



Velkommen til

DOKUMENTATIONSKONFERENCEN 2017

*Indblik og overblik
mening og sammenhæng*

Program
Abstrakts
Workshops

12. og 13. september 2017
Comwell Aarhus

Tirsdag den 12. september

09.45 – 10.15 Registrering og kaffe

10.15 – 10.30 Velkomst v/Jeanette Finderup, Formand for Dokumentationsrådet

10.30 – 11.30 Indblik og overblik – mening og sammenhæng, hvilke krav stilles der til dokumentationen set fra et patientperspektiv? v/Malene Madsen, jurist, patient og medlem af Nyreforeningen

11.30 – 12.30 Patientperspektiv og klinisk beslutningstagning - bidrager det til mening og sammenhæng? v/Marianne Nybro Grum, cand.cur., Klinisk sygeplejespecialist, Rigshospitalet

12.30 – 13.30 Frokost

13.30 – 14.30 Hvordan kan dokumentation give indblik i patienternes behov? v/Wolter Paans, Associate professor, Hanze University, Groningen. Holland

14.30 – 15.15 Fundamentals of Care – mening og sammenhæng i sygepleje og sygeplejedokumentation v/Erik Elgaard, Professor, Leder af forskningsenheden Aalborg Universitetshospital

15.15 – 16.15 Coffee-trial og postervandring

16.15 – 17.00 Indblik i dokumentationssystem Fællessprog III i primær sektor – udfordringer ved implementering v/Pia Ravnsbæk Bjærge, Sygeplejefaglig konsulent, Randers Kommune, Sundhed og ældre sekretariatet

17.00 – 17.30 Hvordan skabes mening og sammenhæng i dokumentationen ved brug af "guided egenbeslutning" ? v/Rikke Jørgensen, Ph.d., Forskningsenheden i psykiatrien i Region Nordjylland, Aalborg

19.15 – 21.00 Middag og networking

Onsdag den 13. september

- 08.30 – 08.35 Godmorgen** v/Jeanette Finderup, Formand for Dokumentationsrådet
- 08.35 – 09.35 Skriv klart, så det giver mening og sammenhæng** v/Søren Boy Skjold, Cand. Mag i dansk og filosofi, Lektor ved Medie og Journalist Højskolen Århus
- 09.35 – 10.35 Skaber beslutningsredskaber i elektronisk dokumentation mening og sammenhæng?** v/Mariann Fossum, Professor, Studiekoordinator for master i specialsykepleie (ABIO) Norge
- 10.35 – 11.00 Pause**
- 11.00 – 12.15 To parallelle workshops med korte oplæg – inspiration fra praksis, omhandlende dokumentation der skaber overblik og indblik.**
- 12.15 – 13.15 Frokost**
- 13.15 – 14.00 Patientrapporterede data – indblik og overblik for hvem?** v/Mette Munch-Petersen, Kandidat i Folkesundhedsvidenskab, Projektleder i Danske Patienters Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet
- 14.00 – 14.45 Dokumentation og risikobaseret tilsyn – hvad er sammenhængen og hvad er meningen?** v/Charlotte Hjort, Læge, Enhedschef & Sarah Leth Madsen, Oversygeplejerske, begge Styrelsen for Patientsikkerhed
- 14.45 – 15.00 Vinder af posterkonkurrence, afrunding og tak for i år** v/Jeanette Finderup, Formand for Dokumentationsrådet

Abstrakts

(Abstrakt 1-6: poster og workshop; abstrakt 7: poster)

1. At undersøge hvordan dokumentationen i forhold til præcision, patientinvolvering og tværfaglighed kan kvalitetsforbedres.
2. Hvordan oplever sygeplejersker deres dokumentationspraksis 2017? En undersøgelse lavet i samarbejde mellem DSR og dokumentationsrådet.
3. Sygeplejefaglig dokumentation efter opgaveflytning.
4. Udvikling af et rammedokument for systematik sygeplejefaglig dokumentation.
5. Fokus på udvikling af dokumentation på plejehjemmene i Aalborg kommune.
– En af metoderne er at italesætte hvad, hvorfor og hvordan sygeplejen dokumenteres.
6. Udvikling af Diplommodul i dokumentation – i Den sundhedsfaglige diplomuddannelse. Sygehus Lillebælt og University College Lillebælt.
7. Hvad er vigtigst for patienterne?
– En undersøgelse af patienter og fagprofessionelles vurdering af, hvad der er vigtigst i et moderne patientforløb

1. At undersøge hvordan dokumentationen i forhold til præcision, patientinvolvering og tværfaglighed kan kvalitetsforbedres.

Af: Lene K. Thougard. Sygeplejerske, MPG. Oversygeplejerske Lungemedicinsk afdeling, Aarhus Universitets hospital. lenethou@rm.dk

Baggrund: Dokumentation i patientjournalen har til formål, at sygehusene overholder lovgivningen og skaber kvalitet i pleje, udredning og behandling. Patientjournalen er tværfaglig, men der forekommer ofte dobbeltdokumentation, som ikke nødvendigvis skaber kvalitet.

Patientinddragelse må medtænkes, også i dokumentationen.

Det var nogle af de udfordringer, som vi oplevede i Lungemedicinsk Afdeling på Aarhus Universitetshospital, hvorfor vi besluttede at undersøge andres praksis, for at få ideer til forbedring af kvaliteten i dokumentationen og at videregive denne viden.

Mål: At undersøge hvordan dokumentationen i forhold til præcision, patientinvolvering og tværfaglighed kan kvalitetsforbedres.

Metode: Anvendte refleksionsteam, hvor formålet var at bruge refleksion til at indsamle viden via en gruppedialog mellem fagpersoner.

Ud fra refleksionerne valgte vi at undersøge fire emner:

- Tværfagligt samarbejde
- Patientinvolvering
- Forenkling
- Overblik

Med en deduktiv tilgang valgte vi observation og interview som metode. Undersøgelsen blev udført af tre hold bestående af hver to sygeplejersker. Data blev indsamlet over 1-1½ time, på tre medicinske afdelinger både i ambulatorier og sengeafsnit.

Observationer og interview blev sammenskrevet, og der blev udarbejdet en fælles analyse af data.

Resultat:

Tværfagligt samarbejde: Få læger læser sygeplejedokumentationen, samme mellem terapeuter og sygeplejersker. Vidensudveksling foregår ved dialog.

Forenkling: Der forekom dobbeltdokumentation særligt angående information til patienten.

En af afdelingerne anvendte "Standard tekster" til forenkling.

Patientinvolvering: Nogle dokumenterede på patientstuen og inkluderede patientens udsagn.

Andre dokumenterede uden patienten. Sygeplejersker oplevede at de involverede patienten i dokumentationen, hvilket patienter ikke gjorde. Kultur mere end teknik

Overblik: Sygeplejersker dannede sig et overblik over patienterne vha. en elektronisk tavle, papirkalendere og i patientjournalen

Konklusion/Perspektiv: Resultaterne blev drøftet i afdelingens dokumentationsudvalg, og der arbejdes fortløbende med de fire emner. På sigt vil vi interviewe patienter og pårørende, hvordan de oplever patientinvolvering i dokumentationen og hvilke forslag de har til emnet.

2. Hvordan oplever sygeplejersker deres dokumentationspraksis 2017? En undersøgelse lavet i samarbejde mellem DSR og dokumentationsrådet.

Af: Louise Kryspin Sørensen, Sygeplejerske, Cand scient san, publ. Specialkonsulent, Analyseafdelingen, DSR & Hanne Mainz, Sygeplejerske, Cand scient san, PhD, Klinisk sygeplejespecialist, Ortopædkirurgisk afdeling, AUH, mainz@aarhus.rm.dk

Baggrund: Dokumentation er grundlaget for forsvarlig pleje, behandling samt god patientsikkerhed og er en del af kerneopgaven for sygeplejersker. Der er aktuelt i flere sammenhænge fokus på sygeplejerskers dokumentation. Dansk Sygeplejeråd har over en årrække undersøgt aspekter omkring sygeplejedokumentation og DASYS-dokumentationsråd har med dokumentationskonferencer og publikationer medvirket til at sætte retning for dokumentation. Dette projekt er resultatet af et samarbejde mellem Dansk Sygeplejeråd og dokumentationsrådet.

Mål: Projektets formål var få et indblik i sygeplejerskernes oplevelser af dokumentationspraksis samt identificere, hvad der ifølge sygeplejerskerne skal til for at forbedre dokumentationspraksis.

Metode: Analysen var baseret på besvarelser fra 1.175 regionalt og kommunalt ansatte basis og special sygeplejersker, der udfører klinisk arbejde med daglig patient/borgerkontakt. Undersøgelsens svarprocent var 46%. Spørgeskemaet, som blev udsendt i foråret 2017, omhandlede sygeplejerskernes forståelse og oplevelse af dokumentationspraksis samt forslag til forbedringstiltag for den daglige dokumentationspraksis.

Resultat: Undersøgelsen viste, at godt halvdelen af sygeplejerskerne fandt, at dokumentationssystemerne i høj eller nogen grad giver et godt overblik og indblik i patientens situation. Tre ud af 4 sygeplejersker har oplevet mangelfuld dokumentation indenfor den sidste måned og hver fjerde sygeplejerske har inden for den sidste måned oplevet, at manglende dokumentation har ført til utilsigtede hændelser. Undersøgelsen viste, at mangelfuld dokumentation har en sammenhæng med mindre tid til nødvendig dokumentation og utilstrækkelige IT-kompetencer. Sygeplejerskerne oplevede generelt, at ledelsen prioriterer dokumentationsarbejdet, men særligt de sygeplejersker der angav, at deres leder i høj grad prioriterer dokumentationsarbejdet oplevede en højere grad af klarhed og enighed omkring dokumentationsarbejdet, mere tid til dokumentation, flere IT-pladser, bedre IT-kompetencer og mindre mangelfuld dokumentation. Samlet set peger resultaterne på, at ledelsens prioritering af dokumentationsarbejdet har stor betydning for sygeplejerskernes dokumentationspraksis og patientsikkerheden.

Konklusion/Perspektiv: Sygeplejerskernes forslag til forbedret dokumentationspraksis omhandlede overordnet bedre dokumentationssystemer, eliminering af ikke meningsfuld dokumentation, afsætning af tid til dokumentation, mere undervisning, sparring, arbejdsro og flere IT-pladser.

3. Sygeplejefaglig dokumentation efter opgaveflytning

Af: Hrønn Thorn, Sygeplejerske, SD, MPH, Udviklingssygeplejerske Kvindeafdelingen og Ortopædkirurgisk afdeling, Hospitalsenheden Horsens, hronn.thorn@aarhus.rm.dk

Baggrund: I Inkontinensambulatoriet på Hospitalsenheden Horsens, er der sket en opgaveflytning. Tidligere blev inkontinente kvinder udredt af læger. Denne udredning bliver nu delvist varetaget af sygeplejersker med uddannelse indenfor inkontinens. Ved opgaveflytning er målet bl.a. at skabe bedre patientforløb og effektive arbejdsgange. Dokumentationen af sygeplejen i inkontinensambulatoriet var ustruktureret med meget prosatekst, hvor vigtig information nemt kunne overses.

Mål: Formålet med at ændre dokumentationsformen var at synliggøre sygeplejen og strukturere og ensrette dokumentationen så den understøtter udredningen og højner kvaliteten af patientforløbet.

Metode: Før dokumentationen blev ændret, blev den dokumentationsform som blev praktiseret kortlagt. Dette blev gjort ved hjælp af feltstudier, gennemgang af vejledninger og journaler og samtaler med sygeplejersker og læger.

Selvstændige sygeplejefaglige områder i forbindelse med udredning for inkontinens blev identificeret og egnede SFI'er fundet. Til delegerede sygeplejefaglige områder var det vigtigt at finde egnede SFI'er som kunne skabe et godt overblik og understøtte klinikken i udredningen. Efterfølgende blev alle SFI'er sammensat så de passede til kronologien i konsultationen. Der blev løbende justeret og ændret i dokumentationsformen. Der blev udarbejdet en detaljeret vejledning hvor der er lagt vægt på kun at dokumentere det nødvendige.

I forbindelse med implementering af den nye dokumentationsform blev alle involverede parter inddraget i hele processen, der blev anvendt lær til lær metoden i opstartsfasen. Journalerne blev løbende overvåget og der blev givet personlige tilbagemeldinger.

Resultat: Dokumentationen er reduceret, den lever op til lovmæssige krav, Den er struktureret, den understøtter udredningen og synliggør sygeplejen og er således med til at højne kvaliteten i patientforløbet for kvinder med inkontinens.

Konklusion/Perspektiv: Da vi fremadrettet vil opleve flere opgaveglidninger og opgaveflytninger fra læger til sygeplejersker, er det vigtigt at vi også tænker på fundamentet for udviklingen af vores profession, nemlig dokumentationen af vores handlinger og resultater således at sygeplejen kan evalueres og synliggøres.

4. Udvikling af et rammedokument for systematik sygeplejefaglig dokumentation.

Af: Astrid Lauberg, cand. Cur, Klinisk Sygeplejespecialist, Klinik Hjerte-Lunge, Aalborg Universitetshospital a.lauberg@rn.dk, Karin Kaasby, Klinisk sygeplejespecialist, MLP, Klinik Akut, Aalborg Universitetshospital og Susanne Bünger, Klinik Kvalitetskoordinator, MSI, Klinik Hjerte-Lunge, Aalborg Universitetshospital.

Baggrund: I de senere år har der været et stigende fokus og efterspørgsel på at sikre sammenhængende, og effektive patientforløb. Sygeplejedokumentation bidrager ved at sikre den faglige dialog, tværgående kommunikation, planlægning og evaluering af sygepleje til den enkelte patient. Sygeplejedokumentation bidrager ligeledes til Region Nordjyllands ambition om en høj grad af patientinvolvering ved at inddrage patienten aktivt i dokumentationen. Ligesom sygeplejedokumentation tilvejebringer data i forbindelse med udvikling og forskning i klinisk sygepleje og medvirker til italesættelse og synliggørelse af sygeplejefaget. Et stigende behov for stringens har været motivation for at skabe et fælles udgangspunkt.

Mål: Udarbejdelse af et rammedokument, der beskriver hvorledes systematisk, forståelig, og overskuelig sygeplejefaglig dokumentation, skal udføres, der på sigt har til hensigt at gøre dokumentation entydig på alle hospitaler i Regionen. I forlængelse heraf skabe grundlag for udarbejdelse af sygeplejediagnoser, der medfører sygeplejehandlinger uafhængigt af patientens fysiske indlæggelsessted.

Metode: Der arbejdes kontinuerligt med at udarbejde forslag til hvorledes fremadrettede handlinger kan dokumenteres ved hjælp af 3 typer sygeplejediagnoser – problemdiagnose, risikodiagnose og ressourcediagnose. En Pixi-guide, tilføjet relevante refleksioner, udarbejdes som hjælp til udformning af patientrettede sygeplejediagnoser.

Resultat: Rammedokument samt Pixi-guiden er udgivet og distribueret til samtlige afsnit på Aalborg Universitetshospital. Der er udarbejdet en tværgående standardplejeplan for uhensigtsmæssige ernæringsforløb med fortrykt risikodiagnose i samarbejde med IT. Lignende tværgående standardplejeplaner er på vej for tryksår og delirium. Formidling forgår på temadage for sygeplejepersonalet med skiftende emner, efterfulgt af workshops for praktisk evaluering.

Konklusion/Perspektiv: Der er herved skabt et dokumentationsredskab, der styrker en fremadrettet sygepleje på tværs af afsnit og klinikker.

5. Fokus på udvikling af dokumentation på plejehjemmene i Aalborg kommune - En af metoderne er at italesætte hvad, hvorfor og hvordan sygeplejen dokumenteres.

Af: Anne Kold, Sygeplejerske Aalborg Kommune & Annie Nørgaard, Sygeplejerske Aalborg Kommune, ains-ah@aalborg.dk

Baggrund: Sundhedsstyrelsens tilsyn med plejehjem i Aalborg Kommune viste, i årene op til 2013, kritiske bemærkninger og mange ændringskrav. Der var stor bevågenhed på området, både fra politikkerne, Forvaltningsledelsen og Ældrerådet. Aalborg Kommune besluttede i 2013, som en del af et udviklingsprojekt, at ansætte sygeplejersker med særlig fokus på de sundhedsfaglige forhold på plejehjemmene, herunder medicin håndtering og sygeplejefaglige optegnelser.

Mål:

- At patientsikkerheden styrkes
- At plejehjemmene i Aalborg Kommune følger gældende instrukser og vejledninger inden for medicin håndtering og sygeplejefaglige optegnelser
- At plejehjemmene i Aalborg Kommune lever op til lovgivningens krav

Ovenstående skulle afspejles i Sundhedsstyrelsens tilsyn med Aalborg Kommunes plejehjem.

Metode:

- Der er pr. 2017 ansat 11 sygeplejer på tværs af plejehjemmene. Hver sygeplejerske er tilknyttet 3-5 plejehjem og varetager ikke kliniske sygeplejeopgaver.
- Sygeplejerskerne er bl.a. valgt ud fra kriterier om, at de skal have gode pædagogiske og kommunikative kompetencer og flere har tidligere arbejdet med kvalitetssikringsopgaver.
- Sygeplejerskerne giver vejledning og undervisning til personalet på plejehjemmene med henblik på læring og udvikling, i emner i relation til patientsikkerhed, såsom dokumentation.
- Sygeplejerskerne planlægger indsatsen på det enkelte plejehjem i tæt samarbejde med ledelsen.
- Sygeplejerskerne deltager i implementeringsprocesser på plejehjemmene.
- Sygeplejerskerne holder sig løbende opdateret på sundhedslovsområdet i et tæt indbyrdes netværk.

Resultat: Antal af ændringskrav, i relation til Sundhedsstyrelsens tilsyn på plejehjem, er faldet i perioden 2012 til 2015 (sidste sammenlignelige tal) fra 458 til 161.

Personalet på plejehjemmene har i interviews udtrykt, at deres opkvalificering i relation til sygeplejefaglige opgaver har haft en positiv indvirkning på dokumentationsindsatsen til gavn for patientsikkerheden

Konklusion/Perspektiv: Sygeplejerskens funktion er fortsat under udvikling i Aalborg Kommune. Siden 2016 har sygeplejerskernes funktion også inkluderet implementeringsopgaver, undervisning og vejledning til hjemmesygeplejen og hjemmeplejen.

6. Udvikling af Diplommodul i dokumentation – i Den sundhedsfaglige diplomuddannelse. Sygehus Lillebælt og University College Lillebælt

Af: Dorthe Dræby Ladegaarde, Specialeansvarlig sygeplejerske, IT-medarbejder sygeplejerske, Medicinsk afdeling, Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt & Bodil Winther, sygeplejerske, cand.cur. Klinisk sygeplejespecialist, Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt, Bodil.Winther@rsyd.dk.

Baggrund: Igennem en årrække har der ved Sygehus Lillebælt (SLB) været fokus på den sygeplejefaglige dokumentation. Audit har vist, at der indenfor sygehuset afdelinger er store variationer i dokumentationspraksis, og problemer med at leve op til de lovmæssige krav om dokumentationen af de 12 sygeplejefaglige områder. Med patienternes direkte adgang til egen journal, skærpes kravene om en entydig, nødvendig og tilstrækkelig sygeplejefaglig dokumentation.

Mange sygeplejersker føler sig udfordret og mindre kompetente til opgaven med at dokumentere, hvorfor ideen om at udvikle et diplommodul i dokumentations opstod. På denne baggrund udviklede Arbejdsgruppen 'Dokumentation af sygeplejen' SLB og UCL et diplommodul i dokumentation.

Mål:

- At tilbyde sygeplejersker en uddannelse i dokumentation, der tager afsæt i klinisk praksis, SLB
- At styrke sygeplejerskers kompetencer til sygeplejefaglig dokumentation
- At understøtte udvikling af dokumentation, der kan genkendes, genfindes og genbruges

Metode: Uddannelsen er et 5 ECTS -point diplommodul, der afvikles over 3 måneder med opstart sep. 2017.

Max 20 deltagere.

Uddannelsen er tilrettelagt med 5 temaer og afsluttes med en eksamen.

Hvert tema består af 6 lektioner og undervisningen veksler mellem oplæg, debat og øvelser.

Tema 1: Kvalitet i den sygeplejefaglige dokumentation

Tema 2: Patientinddragelse i sygeplejefaglig dokumentation

Tema 3: Elektronisk dokumentation

Tema 4: Sygeplejefaglig audit

Tema 5: Sygeplejefaglig dokumentation - projektledelse

Uddannelsen afsluttes med en gruppeeksamen bestående af et skriftligt oplæg med efterfølgende mundtlig eksamination.

Resultat: Uddannelsen er endnu ikke afviklet. Første hold afsluttes ultimo november 2017, og afsluttes med en skriftlig evaluering fra kursisterne.

7. Hvad er vigtigst for patienterne? – En undersøgelse af patienter og fagprofessionelles vurdering af, hvad der er vigtigst i et moderne patientforløb.

Af: Jannie Christina Frølund, cand. cur, klinisk sygeplejespecialist ved Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus - en del af Sygehus Lillebælt, Jannie.Christina.Frolund@rsyd.dk & Helen Bruun, cand. scient. san, kvalitetskoordinator ved Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt.

Baggrund: Ofte baseres pleje og behandling på de fagprofessionelles egne antagelser om, hvad de tror patienterne ønsker. Derfor er det vigtigt at undersøge, hvad patienterne mener, er vigtigst og hvad de fagprofessionelle mener, er vigtigst for patienterne. Derved kan eventuelle forskelle og ligheder fremhæves.

Mål: Formålet med dette studie er at undersøge og sammenligne, hvordan patienter og professionelle rangerer 25 udsagn omhandlende vigtige dele, herunder journaldokumentation i et patientforløb.

Metode: Patienter og professionelle bliver bedt om at udfylde et valideret spørgeskema indeholdende 25 udsagn, der er vigtige for et patientforløb. Udsagnene er grupperet indenfor seks temaer: relationen mellem patient og fagprofessionel, organisering af patientforløb, patientinddragelse, kommunikation, hverdagsliv og fysiske rammer. De 25 udsagn rangeres på en skala fra 1 – 10 og efterfølgende prioriteres de tre vigtigste udsagn.

Resultat: 109 patienter og 158 fagprofessionelle herunder sygeplejersker og læger fra Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus deltog i spørgeskemaundersøgelsen. Patienterne er på tværs af forløb (akutte og indlagte) og sygdomsdiagnoser enige i rangeringen. Både patienter og fagprofessionelle rangerer de relationelle udsagn højest. De rangerer også kommunikationen meget højt. Det er vigtigt, at der bliver talt og skrevet i et forståeligt sprog i de udleverede patientinformationer. Men når det kommer til journalen, er der en betydelig forskel i rangeringen. Her finder patienterne det meget vigtigt (8,6), plejepersonalet tror det er lidt mindre vigtigt (7,5) mens lægerne tror det er det udsagn, der er mindst vigtig for patienterne (3,6).

Konklusion/Perspektiv: Overordnet er der enighed blandt patienter og fagprofessionelle om hvad der er vigtigt. Imidlertid er der enkelte områder såsom forståeligheden af journalen, hvor der er stor uenighed. Derfor er det relevant, at se nærmere på dette, så journalen både kan være et arbejdsredskab for fagprofessionelle og samtidig være med til at give patienterne den information om egen sygdom og behandling, som de har behov for.

Workshops den 13. september, kl. 11.00 – 12.15

| Workshop 1 lokale: sal 1 - Bodil Beck moderator | | |
|--|---|---|
| 1 Kl. 11.00 – 11.20 | At undersøge hvordan dokumentationen i forhold til præcision, patientinvolvering og tværfaglighed kan kvalitetsforbedres. | <p>Birgit Refsgaard Iversen Klinisk Sygeplejespecialist Cand.Cur, MLP, Lungemedicinsk Afdeling AUH</p> <p>Lene K. Thougard. Sygeplejerske, MPG. Oversygeplejerske Lungemedicinsk afdeling Aarhus Universitets hospital</p> |
| 2 Kl. 11.25.- 11.45 | Hvordan oplever sygeplejersker deres dokumentationspraksis 2017? En undersøgelse lavet i samarbejde mellem DSR og dokumentationsrådet.. | <p>Louise Kryspin Sørensen, Sygeplejerske, Cand scient san, publ. Specialkonsulent, Analyseafdelingen, DSR</p> <p>Hanne Mainz, Sygeplejerske, Cand scient san, PhD, Klinisk sygeplejespecialist, Ortopædkirurgisk afdeling, AUH</p> |
| 3 Kl. 11.50 – 12.10 | Sygeplejefaglig dokumentation efter opgaveflytning | <p>Hrønn Thorn, Sygeplejerske, SD, MPH Udviklingssygeplejerske Kvindeafdelingen og Ortopædkirurgisk afdeling Hospitalsenheden Horsens</p> |

Workshops den 13. september, kl. 11.00 – 12.15

| Workshop 2 lokale: sal 2 Bodil Winther moderator | | |
|---|---|---|
| Kl. 11.00 – 11.20 1 | Udvikling af et rammedokument for systematik sygeplejefaglig dokumentation | Astrid Lauberg Klinisk sygeplejespecialist Hjertemedicinsk afdeling Aalborg Universitetshospital |
| Kl. 11.25 – 11.45 2 | Fokus på udvikling af dokumentation på plejehjemmene i Aalborg kommune - En af metoderne er at italesætte hvad, hvorfor og hvordan sygeplejen dokumenteres | Anne Kold, Sygeplejerske Aalborg Kommune Annie Nørgaard, Sygeplejerske Aalborg Kommune |
| Kl. 11.50 – 12.10 3 | Udvikling af Diplommodul i dokumentation – i Den sundhedsfaglige diplomuddannelse. Sygehus Lillebælt og University College Lillebælt | Dorthe Dræby Ladegaarde, Specialeansvarlig sygeplejerske, IT-medarbejder sygeplejerske Medicinsk afdeling, Kolding Sygehus, SLB Bodil Winther, sygeplejerske, cand.cur. Klinisk sygeplejespecialist Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus, SLB |