

# Fra daglig praksis til kliniske indikatorer og retur

- Vi deler viden og erfaringer
- Vi oversætter viden til praksis
- Velkommen**

- Anvendelse af kliniske retningslinjer i praksis og hvordan man monitorerer på effekten heraf.
- Indikatorer og kliniske databaser.
- Skabe fælles sprog / terminologi indenfor sygeplejedokumentation.

- Præsentation af statusrapport
- Udarbejdelse af kliniske retningslinjer nationalt tværfagligt
- Initiativer fra kommunerne – tværfaglige kliniske retningslinjer
- Plenumdebat
- National monitoring of nursing activities—the Belgian experience

- Visible nursing leadership – making it real, making a difference
- Klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af akutte hudreaktioner til patienter med kræft, der modtager ekstern strålebehandling – hvordan er det gået?
- Klinisk retningslinje om mundpleje til thoraxkirurgiske patienter, hvordan måler vi effekten?
- CKR

- Formål
  - at der skabes national konsensus om principper for dokumentation og anvendelse af sygeplejedata i plejen og den tværfaglige behandling af klient/beboer/patient samt i udvikling og forskning inden for området.

- Indsatsområder 2011 - 12
  - Revision af ”Retningslinier for føring og opbevaring af sygeplejejournaler”
- Rådets opgaver
  - udvikle og udbrede nationale retningslinjer, for dokumentation af sygepleje
  - retningslinjer for minimums datasæt for sygepleje (NMDS = Nursing Minimum Data Set) konkretiseres og defineres
  - der udvikles nationale kliniske retningslinjer i relation til NMDS
  - der forskes inden for dokumentation i sygepleje
  - sikre at evidensbaserede kliniske retningslinier integreres i den daglige dokumentation
  - sygeplejedokumentation er en del af den tværfaglige dokumentation af pleje og behandling
  - sygeplejersker diskuterer dokumentation, kvalificerer sig til, deltager og indgår i et tværfagligt samarbejde omkring dokumentation i EPJ
  - sygeplejerskers formelle rammer og vilkår inden for dokumentation analyseres og debatteres

- Det meste af året er gået med rapporten....
- DASYS 10 års jubilæum
- Hørings svar



**THE COCHRANE  
COLLABORATION®**



- Cochrane

- Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes (Review)

- 9 studier

- Randomised controlled trials (RCTs); controlled clinical trials; interrupted time series analyses; controlled before and after studies (CBAs)

- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002099.pub2/pdf>

- Konklusion

- The evidence shows that nursing record systems which aim to fix a specific problem, such as reducing lost notes, decreasing the time required for data entry, or the amount of paper files, may be successful at fixing that problem. But it is uncertain whether changing an entire system of recording nursing care may improve how nurses practice or how well a patient does.
- What this review did show, is that there needs to be more work with the nursing professions to understand exactly what needs to be recorded and how it will be used, and that it is important to involve the nursing staff in the design and development of the nursing record systems.

- Et studie konkluderer at standardiseret dokumentation med fører bedre dokumentation
- Ingen evidens for at dokumentation påvirker kvaliteten af patientplejen
- Det er nødvendigt at sygeplejefprofessionen forstår præcist hvad der skal dokumenteres og og hvordan det skal anvendes
- Det er nødvendigt at sygeplejefprofessionen selv udvikler redskaberne til dette

## Forslag om ny bekendtgørelse, som at blive slået hjem i LUDO



- Nytter det overhovedet?
  - Ja fordi
    - Sygeplejedokumentation er en effektiv måde at påvirke praksis på
  - Men
    - God leveret sygepleje afhænger af de oplysninger der er til rådighed

# Formål med rapporten

- At skabe et fælles udgangspunkt for dokumentation af sygepleje
- At give et overblik over den lovgivning og de rammer og betingelser, som dokumentationen udføres under i skrivende stund
- At beskrive de krydspres og dilemmaer, sygeplejersker oplever i forbindelse med dokumentation af sygepleje
- At sætte kursen for dokumentationsrådets videre arbejde

# Statusrapport

1991 DSRs Retningslinjer

Litteratursøgning,  
skriveproces,  
høring,  
skriveproces,  
nyt lovforslag,  
skriveproces

Statusrapport

- Lovgivning
  - Autorisationsloven, sundhedsloven, vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler
- DDKM
- Patient ombudet
- Litteratursøgning
  - Cochrane Review
  - Metastudie
- Ekspertes i dokumentationsrådet
- Høringsproces



# Dokumentation diskuteres blandt sygeplejersker

- Høring
  - Kan Rapporten anvendes inden for jeres speciale, hvis nej, hvorfor ikke?
  - Understøtter konsensusrapporten formålet, hvis nej, begrund
  - Specifikke kommentarer – nævn side og ordlyd, kom med alternativt forslag
- Høringssvar fra
  - Udviklingssygeplejersker
  - Hospitalsenheden Vest, lokal dokumentationsgruppe
  - KL
  - Neurosygeplejersker
  - Øre, Næse Hals sygeplejersker
  - FS K&T
  - FS plastikkirurgiske sygeplejersker
  - Psykiatrien Region Midt
  - Region Sjælland
  - Sygeplejefagligt råd, Region Syd
  - Sygehus Lillebælt
  - Regions Hospitalet Randers
  - AUH
  - Hjemmesygeplejen Aarhus
  - Aalborg Sygehus
  - Bispebjerg hospital
  - RH
    - Hjertecentret, Abdominalcenteret, Hoved-Ortho- Centret RH, Finsenscentret, Juliane Marie Centret, Neuroklinikken
  - DASYS uddannelsesråd

# Tilbage i Ludo og et til forsøg

- Synspunkter og gode forslag spænder vidt
- Fælles ønske om at dokumentationen tydeliggør
  - hvordan faget gør os i stand til at tage vare på patienten og dennes pårørende
  - Plejeforløb mellem sektorgrænser
  - At fremtidens patient skal plejes af en sygeplejerske
  - Bemandingsbehovet
  - Fagets anvendelse af begreber
- Man problematiserer anvendelse af kliniske retningslinjer kontra skønnet
- Ønske om klarere definition af sygepleje
- OSV
- Høringsvarerne lægges på hjemmesiden!



- Rapporten er todelt
  - Forord, indledning, omverdenens krav om dokumentation, dokumentationskrav i et krydspres, det videre arbejde
- Appendiks
  - Fra klinisk beslutningsproces til dokumentation af sygeplejen, sygeplejediagnoser, patientforløbsbeskrivelser, standardplejeplaner, instrumenter og skalaer, kliniske kvalitetsdatabaser
- Referencer

- Dokumentationstraditioner i et krydspres
  - Standardplejeplaner kontra patientperspektiv
  - Den digitale udvikling
  - Dokumentation af sygepleje i en tværfaglig patientjournal
  - Dokumentation på tværs af sektorgrænser
  - Det accelererede patientforløb

- Lovforslag ven eller fjende?
- Kravet i forhold til dokumentation efterspørger kompetencer i gruppen
- Høringssvarene er et fundament for det videre arbejde og disse tydeliggør forskelligheden blandt sygeplejersker
- Rapporten gøres dynamisk og opdateres elektronisk

## DEFINITION

Dokumentation af sygepleje defineres som enhver håndskrevet eller elektronisk information om sygepleje, der er planlagt/givet til den enkelte patient/borger af sygeplejersker eller andre plejepersoner, herunder sygeplejestuderende, under ledelse af en sygeplejerske.

## FORMÅL MED SYGEPLEJEDOKUMENTATION

- Dokumentation af sygeplejens kerneområder sikrer en fælles ramme for sygeplejersker i sektorer
- Dokumentation af sygepleje er med til at sikre patienten et sikkert og sammenhængende plejeforløb
- Dokumentation af sygepleje sikrer kvalitet, patientsikkerhed og kontinuitet i den enkelte patients plejeforløb
- Dokumentation af sygepleje sikrer gennemsigtighed i de truffne beslutninger og handlinger
- Dokumentation af sygepleje sikrer patienten sygepleje på et højt fagligt niveau og best practice.

## KRAV TIL SYGEPLEJEDOKUMENTATION

- Dokumentation af sygepleje skal tilpasses den enkelte patient/borger.
- Dokumentation skal være fortløbende og tidstro
- Dokumentation skal beskrive sygeplejerskers faktiske arbejde, herunder patientundervisning og støtte
- Dokumentation skal indeholde ændringer i sygeplejen og patientens tilstand
- Dokumentationen skal være entydig, systematisk og forståelig, så kvaliteten kan måles
- Sygeplejedokumentation skal opfylde de lovmæssige krav.

## FORUDSÆTNINGER FOR GOD SYGEPLEJEDOKUMENTATION

- Dokumentation af sygepleje er integreret i den tværfaglige dokumentation
- Dokumentation af sygepleje fordrer viden om sygepleje
- Dokumentationen er betinget af, at sygeplejersken har den nødvendige information
- Dokumentationen præciserer det forventede resultat af den planlagte sygepleje
- Dokumentation er en forudsætning for forskning i og udvikling af sygepleje, fordi dokumentationen leverer data om hele den kliniske beslutningsproces, de planlagte og udførte sygeplejehandlinger og resultatet af sygeplejen.

Budskaber !

Billeddokumentation







# Kursen for dokumentationsrådets videre arbejde

- Efter i dag – (og bekendtgørelsens vedtagelse foretages sidste redigering)
- Udsendes elektronisk i samarbejde med DSR
- Status rapporten gøres levende
  - Vil eksistere i elektronisk form, således at den kan ajourføres på baggrund af ny viden og ny lovgivning
- Drøfte krav til kompetencer i dokumentationsrådet, så vi i fællesskab kan løfte opgaven
- Medlemmerne af dokumentationsrådet får hver et ansvarsområde med henblik på opdatering
  - Alle I andre er ansvarlige for at opdatere os
- Høringssvarene analyseres yderligere
- Om tre år er materialet revideret og udkommer måske som overordnede principper for dokumentation af sygepleje

- Vi blander os i debatten og maser på for at få indflydelse f.eks. Venter der nu forskellige arbejdsgrupper og udvalg
  - Nationale kliniske retningslinjer
  - Ny bekendtgørelse som erstatning for ”sygeplejefaglige optegnelser”

- Vi er på vej til forandring, det nytter at sparke til fjersengen.....
  - ”To change anything in the navy, is like punching a featherbed. You punch it with your right, and you punch it with your left, until you are finally exhausted, then you find the damn bed just as it was before you started punching...”
    - Franklin Roosevelt 1951



På Vegne af DASYS og dokumentationsrådet  
Lene Lauge Berring  
Udviklings- og forskningssygeplejerske  
RS Psykiatri

# Over tid skabes der mønstre i dokumentationen

