

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

ORIGINAL ARTIKEL

Fra klinisk retningslinje til daglig dokumentation

Liselotte Brahe udviklings - og uddannelsesansvarlig sygeplejerske MKS. Hjerte-Lunge - Karkirurgisk Afdeling T, Jeanette Finderup udviklings - og uddannelsesansvarlig sygeplejerske MHR. Nyremedicinsk Afdeling C, Århus Universitetshospital, Skejby.

(Ved henvisning til denne artikel: Brahe L, Finderup J. Fra klinisk retningslinje til daglig dokumentation. CFKR. 2009;2(4):1-4)

Hvem har ikke hørt den med, at kliniske retningslinjer kun er for teoretikere og langt fra praktikerens virkelighed, hvor dokumentation tager tid, som man gerne vil bruge hos patienterne i stedet. Som hinandens forudsætninger bliver spørgsmålet derfor, hvordan vi forener det teoretiske (evidensbaserede kliniske retningslinjer) og det praktiske (den patientære og situationsbestemte sygepleje). I det denne artikel vil vi vise hvordan en klinisk retningslinje kan øge fagligheden af daglig dokumentation.

Med etablering af Center for Kliniske Retningslinjer er der sket, og vil ske en markant stigning i udvikling af evidensbaserede kliniske retningslinjer indenfor sygeplejen. Dette bør medføre en øget anvendelse af evidensbaseret viden i klinisk sygepleje, idet sygeplejersker i langt højere grad, vil implementere og basere klinisk sygeplejepsis på anbefalinger fra kliniske retningslinjer.

I klinisk praksis står man overfor to store udfordringer, når man skal udvikle et dokumentationsredskab. Redskabet skal både danne grundlag for kvalitetsforbedringer og kvalitetssikring og indeholde en fremadrettet plan for den enkelte patients pleje, der kan følges af plejepersonalet i alle vagter. Det er derfor vigtigt, at udvikle et hjælperedskab, der både gør det muligt at dokumentere, at man i praksis følger anbefalingerne fra en klinisk retningslinje men også, hvor det er nødvendigt, at omsætte anbefalingerne således personalet let kan indarbejde dem i den konkrete pleje hos patienten. Hjælperedskabet har vi valgt at kalde fortrykt plejeplan.

Sygeplejersker står dagligt i mange forskellige kliniske situationer, hvor det er påkrævet, at de træffer de rigtige og bedste beslutninger til gavn for patienterne. En fortrykt plejeplan, der anvendes som grundlag for plejen af grupper af patienter, skal derfor være en hjælp og være troværdig derfor forudsætter det, at den bygger på evidensbaseret viden. Det er derfor en evidensbaseret kliniks retningslinje er et godt udgangspunkt for indholdet af en fortrykt plejeplan.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

ORIGINAL ARTIKEL

Implementering af kliniske retningslinjer

Når man skal implementere en klinisk retningslinje, er det vigtigt med en ledelsesforankret og tydelig strategi for processen, samt en organisation der kan understøtte denne proces. (hvad med at henvise til jeres strategi på Skejby) Først og fremmest er det vigtigt, at personalet følger anbefalingerne fra den kliniske retningslinje. Dernæst skal det være muligt at monitorere, hvorvidt man anvender de anbefalinger der gives, og at man opnår det der var hensigten med den kliniske retningslinje. Det kræver nogle dokumentationsredskaber, der omsætter anbefalinger fra kliniske retningslinjer og at disse redskaber er anvendelige i hverdagen.

Ofte anvendes begrebet standardplejeplan synonymt med fortrykt plejeplan. Det er vigtigt at adskille betydningen og anvendelsen af begrebet standardplejeplan, da det kan skabe begrebsforvirring i forhold til Den Danske Kvalitets Model, hvor standarder har en anden betydning. Hos os betyder det....

Indhold af en fortrykt plejeplan.

Fortrykte plejeplaner kan medvirke til at sikre kontinuitet og tydelighed i sygeplejen samt stringens og enkelthed i dokumentationen heraf. Samtidig sikrer de et sygeplejefagligt fokus, herunder anvendelse af et fælles sprog i sygeplejen. Endvidere er de fortrykte plejeplaner med til at skabe vidensdeling og initiere faglig inspiration. Når en fortrykt plejeplan relaterer sig til en klinisk retningslinje, er det sygeplejefaglige fokus skabt fra starten. En fortrykt plejeplan er struktureret ud fra sygeplejeprocessen (sygeplejediagnose, mål, handlinger og evaluering) og minimumdatasættet fra Sundhedsstyrelsen vejledning om sygeplejefaglige optegnelser(1). Det fortrykte består i, at så meget som muligt er givet på forhånd med mulighed for afkrydsning og individuelle justeringer.

Sygeplejediagnosen er bygget op som en beskrivelse af **karakteristika, relateret til** og **problem** (2,3). **Karakteristika** er de hyppigst forekomne symptomer, reaktioner, afærdsmønstre og ressourcer. Inspiration til beskrivelse af karakteristika kan hentes i baggrundsbeskrivelsen i den kliniske retningslinje. Det samme gør sig gældende for **relateret til**, som er mulige årsagsfaktorer eller risikofaktorer. **Problemet** er resultatet af en faglig analyse af data fra karakteristika og relateret til, og kan både være et aktuelt eller et potentielt problem for patienten. Ofte vil problemet være i tråd med formålet i den kliniske retningslinje.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

ORIGINAL ARTIKEL

Efter sygeplejediagnosen følger hvilke mål der sættes for / med patienten i forhold til problemet. Målformuleringen tager udgangspunkt i sygeplejediagnosen, men kan baseres på resultat indikatorer fra den kliniske retningslinje.

Dernæst er der en række fortrykte sygeplejehandlinger, der angiver hvad der skal gøres, hvornår, hvordan og af hvem. Disse handlinger tager udgangspunkt i retningslinjens anbefalinger, og er dermed dokumentation for, at retningslinjens anbefalinger følges. Samtidig kan sygeplejehandlingerne være monitorering af de procesindikatorer, som nogle kliniske retningslinjer angiver. Derudover har plejepersonalet mulighed for at tilføje handlinger, der præcis er tilpasset den enkelte patient. Hvis situationen byder, at man må afvige fra retningslinjens anbefalinger, skal dette ligeledes dokumenteres.

Endelig er det vigtigt at evaluere sygeplejen til patienten, og dermed foretage en fremadrettet justering af sygeplejen. Dette sker ved en statusvurdering af patientens helhedssituation i forhold til problemet og de mål, der blev opstillet. Dermed bliver status en monitorering af resultatindikatorerne, som er angivet i den kliniske retningslinje.

Vi har nu vist sammenhængen mellem den kliniske retningslinje og den daglige dokumentation med anvendelse af en fortrykt plejeplan. Derudover giver det basis for at dokumentere sygepleje på en faglig og fokuseret måde, der tilmed opleves enkel og tidsbesparende. Sygeplejersker får dermed frigjort tid til at observere, vurdere, reagere og evaluere sygeplejen samt at være tilstede og kommunikere med patienterne. Altså en win-win situation. Den bedst tilgængelige viden anvendes i en given klinisk situation og dokumenteres med henblik på kvalitetsvurdering og kvalitetsforbedringer, samtidig med at der er mere tid til bed-side sygepleje.

Referencer:

1.

Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. København: Sundhedsstyrelsen, 2005

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

ORIGINAL ARTIKEL

2.

Carnevali D, Thomas M D. Diagnostic Reasoning and Treatment Decision Making in Nursing. USA: JB Lippingott Company; 1993

3.

Carpenito L J. Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice. Philadelphia: JB Lippincott Company; 2002