

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

ORIGINAL ARTIKEL

Implementering af kliniske retningslinjer i praksis på Århus Universitetshospital, Skejby

Inge Pia Christensen, Oversygeplejerske MPM, Børneafdeling A, Århus Universitetshospital Skejby og formand for hospitalets dokumentationsråd.

(Kildeangivelse ved citat: Christensen IP. Implementering af kliniske retningslinjer i praksis på Århus Universitetshospital, Skejby. CFKR. 2009;2(3):1-6.)

I de senere år har der i sundhedsvæsenet været en kraftig fokusering på udarbejdelse af kliniske retningslinjer med henblik på anvendelse af bedste evidens i forebyggelse af sygdom samt i behandling og pleje af patienter. Man kan sige, at en klinisk retningslinje ikke er implementeret før den, udover at være tilgængelig for personalet, også er dokumenteret anvendt i praksis.

På Århus Universitetshospital, Skejby har vi i den sygeplejefaglige ledergruppen anerkendt denne udfordring og derfor udformet flere strategier, der skal understøtte implementering af kliniske retningslinjer. Vi har således forsøgt at tilpasse teoretiske overvejelser om implementering i vores lokale kontekst.

Det er disse strategier jeg vil beskrive i denne artikel. Strategierne kan findes hjemmesiden for Center for kliniske Retningslinjer/erfaringsudveksling.

Strategi og handleplan for dokumentation af sygeplejen

Strategi- og handleplan for dokumentation af sygeplejen på Århus Universitetshospital Skejby er et led i kvalitetsudvikling af sygeplejen med det formål at opnå den bedst mulige kvalitet i de sundhedsfaglige ydelser, herunder kontinuitet og sikkerhed i forbindelse med den sygepleje, der udføres.

Nedenstående er udvalgte områder i Skejby's strategi, der retter sig mod formålet med udarbejdelse og implementering af kliniske retningslinjer.

Strategiens fokusområder

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

ORIGINAL ARTIKEL

Dokumentation af sygepleje relaterer sig til flere fokusområder i hospitalets overordnede strategi:

- den bedste kvalitet i de sundhedsfaglige ydelser
- dokumenteret høj faglig kvalitet
- opdaterede kliniske retningslinjer og procedurer

Krav til sygeplejen

På Skejby har den sygeplejefaglige ledergruppe besluttet, at sygeplejersker skal:

- arbejde med evidensbaseret sygeplejepraksis
- have et standardiseret og struktureret sprog i dokumentation med henblik på at skabe stringens i dokumentationsformen
- arbejde ud fra systematiserede og strukturerede data, så data kan genkendes, genfindes og genbruges
- dokumentere sygepleje, så dokumentationen lever op til de mindstekrav, der er beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning
- kunne gennemføre kontinuerlig kvalitetsudvikling og forskning på baggrund af den sygeplejefaglige dokumentation

Evidensbaseret sygeplejepraksis

Dokumentation af sygepleje skal afspejle, at sygepleje på Skejby ydes på et velbegrunderet og dokumenteret grundlag. Evidensbaseret praksis indebærer, at det kliniske beslutningsgrundlag udformes på baggrund af (3, 4):

- klinisk erfaring
- patientens præferencer
- tilstedeværende ressourcer og kompetencer
- forskningsbaseret evidens

Evidensbaseret praksis dokumenteres bl.a. i kliniske retningslinjer som omsættes i fortrykte plejeplaner og tjeklister. Dette betyder, at udvikling og implementering af evidensbaserede kliniske retningslinjer er et fortsat indsatsområde, og hvor det er

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

ORIGINAL ARTIKEL

relevant at udarbejde tilhørende plejeplaner og tjeklister. Når en klinisk retningslinje godkendes i Center for Kliniske Retningslinjer (6), skal den implementeres og anvendes i sygeplejen på Skejby, og der skal gennemføres kvalitetsmålinger ud fra fastsatte indikatorer og standarder som led i en faglig udvikling og udvikling af klinisk praksis. Kun da finder vi ud af, om patienterne får gavn af den viden, der genereres.

Ledelse og organisering

På Skejby er dokumentationsarbejdet organiseret i:

- Et **dokumentationsråd**, med repræsentant fra hver afdeling, 2 oversygeplejersker (èn er formand), 2 afdelingssygeplejersker, 4 dokumentationsnøglepersoner, 1 sundhedsfaglig konsulent og 6 uddannelsesansvarlige sygeplejersker. Rådet udarbejder den overordnede strategi- og handleplan, afholder undervisning og temadage på hospitalsniveau, udarbejder kommunikationsstrategi, er repræsenteret i Det Regionale Dokumentationsråd samt Regionalt råd for elektronisk patientjournal (EPJ-råd).
- En **styregruppe** for dokumentationsrådet, hvor overordnede ledelsesmæssige beslutninger, spørgsmål fra og til dokumentationsrådet, træffes og nationalt repræsentantskab afklares. Består af chefsygeplejersken, formand for dokumentationsrådet og en sundhedsfaglig konsulent fra Kvalitetsenheden i Administrationen.
- En **plejeplansgruppe**, der fungerer som arbejdsgruppe for dokumentationsrådet og support til nøglepersonerne i de lokale dokumentationsudvalg. Består af 1 sundhedsfaglig konsulent, 2 afdelingssygeplejersker og 2 uddannelsesansvarlige sygeplejersker.
- Ni **dokumentationsudvalg** – ét udvalg for hver afdeling repræsenteret med x-antal nøglepersoner, alle afdelingssygeplejersker, en uddannelsesansvarlig sygeplejerske, evt. forskningsassistent og oversygeplejersken (formand).

Alle afdelinger har udvalgt ressource- eller nøglepersoner, der fungerer som en slags eksperter på dokumentation i afdelingen inden for specifikke områder. Hvert udvalg udarbejder en lokal strategi og handleplan, der afspejler lokale indsatser samt plan for monitorering, herunder auditering og evaluering. Disse personers præcise rolle i

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

ORIGINAL ARTIKEL

implementeringen, deres fokus og engagement for faglig udvikling er vigtigt for implementeringen af de nye tiltag i strategien.

Et eksempel på lokal strategi og handleplan indenfor auditering:

Handleplan	Ansvar	Tidsplan
Hvordan skal det gøres?	Hvem skal gøre hvad?	Hvornår skal det gøres?
Hele dokumentationsudvalget afholder fælles temadag, hvor hvert afsnit auditerer 3 journaler i ½ dag, resten af dagen bruges til fælles erfaringsopsamling og revision af indsatsområder i henholdsvis hele afdelingen og i hvert afsnit.	Afdelingssygeplejerske, nøgleperson(er) og min. 1 klinisk sygeplejerske auditerer på 3 repræsentative udvalgte sygeplejehandlinger, indsamlet af nøglepersonen. Deltagerne melder tilbage til eget afsnit på et personalemøde inkl. videre handleplan.	Den 16.11.2009 og derefter 1 x årligt i november måned 2010 og 2011.

Systematisk udvikling og anvendelse af kliniske retningslinjer

Udarbejdelse af en klinisk retningslinje er beskrevet i "Strategi for kliniske retningslinjer, Århus Universitetshospital Skejby" (5). Den tager afsæt i en klinisk sygeplejefaglig problemstilling og udarbejdes i samspillet mellem kliniske sygeplejersker og sygeplejersker med en metodemæssig baggrund enten på afdelingsniveau eller på tværs af hospitalet.

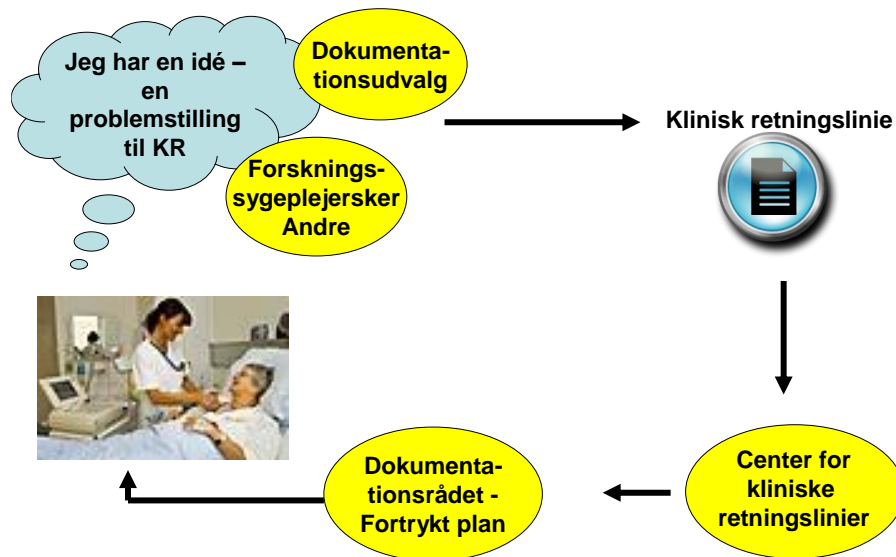
En godkendt klinisk retningslinje, publiceret via Center for Kliniske Retningslinjer, skal implementeres og omsættes i en fortrykt plejeplan eller tjekliste. På Skejby udarbejdes minimum en klinisk retningslinje pr. år, som sendes til godkendelse i Center for Kliniske Retningslinjer.

Udviklingsprocessen af kliniske retningslinjer

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

ORIGINAL ARTIKEL

Kvalitetsudvikling starter og slutter i klinisk praksis. Det gælder også kliniske retningslinier. Proces fra idé om udarbejdelse af en klinisk retningslinie til integrering i praksis fremgår af figur 1.



Figur 1: Den kliniske retningslinies udviklingsvej på Skejby

Fra færdig klinisk retningslinje til implementering i klinisk praksis.

En klinisk retningslinje skal som hovedregel altid følges af en fortrykt plejeplan. Anvendelse af den kliniske retningslinje kan understøttes i en faglig instruks eller tjekliste. Dette kan være særligt relevant i dokumentationen af korte kontakter. Plejeplanen udarbejdes af det lokale dokumentationsudvalg, sendes til godkendelse på opbygning og formulering i den centrale plejeplansgruppe og tages herefter i anvendelse i de(t) pågældende afsnit. Dokumentationsudvalget udarbejder plan for auditering af plejeplanen efter en central skabelon evt. suppleret af lokale spørgsmål efter det første ½ år efter ibrugtagning og herefter en gang /årligt. Resultat af audit og evt. revision af lokal strategi og handleplan fremlægges på personalemøder og lægges i e-dok (regionens dokumentstyringssystem).

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

ORIGINAL ARTIKEL

Én gang årligt samles og drøftes auditresultaterne for hele hospitalet på en temadag for dokumentationsrådet med henblik på justering af den overordnede strategi samt vurdering af behov for undervisning og work-shops.

Litteratur:

1. Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard, 2001.
2. AGREE. Vurdering af kliniske vejledninger. AGREE-instrumentet. The AGREE Collaboration, september 2001 www.agreecollaboration.org
3. Sackett D. Evidence-Based Medicine: What it is and what it is'nt? BMJ 1996; 312:71-2.
4. Eriksson K. m.fl. Den trojanske hest - Evidensbasering og sygepleje ISBN 87-12-03773-7. 1.udgave, 1.oplag 2002.
5. Vibeke Krøll, godkendt af styregruppen for Dokumentationsrådet: " Strategi for kliniske retningslinjer, Århus Universitetshospital Skejby", januar 2008.
6. Center for Kliniske Retningslinjer - Nationalt Clearing House for sygepleje 2008: <http://kliniskeretningslinjer.dk>