas när alla utredande åtgärder är utförda. Behandlande åtgärder och utredande åtgärder kan ske parallell och då hålls utredningsplanen öppen tills utredning är avslutad. Avslutas senast när behandlingsplan avslutas. Gå in via "Bedöma behov" av åtgärder i "Processmenyn" för att avsluta utredningsplan.



10 BEHANDLING/ÅTGÄRDER

10.1 Behandlingsplan

När utredning/bedömning leder till behandling upprättas behandlingsplan. Val av behandlingsplan görs som motsvarar problem/behov av åtgärder. Finns lämplig standardvårdplan används den i första hand.

Standardvårdplaner kan involvera flera yrkeskategorier och syns då på hemskärm som förfrågan hos aktuella yrkeskategorier. Dessa används för gemensam teambaserad behandling. Samråd inom team rekommenderas. Standardvårdplaner finns per yrkeskategori när teambaserad dokumentation inte är aktuell.

Flera planer kan löpa samtidigt till exempel förflyttningsplan kan startas samtidigt som fallpreventionsplan och en åtgärd kan vara kopplade till båda dessa planer.

Behandlingsplan kan startas på flera sätt:

- I samband med att utredningsplan avslutas finns val att åtgärda då kommer val att starta behandlingsplan
- Gå in på hälsoplan och starta behandlingsplan

10.2 Risk, resurs och/eller problem

Denna ruta används till aktuell problemformulering, en sammanfattning av det man funnit vid sin bedömning som kommer att behandlas/åtgärdas. Även resurser som kommer att vara till nytta vid kommande intervention tas med.

10.3 Mål

Använd konkreta mål som är specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsbegränsade (SMART) Flera mål kan skrivas i samma ruta men en gemensam utvärdering av måluppfyllelse måste göras för dessa. Rekommendationen är att dela upp varje mål i egen ruta och att dela upp i huvudmål och delmål.

Tid för uppföljning av delmål och huvudmål sätts i samband med mål. Uppföljning kan göras många gånger i samma plan.

10.4 Behandlande åtgärder

Alla behandlande "KVÅ/åtgärds kort" i det kommunala urvalet är sökbara. T ex för "GA025 Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedelsbehov" kan man skriva in antingen GA025 (KVÅ-kod) eller t ex *hj* (hjälpmedelsbehov) för att få fram denna KVÅ.

KVÅ/ÅTGÄRDSKORT har en beskrivningstext samt hänvisning/förslag till ICF-klassifikation som passar tillsammans med åtgärden.

Behandlande åtgärder finns förvalda när standardvårdplan används.

En åtgärd kan kopplas till flera planer. Detta gäller inte standardvårdplaner i nuläget. Koppling till andra aktuella planer kan göras efteråt.

10.4.1 Registrering av utförd åtgärd

Registrering/signering av utförd åtgärd kan göras via “Att göra” och via “Ej registrerade åtgärder”. OBS tiden för planering av åtgärd måste ha passerats för att hittas under “Ej registrerade åtgärder” (24.00 om inte tid anges). Om klockslag anges för utförande så finns åtgärden under “Ej registrerade åtgärder” omedelbart.

I samband med signering av utförd åtgärd anges det som behöver beskrivas i resultatrutan.

Åtgärder skapas som planerade åtgärder och lägger sig på angiven tid och datum i “Att göra” i patientmenyn hos aktuell patient. Här signeras sedan åtgärden när den är utförd.

Åtgärder i “Att göra” är färgkodade:

- Planerad åtgärd – blå
- Registrerad som utförd åtgärd – grön
- Ej registrerad utförd/ej utförd (inte signerad) åtgärd - röd
- Registrerad som ej utförd – orange

När en redan utförd åtgärd dokumenteras kan oplanerad åtgärd väljas. För behandlande åtgärder som ska utföras av annan personal används “HSL-uppdrag”.

10.5 HSL-uppdrag

HSL-uppdrag finns i patientmenyn. Det används för att överföra ordinationer som ska utföras av “Annan personal” (omvårdnadspersonal) till utförare. Det används både för delegerade och icke delegerade ordinationer.

HSL-uppdrag används även för instruktioner av omvårdnadssituationer till exempel hur en förflyttning (QM009) ska utföras, hur personlig vård (QN002) ska utföras, handhavande av hjälpmedel mm.

10.5.1 Behandlingsåtgärd

- Behandlande åtgärd skapas
- Använd “Hur-rutan” till att beskriva hur ordinationen ska utföras. Det som står i denna ruta kommer omvårdnadspersonal att se
- Ange tidsåtgång 10 alternativt 20 min som schablon, vid speciella ordinationer som t ex luftning av ortos, ange den aktuella tidsåtgången. Ersättningsnivå till utförare beräknas utifrån angiven tid. Ange när, använd klockslag när mer än ett tillfälle per dag är aktuellt
- Ange återkommande åtgärd/frekvens av utförandet
- Ange “Annan personal” som utförare
- Välj Nej på ”Åtgärd relaterad till läkemedel”
- Välj Ja/Nej på “Delegering krävs för att utföra åtgärden”. Delegering görs sedan i system för e-signering (i Alfa SignIt)

10.5.2 HSL-uppdrag skickas till utförare

- Gå till HSL-uppdrag under patientmeny
- Gör ETT uppdrag per ordination
- Bifoga Behandlingsplan, träningsprogram och eventuellt dokument från ”Infogade dokument”
- Uppdragstext skrivs i textruta för hur uppdraget ska hanteras, t ex skrivs ut. Frastext finns för detta och bör användas
- Återkoppling fylls i med villkor för när den ordinerande ska kontaktas, frastext finns

Samordnare kvitterar uppdraget som sedan är läsbart i utförardelen av Lifecare, viss personal har tillgång till mobil enhet (LifeCare Mobil Omsorg LMO) och kan då läsa uppdragstext i sin telefon. Uppdragen skrivs ut av mottagaren som har ansvar för att en utskrift sätts i HSL-pärm. Observera att HSL-pärm kan behöva upprättas av ordinator om sådan tidigare inte finns.

OBS: Nya, förändrade och avslutade HSL-uppdrag ska skickas till Ersättningsnivåer via ett meddelande i Lifecare. Ange personnummer och namn på patient, utförare, och vilket HSL- uppdrag det gäller. (Skriv meddelandet på en rad.)

10.6 ICF-dokumentation – Uppdaterat status efter insatt åtgärd

När en åtgärd ger en omedelbar förändring av funktionsnivå görs en ny ICF-bedömning.

Vanliga ICF som vi använder som standard: se tabeller i slutet av dokumentet.



11 FÖLJA UPP BEHANDLINGSPLAN OCH UPPDATERA ICF

11.1 Följa upp

Behandlingsplanen kan följas upp vid ett obegränsat antal tillfällen. Vid uppföljning finns möjlighet att justera och sätta nya mål/delmål samt planera nästa uppföljning.

11.2 ICF – uppdaterat status vid uppföljningar och avslutning av behandling

Vid uppföljning görs en ny bedömning som ICF-dokumentation om:

- funktionsförmågan/status har förändrats.
- det har gått en sådan period att nuvarande funktionsförmåga/status behöver bekräftas som aktuellt.

Lägg till bedömning på befintlig ICF på de områden/kategorier som relaterar till de bedömningar som gjorts vid uppföljning.

11.3 Måluppfyllelse

Vid uppföljning eller avslut av behandling dokumenteras till vilken grad målet är uppfyllt.

- Är målet uppfyllt: Ja/Delvis/Nej
- Måluppfyllelse förtydligas med fritext

11.4 Avsluta HSL-uppdrag

Avsluta HSL-uppdrag när uppdraget upphör. Glöm inte att skicka information till [Ersättningsnivån](#). ”Process” går inte att avsluta när det finns ett pågående HSL-uppdrag.

11.5 Avsluta plan

Avsluta planen när ingen vidare behandling, åtgärd eller uppföljning är planerad. Enligt dokumentationsrutin Hälso- och sjukvårdsrutiner (MAS/MAR-sida) görs genomgång av att alla journaler är aktuella i mars och september månad. Se även Rutin Avsluta/följa upp behandlingsplaner

12 AVSLUTA PROCESS

Rehabprocess avslutas när det inte finns någon hälsoplan öppen och inte någon pågående åtgärd. Avslutad process kan återöppnas via översikt i processmenyn. Vid avslutning av process så avslutas behandlingsplaner och åtgärder och dessa kan inte öppnas igen.

Rehabprocess som innehåller långtidsuppföljning av hjälpmedel ska inte avslutas. Detta innebär att journaler där patient har hjälpmedel med regelbunden uppföljning av hjälpmedel kommer att hållas öppna även om andra insatser är avslutade.

13 AVSLUTA JOURNAL

Journal avslutas:

- När alla processer är avslutade
- När patient avlidit
- När patient flyttat till särskilt boende
- När patient flyttat från kommunen
- Journaler för patienter som har hjälpmedel förskrivna men ingen planerad uppföljning

Notera att det kan finnas pågående processer för annan profession. Journalen ska då hållas öppen!

14 LÄSA JOURNAL

Det finns olika vyer och sätt att läsa journal. Filter används för att sortera fram den information som önskas.

- Senast dokumenterat. - Det ”traditionella” sättet att läsa journal i kronologisk ordning eller annan vald sortering.
- Hälsoplaner - ger en översikt över utredningar och behandlingar över tid.
- ICF-dokumentation – status/bedömningar och behandlingsresultat.
- Åtgärder – både utredande och behandlande åtgärder finns här i kronologisk ordning enligt planeringsdatum. Kan läsas som kort eller i listform
- Vårdbegäran – här visas när ny kontakt till hemsjukvården har skett.

Filterfunktioner används för att styra läsinnehåll.

Patientjournaler tidigare än februari 2021 finns i journalsystemet Treserva, läsbehörighet finns 5 år framåt fr om februari 2021.

15 PROCESSMENYN

Steg för att nå processmenyn:

- Välj/Sök aktuell patient
- Välj aktuell process (HSL rehab) genom att klicka på den

15.1 Översikt vårdprocess

Visar innehållsförteckning över det som hänt och händer i vårdprocessen. Här kan vårdprocessen öppnas och avslutas. Superanvändare kan även flytta hälsoplaner till annan process via denna vy.

15.2 Utredande åtgärder

För att kunna koppla utredande åtgärd behöver utredningsplan först skapas i ställningstagandet eller via rubrik "Hälsoplan". Efter utförande ska den även signeras som utförd.

15.3 Bedöma behov av åtgärder

Välj aktuell utredningsplan. Genom att lägga till bedömning visas följande val:

- "Åtgärda" startar behandlingsplan och samtidigt stängs utredningsplanen.
- "Fortsätta med utredningsplan och åtgärda" startar behandlingsplan men lämnar utredningsplan öppen för fortsatt utredning.
- "Fortsätta med utredningsplan"
- "Avsluta utredningsplan"

15.4 Behandlande åtgärder

Här kan behandlande åtgärder skapas. Efter utförande ska den även signeras som utförd.

15.5 Följa upp

Här kan behandlingsplan och/eller behandlande åtgärder följas upp. Planer kan följas upp när som helst och hur många gånger som helst (även före planerat uppföljningsdatum).

16 PATIENTMENYN

16.1 Hälsoplan

Hälsoplaner utgörs av utredningsplaner och behandlingsplaner där följande kan göras:

- Starta upp utredningsplaner och behandlingsplaner
- Se pågående utredningsplaner och behandlingsplaner
- Se tidigare/avslutade utredningsplaner och behandlingsplaner

Övriga åtgärder som inte är kopplade till någon plan kommer som lista under planerna. Vyn ger en översiktsskild över vad som pågår.

16.2 Senast dokumenterat

Visar i kronologisk ordning vad som dokumenterats i patientens journal. Senaste veckans dokumentation av alla yrkeskategorier visas.

16.3 Att göra - planeringskalender

Översikt över åtgärder som är aktuella för vald patient:

- Planerade – blå färg
- Utförda – grön färg
- Ej registrerade som utförda – röd färg
- Registrerade som ej utförda – orange färg

Övriga aktiviteter för patienten kan läggas till här.

16.4 Åtgärder

Åtgärder kan läsas som åtgärds kort eller i listform. När denna vy öppnas visas åtgärder som planeras framåt i tiden. Notera att dagens datum är förvalt. För att se tidigare åtgärder ta bort datumet.

16.5 ICF dokumentation

Plats för aktuellt status/bedömningsresultat enligt ICF-klassificering.

16.6 Annan dokumentation

Under "Annan dokumentation" registreras:

- ID-kontroll ska göras i samband med att journal upprättas
- Dokumentation från annan vårdgivare till exempel medicinska diagnoser anges av sjuk sköterskorna (infogade dokument används när sådana finns. Diagnoser hittas i NPÖ)
- Pågående vård (andra vårdgivare anges här i stället för under personuppgifter om informationen ska hållas inom HSL-journal och inte synas hos myndighet och utförare)
- Överkänslighet, se Hälso- och sjukvårdsrutin (kommer upp som *uppmärksamhetssignaler* hos alla som öppnar upp personen i systemet hos utförare och myndighet likväl som hos legitimerade)
- Varning, se Hälso- och sjukvårdsrutin (kommer upp som *uppmärksamhetssignaler* hos alla som öppnar upp personen i systemet hos utförare och myndighet likväl som hos legitimerade)
- Smitta, se Hälso- och sjukvårdsrutin (kommer upp som *uppmärksamhetssignaler* hos alla som öppnar upp personen i systemet hos utförare och myndighet likväl som hos legitimerade)
- Observera, se Hälso- och sjukvårdsrutin (kommer upp som *uppmärksamhetssignaler* hos alla som öppnar upp personen i systemet hos utförare och myndighet likväl som hos legitimerade)

16.7 Bedömningsinstrument

Ett urval som används av HSL ssk och Rehab finns inlagda här.

16.8 Träningsprogram

Träningsprogram och instruktioner som görs i Exorlive via Webbinloggning skapas automatiskt i Lifecare när patientspecifik träning signeras.

16.9 Infogade dokument

Filer i filformatet PDF/A kan infogas.

- Dokumentation från annan vårdgivare till exempel medicinska diagnoser anges av sjuk sköterskorna (infogade dokument används i första hand när sådana finns).

Dokument som t ex Ställningstagande, svar på remisser, etc kan skannas in via skrivare på rehabenheten enligt rutin Lifecare scanning, dokumentet hittas under ADM Gemensam (U:) > Staffanstorp > Sekretess > Lifecare_Scanning.

Skapade dokument sparas under personlig sekretessmapp > Intyg Rehab och formateras som PDF/A och kan sedan infogas i Infogade dokument.

16.10 Vårdbegäran

Vårdbegäran som gjorts finns listade och kan läsas här. Ny vårdbegäran kan läggas till.

16.11 Ej registrerade åtgärder

Planerade åtgärder som inte registrerats som utförda/ej utförda inom sitt tidsfönster finns här och kan registreras i denna vy.

16.12 HSL-uppdrag

Åtgärder som är ifyllda för att utföras av annan personal kan här skickas som uppdrag till respektive utförare.

16.13 Samtycke

Samtycke registreras för informationsutbyte, uppdelat i Hämta och Lämna information med bl. a.

- Närstående
- Kvalitetsregister
- Annan vårdgivare
- Sammanhållen Vård och Omsorgsdokumentation (SVOD); NPÖ

16.14 Journal

- Ändra organisation
- Avsluta journalen
- Spärra information i journalen utifrån patientens begäran

16.15 Personuppgifter

Uppgifter som skrivs in här kan ses av myndighet, utförare och andra användare av Lifecare.

- Personuppgifter
 - Den som först har kontakt skriver in patientens telefonnummer, detta görs i regel i samband med att första vårdbegäran skrivs. Ändra vid behov.
- Närstående
 - Alla närstående som patienten önskar ska vara kontaktbara skrivs in här
- Kontakter
 - Alla för patienten relevanta professionella kontakter läggs in här, t ex Patientansvarig Rehabilitering (PAR), god man, assistansbolag. OBS vårdkontakter kan även skrivas under "Annan dokumentation" för att bara synas av legitimerad personal.
- Övrig information
 - Husdjur, behov av tolk annat viktigt att veta för alla som använder Lifecare skrivs här

16.16 Arkiverade utskrifter

Här finns logg på utförda utskrifter.

17 MENY – ALLMÄN MENY PÅ HÖGER SIDA AV SKÄRM

Här finns rubriker som du också når från hemskärmen, samt ytterligare rubriker. Rubrikerna gäller övergripande för den organisation du har behörighet till. Det du ser under rubrikerna styrs av vilken behörighet du är inloggad med.

17.1 Hem

Väg tillbaka till hemskärm som har genvägar till de viktigaste funktionerna samt lista på Mina patienter.

17.2 Sök patient

Sök på personnummer eller namn. Bara patienter inom den organisation som du är inloggad med är sökbara. För att söka patient som du inte vet organisationen på använd dataurvalsgrupp HSL arbetsterapeut respektive HSL fysioterapeut/sjukgymnast som täcker hela kommunen.

17.3 Att göra

Översiktsbild där alla patienter inom din valda organisation kommer upp. Genom filter kan du välja andra organisationer. Du kan även lägga in ej patientrelaterade bokningar t ex möten, teamträffar. När du väljer dag kan du skriva ut listan på dagens åtgärder och aktiviteter. Kan användas som besökslista med patienternas personuppgifter som adress och telefonnummer.

17.4 Mina Patienter

På hemskärmen visas vald Primär grupp. Även patienter i annan organisation som du valt som favorit syns här men kan inte öppnas utan att ändra till organisationen som patienten är kopplad till.

Här kan du hantera och uppdatera dina egna patienter och skapa de grupper du önskar, t ex patientgrupp per utförare. För att lägga till patient i mina patienter kan du när du är inne på patient välja stjärnan uppe till vänster.

Det är bara du som har tillgång till det som läggs upp här.

17.5 Vårdbegäran

Här visas alla Vårdbegäran (utan Ställningstagande) för vald organisation.

17.6 Ej signerat

Ej slutförd anteckning som Sparats men ännu inte Signerats. Se även *Ej registrerat*.

17.7 Senast dokumenterat

Traditionell journalvy sorterad efter händelsedatum i fallande ordning som basinställning. Denna vy visar vilka patienter som det dokumenterats på under senaste veckan. Annat tidsintervall är valbart i filtret.

Utskrift av journal görs från denna vy.

17.8 Ej registrerat

Här finns alla åtgärder som är planerade men inte registrerade som utförda/ej utförda. Är händelsetid ifylld visas åtgärden direkt när händelsetid har passerat. Är händelsetid ej vald visas åtgärden först påföljande dag.

17.9 Delegering

Delegering görs i separat system, Alfa SignIt.

17.10 HSL-uppdrag

Här visas alla HSL-uppdrag som finns i vald organisation/-er. Använd filtreringsfunktionen vid behov.

17.11 Meddelande

Lifecare använder en säker meddelandefunktion där fullständiga personuppgifter kan skickas. Gruppmeddelanden kan skickas till upplagda kontaktlistor. Önskas nya kontaktlistor, kontakta Superanvändare.

17.12 Journal - spärta - avsluta

Här visas en översikt över patienter utifrån val i filter.

Följande kan göras här:

- Byte av organisation (t ex från Hemteam till Distrikt)
- Återöppna stängd journal
- Avsluta journal

Vid behov av att spärra dokumentation på patientens begäran, kontakta systemadministratör.

18 VAL AV KVÅ – GUIDE TILL VANLIGT ANVÄNDA AV AT/FT

18.1 Vanliga KVÅ att använda för arbetsterapeuten

Utredande åtgärd			
Personlig vård	Hemliv	Omgivningsfaktorer	Övrigt
PN001 Bedömning av att tvätta sig	PP002 Bedömning av att inköpa dagligvaror	PT002 Bedömning av hjälpmedelsbehov	PH002 Bedömning av risk för trycksår
PN003 Bedömning av att sköta sina toalettbehov	PP003 Bedömning av att utföra hushållsgöromål	PT009 Bedömning av boendemiljö	PJ003 Bedömning av att tillämpa kunskap
PN004 Bedömning av att klä på och av sig	PP004 Bedömning av att laga mat		PK003 Bedömning av att genomföra daglig rutin
PN005 Bedömning av att äta och dricka	PP005 Bedömning av att tvätta		PM001 Bedömning av att ändra kroppsställning
AV133 Bedömning av aktivitetsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder	PP006 Bedömning av att städa bostaden		PA002 Bedömning av orienteringsfunktioner
			PK002 Bedömning av att företa mångfaldiga uppgifter
			PA009 Bedömning av minnesfunktioner
			PL004 Bedömning av att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker
			PM012 Bedömning av fallrisk

			QT017 Uppföljning av hjälpmedelsförskrivning
--	--	--	--

Behandlande åtgärd			
Personlig vård	Omgivningsfaktorer	Kontaktrelaterade	Övrigt
QN002 Assistans vid personlig vård	QT003 Anpassning av produkter och teknik i det dagliga livet	XS003 Information och rådgivning med patient per brev	QB003 Fallprevention
QN010 Träning i munvård	QT006 Träning i att använda hjälpmedel	XS007 Konferens med patient	QH001 Trycksårsprofylax
QN011 Assistans vid munvård	QT007 Hjälpmedelsrådgivning	XS008 Konferens om patient	QK003 Stöd och/eller träning i att genomföra daglig rutin
QN012 Fullständigt utförande av munvård	QT009 Anpassning av boendemiljö	XS012 Information och rådgivning med patient per telefon	QM014 Träning i att använda hand/arm
QN016 Träning av på- och avklädning	GA023 Utprovning och förskrivning av rullstol	XS025 Inskrivning i hemsjukvård i ordinärt boende	QM009 Assistans vid ändring och bibehållande av kroppsställning samt överförflyttning
	GA025 Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel	XS026 Avslutande av hemsjukvård i ordinärt boende	GD003 Intyg, omfattande

18.2 Vanliga KVÅ att använda för fysioterapeuten

Utredande åtgärder				
Förflytningsbedömning	Fallrisk	Rollator	Kroppsfunktioner	Övrigt
PB003 Bedömning av balansfunktion	PB003 Bedömning av balansfunktion	PB003 Bedömning av balansfunktion	PG001 Ledrörlighet	PB009 Bedömning av smärta
PM001 Bedömning av att ändra kroppsställning	PM001 Bedömning av att ändra kroppsställning	PM007 Bedömning av att gå	PG003 Muskelfunktioner	PD007 Bedömning av andningsfunktion
PM002 Bedömning att bibehålla en kroppsställning	PM007 Bedömning av att gå	PT002 Bedömning av hjälpmedelsbehov	PG007 Bedömning av gångmönster	PD008 Bedömning av hostfunktion
PM007 Bedömning av att gå	PT009 Bedömning av boendemiljön		PM002 Bedömning att bibehålla en kroppsställning	
PM009 Bedömning av att förflytta sig med hjälpmedel	PT002 Bedömning av hjälpmedelsbehov			
PT002 Bedömning av hjälpmedelsbehov	PT017 Uppföljning av hjälpmedelsförskrivning			

Behandlande åtgärder					
Förflyttning	Fallrisk	Rollator	Kroppsfunktioner	Kontaktrelaterade	Övrigt
QM005 Träning i att ändra kroppsställning	QB003 Fallprevention	GA025 Utprovning och förskrivning	QG001 Rörlighetsträning	XS007 Konferens med patient	QV007 Information/under visning om smärta

		av övriga hjälpmedel			
QM009 Assistans ändring och bibehållande av kroppsställning samt överflyttning	QM005 Träning i att ändra kroppsställning	QT006 Träning i att använda hjälpmedel	QG003 Muskelfunktions- och styrketräning	XS008 Konferens om patient	QB008 Smärtreducerande behandling
QM015 Gångträning	QB001 Balansträning		QV011 Träningsprogram	XS003 Information och rådgivning med patient per brev	QD002 Cirkulationsbefrä- mjande åtgärd
QM016 Trappträning	QG001 Muskelfunktions - och styrketräning		QM007 Träning i att bibehålla kroppsställning	XS012 Information och rådgivning med patient per telefon	
GA025 Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel	QM005 Träning i att ändra kroppsställning		QM004 Kroppsplacering	QT011 Närståendestöd	
GA023 Utprovning och förskrivning av rullstol			DN009 Ortosbehandling	XS025 Inskrivning i hemsjukvård i ordinärt boende	
QT007 Hjälpmedelsrådgivning				XS026 Avslutande av hemsjukvård i ordinärt boende	
QM009 Assistans vid ändring och bibehållande av kroppsställning samt överflyttning.					
QT006 Träning i att använda hjälpmedel					

19 VAL AV ICF OCH SKATTNING ENLIGT ICF

ICF, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, är en av WHO:s huvudklassifikationer.

Klassifikationens övergripande mål är att erbjuda en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa.

ICF erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa. Klassifikationen kompletterar ICD-10 (Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem), eftersom två personer med samma sjukdom kan ha olika nivåer av funktionstillstånd.

ICF dokumentation är den plats där man ser senast bedömda status. ICF innehåller även personfaktorer som en kategori.

Personfaktorer: är den individuella bakgrunden till en persons liv och leverne och utgörs av personliga egenskaper som inte hör till hälsotillståndet eller hälsostatuset (dvs inte passar in under de andra ICF-koderna.

Här skriver man bland annat kondition, livsstil, vanor, social bakgrund, utbildning, yrke, erfarenheter allmänna beteendemönster och karaktär som kan påverka funktionshinder på varje nivå.

Rehabenheten har ett antal mest användbara ICF som kan vara till hjälp för att förenkla dokumentationen enligt följande tabeller. För att få sammanhängande bedömning så har arbetsterapeuter andra koder för att beskriva förflyttningar arbetsterapeuterna skriver på nästa nivå för att hålla fysioterapeuternas generella förflytningsbedömning synlig.

Som hjälp för skattning enligt ICF används modell för skattning se utdrag sist i detta dokument.

19.1 Arbetsterapeuter använder ofta följande ICF-koder

Kroppsfunktioner		Aktivitet/Delaktighet		Omgivningsfaktorer
b1 Psykiska funktioner	b8 Funktioner i huden	d4 Förflyttning vid Personlig vård	d5 Personlig vård	e1 Produkter och teknik
b114 Orienteringsfunktioner (tid, rum, person)	b810 Trycksårsprefylax Hudens skyddsfunktioner	d4103 Att sitta - sätta sig och resa sig (toalett, stol, fätölj)	d510 Att tvätta sig	e155 Bostadsmiljö, underlag för BAB intyg
b117 Intellectuella funktioner		d4100 I och ur säng - att ligga ner	d520 Kroppsvård	
b134 Sömnfunktioner		d4602 Förflyttning utomhus Att röra sig utanför hemmet	d530 Att sköta toalettbehov	
b144 Minnesfunktioner		d4150 Positionering i säng Att bibehålla liggande ställning	d540 Att klä sig	
b147 Psykomotoriska funktioner		d4154 Sittande Att bibehålla sittande ställning	d550 Att äta	
b156 Perceptuella funktioner		d4155 Huvudstöd Att bibehålla huvudets ställning	d560 Att dricka	
b160 Tankefunktioner			d6200 Att göra inköp	
b164 Högre kognitiva funktioner (tidsplanering)			d6200 Att bereda enkla måltider	
			d6301 Att bereda sammansatta måltider	
			d6400 Att tvätta och torka kläder	
			d6402 Att städa bostaden	

19.2 Fysioterapeuter använder ofta följande ICF-koder

Kroppsfunktioner			Aktivitet Delaktighet	Omgivningsfaktorer
b2 Sinnesfunktioner och smärta	b4 Andning cirkulation	b7 Neuromuskuloskeletal a och	d4 Förflyttning	e1 Produkter och teknik

