

# Dokumentasjon

Kristin Bie

2019

Utviklingscenter for sykehjem og  
hjemmetjenester i Helse Fonna kommunene



# Dokumentasjon

- Juridiske krav
- Faglige krav
- Etiske krav

Dokumentasjonen skal være nøyaktig, tilstrekkelig og kontinuerlig. Pasienten skal omtales med respekt og verdighet.

# Helsepersonell-loven § 40 om plikten til å dokumentere

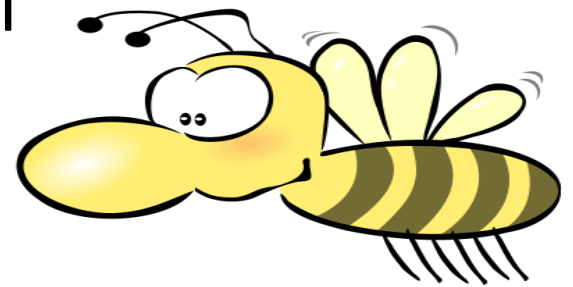
- Alt som er nødvendig å vite om pasientens sykdom, alt som er gjort eller planlagt av utredning, behandling, pleie, hvordan forløpet har vært og resultatet.
- Alle observasjoner og funn som er av betydning, viktige valg og begrunnelser for disse
- Avvik fra planlagte tiltak, eventuelle begrunnelser for dette

# Plikten til å dokumentere, Hpl § 39

- Har den som utfører pleie, behandling, rehabilitering (den som yter helsehjelpen)
- Plikten kan delegeres
- Dokumentasjonen er en del av pasientens journal
- Krav til innhold i dokumentasjonen følger av forskrift om pasientjournal § 8 (s. 191 i Molven)

# Juridiske rammer

- Pasienten har krav på en faglig forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven §4)
- Hjelpen skal gjøres synlig i en dokumentasjon (Helsepersonelloven §§ 39 og 40)
- Den som yter helsehjelpen har plikt til å føre journal (Helsepersonelloven § 39)
- Alle som jobber med selvstendige oppgaver har dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven § 39)
- Innholdet i journalen presiseres i journalforskriften



# Juridiske rammer

Helse- og omsorgstjenesteloven :

§ 4-1 Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige

- a. Den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud
- b. Helse- og omsorgspersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter



# For sykehus § 2-2

- Sykehuset har en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter
- den enkelte pasient eller bruker skal ha et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.
- Dette må ses i sammenheng med kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet.
- Sykehusets ledelse må sørge for at helsepersonellet har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter i dokumentasjon

# Faglige krav

Dokumentasjon skal:

- Være innenfor eget ansvars- og funksjonsområde
- Vise kontinuitet i oppfølging av pasienten
- Koordinere pasientrettede tiltak
- Gi mulighet for å vurdere og evaluere effekten av iverksatte tiltak
- Reflektere pasientperspektivet
- Være et informasjons- og kommunikasjonsverktøy
- Være grunnlag for kvalitetssikring, internkontroll, opplæring og ledelsesinformasjon
- Være grunnlag for forskning og fagutvikling
- Være et juridisk dokument og kilde for tilsynsmyndigheter



# Tolkning

- Vær objektiv: Jeg så, hørte, sa;  
Pasienten/brukeren sa og/eller gjorde
- Tolkning er en antakelse; Ut fra det jeg faktisk observerte (så, hørte), så *tolker* jeg at.....
- Ikke skriv at du føler, tror eller tenker, det er personlig og ikke objektive iaktakelser

# For eksempel pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4-A om tvang

- Hvilke problemer har pasienten som utløser behovet for å bruke tvang? Hvor stor er pasientens motstand mot helsehjelpen og hvordan arter den seg
- Hvilke tillitskapende tiltak er utført, eller hvorfor det er åpenlyst formålsløst å prøve med slike tiltak
- Hvilken helserisiko (vesentlig helseskade) medfører det hvis pasienten ikke får helsehjelp, og hvorfor er helsehjelpen nødvendig.
- Hvilke tiltak planlegges og gjennomføres. Hvordan er tiltakene i forhold til behovet?

# Dokumentasjon forts.

- Fortløpende vurdering: Virker tiltakene etter hensikten? Har de ikke ønsket hensikt, eller uforutsette, negative virkninger?
- Evt. informasjon fra pårørende om pasientens antatte ønsker/vilje
- Informasjon til pasienten og evt. pårørende om iverksetting av tvangstiltak
- Viktig: Hvem treffer vedtaket om tvang
- Signatur

# Saklige og utfyllende opplysninger

- Hvordan dokumentere adferd og følelser på en objektiv og konkret måte?
- Er du usikker på om du skal skrive det du skriver, be en kollega lese igjennom før du lagrer.

# Etiske og faglige krav

- Hva er relevant og nødvendig informasjon om pasienten?
- Skille mellom egne tolkninger og konkrete observasjoner
- Overfører jeg mine følelser til den andre?
- Er det pasientens problem, eller er det personalets problem?
- Er det viktig for meg å vise hvor flink jeg er?
- Unngå negativt ladete ord: «sutrete», «masete», «griser med et eller annet», «sette grenser».....

# Etiske rammer

- Holdninger til og følelser for pasienten kan påvirke dokumentasjonen i positiv eller negativ retning. Det kan ha konsekvenser for hvordan hjelpen blir utført.
- Vis respekt for pasienten i det språket som du bruker
- Tenk igjennom om det du skriver kan leses av pasienten selv, og eventuelt pårørende
- Redsel for å skrive noe galt kan føre til utilstrekkelig dokumentasjon
- Etisk og faglig refleksjon

# Ansvar for å

Bruke faglig og etisk skjønn for å vurdere hva som er nøyaktige og tilstrekkelige opplysninger når det gjelder innsamling og dokumentasjon av personlige opplysninger om pasienten.

Holde seg faglig oppdatert.

Kritisk vurdere egne holdninger, motivasjon kunnskaper og erfaringer som virker inn på måten å dokumentere.

Lojalitet og kontinuitet

Kritisk vurdere om dokumentasjonens innhold og struktur svarer til god praksis.

# pleieplan 1

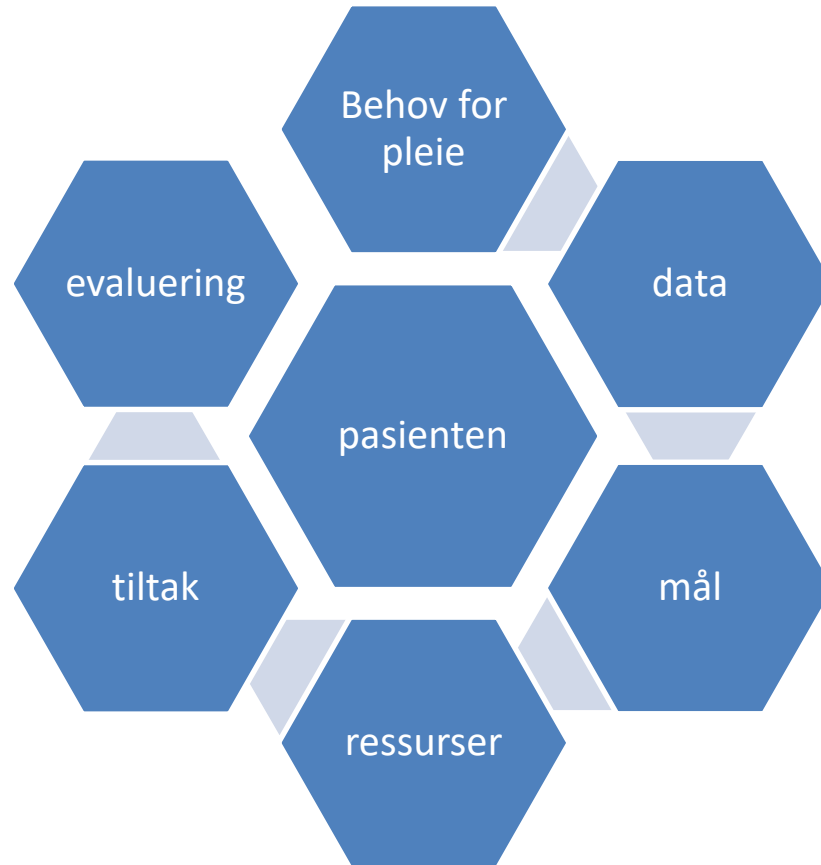
<b>Datasamlingen</b>	<b>Oversikt over faglige vurderinger av en pasients situasjon og status på et bestemt tidspunkt, for eksempel ved innleggelse i sykehjem</b> <b>Pasientens problem og ressurser i samråd med pasienten</b> <b>Krever at teoretisk og praktisk kunnskap anvendes.</b>
Pasientens problem og ressurser i samråd med pasienten	Hvilke behov har pasienten for pleie- og omsorg, hva skal det fokuseres på, hva trenger pasienten hjelp til. For eksempel i form av pleiediagnoser, pasientproblem eller lignende. Problemprioritering. Tiltakene må henge sammen med målene og tilpasses pasientens ressurser og behov.
Mål for pleien	Hva ønsker en å oppnå med pleien. Hva er forventet resultat? Kortsiktig, langsiktig. Er målene realistiske og oppnåelige? Er pasienten med på laget?



# pleieplan 2

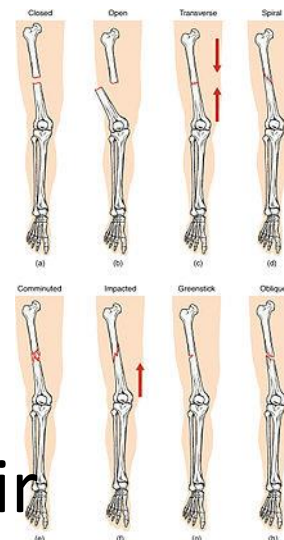
Iverksatte tiltak	Hva er gjort? Hvilke begrunnelser er det for iverksatte tiltak? Hvis planlagte tiltak ikke er utført, begrunnes hvorfor. Samhandling med pasienten er viktig for å oppnå målene og ønsket resultat.
Resultat og evaluering	Hvordan har tiltakene virket, og hvilke resultat har det ført til. Har tiltakene virket etter hensikten? Er det avvik i forhold til faglige vurderinger og målene? Hvis det er avvik, hva skyldes det? Kan føre til nye vurderinger, mål og tiltak.

# sykepleieprosessen



# Eksempel; fall

- Forebygging av fall i sykehjem krever dokumentasjon av fallrisiko.
- Undersøkelse viser at bare fall med brudd blir dokumentert riktig, og at det er store mangler i registrering av andre fall.
- Når sykepleierdokumentasjonen er mangelfull, er iverksetting av forebyggende tiltak derfor ofte mangelfull.



Øygard m.fl.: *Manglende registrering av fall i sjukeheim*,  
Sykepleien forskning juni 2017

# Eksempler på mangelfull dokumentasjon:

- Kartleggingen av pasientens behov, ønsker og problemer er mangelfulle og fører til upresise mål og tiltak
- For lite vekt på pasient/brukerperspektivet, mål og tiltak blir pleiepersonalets uttrykk for pleiepersonalets behov, ønsker og problemer
- Lite systematisk evaluering, for eksempel kan det føre til at nye, bedre mål og tiltak ikke blir vurdert

Konsekvenser: tilfeldig planlagt omsorg og pleie og dårlig kvalitet på helsehjelpen

# Sårbarhetsanalyse (ROSA)

- Hvem arbeider med tiltaksplanene?
- Hvilken faglig kompetanse vurderes som nødvendig?
- I hvor stor grad brukes tiltaksplanene (vikarer, tilkallevekter, assistenter osv)
- Blir planene ajourført fortløpende eller periodevis?

# Rapporten

- Dokumenterer effekten av flere ulike tiltak på pasientens situasjon som helhet
- Dokumenterer pasientens oppfattelse av sin situasjon
- Akutte endringer i pasientens situasjon og nye opplysninger
- Skal være nøyaktig og inneholde tilstrekkelige opplysninger til at andre får nødvendig informasjon
- Unngå dobbeltføring

# OBS!

Pass på så ikke dokumentasjonen/rapporten preges av:

- Egen førforståelse
- Egen tolkning
- Egen synsing

Å tro noe er det samme som å ikke vite.

Sjekk ut med pasient/bruker, pårørende, verge at det som dokumenteres er i samsvar med deres oppfatning.

# Spørsmål du kan stille deg:

- Er det pasientens problem, eller mitt problem?
- Har jeg fått frem pasientens reaksjon på problemet på en klar måte?
- Får jeg best frem problemstillingen ved å bruke *en* formulering, eller skal den dels opp i flere punkter?
- Er det data jeg savner?
- Har jeg fått med alle dimensjonene; fysiske, sosiale, psykiske, åndelige og eksistensielle behov





# Hvilke mangler er det i dokumentasjonen på din arbeidsplass?

- Diskuter hva som er mangler
- Lag en plan for å få til god dokumentasjon
- Hvem kan samarbeide om forbedringer?