



Kjell Arne Aarheim

*”Det jeg skrev,  
det skrev jeg?”*

Sykepleiedokumentasjon slik den blir undervist i en helsefag-høgskole og slik den blir praktisert i en kirurgisk avdeling.

FOU-rapport nr 2/2001

029500007

FOU-hyllen

FOU/2001:2

ISBN 82-7928-024-3

10.73

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Hvorfor sette sykepleiedokumentasjon på dagsorden?</b>	<b>1</b>
<b>2.0</b>	<b>Sentrale føringer på form og innhold i sykepleiedokumentasjon</b>	<b>5</b>
2.1	Hovedpunkter om dokumentasjonsplikt i Lov om helsepersonell	5
2.2	Innhold og organisering av pasientjournalen ved somatiske sykehus etter Statens helsetilsyns retningslinjer av 1994.	6
2.3	Standard for sykepleiedokumentasjon ved Diakonissehjemmets sykehus	8
<b>3.0</b>	<b>Dokumentasjonsundervisning i høgscole og sykehus</b>	<b>10</b>
3.1	Høgskolens undervisning i temaet sykepleiedokumentasjon	10
3.2	Dokumentasjonspraksis på en kirurgisk avdeling	11
<b>4.0</b>	<b>Sykepleiedokumentasjonen her og nå, -forslag til forbedringer i høgscole og praksis</b>	<b>17</b>
4.1	Høgskolens undervisningsopplegg – rett, men likevel galt?	17
4.2	Dokumentasjonspraksis i sykehusavdelingen – krav og realisme	21
4.3	Sykepleiedokumentasjon – hvem, hva, hvor og når?	23
<b>5.0</b>	<b>Avslutning/oppsummering</b>	<b>28</b>
	<b>Litteraturliste</b>	<b>29</b>
	<b>Vedlegg I – VI</b>	<b>30</b>



## 1.0 Hvorfor sette sykepleiedokumentasjon på dagsorden?

Selv om sykepleiere har dokumentert så lenge yrket har eksistert, har yrkesgruppa ikke hatt noe sterk tradisjon når det gjelder å skriftlig dokumentere sin virksomhet. Tradisjonelt har den muntlige rapporten vært mest vektlagt. Denne rapporttypen hadde sine fortrinn i en tid med få pasienter, få behandlingsmetoder og et oversiktlig antall yrkesgrupper og helsepersonell i institusjonene (Heggdal, 1999). De siste ti-årene har det imidlertid skjedd en dramatisk endring på disse nevnte områdene. Dette har ført til informasjonsmengder som muntlig er uhåndterlige, og nye metoder for behandling av data, observasjoner og informasjon har tvunget seg fram.

I retningslinjene for pasientjournalen fra Statens helsetilsyn (1994) beskrives rammene for sykepleiedokumentasjon i somatiske sykehus som følger:

”Dokumentasjonen skal gjenspeile både observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger. Til sammen utgjør dette pasientens *pleieplan* som til enhver tid må være ajourført under et opphold i institusjon.” (s.34.)

Pleieplan, etter modell av sykepleieprosessen, med pasientproblem, -ressurser, mål, tiltak og evaluering, er etter hvert et kjent arbeidsredskap for sykepleiere, -i alle fall i teorien. Helt siden slutten av 70-tallet er det systematisk blitt undervist i bruk av pleieplan ved landets sykepleiehøgskoler (Heggdal, 1999). Ut fra dette skulle en tro at pleieplanen og de ulike bestanddeler i denne systematisk ble brukt som dokumentasjonssystem på institusjoner/sykehus.

Min erfaring er at dette nok ikke alltid er tilfelle. På flere institusjoner/avdelinger og poster i dag, 25 år etter pleieplanens introduksjon som dokumentasjonsmetode, blir det benyttet dokumentasjonsformer som har lite tilfelles med pleieplansystemet nevnt i retningslinjene til Statens Helsetilsyn. Selv om dokumentene og rammene er nye, bærer dagens sykepleie-dokumentasjon ved flere avdelinger/poster fortsatt preg av den fortløpende rapporten ført i rapportbøker flere tiår tilbake. Arkene/sidene hvor pleieplanens problem, ressurser, mål og tiltak skulle stå i dokumentene er ofte lite eller mangelfullt utfylt, mens en under punktene

evaluering/rapport ofte ser fyldige beskrivelser på aktuelle funksjonsområder hos pasienten. At pleieplan som dokumentasjonsmetode på mange sykepleiearenaer nesten ikke blir benyttet er en kraftig påstand, men like fullt min erfaring de siste 20 år som sykepleier i sykehus, kommunehelsetjeneste og som lærer i sykepleierutdanningen.

Nye behandlingsmåter og sykepleierutiner som har blitt introdusert i samme tidsrom har blitt innarbeidet relativt lett. Eksempler på dette er at sykepleierne har fått delegert ansvar for setting av venekanyler og kateterisering av begge kjønn. Når det gjelder innføring og daglig bruk av pleieplan som dokumentasjonsmetode derimot, virker det fortsatt som om mange er i startfasen, selv om den er forsøkt innarbeidet i flere tiår.

Dette til tross, -pasientene klager sjelden på kvaliteten på sykepleietjenestene, og dokumentasjonsmetode blir sjelden problematisert når sykepleiere på postnivå uttaler seg om problemstillinger de opplever i sin yrkeshverdag (Heggdal, 1999). Ut fra dette kan en med rette undre seg over hva som er problemet. Er flere tusen norske sykepleiere inkompetente i forhold til å dokumentere sitt yrke? Er Statens helsetilsyns retningslinjer for sykepleiedokumentasjon for rigide? Burde andre dokumentasjonsmetoder godtas på linje med pleieplan? Disse og andre spørsmål vil bli omtalt i slutten av rapporten.

Rapportens hovedfokus er sykepleiedokumentasjonen på en kirurgisk avdeling på Diakonissehjemmets sykehus. En kort gjennomgang av sykepleiedokumentasjonen ved sykehuset bekrefter at det er store variasjoner i form og innhold fra avdeling til avdeling og innen de ulike sengeposter/avdelinger. Noen av disse variasjonene er naturlige og nødvendige ut fra de ulike avdelingens egenart og funksjon. Eksempler i denne sammenheng er at mottaks- og overvåkningsavdeling har et annet krav til form og innhold i sykepleiedokumentasjon enn tradisjonelle medisinske- og kirurgiske sengeposter. Dette forklarer likevel ikke de store variasjonene i dokumentasjonsbildet innad og mellom avdelingene. Jeg lar denne diskusjonen ligge i denne rapporten.

Fokus er altså dokumentasjonen knyttet til den individrettede sykepleien, og hvordan og i hvilke grad sykepleiere benytter pleieplan for den enkelte pasient. Pleieplan er i følge Statens helsetilsyn (ved retningslinjene for pasientjournalen av 1994) den form som sykepleiedokumentasjonen i sykehus skal formaliseres i. Videre vil jeg fokusere på hvilke forutsetninger sykepleiestudentene i praksis ved gjeldende avdeling i prosjektperioden hadde for å

lære/integrere pleieplan som dokumentasjonsmetode. Som lektor i sykepleieutdanningen, som har studenter i praksis på aktuelle avdeling, er det interessant å undersøke om, og i hvilke grad vi forbereder og hjelper studentene til føring av sykepleiedokumentasjon i henhold til gjeldende retningslinjer.

Systemrettet dokumentasjon (skriftlig dokumentasjon på poster/avdelinger om hvordan prosedyrer og rutiner skal gjennomføres) i henhold til regelverk for Helse-miljø-sikkerhet og kvalitetssikringsrutiner vil ikke bli nærmere berørt i denne rapporten.

Ut fra dette blir rapportens problemstilling:

**I hvilke grad samsvarer dokumentasjonsrutinene i kirurgisk avdeling med undervisningen som blir gitt i høgskolen og med sentrale retningslinjer for sykepleiedokumentasjon?**

**Hvilke endringer er evt. nødvendig for å oppnå/bedre samsvaret og hvordan bør endringene gjennomføres?**

Aktuelle spørsmål jeg vil belyse er:

-i hvilken grad kjenner sykepleierne/studentene til sykepleieplan som dokumentasjonsform?

-hvor mye og hvordan brukes pleieplan som dokumentasjonsform i den daglige sykepleien?

-opplever studentene samsvar mellom sykepleiedokumentasjonsundervisningen de har hatt på høgskolen og den praksis de står i?

For å finne ut av disse spørsmålene satte jeg av våren -01 som prosjektperiode. I denne perioden samlet jeg data som ligger til grunn for rapporten. Datasamlingen er en kombinasjon av observasjoner av pleieplaner og annen sykepleiedokumentasjon i en kirurgisk avdeling ved Diakonissehjemmets sykehus, og samtaler/dialog-undervisning med sykepleiere og studenter på vedkommende avdeling. Datasamlingen har foregått i et tidsrom på fire måneder, fra februar til mai 2001, på praksisvegledningsdager med studenter og regelmessige dialogundervisningstimer med sykepleiere i avdelingen i perioden. Annet bakgrunnsmateriale

for rapporten er studier av relevant litteratur og samtale med lærere som har undervist i sykepleiefaget m.h.t. dokumentasjon de seinere år.

Kapittel 2 inneholder en kort presentasjon av hva lover og retningslinjer sier om sykepleiedokumentasjon. I kapittel 3 vil jeg først gi en oversikt over pensum og undervisning om temaet sykepleiedokumentasjon i 1. og 2. studieenhet i sykepleieutdanningen ved Diakonissehjemmets høgskole. I kapitlets andre del vil jeg presentere de observasjonene jeg har gjort på nevnte kirurgisk avdeling. I kapittel 4 vil jeg peke på eventuelle endringer når det gjelder sykepleiedokumentasjon i undervisning og i sykehusavdeling. Hva skal til for å få den til å fungere bedre? Hvordan kan det bli bedre samsvar mellom dokumentasjonspraksis og gjeldende lover og retningslinjer?



## 2.0 Sentrale føringer på form og innhold i sykepleie-dokumentasjon

I det følgende vil jeg kort presentere hva sentrale helselover, forskrifter og retningslinjer sier om sykepleiernes plikt til å dokumentere sin virksomhet. Selv om både Lov om spesialisthelsetjenester (1999) og Lov om helsetjenesten i kommunene (1983) har paragrafer knyttet til dette temaet, vil jeg, i forhold til lover, bare referere til Lov om helsepersonell (1999). Dette fordi denne loven med sine forskrifter er den mest omfattende og presise på området.

Når det gjelder aktuelle retningslinjer vil jeg kort presentere Statens helsetilsyns sin utredningsserie nr. 3-94, Pasientjournalen. Denne gir sterke føringer for hvordan helsetilsynet tenker seg de ulike deler av pasientjournalen i somatiske sykehus organisert og skrevet. Tilslutt skisserer jeg kort innholdet i Diakonissehjemmets standard for sykepleie-dokumentasjon.

### 2.1 Hovedpunkter om dokumentasjonsplikt i Lov om helsepersonell

Lov om helsepersonell (1999), som ble iverksatt 1. januar 2001, har ni paragrafer som omhandler helsepersonellets dokumentasjonsplikt. Med helsepersonell menes i loven personell med autorisasjon. Offentlig godkjente sykepleiere er autoriserte etter §48 i loven, og er med dette pliktig til å dokumentere den helsehjelp de utfører. Loven påpeker at plikten til å dokumentere ikke gjelder for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell (§39). Ut fra dette har sykepleiere dokumentasjonsplikt i forhold til den selvstendige funksjonen de har i helsehjelparbeidet.

Forskrift om pasientjournal (forskrift til Lov om helsepersonell, 1999), stiller en rekke krav til pasientjournalens innhold. Flere av disse er aktuelle for sykepleiere i sykehus. Paragraf 8 i forskriften sier blant annet at observasjoner, funn, pleie og andre tiltak som settes i verk, og resultatet av dette skal dokumenteres. Videre setter samme paragraf krav til at plan og avtale for videre oppfølging av pasienten skal dokumenteres tilfredsstillende. Den daglige sykepleien og de gjøremål og tiltak som iverksettes i forbindelse med dette skal utfra dette dokumenteres.

Helsepersonelloven sier videre at den som yter helsehjelp skal dokumentere det de gjør (§ 39). Siden sykepleiere ved mange typer avdelinger har sentrale oppgaver i forhold ved observasjon og delegert behandling av pasienten, får mange sykepleiere dokumentasjonsplikt også på områder som i utgangspunktet er legens ansvarsområde. Lov og forskrifter trekker ikke klare skillelinjer når det gjelder ansvaret for de ulike områdene. Det er derfor viktig at en ved det enkelte sykehus/avdeling har retningslinjer som klargjør den enkelte yrkesgruppes ansvar. Det samme gjelder ansvarsfordelingen for dokumentasjon mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Siden hjelpepleiere i utgangspunktet er helsearbeidere som gir helsehjelp etter instruksjon fra annet helsepersonell (sykepleiere eller vernepleiere), kommer de ikke inn under lovens dokumentasjonsplikt (§ 39, første ledd). Dersom hjelpepleiere tillegges/delegeres helsehjelpsoppgaver, og dermed yter helsehjelp på en selvstendig måte, blir de etter loven pliktig å dokumentere det arbeid de utfører. Slik jeg ser det er det viktig at sykepleieleidelsen ved det enkelte sykehus og avdeling avklarer hjelpepleiernes ansvars- og arbeidsoppgaver på dette området. Målet må være å finne ordninger som sikrer kvalitet og kontinuitet i dokumentasjonsarbeidet ved den enkelte avdeling. Det kan derfor være naturlig at en ved sykehusets ulike avdelinger kommer fram til forskjellig ansvarsfordeling når det gjelder dokumentasjonsplikten for hjelpepleiergruppen.

Helsepersonelloven (1999) med forskrifter har en rekke krav til hvordan journalen skal føres, hvordan evt. endring og sletting av journal skal foregå, m.v. Når det gjelder kravene til hvordan journalen skal føres sies det generelt at føringen skal skje i samsvar med god yrkesetikk og at den skal innholde relevante og nødvendige opplysninger for helsehjelpen. Journalen skal i følge loven være ryddig og lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell (§ 40). Det sies imidlertid lite konkret om hvordan den enkelte helsearbeidergruppe skal bygge opp og strukturere sin dokumentasjon. Diakonissehjemmets sykehus har som flere andre valgt å benytte Statens helsetilsyns retningslinjer for innhold, gruppering og arkivering av pasientdokumentasjonen i somatiske sykehus av 1994 (Statens helsetilsyns utredningsserie nr. 3, 1994). I det følgende vil jeg kort presentere disse retningslinjene.

## **2.2 Innhold og organisering av pasientjournalen ved somatiske sykehus etter Statens helsetilsyns retningslinjer av 1994**

Intensjonen med retningslinjene har vært å få til en bedre og mer lik strukturering av pasientjournalen i somatiske sykehus. Retningslinjene deler journalen i 10 hovedgrupper etter

bokstav A til J. Sykepleiedokumentasjon har i dette systemet fått sin egen hovedgruppe, (gruppe/bokstav G). Eksempel på andre hovedgrupper er legejournal, prøvesvar fra vev og væsker, bildediagnostikk og rapporter fra annet fagpersonell.

Det er i følge retningslinjene opp til sykepleieledelsen ved hver institusjon å definere hvor omfattende dokumentasjonen må være for å dokumentere helsearbeidet på en tilfredsstillende måte, og samtidig unngå overflødig og dublerende dokumentasjon i forhold til andre yrkesgrupper. Det kreves imidlertid at dokumentasjonen skal gjenspeile observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger for det aktuelle helsearbeidet som sykepleierne utøver. Dokumentasjonen skal dekke behovsområdene fysiske, psykiske, og sosiale/kulturelle behov og knyttes til pasientens evne til å dekke disse behovene selv. Dokumentasjonen skal avspeile både de aktuelle sykepleieproblemene og tiltakene, inklusive tiltak av forebyggende art. Til sammen skal dette utgjøre pasientens pleieplan som til enhver tid må være ajourført under oppholdet i institusjonen (Statens helsetilsyns retningslinjer, nr. 3, 1994, s. 34).

For å gjøre dette anbefaler helsetilsynet at en har følgende dokumentasjonsskjema, evt. elektroniske journalark:

\*Pasientopplysningsskjema. Dette svarer til det gamle "hovedkortet" i kardexsystemet, og sørger for at avdelingen til enhver tid har aktuelle pasientopplysninger for hånden.

\*Skjema for innkomstrapport/sykepleienotater. Dette består av korte nedtegnelser relatert til pasientens behov og ressurser/mestringsevne.

\*Sykepleieplan. Sykepleieplan anbefales delt i to dokumenttyper: *Datasamling-problem/behov/ressurser* og *mål/tiltak/evaluering*. Begge relateres til behovs-, funksjons- og ressursområder for pasienten. Dokumentet kan i følge retningslinjene med fordel utformes som et brettet A3 ark der disse to delene sees i sammenheng.

Retningslinjene beskriver videre konkrete forslag til oppsett/lay out av pleieplan. Det presiseres at både problem-behov-ressurser-mål-tiltak og evalueringsdelene skal fylles ut.

Til slutt i retningslinjene for sykepleiedokumentasjon poengteres viktigheten av gode rutiner når det gjelder signering av de ulike dokumentasjonsarkene (evt. elektroniske journalark). Retningslinjene foreslår konkret at hver sykepleier får tildelt en signatur med tre bokstaver, og at administrasjonen ved sykehuset har ansvar for å vedlikeholde og ajourføre arkivene for disse (Statens helsetilsyns retningslinjer nr. 3, 1994, s. 36).

## 2.3 Standard for sykepleiedokumentasjon ved Diakonissehjemmets sykehus

Gjeldende standard for sykepleiedokumentasjon ved sykehuset er fastsatt i et dokument fra november 1995 (vedlegg II). Hovedprinsippene bygger på Statens helsetilsyns retningslinjer av 1994 (se punkt 2.2). Skjema for pasientopplysninger, inntakstdata, sykepleieplan og evaluering er knyttet til 14 ulike funksjonsområder hos pasienten. Disse er:

- |                                     |                           |
|-------------------------------------|---------------------------|
| *Pust/blodomløp/bevissthetstilstand | *Søvn/hvile               |
| *Forflytning/aktivitet              | *Sosial situasjon         |
| *Sanser/språk                       | *Misbruk                  |
| *Smerter/kvalme                     | *Psykisk/mental situasjon |
| *Ernæring                           | *Livssyn/verdier          |
| *Naturlige funksjoner               | *Informasjon              |
| *Hud/stell/påkledning               | *Andre opplysninger       |

Retningslinjene i standarden for oppbygging og bruk av pasientopplysnings-, sykepleieplan- og rapport/evalueringsskjema samsvarer i stor grad med helsetilsynets retningslinjer av 1994. Det samme gjelder reglene for signering og endring av dokumentasjonen.

Diakonissehjemmets sykehus har i tillegg til dokumentasjonsskjema nevnt i helsetilsynets retningslinjer valgt å ta i bruk noen nye skjema. Disse er:

\*Sosialskjema. Dette skal brukes der planlegging av utreise er/forventes å bli et aktuelt problem. På skjemaet noteres alt som er relevant m.h.t. planlegging av utreisen, samtaler med pårørende, førstelinjetjenesten, informasjon som er gitt, med mer.

\*Tverrfaglig skjema. Dette skjema er tenkt som et hjelpemiddel for fysio/ergoterapeut/andre som ønsker å formidle informasjon til sykepleietjenesten.

\*Sykepleiesammenfatning. Denne skal inneholde et resymè av pasientens funksjonsnivå ved inntak, det som har skjedd under oppholdet og kort om det som planlegges framover.

Som sagt er dokumentasjonsstandard ved sykehuset fra 1995. Innholdet er imidlertid blitt repetert og undervist for sykepleierne ved avdelingene flere ganger, sist gang høst/vår 2000-2001. Det ble da fokusert spesielt på systematisk bruk av pleieplan i sykepleiedokumentasjonen.

Som ved mange andre sykehus er man ved Diakonissehjemmets sykehus i ferd med å innarbeide elektronisk journal som et hjelpemiddel i pasientdokumentasjon. I prosjektperioden våren 2001 var detaljer for form og oppsett ikke avklart når det gjelder sykepleiedelen i e-journalen. Det er imidlertid bestemt at en i innhold og oppbygging skal forholde seg til malene Statens helsetilsyns retningslinjer gir (se kapittel 2.2).

## 3.0 Dokumentasjonsundervisning i høgskole og sykehus

I det følgende vil jeg presentere mål, innhold og fokus for undervisningen som blir gitt i sykepleierutdanningen ved Diakonissehjemmets høgskole i emnet sykepleiedokumentasjon. Deretter vil jeg skissere de observasjoner jeg gjorde med hensyn til dokumentasjonspraksis i prosjektperioden.

### 3.1 Høgskolens undervisning i temaet sykepleiedokumentasjon

Fagplanene for første og andre studieenhet (som innebærer teori/praksis i forhold til grunnleggende sykepleie og sykepleie til akutt/kritisk syke i somatiske sykehus) har følgende relevante mål knyttet til sykepleiedokumentasjon:

- Studenten har kunnskap om aktuelle juridiske reguleringer knyttet til arbeidsoppgaver og problemer sykepleieren møter i sykehuset (Lov om helsepersonell er spesifikt nevnt).
- Studenten har handlingskompetanse ved å kunne
  - \*gjøre bruk av sykepleiedokumentasjon
  - \*skrive administrativ pleieplan
  - \*gi rapport muntlig og skriftlig
  - \*skrive sykepleiesammenfatning til primærhelsetjenesten eller annen institusjon (vedlegg I).

Pensum i sykepleiedokumentasjon ved Diakonissehjemmets høgskole i 1. og 2. studieenhet er hentet fra bøkene til Jahren Kristoffersen (1995) og Heggdal (1999). Begge forfatterne tar utgangspunkt i sykepleieprosessen når det gjelder form og struktur i sykepleiedokumentasjon.

Jahren Kristoffersens kapittel om sykepleieprosessen har ca. 15 sider om hvordan sykepleieren kan benytte prosesstenkingen i utarbeidelsen av sykepleiedokumentasjon. Jahren Kristoffersen setter søkelyset på viktigheten av systematisk dokumentasjon og er konkret når det gjelder krav til signatur, rettinger og oppbevaring av sykepleiedokumentasjon. Begrepene sykepleieproblem og sykepleiediagnose blir nevnt, men ikke utførlig beskrevet.

Når det gjelder de ulike delene av en sykepleieplan omtaler Jahren Kristoffersen disse mer generelt, uten å komme med konkrete eksempel på hvordan pasientsituasjoner kan føres i pennen.

Heggdal går i sin bok grundig inn på nasjonale, faglige, juridiske og etiske rammer for sykepleiedokumentasjon. I dette kapitlet blir utredningen fra Helsetilsynet av 1994 *Pasientjournalen, -innhold, gruppering og arkivering av pasientdokumentasjonen i somatiske sykehus* presentert på en oversiktelig måte (jfr. kap. 2). Videre blir alle punktene i sykepleieprosessen beskrevet utførlig med hensyn til sykepleiedokumentasjon. I dette kapitlet blir det konkretisert hvordan problem, mål, tiltak og rapport/evaluering bør formuleres. I denne presentasjonen blir også begrepene sykepleieproblem versus sykepleiediagnose problematisert. Til slutt i boken kommer Heggdal med tanker om hvordan sykepleiedokumentasjonen i praksisfeltet kan forbedres. Sentralt i dette kapitlet er at sykepleiedokumentasjon og ledelse (faglig og administrativ) henger nøye sammen. Videre at utvikling av sykepleiedokumentasjon i en avdeling er nært knyttet til en faglig bevisstgjøring.

I forhold til innhold og bruk av sykepleieprosessen undervises det 5 timer i første studieenhet. Begrepet sykepleiediagnose blir forklart og benyttet parallelt med begrepet sykepleieproblem. I tillegg til undervisningen får studentene 2-3 øvingsoppgaver der de blant annet skal prøve å sette opp pleieplan eller mal av sykepleieprosessen.

Undervisningen i andre studieenhet består av 5 timers forelesning i sykepleiedokumentasjon. Her er hovedpunkter i Heggdals pensum vektlagt. Sykepleieprosessens enkelte deler og hvordan disse brukes i dokumentasjonen blir presentert. Det gis også eksempler på formuleringer som er kortfattede, presise og faglig fundamentert. I teoriundervisningen får studenten i liten grad selv øvd seg på å formulere eksempler på problem, ressurser, mål, tiltak og evaluering.

### **3.2 Dokumentasjonspraksis på en kirurgisk avdeling.**

Avdelingen denne rapporten beskriver har 27 senger. Den er på dagtid organisert i tre enheter med ni pasienter i hver gruppe. Disse gruppene har egne grupperapporter og separate permer til oppbevaring av sykepleiedokumentasjon. Til gruppene er det i utgangspunktet knyttet faste syke- og hjelpepleiere. På kveldsvakter og i helger deles avdelingen i to til tre grupper,

avhengig av bemanning. De ansatte må ikke sjelden skifte gruppe på disse vaktene. Avdelingen har egne stillinger som dekker nattevaktene. Sykepleiestudenter er i utgangspunktet knyttet til en gruppe når de er i praksis på avdelingen. De har en fast sykepleier som vegleder i perioden, og følger stort sett hennes/hans turnus. I prosjektperioden var det 16 studenter som avviklet sykehuspraksis på avdelingen.

Retningslinjene for sykepleiedokumentasjonen ved avdelingen bygger på sykehusets vedtatte mal for sykepleiedokumentasjon (vedlegg II). Dokumentasjonsmalen bygger på Statens helsetilsyns retningslinjer for Pasientjournalen av 1994 (kapittel 2). Dette innebærer at følgende sykepleiedokumentasjonsdokument-skjema skal benyttes på sykehuset/i avdelingen:

- \*pasientopplysningsskjema (vedlegg III)
- \*skjema for sykepleieplan og sykepleierapport (vedlegg IV)
- \*sosialskjema (vedlegg V)
- \*skjema for sykepleiesammenfatning (vedlegg VI)

Pr. februar 2001 var disse dokumentene tilgjengelige i avdelingen.

**Pasientopplysningsskjemaet** ble benyttet av sykepleierne i avdelingen bare til en viss grad. Hos mange pasienter, spesielt de som skulle foreta mindre, elektive inngrep eller som kom inn som øyeblikkelig hjelp, ble skjemaet ofte bare delvis utfylt. Punktene som oftest var dårlig eller lite utfylt var -ernæring, -sosial situasjon og -livssyn/verdier. Sykepleierne i avdelingen påpekte mangelen ved at mottaksavdelingen svært ofte ikke fylte ut skjemaet, og at sykepleierne i avdelingen derfor måtte stille pasienten spørsmål på nytt.

Sykepleieledelsen ved avdelingen var oppmerksom på frustrasjonen over at mottaksavdelingen i liten grad brukte skjemaet når det gjaldt systematisk innhenting av pasientdata, og ville ta dette opp i møte med ansvarlige for sykepleietjenesten der.

Hos pasienter som skulle gjøre større, planlagte operasjoner ga sykepleierne uttrykk for at pasientopplysningsskjemaet ble mer utførlig utfylt. Travelhet/tidspress i avdelingen kunne imidlertid påvirke utfyllingsgraden på skjemaet også til disse pasientene. Dato og signatur var gjennomgående bra utfyllt.



Utsagn vedrørende bruken av skjemaet gikk på at selv om skjemaet var utfyllt, så ble det ofte ikke benyttet som grunnlag for en aktiv sykepleieplan for pasienten. Det var et skjema som gjerne bare ble liggende i permen uten å bli brukt i rapportssammenheng eller i andre aktuelle sykepleiesituasjoner som krever kjennskap til pasienten.

Sykepleiestudentene ga uttrykk for at de hadde en liten selvstendig rolle når det gjaldt å ta imot pasienter og fylle ut pasientopplysningskjema. De fleste fikk likevel prøvt seg på dette i løpet av praksisperioden. Skjemaet var, i følge studentene, ikke gjort kjent for dem i undervisningen på høgskolen, og flere synes det var vanskelig å vite hvor detaljerte de skulle være ved utfyllingen. Hva er relevante og nødvendige pasientopplysninger for utøvelse av god sykepleie til de ulike pasientgrupper, spurte de seg.

Summen av observasjonene knyttet til bruken av pasientopplysningskjema i avdelingen er altså at skjemaet var kjent for og benyttet av sykepleierne, men bare til en viss grad benyttet som grunnlag for den daglige sykepleien til pasientene. Studentene hadde liten erfaring med bruken av skjemaet.

**Skjema for sykepleieplan/sykepleierapport** refererer til 14 ulike funksjonsområder hos pasienten (vedlegg IV). Skjemaet hadde vært benyttet i avdelingen en stund, og det virket som alle sykepleierne i avdelingen kjente til prinsippet om hvordan skjemaet var tenkt brukt med hensyn til oppsett av problem, ressurser, mål, tiltak og evaluering. Ved prosjektperiodens start gjennomførte bare et par-tre av sykepleierne i avdelingen prinsippene systematisk i praksis. De fleste sykepleierne brukte sykepleieplan/-rapportskjemaet mest til å skrive fortløpende rapport i forhold til de ulike funksjonsområdene. Problem- og tiltaksrubrikkene ble hos disse bare sporadisk benyttet. I den grad de ble benyttet stod det ofte bare enkeltstående ord som "smerter" eller "kvalme" i problemrubrikken. Pasientressurs- og målformuleringer ble nesten aldri benyttet i dokumentasjonen.

Evalueringrubrikken ble benyttet til fortløpende rapport, hvor det ble henvisning til det aktuelle funksjonsområde hos pasienten. Denne delen av dokumentasjonen var oftest systematisk og samvittighetsfullt utfyllt. Men fordi all dokumentasjonen ble plassert i denne rubrikken, ble avsnittene fra hver vakt gjerne lange, og det ble etter noen dager i avdelingen vanskelig å danne seg oversikt over pasientens ulike problemområder utfra dokumentasjonen på arket/arkene. Likedan var det vanskelig å vite hvilke av observasjonene/problemene som

fortsatt var aktuelle. Måten dokumentasjonen ble ført på gjorde den i mange tilfeller lite oversiktlig.

Sykepleiestudentene synes å ha mye av den samme holdningen til pleieplanskriving som mange av sykepleierne; de visste at det burde gjøres, men det ble av ulike grunner ofte ugjort. Mangel på tid til å sette seg sammen med kontaktsykepleier/vegleder og utarbeide dokumentasjonen ble oppgitt som en årsak. Usikkerhet i hva som skulle dokumenteres og hvordan formulere de konkrete stikkord/setninger en annen. Likevel fikk jeg inntrykk av at studentene prøvde å sette opp planer for sine pasienter. I den hektiske hverdagen ble forsøkene ofte famlende, og avhengig av hvem de hadde som vegleder fikk de innarbeidet sykepleieplanskriving som en naturlig del av sykepleiedokumentasjonen.

Den daglige dokumentasjonen ble ført i pennen kun av sykepleiere og sykepleiestudenter. Hjelpepleierne rapporterte de ulike observasjoner og tiltak til sykepleierne, som så noterte det han/hun synes var relevant og aktuelt. Et par av de erfarne hjelpepleierne gav uttrykk for at de synes denne praksisen var tungvint, og at de for noen år tilbake selv hadde dokumentert på de områdene de til daglig hadde ansvar for i hverdagen på post.

Sykepleieledelsen ved avdelingen hadde god innsikt i den gjeldende dokumentasjonspraksis på avdelingen, og var aktive pådrivere for at sykepleierne skulle bevisstgjøres og dyktiggjøres til å skrive pleieplaner etter modell av sykepleieprosessen.

Studentene som hadde sin langpraksis på avdelingen i perioden (12 uker), var i sammenheng med lærervegledet uke pålagt å skrive en såkalt administrativ pleieplan. Dette innebar at de for én av de pasientene de hadde ansvar for de aktuelle dagene skulle skrive en fullstendig pleieplan for alle relevante problemområder vedkommende pasient hadde/kunne bli utsatt for. Lengden på disse planene varierte fra 4-5 til 8-9 sider. Flere av studentene strevde med formuleringene, og mange la for dagen stor usikkerhet om hva administrativ pleieplan innebar. Mange strevde med å se sammenheng mellom den planen de laget for sin pasient denne uken og den daglige sykepleiedokumentasjonen de var med å utarbeide ellers. Noen av studentene hadde problemer med å skille mellom administrative pleieplaner, som er ment for dokumentasjon i avdelingene og den såkalte pedagogiske pleieplanen som en bruker i læringsøyemed og ved eksamner i høgkolen. Dette er tankevekkende signaler for lærerne i høgskolen! Er det sprik mellom avdelingens og høgskolens dokumentasjonsundervisning/-

praksis? Legges høgskolens undervisning på et plan som ikke er gjennomførlig i praksis? Hva kan dette eventuelt gjøre med studentens læringsprosess?

Signering av skjemadelene i pleieplanen var svært varierende. Det virket som om det var uklare retningslinjer på hva og hvor en skulle signere. Signering av evalueringene/ rapportene var jevnt over gode. Både sykepleiere og studenter benyttet en tre-bokstavers kode for sitt navn. Datering var også tilfredsstillende utført i de fleste tilfeller. I noen få tilfeller observerte jeg at årstall manglet.

En oppsummering av dataene knyttet til sykepleiernes og studentenes bruk av sykepleieplan/ sykepleierapportskjema er at pleieplan-delen ofte var mangelfullt utfylt. Rapport/ evalueringsdel var faglig sett gjennomgående bra dokumentert, men ofte uoversiktlig på grunn av mye tekst.

**Sosialskjemaet** som ble benyttet i avdelingen (vedlegg V) hadde som hensikt å samle aktuelle pasientopplysninger for å planlegge utreise, kontakt med pårørende, primærhelsetjeneste med mer. Skjemaet var under omarbeidelse, og revidert skjema kom til avdelingen i løpet av min prosjektperiode.

Sykepleierne var positive til det nye skjemaet, og så nytteverdien av det. I praksis ble det utfyllt på bakgrunn av data som var innsamlet i mottaksavdelingen og informasjonen de fikk fra pasienten og evt. pårørende ved innkomst/undervegs i oppholdet på avdelingen. Skjemaet ble benyttet bare i de tilfeller alder, funksjonsnivå eller inngrep tilsa at pasienten ville trenge hjelp etter utskrivelse. Nettopp fordi det bare ble benyttet når det var behov for det, virket det som motivasjonen for utfylling og bruk var stor. Et av problemene med dette skjemaet var hvor mye sykepleierne skulle spørre om/fylle ut hos de ulike pasientgrupper. Hva er aktuelle sosiale data når en er innlagt for et kirurgisk inngrep? Flere sykepleiere synes det var vanskelig å spørre etter konkrete opplysninger vedrørende bolig og sosiale forhold når det ikke var sikkert at disse ble relevante.

Sykepleierstudentene synes å ha samme positive holdninger til sosialskjemaet som sykepleierne. Selv om de ikke hadde hatt undervisning om skjemaet på skolen, virket det som om de i løpet av praksisperioden klarte å få innsikt i hvordan det skulle brukes.

**Skjema for sykepleiesammenfatning** (vedlegg VI) hadde vært benyttet en tid i avdelingen, og virket innarbeidet og i bruk ved utskrivelser til primærhelsetjenesten og andre institusjoner. Et aktuelt spørsmål i bruken av skjemaet var hvor mye ”legestyrte” informasjon sykepleierne skulle skrive i sammenfatningen. Skulle for eksempel diagnoser og medikamenter nedtegnes, eller hørte dette hjemme bare i epikrisen fra legen? Spørsmålene ble luftet flere ganger uten at det ble tatt noen beslutning. Det kunne virke som sykepleierne av pragmatiske årsaker skrev denne informasjonen fordi de visste at epikrisene ofte ikke ble sendt før en viss tid etter utskrivelsen. Sykepleiesammenfatningen fulgte jo pasienten, og de aktuelle parter kunne dermed få nødvendig informasjon med det samme de tok imot pasienten.

## 4.0 Sykepleiedokumentasjon her og nå, -forslag til forbedringer i høgskole og praksis

Ut fra problemstillingne nevnt innledningsvis i rapporten og aktuelle moment som har kommet fram i tolkninger og vurderinger av observasjoner, vil jeg i det følgende fokusere på og komme med forslag til endringer innen tre hovedområder. Disse er:

1. Fokus på dokumentasjonsundervisningen i sykepleieutdanningen; er denne i samsvar med lover og retningslinjer? I hvilken grad korresponderer den med hverdagen i avdelingen?
2. Fokus på Statens helsetilsyns retningslinjer og dokumentasjonspraksis på avdelingen. Er det ideelle kravet i forhold til form og innhold gjennomførbart og nødvendig i dagens sykehusavdelinger?
3. Fokus på noen rammefaktorer som påvirker pleiepersonellens mulighet til å dokumentere tilfredsstillende.

### 4.1 Høgskolens undervisningsopplegg - rett, men likevel galt?

Sykepleiehøgskolene har undervist i bruk av sykepleieplaner i en mannsalder. Siden slutten av -70 tallet har studentene blitt opplært i oppsett av problem, mål, tiltak og evaluering, for å systematisere sykepleien rundt den enkelte pasient og sikre nødvendig dokumentasjon av sykepleien. Seinere kom også pasient-ressursbegrepet inn som et supplement til den problemfokuserende vinklingen. Denne form for dokumentasjon har en kalt administrative pleieplaner. Synet på lengde, organisering og oppsett har variert noe fra høgskole til høgskole, men gjennomgående har føring av administrative pleieplaner fra høgskolens side blitt beskrevet som en selvfølge for alle pasienter. Dette synet sammenfaller med intensjonen i Statens helsetilsyns retningslinjer for sykepleiedokumentasjon av 1994 (se kap. 2.2).

Ved Diakonissehjemmets høgskole har det i flere år vært praksis at studentene i sine praksisstudier i sykehus skal skrive en eller flere administrative pleieplaner. Disse skal godkjennes, og er et krav for bestått praksis på vedkommende avdeling. De innleverte planene

har ofte vært ordrike og deltaljerte, ikke sjelden 6-8 sider lange. I tillegg har studentene skrevet såkalte pedagogiske pleieplaner i form av øvingsoppgaver, semesteroppgaver og eksamener. Den pedagogiske pleieplanen har med momentene i den administrative pleieplanen. I tillegg skal studentene i denne skrive faglige vurderinger/begrunnelser for valg av problemer og tiltak. Denne typen pleieplaner blir skrevet i læringsøyemed. Erfaring har vist at også disse planene ofte blir svært lange og omfangsrike.

Sykepleiestudentene i den kirurgiske avdelingen var ofte usikre på oppsett og formulering av den administrative pleieplanen. Konkret gikk usikkerheten mest på hvordan en skal formulere problemstillinger, hva en skal ta med og hva som er "selvsagt." Noen studenter var forvirret på forskjellen mellom administrativ og pedagogisk pleieplan, og blandet disse to sammen i de innleverte pleieplanene fra praksis. Flere studenter var i tillegg frustrert over det store skillet mellom de lange og utfyllende planene de leverte inn til lærerne for godkjenning, og de korte, ofte ufullstendige planene som var på de andre pasientene i avdelingen de hadde i praksis. Spriket m.h.t. oppsett og innhold på pleieplaner i avdelingene og de som leveres inn til lærer er interessant. Presenterer høgskolen et plan- og dokumentasjonssystem som ikke er gjennomførbart eller er unødvendig i praksis?

Sykepleierne på den kirurgiske avdelingen ytret flere konkrete synspunkt på disse spørsmålene. Både i forhold til bruk av sosialskjema og pleieplanskjema (kap. 3.2), ble det av sykepleierne gitt uttrykk for at det var viktig å differensiere bruken av dokumentasjonsmetoder overfor de ulike pasientgruppene. Hos pasienter en ut fra erfaring forventet få eller ingen problemer, ytret sykepleierne ønske om mer standardiserte dokumentasjonsdokument, der en på en kortfattet, gjerne stikkordspreget måte kunne dokumentere aktuelle problemstillinger og det som blir satt i verk av sykepleie. I slike tilfeller mente flere sykepleiere at "gamlemåten" med fortløpende rapport for de ulike vakter kunne fungere tilfredsstillende de få vaktene/døgn pasientene lå inne. Hvis en klarte å finne enkle dokumentasjonsmetoder som tok liten tid å gjennomføre på hver vakt for en del av pasientene, mente de det var mer realistisk å få tid til å prioritere dokumentasjonen av sykepleien til pasienter som har mer komplekse og langvarige problemstillinger i forhold til inngrep, rehabilitering og planlegging av hjemreise. På disse pasientene, som kanskje utgjør 30-50% av pasientene i avdelingen, mente sykepleierne de kunne prioritere å sette opp pleieplaner som ligger opp til malen til Statens helsetilsyns retningslinjer.

Dette pragmatiske synet på sykepleiedokumentasjon bør etter min mening også lyttes til av høgskolen. Slik jeg ser det er det faglig forsvarlig å bruke ulike dokumentasjonsmetoder på ulike typer pasienter. Hos pasienter som er inne for mindre inngrep og forventes å ha en kort, ukomplisert postoperativ fase i sykehuset, vil det være forsvarlig å føre korte, fortløpende rapporter for hver vakt, eller på andre enkle, gjerne standardiserte måter nedtegne nødvendig sykepleiedokumentasjon. Dette vil frigjøre tid til sykepleie og føring av dokumentasjon overfor pasienter med sammensatte medisinske og sykepleiefaglige problemstillinger.

Slik jeg tolker aktuelle lover, forskrifter og retningslinjer er det åpning for en slik differensiering. Hovedkravet til all pasientdokumentasjon er at den "skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen -----", samt "være lett å forstå for annet kvalifisert personell" Lov om helsepersonell, 1999, § 40). Disse kravene kan etterleves ved bruk av flere dokumentasjonsmetoder!

Usikkerheten i forhold til å velge ut hva som skal dokumenteres og hvordan formulere disse områdene ut i kortfattede setninger, var stor hos mange sykepleiere og studenter. Sykepleierne som hadde begynt å bruke pleieplan regelmessig gav uttrykk for at de ikke brukte mye ekstra tid og energi på pleieplanskriving i forhold til annen type dokumentasjon, mens andre strevde og syntes pleieplanskriving tok uforholdsmessig lang tid. Slik jeg kunne observere det, var det ingen sammenheng mellom tiden sykepleierne hadde vært utdannet og i hvor stor grad de brukte pleieplan som dokumentasjonsform. En skulle gjerne forvente at de nyutdannede, som "kom rett fra skolen" mer systematisk brukte pleieplan, men dette var ikke tilfelle. Det virket heller som enkeltsykepleiere, ut fra egen interesse og faglige vurderinger, hadde fått øynene opp for hvordan systematisk pleieplanføring kunne forbedre og lette gjennomføring av den daglige sykepleien, og at disse med god støtte fra sykepleieledelsen i avdelingen ble oppmuntret til å utvikle denne praksis videre.

Dette er et godt eksempel på hvor viktig sykepleieledelsens holdninger er på utviklingen av de ulike områder i avdelingen. Samarbeid mellom sykepleieledelse i avdeling (avd.sykepleier, ass. avd. sykepleier eller andre ansvarlige for fagutvikling) og lærer om dette og andre sykepleiefaglige utfordringer er derfor svært viktig for at studentene skal få en best mulig læreprosess. I denne sammenheng er det ikke slik at høgskolen skal "belære" avdelingene. Jeg tror at høgskolen kan vinne mye på å lytte til prioriteringer og faglige vurderinger som blir gjort av dyktige sykepleiere i avdelingene. Ved å integrere disse vurderingene i teoriundervisningen vil høgskolen kunne gi studentene god ballast som også holder vann i

den praksis de kommer i under utdannelsen. Dette er ikke minst aktuelt når det gjelder undervisning om sykepleiedokumentasjon. 25 år med teoriundervisning på pleieplanskriving fra høgskolens side har hatt tankevekkende lite gjennomslagskraft i praksis!

Når det gjelder studentenes frustrasjon over forskjellen mellom det som står i avdelingens sykepleiedokumentasjon og de pleieplanene som leveres til lærer for godkjenning, kan dette løses ved at innleveringen kuttes ut og at studentene heller bruker tid og energi på å lage/oppgradere pleieplaner på pasienter de er medansvarlige for i avdelingen. Lærer kan da bruke tiden han/hun brukte til gjennomgang av planene til samvære med studentene i avdelingen, og der fokusere på hvordan en kan lage gode planer som kan brukes. En slik læringsmetode vil i tillegg føre lærer mer inn i dokumentasjonshverdagen i avdelingen, og han/hun vil kunne få gode tips til hvordan legge opp til dokumentasjonsundervisning som kommuniserer med den praksis studentene møter.

Det blir undervist både om ”sykepleieproblem” og ”sykepleiediagnose” fra høgskolen side. Teoriene bak disse begrepene er svært forskjellige. Begrepet sykepleieproblem er hentet fra sykepleieprosess-tenkningen (se kap. 3.1), og er en del av en problemløsende prosess tilpasset sykepleiernes funksjonsområde. Begrepet sykepleiediagnose refererer til internasjonale standarder der ulike tilstander hos pasienten, relevant for sykepleiernes ansvars- og funksjonsområde, har fått en diagnosetekst (Heggdal 1999). Studentene i praksisstudier på kirurgisk avdeling hadde ikke hørt begrepet sykepleiediagnose nevnt i avdelingen. Jeg tror det er en lykke for både sykepleiere og studenter i avdelingen at de holder seg til det innarbeidede problembegrepet, og ikke kompliserer sykepleiedokumentasjonen ytterligere ved å dra inn teori og tanker rundt sykepleiediagose-tenkning i praksis i 2. studieenhet. Dette kan eventuelt tas opp som eget tema på slutten av 3. studieenhet.

Høgskolens undervisning om sykepleiedokumentasjon – rett, men likevel galt? Etter min mening blir svaret til dels ja. Lærere har med både kunnskap og engasjement samvittighetsfullt undervist etter sykepleieteorier og statlige retningslinjer, og etter min mening lagt lista for sykepleiedokumentasjon på et nivå som sjelden har kommunisert med grasrota. I tiden framover må høgskolen på dette området være mer i dialog med avdelingene hvor studentene har praksis. Partene må komme hverandre i møte. I denne sammenheng har høgskolen et ansvar for å gjøre seg kjent med de rådende dokumentasjonsrutinene i praksis, og ta hensyn til disse i innføringen i emnet. På denne måten kan spriket mellom teori og



praksis bygges ned, og høgskolen kan hjelpe studentene med å finne ståsted og metoder for gjennomføring av forsvarlig sykepleiedokumentasjon i hverdagen.

#### 4.2 Dokumentasjonspraksis i sykehusavdelingen - krav og realisme.

I sykepleierutdanningen har det nærmest blitt satt likhetstegn mellom forsvarlig sykepleiedokumentasjon og pleieplanføring. Dette synet blir også presentert i Statens helsetilsyns retningslinjer om pasientjournalen (1994):

*”Dokumentasjonen av sykepleietjenesten skal, som all annen journaldokumentasjon, gjenspeile både observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger. Til sammen utgjør dette pasientens pleieplan som til enhver tid må være ajourført under et opphold i institusjon... (s. 34.)*

De nye helselovene, i denne sammenheng Lov om helsepersonell, Lov om spesialisthelsetjeneste og Pasientrettighetsloven med forskrifter (alle 1999), sier mellom annet dette om pasientdokumentasjon/journalføring: *”Journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt...”* og at: *”Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige: --- Føreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelse, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.---* (Forskrift om pasientjournal, i Lov om spesialisthelsetjenesten, m.m., 1999, s. 64.)

I forskriften er ikke begrepet pleieplan brukt. Det kreves imidlertid at relevante og nødvendige pleieopplysninger tas med og at det skal være en plan eller avtale om videre oppfølging. Så lenge disse kriteriene etterleves, setter de nye helselovene ikke noen bestemte krav til oppbygging og organisering av de ulike delene av pasientjournalen. Juridisk sett skulle det derfor, slik jeg ser det, ikke være noe problem å benytte seg av flere parallelle måter å nedtegne nødvendig og relevant sykepleiedokumentasjon i en avdeling.

Likevel kan det synes som en i sykepleierutdanningen og i sykehus/institusjoner holder fast ved pleieplanmodellen som den eneste gyldige metoden. Med den manglende gjennomslagskraften pleieplanføring har hatt de ti-årene metoden har vært på banen, er det grunn til å sette

spørsmålstegn ved klamringen til pleieplan som eneste godkjente dokumentasjonsmetode. Hvorfor holde fast ved *en* ordning som erfaringsmessig synes svært vanskelig å gjennomføre? Kanskje en av årsakene er at dagens sykepleieledere og høgskolelektorer er (ukritiske) barn av sykepleieprosess- og pleieplantenkningen? Kanskje har mange sykepleieledere og høgskolelektorer mangelfull innsikt i hvordan hverdagspraksis i avdelingene er når det gjelder bruk og forståelse av pleieplaner? Jeg antar at dette er noe av forklaringen på spriket mellom krav og realisme i forhold til sykepleie-dokumentasjon. En måte å komme dette problemet i møte på, er å åpne for parallelle dokumentasjonsmetoder i samme avdeling ut fra hvilke typer pasienter en har med å gjøre. Ved å benytte pleieplanmetoden bare til pasienter med sammensatte- og mer langvarige pleiebehov, slik sykepleiere ved avdelingen foreslo, og andre, mer kortfattede og fortløpende rapporter overfor de andre pasientene, er det sjanse for at den totale sykepleiedokumentasjonen ved en avdeling kan bli bedre ivaretatt.

Hvilke typer pasienter som skal benytte pleieplan må avgjøres av sykepleieledelsen ved avdelingen. Slik jeg ser det, kan det på en kirurgisk avdeling være fornuftig at alle pasienter med større, planlagte inngrep som krever innleggelse utover 6-8 dager automatisk får skrevet dokumentasjonen som pleieplan. De øvrige legger en alder, allmentilstand og tidligere erfaringer fra samme pasientgruppe til grunn for vurderinger om det skal føres pleieplan eller ikke. Med denne handlingsmåten kan en redusere antall planer, og få frigjort tid.

I tillegg til å få ansvar for færre antall pleieplaner er det også andre momenter som påvirker pleiepersonellens tid, evne og motivasjon til føring av sykepleiedokumentasjon. Dette fører oss over i neste kapittel.

### **4.3 Sykepleiedokumentasjon – hvem, hva, hvor og når?**

#### **HVEM?**

Lov om helsepersonell (1999) pålegger den som yter helsehjelp å nedtegne/registrere nødvendige og relevante opplysninger om behandling, pleie, m.v. (§39). I samme paragraf påpekes at denne plikten ikke gjelder såkalt "samarbeidende helsepersonell", d.v.s. personell som gir helsehjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet personell. Nevnte hjelpepersonell har altså ingen dokumentasjons*plikt*. De kan imidlertid dokumentere sitt arbeid hvis de blir delegert dette ansvaret, jfr. §5 i helsepersonelloven.

Den kirurgiske avdelingen jeg har tatt for meg i denne rapporten praktiserer gruppesykepleie, d.v.s. at én sykepleier har overordnet ansvar for en gruppe pasienter i avdelingen. Oftest skriver sykepleieren som er gruppeleder de nødvendige pleieplaner/ rapporter på hver vakt. I noen tilfeller skriver den sykepleieren som har vært hos vedkommende pasient det som skal dokumenteres. Sykepleiestudenter dokumenterer i de siste ukene av sin praksis relativt selvstendig på den/de pasientene de har ansvar for. Praksis er altså i mange tilfelle at den som er lengst unna pasienten m.h.t. pleie, nærhet og tilstedeværelse, nemlig gruppeleder, er den som fører i pennen det meste av sykepleiedokumentasjonen. Ett argument *for* denne ordningen er at gruppeleder lettere har oversikt over pasientens totalsituasjon, d.v.s. både det som legen, fysioterapeuten, ergoterapeuten og sykepleieren forordner og gjennomfører hos pasienten. Dette er et ansvar som påligger gruppeleder, og som er svært viktig for at pasienten skal oppleve kontinuitet og helhet i sin situasjon. Men gagnar dette systemet *sykepleiedokumentasjonen*? Jeg mener koordinatorrollen som gruppeleder har, og må ha, kan føre til at sykepleiedokumentasjonen ofte blir fortrent av annen dokumentasjon/andre arbeidsoppgaver som er pålagt gruppeleder. Videre mener jeg at gruppeleder ofte ikke har nær nok kjennskap til pasienten til skriftlig å uttrykke pasientens problemer og behov på en nyansert og presis måte. Derfor bør det ved sengeposter som er organisert etter gruppesykepleiemodellen innarbeides rutiner som gjør at de som utfører sykepleien er de som også dokumenterer. Dette vil medføre at sykepleiere og hjelpepleiere på gruppen i større grad ansvarliggjøres når det gjelder å dokumentere problemer, tiltak og evalueringer innenfor deres kompetanseområde på de pasienter en velger å skrive pleieplaner.

Gruppeleder har derimot en viktig funksjon i å påse at nødvendige pleieplaner blir utarbeidet, og å kontrollere innhold og kvalitet i disse. Gruppeleder må også bestemme hvilke pasienter det skal utarbeides pleieplaner på, og hvilke det evt. skal gjennomføres et enklere sykepleiedokumentasjonssystem overfor. Ved innføring av en slik ansvarsfordeling mellom de ulike parter vil også praksis bli mer i tråd med lovparagrafen om at den som yter helsehjelp også skal nedtegne/registrere relevante og nødvendige opplysninger.

Hjelpepleiere som skal dokumentere sykepleien i pleieplaner eller andre dokumentasjonssystemer vil ofte trenge opplæring i det systemet som avdelingen benytter. Erfaring fra kommunehelsetjeneste og andre institusjoner, der hjelpepleiere daglig dokumenterer sitt arbeid, viser at denne yrkesgruppen med noe trening godt klarer oppgaven med å

dokumentere pasientens behov og utvikling m.h.t. grunnleggende behov. I forhold til andre, mer spesifikt sykepleietekniske og medisinsk rettede pleieoppgaver, er det naturlig at sykepleier eller gruppeleder er dokumentasjonsansvarlige.

Aktuelle lovverk pålegger de som fører pasientjournalen at alle ”-relevante og nødvendige opplysninger” skal nedtegnes. Hva dette konkret betyr for pleiere i sykehusavdelinger vil bli belyst i neste avsnitt.

## HVA?

Studentene hadde en tendens til å bli ordrike i de pleieplanene de leverte lærer for godkjenning i sin praksisperiode. Andre pleieplaner, skrevet av sykepleiere i avdelingen var på den annen side ofte for knappe til å få fram individuelle nyanser i pasientens situasjon. Totalt sett virker det vanskelig å finne den gyldne middelvegen i forhold til hva som er nødvendig og tilstrekkelig dokumentasjon hos den enkelte pasient. Dette gjelder både hvor mye en dokumenterer og hva en prioriterer å skrive.

En grøft som sykepleiere og studenter står i fare for å gå i, er i for stor grad å dokumentere medisinsk-relaterte funn og opplysninger, på bekostning av dokumentasjon av grunnleggende behov og pleierelaterte problemer hos pasienten. I medisinske og kirurgiske avdelinger skal kurve, evt. pre-journal, journalnotat og epikrise dekke nødvendig medisinsk dokumentasjon. Likevel ser en ofte at en i sykepleiedokumentasjon fører medisinske behov og tiltak parallelt. Dette kan i visse tilfeller være nødvendig fordi sykepleiere har fått delegert medisinske oppgaver fra lege eller fordi journalnotat av ulike årsaker ikke er tilstrekkelig ajourført for å gi tilfredsstillende kontinuitet i behandling og pleie. Imidlertid kan sykepleiernes iver etter å dokumentere mer håndfaste medisinske data ofte føre til at nødvendig og relevant dokumentasjon om pasientens grunnleggende behov fortrenses. Det samme gjelder også hvordan han/hun mesterer sin situasjon og planer og tanker om rehabilitering og framtid. Disse områdene er gjerne mindre konkrete, og kanskje vanskeligere å føre i pennen på en profesjonell og objektiv måte. Slik jeg ser det er det likevel på disse områdene sykepleiere og hjelpepleiere har sine hovedoppgaver på vanlige sengeposter.

Sykepleiedokumentasjonen i den aktuelle avdelingen i prosjektiden bar til tider preg av overfokusering på medisinske problemer og tiltak. Problemer pasientene hadde i forhold til for eksempel smerte og kvalme var ofte satt opp i stikkords form i pleieplan: ”Pas. er kvalm.”

Problemene var ofte ikke relatert til noen årsak, f. eks. narkose, obstipasjon, eller lignende. Tiltakene var gjerne skjematisk oppsatt (likt fra pasient til pasient, uten å være individuelt tilpasset), og refererte til tiltak, ikke sjelden bare til medikamenter, som også stod skrevet på kurven. Andre, mer mykere data, behov og tiltak var gjerne ikke tatt med i pleieplanen. Eksempler på dette er engstelse for operasjon og søvnproblemer på grunn av medpasienter på rommet. Satt på spissen kunne en pleieplan, slik problemer og innhold var formulert, i mange tilfeller blitt brukt til flere pasienter på avdelingen.

Det kan være mange grunner til at det blir slik. Når gruppeleder, som ofte skriver og ajourfører pleieplanen, har ansvar for 8-10 pasienter, uten å ha vært direkte involvert i pleie og stell hos mer enn to-tre av dem på vedkommende vakt, er det lett for at utsagnene i dokumentasjonen blir generelle og lite individuelt tilpasset. Nærvær i stellesituasjon og mulighet til å komme i fortrolig kontakt med vedkommende pasient, er ofte en forutsetning for å danne seg et bilde av pasientens pleierelaterte behov og kunne dokumentere disse.

I løpet av prosjektperioden deltok jeg i flere 30-minutters dialog-undervisningstimer med sykepleiere og studenter i avdelingen. I denne undervisningen tok vi for oss konkrete pasienteksempler og satte sammen opp forslag til formuleringer av problemer, mål og tiltak. Disse timene avdekket usikkerhet m.h.t. formulering. Det var likevel tydelig at de gode, presise formuleringene ikke satt langt inne, og at sykepleierne etter få slike ”stopp-opp-tenke-stunder” raskt ble sikrere i formuleringene i pleieplanene. Sykepleiestudentene var relativt passive i denne undervisningen. Det virket som om de ikke hadde den nødvendige oversikten over ulike pasientsituasjoner til å gripe nødvendige nyanser og gjøre bruk av et godt skjønn i forhold til hva en skulle dokumentere og hvordan.

Dette kan si noe om når tid det er mest fruktbart å ha dokumentasjonsundervisningen i høgskolen. Tankegangen i dag, i første og andre studieår, er at de skal ha undervisningen før de går ut i de lengste praksisperiodene for å være ”beredt” til det som møter dem. Slik jeg har observert, kan det virke som om høgskolen forbereder dem på en virkelighet som ikke er der, og at studentene vanskelig finner sitt ståsted før praksisperiodene er over. Studentene kan i forkant av praksisperioden informeres om hvordan dokumentasjonsrutinene fungerer i de ulike avdelingene de skal avvikle sin praksis i. Studentene bør som nå undervises i skrive og bruk av pleieplaner. Like viktig er det at de etter noen uker i praksis blir hjulpet til å reflektere rundt vedkommende avdelings dokumentasjonspraksis, og sammen med lærer og

sykepleiere deler tanker om hva som er relevant og nødvendig sykepleiedokumentasjon på avdelingen, og hvordan denne kan nedtegnes. Pleieplaner bør i denne sammenheng vektlegges. Parallelt med pleieplaner bør studenter også få innsikt i andre måter å forsvarlig dokumentere sykepleien på.

Hjelpepleierne i den kirurgiske avdelingen var ikke med på nevnte dialog-undervisning. Et par av de mest erfarne hjelpepleierne jeg snakket med sa at de for noen år tilbake hadde hjulpet sykepleierne med dokumentasjon, men at dette var blitt slutt på etter en omlegging av rutinene. Jeg stiller meg spørrende til en slik praksis. Med en viss opplæring, for eksempel dialog-undervisningstimene vi hadde i vårsemesteret på den kirurgiske avdelingen, vil pasientene kunne vinne på at den som står nær pasienten i stellsituasjon og daglige gjøremål også er delaktig i sykepleiedokumentasjonen. Disse syke- og hjelpepleierne kan da fokusere på tradisjonelle sykepleiefaglige områder. Gruppeleder, som gjerne har deltatt på legevisitt og gjerne har samarbeidet med andre yrkesgrupper må dokumentere nødvendige og relevante opplysninger på disse områdene. Han/hun har samtidig det overordnede sykepleieansvaret for sin gruppe og et veiledningsansvar for helsepersonellet her. De andres nedtegnelser kan være et godt utgangspunkt for disse funksjonene.

Noen vil mene at det er upraktisk at flere personer på samme vakt skal dokumentere skriftlig. Kanskje en i tilfeller der dette er vanskelig gjennomførbart skal gjøre det slik at sykepleiere som har det praktiske ansvaret for pasienten på vedkommende vakt er hovedansvarlig for dokumentasjonen, og at de mottar nødvendige opplysninger fra gruppeleder og har ansvar for å integrere disse i den samlede dokumentasjon? Kanskje en slik kan vri hovedfokus i sykepleiedokumentasjonen over på sykepleierrelaterte ansvars- og arbeidsoppgaver?

## HVOR OG NÅR?

Som det går fram ovenfor, er det mange faktorer som kan gjøre det vanskelig å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger i sykepleiehverdagen. I tillegg til usikkerhet og manglende kunnskaper om hva og hvordan en skal dokumentere, er også de ytre rammefaktorene av avgjørende betydning. Mange sengeposter har manglende kontorfaciliteter. Dette fører til at flere pleiere må sitte på samme kontor når de skal gjøre nødvendig kontor- og dokumentasjonsarbeid på de ulike grupper. I tillegg kommer det henvendelser fra pasienter og besøkende samt telefoner, som gjør det vanskelig å arbeide uten

å bli avbrutt. Slike faktorer kan gjøre skrivingen vanskelig, og av og til være en direkte årsak til slett dokumentasjonsarbeid.

Vaktlengde og mangelfull overlappingstid mellom vaktene kan også virke inn på kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen. På avdelingen var overlappingen mellom dag og kveld og kveld og natt bare 30 minutter. Denne tiden går i praksis med til å gi rapport felles og gruppevis. I disse halvtimene er dokumentasjonspapirene dessuten i bruk, og dermed utilgjengelig for andre enn gruppelederne. I dette tidsrommet er det heller ingen steder å sitte for de pleierne som måtte ha tid til å dokumentere. I praksis må derfor all dokumentasjon være skrevet før det nye vaktskiftet kommer på. I travle perioder virker dette vanskelig å gjennomføre, og resultatet blir gjerne at en eller flere pleiere setter seg ned etter vaktens slutt for å dokumentere det mest nødvendige. Hvis en fikk økt overlappingen i vaktskiftene med 15-20 minutter kunne en innarbeide rutiner som sikret bedre tid til dokumentasjon etter at andre pleiere hadde tatt over ansvaret for pasientene. En slik ordning ville også ha vært positivt for sykepleiestudentene som da sammen med sine kontakter i noe roligere omgivelser kunne konsentrert seg om utforming av sykepleiedokumentasjon.

På avdelinger som har innført edb-baserte dokumentasjonssystem er det viktig at en har et tilstrekkelig antall terminaler, og at disse er plassert på rom som er tilgjengelige på rette tidspunkt og som en kan sitte uforstyrret på. Siden elektronisk journal ikke var innført på nevnte avdeling var dette problemet lite i prosjektperioden. Edb ble her bare benyttet til pasientadministrative systemer og til korrespondanse med laboratoriet. Terminalene er pr. i dag imidlertid plassert på felles vakrom, og bare der. Dette vil kunne medføre problemer ved innføringen av sykepleiedokumentasjon i elektronisk journal som er planlagt innført i nærmeste framtid ved avdelingen.

## 5.0 Avslutning/oppsummering

I denne rapporten har jeg sett på innhold og form i sykepleiedokumentasjonsundervisningen ved Diakonissehjemmets høgskole og dokumentasjonspraksis i en kirurgisk avdeling ved Diakonissehjemmets sykehus. Rapportens første del skisserer myndighetskrav og retningslinjer for føring av sykepleiedokumentasjon. I en prosjektperiode på 5 måneder våren 2001 samlet jeg data på hvordan sykepleiere og sykepleiestudenter ved avdelingen dokumenterte den utøvde sykepleien. Dette utgjør sammen med en redegjøring for høgskolens undervisningsopplegg i forhold til sykepleiedokumentasjon rapportens andre hoveddel. Rapportens siste hoveddel tar for seg konkrete forslag til endringer av undervisning og dokumentasjonsrutiner i høgskole og sykehusavdeling. Disse kan oppsummeres på følgende måte.

\*Høgskolens undervisning om sykepleiedokumentasjon bør knyttes nærmere opp til de dokumentasjonsmetoder som blir benyttet i avdelinger studentene har sin praksisundervisning. Høgskolen bør gi undervisning i flere alternative måter å dokumentere sykepleien på, og ikke bare undervise i pleieplanskriving. Undervisningen i pleieplanskriving bør gjøres på en måte som sykehus/avdeling mener er gjennomførbar i praksis.

\*Sykepleieleidelse ved sykehuset og avdeling bør med utgangspunkt i pasientkategori og pleietyngde åpne for alternative dokumentasjonsformer utover den fastsatte sykepleieplan-malen. Mer kortfattede dokumentasjonsmetoder bør benyttes hos pasienter med få liggedager og forventet ukompliserte pleieforløp.

\*De sykepleierne og hjelpepleierne som utfører daglig stell og pleie bør også dokumentere sykepleien til vedkommende pasient.

\*Rammebetingelser som overlappingstid ved vaktskifte og egnede kontorplasser må vektlegges for å legge forholdene bedre til rette for den skriftlige sykepleiedokumentasjonen.



## Litteraturliste

Heggdal, K. (1999). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen Jahren, N. m.fl. (1995). *Generell sykepleie 2*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lov om helsepersonell av 2. juli 1999, med endringer, sist ved lov av 21. desember 2000, samt forskrifter. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Lov om helsetjeneste i kommunene av 19. november 1982. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999, med endringer, sist ved lov av 21. desember 2000, samt forskrifter. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999, samt forskrifter. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Statens helsetilsyn. Utredningsserie 3/94. Pasientjournalen. Innhold, gruppering og arkivering av pasientdokumentasjonen i somatiske sykehus.

## Vedlegg

- Vedlegg I Fagplan for praksis, 2. studieenhet, Diakonissehjemmets høgskole, mai 2001  
Kap. 15. Kvalitetsutvikling.
- Vedlegg II Dokumentasjon for sykepleien ved Diakonissehjemmets Sykehus Haraldsplass,  
1995.
- Vedlegg III Skjema for pasientopplysninger i sykepleiedokumentasjon, Diakonissehjem-  
mets sukehus.
- Vedlegg IV Skjema for sykepleieplan og sykepleierapport, Diakonissehjemmets Sykehus.
- Vedlegg V Sosialskjema ved sykepleiedokumentasjon, Diakonissehjemmets Sykehus.
- Vedlegg VI Skjema for sykepleiesammenfatning, Diakonissehjemmets Sykehus.

Hentet fra: Fagplan for praksis, 2. studieenhet  
Diakonissjennets Høgskole, mai 2001.

Vedlegg I

## 14. Administrasjon / Tverrfaglig samarbeid

Studenten har handlingskompetanse ved å:

Kunne:

- administrere eget arbeid
- ta ansvar for sykepleien til 2 - 4 pasienter.
- innhente sykepleiedata om pasienten og gjennomføre sykepleien på bakgrunn av disse
- reflektere over gruppeleders ansvar for kvaliteten av sykepleien pasientene blir tilbudt

Studenten har handlingsberedskap ved å:

Ta medansvar:

- ved å få innsikt i gruppelederfunksjonen. Herunder: Øve på å planlegge, prioritere og fordele ansvar - og arbeidsoppgaver ut i fra pasienters behov, postens rutiner og tilgjengelige ressurser.
- ved å trene på å lede previsitt for gruppen, gå visitt og følge opp beslutninger og vedtak
- ved planlegging av pasientens hjemreise / utskrivning ved bl. a. å samarbeide med pårørende og primærhelsetjenesten
- ved å samarbeide med det tverrfaglige team

## 15. Kvalitetsutvikling

Studenten har handlingskompetanse ved å:

Kunne:

- gjøre bruk av sykepleiedokumentasjon
- observere og identifisere pasientens behov, problemer, ressurser på det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige område.
- foreslå og iverksette sykepleietiltak utfra pasientens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov.
- evaluere gjennomførte sykepleietiltak.
- skrive administrativ pleieplan
- gi rapport både muntlig og skriftlig.
- skrive sykepleiesammenfatning til primærhelsetjenesten eller til annen institusjon
- vurdere problemstillinger i sykepleiepraksis ut i fra grunnleggende etiske prinsipp ( for eks. autonomi-, rettferdighet-, ikke skade-/ velggjørhetsprinsippet)
- være bevisst egne holdninger og vise refleksjon i sykepleiepraksis

Studenten har handlingsberedskap ved å:

Ta medansvar:

- for sykepleietjenestens faglige standard ved å diskutere og problematisere ulike problemstillinger og tiltak

Kjenne til:

- bruk av EDB i sykehus



KHAg

Vedlegg: II



# Dokumentasjon



for sykepleien

ved

**Diakonissehjemmets Sykehus Haraldsplass**



## Forord

Høsten 1994 satte en i gang et prøveprosjekt med innføring av ny sykepleiedokumentasjon ved DSH. Sykepleierådet vedtok at det skulle foretas en evaluering etter en prøveperiode på ca. et halvt år. Det ble satt ned en gruppe bestående av Jorunn Sørland, Randi A. Jacobsen og Randi Fauskanger som skulle foreta evalueringen. Gruppens arbeid var å evaluere retningslinjer og skjema og å komme med forslag til forbedringer.

I løpet av januar 1995 ble det sendt ut en del spørsmål vedrørende den nye dokumentasjonen til alle avdelingssykepleiere ved sykehuset. I tillegg ble det sendt ut et spørreskjema til brukerne av det tverrfaglige skjema.

Legerådet tok kontakt med direktøren våren 1995 og ønsket en dialog rundt den nye sykepleiedokumentasjonen.

De nye skjemaene og de retningslinjer som nå er vedtatt er kommet fram etter en grundig gjennomgang av de spørreskjema som kom inn og de samtalene en hadde med sjeflege og formann i legerådet.

Jeg vil til slutt minne om et sitat hentet fra tidsskrifte Sykepleien 16/86. Der står det:

*«Pleie av mennesker er en intellektuell prosess, som krever kjennskap til sykepleiehandlinger som ikke er basert på ritualer og tradisjoner, men på overveielser og systematisk problemløsning. En presis dokumentasjon av sykepleiehandlinger er en vesentlig bakgrunn for planlegging og evaluering av sykepleie.»*



Kari Nesse  
sjefsykepleier  
November 1995

## SYKEPLEIEDOKUMENTASJON

Skjema for sykepleiedokumentasjon:

- pasientopplysninger/innkomstdata
- sykepleieplan og sykepleierapport
- Sosialskjema
- tverrfaglig skjema
- sykepleiesammenfatning
- kurven som er felles arbeidsdokument for flere profesjoner og har egne retningslinjer

Kurve, operasjonsskjema og anestesiskjema har egne retningslinjer og blir ikke omtalt nærmere i dette dokumentet.

Skjemaene oppbevares i ringperm. Den enkelte post avgjør selv hvor mange pasienter det skal være i hver perm. En bruker bare de skjemaene som er nødvendige. Alle pasienter skal ha: pasientopplysninger/innkomstdata, sykepleieplan/sykepleierapport. Sykepleiesammenfatningen skal benyttes når andre utenfor sykehuset overtar omsorg/behandling av pasienten. Kopi arkiveres i pasientjournalen.

All dokumentasjon skal utføres med **permanent penn**.

Blå penn på dagvakt.

Grønn penn på aftenvakt.

Rød penn på nattevakt.

Blanco er **IKKE** tillatt. Er det feilskrevet, skal det strykes over.

Sykepleierne har ansvar for dokumentasjonen. Rapportskrivningen kan delegeres til hjelpepleier og sykepleiestudenter, men sykepleieren har det endelige ansvar for at rapporten er korrekt og av høy faglig kvalitet. Alle rapporter skal merkes med dato og signatur.

Sykepleiesignaturen skal bestå av 3 bokstaver, **enten**

- a) første bokstav i fornavn, første bokstav i mellomnavn og første bokstav i etternavn, **eller**
- b) første bokstav i fornavn og første og andre bokstav i etternavn.

Hjelpepleier signerer etter samme prinsipp som sykepleier, men skriver hjpl foran.

Sykepleiestudenter signerer med to bokstaver, første bokstav i fornavn og første bokstav i etternavnet. Foran signaturen settes S.

Avdelingen/postene har egne signaturlister som arkiveres ved årets utgang ved Personalavdelingen.

All sykepleiedokumentasjon vil bli oppbevart i pasientjournalen.

**Hensikten med pleieplanen/dokumentasjonen er å:**

- sikre en mer individuell og målrettet sykepleie
- gi en mer helhetlig sykepleie



- bedre kontinuiteten i sykepleien ved at alle som leser pleieplanen vet hva de skal følge opp og ta hensyn til
- bedre kommunikasjonen mellom personalet - og primærhelsetjenesten
- få et middel til vurdering av utført sykepleie
- lette koordineringen av den samlede innsats fra pleie- og behandlingsteamet til pasienten
- hjelpe den enkelte sykepleier til å se sin særegne funksjon/oppgave i pleie- og behandlingsteamet

## Retningslinjer for bruk av sykepleiedokumentasjon

### **Pasientopplysninger/inntakstdata**

Alle pasienter enten de blir innlagt som ØH eller etter venteliste, innskrives av personalet i Mottagelsen (skjema nr. 82, se vedlegg). Originalen leveres til Journalarkiv og kopi beholdes. Når de opplysninger en trenger fra innskrivningsarket er overført til pasientopplysningene i sykepleiedokumentet, markuleres arket.

Ved ØH-innleggelse fyller sykepleier ut de observasjoner og opplysninger en får i samtale med pasient og pårørende.

Det er sykepleier på post som har ansvar for datasamlingen. For at sykepleien skal bli best mulig, bør alle pasienter få en inntakstamtale med sykepleier innen ca. 24 timer og fortrinnsvis av den sykepleieren som vil ha ansvar for sykepleien til pasienten i sengeposten. Funksjonsområdene benyttes som disposisjon for inntakstamtalen. Både styrke og begrensninger skal tas med. Hensikten med dette er å vektlegge like mye det pasienten kan klare selv som det pasienten må ha hjelp til.

### **Inntakstamtale relatert til funksjonsområdene:**

- 1. Pust/blodomløp/bevissthetstilstand**  
Respirasjon: Hvordan puster pasienten? Normalt, overflatisk annet?  
Blodomløp: Farge, klam, kald, ødemer, tørr, varm?  
Blodtrykk, puls, temperatur føres direkte på kurven.  
Bevissthetstilstand?
- 2. Forflytning/aktivitet**  
Forflytning, bruk av hjelpemidler før innleggelsen.  
Navn på medbrakte hjelpemidler.  
Aktiviteter og aktivitetsnivå før innleggelsen.  
Forflytning/aktivitet og bruk av hjelpemidler under sykehusoppholdet.
- 3. Sanser/språk**  
Syn - hvordan ser pasienten, bruk av hjelpemidler?  
Hørsel - hvordan hører pasienten, bruk av hjelpemidler?  
Språk - klar, tydelig?

- 
- 4. Smerter/kvalme**  
Lokalisering?  
Hvordan er smerten?  
Hvordan takler pasienten smerten?  
Kvalme, mulige utløsende faktorer.  
Ved brekninger: hyppighet, utseende, mengde.
  - 5. Ernæring**  
Diett, kostvaner, matlyst, matallergi, spesielle ønsker.  
Tyggefunksjonen, svelge, spiser selv?  
Sår i munn/svelg? Tannstatus, hjelpemidler?  
Drikkemengde?
  - 6. Naturlige funksjoner**  
Vannlating: Inkontinens, eventuell grad. Hjelpemidler?  
Tarmfunksjonen: Obstipert, diare, toalettvaner, hjelpemidler?  
Svette?
  - 7. Hud/Stell/Påkledning**  
Hud: Sår, utslett, trykksår, tynn hud.  
Disponert for trykksår? Forebygge, hjelpemidler?  
Sårbehandling, hjelpemidler, metodebruk?  
Stell/påkledning. Hva klarer pasienten selv, eller hva ønsker pasienten hjelp til?  
Metodebruk? Bruk av hjelpemidler?
  - 8. Søvn/hvile**  
Hvordan er pasientens søvnrytme til vanlig?  
Hva gjør pasienten selv for å sove?
  - 9. Sosial situasjon**  
Sivilstand/nettverk. Arbeidssituasjon.  
Bor sammen med? Bor det pårørende i nærheten?  
Bolig: Leilighet, enebolig, alt på ett plan, trapper.  
Hjemmesykepleie, hjemmehjelp før innleggelsen. Bydel, gruppe varslet?  
Trygghetsalarm, andre ressurser som er etablert, for eksempel mat fra familie, naboer etc.
  - 10. Misbruk**  
Opplysninger en får fra pasienten eller pårørende.
  - 11. Psykisk/mental funksjon**  
Orientert for tid og egen situasjon.  
Innsikt i egen situasjon/sykdom.  
Emosjonell tilstand, humøret, stemningsleiet til daglig?  
Hukommelse.
  - 12. Livssyn/verdier**  
Spesielle tiltak i samband med tro/livssyn, for eksempel blodtransfusjon, mat behov for stillhet, trossamfunn?
-

### 13. Informasjon

Er familien og eventuelt hjemmesykepleien informert om at pasienten er innlagt?  
Informasjon fra lege/sykepleier til pasientens pårørende.

### 14. Andre opplysninger

Pasientsituasjonene er ulike, og forskjellige poster kan ha ulike behov for tilleggsopplysninger.

Hva opplever pasienten som sitt største problem?

## **Sykepleieplan og sykepleierapport**

Datasamlingen danner grunnlaget for sykepleieplanen som skal brukes til planlegging og dokumentasjon av den fortløpende pleie. Den skal skrives med blå penn. Avsluttende problem skal strekes ut med rød penn, sep.dato og sign. Sykepleieplanen skal være **dagsaktuell**. Det bør være plass mellom problemene.

Sykepleieproblem nummereres med funksjonsområde og skal beskrive så nøyaktig som mulig de problemer som sykepleieren har ansvar for å utrede og ta seg av. Beskrivelsen bør inkludere årsak (sikre eller mulige) slik at en har et så sikkert grunnlag som mulig for å sette opp mål og tiltak.

Eksempel:

Pasienten er rød på setet

For å kunne følge opp tenkemåten fra datasamlingen, skal en kartlegge pasientens styrke/ressurser og begrensning i forhold til aktuelt problemområde.

### **Mål**

Målet skal beskrive det funksjonsnivå/den atferd/tilstand som en ønsker når målet er nådd/opnådd. Målet skrives før tiltakene og makes med M:

Målet skal være

- individuelt
- presist og konkret
- målbart
- realistisk
- retningsgivende for tiltak som blir satt i verk
- utgangspunkt for evaluering av tiltakene

Målet skal si noe om hvem det dreier seg om, hva vedkommende skal gjøre, hvordan og når handlingen skal være utført.

Eksempel:

Mål: Huden er hel.

## Tiltak

Tiltak er foreslåtte løsninger for å nå målet. De skal være:

- teoretisk forsvarlige i forhold til diagnose og målsetting
- praktisk gjennomførbare
- i samsvar med pasienten sin oppfatning/motivasjon

Tiltakene skal:

- formidle kunnskaper
- stimulere vilje
- motivere
- utføre praktiske gjøremål
- gi hjelp til selvhjelp

Eksempel:

- smøre med støtputesalve x 3 dgl
- gelepute

## Sykepleier rapport/evaluering

Sykepleier rapporten/evalueringen skal skrives fortløpende og skal være relatert til problemområdene og ha samme nr. ut fra funksjonsområdene. For hvert nytt problemområde skal en begynne på ny linje. Rapporten skal være:

- en vurdering av effekten av den pleie som er gitt
- forandringer i pasientens tilstand
- observasjoner knyttet mot iverksatt behandling
- dokumentasjon av sykepleie

Er målet nådd/problem løst? Er det forventet fremgang? Eller bør tiltakene forandres? Er det nye opplysninger som bør føre til endring av mål eller tiltak?

Hvor ofte de enkelte punkt i pleieplanen skal evalueres er avhengig av problemets karakter og hvor raskt tilstanden forandrer seg. Det er den siste skrevne rapport om problemet som er gjeldende. Ved uforandret pleieplan og rapport kan sykepleier som har hatt ansvar for pasienten signere i sykepleier rapporten med dato og signatur.

Eksempel: 17.10. RAF

Opplysninger som ikke har direkte relasjon til de problemer som er ført opp i pleieplanene skal ikke stå her.

### Overflyttingsrapport:

Ved planlagt overflytting fra avdeling/post skal sykepleieplanen være ajourført og ha med hensikten med overflyttingen. Når akutte situasjoner oppstår og pasienten må overføres til

annen avdeling/post, må den medisinske behandlingen prioriteres og den skriftlige rapporten om den aktuelle situasjon følger.

### **Morsrapport:**

Pasientens tilstand før mors.

Morstidspunkt med dato og klokkeslett.

Tilsett av lege; legens navn og dato/klokkeslett

Pårørende; tilstede/ikke tilstede, er informert om dødsfallet - tidspunkt, er orientert om praktiske forhold.

Verdisaker/klær: er levert - tidspunkt og eventuelt hvor de er oppbevart.

Signatur med tittel og fullt navn.

### **Sosialskjema**

Skjema brukes der planlegging av utreise er et sykepleieproblem som vil kreve flere samtaler med familie og 1.linje tjenesten. Noen opplysninger om pasientens sosiale situasjon har en allerede fått i datasamlingen. Trengs det nærmere kartlegging, gjøres det av fortrinnsvis kontaktsykepleier.

Alt skal skrives med dato og signatur. Under planlegging av utskrivelse, skal det noteres ned hvem en har snakket med, opplysninger en har fått og hva en har planlagt. Dato for planlagt utreise og hvor en skal reise til noteres på pasientopplysningskjemaet.

Hovedmål for rehabilitering/opptrening av pasient kan skrives her, men hva en konkret gjør av tiltak for at pasienten skal gjenvinne/forbedre sitt funksjonsnivå må innarbeides i sykepleieplanen.

### **Tverrfaglig skjema**

Skjema er tenkt som et hjelpemiddel for fysioterapeut, ergoterapeut, logoped m.m. som ønsker å formidle informasjon om pasienten til sykepleietjenesten. Skjema skal være med å styrke det tverrfaglige samarbeidet, bedre kommunikasjonen og sikre at pleietjenesten innehar nødvendig informasjon.

Det er ønskelig at de som behandler pasienten skriver navnet sitt på pasientopplysningskjemaet. Etter navnet kan det skrives dato når det skrives tilføyelser.

### **Sykepleiesammenfatning**

Denne sammenfatningen er særlig viktig for neste ledd i en behandlings- og omsorgskjeden, f.eks. et sykehjem som skal motta pasienten, hjemmesykepleier o.a. Sykepleiesammenfatningen skal inneholde et resymé av pasientens funksjonsnivå ved innkomst, være konkret i anbefalte sykepleietiltak og ta med arbeidsmetoder. Side 2 kan enten skrives etter punktene 1 - 15 eller skrives sammenhengende. ~~Kopi~~ til pasientjournalen.

*Original*

---

I de tilfeller pasienten ikke trenger offentlig hjelp ved utreise, brukes side 2 til å skrive et kort sammendrag og situasjonen ved utreise. Denne rapporten arkiveres i pasientjournalen.

Der andre skal overta sykepleien til pasienten, legges det ved kopi av legens utskrivningsblankett. Sykepleiesammenfatningen sendes med pasienten eller sendes samme dag.

Vedlegg III



Diakonissehjems Sykehus  
Haraldsplass

Ulriksdal 8 - 5009 Bergen

Pasientetikett

G1-G2

Dato

Kl.

Sykepleiedokumentasjon:  
Pasientopplysninger


Innleggelsesdiagnose .....

Innlagt i post:	Dato:	Nasjonalitet:
Pårørende informert om innleggelse:		Språk:
1. Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Behov for tolk: Ja <input type="checkbox"/>
2. Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Spesielle avtaler (vedrørende pasientopplysninger, telefon o.a.)		Medbrakte hjelpemidler:
.....		Ja <input type="checkbox"/>
.....		Nei <input type="checkbox"/>
.....		Hvis ja, hvilke: .....
.....		.....
Ansvarlig sykepleier: v/mottak:		Boforhold: .....
.....		.....
Ansvarlig sykepleier: v/mottak:		Bruker hjemmebaserte tjenester:
.....		Ja <input type="checkbox"/>
.....		Nei <input type="checkbox"/>
Ansvarlig lege: v/avd./post:		Hjemmesykepleie: Ja <input type="checkbox"/>
.....		Nei <input type="checkbox"/>
.....		Hvis ja, hvor ofte: .....
Medbrakte medisiner innlevert:		Hjemmehjelp: Ja <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Signatur: .....		Hvis ja, hvor ofte: .....
.....		Utskrivningsklar dato: .....
.....		Utskrevet dato: .....
Deponering av verdisaker:		Søkt/rekvirert eksterne tjenester:
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
.....		Nei <input type="checkbox"/>
Signatur: .....		Signatur: .....
Dato: .....		Dato: .....
Utlevert dato:		Sosialskjema:
.....		Ja <input type="checkbox"/>
.....		Nei <input type="checkbox"/>
.....		Annet: .....
.....		.....
.....		.....
.....		.....

Nr.	INNKOMSTRAPPORT
1.	Pust / blodomløp / bevissthet:
2.	Forflytning / aktivitet:
3.	Sanser / språk:
4.	Smerter / kvalme:
5.	Ernæring:
6.	Naturlige funksjoner:
7.	Hud / stell / påkledning:
8.	Søvn / hvile:
9.	Sosial situasjon:
10.	Misbruk:
11.	Psykisk mental funksjon:
12.	Livssyn / verdier:
13.	Informasjon:
14.	Annet:



Vedlegg IV

 <p><b>Diakonissehjemmets Sykehus Haraldsplass</b> Ulriksdal 8 - 5009 Bergen</p>	Pasientetikett	<b>G3</b>
		Ark nr.
<b>Sykepleieplan Sykepleierapport</b>		Dato

Avd.:	Post
-------	------







Vedlegg



Diakonissehjemets Sykehus Haraldsplass

Ulriksdal 8 - 5009 Bergen

Pasientetikett

G3

Ark nr.

Dato

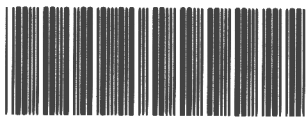
Sykepleiedokumentasjon: Sosial situasjon

PROBLEM: Behov for tilrettelegging ved utskrivelse til institusjon / hjemmet

KJENNETEGN	Dato/sign.	TILTAK / AVTALER	Dato/sign.
Hjelpebehov:		Pleie- og omsorgsdistrikt	
		Telefon:	
		Gruppe:	
Tekniske hjelpemidler:		Kontaktperson:	
		Trefftid:	
Pasienten ønsker:		Søknad sendt korttidsopphold:	
		Søknad sendt fast plass:	
		Søkt folketrygd:	
		Søkt rehabiliteringssenter:	
		Avtaler / møter / vurderingsmøte:	
		Opprettet kontakt med menighet	
		Samtale med pasient og pårørende	
		Informasjon om hvilke søknader som er sendt	
		Meldt ferdigbehandlet:	
		Dato:	
		Annet:	







02YS00007