



Viðmiðunarreglur sjúkráþjálfara um lágmarksskráningu og meðferð gagna



Inngangur

Störf sjúkráþjálfara eru fagleg og byggð á breiðum vísindalegum grunni. Góð og markviss sjúkraskráning er grunnforsenda að árangri og gæðum í starfi allra sjúkráþjálfara. Miklar framfarir hafa orðið við rafræna skráningu sjúkraskráa og nauðsynlegt að uppfæra viðmiðunarreglur skráningar félagsins með hliðsjón af þeim breytingum og nýjum viðmiðunarreglum alþjóðasambands sjúkráþjálfara. Með nýju skráningarkerfi sjúkratrygginga Íslands, Gagna, sem tekið var formlega í notkun árið 2017 varð sjúkraskráning sjálfstætt starfandi sjúkráþjálfara samræmd, stafræn og aðgengilegri en nokkru sinni fyrr. Sjúkráþjálfarar hjá hinu opinbera skrá rafrænt í Sögukerfið sem er rafræn sjúkraskrá á landsvísu.

Lagaleg og siðferðileg skylda til sjúkraskráningar

Sjúkráþjálfurum ber lagaleg og siðferðileg skylda að sinna sjúkraskráningu skjólstæðinga sinna. Við færslu og varðveislu sjúkraskráa og aðgang að þeim skal mannhelgi og sjálfsákvörðunarréttur sjúklinga virtur, þess gætt að sjúkraskrár hafa að geyma viðkvæmar persónuupplýsingar og að upplýsingar úr sjúkraskráum eru trúnaðarmál. Sjúkraskráning skal vera rafræn að því marki sem unnt er. Upplýsingar í sjúkraskráum skulu færðar jafnóðum eða að jafnaði innan tuttugu og fjögurra stunda frá þeim tíma er þeirra var aflað.

Markmið sjúkraskráningar:

- Að auka innri gæði og fagleg vinnubrögð og tryggja með því betri meðferð
- Að auðvelda mat á árangri meðferðar
- Að hægt sé að ganga að ákveðnum grunnupplýsingum í skýrslum sjúkráþjálfara
- Að skapa traustan grunn til kannana og rannsókna
- Að bæta samvinnu, auka upplýsingaflæði og vinna að gagnkvæmu trausti milli skjólstæðinga, sjúkráþjálfara og annars heilbrigðisstarfsfólks
- Að styrkja lagalega stöðu skjólstæðings og sjúkráþjálfara

- Að auka skilning á störfum sjúkraþjálfara með því að gera vinnubrögð, greiningu og meðferð sjúkraþjálfara sýnilegri
- Uppfylla lagalega skyldu heilbrigðisstarfsmanna skv. lögum um sjúkraskrár 55/2009

Viðmiðunarrámi í einstaklingsmeðferð

Í sjúkraskráningu felast allar upplýsingar tengdar meðhöndlun einstaklings, þ.á.m. skrifaðar skýrslur, tölvuskjöl, hljóðskjöl, tölvupóstar, símbréf, myndbandskeið, ljósmyndir o.s.frv. Neðangreint er rámi með þeim upplýsingum sem fagnefnd telur nauðsynlegt að komi fram í sjúkraskráningu sjúkraþjálfara. Mikilvægt er að sjúkraþjálfarar skrifi skoðunarskýrslu, dagnótur eftir hverja meðferð og lokaskýrslu við útskrift. Skjólstæðingur og/eða forsjáaðili skjólstæðings hefur aðgengisrétt að sínum sjúkraskrárgögnum.

Skráningaratriði í skýrslu

Grunngögn sjúklings: Nafn, kennitala, kyn, heimilisfang, sími, starf, fjölskylduhagur og nánasti aðstandandi.

Nafn sjúkraþjálfara og vinnustaður

Tilvísandi læknir og greining skv. ICD 10 flokkunarkerfinu

Heimilislæknir

Viðkvæmar upplýsingar: Í vissum tilfellum getur reynst nauðsynlegt að merkja sjúkraskráningu sem sérstaklega viðkvæma.

Saga: Núverandi ástand/ástæða komu. Vandamál að mati sjúklings. Heilsufarssaga, félagssaga, saga núverandi einkenna, ættarsaga tengdra vandamála, fyrri meðferðir hjá sjúkraþjálfara vegna núverandi ástands og árangur. Rannsóknir, aðgerðir, lyf og hjálpartæki. Upphaf og mynstur einkenna, væntingar og markmið meðferðar. Hreyfing og tómsundur. Aðvaranir á borð við ofnæmi og annað er skiptir máli við meðferð.

Skoðun: Athugun; útlit, hvernig hreyfir viðkomandi sig, líkamsstaða og líkamsbygging, prófun; s.s. sértæk próf, færni, spurningalistar, mælingar og þreifing.

Greining sjúkraþjálfara/niðurstaða skoðunar: Röktudd greining út frá niðurstöðum sögu og skoðunar. ICF flokkunarkerfið notað til hliðsjónar þar sem við á en æskilegt er að viðkomandi hafi þekkingu á flokkunarkerfinu.

Markmið og meðferðaráætlun: Mælanleg, raunhæf, tímasett markmið sett fram í samráði við sjúkling og meðferðaráætlun til skemmri og/eða lengri tíma eftir því sem við á.

Meðferð: Hvaða meðferðarformum er beitt. Æskilegt er að skrá allan þann tíma sem fer í vinnu tengda viðkomandi skjólstæðingi, þ.m.t. meðferð, skráning, símtöl, bréfaskriftir, fundir o.fl.

Skráningaratriði í dagnótu

Skrá ástand sjúklings við komu og líðan í kjölfar síðustu meðferðar. Aukaverkanir vegna meðferða. Skrá tegund meðferðarforms sem notast er við, stillingar rafmagnstækja, tímalengd og annað sem skiptir máli við meðferð. Ástundun sjúklingsins, mæting, viðhorf til bata o.s.frv.

Skráningaratriði í lokaskýrslu

Árangur og ástand viðkomandi skráð, lokaskoðun, ráðleggingar, úrræði og greint frá hjálpartækjum viðkomandi. Er sjúklingur útskrifaður þar sem; markmiðum er náð, óraunhæft er að sjúklingur nái frekari bata eða útskrifar sjúklingur sig sjálfur.

Önnur skráning sjúkráþjálfara

Sjúkráþjálfarar sinna gjarnan forvörnum, vinnuvistfræði og annarri ráðgjöf. Mat á aðstæðum, niðurstaða, ráðgjöf og aðgerðir er meðal þess sem ætti að skrásetja við slík störf.

Varðveisla og förgun gagna

Ábyrgðaraðili sjúkraskráa ber ábyrgð á því að varðveisla sjúkraskráa sé í samræmi við íslensk lög varðandi persónuvernd og sjúkraskráningu. Óheimilt er að eyða sjúkraskrá og upplýsingum úr sjúkraskrá nema með samþykki landlæknis. Ákvarðanir landlæknis um leiðréttingu eða eyðingu upplýsinga úr sjúkraskrá eru kærnanlegar til ráðherra.

5. febrúar 2019

Fagnefnd FS

Ásdís Magnúsdóttir

Birna Ósk Aradóttir

Fjóla Dröfn Guðmundsdóttir

Hildur Sólveig Sigurðardóttir

Heimildir

1. Fagnefnd FÍSP. (1999). Viðmiðunarreglur um lágmarksskráningu í sjúkráþjálfun.
2. Lög um sjúkraskrár 55/2009.
3. Reglugerð um sjúkraskrár 550/2015.
4. World Confederation for Physical Therapy. (2008). WCPT guideline for physical therapy records management: record keeping, storage, retrieval and disposal. Sótt 5.febrúar 2019 af:
https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_records_management_complete.pdf