

Användarriktlinjer SveReh

Vem och vilka ska registrera på enheten?

Vi har ingen specifik bestämmelse om hur registreringen ska göras utan det får anpassas efter lokala förutsättningar. Bestäm lokalt:

- vem/vilka som ska registrera (exempel: sekreterare, administratör, sjuksköterska, undersköterska, läkare). Man kan också dela upp ifyllandet mellan olika personer.
- vem/vilka som har ansvar av ifyllnad av bedömningsinstrumenten NIHSS, FIM/ADL, GOSE, ASIA
- vem/vilka som ansvarar för att patienterna får formulären HADS, LiSat, EQ5D, frågor om rehabplan och nöjdhetsfrågor att besvara
- vem/vilka som lägger in svaren i registret.

Hur ska det registreras?

Registrering direkt i registret på datorn rekommenderas (ej patientformulär) för att minimera risken för felinmatning.

Pappersexemplar behöver inte sparas efter registrering.

Om man önskar behålla kopior av ifyllda instrument som journalhandling, t ex HADS, får man naturligtvis göra detta.

För att uppnå hög ifyllnadsgrad, rekommenderas att man utser någon/några personer som har en kontrollfunktion.

När ska man registrera?

För att säkerställa jämförelser med riksgenomsnittet rekommenderas registrering att ske inom 2 veckor efter in- och utskrivning.

Senast i mitten av januari påföljande år ska patienter som blivit utskrivna under året innan registreras och klarmarkeras, för att data ska bli tillgängliga till årsrapporten.

I framtiden kan det bli fler obligatoriska datum för att kunna ta ut kvartals- eller halvårsrapporter.

Processen i SveReh

Huvudtanken är att man följer processen från första rehabiliteringsperioden efter skada med in- och utskrivning och uppföljning ett år efter insjuknandet/skadetillfället.

När inskrivningen sker vid tidpunkten 9 månader eller längre efter insjuknande/skada blir uppföljningen automatiskt förlagd till 1 år efter inskrivning. Ingen ytterligare uppföljning genereras.

Vid avbrott i rehabiliteringen

Vid tillfälligt avbrott i rehabiliteringen, t ex vård på neurokirurg- eller hjärtenhet, räknas patienten i samma registrering om avbrottet är max 7 dagar. Man behöver då alltså inte skriva ut och registrera om.

Vilka patienter ska registreras?

Slutenvård:

Alla som inläggs för rehabilitering och som vårdas ≥ 3 dagar

Öppen vård:

Utredning/bedömning – alla

Förmågehöjande och förmågebibehållande rehabilitering – alla som tas in ≥ 3 dagar för rehabilitering

Vad är obligatoriskt att registrera?

Redan nu är en hel del variabler obligatoriska.

Inskrivningsdata: diagnos, intagen från, remiss från, beslut om rehab, svenskspråkighet, födelseland.

Vid in- och utskrivning: hushåll, boende, försörjning.

Vid utskrivning: utskriven till, komplikationer och frågorna om skriftlig rehabplan.

I de fall information inte finns tillgänglig finns på vissa variabler möjlighet att välja "ej tillgänglig".

Vilka ytterligare frågor och bedömningsinstrument ska prioriteras?

Enhet, körkort, längd och vikt, nöjdhetsfrågorna, ADL/FIM i slutenvård, NIHSS för stroke, GOSE för hjärnskador, ASIA för ryggmärgsskador.

Inskrivning slutet och öppen vård

För att data från registret ska bli meningsfulla är det viktigt att patienterna hamnar i rätt diagnosgrupp. Välj därför grundorsak till rehabiliteringsvistelsen som huvuddiagnos enligt NASS så att patienterna hamnar i adekvat diagnosgrupp. NASS-lista som guide till val av diagnosgrupp finns under "dokument" på hemsidan.

Vid remissgenomgång och planering av intag, rekommenderar vi att man samtidigt bifogar en notering till remissen där man skriver in diagnos med ICD-10 kod, datum på remissen och datum för beslut om rehab. Det underlättar för den som ansvarar för att lägga in patienten i registret.

Sluten vård:

Rehab direkt efter insjuknandet/skadan

Följande variabler ska besvaras utifrån **förhållanden före** insjuknandet/skadan:

Rökning, missbruk, försörjning, boende och hushåll

Följande variabler ska besvaras utifrån **förhållanden vid inskrivning:**

DOC, ADL/FIM, EQ5D, NIHSS, HAD och lista på funktionsnedsättningar (enl ICF)

Om inskrivningen är långt efter tidpunkten för insjuknande/skada och inte är en del av vårdkedjan eller om det inte är första kontakt för rehab

besvaras alla variabler utifrån förhållandet vid inskrivning

Öppen vård:

Alla variabler besvaras utifrån förhållanden vid inskrivning.

Uppföljning - när, var, hur?

Görs inom -2 till + 2 månader efter avsatt datum. Efter 2 månader försvinner uppföljningen från "Våra registreringar Uppföljning", men du kan efter det fortfarande aktivera uppföljningen genom att söka upp patienten via Våra registreringar Registrering och lägga in uppföljningsdata.

Uppföljningen är en mycket viktig del av kvalitetsarbetet. Om data av någon anledning inte kunnat samlas in - markera att då att uppföljningen inte kan genomföras och av vilket skäl.

Uppföljning kan göras på olika sätt:

1. Enbart skriftligt, genom att skicka ut formulären till patienten tillsammans med ett svarskuvert.
2. Vid ett återbesök.
3. Genom att skicka ut formulär till patienten och sedan ringa upp via telefon.

Uppmärksammade problem vid uppföljningen, medicinska eller psykiska, ska hanteras och journalföras enligt lokal rutin.

Blankett-kit att använda vid uppföljningen kan hämtas från hemsidan under "Stöd för rehabpersonal".

ÖvrigtKomplikationer

Om en komplikation till sjukdomen eller skadan finns redan vid inskrivningen, till exempel trycksår, så registreras det i funktionsnedsättnings-listan och inte under komplikationer.

Enhet/Avdelning

Genom att gruppera patienter i olika enheter sker imatningen på ett mer strukturerat sätt och underlättar arbete när det gäller söka patienter eller skapa rapport för en viss grupp patienter.

Körkort

Registrera "bedömning ej gjord" endast då man faktiskt missat detta. Om det utifrån patientens tillstånd inte är aktuellt att ifrågasätta bilkörning ska man registrera "inga medicinska hinder".

Försörjning

Vid utskrivning från sluten- eller öppenvård ska det förhållande som gäller nästföljande vardag/arbetsdag registreras, dvs i praktiken ska det registreras om patienten går åter i arbete till någon del efter utskrivningen.