

**UTVECKLING AV  
ERGOTERAPIDOKUMENTATION VID  
PRIMÄRHÄLSOVÅRDEN INOM MALMSKA  
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSOMRÅDE**

Fortbildning i ergoterapi  
Kompletteringsutbildning på  
yrkeshögskolenivå  
Examensarbete  
6.11.2008

---

Ulrika Ojala

Degree Programme in Occupational Therapy		Degree Bachelor of OT	
Author/Authors Ulrika Ojala			
Title Development of Occupational Therapy Documentation at Malmska Municipal Health Care Centre and Hospital			
Type of Work Final Project	Date 6.11.2008	Pages 49 + 2	
<p>ABSTRACT</p> <p>The objective of this work was to develop occupational therapy documentation at Malmska Municipal Health Care Centre and Hospital. The organisation, its rehabilitation service and the occupational therapy in the organisation were described as contextual factors that influence the documentation. Laws and regulations that direct the occupational therapy documentation were investigated. The recommendations from the Association of Finnish Local and Regional Authorities and the Finnish Occupational Therapy Association are important and impact the developing of proper documentation.</p> <p>Prior research shows that the structure of the occupational therapy document, the supplying of occupational therapy process and the use of appropriate language are all factors of great value in the documentation process. Evidence based, client-centred and activity-based documentation has been chosen as the focus.</p> <p>To develop the occupational therapy documentation the occupational therapy documents of the health care centre and hospital were evaluated. The evaluating process was influenced among other things by literature and the Classification of Occupational Therapy. To improve the documentation the Swedish Classification of Occupational Therapy was adapted and integrated with the Efficia computer program. As an improvement the structure and the use of occupational therapy terminology were standardized. As a result the documentation became more client-centred and activity-based. Written instructions for documentation were implemented. The goal of occupational therapy reporting was formulated, and decided to be to supply proper information about the occupational therapy process. By using the development suggestion in this work the goal of documentation will be reached.</p>			
Keywords documentation, the Classification of Occupational Therapy, client-centred, activity-based			

Koulutusohjelma Fortbildning i ergoterapi		Suuntautumisvaihtoehto Kompletteringsutbildning på yrkeshögskolenivå	
Tekijä/Tekijät Ulrika Ojala			
Työn nimi Utveckling av ergoterapidokumentation vid primärhälsovården inom Malmska hälso- och sjukvårdsområde			
Työn laji Examensarbete		Aika 6.11.2008	Sivumäärä 49 + 2
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Syftet med slutarbetet är att utveckla ergoterapidokumentation inom primärhälsovårdens ergoterapi vid Malmska hälso- och sjukvårdsområde (MHSO). Utvecklingsarbetet är praktiskt förankrat till MHSO och är ett förslag på utveckling av finlandssvensk ergoterapidokumentation baserad på ergoterapiterminologin. Kontexten framkommer som en beskrivning av organisationen MHSO, rehabiliteringens serviceenhet samt ergoterapin vid MHSO:s primärhäls ovård. Referensramar som påverkar dokumentation och som tillämpas i detta utvecklingsarbete är lagenliga faktorer, Kommunförbundets och Ergoterapiförbundets rekommendationer samt klientcentrerat och aktivitetsbaserat arbetssätt som förmedlas vid dokumentation.</p> <p>Faktorer som påverkar sakenlig dokumentation enligt tidigare studier beskrivs och dessa är struktur i ergoterapiutlåtandet, förmedling av ergoterapiprocessen samt begreppsanvändning. Som fokus för att utveckla dokumentation har evidensbaserat närmelesätt valts. Teorins betydelse har lyfts fram som en resurs för att utveckla dokumentation samtidigt som erfarenhetsbaserad kunskap tillämpats.</p> <p>Metoder för att utveckla dokumentationen har bestått av en värdering av egna ergoterapiutlåtanden, ergoterapiterminologins integrering med Efficadataprogrammet samt skriftliga instruktioner om ergoterapidokumentation. Värderingen av ergoterapiutlåtanden influerades av litteratur, ergoterapiterminologin och användning av VAS-skala samt kontinuerlig variabel som mätmetod. För att få fram mätvärden från värderingsblanketten användes medianvärde för att beskriva den subjektiva värderingen. På basen av värderingen framkom förbättringsförslag som resulterade i en anpassning av ergoterapiterminologin till organisationen MHSO. Förbättringsförslagen rörde förbättrad struktur i utlåtandet gällande användning av bättre rubricering och fraser samt användning av ergoterapins yrkesspecifika ergoterapibegrepp för att förmedla klientcentrerat och aktivitetsbaserat arbetssätt. Ett rubrik- och frasförslag enligt ergoterapiterminologin integrerades med Efficadataprogrammet.</p> <p>Under utvecklingsarbetets process uppkom målformulering med ergoterapidokumentation, dvs. målet med ergoterapidokumentation inom primärhälsovården är att förmedla sakenlig information om förverkligad ergoterapi. Genom att tillämpa förbättringsförslagen från detta utvecklingsarbete uppfylls målet med ergoterapidokumentation vid MHSO:s primärhälsovård.</p>			
Avainsanat dokumentation, ergoterapiterminologi, klientcentrerad, aktivitetsbaserad			

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
2.1	Syfte samt utvecklingsarbetets avgränsning	3
2.2	Beskrivning av processen	4
2.3	Beskrivning av organisationen Malmska hälso- och sjukvårdsområde	6
2.3.1	Rehabiliteringens serviceenhet	6
2.3.2	Ergoterapi vid MHSO:s primärhälsovård	7
3	REFERENSRAMAR SOM PÅVERKAR DOKUMENTATION	9
3.1	Lagenliga faktorer som påverkar dokumentation	9
3.2	Kommunförbundets och Ergoterapiförbundets rekommendationer	12
3.3	Klientcentrerat och aktivitetsbaserat arbetssätt som förmedlas vid dokumentation	13
4	TIDIGARE STUDIER AV ERGOTERAPIDOKUMENTATION	15
4.1	Struktur i ergoterapiutlåtande	17
4.2	Förmedling av ergoterapiprocessen vid dokumentation	17
4.3	Begreppsanvändning i ergoterapiutlåtande	19
5	METOD	20
5.1	Evidensbaserat arbetssätt	21
5.2	Värdering av ergoterapiutlåtanden	22
5.3	Presentation av ergoterapiterminologin	27
6	UTVECKLING AV ERGOTERAPIDOKUMENTATION	30
6.1	Resultat av värdering av ergoterapiutlåtanden	31
6.2	Ergoterapiterminologins integrering med den elektroniska journalföringen	35
7	SAMMANFATTNING	37
7.1	Elektronisk ergoterapijournalföring vid MHSO	39
7.2	Mål med ergoterapidokumentation	41
7.3	Evidensbaserad ergoterapidokumentation	42
8	DISKUSSION	44
	KÄLLOR	46
	OPUBLICERADE KÄLLOR	49
	BILAGOR	
	Subjektiv värdering av ergoterapiutlåtande	

Rubrik- och frasförslag

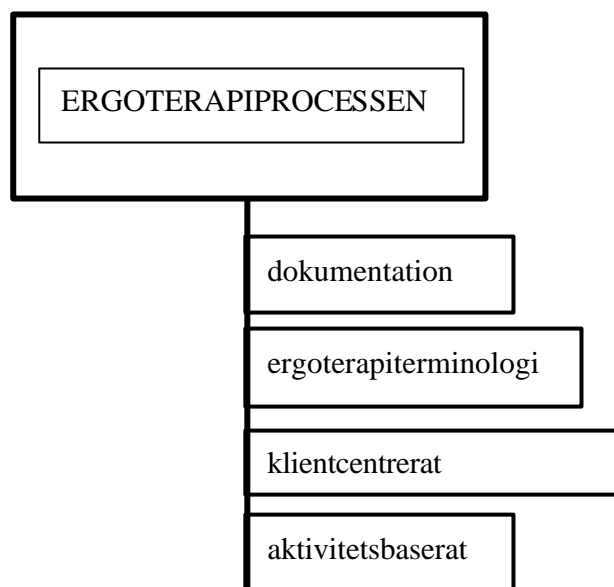
## 1 INLEDNING

För att kunna upprätthålla god kvalitet i arbetet inom hälso- och sjukvård bör uppmärksamhet vid kvalitativt god dokumentation fästas. I arbetet som ergoterapeut vid Malmska hälso- och sjukvårdsområde (MHSO) önskar jag en förbättring av den egna dokumentationen, ett dagligt använt och viktigt arbetsredskap. Därför gjordes ett praktiskt inriktat utvecklingsarbete i studierna som leder till ergoterapeutisk yrkeshögskoleexamen. Tack vare detta utvecklingsarbete har positiva förbättringar skett gällande sättet att skriftligen förmedla ergoterapiprocessen. För att möjliggöra utveckling behövdes en subjektiv värdering av utlåtanden som i sin tur ledde till förbättringsförslag. Resultatet blev att förbättra dokumentationsstrukturen samt systematiskt använda ergoterapibegrepp för att förmedla information om klienten. Således är det lättare att förmedla klientcentrerat och aktivitetsbaserat arbetssätt i dokumentationen. Det är viktigt att förmedla så väsentlig information som möjligt om klienten. Detta är ergoterapeutens skyldighet samt klientens rättighet.

Utmaningar i detta arbete har varit att avgränsa utvecklingsarbetet eftersom många aspekter påverkar dokumentation. Användningen av ergoterapiterminologin samt dess begrepp är centrala i detta arbete. Terminologins tillämpning kändes utmanande varför en anpassning av denna till vår organisation blev aktuell. Utveckling av journalföring nationellt sett är i kraftig förändring, eftersom utveckling sker på så många olika plan. Anledningen till denna utveckling är bl.a. de elektroniska patientjournalerna och utarbetning av gemensamma riktlinjer för användning av de olika datasystemen i landet (Holma 2008). Bland annat diskuteras innehållet i vad som borde ingå i dokumentationen, dvs. vad som är relevant information om de åtgärder i ergoterapin som utförts. Kommunförbundets och Ergoterapiförbundets direktiv finns att tillgå (Holma 2008). Därtill kommer diskussioner kring att bägge förbundens direktiv ytterligare kommer att utvecklas inom några år. Inom organisationen MHSO har enbart positiv feedback erhållits gällande detta utvecklingsarbete som behandlar ett för verksamheten aktuellt tema.

Begreppen dokumentation, ergoterapiterminologi, klientcentrerat arbetssätt samt aktivitetsbaserat arbetssätt är starkt sammanflätade i detta utvecklingsarbete. Begreppen är

aktuella och centrala när ergoterapiprocessen skall beskrivas (Se figur 1). Detta utvecklingsarbete samt de begrepp som här används speglar trenden inom ergoterapidokumentation (Kommunförbundet 2007).



FIGUR 1. Nyckelbegrepp vid beskrivning av ergoterapiprocessen.

## 2 BAKGRUND

Inom organisationen MHSO används Tieto Enators Efficadataprogram vid dokumentation. I ergoterapiarbetet har jag tidigare inte systematiskt använt någon allmänt rekommenderad dokumentationsstruktur, förutom att jag provat dokumentera enligt ICF, dvs. International Classification of Functioning, Disability and Health (STAKES 2005). Inom primärhälsovården eftersträvas dokumentation enligt Social- och hälsovårdsministeriets lagar och rekommendationer (Social- och hälsovårdsministeriet 2001). Det är viktigt att bl.a. framhålla och vidareförmedla att ergoterapeuten utför klientcentrerat samt aktivitetsbaserat arbete. Ergoterapistuderande, som gör sin praktik vid MHSO, samt sommarvikarier är måna om att erhålla information om dokumentation för att underlätta arbetet.

Ovan nämnda faktorer fick idén till detta slutarbete att börja utvecklas. Med hjälp av detta slutarbete erhåller organisationen ett arbetsredskap, som underlättar dokumentation samt

samtidigt följer aktuella rekommendationer. Yrkesspecifik ergoterapidokumentation garanteras genom att följa Ergoterapiförbundets ergoterapiterminologi, som utgavs 2007 (Kommunförbundet 2007).

Arbetet som ergoterapeut vid MHSO sker klientcentrerat samt aktivitetsbaserat (Townsend 1998, 2002). Jag finner det angeläget att förmedla ergoterapiparadigmet i mina utlåtanden för att ge en riktig bild av de åtgärder som utförts. Som enda yrkesverksamma ergoterapeut inom primärhälsovården influeras jag av t.ex. referensramar såsom den biomekaniska och medicinska. För att särskilja ergoterapeutiska referensramar från övriga referensramar ger resultatet av detta utvecklingsarbete ett förslag på hur det går att via begrepp och strukturering reflektera över och lyfta fram ergoterapin i utlåtandena. Fördjupad praktisk och teoretisk kunskap eftersträvas. Genom att som slutarbete göra ett utvecklingsarbete, blir processen praktiskt inriktat och starkt kopplat till organisationen MHSO.

## 2.1 Syfte samt utvecklingsarbetets avgränsning

Syftet med utvecklingsarbetet är att utveckla ergoterapidokumentation inom primärhälsovårdens ergoterapi vid MHSO. Genom sakenlig dokumentation underlättas kommunikation med övrig personal och klienter och därmed förmedlas de aspekter som är av värde för klientens rehabiliteringsprocess. Detta är även ett sätt att effektivisera klientarbetet. Utvecklingsarbetet är ett förslag på utveckling av finlandssvensk ergoterapidokumentation baserad på ergoterapiterminologin.

Influenser till utvecklingsarbetet hämtas från kunskap internationellt, nationellt samt från den egna organisationen. Utvecklingen av dokumentation sker med beaktande av nationell och internationell information om ergoterapidokumentation, rådande normer (Social- och hälsovårdsministeriet 2001, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2004, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2007a, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2007b) inom primärhälsovården och den egna organisationen samt Kommunförbundets och Ergoterapiförbundets rekommendationer (Aralinna 2008, Finlands Kommunförbund 1997, FINLEX 2007, Holma 2003a, Holma 2003b, Ikonen 2008, Kommunförbundet 2007).

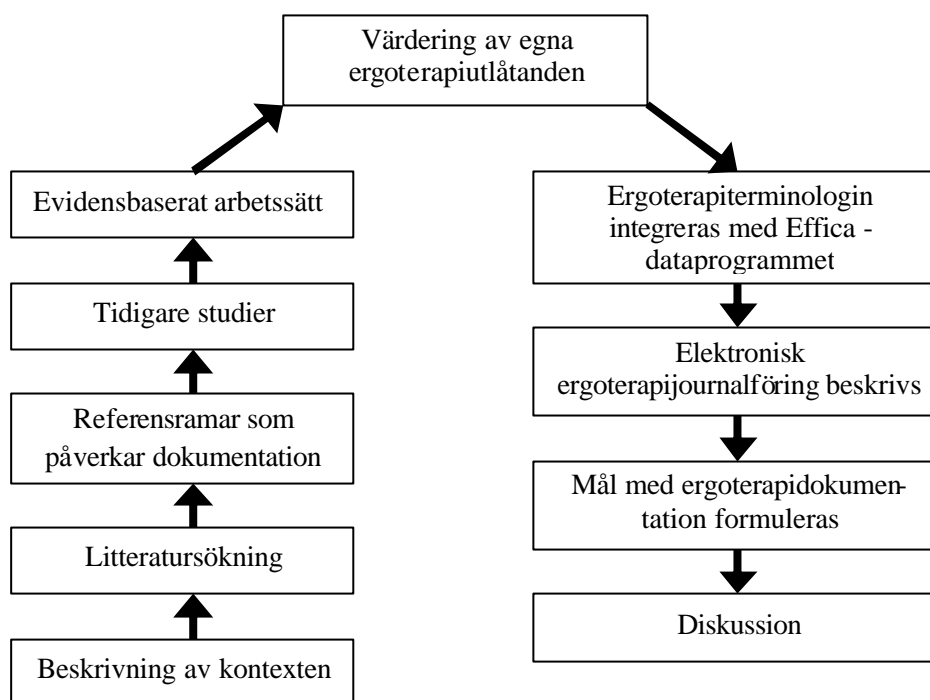
Ergoterapiförbundets rekommenderade ergoterapiterminologi har valts som arbetsredskap vid dokumentationen. Resultatet av detta arbete riktas till ergoterapeuter samt ergoterapistuderande inom och utanför organisationen MHSO, vilket påverkar sättet att förmedla information. Vid handledning av studerande samt sommarvikarier sparar denna dokumentationsrekommendation tid samt fungerar som en guide. Dokumentation kan innefatta många aspekter. Andra dokument såsom bedömningsblanketter, dagliga anteckningar samt statistikföring lämnar utanför detta utvecklingsarbete. Etiska aspekter i dokumentation framkommer indirekt i detta arbete.

Dokumentation inom ergoterapi innebär att ergoterapeuten dokumenterar ergoterapiservice inom bl.a. de ramar som tiden, organisationen samt rekommendationer anger. Målet är att tydliggöra relationen mellan ergoterapi samt de resultat som uppnås, reflektera ergoterapeutens kliniska resonemang samt att förmedla information om klienten från ett ergoterapeutiskt perspektiv. Därtill skall dokumentationen skapas kronologiskt gällande klientens status, intervention samt resultat som uppnåtts. (Clark – Yuongstorm – Brayman 2003: 646.)

## 2.2 Beskrivning av processen

Processen i utvecklingsarbetet bestod av både teoretiskt och praktiskt inriktade moment (Se figur 2). En *beskrivning av kontexten* utfördes, dvs. en beskrivning av organisationen MHSO, rehabiliteringens serviceenhet samt ergoterapi. Således framkom utvecklingsarbetets koppling till organisationen samt syftet med utvecklingsarbetet. *Aktuell tillgänglig litteratur* har använts som kunskapsbas. Kunskapen har hämtats ur böcker, artiklar samt via Internetkällor. Utifrån aktuell information har processen i utvecklingsarbetet gestaltats. Social- och hälsovårdsministeriets, Kommunförbundets och Ergoterapiförbundets *rekommendationer* gällande struktur och innehåll vid dokumentation är centrala i detta utvecklingsarbete. Som fokus har evidensbaserad, klientcentrerad samt aktivitetsbaserad dokumentation valts. I utvecklingsarbetet framkommer *allmän kunskap och tidigare forskning om ergoterapidokumentation*. Faktorer som påverkar sakenlig dokumentation enligt tidigare studier är struktur i utlåtandet, förmedling av ergoterapiprocessen samt yrkesspecifik begreppsanvändning.





FIGUR 2. Processen i utvecklingsarbetet.

För att klargöra var utveckling gällande den egna dokumentationen kunde ske har en *värdering gjorts av egna dokument* skrivna under år 2007. En värderingsblankett med 11 faktorer i utlåtandet skattas enligt en mätskala influerad av VAS-skala med kontinuerlig variabel. De 11 faktorer som värderas baserar sig på relevant litteratur för ämnet samt ergoterapiterminologin och beskrivs närmare i kapitel 5.2 *Värdering av ergoterapiutlåtanden*. Medianvärde används för att beskriva den subjektiva värderingen. Värderingsblanketten finns som Bilaga 1 i detta utvecklingsarbete.

Kommunförbundets och Ergoterapiförbundets rekommendationer påverkar i hög utsträckning *ergoterapiterminologins integrering med Efficadataprogrammet* inom organisationen MHSO (Bilaga 2). Ett förslag på användning av ergoterapiterminologin har gjorts. I ergoterapiterminologin används klientcentrerade samt aktivitetsbaserade begrepp för att beskriva ergoterapiprocessen. *Klientcentrerat samt aktivitetsbaserat arbetssätt* vid dokumentation beskrivs. Skriftliga instruktioner om ergoterapidokumentation finns nu tillgängliga i och med detta utvecklingsarbete. *Mål* med den egna dokumentationen formulerades. *Diskussion* framkommer sist i detta utvecklingsarbete.

### 2.3 Beskrivning av organisationen Malmska hälso- och sjukvårdsområde

År 2005 bildades MHSO av Jakobstadsnejdens hälsovårdscentral samt Jakobstads sjukhus. Primärhälsovården samt närspecialsjukvården integrerades. Folkhälsolagen samt specialsjukvårdslagen ger ramar för MHSO:s verksamhet. De gamla organisationerna har haft mycket gemensamt redan tidigare. Specialsjukvårdens prestationer säljs även till utomstående kommuner, vilket avviker från primärhälsovårdens verksamhet. (Malmska hälso- och sjukvårdsområde 2006: 2.)

Till samkommunen för folkhälsoarbetet i Jakobstadsnejden hör kommunerna Jakobstad (19.512 invånare), Larsmo (4.429 invånare) samt Pedersöre (10.406 invånare), dvs. sammanlagt 34.176 invånare. Ca 79 % av samkommunens invånare har svenska som modersmål, ca 19 % har finska som modersmål medan 2 % har annat språk som modersmål. (MHSO 2008.)

År 2007 fanns 756,8 tjänster och befattningar varav 303 personer inom personalen tillhör kategorin sjukskötare m.m på yrkeshögskolenivå eller f.d. institutnivå. Antalet anställda var 1006 personer i december 2007. (Malmska hälso- och sjukvårdsområde 2008: 4.) Läkarmottagningen vid primärhälsovården har 18 läkartjänster men alla tjänster är inte besatta. Expertskötarverksamheten, såsom t.ex. vården av personer med reumatiska sjukdomar, har stöd av utnämnd läkare med egen mottagningsverksamhet inom området. (Malmska hälso- och sjukvårdsområde 2006: 8.)

#### 2.3.1 Rehabiliteringens serviceenhet

Till rehabiliteringens serviceenhet hör ergo-, fysio-, talterapi samt hjälpmedelsutlåning. Enhetens ansvarspersoner är en överläkare i fysiatri samt en administrativ avdelningsskötare. Antalet tjänster på avdelningen är två talterapeuter, en näringsterapeut, 12 fysioterapeuter, 11 konditionsskötare samt 4 ergoterapeuter. Därtill arbetar en konditionsskötare samt en sjukskötare med hjälpmedel. Personalen är uppdelad så att en del arbetar på primärhälsovården och en del på specialsjukvården. Vid primärhälsovården arbetar en ergoterapeut, vid specialsjukvårdens ergoterapi arbetar två personer med vuxna

samt en ergoterapeut med barnergoterapi. Nedan följer en beskrivning av primärhälsovårdens ergoterapi.

### 2.3.2 Ergoterapi vid MHSO:s primärhälsovård

Ergoterapi inom primärhälsovården riktar sig till personer över 18 år. Primärhälsovårdens ergoterapi förverkligas för klienter på avdelningarna för geriatrik och allmän medicin (120 bäddplatser) samt på polikliniken. 60 % av arbetstiden fördelas till avdelningarna och 40 % av arbetstiden fördelas till poliklinikverksamhet.

Ergoterapi aktualiseras för klienter inom primärhälsovården via läkarremiss eller via annan personal som påkallar behovet. Polikliniska klienter remitteras av läkare på primärhälsovårdens läkarmottagning, från företagshälsovården eller från andra läkare inom eller utanför organisationen. Klienter direktremitteras mellan reumaskötare, fysio- och ergoterapeut. Klienten kan även beviljas ergoterapi via medicinska rehabiliteringsgruppens beslut. Hjälpmedelsbehov kan aktualiseras av läkare, personal inom eller utanför organisationen eller av klienten själv. Skriftliga anvisningar finns uppgjorda gällande vilka klienter som är berättigade till hjälpmedel. Bostadsanpassningar kan aktualiseras av ovanstående eller göras i samarbete med socialväsendet i de kommuner som hör till organisationen. Från avdelningarna för geriatrik och allmänmedicin aktualiseras behovet av ergoterapeutisk intervention av rehabiliterings-, vårdpersonal eller läkare muntligen eller skriftligen. Oftast framkommer behov av ergoterapi i samband med de möten som veckovis hålls på varje avdelning. Vid dessa möten deltar ergoterapeuten, avdelningarnas fysioterapeut, ifrågavarande avdelnings konditionsskötare samt sjukskötare.

Till reumarådgivningens samarbetsgrupp vid primärhälsovården hör reumaskötare, fysioterapeut, ergoterapeut, näringsterapeut, socialarbetare samt läkare. Ca 100 ergoterapibesök polikliniskt/år rör klienter som har nedsatt aktivitetsförmåga till följd av reumatiska sjukdomar. Antalet hembesök är ca 35 per år varav de flesta berör bedömningar gällande hjälpmedel eller bostadsanpassningar eller träning som klienten beviljats av medicinska rehabiliteringsgruppen. Ett fåtal arbetsplatsbesök utförs per år. Via Effica-dataprogrammets statistik har antalet ergoterapibesök kunnat bekräftas. Annars finns ingen

utförlig skriftlig information om ergoterapi specifikt vid primärvårderna vid MHSO, utan detta beskrivs utifrån praktisk kunskap.

Antalet besök per klient varierar. På polikliniken kan det vara frågan om ett enda besök för t.ex. hjälpmedelsutprovning. Klientens behov till hjälpmedel brukar ofta leda till flera besök p.g.a. behov av t.ex. utvärdering. Vanligast på polikliniken är dock 2-6 besök per klient. Ett fåtal klienter beviljas ergoterapi 1 ggr/vecka eller 1 besök varannan vecka under ett år. De flesta klienter som behöver längre perioder ergoterapi och inte beviljas detta av Folkpensionsanstalten, erhåller ergoterapi från privata sektorn och detta bekostas av organisationen MHSO. Ergoterapi för avdelningens klienter kan vara intensiv. Klienten kan träffa ergoterapeuten t.o.m. två gånger på en dag t.ex. vid genomgång av personlig vård på morgonen samt vid deltagande i gruppverksamhet på eftermiddagen. Avdelningens klienter kommer in akut eller planerat för rehabilitering, eftervård, växelvård eller avlastning. Inom ergoterapi på primärvårderna behövs flexibilitet. Detta inkluderar t.ex. uppgörande av mål i ergoterapiprocessen för avdelningens klienter då klienten kan skrivas ut från avdelningen snabbare än väntat.

Gruppverksamhet från ergoterapins sida berör avdelningarnas klienter. Ergoterapi i grupp kan förverkligas genom t.ex. köks- eller hobbyaktivitet. Därtill hålls en handträningsgrupp som är öppen för alla avdelningens klienter 1 ggr/vecka. Medicinska rehabiliteringsgrupper består av 6 klienter per grupp som erhåller rehabilitering på avdelningarna. Denna gruppverksamhet riktar sig till hemmaboende äldre. Rehabiliteringen pågår två veckor varefter klienterna utskrivs och kallas åter till en uppföljningsdag tre månader senare. Gruppen deltar i föreläsningar och träningstillfällen som ordnas inom organisationen av personal såsom fysioterapeuter, ergoterapeut, näringsterapeut, präst, socialarbetare, sjukskötare osv.

Inom primärvårdens ergoterapi bedöms och tränas följande aktivitetsområden; personlig vård, instrumentell ADL, fritid samt arbetsförmåga. Hjälpmedel utlånas på korttidslån upp till tre månader. Klienter med kroniska besvär kan efter bedömning erhålla hjälpmedel som långtidslån, vilket innebär att hjälpmedlet kan förnyas vid behov. Mindre hjälpmedel som behövs vid t.ex. personlig vård eller vid köksaktiviteter utprovats av ergoterapeut. Individuellt tillverkade hand- och fingerskenor samt mindre

hjälpmedelsanpassningar sköter ergoterapeuten. Större hjälpmedel såsom t.ex gånghjälpmedel utprovas i samarbete hjälpmedelsansvarig eller fysioterapeut.

### 3 REFERENSRAMAR SOM PÅVERKAR DOKUMENTATION

Lagenliga faktorer och Social- och hälsovårdsministeriets normer används som referensramar vid dokumentation. Kommunförbundets och Ergoterapiförbundets rekommendationer har valts som referensram vid ergoterapidokumentation i detta utvecklingsarbete. Därtill har klientcentrerat och aktivitetsbaserat arbetssätt valts som fokus vid val av journalstruktur samt litteratursökning.

#### 3.1 Lagenliga faktorer som påverkar dokumentation

Gällande dokumentation i ergoterapin beaktas bl.a. juridiska, etiska, professionella samt omgivningsmässiga aspekter. Juridiskt skall dokumentationen följa gällande lagar för att försäkra sig om evidens. Den etiska koden följs för att klientens rättigheter skall kunna respekteras. Professionellt dokumenteras ergoterapimetoder för att säkra den yrkesmässiga standarden samt för att göra andra medvetna om ergoterapin. Ergoterapeuten bör hålla sig uppdaterad gällande ergoterapiteori för att kunna utveckla professionen. Rutiner på arbetsplatsen följs för att uppnå samstämmighet samt respekt bland andra medlemmar i teamet. (Lundgren – Sonn 1999:7.)

I detta utvecklingsarbete benämns servicetagaren klient för att betona klientcentrering. Inom organisationen MHSO kallas servicetagaren för patient i enlighet med Social- och hälsovårdsministeriet (2001: 19), dvs. ”Patient är den som anlitar hälso- och sjukvårdstjänster eller som annars är föremål för sådana tjänster (PatientL 2§ 1 P).”

I 12 § patientlagen konstateras bland annat att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall dokumentera sådana uppgifter som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp behandlingen av en klient. Verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård skall förvara journalhandlingarna. Social- och hälsovårdsministeriet har 19.1.2001

gett en förordning om upprättande samt förvaring av journalhandlingar och denna förordning gäller alla yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården. Med journalhandlingar avses alla dokument som innehåller uppgifter om klientens hälsotillstånd eller personliga uppgifter som används, uppgörs eller inkommer i samband med en klients vård. God vård, klientens rättskydd samt personalens rättsskydd garanteras om uppgifterna i journalhandlingarna är riktiga, felfria och tillräckligt omfattande. Omsorgsfullhet gällande upprättande samt förvaring av journalhandlingar betonas för att skydda klientens integritet samt behålla förtrolighet i klientförhållandet. Journalhandlingarna skall främja kontinuiteten, planeringen samt genomförandet av vården. Patientjournalen bör vara kronologisk. Journalhandlingar är bl.a. en fortlöpande patientjournal, tidsbeställningsböcker samt patientdagböcker. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001: 1-4.)

Verksamhetsenheten ansvarar för förvaring av journalhandlingar. Verksamhetsenhetens chef som ansvarar för hälso- och sjukvården skall meddela skriftliga anvisningar om förfaringssätt i anslutning till hantering av uppgifter om klienten. Journalhandlingarnas uppgifter är sekretessbelagda och bör vara felfria och begripliga. God databehandlingssed skall följas och användningen av journalhandlingar skall kunna övervakas. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001: 3,15.)

Verksamhetsenheter inom sjukvårdsdistrikt som tillhandahåller specialtjänster får utan hinder av bestämmelser som gäller tystandsplikt till varandra lämna de uppgifter som behövs för tillhandahållandet av tjänsterna ifråga. Sekretessskyddet bör dock vara tillräckligt och överlåtelsen bör ske lagligt. Uppgifterna lämnas som kopior eller utlåtanden. Uppgifter om en avliden person är sekretessbelagda på samma sätt som gällande en levande person. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001: 13-14.)

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke är skyldig att föra en fortlöpande patientjournal. Den ursprungliga informationen i journalhandlingen bör bibehållas oförändrad. I journalhandlingarna bör nödvändiga uppgifter antecknas. Journalhandlingarna skall innehålla endast allmänt kända och godtagna begrepp och förkortningar. Uppgifter gällande andra personer än klienten får endast antecknas ifall uppgifterna är nödvändiga med tanke på vården. Känsliga uppgifter,

såsom t.ex. brottslig gärning eller religiös övertygelse, får antecknas endast om det är nödvändigt. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001: 6-7.)

Inom fyra dygn efter ett öppenvårdsbesök görs anteckningar. Inom en vecka efter utskrivning från institution skall slututlåtandet vara antecknat. Av särskilda skäl kan avvikelser från dessa tidsfrister göras. I en skild uppföljningshandling kan dagligen antecknas t.ex. observation av klientens tillstånd under vård på avdelning. Vård som varit utan effekt bör antecknas, likaså ifall åtgärderna konstateras vara skadliga. Ifall t.ex. misstanke om klientskada uppstått skall detta genast antecknas detaljerat. Ifall klienten av någon orsak inte kan fatta beslut om vården eller behandlingen skall hans lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person höras gällande ett viktigt vårdbeslut. Detta bör antecknas i journalhandlingarna. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001: 7-10.)

Utan dröjsmål rättas onödiga eller oriktiga uppgifter alternativt utplånas eller kompletteras för att förhindra felaktiga vårdbeslut. Rättelsen skall göras av den som gjort den ursprungliga anteckningen, chefen för verksamhetsenheten eller en av denna skriftligen befullmäktigad person. Rättelserna skall göras så att både den ursprungliga samt den rättade anteckningen kan läsas senare, t.ex. genom att den felaktiga uppgiften stryks över eller flyttas till en bakgrundsfil. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001: 10-11.)

Klienten har rätt till insyn i journalhandlingarna. Dock kan rätten till insyn förvägras vid specialfall. Utan obefogat dröjsmål bör klienten få ta del av uppgifterna och på begäran kan uppgifterna lämnas skriftligen. Utan klientens skriftliga samtycke får inte uppgifterna lämnas till utomstående person. Undantagsvis får dock i enlighet med klientens samtycke lämnas uppgifter som behövs för ordnande av vård eller undersökningar. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001: 11-12.)

Vid verksamhetsenheten får studerande inom hälso- och sjukvården göra anteckningar när de deltar i vården av en klient. Anteckningarna godkänns av studerandes handledare eller av en person som befullmäktigats av handledaren. Namn samt ställning på den som gjort anteckningarna skall framgå. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001: 6.)

### 3.2 Kommunförbundets och Ergoterapiförbundets rekommendationer

Inom Kommunförbundet utarbetas ett nationellt elektroniskt system för journalföring. Målet är att central klientinformation dokumenteras elektroniskt samt enligt gemensamma riktlinjer. Strukturerad central information kan sedan användas t.ex. som grund i utlåtanden eller intyg. Därtill kan den strukturerade informationen användas vid uppföljning och vid statistikföring och det blir betydligt lättare att få fram relevant information. I rekommendationen kommer Kommunförbundet även att ta ställning till centrala frågor såsom begreppsanvändning, såsom t.ex. begreppen ”patient” och ”klient”. (Holma 2008.)

Utmaningar gällande den dagliga dokumentationen är användningen av enhetliga dokumentationsrekommendationer samt vårt synsätt gällande detta. Användningen av terminologier förändrar även informationen och denna information som kommer fram enligt en terminologi eller klassifikation blir inte en s.k. vacker berättelse om klienten. Rehabiliteringstjänsterna och samarbetet bör framkomma i dokumentet, likaså i vilken ordning klienten erhållit rehabilitering inom och utanför den egna organisationen. (Holma 2008.)

Syftet med dokumentationsrekommendationer utarbetade av Kommunförbundet är att göra bland annat fysio- och ergoterapiinformationen lätt tillgänglig. Man vill få en gemensam praxis gällande; att de dagliga anteckningarna bör ske på mångprofessionellt blad, att dokumentation görs på den egna professionens blad, användning av terminologier vid elektronisk journalföring samt att rekommendationerna skall tillämpas i alla elektroniska system. Av de elektroniska systemen är Tieto Enators Effica-datasystem det som mest används i Finland. (Holma 2008.)

Sätten på vilka klienterna slussas till ergoterapi och rehabilitering varierar. Inom specialsjukvården behövs alltid läkarremiss. Inom primärhälsovården kommer klienterna till rehabiliteringen med eller utan läkarremiss. Det är ofta frågan om att någon annan profession inom social- och hälsovården kontakter fysio- eller ergoterapin. Det kan också vara frågan om andra samarbetspartners som kontakter ergoterapin, t.ex. på rekommendation från skola. Därtill kan även klienten själv aktualisera behov av ergoterapi. Vanligt är också att en speciell grupp av klienter inom primärhälsovården erhåller



rehabilitering enligt ett visst vårdprogram som uppgjorts. Ur dokumentet bör framgå information när rehabiliteringen påbörjats samt på vems initiativ. (Holma 2008.)

Kommunförbundet rekommenderar att man i dokumentationen följer rådande nationella normer och principer. Klientberättelsen skall vara kronologisk och det bör finnas en anteckning från varje servicehändelse t.ex. från vårdperiod på avdelning eller poliklinikbesök. Anteckningarna görs snarast möjligt inom den tid som finns i förordning. Informationen struktureras enligt nationella rubriker och begrepp. Enligt lag ansvarar Stakes för upprätthållande av innehållet i klassificeringarna. Det finns plats för användning av fri text i utlåtandet trots användning av klassificering. (Aralinna 2008.)

Ergoterapeuter gör i huvudsak anteckningar på ergoterapiutlåtandet dvs. på TOI-blanketten. På denna blankett remitteras även klienten till ergoterapin av läkare. Utlåtandet bör innehålla information om ergoterapimål, framsteg, förverkligad ergoterapi, rehabilitering eller annan service, utvärdering över vilken påverkan och resultat servicen haft samt vidare planer och rekommendationer. Utlåtandet kan innehålla dagliga anteckningar, vilket är vanligt inom primärhälsovården. Sammanfattning av ergoterapin dokumenteras hittills endast på "erikoisala-" eller "yle"-blankett. Anteckningar kan göras på blanketten för mångprofessionell vårdberättelse ifall man kommit överens om detta. Här kan vård- eller rehabiliteringspersonal gemensamt skapa en vårdberättelse som innefattar vårdplanering, intervention, uppföljning samt utvärdering under en serviceperiod. Dokumentation av samma sorts information på flera ställen skall undvikas. (Aralinna 2008.)

### 3.3 Klientcentrerat och aktivitetsbaserat arbetssätt som förmedlas vid dokumentation

Anteckningarna ska vara sakliga och även klientens åsikt ska framkomma. Klienten har rätt att ta del av den informationen. Kommunförbundet rekommenderar klientcentrerad dokumentation. (Aralinna 2008.)

Samband finns mellan språk, idéer och handlingar. Språk kan uttrycka samt förändra tankar och upplevelser. Språk kan användas för att organisera maktförhållande mellan professioner samt mellan profession samt de som är subjekt i det professionella arbetet.

Skriftligt och verbalt språk uttrycker professionens perspektiv samt auktoritet. Ett exempel på detta relevant för ergoterapin är sättet att inom medicinen kategorisera enligt diagnos, t.ex. geriatrisk, neurologisk samt ortopedisk. Perspektiv samt auktoritet kan kommuniceras t.ex. gällande att kalla individer för patienter. Enligt definition väntar patienten sig att erhålla service av medicinska professioner. (Townsend 1998: 46.)

Delaktighet, självbestämmande och kollaboration är element som demonstrerar klientcentrering. Kritisk reflektion, handling, risktagande samt spiritualitet demonstrerar praktiskt inriktat fokus på aktivitet. Det medicinska språket tjänar ofta som referensram inom vårdservice. Ergoterapeuterna rättfärdigar ofta det medicinska språkets användning genom att framhålla att kommunikationen med andra då är lättare. Användning av yrkesspecifikt ergoterapispråk hjälper ergoterapeuterna att fokusera på ergoterapin. (Townsend 1998: 46-48)

Med fokus på klientcentrering samt meningsfulla aktiviteter kan ergoterapin förverkligas via vardagliga aktiviteter som klienten definierar som användbara och meningsfulla i sin egen miljö. Vi kan referera till t.ex. människor hellre än att göra människorna till objekt genom att kalla dem för reumatiker. Via språket kan vi förmedla värderingar samt respekt, dvs. människorna kan vara delaktiga även om begränsningar finns i livet. Språket bör användas med en positiv klang oberoende av t.ex. kön och ålder. Att vara medveten om klientcentrering innebär att relatera till klientens självbestämmande. Ur ett klientcentrerat perspektiv bör man sträva till kamratskap med klienten framom att uträtta saker för klienten. Att arbeta med klienten innebär att facilitera, fungera som coach eller guida framom att behandla klienterna som om professionen vore bättre vetande. Relevant för klienten är att fokusera på hans behov, framom att fokusera på resultaten av ergoterapin. Resultaten bör uttryckas i praktiska termer relaterat till de aktiviteter klienten anser vara meningsfulla. Principer för klientcentrerad praxis i Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) kan erbjuda en allmän grund för hur definiering av resultat framkommer via termer såsom produktivitet, personlig vård, fritid samt andra relevanta aktiviteter som klienten lyft fram. (Townsend 1998: 48.)

Aktivitetsperspektiv inom ergoterapin innebär att människan som en aktiv varelse med sitt eget agerande och egna val kan påverka sin hälsa. Genom ergoterapeutisk intervention

befrämjas klientens hälsa via aktivitet. Lämpliga aktiviteter skapar hos klienten förutsättningar att utveckla färdigheter och förmågor inom olika aktivitetsområden. I terminologin syftar begreppet aktivitet på ett övergripande begrepp som teoretiskt kan delas upp i aktivitetsområden, färdigheter och förmågor. Inom olika aktivitetsområden kan aktiviteter i vardagen beskrivas. Klienten i centrum innebär att klientens egna värderingar och val respekteras, att klienten har rätt att påverka och delta i rehabiliteringsprocessen. Således blir de aktiviteter som används i ergoterapin meningsfulla och ändamålsenliga för klienten vilket är ett av målen i ergoterapin. Att befrämja aktivitetsområden inom ergoterapin kan förverkligas på flera olika sätt, t.ex. genom att stärka/förbättra förmågor och färdigheter som behövs för att utföra en aktivitet, stödja klienten i anpassningsprocessen eller genom åtgärder i den fysiska omgivningen. För att i ergoterapin kunna befrämja utförande inom olika aktivitetsområden krävs att ergoterapeuten noggrant och systematiskt bedömer de delfaktorer som påverkar aktivitetsmöjligheterna hos klienten. (Kommunförbundet 2007: 14-15.)

Många inre (t.ex. psykologiska, kognitiva) och yttre (t.ex. kulturella, sociala) faktorer påverkar aktivitetsutförande. För att försöka förstå aktivitetsutförande beaktas klientens karaktär, miljön, aktivitetens mening, uppgifter samt roller. Klientens vilja och behov är i fokus framom dysfunktion. I dokumentationen kan detta framkomma i bedömningen som klientens resurser och begränsningar i relation till hans aktivitetsutförande och miljöfaktorer. Även från resultatet i utlåtandet bör klientens aktivitetsutförande framkomma i relation till miljöfaktorerna. Målformuleringen kan relatera till faktorer som påverkar aktivitetsutförande i dagligt liv relaterat till de uppgifter samt roller som klienten har. (Sames 2005: 26.)

#### 4 TIDIGARE STUDIER AV ERGOTERAPIDOKUMENTATION

Det finns externa omgivningsmässiga faktorer samt interna individuella faktorer som påverkar dokumentation. Externa faktorer kan vara ett oflexibelt dokumenteringssystem samt tidsbrist. Interna faktorer som försvårar dokumentation kan vara svårigheter att

uttrycka sig skriftligt, en tendens att följa rådande dokumentationsnormer för strikt samt svårigheter att skriftligen beskriva praktiken samt åtgärder. (Lundgren – Sonn 1999: 3.)

Olika faktorer som påverkar god dokumentation är; användandet av ett vardagligt språk och yrkesspecifikt språk, kontraindikation mellan att strikt följa en dokumentationsstruktur samt att beskriva klienten på ett begripligt sätt, kontraindikation mellan juridiska och etiska aspekter samt omgivningsmässiga faktorer, samt en konflikt gällande ergoterapeutiskt samt medicinskt resonerande. (Lundgren – Sonn 1999: 7.) Vid genomgång av studier av ergoterapidokumentation betonas struktur i ergoterapiutlåtandet, förmedling av ergoterapiprocessen samt begreppsanvändning. (Se tabell 1).

<b>Faktorer som framkommer i studier av ergoterapidokumentation</b>	<b>Studier av ergoterapidokumentation</b>
<p>STRUKTUR I ERGOTERAPIUTLÅTANDE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- strukturering av text</li> <li>- rubricering</li> <li>- kronologisk text</li> <li>- tillgängliga arbetsredskap</li> <li>- användning av terminologier</li> </ul> <p>FÖRMEDLING AV ERGOTERAPIPROCESSEN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dynamisk och terapeutisk process</li> <li>- ergoterapeutiskt perspektiv</li> <li>- paradigm</li> <li>- praktiskt eller s.k. tyst kunskap</li> <li>- klientcentrerat samt aktivitetsbaserat arbetssätt</li> </ul>	<p>Linnakallio 2004, Lundgren 2001, Lundgren – Sonn 1999, Sames 2005</p> <p>Lundgren 2001, Lundgren – Sonn 1999, Nieminen 2002, Sames 2005</p>
<p>BEGREPPSANVÄNDNING I ERGOTERAPITUTLÅTANDE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- begrepp reflekterar referensramar</li> <li>- användning av nyckelord</li> <li>- ergoterapins yrkesspecifika termer, medicinska termer, talspråk</li> </ul>	<p>Linnakallio 2004, Lundgren 2001, Lundgren – Sonn 1999, Nieminen 2002, Sames 2005</p>

TABELL 1. Faktorer som framkommer i studier av ergoterapidokumentation.

#### 4.1 Struktur i ergoterapiutlåtande

Strukturen i utlåtandena varierar stort. Vissa utlåtanden skrivs utan rubricering, i vissa framkommer rubrikerna tydligt och i vissa svagt. Rubrikerna motsvarar inte alltid textinnehållet. Att strukturen i utlåtandena varierar ger en bild av att man inte vill binda sig enligt ngn speciell modell. Den som dokumenterar borde även strukturera texten. (Nieminen 2002: 65-66.) Texten i utlåtandet skall vara kronologisk (Sames 2005: 38).

Strukturen är viktig vid dokumentation och sakenlig dokumentation bör innehålla en variation av nyckelord som underlättar informationsgången. Nyckelord kan användas som en slags checklista samt ett sätt att få innehållet i texten sakenligt. Det kan vara riskfyllt att i för hög grad följa en dokumentationsstruktur med tanke på att texten bör löpa och att orden bör ha ett sakenligt innehåll. I annat fall kan betydelsefulla faktorer ignoreras. Dokumentet bör vara kort och koncist, vilket kan vara svårt när texten skall informera läsaren om en komplex bild av en klient. (Lundgren – Sonn 1999: 5.)

#### 4.2 Förmedling av ergoterapiprocessen vid dokumentation

Ergoterapiutlåtanden varierar jämfört med varandra eftersom alla ergoterapeuter inte följer samma rekommendationer. Variationen är också beroende av utlåtandets syfte. Ifall det ur dokumentet framgår att ergoterapin varit till nytta, så bör det även framgå på vilket sätt samt reflektera nyttan i förhållande till kostnader och/eller tid. Dokumentet ger ett tillförlitligt intryck ifall nyttan reflekteras till klart uppgjorda mål. Användning av bedömningsmetoder bör framgå, så även observation. Texten får gärna vara kort, kvalitativ med bra sakinnehåll samt belysas med exempel. Den som dokumenterar bör besluta till vem texten riktas och vara konsekvent vid begreppsanvändning för att underlätta informationsgången till kolleger. Dokumentet bör vara skrivet så att ergoterapeutens sakkännedom framkommer. Ifall ergoterapin inte gjort någon nytta bör även detta framgå. (Nieminen 2002: 24, 67-68.)

Ett positivt tänkande och rättvisa gentemot klienten bör framkomma gällande användning av språket. Utlåtandet borde innehålla en beskrivning av klientens behov, intressen,

värderingar samt delaktighet i ergoterapin samtidigt som ergoterapiprocessen gestaltas. (Lundgren – Sonn 1999: 9.) Ergoterapiprocessen är till sin natur dynamisk och innefattar bedömning, åtgärd samt resultat. Åtgärder borde beskrivas genom att sätta ord på hur planen förverkligats via aktivitetsbaserad intervention. En utvärdering av planen samt resultat borde framkomma. (Sames 2005: 16-17.)

Det är viktigt att kunna delge andra ergoterapiprocessen eftersom detta har betydelse för hur professionen gestaltas. Professionella bör försäkra sig om att paradigmet överensstämmer med språkliga handlingar. Arbetsredskap utvecklas för att underlätta dokumentation. Detta i sin tur kan påverka sättet att kommunicera om vårt arbete. Praktisk eller s.k. tyst kunskap finns att hämta ur arbete som sker på basen av professionell erfarenhet, intuition samt känsla. Kunskapen kan inte alltid uttryckas i ord, därför att tankar och handlingar i praktiken uppstår fortare än vi kan beskriva och förklara dem. Detta innebär att kunskapen vi utvecklar baserar sig mera på tankar och handlingar än på begrepp. I dokumentationsprocessen förvandlas handlingar till ord, vilket innebär att ergoterapeuten bör beskriva processen samt resultaten av intervention. Professionellt språk uttrycker både yrkets perspektiv samt auktoritet. (Lundgren 2001: 174-175.)

Praktisk eller s.k. tyst kunskap gällande skriven professionell kommunikation anses vara att fokusera på aktivitetsutförande samt att samarbeta gällande åtgärder samt gällande den terapeutiska processen. God dokumentation innebär att dokumentera den terapeutiska processen samt meningen med de åtgärder som förverkligats. Vissa aspekter kanske bör bli odokumenterade samtidigt som en del aspekter noga bör beaktas innan de dokumenteras. Språket påverkar vårt sätt att tänka och agera. Professionella värderingar bör reflekteras i dokumenteringen. Något händer när man sätter ord på utförda handlingar. (Lundgren 2001: 180.)

Ergoterapeuter känner till och förstår klientens problem i aktivitetsutförande från två perspektiv. Det ergoterapeutiska perspektivet beaktar subjektiva faktorer som påverkar processen. Från ett medicinskt perspektiv blir ergoterapeuterna dock ofta tillfrågade om endast en kort kommentar angående nivån vid utförande av aktiviteter i dagligt liv. (Lundgren – Sonn 1999: 7.)

Texten i utlåtandet skall baseras på tillförlitlig information. Det skall framkomma varför ergoterapi aktualiserats, samt att ergoterapin pågår eller upphört. Från början till slutet av texten i utlåtandet bör temat vara genomgående det samma i t.ex. plan, åtgärd och resultat. Kontraindikationer bör dokumenteras. Om något oförutsett inträffar bör även detta dokumenteras. (Sames 2005: 31-33.)

Information som av ergoterapeuten anses vara för personlig dokumenteras inte, med tanke på klientens integritet. Ergoterapeuter framhåller svårighet att dokumentera då det gäller att förmedla att interaktionen med klienten präglas av en dialog där man stöder klienten och att man tillsammans arbetar målmedvetet med klientens bästa i åtanke. Därtill framkommer svårigheter med att dokumentera klientens motivation. (Lundgren 2001: 178-179.) Objektiv text eftersträvas och man bör ta i beaktande att klienten har rätt att läsa utlåtandet (Sames 2005: 41).

#### 4.3 Begreppsanvändning i ergoterapiutlåtande

Det är ibland svårt att dra slutsatser angående huruvida ergoterapispråk finns eller ej samt hurudant språk detta är. Det finns i i praktiken i ergoterapiutlåtanden flera skillnader än gemensamma nämnare gällande användning av ergoterapispråk. Skillnaderna torde till stora delar bero på faktorer i kontexten, eftersom ergoterapiutlåtandet samt dess skrivandeprocess har stark anknytning till kontexten. Vissa drag är specifika just för ergoterapispråk. Ergoterapiutlåtandena är inte enbart skrivna med traditionella medicinska termer utan talspråk används med mångsidig beskrivning av klientens aktiviteter. De flesta ergoterapiutlåtanden skrivs med hela meningar, men även utlåtanden skrivna i passiv form förekommer. Ifall subjektet saknas eller meningarna är skrivna i passiv form, påminner detta om det medicinska språket där meningsuppbyggnaden ofta är bristfällig. Positivt med användning av talspråk vid dokumentation är att t.ex. klienten och terapin beskrivs mångsidigt och individuellt. Negativt är att läsaren tvingas tolka texten till stora delar. Det mångskiftande språkbruket är från yrkets sida oroande eftersom det kan vara ett tecken på att alla inte ännu är överens om vad yrkets kärna är. (Nieminen 2002: 33, 64-66.)

Ergoterapeuter som serviceproducenter bör fästa större uppmärksamhet vid dokumentation av den feedback de förmedlar till FPA enligt de bestämmelser som FPA utfärdat samt de behov som FPA eller andra instanser har. Användningen av ergoterapiterminologin förenhetligar språket i dokumenten samt påverkar på ett positivt sätt den information som skribenten försöker förmedla angående ergoterapin. I dokumenten kan man enligt behov beskriva ergoterapin från helhet till detaljer eller tvärtom. I ergoterapin ställs terapeuten inför dilemmat att dokumentet borde serva flera olika intressenter. Barnklienternas föräldrar skulle t.ex. ha nytta av att dokumentet är skrivet på talat språk med eventuella exempel medan vårdinstansen snabbare får den information de önskar via medicinska eller ergoterapins yrkesspecifika termer. Det kan vara omöjligt att få dokument som tillräckligt bra servar alla intressenter. Ergoterapins gemensamma termer blir till yrkesspecifikt skrivsätt endast genom att använda termerna. (Linnakallio 2004: 15, 20-21.)

Begrepp som används i ett utlåtande reflekterar även de referensramar eller modeller som ergoterapeuten använder sig av med en viss specifik grupp. Både referensramar samt modeller är baserade på teorier och hjälper ergoterapeuten att organisera kunskap samt guidar ergoterapeuten att stöda klienten till engagemang i meningsfulla aktiviteter. De hjälper ergoterapeuten att välja ändamålsenlig bedömningsmetod samt stöder ergoterapeuten i målformulering samt vid beskrivning av processen. (Sames 2005: 21, 29.)

## 5 METOD

För att utveckla dokumentation har evidensbaserat närmelsesätt samt ITE-självbedömning valts som metoder för att formulera mål för dokumentation. Kvaliteten vid ergoterapidokumentation kan förbättras genom att ha skriftliga instruktioner om dokumentation tillgängliga inom organisationen. På basen av detta uppstod en kvalitetsbaserad målformulering under arbetets gång. Evidensbaserad kunskap är väsentligt för att kunna utveckla dokumentationsrutinerna. Värderingen av ergoterapiutlåtanden influerades av litteratur, ergoterapiterminologin, VAS-skala samt kontinuerlig variabel som mätmetod. För att få fram mätvärden från värderingsblanketten användes medianvärde för att beskriva den subjektiva värderingen. På basen av värderingen framkom förbättringsförslag. För att förbättra den egna dokumentationen valdes



ergoterapiterminologin som arbetsredskap. Nedan beskrivs evidensbaserat arbetssätt, ITE-självbedömning, VAS-skala, kontinuerlig variabel, medianvärde samt ergoterapiterminologin.

### 5.1 Evidensbaserat arbetssätt

Enligt Sackett m.fl. (enligt Bennett-Townsend 2006: 6) innebär evidensbaserat arbetssätt att de kliniska åtgärderna baserar sig på forskningsresultat. Evidensbaserad medicin beskriver en process som fokuserar på samvetsgrann, tydlig och förständig användning av den bästa evidensen när det gäller att göra beslut gällande vården av individuella klienter.

Att sträva efter ett evidensbaserat arbetssätt innebär att;

- identifiera vilken information man behöver för kliniska åtgärder,
- finna ändamålsenlig litteratur om forskning som motsvarar behoven,
- granska kvalitén på forskningslitteraturen som används,
- bestämma forskningsresultatens användbarhet i den kliniska kontexten med respekt för klientens värderingar och omständighet. (Bennett – Townsend 2006: 7.)

Evidensbaserad medicins åtgärder presenteras som en process där man sammanställer den bästa tillgängliga forskningsevidensen med klientens värderingar. Meningen med evidensbaserat arbetssätt är att lyfta fram forskningens betydelse som en resurs som kan guida i ett kliniskt beslutsfattande utan att ersätta erfarenhetsbaserad kunskap. De olika stegen i ergoterapiprocessen samt evidensbaserad praxis påminner om varandra då det i bägge framkommer sökande, systematisk granskning samt användning av evidens. Faktorer såsom begränsad tid, begränsade resurser, organisatoriskt stöd samt tillämpning av forskningsevidens påverkar evidensbaserat arbetssätt. Tillgången på forskningslitteratur samt förmåga att hitta information är inte i sig en garanti för evidensbaserat arbetssätt. (Bennett – Townsend 2006: 7-8.)

Bakgrunden till evidensbaserat arbetssätt inom ergoterapi är att ergoterapeuterna förväntas visa effektivitet av ekonomiska skäl samt att prioritera de kliniska åtgärderna rätt. Syftet med evidensbaserad praxis är att söka och evaluera bevis för den kliniska praktiken. Inom

evidensbaserad praxis integreras klinisk expertis med stöd och bevis från forskning samt med klientens värderingar och mål. Med evidensbaserad praxis försäkras man sig om att interventionen baseras på de mest effektiva och säkra metoder som finns tillgängliga. Evidensbaserad praxis behövs bl.a. för att öka kunskapen hos terapeuten samt för att reflektera en trovärdig och forskningsbaserad verksamhet. Forskningsevidens kan användas t.ex. för att informera om innehållet i ergoterapi, att utveckla nya riktlinjer på sin arbetsplats samt att kunna motivera prioriteringar och ekonomiska anslag. (Arola 2008.)

Ett redskap för arbetsenheternas självbedömning och kvalitetsledning är utvecklat av Finlands Kommunförbund och kallas för ITE, som kommer från finskans ”minä itse”(Finlands Kommunförbund 1997: 3). Inom MHSO har ITE-bedömning gjorts genom att arbetstagarna fyllt i ITE-bedömningsblankett. I denna blankett finns olika påståenden som arbetstagaren får ta ställning till och värdera. I punkt 19 i ITE-blanketten värderar arbetstagaren om organisationen har aktuella skriftliga instruktioner om vad som bör dokumenteras och hur dokumentation i patientjournalerna bör förverkligas (Holma 2003b: 2).

Begreppet kvalitet definieras i ITE-publikationen (Finlands Kommunförbund 1997: 7) enligt följande;

”En helhet som bildas av egenskaper och som utgör grunden för en organisations, produkts, tjänsts eller en viss process förmåga att uppfylla de krav och förväntningar som ställts på den. Kraven kan basera sig på lagstiftning, föreskrifter, avtal eller särskilt definierade behov hos klienterna.”

## 5.2 Värdering av ergoterapiutlåtanden

Den som gör en bedömning av egna utlåtanden borde klargöra mål med den egna dokumentationen samt klargöra hur målen sammanhänger med arbetsuppgifterna. Detta borde framkomma eftersom arbetsrutinerna utvecklas samtidigt som dokumentationen förbättras. Även oskrivna regler i arbetsorganisationen påverkar dokumentation. I Mellerta Finlands sjukvårdsdistrikt har bedömning av dokumentation gjorts. Det finns inte direkt något evidensbaserat redskap i Finland för denna typ av bedömning, men ett sådant redskap

håller på att utarbetas och torde bli klart inom några år. För en subjektiv bedömning av dokument föreslås användning av VAS-skala (=visual analogue scale). (Arkela-Kautiainen 2008.)

VAS-skalan är utvecklad för ca 60 år sedan men exakt ursprung är svårt att finna i litteraturen då även modifikationer av skalan har gjorts. Skalan har konstruerats för bedömning av upplevelser m.h.a. ett konkret instrument. Jämfört med andra skalor har VAS-skalan många fördelar. Användningsområdet är stort och det behövs inte stor ansträngning för att använda den. (Pedersen – Roslund 2008: 6,8.)

VAS-skalan har använts bl.a. för att ange värkintensitet med en skala på 0-10. Värken har med hjälp av VAS-skalan klassificerats enligt ”inte alls förekommande ” till ”värsta tänkbara värk”. (Airaksinen - Kouri 2002: 146-147.) Inom forskningsmetodik kan man genom att sätta olika begrepp i relation till varandra sätta upp hypoteser för att beskriva en del av verkligheten. Begreppen kan sedan omvandlas till något som kallas variabler som beskrivs t.ex. med hjälp av en mätskala. Kvantitativa variabler kännetecknas av ordning mellan mätvärdena samt lika stora skalsteg. När skalstegen är lika stora och när mätvärdet kan anta vilket värde som helst kallas variabeln kontinuerlig. Ett exempel på en kontinuerlig variabel är t.ex. blodsockernivån. (Infovoice 2002)

För att få en översikt över den egna dokumentationen och göra en subjektiv värdering av utlåtanden har sättet att värdera inspirerats av en skala med kontinuerlig variabel samt av VAS-skalan. Ingen gradering av skalan har gjorts eftersom ett visst värde på skalan inte kan ges någon speciell mening. En lättanvänd och överskådlig värderingsblankett eftersträvades. På basen av litteratur angavs värderingsfaktorer (Bilaga 1). Syftet med värderingen var att få fram utvecklingsområden gällande den egna dokumentationen. Eftersom ingen färdig värderingsblankett fanns att tillgå konstruerades en blankett med skattningsskala. Efter att ha fyllt i värderingsblanketter för utvalda dokument framkom förbättringsområden gällande egna utlåtanden.

Ett mått på centraltendens kan anges för att sammanfatta hur insamlade data fördelar sig över olika observationsvärden. Olika mått på centraltendens är t.ex. median- och medelvärde, vilka återspeglar olika aspekter av ett datamaterial. Medianvärde (Md) anger

det värde som den mittersta observationen har ifall mätvärdena är rangordnade. Mätvärdena rangordnas alltså först varefter medianen delar fördelningen i två lika stora delar. Om mätvärdena är udda till antalet är medianen det mellersta observationsvärdet. Om mätvärdena är jämna till antalet ligger medianen halvvägs mellan de två mellersta värdena. (Arai 1999: 39-40.)

För att subjektivt värdera dokumentationsfaktorer sattes begreppen ”framkommer inte” och ”framkommer” i relation till varandra. Orden ”framkommer inte” placerades till vänster om en 100 mm lång linje och ordet ”framkommer” placerades till höger om linjen. Faktorerna värderades alltså på en skala på 0-10 men mätvärdena fanns inte utskrivna. I denna skala utgör 0 = framkommer inte och 10 = framkommer. Skalan kan mätas i millimeter från den vänstra sidan av linjen till den punkt som utmärkts. I värderingsblanketten framgår frågan om faktorerna framkommer i en subjektiv värdering av ergoterapiutlåtande vid primärhälsovården inom MHSO.

I samarbete med rehabserviceenhetens sekreterare utarbetades en värderingsblankett för detta ändamål. Fem olika typer av ergoterapiutlåtanden valdes ut för värdering för att få bredare analys, dvs. de som ofta förekommer i den dagliga dokumentationen. Dessa ergoterapiutlåtanden rörde bedömningar som görs inom reumavårdkedjan, utlåtanden till socialcentralen gällande bostadsförändringar, utlåtanden gällande bedömning av hjälpmedel samt rekommendation, ergoterapiutlåtande gällande poliklinisk ergoterapi samt ergoterapi förverkligad på avdelningarna för geriatrik och allmän medicin. Två utlåtanden valdes ut skrivna år 2007 utifrån denna typkategorisering och sammanlagt värderades tio ergoterapiutlåtanden. På basen av referenslitteratur gjordes en värderingsblankett som innefattade elva faktorer (Se tabell 2 och bilaga 1).

<b>FAKTORER</b>	<b>KÄLLOR</b>
- bedömning	Clark m.fl. 2003: 646, Sames 2005: 69, 71
- aktivitetsområden	Kommunförbundet 2007: 37, 17, 14
- färdigheter och förmågor i aktivitetsutförande	Kommunförbundet 2007: 14
- klienten i centrum	Kommunförbundet 2007: 14
- målsättning	Clark m.fl. 2003: 647, Sames 2005: 92, Lundgren 1996: 86
- planera befrämjande av aktivitetsmöjligheter	Kommunförbundet 2007: 26, Lundgren 1996; 385-86
- intervention	Clark m. fl. 2003: 647
- resultat	Clark m.fl. 2003: 648
- rekommendationer	Clark m.fl. 2003: 648
- struktur	Lundgren 1996: 80, Nieminen 2002: 68, Linnakallio 2004: 32-33
- sammanfattning	Aralinna 2008

TABELL 2. Faktorer som värderats enligt värderingsblanketten.

*Bedömning* hänvisar till den information som erhållits i bedömningsprocessen. Här framkommer en beskrivning av klientens aktivitetsprofil samt en analys av aktivitetsutförande. En identifikation av faktorer som hindrar eller stöder aktivitetsutförande inom olika aktivitetsområden bör framkomma. (Clark m.fl. 2003: 646.) Bedömningen i utlåtandet skall vara en beskrivning av klientens aktivitetshistoria och upplevelser, dagliga vanor, intressen, värderingar och behov. Ur klientens perspektiv bör behov och val framkomma. Informationen i bedömningen kan ha framkommit från t.ex. test, mätinstrument eller observation. (Sames 2005: 69, 71.)

*Aktivitetsområden* syftar till aktiviteter som ingår i människans dagliga liv. I utlåtandet bör framkomma bedömning av separata aktivitetsområden såsom t.ex. personliga och instrumentella aktiviteter i det dagliga livet. Att ha ett aktivitetsperspektiv inom ergoterapin innebär att se människan som en aktiv varelse och att aktiviteter skapar förutsättning för att

utveckla färdigheter och förmågor inom olika aktivitetsområden. (Kommunförbundet 2007: 39, 17, 14.).

*Färdigheter och förmågor i aktivitetsutförande* skall framkomma i utlåtandet i bedömningskedet. Färdigheter syftar på klientens sätt att fungera vid utförande av aktivitet och här kan även framkomma de faktorer som begränsar klientens självständighet, effektivitet och säkerhet i aktiviteter. En beskrivning av färdigheter kan innefatta t.ex. bedömning av motoriska färdigheter och processfärdigheter. Förmågor i aktivitetsutförandet kan bedömas genom observation och/eller genom att använda test- och mätinstrument. Färdigheterna består av olika förmågor. Dessa förmågor kan detaljerat bedömas och beskrivas i ergoterapiutlåtandet och här kan även anges förmågor som begränsar färdigheterna. (Kommunförbundet 2007: 23-24.)

*Klienten i centrum* innebär att klienten tillsammans med ergoterapeuten har möjlighet att aktivt påverka rehabiliteringsprocessen med respekt och förståelse från ergoterapeuten. Således blir de beslut som gjorts i ergoterapiprocessen samt aktiviteter som används ändamålsenliga och meningsfulla för klienten. (Kommunförbundet 2007: 14.)

*Målsättning* med ergoterapin skall framkomma i utlåtandet som mätbara mål direkt relaterade till klientens förmåga att vara delaktig i de aktiviteter som valts. En beskrivning av de åtgärder som planeras utföras bör framkomma. Här bör även framkomma hänvisning eller rekommendationer till andra yrkesverksamma. (Clark m.fl. 2003: 647.)

Vid målformulering beaktas klientens val i rehabiliteringen och behov, realistisk tid som går åt till att uppnå målen, hur man uppnår målen samt andra faktorer som påverkar. Verben som används vid målbeskrivning skall helst till sin natur vara aktiva framom passiva. Det kan vara frågan om att förbättra aktivitetsutförande, upprätthålla en funktion, anpassa aktivitetsutförande osv. (Sames 2005: 92.)

*Planera befrämjande av aktivitetsmöjligheter* innebär att ergoterapeuten och klienten beskriver mål i ergoterapin samt de sätt på vilket målen planeras uppnås (Kommunförbundet 2007: 26).

*Intervention* ska i utlåtandet vara en dokumentation över klientens väg mot de uppställda målen. Beskrivning av kontakterna mellan ergoterapeut och klient och utförda åtgärder bör framkomma. Klientens respons beskrivs. (Clark 2003: 647.)

*Resultat* bör framkomma som en beskrivning av förändringar i klientens förmåga till engagemang i aktiviteter. Detta avser förändringar mellan den inledande bedömningen samt utvärdering. (Clark 2003: 648.)

*Rekommendationer* skall i utlåtandet framkomma som framtida behov gällande specifika planer för uppföljning eller hänvisning till andra organisationer eller yrkesverksamma (Clark 2003: 648).

*Struktur* i utlåtandena hänvisar till steg i dokumentationen som kännetecknar bl.a. ergoterapiprocessen, dvs. bedömning, plan, intervention och utvärdering (Ikonen 2008). Ergoterapiprocessen som framgår i utlåtandet bör vara strukturerad samt reflektera en problemlösningsprocess som innehåller bl.a. kliniskt resonerande (Lundgren 1996: 80). Viktiga över- och underrubriker borde vara lätta att gestalta för att underlätta förståelsen av dokumentet. Över- och underrubrikerna borde motsvara textinnehållet. (Nieminen 2002: 68.)

*Sammanfattning* består av central information från interventionsprocessen. Denna information kan fogas till vårdberättelse som skickas till den organisation där klienten ev. får vidare service eller så kan sammanfattningen underlätta informationsgången under följande vårdperiod. (Sosiaalija terveysterveysministeriö 2007b: 38.) Sammanfattning av ergoterapin dokumenteras hittills endast på "erikoisala-" eller "yle"-blad. Dokumentation av samma sorts information på flera ställen bör undvikas. (Aralinna 2008.)

### 5.3 Presentation av ergoterapiterminologin

Terminologier för olika yrkesgrupper har utvecklats och publicerats av Kommunförbundet. Strukturen i dessa terminologier är densamma. Terminologierna kan användas för att strukturera och tydliggöra sitt arbetsområde samt som stöd vid dokumentation och

statistikföring. Den finska versionen av ergoterapiterminologin publicerades år 1994 och uppdaterades år 2003. Delar av den översattes till svenska. Finlands Kommunförbund ville få en svenskspråkig upplaga av terminologin. Denna svenskspråkiga upplaga utgavs år 2007. (Kommunförbundet 2007: 9.)

Ergoterapiterminologin kan användas bl.a. på hälsovårdscentraler. Enhetlig dokumentation av klientens vård och rehabilitering är ett mål på nationell nivå. Dokumentation i elektroniska patientjournaler är en av de viktigaste användningsområdena för terminologin. Arbetet med terminologin har utgått från ergoterapins filosofiska grundantaganden samt centrala teorier. I terminologin synliggörs följande centrala aspekter i ergoterapeutens arbete; aktivitetsperspektiv, klientcentrerat arbete samt strävan att befrämja klientens aktivitetsmöjligheter. I terminologin har ICF (STAKES 2005) beaktats så att dessa skall kunna användas parallellt. Terminologin har en hierarkisk struktur och beskrivningar blir desto detaljrikare ju längre ner i hierarkin man kommer. (Kommunförbundet 2007: 12, 14-15.)

Huvudgrupper i ergoterapiterminologin är; *Bedöma klientens aktivitetsmöjligheter*, *Befrämja klientens aktivitetsmöjligheter*, *Ge råd och handleda i befrämjande av aktivitetsmöjligheter*, *Annat klientarbete i ergoterapi*, *Expertis- och utbildningsuppgifter* samt *Ledarskap och utveckling*. Inom den första huvudgruppen, *Bedöma klientens aktivitetsmöjligheter*, ingår bedömning och kartläggning av klientens livssituation, aktivitetsområden, omgivning, färdigheter, förmågor samt andra faktorer som möjliggör aktivitet. Inom den andra huvudgruppen, *Befrämja klientens aktivitetsmöjligheter*, ingår alla nivåer av aktivitet som används i ergoterapin med syftet att befrämja klientens aktivitetsmöjligheter. I bedömningen har en plan gjorts upp och denna plan är utgångspunkten för befrämjandet av aktivitetsmöjligheter. Den tredje huvudgruppen, *Ge råd och handleda i befrämjande av aktivitetsmöjligheter*, bygger på bedömning och inriktas på möjligheterna att bemästra aktivitetsområden, stärka färdigheter, förbättra förmågor och att klara sig i närmiljön. I den fjärde huvudgruppen, *Annat klientarbete i ergoterapi*, ingår bl.a. samarbete med klientens nätverk samt insamling av användbar data. De fyra första huvudgrupperna beskriver klientarbetet kring en enskild klient. De två sista huvudgrupperna beskriver de delar av ergoterapeutens arbete som har att göra med



expertuppdrag, utvecklingsarbete, forskning, ledarskap och administration. (Kommunförbundet 2007: 16-18.)

Ergoterapiterminologin är ett arbetsredskap som sammanfattar och strukturerar arbetets innehåll. I ergoterapiterminologin är det servicen som beskrivs. Fraserna som framkommer i terminologin kan användas var som helst i texten, inte endast som rubriker. Ergoterapiterminologin rekommenderas användas för beskrivning av ergoterapiprocessen gällande plan, förverkligan och bedömning. Termerna är försedda med bokstavs- och nummerkoder. I den svenska ergoterapiterminologin finns bokstaven R (= rehabilitation) framför koderna, detta saknas i den finska versionen. Fysio- och ergoterapiterminologierna är riksomfattande och omfattar servicen på olika slags arbetsplatser samt servicen för olika slags klienter. Detta innebär att terminologierna t.ex. kan användas inom offentliga samt privata sektorn och med vuxna och barn. (Aralinna 2008.)

Ergoterapiterminologin utkom 1994 på finska och uppdaterades år 2003. Den svenska översättningen som nu används utkom 2007. Koderna i ergoterapiterminologin har ingen större betydelse för tillfället vid dokumentation, men i framtiden kommer koderna att få en större betydelse. Ergoterapiterminologins hierarkiska struktur består av huvudgrupp, undergrupp samt nivå som preciserar undergruppen. Den nivå som preciserar undergruppen rekommenderas användas vid dokumentation. (Aralinna 2008.) Kommunförbundet betonar användning av begreppet "vård" t.ex. vid rubriker och frasförslag, eftersom detta är en internationell term som används istället för t.ex. "terapi" eller "rehabilitering" (Holma 2008).

Jag kallade samman en diskussionsgrupp bestående av fysioterapeuter samt konditionsskötare på rehabserviceenheten i organisationen MHSO. Deltagarna i denna diskussionsgrupp fick utan min inblandning fritt diskutera kring begreppen som används i ergoterapiterminologin. Således ville jag få fram information om hur begreppen förstås av andra yrkesgrupper. Jag kunde då konstatera att det inte lönar sig att utan kritisk reflektion ta i bruk en dokumentationsstruktur och de fraser som där används. Målet med dokumentation är att förmedla information och mottagarens respons är viktig. Således understöddes idén om att fraserna i ergoterapiterminologin behöver omändring för att passa

in i organisationen MHSO. Ett exempel på en förändring i ergoterapiterminologin är begreppet ”klient”, som inte får användas i organisationen MHSO inom dokumentation.

Den som dokumenterar falla in i vissa rutiner och använder t.ex. vissa begrepp som kan uppfattas som negativa eller positiva. Vissa begrepp är kanske mera populära och aktuella än andra. Med begreppet ”delaktig” vill ergoterapeuten låta läsaren förstå att klienten varit aktiv och kan således användas på ett positivt sätt. Vissa begrepp förstås t.ex. endast av en yrkesgrupp, men inte av andra utanför denna grupp. Således är det viktigt vid dokumentation att beakta till vilken grupp man vänder sig med den information som ingår i utlåtandet och att använda ändamålsenliga begrepp. Användning av förkortningar, trendiga begrepp samt yrkesspråk är en signal till läsaren att ergoterapeuten är yrkesskicklig. Ett alltför flitigt använt fackspråk kan dock utgöra en barriär för effektiv informationsgång. De begrepp som används inom ergoterapi används även inom andra yrkesgrupper men användningen av samma begrepp kan skilja sig åt. (Sames 2005: 3-5, 11, 19.)

## 6 UTVECKLING AV ERGOTERAPIDOKUMENTATION

Som en del av processen i detta utvecklingsarbete värderades egna ergoterapiutlåtanden. Värderingen influerades av litteratur, ergoterapiterminologin, VAS-skala, kontinuerlig variabel samt användning av medianvärde. Från värderingen framkom behov av förändringar vilka genomfördes genom att integrera ergoterapiterminologin men den elektroniska journalföringen. Förändringsbehoven var att förbättra strukturen i utlåtanden samt använda yrkesspecifika ergoterapibegrepp för att förmedla ergoterapiprocessen och klientcentrerat och aktivitetsbaserat arbetssätt. Skriftliga anvisningar för ergoterapijournalföring inom MHSO förverkligades tack vare detta utvecklingsarbete. Nedan redogörs för resultat av värdering av ergoterapiutlåtanden samt ergoterapiterminologins integrering med Efficadataprogrammet.

## 6.1 Resultat av värdering av ergoterapiutlåtanden

Effica-datasystemet underlättar väsentligen dokumentation jämfört med att ha pappersjournaler. Textlängden i utlåtandena varierar. Meningarna i utlåtandena är tidvist bristfälliga och påminner således om det medicinska språket. Språket i mina utlåtanden kunde förenhetligas genom att öka användningen av ergoterapibegrepp. Klienternas personliga angelägenheter respekteras i utlåtandena. Utlåtandena läses av yrkesmänniskor inom och utom organisationen och via bättre strukturering kunde ergoterapiprocessen ännu tydligare synliggöras. Genom att bättre lyfta fram ergoterapiprocessen med uppgjorda mål och utvärdering av dessa framgår även nyttan av ergoterapin. Nyttan i mina utlåtanden relateras inte till kostnad eller tid. I texten framgår ifall ergoterapi pågår eller upphört. Redogörelsen för dokumentationsanalysen sker i texten enligt den ordning som analyspunkterna framkommer i Bilaga 1.

*Bedömning* av klientens aktivitetsförmåga framkommer i utlåtandena men inte med rubrik. *Aktivitetsområden* framkommer i utlåtandena även gällande rubricering. Ett undantag här är de klienter som hör till reumavårdkedjan och kommer för en första bedömning. I utlåtandena gällande dessa klienter framgår inte aktivitetsområden via rubricering men nog en kort beskrivning av aktivitetsområden. Som begrepp förekommer både *färdigheter och förmågor i aktivitetsutförande* i utlåtandena och dessa beskrivs även i texten.

Inom vår organisation är vi uppmanade att använda begreppet patient både i tal och i skrift, vilket även framgår av mina utlåtanden. Detta begrepps användning kommer att fortgå. Diagnosen framkommer gällande klienterna men däremot framkommer inte i utlåtandena kategorisering enligt diagnos. I utlåtandena framkommer till stor del i den löpande texten att *klienten är i centrum*.

Brister gällande *målformulering* framkommer vid analys av ergoterapiutlåtandena. *Målsättningarna* är inte alltid mätbara. *Planering gällande befrämjande av aktivitetsmöjligheter* framkommer men inte med rubrik. *Intervention* rubriceras som åtgärd i de genomgångna utlåtandena. Den ergoterapi som förverkligats framkommer i utlåtandena. *Resultat* framkommer till viss del gällande klienter som erhållit ergoterapi där

upprepade kontakter mellan ergoterapeut – klient förekommit. Gällande utlåtanden där endast bedömning gjorts framkommer inte *resultat*, dvs. förändring av klientens aktivitetsförmåga mellan bedömning och utvärdering.

Gällande utlåtanden som rör hjälpmedel samt bostadsförändringar framkommer *rekommendationer* klart. I utlåtanden som rör ergoterapi på avdelningarna framkommer *rekommendationerna* svagare. Utlåtandena är *strukturerade* med hjälp av rubriker, men dessa är inte alltid enhetliga. Rubrikerna i utlåtandena anger inte ergoterapiprocessen gällande bedömning, planering, förverkligan samt utvärdering. Processbeskrivningen framkommer inte helt klart. Gällande klienter som erhållit ergoterapi polikliniskt som en serie framkommer sist i utlåtandet en *sammanfattning* över den ergoterapi som förverkligats, *resultat* samt *rekommendation* gällande fortsättning. Denna *sammanfattning* klargörs dock inte med någon rubrik. I de övriga utlåtandena framgår ingen *sammanfattande* text.

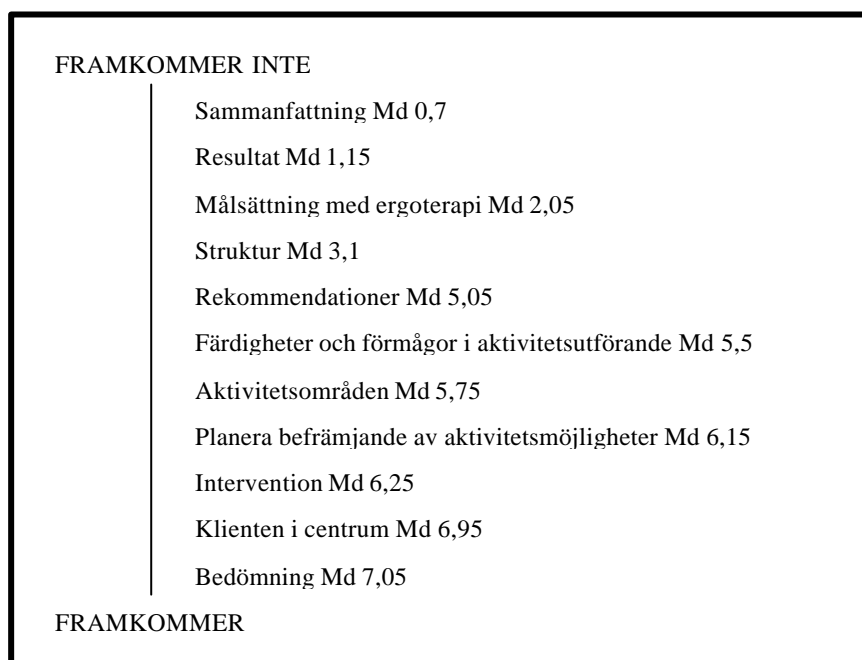
Vid analysen av ergoterapiutlåtandena framkommer att förbättringar gällande dokumentation kunde ske för att informationen skall fås mera sakenlig. Att förverkliga bättre strukturering och rubricering gör ergoterapiprocessen mera synlig. Enhetlighet gällande dokumentation borde eftersträvas. Utmaning gällande dokumentation inom MHSO är att antalet klienter i behov av ergoterapi är stort och när det gäller att spara tid så blir det oftast det allra nödvändigaste som dokumenteras. Av denna anledning är det även motiverat med en utveckling av de egna dokumentationsrutinerna.

Medianvärde användes i analys av ergoterapiutlåtanden för att tydliggöra den subjektiva värderingen. Medianvärdet räknades ut från alla 10 utlåtanden för varje faktor som bedömts, dvs. sammanlagt 11 värden. I praktiken innebär detta att t.ex. den första faktorn, bedömning, hade följande mätvärden;

- 2,5 – 2,8 – 5,4 – 6,5 – 6,9 – 7,2 – 7,4 – 8,2 – 8,5 – 8,8.

Eftersom mätvärdena var jämna till antalet räknades ett värde ut som låg mellan de två mellersta värdena 6,9 och 7,2. Medianvärdet av faktorn bedömning blev då 7,05.

Faktorerna rangordnas nedan enligt medianvärde från den punkt som minst framkommer till den som bäst framkommer. Enligt denna rangordning framkommer faktorerna resultat och sammanfattning minst och faktorerna bedömning samt klienten i centrum bäst. (Se figur 3.)



FIGUR 3. Rangordnade värderingsfaktorer.

Därtill fanns intresse att klargöra i vilken av dessa 5 olika typer av ergoterapiutlåtanden som ergoterapiprocessen klarast framgick. Medianvärdet på alla 10 utlåtanden räknades ut. För att få medianvärdet för ett utlåtande, förslagsvis ett utlåtande för primärhälsovården polikliniken, räknades medianvärdet utifrån alla 11 faktorer som värderades i utlåtandet. Dessa faktorerers värden rangordnades från det minsta till det största värdet (Se tabell 3).

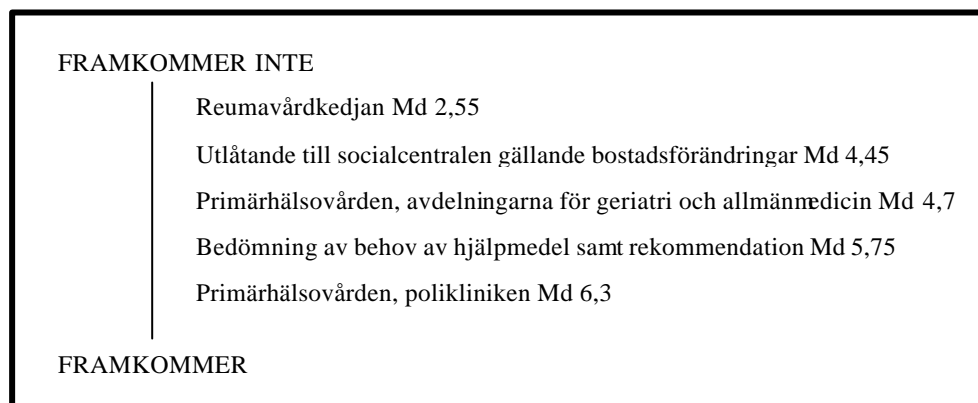
Medianvärde för ett ergoterapiutlåtande på primärhälsovården, polikliniken	
VÄRDEN	FAKTORER
2,0	Sammanfattning
3,2	Resultat
3,3	Rekommendationer
3,4	Målsättning
5,7	Intervention
<b><u>6,6</u></b>	<b><u>Struktur</u></b>
6,7	Planera befrämjande av aktivitetsmöjligheter
7,5	Klienten i centrum
7,7	Färdigheter och förmågor
8,0	Aktivitetsområden
8,5	Bedömning

Tabell 3. Medianvärde för ett ergoterapiutlåtande.

Dessa mätvärden rangordnades från det minsta värdet till det största värdet. Eftersom mätvärdena var udda till antalet då faktorerna var 11 stycken så blev medianen det mellersta observationsvärdet, dvs. **6,6** enligt följande;

- 2,0 – 3,2, - 3,3 – 3,4 – 5,7 – **6,6** – 6,7 – 7,5 – 7,7 - 8,0 – 8,5.

Medianvärdena på t.ex. två utlåtanden som var skrivna för två klienter på polikliniken var 6,0 och 6,6. Mellersta värdet av dessa blev 6,3 vilket då innebar att ergoterapiprocessen klarast framkom i utlåtanden skrivna gällande poliklinikens klienter. Minst framkom ergoterapiprocessen för reumavårdkedjans klienter. (Se figur 4)



FIGUR 4. Ergoterapiprocessens framkomst i utlåtandena rangordnade från den utlåtanden där processen minst framkommer till de utlåtanden där den bäst framkommer.

## 6.2 Ergoterapiterminologins integrering med den elektroniska journalföringen

Från klientens synvinkel är det motiverat att i ergoterapin använda vardagligt språk. Dock tenderar vardagliga ord ha en mera komplex betydelse i ergoterapin jämfört med hur befolkningen i allmänhet definierar vissa ord. Detta komplicerar rapporteringen. Till exempel begreppet "aktivitet" nämns i forskningen som ett vardagligt ord men har en komplex professionell betydelse. (Lundgren – Sonn 1999: 5.)

För att integrera ergoterapiterminologin med Efficaprogrammet behövdes samarbete i MHSO-organisationen med avdelningens sekreterare samt IT-personal. Det blev aktuellt att göra ett förslag på rubriker och fraser som kan finnas i Efficaprogrammet. Även Efficaprogrammet sätter ramar för detta förslags utseende och längd. I Efficaprogrammet flyttas inte texten automatiskt från ena sidan till andra. För att göra rubrik- och frasförslaget lättanvänt bestämdes att frasförslaget kan tas fram tredelat. Således kan man i Efficaprogrammet

programmet under rubriken "Fraasit" få fram den utarbetade versionen av terminologin i tre delar under begreppen "Bakgrund", "Åtgärd" samt "Utvärdering".

Huvudrubrikerna i rubrik- och frasförslaget följer rekommendationer som hänvisar till dokumentationssteg som kännetecknar bl.a. ergoterapiprocessen. Dessa är bedömning, plan, åtgärd och utvärdering (Ikonen 2008). Efficaprogrammets allmänna rubrikförslag som kan tas fram på TOI-blanketten är på finska "Esitiedot, Nykytila, Suunnitelma, Toteutus, Arviointi". Mitt slutliga rubrikförslag följer Ergoterapiförbundets (Kommunförbundet 2007) samt Efficaprogrammets anvisningar och dessa rubriker blir då "Bakgrund, Status/Bedömning, Plan/Målsättning, Åtgärd, Utvärdering". Dessa huvudrubriker placerades i vänstra kolumnen i utlåtandet. Underrubrikerna i förslaget utgörs av ergoterapiterminologins huvud- och undergrupper. Nivåer som preciserar undergrupperna skrivs som frasförslag i enlighet med ergoterapiterminologin (Kommunförbundet 2007: 16).

I rubrik- och frasförslaget skrivs huvudrubrikernas första bokstav med stor bokstav, övriga blir små bokstäver, t.ex. Status. Underrubrikerna skrivs helt och hållet med stora bokstäver, t.ex. BEMÄSTRANDET AV AKTIVITETSOMRÅDEN. Fraserna i den löpande texten skrivs helt och hållet med små bokstäver, tex. arbetsförmåga och utförande av arbete. Begreppet "klient" får inte användas i dokumentationen inom MHSO, därför används begreppet "patient" i rubrik- och frasförslaget. Som bilaga i detta utvecklingsarbete finns den utarbetade versionen av rubrik- och frasförslaget. Parallellt med texten kan bilagan läsas för att få en klarare bild av hur rubrikerna och fraserna gestaltats (Bilaga 2).

Sammandraget av huvudgrupper och undergrupper i ergoterapiterminologin är för omfattande för att i sin helhet sättas som rubrik- och frasförslag på TOI-blanketten. Rubriker samt fraser som mest sannolikt kommer att användas valdes ut (Se figur 5). De rubriker och fraser som valdes till MHSO:s förslag ingår i de fyra första huvudgrupperna, dvs. "Bedöma klientens aktivitetsmöjligheter", "Befrämja klientens aktivitetsmöjligheter", "Ge råd och handleda i befrämjande av aktivitetsmöjligheter" samt "Annat klientarbete i ergoterapi". Huvudgrupper som helt lämnades utanför rubrik- och frasförslaget är "Expertis- och utbildningsuppgifter" samt "Ledarskap och utveckling". Exempel på en fras



som lämnades bort är "lek", eftersom barn som klientgrupp vid MHSO inte sköts av primärhälsovårdens ergoterapi.

#### BESKRIVNING AV ERGOTERAPIPROCESSEN I UTLÅTANDE

Huvudrubriker	Bakgrund	Status / Bedömning	Plan / Målsättning	Åtgärd	Utvärdering
UNDERRUBRIKER såsom t.ex.	LIVSSITUATION	BEMÄSTRANDET AV AKTIVITETSOMRÅDEN	BEFRÄMJA PATIENTENS AKTIVITETSMÖJLIGHETER	BEFRÄMJA BEMÄSTRANDET AV AKTIVITETSOMRÅDEN	SAMMANFATTNING AV FAKTORER SOM BEFRÄMJAR PATIENTENS AKTIVITETSMÖJLIGHETER
fraser, såsom t.ex.		personlig ADL, instrumentell ADL, skolgång och studier		personlig ADL, instrumentell ADL, fritid, vila	

FIGUR 5. Förslag på strukturering av ergoterapiutlåtande med stöd av ergoterapiterminobgin.

## 7 SAMMANFATTNING

I arbetet som ergoterapeut inom primärhälsovården kom idén till detta utvecklingsarbete naturligt av den orsaken att jag önskat en vidareutveckling av de egna arbetsrutinerna gällande dokumentation. Idén till arbetet fanns alltså redan innan fortbildningen påbörjades. Fortbildningen till yrkeshögskoleexamen ger en ypperlig möjlighet till kvalitativt bra handledning för ett praktiskt inriktat utvecklingsarbete. Utan handledning skulle denna idé ha kunnat utvecklas i en helt annan riktning. Tack vare handledning fick jag en känsla för vad som var väsentligt och viktigt att lyfta fram gällande detta ämne. Speciellt vikten av att kritiskt kunna granska det egna arbetssättet, klargöra bakgrunden till problemställningen

samt utifrån detta kunna göra en förändring som gagnar mig själv och andra har varit en viktig lärdom.

Kontexten, referensramar, sättet att dokumentera samt arbetsredskap i dokumentationen påverkar utlåtandets utformning (Se tabell 4). Viljan att fördjupa kunskaperna ledde först till en granskning av bakgrunden till dokumentation inom den egna organisationen. Förutsättningarna för en förändring av dokumentationsrutinerna inom MHSO är goda. Malmska hälso- och sjukvårdsområde drivs av tre delägarkommuner. Att som ergoterapeut vara en del i denna stora organisation för även tankarna till vikten av att kunna placera sig själv rätt t.ex. gällande vilka förväntningar som finns gällande dokumentation. Att beakta lagarna och rekommendationerna har enormt stor betydelse i en kommunägd organisation. Från rehabiliteringens serviceenhet har även min administrativa avdelningsskötare fungerat som en pådrivande faktor. Det betonas ju även nationellt (Holma 2008) att ledningen har en stor betydelse gällande förändringar av dokumentationsrutiner. Goda förutsättningar gällande den elektroniska journalföringen finns också inom MHSO-organisationen. Det var lätt att dra nytta av Efficaprogrammet när ergoterapiterminologins rubrik- och frasförslag sattes in i programmet.

<p><b>KONTEXTEN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MHSO</li> <li>- Rehabiliteringens serviceenhet</li> <li>- Ergoterapi vid MHSO:s primärhälsovård</li> </ul>	<p><b>REFERENSRAMAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lagenliga faktorer</li> <li>- Kommunförbundets och Ergoterapiförbundets rekommendationer</li> <li>- Klientcentrerat och aktivitetsbaserat arbetssätt</li> </ul>
<p><b>ERGOTERAPEUTENS SATT ATT DOKUMENTERA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- värdering av ergoterapiutlåtanden vid MHSO:s primärhälsovård</li> </ul>	<p><b>ARBETSREDSKAP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elektronisk ergoterapijournalföring</li> <li>- ergoterapiterminologin</li> </ul>

TABELL 4. Faktorer som påverkar ergoterapidokumentation vid MHSO:s primärhälsovård.

Nieminen (2002) föreslår att kolleger sinsemellan kan läsa varandras dokument för utvärdering. Den värderingsblankett som gestaltades i samband med detta utvecklingsarbete kan även användas av kolleger som önskar utvärdera varandras utlåtanden. Det kan kännas kritiskt negativt att en kollega värderar andra kollegers utlåtande. Av denna anledning har jag riktat värderingsblanketten subjektivt, för att den på enklaste möjliga sätt skall kunna vara till nytta för andra.

Enligt nationella studier (Linnakallio 2004, Nieminen 2002) framkommer att ergoterapiutlåtanden inte alltid är tillräckligt bra strukturerade, rubricerade samt begreppsmässigt korrekta för att ergoterapiprocessen sakenligt skall kunna förmedlas. Jag igenkände detta från mitt eget arbete och tycker att det till stora delar går att utveckla den egna dokumentationen med hjälp av ergoterapiterminologin. Detta förutsätter att man klargör den egna organisationens bakgrunds faktorer, målet med den egna dokumentationen samt därtill håller sig informerad om trender som påverkar. Trenderna speglar de begrepp, terminologier samt referensramar som just nu hjälper ergoterapeuten att förmedla ergoterapiprocessen.

### 7.1 Elektronisk ergoterapijournalföring vid MHSO

För att uppfylla kvalitetsmålet som värderas i ITE-blanketten (Holma 2003b: 2) har i detta utvecklingsarbete gjorts skriftliga anvisningar för elektronisk ergoterapijournalföring vid MHSO. I MHSO-organisationen används Effica-dataprogrammet vid dokumentation. Personalskolning gällande Effica-dataprogrammet sker inom organisationen av ICT-personal (ICT = Information and Communication Technology) medan vikarier och studeranden skolas av sina handledare. I Effica-dataprogrammet finns en befintlig blankett som är till för ergoterapi. På MHSO:s interna portalsidor finns Effica-blankettråd men här finns dock ingen information om ergoterapiutlåtande. ICT-personalen håller på att utarbeta blankettråden. Inom primärhälsovården har Effica-dataprogrammet använts sedan år 2000.

Patientjournalssystemet är gemensamt för primär- och specialsjukvården efter att specialsjukvården tog i bruk Effica-datasystemet år 2005. Detta underlättar patientvården samt informationsgången. Effica-programmet gällande hjälpmedel, Kunto-Effica, har varit i

bruk sedan 2005. I Kunto-Effica finns de flesta hjälpmedel registrerade. (Malmska hälso- och sjukvårdsområde 2006: 7, 15.) Så kallade mindre hjälpmedel såsom bestick finns sedan 2008 registrerade i Kunto-Effica. Dessa hjälpmedel antecknas även på ergoterapiutlåtande.

Social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer (Social- och hälsovårdsministeriet 2001) reglerar dokumentationen inom MHSO. Därtill kommer de möjligheter Effica-dataprogrammet ger samt omgivningsmässiga faktorer såsom t.ex. att klienterna på avdelningarna kan skrivas ut tidigare än planerat. Dessa utgör ramarna för de rättigheter och skyldigheter som gäller för ergoterapidokumentation. De kronologiska anteckningarna om förverkligad ergoterapi i ergoterapiutlåtandet är en följd av hur lagar och rekommendationer efterföljs. Primärhälso- och specialsjukvården har gemensamt datasystem och anteckningar görs på samma ergoterapiutlåtande. Studerande får göra anteckningar på ergoterapiblankett med handledarens godkännande. I samband med anteckningen skall både handledarens och den studerandes namn samt ställning framgå.

Varje klient som erhållit åtgärder av ergoterapeut har även en anteckning om detta i ergoterapiutlåtandet. Oriktiga uppgifter i utlåtandet kan rättas, utplånas eller kompletteras av ergoterapeuten innan texten svärtats. Efter att texten svärtats är det chefsläkaren eller huvudanvändare (t.ex. ICT-personal) av Effica-dataprogrammet som kan utföra rättelserna. Klienten kan på begäran erhålla kopia av ergoterapiutlåtandet, vilket även antecknas i samma utlåtande. Kopia av ergoterapiutlåtande kan skickas till andra organisationer med klientens skriftliga tillåtelse. Den skriftliga versionen ifylles i Effica-dataprogrammet, printas ut och undertecknas av klienten. Den undertecknade versionen skickas till arkivet och sparas i pappersjournalen. Den skriftliga versionen hittas i Effica-dataprogrammet.

Verksamhetsenheten MHSO förvarar journalhandlingarna i elektronisk form, dvs. alla ergoterapidokument sparas elektroniskt. Dokument från andra organisationer skannas och sätts in i Effica-dataprogrammet eller arkiveras i pappersjournal. Dessa åtgärder utför arkiveringspersonal. Ibland återkommer även klienter för utvärdering eller andra ergoterapeutiska åtgärder. Med goda dokumentationsrutiner besparas klienten upprepade bedömningsmoment samtidigt som utförliga dokument gagnar det rutinmässiga arbetet, dvs. besparar resurser.

Anteckningar på ergoterapiblanketten blir kronologisk. Den som dokumenterar kan välja att genast svärta texten så att inga ändringar automatiskt skall kunna göras eller vid besparande av dokument välja en funktion som gör att texten vid behov kan omändras 30 dagar, därefter svärts texten. Detta är speciellt tacksamt att använda sig av vid dokumentation av långa texter eftersom man i det dagliga arbetet sällan hinner skriva långa utlåtanden vid ett tillfälle.

## 7.2 Mål med ergoterapidokumentation

Målet med ergoterapidokumentation inom primärhälsovården vid MHSO är att förmedla sakenlig information om förverkligad ergoterapi. Denna målformulering uppkom under utvecklingsarbetets process. Målet har uppnåtts i och med att alla delar av detta utvecklingsarbets process genomgått och jag i samband med detta följer de rutiner jag uppgjort. Nyttan av ergoterapin framgår bäst från utlåtandet ifall man ur texten lätt kan urskilja ergoterapiprocessens början, gång och slut. Enligt Nieminen (2002) är nyttan av ergoterapin oerhört viktig att förmedla men sätten att förverkliga detta på varierar.

Användning av enhetlig dokumentationsstruktur har hos mig tidigare mött på motstånd. Jag har varit rädd för att texten skall bli alltför statisk. Enligt Kommunförbundet (Holma 2008) borde rekommenderad dokumentationsstruktur användas. Efter att jag deltagit i skolning samt sökt litteratur till detta utvecklingsarbete har nyttan framkommit gällande bättre strukturering, begreppsanvändning samt förenhetligande av språket i mina utlåtanden. Med den ökade kunskapen har även min förståelse fördjupats. Stöd för orsak och verkan har hittats i teorin. Ett exempel är användning av tidsresurser. En alltför ytlig dokumentation kan förorsaka mera arbete senare trots att orsaken till den ytliga dokumentationen först och främst varit tidsbrist.

Både struktur och innehåll i ergoterapiutlåtandena behövde utvecklas. Tack vare detta utvecklingsarbete har begreppsanvändningen blivit enhetligare, mera klientcentrerade samt aktivitetsbaserade samtidigt som strukturen bättre klargör ergoterapiprocessen i utlåtandena. För att göra dokumentationsrutinerna kostnadseffektiva, trovärdiga och

effektiva har jag använt mig av tillgänglig evidens och omsatt detta i praktiken. Evidensbaserad ergoterapidokumentation inom MHSO har utvecklats.

### 7.3 Evidensbaserad ergoterapidokumentation

Eftersom målet med ergoterapidokumentation är att förmedla sakenlig information om förverkligad ergoterapi har jag fått tänka till vad som stöder detta mål och hur detta kan uppnås. Evidens har jag samlat från flera olika håll. Jag anser att ergoterapidokumentation vid MHSO kan anses vara evidensbaserad då dokumentationen följer Kommunförbundets och Ergoterapiförbundets rekommendationer samtidigt som klientcentrering samt aktivitetsinriktning framkommer. Därtill förverkligas dokumentationen evidensbaserat när kontexten beaktas. Dokumentationen påverkas av rehabiliteringsenheten samt personalens förståelse för det använda språket, vilket ledde till diskussioner inom organisationen samt gjorde en anpassning av ergoterapiterminologin nödvändig. Samtidigt drog jag nytta av Effica-dataprogrammets möjligheter när det gällde att underlätta dokumentation med stöd av ergoterapiterminologin. Jag har tydliggjort användningen av rekommendationer som styr ergoterapidokumentation genom att använda ergoterapiterminologin, reflektera min egen praktiska kunskap till teorin samt skatta mina egna dokument. Användningen av evidens har styrt mig genom detta utvecklingsarbets process.

För att öka kunskapen om Kommunförbundets och Ergoterapiförbundets rekommendationer var det lärorikt med skolning samt nödvändigt med litteratursökning. Skolningen i Tammerfors 22.2.2008 (Aralinna 2008, Arkela-Kautiainen 2008, Holma 2008, Ikonen 2008) gav mycket information om varför den som dokumenterar bör använda terminologier och vilka förändringar som är på kommande.

Skriftliga anvisningar hänger ihop med lagenliga faktorer och jag har konstaterat att den elektroniska journalföringen inom MHSO strikt följer lagar och rekommendationer utarbetade av Social- och hälsovårdsministeriet. Lagarna och rekommendationerna reflekteras i ergoterapiutlåtandena.

En av källorna jag använt gällande klientcentrerat och aktivitetsbaserat arbetssätt (Townsend 1998) beskriver trenden för tio år sedan då kanske det medicinska språket hade ännu större utrymme i dokumentation jämfört med idag. För tillfället används troligen både det medicinska språket samt ergoterapispråk. För att förenkla förståelsen av informationen

bland övrig personal förekommer ergoterapibegreppen mer och mer i utlåtandena. Den svenska versionen av ITE-självbedömningsblankett (Finlands Kommunförbund 1997) utkom för över tio år sedan, men denna version används ännu idag. Den finska versionen (Holma 2003) har uppdaterats senare. Upprepade opublicerade källor har använts i detta utvecklingsarbete för att spegla aktuella trender gällande elektronisk journalföring.

En viktig aspekt med nyttan av detta utvecklingsarbete är att lyfta fram s.k. tyst och praktisk kunskap om dokumentation samtidigt som teoretiska aspekter beaktas. Tyst kunskap finns i arbete som sker på basen av professionell erfarenhet, intuition samt känsla (Lundgren 2001: 174-175). Detta utvecklingsarbete skulle ha sett annorlunda ut utan 10-årig arbetserfarenhet. Tack vare arbetserfarenhet var det möjligt att reflektera skriftliga anvisningar för ergoterapidokumentation inom MHSO då även kontexten är vardag. Den tysta kunskapen om ergoterapidokumentation inom MHSO finns nu svart på vitt och således tillgänglig för ergoterapistuderande och -vikarier. Tydligt angivna dokumentationsrutiner förmedlar säkerhet och god kvalitet.

Begrepp som används reflekterar ergoterapeutens referensramar (Sames 2005: 21). En utveckling av begrepps användningen i mina utlåtanden var nödvändig för att förmedla klientcentrerat samt aktivitetsbaserat arbetssätt. Därtill stöder ergoterapiterminologin detta fokus´ reflektion i dokumentationen.

Den bästa tillgängliga forskningsevidensen sammanställs med klientens värderingar i ett evidensbaserat arbetssätt (Bennett – Townsend 2006: 7). Resultatet av detta utvecklingsarbete kan anses återspegla evidensbaserat arbetssätt då trender integreras med dokumentationsrutinerna. Kvalitén på dokumentationsrutinerna har förbättrats tack vare att de återfinns skriftligen. Detta uppfyller kvalitetsmålsättningar som kan utläsas från ITE-publikationen (Finlands Kommunförbund 1997: 7, Holma 2003b: 2).



## 8 DISKUSSION

Utmaningar med detta utvecklingsarbete har varit att få information om hur man praktiskt skall gå tillväga när man som ergoterapeut skall skriva utlåtanden. Direktiv och rekommendationer finns men förändringar sker inom många områden gällande detta ämne. Många av rekommendationerna är inte direkt anpassade för ergoterapeuter och även ergoterapiterminologin i sin nuvarande form kan behöva en anpassning för att kunna användas av enskilda ergoterapeuter. Ergoterapiterminologin höjer kvalitén på dokument jag utformar. Eftersom terminologin som dokumentationsinstrument var obekant för mig så kan jag i efterhand konstatera att fortbildning specifikt gällande dess användning väsentligen kunde ha underlättat dess ibruktagande. Utmaningen med ergoterapiterminologin kommer sig av att den i detta nu kan användas både i dokumentations- och statistiksyfte.

För att fördjupa kunskaperna gällande termer och begrepp som används i ergoterapiterminologin var det av största vikt att bekanta sig med tidigare forskning gällande ergoterapidokumentation. Samma utmaningar jag själv ställts inför har även forskningen tagit fasta på. Detta berör t.ex. konsten att kunna uttrycka ergoterapiprocessen så att verkligheten förmedlas korrekt. Forskning kring detta ämne finns att tillgå internationellt men själv skulle jag ha önskat hitta mera forskning nationellt. Den forskningskunskap som fanns att tillgå ringade dock in området jag önskade fördjupa kunskapen om. Begreppen dokumentation, ergoterapiterminologi, klientcentrerat samt aktivitetsbaserat arbetssätt valdes för att begränsa utvecklingsarbetet. Det kostade mig energi innan området var tillräckligt avgränsat och innan jag insåg vilka metoder som kopplade utvecklingsarbetet starkt till arbetsrutinerna och den egna organisationen.

Strävan var från början att få ett arbetsredskap som underlättar det praktiska arbetet. Utformningen av utvecklingsarbetet blev då starkt beroende av kontexten för att få ett redskap som passar som hand i handske just för primärhälsovårdens ergoterapi inom MHSO. Detta ledde också till en granskning av det egna dokumentationssättet för att veta var förändringarna borde göras. Syftet med utvecklingsarbetet var att utveckla ergoterapidokumentationen vid primärhälsovårdens ergoterapi vid MHSO.

Utvecklingsarbetets syfte har uppnåtts och förutsättningarna för detta har funnits från organisationens samt från skolans sida. Begreppen och strukturen i ergoterapiutlåtandena beskriver nu ergoterapiprocessen klientcentrerat och aktivitetsbaserat genom att yrkesspecifikt ergoterapispråk används.

Aktuellt inom ergoterapin just nu är betoningen på klientcentrerat och aktivitetsbaserat arbetssätt och att detta även bör framkomma i dokument. Ergoterapiterminologin utgår från dessa begrepp och känns således modern. Den hjälper ergoterapeuten att framhålla ergoterapiparadigmet. Det är alltid lättare att utföra sitt arbete ifall väsentliga arbetsredskap finns tillgängliga. Andra ergoterapeuter samt studerande har nytta av detta utvecklingsarbete som ger ett redskap för kritisk granskning av egna dokument samt ett förslag på modifikation av ergoterapiterminologin.

Detta utvecklingsarbete belyser ergoterapidokumentationens utmaningar. Det är viktigt att utveckla sina arbetsrutiner och att här förstå sitt eget ansvar. Jag tycker detta gärna kan ske med en nyfikenhet på utmaningar, självreflektion samt en kritisk inställning till det egna arbetssättet. Vikten av att samarbeta med övrig personal, t.ex. ICT-personal, inom organisationen har varit ett måste för att detta utvecklingsarbete skulle lyckas. Dokumentation är just nu ett hett ämne och det gäller att vara öppen för de förändringar som sker på nationell nivå. För att inte missa utvecklingens gång kommer jag även framöver att hålla mig informerad om rekommendationer gällande dokumentation. Inom några år torde ändå klarare direktiv ha utarbetats gällande dokumentation. Standarddirektiv torde då finnas tillgängliga som underlättar ergoterapeuters samt studerandes dokumentation. Då blir även kvalitén jämnare på dokumenten. Information om rekommendationerna på dokumentationen borde även ingå i ergoterapeuternas grundutbildning. Det finns ett behov av utveckling av kunskaperna i att skriva utlåtanden och som bekant så är inget så säkert som att förändringarnas tid är här även gällande detta aktuella ämne.

## KÄLLOR

- Airaksinen, Olavi – Kouri, Jukka-Pekka 2002: I kap. 2 Kivun luokittelu ja arviointi i boken Reumatudit. Leirisalo-Repo, Marjatta – Hämäläinen, Martti – Moilanen, Eeva, 3:e upplagan. Kustannus Oy Duodecim, Kirjapaino Oy West Point. Rauma.
- Arai, Dariush 1999: Statistiska metoder för beteendevetenskap och medicin. Lund, Studentlitteratur..
- Bennett, Sally – Townsend , Liz 2006: Evidence-based Practice in Occupational Therapy: International Initiatives. WFOT Bulletin 53. 6-12.
- Clark, Gloria – Youngstorm, Mary – Brayman, Sara 2003: Guidelines for Documentation of Occupational Therapy (2003). The American Journal of Occupational Therapy 57 (6). 646-649.
- Finlands Kommunförbund 1997: 1:a upplagan. ITE nycklar till kvalitetsledning. En metod för arbetsenheternas självbedömning. Kommunförbundets tryckericentral.
- FINLEX 2007: Lag om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården 9.2.2007/159. <<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070159>> Läst 4.1.2008.
- Holma, Tupu 2003a. 1. painos: Toimintaterapianimikkeistö 2003. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Holma, Tupu 2003b: ITE2 – Opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. ITE-arviointilomake PERUS 2003 Liite 1. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Infovoice 2002. Variabler. Nätdokument. Uppdaterad 5.1.2002. <<http://infovoice.se/fou/bok/10000014.htm>> Läst 26.6.2008.

- Kommunförbundet 2007. Ergoterapiterminologi 2003: 1:a upplagan. Helsingfors: Tryckeriet Kommunernas hus.
- Linnakallio, Outi 2004: Toimintaterapiapalaute Kelan vaikeavammaisten avokuntoutuksessa. Toimintaterapian koulutusohjelma; opinnäytetyö. STADIA Helsingin ammattikorkeakoulu.
- Lundgren, Pierre B. 2001: Occupational Therapy as Documented in Patient's Records – Part 3. Valued but not Documented. Underground Practice in the Context of Professional Written Communication. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2001;8:174-183.
- Lundgren, Pierre B. – Sonn, U 1999: Occupational Therapy as Documented in Patient's Records. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 1999;6:3-10.
- MHSO 2008. Nätdokument.  
<<http://www.mhso.fi/index.php3?use=publisher&id=1557&lang=1>>. Läst 9.3.2008.
- Nieminen, Tarja 2002: Toimintaterapian hyöty ja sen kielelliset vakuuttelun keinot Kelalle toimitetuissa lasten toimintaterapiapalautteissa. Toimintaterapian pro gradu-tutkielma. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta / Terveystieteen laitos: Jyväskylän yliopisto.
- Pedersen, Carolina – Roslund, Sofie 2008: Användning av VAS-skalan, En enkätundersökning bland sjuksköterskor. Examensarbete i omvårdnad, Hälsa och samhälle, Malmö högskola.
- Sames, Karen M: 2005: Documenting Occupational Therapy Practice. New Jersey: Pearson Education Inc.

- Social- och hälsovårdsministeriet 2001: Upprättande av journalhandlingar samt förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård. En guide för hälso- och sjukvårdspersonalen. Nätdokument. Uppdaterad 31.05.2001. <<http://pre20031103.stm.fi/svenska/pao/publikat/personguide/guide.htm>> Läst 27.11.2007.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2004: Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön työryhmämuistioita 2003:38.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2007a: Asiakastietojen käsittely kuntoutusyhteistyössä. Opas kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmille. Helsinki. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä 2007:50.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2007b: Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkyvien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 2.2. Nätdokument. Uppdaterad 31.1.2007. <<http://stm.fi/Resource.phx/vastt/tietoh/ydintiedot.htx.i304.pdf>> Läst 5.3.2008.
- STAKES 2005: ICF toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Jyväskylä, Gummerus Kirjapaino Oy.
- Townsend, Elisabeth 1998: Occupational Therapy Language: Matters of Respect, Accountability and Leadership. Canadian Journal of Occupational Therapy. February 1998. 36-50
- Townsend, Elizabeth (red.) 2002: Enabling Occupation – An occupational Therapy Perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE.

## OPUBLICERADE KÄLLOR

Aralinna, Virpi 2008: Kansallinen suositus fysioterapian ja toimintaterapian sähköisestä dokumentoinnista – kohti yhdenmukaisia toimintatapoja. Nimikkeistöt – työvälineitä rakenteiseen kirjaamiseen. Föreläsning 22.2.2008. Tammerfors, Tamperetalo. Opublicerad källa.

Arkela-Kautiainen, Marja 2008: Intervju 22.2.2008. Tammerfors, Tamperetalo. Opublicerad källa.

Arola, Annikki 2008: Evidence Based Practice. Föreläsning 16.5.2008. Helsingfors, ARCADA. Opublicerad källa

Holma, Tupu 2008. Kansallinen suositus fysioterapian ja toimintaterapian sähköisessä dokumentoinnissa – kohti yhdenmukaisia toimintatapoja. Fysioterapian ja toimintaterapian dokumentointi sähköisessä potilaskertomuksessa. Föreläsning 22.2.2008. Tammerfors, Tamperetalo. Opublicerad källa.

Ikonen, Helena 2008: Hoitotyön dokumentointimallit. Föreläsning 22.2.2008. Fysioterapian ja toimintaterapian dokumentointi sähköisessä potilaskertomuksessa. Tamperetalo, Tampere. Opublicerad källa.

Malmska hälso- och sjukvårdsområde 2006: Verksamhetsberättelse och bokslut 2005. Opublicerad källa.

Malmska hälso- och sjukvårdsområde 2008. Personalrapport 2007. Opublicerad källa.

## BILAGOR

Bilaga 1: Subjektiv värdering av ergoterapiutlåtande

Bilaga 2: Rubrik- och frasförslag



**SUBJEKTIV VÄRDERING AV ERGOTERAPIUTLÅTANDE**

Framkommer följande faktorer i en subjektiv värdering av ergoterapiutlåtande vid primärhälsovården inom MHSO?

Bedömning

framkommer inte \_\_\_\_\_ framkommer

Aktivitetsområden

framkommer inte \_\_\_\_\_ framkommer

Färdigheter och förmågor i aktivitetsutförande

framkommer inte \_\_\_\_\_ framkommer

Klienten i centrum

framkommer inte \_\_\_\_\_ framkommer

Målsättning med ergoterapin

framkommer inte \_\_\_\_\_ framkommer

Planera befrämjande av aktivitetsmöjligheter

framkommer inte \_\_\_\_\_ framkommer

Intervention

framkommer inte \_\_\_\_\_ framkommer

Resultat

framkommer inte \_\_\_\_\_ framkommer

Rekommendationer

framkommer inte \_\_\_\_\_ framkommer

Struktur

framkommer inte \_\_\_\_\_ framkommer

Sammanfattning

framkommer inte \_\_\_\_\_ framkommer





## Bakgrund

### LIVSSITUATION:

### Status / Bedömning

**BEMÄSTRANDET AV AKTIVITETSOMRÅDEN:** personlig ADL, instrumentell ADL, skolgång och studier, arbetsförmåga och utförande av arbete, delaktighet i samhället, fritid, vila

**MÖJLIGHETER ATT KLARA SIG I OMGIVNINGEN:** behov av service, agerandet i livsmiljö, anpassningsbehov i bostad och närmiljö

**FÄRDIGHETER:** motoriska, processfärdigheter, psykiska, sociala

**FÖRMÅGOR I AKTIVITETSUTFÖRANDE:** sensoriska, motoriska, kognitiva, psykiska, sociala

**ANDRA FAKTORER SOM MÖJLIGGÖR AKTIVITETSUTFÖRANDE:** behov av ortos, behov av hjälpmedel

### Plan / Målsättning

#### BEFRÄMJA PATIENTENS AKTIVITETSMÖJLIGHETER:

### Åtgärd

**BEFRÄMJA BEMÄSTRANDET AV AKTIVITETSOMRÅDEN:** personlig ADL, instrumentell ADL, skolgång och studier, arbetsförmåga och utförande av arbete, delaktighet i samhället, fritid, vila

**BEFRÄMJA ATT KLARA SIG I OMGIVNINGEN:** planera och ordna service, befrämja agerande i livsmiljö, planera och uppfölja anpassningar i bostad och närmiljö

**STÄRKA FÄRDIGHETER I AKTIVITETSUTFÖRANDE:** motoriska, processfärdigheter, psykiska, sociala **FÖRBÄTTRA FÖRMÅGOR I AKTIVITETSUTFÖRANDE:** sensoriska, motoriska, kognitiva, psykiska, sociala

**BEFRÄMJA ANDRA FAKTORER SOM MÖJLIGGÖR AKTIVITETSUTFÖRANDE:** tillverkning av ortos / hjälpmedel, utprovning och överlåtelse av ortos / hjälpmedel, undervisning och uppföljning av ortos- / hjälpmedelsanvändning

**SAMARBETE MED PATIENTEN, HANS ANHÖRIGA OCH NÄTVERK:**

### Utvärdering

**SAMMANFATTNING AV FAKTORER SOM BEFRÄMJAR PATIENTENS AKTIVITETSMÖJLIGHETER:**

**GE RÅD OCH HANDLEDA GÄLLANDE AKTIVITETSMÖJLIGHETER:**