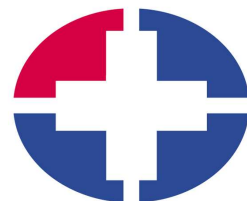


Stefna Landspítala í skráningu hjúkrunar



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

September 2012

Starfshópur um endurskoðun stefnu í skráningu hjúkrunar

Anna María Þórðardóttir
Ásta St. Thoroddsen, formaður
Ásthildur Guðjohnsen
Hanna Kristín Guðjónsdóttir
Ingibjörg Guðmundsdóttir
Sólveig Haraldsdóttir

Efnisyfirlit

Hjúkrunarskráning á Landspítala	3
Meginmarkmið	3
Framtíðarsýn hjúkrunarskráningar.....	3
Skilgreiningar	4
Stefna Landspítala í skráningu hjúkrunar.....	5
Upplýsingaskrá sjúklings	5
Hjúkrunaráætlun: hjúkrunargreiningar og -meðferð.....	5
Mat á árangri meðferðar og framvinda	6
Útskriftaráætlun	6
Samantekt við útskrift.....	6
Hjúkrunarbréf	7
Önnur skráning	7
Lágmarksskráning leguupplýsinga	7
Aðgerðaáætlun árið 2012	Error! Bookmark not defined.

Framkvæmdastjóri hjúkrunar á Landspítala (LSH) skipaði starfshóp í júní 2011 til að endurskoða stefnu í skráningu hjúkrunar á LSH frá árinu 2008. Hópin skipuðu: Ásta St. Thoroddsen, formaður hópsins, Anna María Þórðardóttir, Ásthildur Guðjohnsen, Hanna Kristín Guðjónsdóttir, Ingibjörg Guðmundsdóttir og Sólveig Haraldsdóttir.

Stefnan á við um allar deildir á LSH. Vegna mismunandi starfsemi og eðli þjónustu á deildum eiga atriði í stefnunni misvel við, sérstaklega á göngudeildum. Um þetta er fjallað nánar á bls. 7.

Hjúkrunarskráning á Landspítala

Skráning í sjúkraskrá er mikilvægur þáttur í hjúkrun sérhvers sjúklings sem þiggur þjónustu á LSH. Hjúkrunarferlið, sem er hluti af sjúkraskrá sjúklings, er notað til að skipuleggja daglega hjúkrun og skráningu um sjúklinga, ástand þeirra og meðferð. Hjúkrunarferlið felur í sér upplýsingar um sjúkling og fjölskyldu hans sem nauðsynlegar eru fyrir greiningu hjúkrunarvandamála, áætlun um hjúkrunarmeðferð, veitta hjúkrunarmeðferð, framvindu og mat á árangri og útskriftaráætlun. Sjúkraskráin er rafræn og þannig aðgengileg hjúkrunarfræðingum, ljósmæðrum, sjúkraliðum og öðrum þeim er annast sjúklinga og hafa til þess rétt samkvæmt aðgangsreglum LSH. Við skráningu skal stefna LSH, sýn og stefna hjúkrunar og stefna LSH í skráningu hjúkrunar höfð að leiðarljósi, sem og viðeigandi lög og reglugerðir og siðareglur hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra.

Meginmarkmið hjúkrunarskráningar er að tryggja öryggi sjúklings, skapa grundvöll til að meta faglega ábyrgð, gæði, kostnað og ávinning þeirrar hjúkrunar sem veitt er. Markmið hjúkrunarskráningar á LSH er:

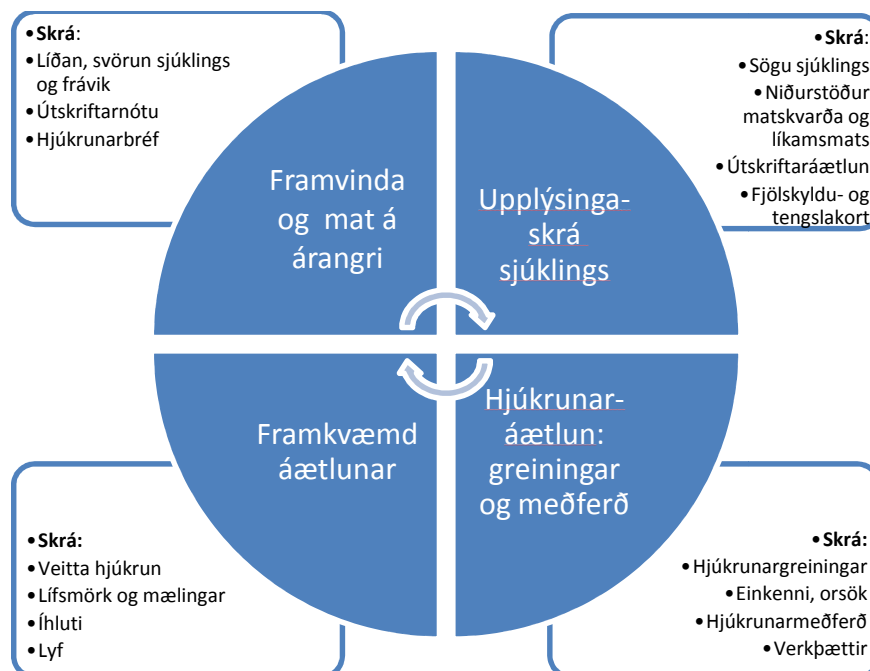
- Að veita yfirsýn yfir sögu, ástand, greiningu, meðferð og framvindu sjúklings.
- Að skráð gögn séu nákvæm, endurspegli raunverulegt ástand sjúklings, veitta meðferð og styðji við klíniska ákvarðanatöku í hjúkrun.
- Að skapa samfellu í hjúkrunarmeðferð með markvissri miðlun upplýsinga milli heilbrigðisstétta og sjúklings.
- Að skráning sé skipulögð, samræmd, sýni ábyrgðarskyldu hjúkrunarfræðinga, beitingu fagþekkingar og beri vott um að meðferð sjúklings byggji á gagnreyndri þekkingu eða bestu þekkingu sem völ er á (s.s. klínískum leiðbeiningum, samþykktum verkferlum, verklagsreglum og vinnuleiðbeiningum á LSH).
- Að skapa grunn fyrir kostnaðargreiningu, mat á árangri hjúkrunar, kennslu, rannsóknir í hjúkrun og stjórnunarupplýsingar.
- Að í skráðum gögnum endurspeglir umhyggja, fagmennska, öryggi og framþróun.

Framtíðarsýn hjúkrunarskráningar

- Að hjúkrunarskráning veiti heildaryfirsýn yfir ástand, meðferð og árangur hjúkrunar fyrir sjúklinga, þar sem nákvæmni og áreiðanleiki eru höfð að leiðarljósi, skráningin er samræmd, þverfagleg, rafræn og styður við klíniska ákvarðanatöku.
- Að sjúklingar hafi aðgang að eigin heilbrigðisupplýsingum og þjónustu hvar og hvenær sem þörf er á til aukinnar sjálfshjálpar og þátttöku í heilsuefningu og eigin meðferð.
- Að skráð gögn úr hjúkrun verði vistuð á varanlegan, viðurkenndan og staðlaðan hátt og að tengsl milli gagnabátta haldist í gagnagrunni.
- Að gögn úr hjúkrun verði nýtt til kostnaðargreiningar, gæðaeftirlits, rannsókna og stjórnunarupplýsinga.

Skilgreiningar

- Hjúkrunarferli er hugsana- og vinnuferli sem felur í sér upplýsingar um sjúkling og fjölskyldu hans sem nauðsynlegar eru fyrir greiningu hjúkrunarvandamála, áætlun um hjúkrunarmeðferð, veitta hjúkrunarmeðferð, framvindu og mat á árangri.
- Upplýsingaskrá sjúklings er skrá sem felur í sér upplýsingar um ástand og heilsu sjúklings samkvæmt heilsufarslyklum. Upplýsingarnar byggja á viðtali við sjúkling og/eða fjölskyldu hans, skoðun og kerfisbundnu mati.
- Hjúkrunargreining lýsir hjúkrunarvandamáli sem byggir á upplýsingum, einkennum, áhættuþáttum og hlutlægum mælingum.
- Hjúkrunarmeðferð er áætlun um meðferð sjúklings byggð á hjúkrunargreiningum og markmiðum.
- Framvinda lýsir svörun sjúklings við veittri meðferð, líðan hans og breytingu á ástandi sem tengist ákveðnu hjúkrunarvandamáli. Forsenda fyrir skráningu á framvindu er greining hjúkrunarvandamáls.



Mynd 1. Hjúkrunarferli sjúklings frá innskrift til útskriftar

Stefna Landspítala í skráningu hjúkrunar

Upplýsingaskrá sjúklings		
Skrá skal...	Hvar?	Tímarammi
... upplýsingar um tilefni og ástand við komu	Í upplýsingaskrá	Skráð innan 1 klst. frá komu sjúklings
... upplýsingar og mat á nú- og fyrrverandi ástandi sjúklings sem nauðsynlegt er til að lækni- og hjúkrunarfræðileg meðferð geti hafist	Í upplýsingaskrá	Skráð innan 4 klst. frá komu sjúklings
... upplýsingar um ástand sjúklings og líkamlega, sálræna, félagslega, menningarlega og trúarlega þætti sjúklings, sem máli skipta fyrir hjúkrun sjúklings með því að nota heilsufarslykla að jafnaði til að flokka, skipuleggja og skrá upplýsingar	Í upplýsingaskrá	Skráð innan 8 klst. frá komu sjúklings og stöðugt meðan sjúklingur nýtur þjónustu LSH
... svör við lykilsurningum fjölskylduhjúkrunar	Í upplýsingaskrá	Skráð innan 8 klst.
... fjölskyldu- og tengslakort sjúklings	Í fjölskyldutré	Skráð innan 8 klst.
Hjúkrunaráætlun: hjúkrunargreiningar og -meðferð		
Skrá skal...	Hvar?	Tímarammi
... hjúkrunargreiningar sem endurspeglar ástand sjúklings og þarfir hverju sinni.	Í hjúkrunaráætlun	Bráð hjúkrunarvandamál skráð innan 4 klst. frá komu, önnur innan 8 klst., endurmeta á hverri vakt og oftast ef þörf krefur
... einkenni og áhættuþætti sem sjúklingur hefur og líklega orsakþætti fyrir hjúkrunarvandamáli	Í hjúkrunaráætlun	Þegar greining er sett eða breyting á ástandi sjúklings verður eða þarfir hans breytast
... þegar hjúkrunarvandamál breytist eða er ekki lengur til staðar og þá skal ljúka hjúkrunargreiningu	Í hjúkrunaráætlun	Um leið og breyting á ástandi sjúklings verður eða þarfir hans breytast
... raunhæfa áætlun um hjúkrunarmeðferð með viðeigandi verkþáttum við hjúkrunarmeðferð	Í hjúkrunaráætlun	Meðferð við bráðum hjúkrunarvandamálum skráð innan 4 klst. frá komu, önnur hjúkrunarmeðferð innan 8 klst., endurmeta daglega
... alla veitta hjúkrunarmeðferð og framkvæmd einstakra verkþátta	Í hjúkrunaráætlun	
... þegar hjúkrunarmeðferð er lokið á deild, við flutning eða útskrift sjúklings af deild	Í hjúkrunaráætlun	Í rauntíma
... hjúkrunargreiningar og -meðferð á staðlaðan hátt samkvæmt því flokkunarkerfi sem Embætti landlæknis mælir fyrir um	Í hjúkrunaráætlun	Í rauntíma

... hjúkrunarvandamál sem tengjast sjúklingi og fjölskyldu hans <u>út frá þeim einstaklingi sem á sjúkraskrána og þiggur þjónustu spítalans</u>	Í hjúkrunaráætlun	Í rauntíma
... sérhæfða framkvæmd, eftirlit og mat skv. reglum deildar eða stofnunar	Í viðeigandi gátlista, matsblöð og flæðirit	Í rauntíma
... lífsmörk og aðrar mælingar sem framkvæmdar eru hjá sjúklingi	Í lífsmarkaskrá	Í rauntíma
... íhlut sem settur er í sjúkling, skipt er um eða fjarlægður	Í íhlutaskrá	Í rauntíma
... eftirlit og umhirðu vegna íhlutar í áætlun um hjúkrunarmeðferð	Í hjúkrunaráætlun	Í rauntíma
... lyf sem hjúkrunarfræðingur gefur sjúklingi	Í lyfjaumsýslu-kerfi	Í rauntíma
... nauðsynlegt eftirlit og meðferð vegna lyfja sjúklings	Í hjúkrunaráætlun	Í rauntíma
... þegar fyrirmæli læknis hafa verið tekin upp, framkvæmd eða sett í hjúkrunaráætlun, ef við á	Í fyrirmæli læknis Í hjúkrunaráætlun	Í rauntíma
Mat á árangri meðferðar og framvinda		
Skrá skal...	Hvar?	Tímarammi
... framvindu sem lýsir líðan og svörun sjúklings við veittri meðferð og allri framvindu	Í framvindunótu	Í rauntíma
... upplýsingar um frávik sem þarf að miðla og krefjast viðbragða í framvindu	Í framvindunótu	Í rauntíma
Útskriftaráætlun		
Skrá skal...	Hvar?	Tímarammi
... áætlaðan útskriftardag í samráði við aðra meðferðaraðila	Í útskriftaráætlun	Innan 4 klst. frá komu
... drög að útskriftaráætlun	Í útskriftaráætlun	Innan 8 klst. frá komu eða um leið og upplýsingar liggja fyrir
... endanlega útskriftaráætlun	Í útskriftaráætlun	Þegar bráðaástandi eða virkri meðferð er lokið
Samantekt við útskrift		
Skrá skal...	Hvar?	Tímarammi
... útskriftarnótu sem inniheldur: <ul style="list-style-type: none"> • Ástæðu innlagnar eða komu • Ástand sjúklings við útskrift 	Í samantekt við útskrift (á eftir að útfæra)	Við útskrift eða flutning milli deilda eða stofnana

<ul style="list-style-type: none"> • Mat á árangri • Virkar hjúkrunargreiningar við útskrift • Tillögur að áframhaldandi hjúkrunarmeðferð • Leiðbeiningar sem sjúklingur fékk 		
Hjúkrunarbréf		
Skrá skal...	Hvar?	Tímarammi
... hjúkrunarbréf sem inniheldur: <ul style="list-style-type: none"> • Ástæðu innlagnar eða komu • Helstu hjúkrunargreiningar • Helstu hjúkrunarmeðferð sem veitt var • Mat á árangri • Ástand sjúklings við útskrift • Virkar hjúkrunargreiningar við útskrift • Tillögur að áframhaldandi hjúkrunarmeðferð 	Í hjúkrunarbréf	Fyrir útskrift
Önnur skráning		
Skrá skal...	Hvar?	Tímarammi
... beiðni um hjúkrunarráðgjöf ... niðurstöður ráðgjafar eða samráðskvaðningar	Í viðeigandi beiðni Í viðeigandi eyðublað	Í rauntíma Að lokinni ráðgjöf eða samráði
... tímabókanir sem ekki varpast sjálfkrafa inn í dagbók þegar við á	Í dagbók sjúklings	
Lágmarksskráning leguupplýsinga		
Skrá skal...	Hvar?	Tímarammi
... við komu á deild: <ul style="list-style-type: none"> • Persónuupplýsingar (auðkenni sjúklings) • Aðstandendur • Ofnæmi • Komutíma • Ábyrgan hjúkrunarfræðing sjúklings • Ábyrgan lækni sjúklings • Lífsmörk 	Í lotu	Við stofnun nýrrar lotu skal uppfæra upplýsingar innan 1 klst. frá komu en einnig reglulega við endurteknar komur innan lotu

Í undantekningatilvikum er starfsemi á deild þess eðlis að atriði í stefnunni hér að ofan eiga ekki við. Dæmi um slíkt er t.d. göngudeild og einstaka dagdeild, þar sem þjónustan tekur stuttan tíma, er verkþæfð og/eða sjúklingar koma að jafnaði bara einu sinni. Í þeim tilvikum á hefðbundin hjúkrunaráætlun ekki við. Á slíkum deildum er val um að nota hjúkrunargreiningar og -áætlun. Alltaf skal þó að lágmarki skrá upplýsingar og einkenni sjúklings vegna komunnar, alla veitta meðferð (þar á meðal lífsmörk, mælingar, íhluti, lyf), framvindu og mat á árangri.

Fyrir innlögn

TÍMARAMMI HJÚKRUNARSKRÁNINGAR Í LEGU SJÚKLINGS

Útskrift

Fyrri koma, saga sjúklings	Legu- og bráðaupplýsingar Almennir og klínískir þættir				
Skráning sjúklings sjálfs	Upplýsingaskrá sjúklings Upplýsingar um tilefni og ástand sjúklings við komu. Líkamsmat	Upplýsingaskrá sjúklings Heilbrigðisástand sjúklings. Líkamsmat	Upplýsingaskrá sjúklings Heilbrigðisástand sjúklings. Líkamsmat	Upplýsingaskrá sjúklings Heilbrigðisástand sjúklings. Líkamsmat	
	Útskriftaráætlun Áætlaður útskriftardagur	Útskriftaráætlun, Drög	Útskriftaráætlun, Endurskoðuð	Útskriftaráætlun Endanleg	Útskriftaráætlun Lokið
	Hjúkrunargreiningar Bráðar greiningar Einkenni, áhættuþættir,	Hjúkrunargreiningar Bráðar greiningar Einkenni, áhættuþættir, Orsakapættir	Hjúkrunargreiningar Endurmat greininga Einkenni, áhættuþættir, Orsakapættir	Hjúkrunargreiningar Endurmat greininga Einkenni, áhættuþættir, Orsakapættir	Endurmat greininga
	Hjúkrunaráætlun Drög	Hjúkrunaráætlun Fullgerð að mestu	Hjúkrunaráætlun Fullgerð og endurmetin	Hjúkrunaráætlun Skráð og endurmetin	Hjúkrunaráætlun Endurmetin
	Veitt hjúkrunarmeðferð	Veitt hjúkrunarmeðferð	Veitt hjúkrunarmeðferð	Veitt hjúkrunarmeðferð	
	Skráning íhluta, lífsmarka, mælinga og lyfja í rauntíma meðan á þjónustu stendur				
	Skráning framvindu í rauntíma meðan á þjónustu stendur				
		Mat á útkomu	Mat á útkomu	Mat á útkomu	Mat á útkomu
					Samantekt við útskrift
					Hjúkrunarbréf

Útskrift

Fyrir innlögn

Fyrsta 1 klst.

Innan 4 klst.

Innan 8 klst

Innan 24 klst.

Við útskrift

Útskrift

