

DOKUMENTATION AF SYGEPLEJE EN STATUSRAPPORT

DANSK SYGEPLEJESELSKAB OG DANSK SYGEPLEJERÅD



Dokumentation af sygepleje – en statusrapport

Redaktion: Dansk Sygeplejeråd
Tryk: Dansk Sygeplejeråd

Konferenceudgave september 2012

Alle rettigheder forbeholdes

Fotografisk, mekanisk eller anden form for gengivelse
Eller mangfoldiggørelse er kun tilladt med angivelse af kilde.

INDHOLD

Forord.....	4
Indledning.....	6
Omverdenens krav om dokumentation.....	7
Dokumentationstraditioner i et krydspres	9
Det videre arbejde	11
Appendiks.....	12
Fra klinisk beslutningsproces til dokumentation af sygeplejen	12
Sygeplejediagnoser	14
Patientforløbsbeskrivelser	14
Standardplejeplaner	15
Instrumenter og skalaer.....	15
Kliniske kvalitetsdatabaser	17
Referencer.....	19

FORORD

Dokumentation af sygepleje har været et sygeplejens fokusområde i mange år, fordi dokumentation af sygeplejen er en af de vigtigste veje til at sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhed i patientforløbet. Sygepleje foregår hele døgnet alle dage i året, og dokumentationen er afgørende for kommunikationen fra sygeplejerske til sygeplejerske og fra sygeplejersker til andre sundhedsprofessionelle. Dokumentation af sygeplejen er et fundament for professionen videre udvikling. Hvis vi som profession ikke kan dokumentere vore handlinger og resultaterne af dem, kan vi ikke evaluere, om sygeplejen virker.

Som Norma Lang sagde for 20 år siden: "Hvis man ikke kan beskrive sygeplejen, kan man ikke styre den, finansiere den, forske i den, undervise i den eller sætte den på den politiske dagsorden".

Denne rapport er udarbejdet af Dansk Sygeplejeselskab (DASYS) og Dansk Sygeplejeråd for at gøre status over det arbejde og den udvikling, der sker inden for dokumentation af sygepleje i dag. Rapporten viser, at danske sygeplejersker arbejder systematisk med dokumentationen i hele landet, og at sygeplejersker generelt er enige om, hvordan dokumentationen skal struktureres, og hvad den skal indeholde. Det bliver understreget af internationale forskningsresultater, der viser, at sygeplejersker på globalt plan arbejder i samme retning, og at der på verdensplan er store ligheder indenfor sygeplejerskers faglige krav til sygeplejedokumentation.

Ud over at give en status for det danske dokumentationsarbejde, ønsker Dansk Sygeplejeselskab og Dansk Sygeplejeråd med denne rapport at beskrive de væsentligste indsatsområder og tendenser inden for dokumentation som fx instrumenter, skalaer og kliniske databaser.

Vi håber, rapporten kan bidrage til debat i klinisk sygeplejepraksis og i uddannelses- og forskningsmiljøerne, og at den anvendes som argumentation i debatter om dokumentationspraksis og i udviklingen af journalsystemerne i hele landet.

Fremadrettet vil dette dokument blive udviklet og ajourført elektronisk på DASYS' hjemmeside www.dasys.dk.

Dorte Steenberg
Næstformand Dansk Sygeplejeråd

Inge Madsen
Formand Dansk Sygeplejeselskab, DASYS

DEFINITION

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

FORMÅL MED SYGEPLEJEDOKUMENTATION

- Dokumentation af sygeplejens kerneområder sikrer en fælles ramme for sygeplejen på tværs af specialer og sektorer
- Dokumentation af sygepleje er med til at sikre patienten et sikkert og sammenhængende patientforløb
- Dokumentation af sygepleje sikrer kvalitet, patientsikkerhed og kontinuitet i den enkelte borgers eller patients plejeforløb
- Dokumentation af sygepleje sikrer gennemsigtighed i de trufne beslutninger og redegør for de kliniske beslutninger og handlinger
- Dokumentation af sygepleje sikrer patienten sygepleje på et højt fagligt niveau, når den bygger på evidens og best practice.

KRAV TIL SYGEPLEJEDOKUMENTATION

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

FORUDSÆTNINGER FOR GOD SYGEPLEJEDOKUMENTATION

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

INDLEDNING

Dokumentation af sygeplejen har været et fokusområde for danske sygeplejersker i mange år, og Dansk Sygeplejeråds retningslinjer fra 1991 var i flere år de retningslinjer, der blev fulgt i hele landet (1). I 2005 udsendte Sundhedsstyrelsen Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser fra 2005 (2), der siden har været styrende for opbygning og føring af sygeplejejournaler (2).

I sommeren 2012 sendte Sundhedsstyrelsen et forslag i høring om ændring af bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om patientjournaler. Høringsforslaget lægger op til, at alle autoriserede sundhedspersoner skal have journalpligt. Samtidigt bortfalder Sundhedsstyrelsens Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser fra 2005. Der opstår derfor et tomrum, indtil der foreligger en ny vejledning.

Dokumentationsrådet og DSR finder det derfor relevant at redegøre for den udvikling, der har ført til den journalpraksis, vi har i dag, samt at gøre rede for de faglige krav, forventninger og udfordringer, der relaterer sig til dokumentation af sygepleje.

Rapporten henvender sig til sygeplejersker, der i dagligdagen dokumenterer sygepleje i patientjournalen, og til sygeplejersker med ansvar for ledelse og udvikling. Rapporten erstatter Dansk Sygeplejeråds retningslinjer fra 1991 (1).

Formålet med rapporten er

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

Rapporten har været sendt i høring blandt de faglige selskaber, der er medlem af DASYS, samt blandt ledende sygeplejersker, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Sundhedsstyrelsen. De mange og meget kompetente tilbagemeldinger afspejler mange aspekter relateret til dokumentation af sygepleje og illustrerer, at Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser fra 2005 er blevet efterlevet (2).

Dokumentationsrådet mener, det er nødvendigt med et fælles fundament, således at sygeplejersker er rustet til at markere sygeplejen, når den tværfaglige dokumentation tages i brug i forbindelse med bl.a. sammenhængende patientforløb og den elektroniske patientjournal. Fremtiden efterspørger ikke monofaglig dokumentation, og der er risiko for, at sygeplejen forsvinder i patientjournalen, hvis ikke sygeplejersker opnår enighed om begreber og metoder til at beskrive fagets kerneområder.

Vi håber, at denne rapport - som et indlæg i debatten - kan hjælpe sygeplejersker til at argumentere, når de deltager i arbejdsgrupper m.m. og drøfter den fremtidige tværfaglige dokumentation.

Rapporten beskriver først baggrunden for, hvor og hvorfor dokumentation af sygepleje er, hvor den er i dag. Herefter følger omverdenens krav til dokumentation, som det har været indtil den ny bekendtgørelse blev sendt i høring i sommeren 2012. Høringssvarene illustrerede dilemmaer i forbindelse med dokumentation af sygepleje. Nogle af disse er inddraget i et efterfølgende afsnit om de særlige udfordringer til den fremtidige dokumentationspraksis. I det sidste afsnit giver dokumentationsrådet et bud på det videre arbejde med at beskrive et fælles udgangspunkt for dokumentation af sygepleje i Danmark.

For at sikre en fælles forståelse for træk og tendenser i dokumentationen i dag, beskrives disse i rapportens appendiks. Disse træk og tendenser er kvalificeret gennem de mange høringsvar.

Dokumentation af sygepleje har i mange år været et af sygeplejerskernes fokusområder. Den tidligere Lov om sygeplejersker stillede ikke krav til sygeplejerskers dokumentation, og Dansk Sygeplejeråd udgav derfor i 1991 'Retningslinjer for føring og opbevaring af sygeplejejournalen' (1), som derefter blev retningsgivende mange steder.

I 2005 udarbejdede projekt Den Gode Medicinske Afdeling i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd en revideret udgave af retningslinjerne. Initiativet havde til formål at få Indenrigs- og Sundhedsministeriet til at gøre sygeplejefaglig dokumentation lovpligtig.

Efterfølgende udarbejdede Sundhedsstyrelsen "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser", der skulle betragtes som en forpligtende fortolkning af autorisationslovens § 17 om omhu og samvittighedsfuldhed (3).

Den Danske Kvalitetsmodel og patientombudssystemet stiller ydermere krav til systematisk dokumentation, og politikere og patienter efterspørger dokumentation og synlighed.

Dansk Sygeplejeselskabs dokumentationsråd har siden 2004 arbejdet på at skabe et fundament for sygeplejefaglig dokumentation i Danmark, bl.a. gennem de årlige dokumentationskonferencer og ved at sikre bred repræsentation fra mange sygeplejefaglige specialer i dokumentationsrådet.

OMVERDENENS KRAV OM DOKUMENTATION

Dokumentation af sygepleje foretages først og fremmest af hensyn til patienten og dennes sikkerhed, og der er flere aktører og instanser, der stiller krav om sygeplejefaglig dokumentation. Først og fremmest autorisationsloven, der beskriver journalpligten, dernæst Sundhedsloven der sætter rammen for krav til journalføring, og endelig Sundhedsstyrelsen, der i sin vejledning om sygeplejefaglige optegnelser fra 2005 har konkretiseret kravene til sygeplejefagjournalens indhold.

Derudover er der en række dokumentationskrav, der udspringer af Den Danske Kvalitetsmodel, patientsikkerhed, tilsyn og lokale projekter. Patientombuddets patientklagesystem kræver, at sygeplejersker er omhyggelige med at synliggøre og redegøre for sygeplejefaglige kliniske beslutninger, således at de i tilfælde af en patientklage kan stå til ansvar for egne handlinger i patientforløbet.

Dokumentation er også et fundament for professionen videre udvikling. Hvis man som profession ikke kan dokumentere sine handlinger og sine forventede resultater, er det umuligt at evaluere, om sygeplejen virker. Man kan ikke undervise nye sygeplejersker i faget, man kan ikke forske, og det er vanskeligt at argumentere for økonomiske midler (4).

Sygeplejersker er nøglepersoner, når det gælder indsamling, produktion og brug af information og data om patienter og borgere. I og med at sygeplejersken yder sygepleje 24 timer i døgnet og i høj grad koordinerer pleje og behandling til patienten, er udveksling og formidling af information internt, tværfagligt og tværsektorielt et meget vigtigt element i sygeplejerskens virksomhedsområde.

AUTORISATIONSLOVEN

Autorisationslovens § 17 siger, at en autoriseret sundhedsperson er forpligtet til "at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelse af sin virksomhed" (5). Sundhedsstyrelsen tolker "pligten til at vise omhu og samvittighedsfuldhed" til også at omfatte pligten til at føre "ordnede optegnelser af planlagt og udført sygepleje" (2).

SUNDHEDSLOVEN

Sundhedsloven stiller krav om at der bliver ført journal "på en let forståelig måde", og patienters ret til aktindsigt medfører, at der skal foreligge ordnede optegnelser om sygeplejen (6).

Et af sundhedslovens formål er at sikre respekten for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse (6), og patientens perspektiv er derfor en vigtig forudsætning, når sygeplejen skal planlægges og udføres. Sygeplejersken skal således tidligt i forløbet identificere og dokumentere patientperspektivet (7). Patientperspektivet komplementerer sygeplejerskens faglige viden og anvendelsen af kliniske retningslinjer. Det stiller i den enkelte situation krav til sygeplejersken om i samarbejde med patienten eller dennes pårørende at vurdere, hvad den enkelte har brug for, og hvad det betyder for ham (8, 9).

VEJLEDNING OM SYGEPLEJEFAGLIGE OPTEGNELSER

Sundhedsstyrelsen omsatte i 2005 autorisationslovens ordlyd i 'Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser' (2). Sundhedsstyrelsens vejledning anfører 12 sygeplejefaglige områder, der skulle være omfattet i sygeplejedokumentationen. De 12 områder er baseret på Virginia Hendersons behovsområder, der siden 1960'erne har udgjort grundlaget for både undervisning i sygepleje og dokumentation af sygeplejen (10) - se bilag 2. Vejledningens 12 problemområder er derfor et væsentligt udtryk for sygeplejens kerneområder - se bilag 3.

DEN DANSKE KVALITETSMODEL

Dokumentation af sygepleje er en forudsætning for kvalitetssikring af sygeplejen. Den Danske Kvalitetsmodel gør det klart, at dokumentation af sygepleje spiller en væsentlig rolle i forhold til at fremme kvaliteten af patientforløb og udvikling af den kliniske kvalitet inden for sygeplejen (11).

Den Danske Kvalitetsmodel præciserer de krav, lovgivningen stiller til sygehusenes journaler, og den understreger, at formålet ikke blot er at overholde lovgivningen, men at journalen også skal understøtte den kliniske beslutningsproces og fremme kontinuiteten i patientforløbet (12).

Særligt kvalitetsstandardernes fokus på modtagelse, overgange og overdragelse af patienter mellem afdelinger, hospitaler og sektorer stiller krav om fortløbende og ensartet dokumentation, således at patienten sikres kvalitet, tryghed og sikkerhed i patientforløbet (12, 13, 14). Kvalitetsmodellen stiller specifikt krav om, at der foreligger behandlingsplaner for både akutte og elektive patienter, og planerne efterfølgende skal revurderes på baggrund af patientens tilstand (15, 16). Betegnelsen "behandling" i den Danske Kvalitetsmodel omfatter også sygepleje, hvorfor disse krav har indflydelse på dokumentationen af sygeplejen og de sygeplejedata, der som minimum skal være dokumenteret.

De kommunale standarder er ikke obligatoriske, men standard 2.2.1 om borgerdata understreger, at formålet med dokumentation, ud over at overholde lovgivningen, er at fremme sammenhæng og kontinuitet i forløbet for borgeren, at understøtte og dokumentere de sundhedsfaglige ydelser, og at medvirke til at forebygge utilsigtede hændelser (17). De sygeplejefaglige optegnelser har også betydning ved tilsyn (fx kommunernes og embedslægernes tilsyn på plejehjem/centre (18). Her kontrolleres blandt andet, om dokumentationen følger Sundhedsstyrelsens krav.

PATIENTOMBUDDET

I klagesager har dokumentation af sygeplejen stor betydning, fordi Patientombuddet lægger de sygeplejefaglige optegnelser til grund for myndighedens vurdering af, om der er sket fejl i et forløb. Hvis en sundhedsperson ikke følger Sundhedsstyrelsens vejledning i sin dokumentation, kan vedkommende blive kritiseret af Patientombuddet for ikke at have udvist den omhu og samvittighedsfuldhed, der kræves i Autorisationslovens § 17 (5).

DOKUMENTATIONSTRADITIONER I ET KRYDSPRES

Kravene til dokumentation er øget gennem årene. Det er sket som følge af et stigende styringsbehov i stat, regioner og kommuner, men også som følge af Den Danske Kvalitetsmodel, diverse tilsyn og klagesystemer. Derudover er der et professionelt behov for at registrere sygeplejefaglige data i fx de kliniske databaser til brug for kvalitetsudvikling og forskning.

Når dokumentationsmængden stiger, vokser behovet for at begrænse dokumentationen til det nødvendige og for at forenkle dokumentationsmetoderne. Samtidigt er der en række udfordringer som følge af den faglige og teknologiske udvikling og de omlægninger, sundhedsvæsenet gennemgår i disse år.

Dokumentation af sygeplejen befinder sig således i et paradigmeskifte, hvor patientforløbet i stigende grad bliver styrende for dokumentationen. Dokumentationen skal være enstregnet og tværfaglig, og der er et samfundskrav om monitorering og gennemsigtighed. Disse kontekstfaktorer kræver en redefinering af den sygeplejefaglige dokumentation.

STANDARDPLEJEPLANER KONTRA PATIENTENS PERSPEKTIV

Sygeplejersker har igennem årtier arbejdet med standardplejeplaner. Det har ikke været en enkel proces, og der er modsatrettede holdninger til standardplaner. På den ene side frygter sygeplejersker, at den enkelte patients perspektiv går tabt med en standardplejeplan. På den anden side opstår der en risiko for, at vigtige aspekter ved plejeforløbet bliver forsømt, hvis det er op til den enkelte sygeplejerske at vurdere indholdet af sygeplejen. Dokumentation er et hjælperekskab, og en standardplejeplan kan anskues som en tjekliste for, hvad sygeplejen bør indeholde. Uanset perspektiv og dokumentationsform udøves sygepleje i det direkte møde, hvor sygeplejerskens faglige vurdering i samarbejde med patienten eller pårørende skal afgøre indholdet af sygeplejen.

DEN DIGITALE UDVIKLING

Regionerne har forpligtet sig til at samarbejde om udviklingen af sundheds-it. Den kliniske dokumentation er stort set digitaliseret, men der er fortsat mange udfordringer i systemer, der ikke taler sammen, for mange logins, ventetider mm.

Der ligger derfor en opgave i at få udviklet journalsystemerne til et niveau, der tilgodeser de lovmæssige, professionelle og administrative behov for valide data. Og som samtidigt giver en enkel og hurtig dokumentationspraksis for den enkelte sygeplejerske.

Systemerne skal blive mere brugervenlige, og de skal i højere grad kunne generere og akkumulere data. De skal kunne understøtte de sygeplejefaglige ydelser og bidrage til overblik, planlægning og kontinuitet i patientforløbene, og de skal understøtte, at patienterne bliver inddraget gennem information, kommunikation og adgang til egne journaler.

DOKUMENTATION AF SYGEPLEJE I EN TVÆRFAGLIG PATIENTJOURNAL

Indtil for få år siden førte sygeplejersker monofaglige sygeplejehandbøger, og nogle af de første elektroniske journalsystemer omfattede også en monofaglig sygeplejehandbog, der indeholdt sygeplejeprocesens elementer.

I dag bliver der indført standardsystemer med tværfaglige journaler, der ikke altid tager hensyn til den dokumentationspraksis, der er udviklet lokalt gennem mange år. Det er en udfordring, fordi sygeplejersker oplever, at ikke alle systemer er lige brugervenlige, og at de ikke giver mulighed for dokumentation af den kvalitet, de kunne ønske, og som de kunne opretholde i de tidligere journalsystemer.

Det er derfor en udfordring at få indflydelse på de nye systemer, så de understøtter og synliggør den sygeplejefaglige dokumentation i en form, der sikrer både de formelle krav til dokumentationen, og de krav til sygeplejefaglig kvalitet der stilles af sygeplejerskerne selv.

DOKUMENTATION PÅ TVÆRS AF SEKTORGRÆNSER

Det stigende antal patientforløb, der går på tværs af sektorgrænser, stiller øgede krav til sømløs kommunikation af sundheds- og sygeplejedata på tværs af sektorgrænser. Kommunerne bruger allerede i stort omfang MedCom-standards til kommunikation med praktiserende læger og apoteket, og der kommunikeres i stigende omfang også med sygehusene ved hjælp af MedCom-standards.

Ud over denne kommunikation, der primært drejer sig om meddelelser om indlæggelser og udskrivelser, ligger der flere udfordringer i forbindelse med de kroniske patientforløb og de komplekse patientforløb på tværs af sek

torgrænser. Det kræver intensiveret samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis, ud over at det stiller krav til de systemtekniske løsninger og til lovgivningen.

Den kommunale hjemmesygepleje har mange års erfaring med elektroniske omsorgsjournaler, men i kommunerne er der specielle udfordringer med at registrere det stigende antal sundhedsydelse, der er kommet til efter kommunalreformen. Det medfører et stigende pres om registrering af data til administrativ brug, der ikke umiddelbart bliver oplevet som sygeplejefagligt meningsfulde.

DET ACCELEREREDE PATIENTFORLØB

Når patienter indlægges, er det ofte kun i få dage. Patientforløbet accelereres, og det er nødvendigt at standardisere forløbene og udvikle behandlingspakker. Det accelererede standardiserede patientforløb er tænkt som en organisatorisk effektivitetsfremmende foranstaltning for at udnytte ressourcerne bedst muligt, samtidigt med at det skal sikre patienterne den mest virkningsfulde pleje og behandling.

Standardisering kan på den ene side være begrænsende for den individuelle tilgang, og kan samtidigt være en hjælp og understøttelse af den individuelle tilgang. Fordelen ved det accelererede patientforløb er, at patienten hurtigt kommer hjem i egne omgivelser. Det har specielt betydning for ældre medicinske og geriatriske patienter, der har høj risiko for funktionstab og for at pådrage sig infektioner, kognitiv forvirring og andre skader. For disse patienter er det afgørende, at forløbet på sygehuset er så kort og effektivt som muligt, og at mest muligt af den specialiserede indsats bliver ydet ambulant eller i eget hjem.

Med den ændrede opgavefordeling mellem sygehuse og kommuner, hvor en mindre og mindre del af forløbet varetages i sygehusregi, og en større del varetages i primærkommunalt regi, er standardisering et element i at sikre patienterne relevant og faglig kvalificeret indsats gennem hele forløbet.

DET VIDERE ARBEJDE

Dokumentation og udvikling af sygepleje bliver påvirket af de forandringer, der sker i sundhedsvæsenet og i samfundet generelt. De udfordringer, sygeplejersker har med dokumentation af ydelser, er ikke anderledes end de udfordringer, sygeplejersker generelt befinder sig i, når faget udvikles som følge af blandt andet forskning. Evidens, klinisk skøn og systematisk dokumentation af sygepleje er områder, som sygeplejersker diskuterer nationalt og internationalt. Det er vigtige diskussioner, hvor sygeplejersker får trænet deres argumentationsevne, og de får udfordret fagets terminologi. Forstår vi, hvad hinanden siger?

DOKUMENTATIONSKONFERENCE

Dokumentation er på dagsordenen blandt danske sygeplejersker og har været det i mange år. Dokumentationskonferencerne skaber debat og konsensus og bidrager til at skabe en fælles retning. Disse dokumentationskonferencer skal fortsætte og skal til enhver tid indeholde viden om, hvor dokumentation af sygepleje befinder sig.

UDVIKLING AF SYGEPLEJEN TIL EN EVIDENSBASERET PRAKSIS

Systematisk dokumentation understøtter udvikling af en evidensbaseret klinisk praksis. Men kan evidensbegrebet rumme sygeplejen og det kliniske skøn? Det er nødvendigt at anskue evidensbegrebet bredt, det vil sige, at der skal foreligge evidens for at

- en intervention er praktisk gennemførlig (feasibility)
- en intervention er etisk eller kulturelt passende (appropriateness)
- en intervention er meningsfuld (meaningfulness). Ved meningsfuld forstås evidensen for personlige opfattelser, erfaringer, værdier, holdninger eller tolkninger hos patienter eller deres pårørende
- en intervention har effekt (effectiveness) (19).

Hvis der ikke foreligger systematisk forskning, eller det ikke er muligt at gennemføre en sådan forskning ved en given problemstilling, kan den aktuelt bedste viden hentes i kvalitative studier eller systematisk udarbejdede konsensusanbefalinger (3) Der er derfor et stort behov for at få udviklet metoder og instrumenter til evidensvurdering, der også omfatter kvalitative studier.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

Center for Kliniske Retningslinjer er etableret, og der bliver løbende publiceret nye godkendte kliniske retningslinjer til brug for hele sundhedsvæsenet. Men der er brug for, at der bliver investeret tid og ressourcer til at udarbejde flere evidensbaserede retningslinjer og indikatorer på højt fagligt niveau.

Der bliver også udviklet indikatorer for sygepleje i takt med, at der udarbejdes kliniske retningslinjer, men de skal bygges ind i de tværfaglige kliniske databaser for at synliggøre og monitorere den sygeplejefaglige kvalitet.

MINIMUMSDATASÆT OG TERMINOLOGI

Det er nødvendigt at kunne dele, genfinde og genbruge data på tværs af hele sundhedsvæsenet. På sigt skal der derfor arbejdes videre med en fælles terminologi i sygeplejen, der gør det muligt at kommunikere informationer og data sikkert og præcist.

For at minimere dokumentationskravet er det nødvendigt at udvikle et forskningsbaseret minimumsdatasæt for sygeplejen inden for de behovsområder, der er beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning.

FASTHOLDE DEBATTEN OG VIDENDELING BLANDT SYGEPLEJERSKER

Der er ikke en enkel og entydig løsning på, hvordan vi opnår den enkle og gode dokumentation, men der er mange holdninger. Derfor ønsker dokumentationsrådet at fastholde debatten og genskrive denne rapport om tre år. I den mellemliggende periode skal debatten fortsætte - gerne virtuelt. På DASYS' hjemmeside¹ findes der en blog, hvor alle, der har viden, gode råd og ideer til det videre arbejde med dokumentation, samt til indhold i næste rapport, er velkomne til at skrive og på den måde være med til at påvirke fremtidens dokumentation.

¹ www.dasys.dk

APPENDIKS

Dokumentationsrådet har vedlagt et appendiks til denne statusrapport. Hensigten med dette appendiks er at beskrive de områder som dokumentationsrådet finder relevant for det fælles grundlag, som danske sygeplejersker baserer deres dokumentation på. Erfaringer viser, at dokumentationskrav og forventninger kontinuerligt påvirkes af tendenser i samfundet. Dette sammenholdt med udviklingen inden for faget gør, at dokumentationsrådet finder det nødvendigt, at dette appendiks fremover erstattes af et elektronisk versionsstyret dokument, der bliver ajourført af eksperter.

Et elektronisk versionsstyret dokument kan opdateres løbende og vil understøtte de krav, der stilles til sygeplejersker om kontinuerligt at søge ny viden.

Dette appendiks tegner et billede af de udviklingstendenser og faglige krav til sygeplejerskers dokumentation, vi ser i dag, og som er nogle af de temaer, der har præget dokumentationskonferencerne de senere år.

Sygeplejedokumentation kan defineres som enhver skrevet eller elektronisk information om sygepleje, der er planlagt og/eller givet til den enkelte patient af sygeplejersker eller andre plejepersoner, herunder sygeplejestuderende, under ledelse af en sygeplejerske (20).

Dokumentation af sygepleje har flere udtryksformer. I et Cochrane-review fra 2009 opererer forfatterne med formerne

- struktureret versus ustruktureret dokumentation
- plejeplaner versus journaler uden formel plejeplan
- papirjournaler versus elektroniske journaler
- kontorbaserede journaler versus "åbne plejeplaner"
- problemorienterede versus ikke-problemorienterede journaler
- daglig journalføring på faste tidspunkter versus dokumentation, der kun beskriver afvigelser fra en forskreven plejeplan (20).

Ovenstående former kan genkendes i Danmark, omend papirjournalerne overvejende er blevet erstattet af elektronisk dokumentation.

KRAV TIL SYGEPLEJEDOKUMENTATION

Et australsk metastudie har fundet 28 studier (heraf 8 skandinaviske) af sygeplejedokumentation, der samlet identificerer syv væsentlige krav til sygeplejerskers dokumentation:

- Sygeplejedokumentation skal være patientcentreret
- Sygeplejedokumentation skal indeholde sygeplejerskers faktiske arbejde, herunder patientundervisning og psykosocial støtte
- Sygeplejedokumentation skal være skriftlig for at afspejle sygeplejerskens kliniske skøn
- Sygeplejedokumentation skal skrives løbende og fremstilles logisk
- Sygeplejedokumentation skal være fortløbende og tidstro
- Sygeplejedokumentation skal indeholde ændringer i sygeplejen og patientens tilstand
- Sygeplejedokumentation skal opfylde de lovmæssige krav (21).

FRA KLINISK BESLUTNINGSPROCES TIL DOKUMENTATION AF SYGEPLEJEN

Indledningsvis gives et kort rids over sygeplejeprocessens historie, da den er det fælles grundlag, danske sygeplejersker har lært at basere deres sygeplejedokumentation på.

Nutidens sygeplejedokumentation er resultatet af en mangeårig tradition og udvikling. I det følgende beskrives i hovedtræk de elementer og tiltag, der ses i dag. Sygeplejerskers dokumentation har historisk været baseret på sygeplejeprocessen, som den blev introduceret af Virginia Henderson (10). I Danmark blev Virginia

Hendersons behovsteori og plejeplaner introduceret på Sct. Josephs Sygeplejeskole i midten af 1960'erne (10), mens andre sygeplejerskoler først indførte sygeplejeprocessen i undervisningen i 1970'erne. I 1980'erne blev der imidlertid sået tvivl om sygeplejeprocessens egnethed som dokumentationsmetode, og selv Virginia Henderson gav udtryk for, at sygepleje er mere end problemløsning (22). Ikke desto mindre anvendes sygeplejeprocessen fortsat i dokumentationssystemer mange steder.

Sygeplejeprocessen er udviklet på grundlag af forskellige sygeplejefilosofier og teorier (20). Siden Hildegard Peplau i 1952 præsenterede det første bud på sygeplejeprocessen, har mange sygeplejeteoretikere dog defineret sygepleje som en problemløsningsproces (22). Danske sygeplejersker er derfor uddannet til at dokumentere sygepleje efter en problemorienteret metode (23). Det er en velegnet metode, specielt når patienten har komplekse

problemstillinger og omfatter trinene

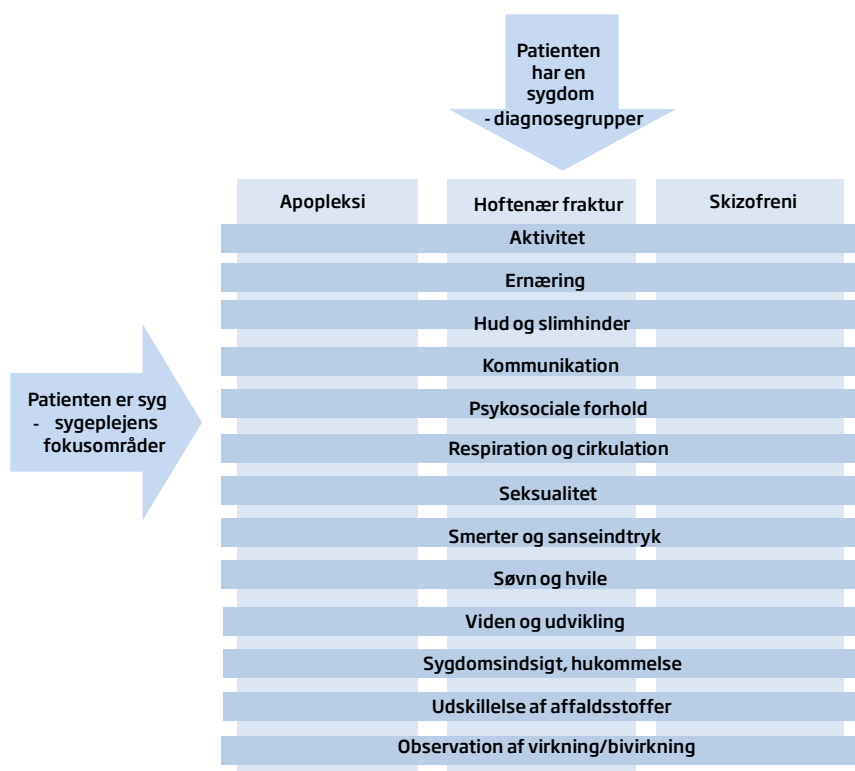
- diagnostisk overvejelse, formuleret som sygeplejediagnose
- planlægning
- udførelse
- evaluering.

Det er dog ikke enkelt at få integreret denne proces i en patientjournal.

Det sprog og de begreber, der har været fremherskende i sygeplejen de sidste 15 år har været påvirket af dokumentationsmodellen VIPS (7). VIPS-modellen er en forskningsbaseret dokumentationsmodel opbygget omkring søgeord. Den er opbygget med udgangspunkt i sygeplejeprocessen, og der er tydelige referencer til Virginia Hendersons 14 behovsområder (10). Modellen har fået sit navn efter begreberne Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhed, der betragtes som selve målet for sygeplejen. En grundlæggende antagelse i VIPS-modellen er, at patienten medinddrages i alle aspekter af sygeplejen.

FRA SYGEPLEJEPROCES TIL KLINISK BESLUTNINGSPROCES

Sygepleje retter sig som minimum mod de problemområder, Sundhedsstyrelsen har identificeret i Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser fra 2005 (2), og som er baseret på Virginia Henderson's behovsområder – se bilag 2 og 3 (10). I denne rapport kalder vi disse problemområder for sygeplejens kerneområder. I mødet med den enkelte patient vil sygeplejerskens vurdering og beslutninger både rette sig mod patientens sygdom/diagnose og de sygeplejefaglige behovsområder. Forenklet kan det illustreres, som vist i figur 1.



Figur 1. Det sygeplejefaglige perspektiv på dokumentation i patientforløb

Figuren viser eksempler på nogle medicinske diagnoser, her apopleksi, hoftefraktur og skizofreni, illustreret med de lodrette søjler. Sygeplejerskens fokusområder illustrerer med de vandrette bjælker, hvordan de generelle fokusområder farves af, hvilken diagnose/sygdom patienten har. For eksempel er der forskel på de aktivitetsbehov og -problemer, patienten har afhængigt af, om han har en fraktur, en apopleksi eller en psykisk sygdom.

Sygeplejersken tilrettelægger sin sygepleje, så den dækker behovene under hensyntagen til diagnosen. Hvad figuren **ikke** viser, er at sygeplejerskens beslutninger også skal træffes under hensyntagen til patientens individuelle behov og præferencer. Det er her den kvalitative vurdering og skønnet bliver aktuelt.

For eksempel kan der foreligge en standardplejeplan for hele gruppen af patienter med hoftenær fraktur, men sygeplejersken vælger på grundlag af sin dialog med patienten nogle andre handlinger. I så fald skal det dokumenteres, på hvilket grundlag planen er ændret, og hvilke handlinger der er udført i stedet.

Sygeplejersker har både ansvar for og kompetence til at beslutte, planlægge og iværksætte handlinger til løsning af den sygeplejefaglige del af patientens sundhedsrelaterede problemer (24, 25).

Det stiller krav om systematik og gennemskuelig i processen. Kvalificeret dokumentation må derfor indeholde en kortfattet beskrivelse af de beslutninger, der træffes i de enkelte faser, en beskrivelse af de observationer, der foretages undervejs, samt resultaterne af den udførte sygepleje

For at kunne evaluere om sygeplejen har været hensigtsmæssig, skrives en fremtidig ønsket tilstand hos patienten i form af et mål. Målet baseres på en faglig og realistisk vurdering af, hvad det er muligt at opnå. Kliniske retningslinjer, minimumsdatasæt, evidensbaseret og fremadrettet planlægning af selve plejen mod patientens mål kan samlet understøtte sygeplejens opmærksomhed på resultatet af sygeplejen.

SYGEPLEJEDIAGNOSER

Ordet diagnose kommer af det græske dia-gnosis, der betyder "gennem viden/ erkendelse", i slægt med 'dialog', gennem samtale (26). Betegnelsen diagnose er ikke forbeholdt det medicinske domæne, men bruges i dag af flere professioner som et udtryk for faglige afgørelser truffet på et fagligt videngrundlag.

En sygeplejediagnose er en klinisk diagnose, der beskriver aktuelle og potentielle problemer, som sygeplejersken i kraft af sin uddannelse og erfaring er i stand til og autoriseret til at behandle (24, 27). En sygeplejediagnose skal være præcis og relevant og baseres på et grundigt og helhedspræget kendskab til patientens behov og funktioner. Sygeplejediagnosen stilles gennem en struktureret dataindsamling.

Sygeplejediagnosen adskiller sig fra den medicinske diagnose ved at fokusere på områder, hvor sygeplejersken selv kan handle. Man skelner mellem

- problemdiagnoser, der beskriver et aktuelt problem hos en patient, hvor handlingerne retter sig mod at løse eller lindre problemet.
- risikodiagnoser, der beskriver et potentielt problem hos patienten, hvor handlingerne retter sig mod forebyggelse.
- ressourcediagnoser, der beskriver en mulighed eller evne hos patienten/familien, som kan blive en støtte i håndteringen af situationen.

En sygeplejediagnose kan rette sig mod et aktuelt problem, og også et potentielt sundhedsproblem.

Kvaliteten af indsatsen skal dokumenteres, når resultatet af sygepleje bliver vurderet i det samlede patientforløb (28, 29, 30). Et systematisk review har vist, at anvendelse af sygeplejediagnoser øger kvaliteten af dokumentationen (31).

Der findes dokumentationssystemer med færdigformulerede sygeplejediagnoser, for eksempel NANDA-diagnoser², disse bidrager til en mere ensartet terminologi på trods af, at de ikke har vundet indpas i Danmark.

PATIENTFORLØBSBESKRIVELSER

Det er den generelle opfattelse, at et veltilrettelagt patientforløb er en af forudsætningerne for kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser. Beskrivelser af patientforløb er et led i den nationale strategi for kvalitetsudvikling i Sundhedssektoren (32), og i den Danske Kvalitetsmodel lægges der vægt på, at patientforløbet gennemføres koordineret og på et højt fagligt niveau med en entydig ansvarsplacering (33).

Alle patienter gennemgår et forløb, som kan variere i tid og kompleksitet, fra meget korte kontakter til længere komplicerede forløb med flere involverede fagpersoner. Der findes ikke to patientforløb, som er ens, da alle patienter er forskellige og har individuelle behov. Alligevel kan der indenfor de forskellige sygdomsgrupper findes generelle sundhedsfaglige ydelser, som udføres hos hovedparten af patienterne. Hensigten med en beskrivelse af patientforløb indenfor de forskellige sygdomsgrupper er at få skabt en generel beskrivelse af de aktiviteter, kontakter og hændelser, som en gruppe patienter oplever i relation til behandling, pleje og rehabilitering for at opnå veltilrettede patientforløb med gode sundhedsmæssige resultater for patienten.

En patientforløbsbeskrivelse bør ideelt set afspejle det faglige, organisatoriske og det patientrettede perspektiv. Arbejdet handler således om at forbedre de sundhedsfaglige ydelser, sikre en effektiv organisering og fokusere på patientinddragelse.

² North American Nursing Diagnosis Association

Den faglige kvalitet sikres ved at inddrage evidensbaserede anbefalinger fra eksempelvis kliniske retningslinjer, referenceprogrammer og andre videnskabelige arbejder. Da en patientforløbsbeskrivelse følger patientens vej gennem sundhedssystemet, er kontinuitet, koordinering og effektivitet centrale fokusområder i udarbejdelsen af

patientforløbsbeskrivelser. Dette arbejde giver ofte anledning til at udvikle mere hensigtsmæssige arbejdsgange både mono- og tværfagligt samt mellem forskellige sektorer, så der sikres sammenhæng og helhed i patientforløbet. I udarbejdelsen af patientforløbsbeskrivelser bør inddrages resultater fra eksempelvis patienttilfredshedsundersøgelser, klagesager, interviews og andre tilbagemeldinger, så patient og pårørendes erfaringer og ønsker inddrages. Arbejdet med patientforløb er beskrevet i flere udarbejdede publikationer og vejledninger (34, 35, 36).

En patientforløbsbeskrivelse skal opfattes som et tværfagligt dokumentationsværktøj, der udover at sikre et optimalt forløb for den enkelte patient, også kan anvendes til at samle og systematisere de dokumenter, som beskriver dele af det samlede patientforløb. Eksempelvis kan der linkes til retningslinjer, instrukser, patientinformationer, standardplejeplaner mm.

STANDARDPLEJEPLANER

En standardplejeplan, er en plejeplan der bygger på fællestræk hos en gruppe af patienter. Den er retningsgivende for den individuelle pleje (28). Indholdet i standardplejeplanen bør så vidt muligt være evidensbaseret og baseres på anbefalinger fra en klinisk retningslinje. Standardplejeplaner vil i stigende omfang bygge på evidens i takt med udvikling af kliniske retningslinjer og den øgede forskning i sygepleje.

Standardplejeplanen synliggør i dagligdagen de handlinger, en klinisk retningslinje anbefaler. Den gør anbefalingerne overskuelige og brugbare omkring patienten. Sygeplejersken finder evidensen for handlingerne i standardplejeplanen, ved at læse den kliniske retningslinje.

En standardplejeplan er ofte udarbejdet som et samlet dokument indeholdende

- aktuel sygeplejediagnose
- handlinger i forhold til den potentielle sygeplejediagnose
- evaluering/det forventede resultat af handlingerne.

Formålet med standardplejeplaner er at sikre planlægning af sygeplejen på baggrund af den bedst tilgængelige viden. Når standardplejeplanen er udviklet på baggrund af evidens, tilbydes patienten den bedste viden, der er på området, og det er således ikke alene den enkelte sygeplejerskes viden og erfaring, der er bestemmende for kvaliteten af den udførte sygepleje. Endvidere reducerer standardplejeplaner dokumentationstid for sygeplejersken i de tilfælde, hvor patientens sygeplejediagnoser er forudsigelige og forekommer i patientforløbet hos en gruppe patienter. En patientforløbsbeskrivelse for en gruppe patienter, kan således definere de standardplejeplaner, der skal udarbejdes for det pågældende patientforløb (37). Da sygeplejen er generisk, er det ofte muligt at genbruge standardplejeplaner fra en patientgruppe til en anden.

En kritik af anvendelsen af standardplejeplaner er, at de ikke tilgodeser, at patienterne har individuelle behov. Anvendelsen af en standardplejeplan kræver sygeplejerskens faglige refleksion, idet hun skal vurdere, om planen passer til patienten, eller om den skal tilrettes patientens særlige behov. Hvis sygeplejersken for ofte er nødt til at modificere en standardplejeplan, er det tegn på, at planen ikke er tilstrækkelig, eller at den ikke er dækkende for den pågældende patientgruppe.

INSTRUMENTER OG SKALAER

Patientspecifik dokumentation bygger på, at der foretages en relevant begrænsning af de data, der foreligger. Sygeplejersken kan have et forløb, der strækker sig over 40 minutter, hvor patienten både har udført kropspleje og talt om dagliglivet efter udskrivelsen. De data, der er indsamlet, er således baseret på direkte observationer, målinger, samtale med patient og eventuelle pårørende etc. Data vil være af kvantitativ eller kvalitativ karakter.

Når det skal dokumenteres, skal sygeplejersken fremkomme med en eller flere konklusioner, da det ikke er relevant blot at referere data. De konklusioner, sygeplejersken kan drage, skal være baseret på validerede defi-

nitioner og kendetegn på fænomener. Hvis sygeplejersken efter en samtale med en patient i sygeplejedokumentationen konkluderer, at patienten er angst overfor den forestående udskrivelse, et indgreb eller et kommende prøvesvar, skal denne konklusion bygge på og indeholde de validerede kendetegn, der er for angst.

Kliniske retningslinjer kan være en hjælp og medvirke til at styrke den patientspecifikke dokumentation. En klinisk retningslinje indledes med, at centrale begreber bliver defineret, og det skal beskrives, hvordan disse begreber kan operationaliseres. Herved bliver begreber observerbare i praksis.

I en kliniske retningslinje om mundpleje defineres mundpleje som; "Evidensbaseret pleje af tænder og mund". Dette operationaliseres gennem formålet med mundpleje, som er at holde mundhulens slimhinder rene, fugtige,

bløde og hele for at forebygge paradentose og tandkødsbetændelse, fjerne madrester og belægninger uden at beskadige mundhulens slimhinde og gummer, at lindre smerter og ubehag og øge oral indtagelse,

samt at patienten føler sig velsoigneret, og at patientens protese eller tænder er rene, fugtige og funktionsdygtige (38).

Definitionen af mundpleje henviser til, at det ikke kun drejer sig om at børste tænder hos patienterne, men også at sikre sunde slimhinder. Formålet operationaliserer definitionen og angiver, hvilke områder og opgaver der indgår i begrebet mundpleje. Herved bliver der mulighed for en præcisering af det fælles fagsprog. Når den kliniske retningslinje er implementeret i en afdeling, er det disse punkter, der skal indgå og vurderes, når man taler om og dokumenterer behov for og resultat af mundpleje.

Tabel 1. Indhold af kliniske retningslinjer, og hvad en klinisk retningslinje kan understøtte i forhold til sygeplejedokumentation i praksis.

Kliniske retningslinjer indeholder:	Kliniske retningslinjer understøtter:
Definitioner af begreber	Fælles sprog i praksis Præcisering og udvikling af fagsprog
Forslag til instrumenter eller skalaer til vurdering og beskrivelse af kliniske problemstillinger	Validitet af daglig dokumentation, dokumentation i elektronisk patientjournal og i databaser
Indikatorer	Angiver forslag til indikatorer til nationale databaser og til lokal kvalitetssikring

Kilde: Efter Pedersen, PU i "Hvorfor arbejde med kliniske retningslinjer i praksis? (39)

En metode til systematisk at begrænse og registrere data på, er at anvende validerede instrumenter og skalaer. På den måde opnår man både at begrænse/forenkle mængden af data og at bevare et præcist og valideret fagsprog.

Et eksempel på et sådan instrument, der bygger på en række skalaer er Revised Oral Assessment Guide (ROAG) (38). ROAG indeholder en række skalaer, hvor hver skala beskriver

- de forskellige områder af munden, der skal vurderes
- hvordan vurderingen skal foregå
- graduering af mundstatus.

Mundstatus registreres ud fra kriterier i en rangskala med

- 1, som betyder frisk eller normal
- 2, som betyder let til moderate forandringer
- 3, som indebærer alvorlige problemer.

Resultatet af vurderingen skal dokumenteres for at kunne planlægge og evaluere opfølgende tiltag (38).

Tabel 2. Eksempel på beskrivelse af mundhulens tilstand foretaget på baggrund af Revised Oral Assessment Guide (ROAG)

Område	Grad 1	Grad 2	Grad 3
Tandkød	Lyserødt og fast	Ødematøst og rødt	Spontant blødende

Kilde: Klinisk retningslinje til identifikation af behov for mundpleje og tandbørstning, hos voksne hospitalsindlagte patienter (38).

Ved denne bedømmelse og dokumentation af mundstatus systematiseres beskrivelsen af mundhulens tilstand. Når sygeplejersken benytter et instrument, bliver dokumentation af observationer mere præcise i forhold til et fagsprog, da sygeplejersken ikke selv skal opfinde termer til at beskrive sine fund. Beskrivelsen

kommer i termer, der letter og præcisere den daglige dokumentation, og det er muligt at lade ROAG (eller et andet instrument) indgå direkte som et element i en standardplejeplan og en elektronisk patientjournal.

KLINISKE KVALITETSDATABASER

En klinisk kvalitetsdatabase er et redskab til kvalitetsvurdering og kan defineres som: "Et register, der indeholder udvalgte kvantificerbare indikatorer, som kan belyse dele af eller den samlede kvalitet af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset patientgruppe med udgangspunkt i det enkelte patientforløb" (40).

En klinisk kvalitetsdatabase er bygget op omkring en veldefineret patientgruppe, hvor udvalgte kvalitetsindikatorer anvendes til at overvåge, evaluere og forbedre kvaliteten af pleje, behandlingen og rehabilitering. I Danmark var der i 2011 omkring 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, som alle var tilknyttet et af de tre kompetencecentre (Øst, Syd eller Nord) (41). Derudover er databaserne forankret i relevante faglige og videnskabelige selskaber, som er med til at udpege indikatorer og sikre implementering og anvendelse af resultater.

En god datakvalitet er en af forudsætningerne for, at resultaterne fra kvalitetsdatabasen kan bruges til kvalitetsudvikling. For at kunne modtage finansiering stilles der krav fra Sundhedsstyrelsen og regionerne om, at over 90% af patienterne indenfor den valgte sygdomsgruppe registreres, og at datakomplethedegraden er højere end

80%. Det betyder, at man i de kliniske miljøer skal være meget opmærksom på at få indberettet data på alle patienter i forhold til de udpegede indikatorer og de valgte prognostiske faktorer.

De prognostiske faktorer er baggrundsdata på patienterne som eksempelvis alder, køn, komorbiditet osv., mens indikatorerne (ofte 8-10 indikatorer) er udpeget til at kunne overvåge og evaluere kvaliteten af pleje, behandling og rehabilitering.

Data registreres typisk på skemaer, hvorefter de indtastes i databasen. Da det ofte forårsager dobbeltregistrering, arbejdes der aktuelt på landsplan på en samkøring af de elektroniske systemer, registre og journaler, så indberetningen lettes og datakvaliteten øges.

Lokalt må der stilles krav om en struktureret daglig dokumentation, hvor data i større omfang kan genkendes, genfindes og dermed genbruges i de kliniske databaser. På den måde kan den daglige dokumentation omkring den enkelte patient genanvendes til analyse af data på en større gruppe patienter, ny viden kan genereres, og pleje, behandling og rehabilitering kan optimeres.

Mindst en gang årligt udarbejder styregrupperne for de kliniske kvalitetsdatabaser en rapport om kvaliteten med anbefalinger på landsplan. Rapporterne danner grundlag for lokale drøftelser om, hvordan kvalitetsniveauet forbedres eller sikres.

De kliniske kvalitetsdatabaser er et tværfagligt redskab til optimering af pleje, behandling og rehabilitering. Det har derfor stor betydning, at sygeplejersker tager aktivt del i dette arbejde både med viden i forhold til udpegning af indikatorer, men også at plejepersonalet støtter op om indberetningen og sikrer en kvalificeret anvendelse af resultaterne.

Denne tværfaglig dokumentation vil måske med flytte fokus fra eget fag, til fokus på patienten.

ET MINIMUMSDATASÆT FOR SYGEPLEJEN

I 1992 skrev Norma Lang:

"If you can't name it, you can't control it, finance it, research it, teach it or put into public policy" (4).

Hun indikerer her, at hvis sygeplejersker ikke ved, hvilken terminologi der skal anvendes til at beskrive forskellige fænomener, er det vanskeligt dels at kontrollere og dels at identificere problemområder, der er af betydning for patienten, og hvad der er relevant at dokumentere.

I Sundhedsstyrelsens Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser (2) angives at: "... optegnelser vedrørende sygeplejefaglige handlinger som minimum skal indeholde en beskrivelse af, hvorvidt patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for et af de 12 problemområder" – også karakteriseret som sygeplejens minimumsdatasæt. I et minimumsdatasæt anvendes ensartede definitioner og kategorier, som bruges til at beskrive en række potentielle problemområder, og målet er at dække behovet for oplysninger af forskellige data brugere i sundhedssystemerne.

De 12 problemområder har hjulpet sygeplejen mod en fælles terminologi og sikret en højere grad af struktur og sammenhæng i dokumentationen. Sygeplejedokumentation bliver dog fortsat kritiseret for og karakteriseret ved en lav struktureringsgrad, og sygeplejersker indikerer, at de ikke ved, hvad det er relevant at dokumentere indenfor eksempel et område som ernæring.

De 12 problemområder – sygeplejens minimumsdatasæt – er 'tomme' referencerammer, som med fordel kan blive 'udfyldt' med yderligere informationer, som kan hjælpe sygeplejersker med klart at identificere problemområderne, styrke fællessproget, detaljeringsgraden af dokumentationen og ikke mindst, hvad det er relevant at dokumentere.

De 12 problemområder er et meget væsentligt element i sygeplejedokumentationen, idet de definerer en grundstruktur for og minimumskrav til sygeplejerskers dokumentation af sygeplejen.

TERMINOLOGI

En forudsætning for at dele sygeplejedata på tværs af sektorer og institutioner er, at der er et fælles fagsprog, en terminologi for sygeplejen. I Danmark er den internationale terminologi SNOMED CT³ oversat til dansk, men den har ikke opnået en udbredelse, der har betydning i praksis.

Der ligger et arbejde i årene fremover med at indarbejde en anerkendt terminologi i de elektroniske journaler og det kliniske arbejde på en måde, så det bliver praktisk anvendeligt.

³ SNOMED CT bliver nu drevet af International Health Terminology Standard Development Organisation (IHTSDO), der har hovedsæde i København.

REFERENCER

1. Christensen EH, Andersen Y (Red.). Retningslinjer for føring og opbevaring af sygeplejjournalen. Dansk Sygeplejeråd 1991
2. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser - VEJ nr 9229 af 29/04/2005. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10045> (22.09.2011)
3. Dons AM. Vejledninger skal følges. Sundhedsstyrelsen 23. juni 2009.
4. Clark J, Lang N. Nursing's next advance: An internal classification for nursing practice. *International Nursing Review*. 1992; 39(4): p. 109-111, 128.
5. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed LBK nr 877 af 04/08/2011 <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=138178> (29.2.2012)
6. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven – LBK nr 913 af 13/07/2010
7. Ehnfors M, Ehrenberg A og Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen Stockholm: Vårdförbundet; 1998.
8. Cook D. Patient autonomy versus parentalism. *Critical Care Medicine*. 2001; 29(2): p. N24-N25.
9. Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*. 1996;(312): p. 71-72..
10. Henderson V. ICN. Sygeplejens grundlæggende principper. Nyt Nordisk Forlag, Dansk Sygeplejeråd 2012
11. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel version 2.; 2012.
12. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel, Akkrediteringsstandarder for sygehuse: Dokumentation og datastyring 1.3.2 Patientjournalen (2/4); 2012.
13. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel, Akkrediteringsstandarder for sygehuse: Overdragelse 2.17.4 - Information ved overflytning mellem afdelinger og sygehuse (2/3); 2012.
14. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel, Akkrediteringsstandarder for sygehuse: 2.17.5 - Udskrivelsesplanlægning i samarbejde med patienten og videregivelse af information (3/3); 2012.
15. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel, Akkrediteringsstandarder for sygehuse: Modtagelse, vurdering og planlægning 2.7.6 - Behandling af den enkelte akutte patient (4/5); 2012.
16. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel, Akkrediteringsstandarder for sygehuse: Modtagelse, vurdering og planlægning 2.7.7 - Behandling af den elektivt henviste patient (5/5); 2012.
17. Akkrediteringsstandarder for Kommuner: Borgerinformation - kommunikation 2.2.1 Borgerdata (1/2).
18. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder - VEJ nr 10334 af 20/12/2007.
19. Joanna Briggs Institute. Reviewers' Manual. The Joanna Briggs Institute 2008
20. Urquhart C, Currell R, Grant M, Hardiker N. Nursing record systems: effects on nursing practice and health-care outcomes (Review). The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons Ltd.; 2009.
21. Jefferies D et al. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice* 2012; 16: 112-124
22. Bydam J. Sygeplejeprocessen. In Glasdam S, Bydam J, (Eds). Sygepleje i fortid og nutid - historiske indblik.; 2008. p. 181-198.
23. Wilkinson JM. *Nursing Process: A critical thinking approach*. 2nd ed. Menlo Park: Addison-Wesley Nursing; 1996.
24. Gordon M. *Nursing diagnosis: Process and application* St. Louis: Mosby; 1994.
25. Lindhardt T. Det grå kit. *Sygeplejersken*. 2002;(20): p. 50-52.
26. Dansk fremmedordbog: Munksgaard; 1997.

27. Yura H, Walsh M. The Nursing Process Assessing, Planning, Implementing, Evaluating. Connecticut: Appleton & Lange; 1988
28. Krøll V, Ahrensbach A. Dokumentation i sygeplejen. Grundlag og begreber. Ringkjøbing Amt; 2003.
29. Laustsen S et al. Grundlag og metode for måling, dokumentation og forbedring af sygeplejefaglig kvalitet. Sygeplejefaglig Klaringsrapport. Dansk Sygeplejeråd; 2002.
30. Thinggaard DM. Faglig ledelse med udgangspunkt i faglige retningslinier. I: Fly M, Hounsgaard L. (Eds.) Faglig ledelse i sundhedsvæsenet. Gyldendal Uddannelse; 2000; p. 159-167.
31. Müller-Staub M, Lavin M, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice. Systematic review.. Journal of Advanced Nursing. 2006; p. 514-31.
32. Sundhedsstyrelsen, Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: fælles mål og handleplan 2002- 2006. [Kbh.]: Sundhedsstyrelsen; 2002.
33. Institut for Kvalitet og Akkreditering. Den danske kvalitetsmodel: akkrediteringsstandarder for sygehuse: 1. version. 1 ed. Århus: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet; 2009.
34. Sundhedsstyrelsen. Patientforløb og kvalitetsudvikling. Kbh.: Komiteen for Sundhedsoplysning; 1999.
35. Rhode P, Krøll V. Patientforløb i organisatorisk perspektiv. In: Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I, editors. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2001
36. Mainz H, Henriette WT, Jaillet IM, Bjørnshave B. Skabelon og manual til evidensbaserede kliniske retningslinier. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus 2006
37. Hansen MN, Villadsen B. Kvalitetsudvikling i sygeplejen. In Egerod I, editor. Dokumentation og kvalitetsudvikling.: Nyt Nordisk Forlag; 2000.
38. Center for kliniske Retningslinjer. <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/KRMundpleje-slutversion280910.pdf> (1.3.2012)
39. Pedersen PU. Hvorfor arbejde med kliniske retningslejer i praksis?. In Krøll V (Ed.) Kliniske retningslinjer - hvordan og hvorfor. København: Munksgaard Danmark; 2011.
40. Kjærgaard J et. al. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. In.: Munksgaard; 2001.
41. Sundhedsstyrelsen. Godkendte kliniske databaser. [Sundhedsstyrelsen http://www.sst.dk/DS/KvalitetsDB.aspx](http://www.sst.dk/DS/KvalitetsDB.aspx) (24.10.2011)
42. Mac Neela, P., Scott, P.A., Treacy, P., Hyde, A. (2006) 'Nursing Minimum Data Sets: A conceptual analysis and review'. Nursing Inquiry, 13 :44-51
43. Brüel S, Nielsen NA. Gyldendals røde fremmedordbog. 11th ed.; 1999.
44. Krogstrup HK. Kampen om evidens. 2011. Gyldendal Akademisk. Udgave 1.
45. Juul S. Epidemiologi og evidens. 2004. Munksgaard Danmark. Udgave 1.
46. Pearson A, Field J, Jordan Z. 2007. Evidence-Based Clinical Practice in Nursing and Health Care; assimilating research, experience and expertise. John Wiley & Sons.
47. Den Store Danske. Gyldendals Åbne Encyklopædi. http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Filosofi/Oldtidens_filosofi/Aristoteles (24.10.2011)
48. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner;2009. http://www.dsk.dk/filer/publikationer/kvalitetsbegreber_rapport_januar2003.pdf (28.10.2011)
49. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel. Begrebsliste. 2009. <http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Bilag-5.-Begrebsliste.aspx> (24.10.2011)
50. Krøll V. Kompetence og kompetenceudvikling i sygeplejen – begrebsafklaring, operationalisering og betydning. I Pedersen B og Hall E (Eds). Forskning i klinisk sygepleje København: Akademisk Forlag; 2002.
51. Goossen et.al. A Comparison of Nursing Minimal Data Sets. 1998. JAMIA. 5; 152-168.
52. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om fysioterapeuters ordnede optegnelser (journalføring) - VEJ nr 9176 af 16/03/2004.
53. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om ergoterapeuters ordnede optegnelser (journalføring) - VEJ nr 9150 af 16/03/2006.

ARBEJDSGRUPPEN

Arbejdsgruppen har bestået af Dansk Sygeplejeselskabs (DASYS) Dokumentationsråd

- Lene Berring, cand. cur., udviklingschef, Psykiatrisk Center Sankt Hans, (Region Hovedstaden). Fagligt Selskab for Psykiatriske sygeplejersker.
- Inge Lise Hermansen, oversygeplejerske, Kvindeafdelingen, Hospitalsenhed Midt (Region Midtjylland). Fagligt Selskab for gynækologiske og obstetriske sygeplejersker.
- Bente Fogh, oversygeplejerske, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers. (Region Midtjylland). Fagligt Selskab for ledende sygeplejersker.
- Birgit Villadsen, oversygeplejerske, Palliativ Medicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital. (Region Hovedstaden).
- Hanne Mainz, Klinisk sygeplejespecialist ph.d.-stud., Ortopædkirurgisk afd. E, Århus Universitetssygehus, Århus Sygehus. (Region Midtjylland). Fagligt Selskab for ortopædkirurgiske sygeplejersker.
- Irmgard Birkegaard, udviklingssygeplejerske, Geriatrisk afdeling, OUH Svendborg Sygehus. (Region Syddanmark). Fagligt Selskab for gerontologiske sygeplejersker.
Preben Ulrich Pedersen, lektor, Center For Kliniske Retningslinjer, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet (Region Midtjylland).
- Pernille Langkilde, kvalitetskoordinator, Cand.pæd.pæd., HovedOrtoCentret, Rigshospitalet. (Region Hovedstaden). Fagligt Selskab for Øre-næse-halskirurgiske sygeplejersker.
- Sasja Jul Håkonsen, videnskabelig medarbejder, cand.cur. , Center for Kliniske Retningslinjer, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet. (Region Midtjylland)
- Susanne Bünger, It koordinator, MI, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital. Fagligt Selskab for udviklingssygeplejersker og kliniske oversygeplejersker.
- Lone Faltz Møller, cand.cur., udviklingssygeplejerske/kvalitetskoordinator, Medicinsk Afdeling, Helsingør Hospital. (Region Hovedstaden). Fagligt Selskab for udviklingssygeplejersker.
- Hanna Skjald, gruppeleder, Solgårdscenteret, Guldborgsund Kommune. (Region Sjælland). Fagligt Selskab for sygeplejersker i kommunerne.

samt repræsentanter fra Dansk Sygeplejeråds sekretariat.

VIRGINIA HENDERSON'S BEHOVSOMRÅDER

Hjælp til patienten med disse funktioner eller skabelse af vilkår, der gør ham i stand til at:

1. Trække vejret normalt
2. Spise og drikke i nødvendigt omfang
3. Udskille kroppens affaldsprodukter
4. Bevæge sig og bevare en ønskelig stilling (gå, sidde, ligge og skifte stilling)
5. Sove og hvile
6. Vælge passende tøj samt klæde sig på og af
7. Holde kropstemperaturen inden for normale grænser ved at justere påklædningen og regulere omgivelserne
8. Holde kroppen ren og velsoigneret og beskytte huden
9. Undgå farer i omgivelserne og undgå at skade andre
10. Kommunike med andre ved at give udtryk for følelser, behov, frygt osv.
11. Dyrke sin tro
12. Arbejde med noget, som giver en følelse af at udrette noget
13. Lege eller deltage i forskellige former for adspredelse
14. Lære, opdage eller stille den nysgerrighed, som giver "normal" udvikling og sundhed.

Kilde: Virginia Henderson. ICN – Sygeplejens grundlæggende principper. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, Dansk Sygeplejeråd 7. udg. 2012

SYGEPLEJEFAGLIGE PROBLEMOMRÅDER IFLG. SUNDHEDSSTYRELSSENS VEJLEDNING OM SYGEPLEJEFAGLIGE OPTEGNELSER

- Aktivitet, f.eks. evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activity in Daily Living).
- Ernæring, f. eks. under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning.
- Hud og slimhinder, f. eks. forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv – f. eks. muskler, hår og negle.
- Kommunikation, f. eks. evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen.
- Psykosociale forhold, f. eks. arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, misbrug og mestring.
- Respiration og cirkulation, f. eks. luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls.
- Seksualitet, f. eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler.
- Smerter og sanseindtryk, f. eks. akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse.
- Søvn og hvile, f. eks. faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile.
- Viden og udvikling, f. eks. behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukkommelse.
- Udskillelse af affaldsstoffer, f. eks. inkontinens, obstipation, diaré.
- Observation af virkning og evt. bivirkning af given behandling med henblik på tilbagemelding til ordinerende læge.

Kilde: Sundhedsstyrelsens Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser nr. 9229 af 29/04/2005

ORDFORKLARINGER

Anamnese	Oprindelig græsk for erindring - er en patients eller hans omgivers redegørelse for hans tilstand før og under sygdommen (43). I sygeplejefaglig betydning angiver det redegørelse for aktuel – og habituel tilstand som grundlag for identificering af potentielle sygeplejeproblemer eller aktuelle sygeplejeproblemer (se nedenfor).
Dokumentation	Bevisførelse, ofte ved hjælp af skriftlige beviser (43).
Dokumentere	Godtgøre ved hjælp af (især skriftlige) beviser, fastslå (43).
Evidens	<p>Evidens kommer af det latinske ord <i>evidentia</i>, og betyder vished, klarhed og tydelighed (44). Ordet har fra sin latinske oprindelse flere betydninger, og når det anvendes i dag inden for de pædagogiske, sociale og sundhedsfaglige områder er der tilsvarende forskellige opfattelser af, hvad der tæller som evidens (44). Evidens kan forstås som "den aktuelt bedste viden" man har inden for et område. Den aktuelt bedste viden opnås typisk gennem forskning (45). Derfor forbindes evidens tit med "hårde facts" eller uomtvistelig viden opnået gennem omhyggelige og systematiske undersøgelser. Især det randomiserede, klinisk kontrolleret forsøg anses som "golden standard" indenfor for evidensbegrebet.</p> <p><u>Men</u> evidens er ikke kun viden baseret på "hardcore" forskning.</p> <p>Hvis der ikke foreligger systematisk forskning, eller det ikke er muligt at gennemføre en sådan forskning ved en given problemstilling, kan den aktuelt bedste viden eksempelvis hentes i systematisk udarbejdet konsensusanbefalinger eller kvalitative studier (44, 45, 46).</p>
Evidensbaseret sygepleje	Beskriver den proces, hvor sygeplejersker træffer kliniske beslutninger ved anvendelse af den bedst tilgængelige forskningsbaserede viden, deres kliniske ekspertise og patientens præferencer (29).
Indikator	En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten (48).
Klassifikation (klassificere)	<p>Kommer af <i>classis</i> (latin), som betyder afdeling og <i>facere</i> (latin), som betyder at gøre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • At inddele, ordne i klasser, henføre til en vis gruppe eller type - også at kategorisere, rubricere. • Inddeling i klasser (26). <p>Begrebet baserer sig på Aristoteles teori om kategorier; at ting placeres i samme kategori på baggrund af deres fælles træk (47).</p>
Klinisk kvalitetsdatabase	Et register, der indeholder data om en sygdomsgruppe, en bestemt diagnose eller tilstand, en behandlings- eller undersøgelsesmetode, og som anvendes til opgørelse, vurdering og/eller beregning af indikatorer (48).
Kliniske retningslinier	Systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer (49).
Kompetence	Begrebet kompetence kommer af det latinske ord ' <i>competentia</i> ', som betyder overensstemmelse. Begrebet kan forstås i både en snæver og bred betydning. I den snævre betydning forstås kompetence som en beføjelse eller myndighed. I den brede betydning defineres det som overensstemmelse mellem person og arbejdsopgaver udtrykt i personens kunnen og dygtighed i relation til konkrete jobkrav. Kompetencen udgøres af både formelle og uformelle personlige og faglige kvalifikationer (50).
Kvalitet	Egenskab ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde behov eller forventninger.

	WHO's 5 punkter i relation til kvalitet:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Høj professionel standard 2. Høj patienttilfredshed 3. Helhed i patientforløbet 4. Minimal patientrisiko 5. Effektiv ressourceudnyttelse (49).
Kvalitetsudvikling	De samlede aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats indenfor de eksisterende rammer af den etablerede viden (48).
Minimumsdatasæt	Et minimumsdatasæt i sygeplejen består af væsentlige sygeplejedata, der defineres som de specifikke elementer af information, der anvendes af sygeplejersker på tværs af hele sundhedsvæsenet. Et minimumsdatasæt benytter sig af ensartede definitioner og kategorier til at beskrive denne information, og formålet er at dække informationsbehovet hos de forskellige brugere i journalsystemerne (51).
Patientforløb	Summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i forhold til den sundhedsfaglige ydelse (49).
Proces	Omhandler de aktiviteter, der udføres i forbindelse med den sundhedsfaglige ydelse til patienten (49).
Resultat	Refererer til det opnåede helbredsresultat for patienten (48).
Standard	<p>Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet. En standard specificerer en række krav til struktur, proces og/eller resultat og afspejler viden, værdier og prioriteringer i sundhedsvæsenet på et givet tidspunkt.</p> <p>Standarder kan være formuleret både kvalitativt og kvantitativt (48).</p>
Standardplejeplan	<p>Plejeplan, der bygger på fællestræk hos grupper af patienter, som er retningsgivende for den individuelle sygepleje. Kaldes også struktureret plejeplan.</p> <p>Kan være udarbejdet som problemark indeholdende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejediagnose/ sygeplejeproblem mål eller forventet resultat baseret på evidens og/eller erfaringsbaseret viden • korrekte/evidente sygeplejefaglige handlinger/yardelser i forhold til det • specifikke sygeplejeproblem • evaluering (28).
Struktur	Omfatter sundhedsvæsenets ressourcer og organisering, fx de økonomiske vilkår og tilknyttede personaleressourcer, fysiske rammer, medicinsk udstyr og forekomst af kliniske retningslinjer (48).
Sundhedsfaglig ydelse	Forstås forebyggelse, diagnostik, observation, behandling, pleje, rehabilitering og patientinformation og - kommunikation i relation her til (48).
Sundhedsperson	<p>Person, der tilhører en personalegruppe, der er autoriseret til virksomhed inden for sundhedsvæsenet i Danmark. Af disse har følgende grupper pligt til at føre ordnede optegnelser (journal): læger, tandlæger, jordemødre, kiropraktorer, kliniske tandteknikere, kliniske diætister, tandplejere, psykologer, optikere, hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker (6).</p> <p>For de øvrige sundhedspersoner, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter, har Sundhedsstyrelsen fastlagt vejledninger om journalføring (2, 52, 53).</p>
Sygeplejediagnose	En sygeplejediagnose er en klinisk diagnose, der beskriver aktuelle eller potentielle sundhedsproblemer, som sygeplejersken i kraft af sin uddannelse og erfaring er i stand til og autoriseret til at behandle (24,27).
Sygeplejelog	Betegnelsen på de dokumenter, som indeholder alle nødvendige data til brug for udførelse og vurdering af sygepleje. Sygeplejeloggen med de tilhørende data udgør en del af patientjournalen (15).

Sygeplejeproblem

Et aktuelt eller potentielt problem, der udløser sygepleje. Det er resultatet af en klinisk sygeplejefaglig bedømmelse af patienten med henblik på at iværksætte sygeplejehandlinger for at opnå et resultat, som sygeplejersken er ansvarlig for (28).

Tjekliste

Et administrativt redskab (fx i form af en liste) til at tjekke, at konkrete handlinger er udført (28).



Dansk Sygeplejeråd
www.dsr.dk



Dansk Sygeplejeselskab
www.dasys.dk