



Senter for  
omsorgsforskning  
S Ø R

# Dokumentasjon av sykepleie

Et aksjonsforskningsprosjekt i Setesdal



Grete Vabo



UNIVERSITETET I AGDER

SETESDAL REGIONRÅD



Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 1/2013



# **Dokumentasjon av sykepleie**

Et aksjonsforskningsprosjekt i Setesdal



Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 1/2013

Grete Vabo

# **Dokumentasjon av sykepleie**

Et aksjonsforskningsprosjekt i Setesdal

Senter for omsorgsforskning, Sør  
Universitetet i Agder

2013

© Forfatteren/Senter for omsorgsforskning  
Omslagsbilde: [colourbox.com](http://colourbox.com)/Senter for  
omsorgsforskning, Østlandet v/Kari Bjerke Gjørde

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.1/2013

Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN: 978-82-93269-26-7

ISSN: 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:  
[www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)

# SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres det som er gjort i forsknings- og utviklingsprosjektet «Dokumentasjon av sykepleie». Prosjektet har foregått i følgende fire Setesdalkommuner i perioden oktober 2010 - juli 2012: Bykle, Valle, Bygland og Evje. Setesdal regionråd er ansvarlig for prosjektet, som er et delprosjekt i tilknytning til det større interkommunale helseprosjekt som har pågått i samme kommuner i mer eller mindre samme tidsrom. Universitetet i Agder har vært representert ved Senter for omsorgsforskning, Sør.

Hensikten med prosjektet har vært å kartlegge rutiner i forhold til det å dokumentere sykepleie. Det har vært gjennomført intervju av utvalgte ansatte i hjemmesykepleie og sykehjem, og en spørreundersøkelse ut mot øvrige ansatte i samme arena. Det har vært sentralt å være aktivt ute i praksisfeltet for å delta i gjeldende praksis og vurdere denne praksis opp imot faglige og juridiske krav. Målet har vært å kartlegge eventuelle mangler og deretter kvalitetssikre rutiner og prosedyrer. I tillegg har det vært et mål å utvikle eventuelle tiltak som kan bidra til en faglig og juridisk forsvarlig praksis.

Resultatene viser mangelfulle rutiner i daglig praksis knyttet til det å dokumentere sykepleie. Spesielt gjelder dette hvordan behovet for helsehjelp kartlegges, da i forhold til det som er bestilt av helsehjelp. Dette fører til ytterligere utfordring når de elektroniske behandlingsplanene skal utvikles. Kartlegging av behov

for helsehjelp er en sentral del av det å dokumentere helsehjelp, og behandlingsplanen er avhengig av en grundig kartlegging for å være planlagt faglig forsvarlig.

Det elektroniske pasientjournalssystemet (EPJ), der de daglige nedtegnelser dokumenteres i «plan og rapport»-modulen, har en funksjonalitet og et brukergrensesnitt som ikke er intuitivt i bruk. Det er i dag utfordrende å utvikle en behandlingsplan over planlagt helsehjelp i elektronisk pasientjournal. Det krever mange «klikk» inn i utallige «rom» for å ferdigstille en behandlingsplan. Helsepersonell har derfor problemer i forhold til å benytte EPJ som et arbeidsredskap i den daglige praksis.

Det anbefales at ledere i pleie- og omsorgstjenestene løfter denne utfordring videre til sentrale myndigheter. Det er kommunen som enhet som har ansvar for at ansatte har et egnet verktøy for å kunne utføre de lovpålagte plikter. Samtidig har alt helsepersonell ansvar for å bidra i forhold til de behov de har for å gjennomføre den juridisk forsvarlige dokumentasjonen, samt at aktuelle verktøy understøtter arbeidsprosessene. Helsedirektoratet bør utfordres i forhold til utvikling av tydelige nasjonale standarder. Med det menes standarder om hva de elektroniske pasientjournalssystem skal ha av innhold i modulen for behandlingsplan og helsehjelp. Dette er en sammensatt utfordring der flere aktører bør ta ansvar slik at praksis kan innfri i forhold til fag og juss.

**Nøkkelord:** elektronisk pasientjournal, elektronisk pasientjournalssystem, faglig forsvarlig helsehjelp, helsepersonell, juridisk forsvarlig dokumentasjon av helsehjelp, kommuner.



# FORORD

Samhandlingsreformen (St. meld nr. 47) trådte i kraft 1. januar 2012. Reformen gir føringer for at kommunene skal ha større ansvar både økonomisk og praktisk for utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. Brukerne av helsetjenester i kommunene har krav på forutsigbare kvalitetssikrede tjenester. Dette gjelder også brukere som har sammensatte tjenester.

Setesdal region består av fem kommuner, Bykle, Valle, Bygland og Evje og Iveland. Iveland er ikke med i det interkommunale helseprosjektet. Setesdal er en region der det er store avstander. Det er 150 km fra Evje i sør til Bykle nord i dalen. De enkelte kommunene har ikke mange innbyggere. Til sammen er det ca. 7000 mennesker som bor i kommunene, noe som gir ekstra utfordringer i forhold til de krav som skal innfris ut ifra Samhandlingsreformen. Det er ikke lett for alle kommunene å ha kvalifisert personell til alle områder der det kreves høy kompetanse. Pasienter vil skrives raskere ut fra sykehus og dermed vil situasjonene være mer utfordrende.

Dette var noe av bakgrunnen for at et interkommunalt helseprosjekt ble igangsatt i nevnte kommuner i Setesdal. Helseprosjektet har følgende fokus:

- Bruk av teknologi i kommunehelsetjenesten, pleie og omsorg
- Folkehelsearbeid og forebygging
- Tverrfaglige ambulante team

I forbindelse med forstudien til helseprosjektet var det diskutert behov for økt innovasjon, forsknings- og utviklingsarbeid (FoU-arbeid). Enhetslederne for pleie og omsorg i kommunene ønsket en felles satsning på dokumentasjon og prosedyrer. Med tanke på fremtidens utfordringer med flere eldre på færre ansatte, vil det være spesielt viktig at rutiner og prosedyrer er faglig og juridisk forankret. Det er viktig at alle ansatte kan ta ansvar og at dette ansvaret ikke legges på noen få.

Våren 2010 startet derfor dette utviklingsprosjektet «Dokumentasjon i sykepleien». Prosjektet ble påbegynt med et forprosjekt våren 2010, og hoveddelen i prosjektet foregikk høsten 2010, våren 2011 og høsten 2011. Siste del av prosjektet foregikk våren 2012. Det ble gjort en evaluering av prosjektet våren 2013, og det arbeides nå med en fagartikkel.

Undertegnede har vært prosjektleder. Prosjektet har vært knyttet til Senter for omsorgsforskning - Sør med professor Olle Söderhamn som veileder.

Det har vært et privilegium å få mulighet til å delta i dette arbeidet. Det å bli møtt med slik villighet og engasjement har resultert i mange meningsfulle treff og nyttige samtaler. Meningsfulle dialoger og refleksjoner har vært knyttet til utfordringer og muligheter i forhold til hvordan ivareta de faglige og juridiske krav til dokumentasjon i sykepleien. Dette har skapt de lysende læringsmøter (Eilertsen 2004). Takk til alle som har gjort dette mulig.

Grete Lund Vabo  
Universitetslektor v/Universitetet i Agder  
Juni 2013

# INNHOOLD

SAMMENDRAG V

FORORD VII

1 INNLEDNING 3

- 1.1 Bakgrunn for prosjektet 3
- 1.2 Prosjektets mål og redegjørelse av problemstillinger 5
- 1.3 Presisering av sentrale begrep 9
- 1.4 Prosjektets organisering 9

2 TEORIGRUNNLAG 11

- 2.1 Lovverk 12
  - 2.1.1 Lov om helsepersonell 12
  - 2.1.2 Lov om pasientrettigheter 14
- 2.2 Elektronisk pasientjournal (EPJ) 15
  - 2.2.1 IPLOS 17
- 2.3 Veiledere 18
  - 2.3.1 Veileder for kvalitet i pleie- og omsorgsyrkene 18
  - 2.3.2 Veileder for saksbehandling og dokumentasjon 19
- 2.4 Grunnleggende behov 20
- 2.5 Sykepleieprosessen 21
- 2.6 Pedagogisk læringssyn 24

3 METODE 27

- 3.1 Design 27
  - 3.1.1 Aksjonsforskning 27

3.2	Gjennomføring av prosjektet	29
3.3	Etiske overveielser	32
4	PROSJEKTET	35
4.1	Selve prosjektet.	35
4.1.1	Intervju og spørreskjema	36
4.1.2	Utvikling av kartleggings- verktøy med veileder	38
4.1.3	Opplæring og implementeringsfase	42
5	DISKUSJON	47
5.1	Faglig forsvarlig helsehjelp, juridisk forsvarlig dokumentasjon?	47
5.1.1	Organisasjon og helsepersonell	49
5.1.2	Kommunale EPJ-system	51
5.1.3	Nasjonalt nivå	53
6	KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	57
	REFERANSER	61
	VEDLEGG	65
	Vedlegg 1	
	Intervjuguide	65
	Vedlegg 2	
	Kartlegging av rutiner knyttet til dokumentasjon av sykepleie/helse- hjelp i prosjektet	67
	Vedlegg 3	
	Kartleggingsskjema For bruk i kommunene i Setesdal: Bykle, Valle, Bygland og Evje	72
	Vedlegg 4	
	Veileder til bruk ved kartlegging av behov for helsehjelp i kommune- helsetjenesten i Setesdal.	74
	Vedlegg 5	
	Overordnede begreper til bruk som kodetekst i EPJ Unique Profil	79
	Vedlegg 6	
	Rutinebeskrivelse fremgangsmåte i Unique Profil	83

# 1 INNLEDNING

I den kommunale helsesektoren er det et bredt sammensatt tilbud med helsetjenester. Det er blant annet tjenester fra forebyggende helsearbeid til rehabiliterende helsearbeid. Det er helsetilbud i forhold til psykisk helsearbeid, til mennesker med nedsatt psykisk funksjon, habilitering, rehabilitering og helsetilbud til eldre. Helsetilbudet til eldre er tilbud om tjenester i åpen omsorg, i bo - og omsorgssentrene og dagtilbud. I alle disse tjenester tilbys helsehjelp. For å få fram det som er gitt av helsehjelp i kommunene er det avgjørende at den planlagte og gjennomførte helsehjelpen er dokumentert. Det som ikke er dokumentert blir juridisk vurdert til ikke gitt helsehjelp (Lovdata 1, Sandvand & Vabo 2007).

## 1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Enhetslederne i pleie- og omsorgstjenestene (PLO) i kommunene opplever at den informasjon som blir nedtegnet i forbindelse med planlagt, gitt og utført helsehjelp har mangler. Dette gjør situasjonen for pasientene sårbar og usikker.

Hvordan dokumentasjonen skal være har helsepersonell klare føringer for. Juridisk er det lovpålagt å dokumenter den helsehjelpen som

planlegges, gjennomføres og resultatet av denne (Lovdata 1). Det er også faglige retningslinjer i forhold til kvalitet på den helsehjelpen helsepersonell skal gi (Helsedir. 1).

Dokumentasjon skal være en naturlig del av det arbeidet helsepersonell utfører. I lov om helsepersonell (Lovdata 2) § 48 beskrives de ulike grupperinger helsepersonell med juridisk dokumentasjonsplikt. Alle ansatte innenfor pleie og omsorg i kommunene kommer inn under denne paragrafen etter innføringen av de nye helselovene 1. januar 2012. I lov om kommunale helsetjenester (Lovdata 4) blir alt helsepersonell ansatt i kommunen ansvarlig for at planlagt og utført arbeid er dokumentert i tilknytning til pasientens behandlingsplan. Dersom helsepersonell som ansattes i kommunen i utgangspunktet mangler den nødvendige kompetanse, er enhetsledere pålagt å sørge for opplæring.

Helsehjelp innebærer alt arbeid utført av helsepersonell med karakter av å være forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller med fokus på pleie- og omsorg (Lovdata 2, Lovdata 3). I følge veileder for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er hovedfokus for krav til kvalitet på helsetjenesten at alle pasienter har dekket sine grunnleggende behov (Helsedir.1). Dette blir videre sentralt i forhold til nødvendige og tilstrekkelige dokumentasjon i pasientens behandlingsplan.

I tillegg til at dokumentasjon av helsehjelpen er lovpålagt, er det i journalforskriften (Lovdata 1) beskrevet hva slags innhold som til enhver tid skal være dokumentert i pasientens journal. Pasientens journal er en sammenstilling av alle aktuelle data som gjelder pasienten og helsehjelpen. I løpet av de siste ti årene har 400 av landets 429 kommuner innført elektronisk pasientjournalssystem (EPJ). Pasientenes behandlingsplan er da i de fleste av disse kommuner knyttet til EPJ-systemet.

I kommunene er det mange ufaglærte ansatte i deltidsstillinger. Flere av disse har hele sitt yrkesaktive liv ikke hatt ansvar for det å dokumentere helsehjelpen.

Det har i praksis ofte vært sykepleierne som har gjort dette arbeidet. I yrkesgrupper med lav formell kompetanse, spesielt de eldste med manglende data-erfaring, blir det å dokumentere elektronisk i pasientens behandlingsplan en ekstra utfordring.

Utdanningsinstitusjoner for helsepersonell har et stort ansvar med å utdanne helsepersonell som er forberedte til den virkeligheten de utdannes til. Fremdeles er det en vei å gå før nyutdannet helsepersonell har et kart med seg ut til praksis, i forhold til dokumentasjon av helsehjelp, som passer til det terrenget de møter.

De demografiske framtidsutsikter (St.meld. 47) viser at det vil være et økende press på helsetjenester i landets kommuner, flere pasienter og færre ansatte. Derfor er det avgjørende for å ivareta kvaliteten på tjenestene at pasientene har oppdaterte behandlingsplaner i journalene som viser bakgrunn, innhold og resultat av helsehjelpen. Det blir i tillegg avgjørende at rutiner og prosedyrer er kvalitetssikret.

Bakgrunn for at dette prosjektet ble igangsatt var at PLO-ledere ville ha en gjennomgang av rutiner og prosedyrer knyttet til det å dokumentere sykepleie. Det ble planlagt at jeg som prosjektleder skulle være ute i praksis i kommunene og arbeide sammen med ansatte, da med fokus på nevnte rutiner og prosedyrer.

## 1. 2 PROSJEKTETS MÅL OG REDEGJØRELSE AV PROBLEMSTILLINGER

Prosjektets mål var for det første å kartlegge dagens rutiner og prosedyrer knyttet til det å dokumentere helsehjelp. Dette skulle gjøres i kommunenes ulike institusjoner hvor helsehjelp tilbys.

*Enhetene for Pleie og omsorg med tilbud knyttet til:*

- Bo- og omsorgssentrene/sykehjemmene
- Åpen omsorg

*Enhetene for Helse og familie med tilbud knyttet til bl.a:*

- Psykisk helse og rus
- Mennesker med nedsatt psykisk funksjonsevne
- Habilitering og rehabilitering.

I forhold til dokumentasjon av helsehjelp, dreier det seg om hvordan pleien er planlagt, gjennomført og evaluert. Rutiner og prosedyrer ble kartlagt for å kvalitetssikres opp imot gjeldende juridiske og faglige krav. Videre inneholder prosjektet en implementeringsfase for bearbeidet og kvalitetssikret rutiner og prosedyrebeskrivelser. En avsluttende fase foregikk våren 2012 med oppsummerende møter i kommunene samt skriving av rapport, og endelig er det tenkt å gjennomføre en evaluering i etterkant av prosjektet.

Årsaken til kartlegging i oppstartfasen, var å få kunnskap om hva som skulle være utgangspunkt for planlegging av selve prosjektet. Det var viktig å vite hva slags rutiner og prosedyrer som var gjeldende og hvilke kunnskaper de ansatte hadde om dette temaet.

Forskning gjennomført av Kärkäinen m.fl. (2005) konkluderer at det er flere sentrale faktorer som må være tilstede for at man skal få frem den individuelle helsehjelpen i dokumentasjonen. Helsepersonell må ha aktuell fagkunnskap, kunnskaper om det å dokumentere, positive holdninger til dokumentasjon, tjenesten må være organisert i primærsykepleie og lederen tydelig tilstede. Det må presiseres at dokumentasjon er avgjørende for å få frem den faglig forsvarlige planlagte og gjennomførte helsehjelpen, samtidig som dokumentasjonen vil være avgjørende i forhold til juridisk forsvarlighet. Forskning gjennomført av Vee og Hestetun (2009) synliggjør at det er vesentlig med struktur og rutinger for å sikre dokumentasjon av helsehjelp.

I tillegg var det viktig å møte aktuelle ansatte i forkant av selve prosjektaktiviteten. Det å oppnå gode møter som kan bidra til gode relasjonen er i følge George Herbert Mead (Thuen & Vaage 1989) en vesentlig suksessfaktor. Det pedagogiske bakteppet i



prosjektet er forankret i et sosiokulturelt læringsyn (Phillips & Soltis 1998). Læring skjer i samspill mellom de ulike aktørene. I prosjektet har det vært viktig å fokusere på likeverdighet. Rollen som prosjektleder var å være aktivt tilstede i disse mellommenneskelige møtene der veiledning og forelesning har vært undervisningsmetoder. Dialog har i tillegg vært brukt målrettet som metode for læring og utvikling.

Lov om helsepersonell (Lovdata 2) har i lovens kapittel 8, som omhandler dokumentasjonsplikt, en detaljert beskrivelse av helsearbeideren og helsehjelpen koplet opp imot plikten til å dokumentere. Videre blir det i journalforskriften (Lovdata 1) punktvis beskrevet hva innholdet til enhver tid må være i pasientens journal og paragrafen innledes med setningen: «*Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige*».

I underpunktene i journalforskriftens § 8 (pkt. e, f) nevnes følgende:

- e) Bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling, beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskrivning.
- f) Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om oppfølging.

Disse to punkter i journalforskriften har vært sentrale i prosjektet.

Helsedirektoratet har gitt ut veiledere som mer i detalj beskriver hvordan arbeidet skal kvalitetssikres. I denne sammenheng nevnes to av dem. Veileder for kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (Helsedir. 1) beskriver hvordan man måler kvalitet. Kvalitet handler om egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstillende uttalte og underforståtte behov. Veilederen er i tillegg tydelig på at alle som mottar helsetjenester i kommunene skal ha dekket sine grunnleggende behov. Veilederen for saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester

(Helsedir.2) beskriver at når et hjelpebehov er meldt og vedtak fattet, skal hjelpebehovet systematisk kartlegges. Det skrives i veilederen at mangelfull kartlegging kan være årsak til at feil fakta blir lagt til grunn for et vedtak (s. 34).

Samtidig kommer det frem at de verktøy som brukes til å dokumentere kartleggingen og dokumentasjonen for øvrig skal understøtte de ansattes arbeidsprosesser. Dette sies det også noe om i journalforskriften (Lovdata 1). I sistnevnte veileder (s. 35) belyses pasientenes rett til medvirkning og innsynsrett, noe som er viktig i forhold til utvikling av pasientens behandlingsplaner og dokumentasjonen i denne. Det samme blir presisert i loven om pasientrettigheter (Lovdata 3).

I kommunene som er med i prosjektet har det vært prosesser i forhold til å enes om ett elektronisk pasientjournalssystem. I løpet av prosjektperioden ble Unique Profil (Visma) valgt som elektronisk pasientjournalssystem for alle fire kommuner.

For at ansatte skal klare å ivareta slike faglige og lovpålagte krav er det viktig at de kjenner på en trygghet i forhold til hvordan rutiner skal gjennomføres. Det er viktig at denne kunnskapen er internalisert i den enkelte helsearbeider. Først da blir det en del av dem. Dette er teoretikeren Levy Vygotsky (Bråten 1998) opptatt av (Jfr.2.6.)

Med bakgrunn i det som er beskrevet over inneholder prosjektet følgende problemstillinger:

1. Hvordan blir helsehjelpen som utføres i Setesdal, i kommunene Bykle, Valle, Bygland og Evje-Hornes planlagt, gjennomført, evaluert og forsvarlig dokumentert?
2. Hvordan kan man ivareta faglig forsvarlig planlegging av helsehjelp?

### 1.3 PRESISERING AV SENTRALE BEGREP

I det videre blir følgende begrep benyttet i rapporten:

- Helsehjelp blir brukt som begrep opp i mot alle pasientgrupper som mottar tjenester av helsepersonell i kommunene.
- Helsepersonell blir brukt som fellesbegrep for ansatte i prosjektkommunene.
- Pasient brukes i forhold til personer som får tildelt helsehjelp og ulike kommunale helsetjenester.
- Behandlingsplan blir benyttet som begrep når det gjelder pleieplan eller tiltaksplan.

Begrepene blir ytterlig beskrevet i teorikapitlet (2.0), som omhandler sentrale lovtekster.

### 1.4 PROSJEKTETS ORGANISERING

I forkant av delprosjektet (våren 2010) ble seks sykepleiere og en omsorgsarbeider intervjuet. De fikk spørsmål om rutiner og prosedyrer knyttet til det å dokumentere helsehjelp. Høsten 2010 fikk øvrige ansatte i sykehjem og hjemmesykepleie et spørreskjema om hva de hadde av kunnskap om samme tema.

Hovedaktiviteten foregikk vinteren 2010/2011 med periode fra oktober til ut april. I denne perioden deltok jeg i prosjektet i en 50 % stilling. Jeg var fysisk til stede i pleien. Jeg fikk være med i stell og observerte videre hva som var rutiner og prosedyrer i forhold til å dokumentere helsehjelpen. Videre prosess var å informere alle involverte og undervise ansatte om det som var gjort, hvordan man bør tenke, planlegge og gjennomføre helsehjelp for deretter å dokumentere den.

Samtidig pågikk i de aktuelle kommunene prosjektet «IKT og samhandling» med Katrine Homdrum som prosjektleder. Det ble bestemt at

delprosjektet «Dokumentasjon i sykepleien» skulle integreres i nevnte prosjekt. I den avgjørelsen forelå en plan om at delprosjektet skulle fortsette ut året 2011. Den tid utvidelsen ytterlig gav, skulle benyttes til opplæring og implementering av kvalitetssikrede rutiner. Jeg fortsatte som prosjektleder i en 45 % stilling fra primo september 2011 til ultimo desember 2011. Fokus var å fortsette aktiviteter knyttet til opplæring. I forhold til de fire kommunene som har vært med i delprosjektet, var det ulike aktiviteter i kommunene i denne perioden, noe som blir trukket fram senere i rapporten.

Endelig deltok jeg i et 30 % engasjement fra primo januar 2012 til ultimo juni 2012. Det har vært avsluttende besøk i alle kommuner, og prosjektet avsluttes med denne rapporten som utgis i regi av Setesdal Regionråd, Senter for omsorgsforskning - Sør og Universitetet i Agder.

## 2 TEORIGRUNNLAG

Lov om helsepersonell og lov om pasientrettigheter er lovverk som inneholder kapitler og paragrafer med pålegg om det å dokumentere den helsehjelp som tildeles til pasienter. Helsedirektoratet har gitt ut veiledere som viser vei og gir føringer, samt informasjon om hvordan innholdet i helsehjelpen bør være. Pasienter skal ha dekket de grunnleggende behov. Når det gjelder saksbehandling og dokumentasjon av helsehjelp er det klare beskrivelser.

I forbindelse med at et behov for helsehjelp blir meldt, fattes vedtak som viser hva slags helsehjelp pasienten skal ha. For å få gjort dette nøyaktig må behovet for helsehjelp kartlegges systematisk. Sykepleieprosessen er som problemløsende metode hensiktsmessig. Forskning gjort av Vee og Hestetun (2009) bekrefter hvor viktig det er et dette arbeidet gjøres systematisk.

Prosjektet «Dokumentasjon av sykepleie» har foregått ute i praksis sammen med ansatt helsepersonell. Det har vært avgjørende å etablere tillit for å oppnå de gode relasjoner, samt miljø for dialog og samarbeid. Det har vært gjennomført kurs og undervisning i små og store grupper. Aktuell teori i forhold til læring blir også belyst nedenfor.

## 2.1 LOVERK

De vesentlige deler i forhold til dokumentasjon av helsehjelp i Lov om helsepersonell og i Lov om pasientrettigheter blir beskrevet nedenfor. I tillegg til en redegjørelse om elektronisk pasientjournal, blir systemet for registrering og statistikk, IPLOS (Individuell pleie- og omsorgsstatistikk) beskrevet (Lovdata 5).

### 2.1.1 LOV OM HELSEPERSONELL

Helsepersonell har en juridisk forpliktelse på å dokumentere planlagt og utført arbeid i pasientjournalen (Lovdata 2). Definisjonen på pasientjournal er følgende: «en samling eller sammenstilling av nedtegnede opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp» (Lovdata 2). Hensikten med pasientjournal er blant annet å ivareta helsehjelpen knyttet til sikkerhet og kontinuitet. I Journalforskriften (Lovdata 1) er det detaljert beskrevet hva som skal være med i disse nedtegnelser. Før 2001 var dokumentasjon papirbasert, ofte i et kardex-system. Dette systemet var strukturert etter sykepleieprosessens ulike deler (jfr. 2.5).

I løpet av siste 10–15 år er det til i dag blitt hovedsakelig elektroniske basert pasientjournalssystem. Disse systemene er pålagt å følge en nasjonal standard som er utviklet av Kompetansesenter for IT i helsesektoren (KITH A/S)<sup>1</sup>. Denne standard anbefaler at sykepleieprosessen skal ligge som bakgrunn for utvikling av pasientjournalssystemene. Dette handler om at helsepersonell skal ha verktøy som understøtter de daglige arbeidsprosesser (Helsedir. 2).

Lov om helsepersonell (Lovdata 2) definerer klart i kapittel 1a, § 3 hva som menes med begrepet helsepersonell og helsehjelp. I kapittel 9 (§ 48) blir de forskjellige grupper helsearbeidere med autorisasjon listet opp.

1. KITH AS har vært en egen virksomhet i tilknytning til Helsedirektoratet. KITH AS er overført til helsedirektoratet fra januar 2012

Det helsepersonell som er sentrale i denne sammenhengen er :

- Sykepleier, psykiatrisk sykepleier
- Helsefagarbeider
- Vernepleier
- Ergoterapeuter
- Fysioterapeuter
- Klinisk ernæringsfysiologer
- Ufaglært helsearbeider

Sosionomer er ikke definert inn i § 48 i Lov om helsepersonell. I ny lov om kommunale tjenester (Lovdata 4) er det presisert at de yrkesgrupper som ikke er nevnt i § 48 men utfører helsehjelp etter § 3, blir vurdert som helsepersonell.

Det å være helsepersonell definert i Lov om helsepersonell innebærer en lovpålagt forpliktelse på det å dokumentere utført helsehjelp. I § 3 defineres helsehjelp. Det er følgende handlinger som har:

- Forebyggende formål
- Diagnostisk formål
- Behandlende formål
- Helsebevarende formål
- Rehabiliterende formål
- Pleie- og omsorgs formål

I lovens kapittel 8 (§ 39-§47) er dokumentasjonsplikten beskrevet (Lovdata 2). Her kommer det fram hvilke forpliktelser helsepersonell har. § 40 viser de spesielle krav til journalens innhold og disse er ytterlig beskrevet i forskrift om pasientjournal (Lovdata 1). Det er mye som kunne vært nevnt, men her trekkes det helt spesielle i forhold til prosjektets fokus frem.

§ 8 i journalforskriften beskriver kravene til pasientjournalen. De er listet opp alfabetisk i fra bokstav a-u. Bokstav e og f inneholder følgende beskrivelser om juridiske krav til journalens innhold: Bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, opplysninger om pågående behandling, beskrivelser av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskrivning, foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging

som settes i verk og resultater av dette, og endelig er plan eller avtale om videre oppfølging. Det er disse nevnte forhold som i en systematisk fremstilling skal organiseres i pasientens behandlingsplan. Hovedhensikten med behandlingsplaner er å ivareta kontinuitet og sikkerhet for pasienter i forhold til den behandling/den helsehjelpen som er initiert. Videre skal behandlingsplanen fungere som et arbeidsredskap i de daglige pleiesituasjonene. Dette arbeidsredskapet skal være et dynamisk redskap, og alle endringer, oppdateringer skal foretas i denne. Helsepersonell med ansvar for pasientene skal følge dette opp.

I forhold til det å dokumentere juridisk forsvarlig er det disse nevnte forhold som skal være nedtegnet i pasientens journal. Samtidig må det presiseres at dokumentasjon av helsehjelp handler om dokumentasjon av det nødvendige og det tilstrekkelige for å synliggjøre den helsehjelp som er bestilt, kartlagt, planlagt, utført og effekten av denne. Det handler om de opplysninger som det i den aktuelle undersøkelses, behandlings og pleiesituasjon er behov for å ha tilgjengelig for å kunne gi og vise til en faglig forsvarlig gjennomført helsetjeneste.

### 2.1.2 LOV OM PASIENTRETTIGHETER

Med tanke på dokumentasjon av planlagt og gjennomført helsehjelp må man være oppmerksom på innholdet i denne loven (Lovdata 3). § 3-1 beskriver hvordan rettighetene er knyttet til medvirkning i planlegging og gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene. Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingssmetoder.

Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient. Det skal legges stor vekt på hva pasienten mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste



pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten, noe som beskrives i lovens kapittel 4. Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes. I forbindelse med kartlegging av behov for helsehjelp er det viktig å få fram pasientens behov i denne sammenhengen. Dette bør være beskrevet i rutine- og prosedyrebeskrivelser.

## 2.2 ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL (EPJ)

Elektroniske pasientjournalssystem er det verktøyet som benyttes til å registrere de nedtegnelser som gjøres i forbindelse med pasientjournal. Dette blir et juridisk dokument eller bilag i forbindelse med klager i forhold til gitt/ikke gitt helsehjelp. Det er krav til utforming av de elektroniske verktøy, både når det gjelder funksjonalitet og brukergrensesnitt.

Kompetansesenter for IT i helsesektoren (KITH AS) er ansvarlig for utvikling av gjeldende nasjonale standarder. Det finnes en standard fra 2003 som gir føringer om at sykepleieprosessen skal være bakgrunn for utvikling av funksjonalitet i modulen, plan og rapport i EPJ-systemer (KITH AS).

I den kommunale helsetjenesten skal pasienter ha en behandlingsplan som viser omfanget av den helsehjelpen som er bestilt og planlagt. Denne behandlingsplanen utarbeides og skal til enhver tid «ligge» lagret i pasientens EPJ. Det som er sentralt i denne sammenhengen er at bakgrunn for helsehjelp, innhold i helsehjelpen og resultatet av helsehjelpen til enhver tid skal kunne fremskaffes. Arbeidsprosessene i tilknytning til EPJ, i forbindelse med planlegging, gjennomføring og vurdering av helsehjelp skal, uten at det er komplisert, kunne ivaretas i henhold til faglige og juridiske krav.

I kommunene der prosjektet har pågått hadde de i oppstarten to ulike system. Bykle og Valle

hadde allerede hatt Unique Profil fra Visma i noen år. Evje og Bygland hadde systemet Prosys. I løpet av prosjektperioden byttet Bygland og Evje til det elektroniske journalsystemet Unique Profil (Visma).

Behandlingsplanene utarbeides i journalsystemets modul for plan og rapport. Man får fram et rom der institusjonslisten over innlagte pasienter kommer frem. Helsepersonell er gitt tilgang til systemet via brukernavn og passord. Når en pasient er lagt inn i systemet i forbindelse med innleggelse og fattet vedtak, blir informasjon knyttet til personalia registrert i hovedkortet. Tidligere sykdommer, sosiale forhold, nærmeste pårørende, medisiner og diagnoser legges også inn. Videre er det et rom med felt for sammenfatning av behov for helsehjelp, et felt for hovedmålsetning og et felt der forskjellige plankategorier kan velges. Plankategori er det overordnede begrep i behandlingsplanen. Selve behandlingsplanen lages i et system, organisert i en «trestruktur» der delene er følgende:

- Plankategori
  - Planområder
    - Tiltak
      - Rapport, Målsetting, Ressurser, Evaluering

I forbindelse med utvikling av en behandlingsplan må man inntreffe alle delene i «trestrukturen». I «Plankategori» velger man type helsehjelp. I «Planområde» velger man problem eller behovsområdene. Det er her de grunnleggende behov bør være utgangspunktet. Det vesentlige er å definere områdene for helsehjelpen.

Når det er gjort må det velges tiltak. For hvert tiltak som velges skal det velges mål, og det er i denne delen av behandlingsplanen også et felt der pasientens ressurser skal nedtegnes. Den daglige rapporten skal ha utgangspunkt i hvordan de valgte tiltak fungerer, om tiltakene fører mot målet eller om behandlingsplanen må justeres pga. observasjoner som tilsier endringer i situasjonen.

Den som utvikler behandlingsplanen har et ansvar for at den informasjon som planen bygges opp ifra er informasjon som baserer seg på kartlagt data om

pasienten. Når behandlingsplanen er utarbeidet og ferdig skal den være arbeidsredskap for den daglige behandling og pleie.

I den daglige dokumentasjon skal helsepersonell benytte den oppdaterte behandlingsplanen som bakgrunn for den daglige helsehjelpen og ut ifra denne planen pleie og observere pasienten. Dersom det er avvik fra denne i løpet av vekten, skal dette dokumenteres i forhold til aktuelle tiltak. Dersom det er betydelige endringer som medfører nye tiltak, kanskje nye planområder eller avslutning av tiltak, skal dette gjøres. Behandlingsplanen skal alltid være oppdatert.

I tillegg til plan og rapportdelen i den elektroniske pasientjournalen, Unique Profil fra Visma, er det et statistikkssystem i forhold til registrering av pasientens funksjoner (IPLOS) som er lovpålagt for kommunene (Lovdata 5). Beskrivelse av registreringssystemet følger nedenfor.

### 2.2.1 IPLOS

I forbindelse med EPJ-system for kommuner er IPLOS registreringssystem integrert. IPLOS står for «individuell pleie og omsorgsstatistikk i pleie og omsorg». Dette er en lovpålagt aktivitet (Lovdata 5), som skal gjøres i forhold til pleietyngde på alle pasienter som mottar kommunal helsehjelp i Norge. Dette for til enhver tid å ha kunnskaper om hvordan situasjonen er i kommunene i forhold til pleietyngde og for eksempel behov for ressurser.

Ved endringer i pleiebehov hos pasienter skal det gjennomføres en ny IPLOS-registrering. Registreringen går utelukkende på fysisk funksjon og de variabler det skal gjøres registreringer i forhold til ligger som nevnt integrert i EPJ-systemene. Observasjoner og dialoger ute i praksis gav informasjon om at disse registreringer ikke alltid gjøres, og dermed kan det stilles spørsmål knyttet til de rapporter som to ganger i året sendes inn til statlig behandling for vurdering. Dette er registreringer som kun er et minimum, og bør ikke blandes med det å kartlegge behov for helsehjelp.

## 2.3 VEILEDERE

Veiledere er dokumenter som er utgitt av helsedirektoratet og som gir anbefalinger i forhold til gjeldende praksis.

### 2.3.1 VEILEDER FOR KVALITET I PLEIE- OG OMSORGSYRKENE

Formålet med veiledere er å bidra til å styrke kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene. Den nære sammenhengen mellom kvalitetsforskriften, internkontrollforskriften og forslag til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten fra Sosial- og helsedirektoratet vektlegges.

Helsedirektoratet kom i 2004 med veilederen «Kvalitet i pleie og omsorgstjenestene» (Helsedir. 1), som beskriver hva slags kvalitet det skal være på den helsehjelpen som tilbys ute i landets kommuner. Veilederen definerer begrepet kvalitet med følgende setning: «Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstillende uttalte og underforståtte behov» (s. 7). Uten å gå i for mye detalj her beskriver veilederen hvordan mottakere av helsetjenester i kommunene har rettigheter i forhold til å ha dekket sine grunnleggende behov (Jfr. 2.4). Dette betyr at pasientene skal ivaretas i forhold til de grunnleggende fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Det blir helsepersonell som er ansvarlig for at pasientene får den hjelp de trenger, at behovene blir dekket. Det sier kanskje seg selv at i denne sammenheng handler det om de behov den enkelte pasient ikke klarer å ivareta selv. Det har i de siste årene vært et spesielt fokus på empowerment, at den enkelte pasient skal bli møtt der han er og da skal de ha muligheten til å gjøre det de klarer selv, egne ressurser skal utnyttes. Dette vil i det videre medføre økt livskvalitet og reduksjon i overgrep. Med tanke på kartlegging av behov, blir det avgjørende for resultatet at det er grunnleggende behov som er gjenstand

for kartlegging. Med overgrep her menes overgrep i forhold til brukermedvirkning, integritet og verdighet.

### 2.3.2 VEILEDER FOR SAKSBEHANDLING OG DOKUMENTASJON

Veilederen (Helsedir. 2) gir uttrykk for sentrale myndigheters forståelse av god saksbehandling og dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenestene. Brukere av disse tjenestene er en stor og uensartet gruppe. Formålet med veilederen er å styrke tjenestemottakernes rettssikkerhet ved å legge et grunnlag for god kvalitet i saksbehandlingen.

Saksbehandlerne som fatter vedtak om pleie- og omsorgstjenester må forholde seg til gjeldende lovverk. Det sentrale for å få frem hjelpebehovet slik at det kan fattes et riktig vedtak er at forholdene er grundig kartlagt. I forhold til de vedtak som fattes i de kommunale helsetjenester er det krav til begrunnelsens innhold. Videre er det viktig for planlegging av pleie- og omsorgstjenester at fattet vedtak er kjent og utgangspunkt for videre planlegging av tiltak. I veilederen er det i pkt. 2.5, skrevet at en grundig kartlegging av behovet for hjelp er en forutsetning for at tjenestetilbudet på best mulig måte skal kunne dekke det faktiske behovet.

Dette innebærer dersom disse to nevnte veiledere sees opp imot hverandre, blir det å ha en grundig kartlegging med grunnleggende behov som bakteppe en avgjørende forutsetning for at helsehjelpen som skal gis blir faglig forsvarlig planlagt.

Et annet viktig poeng som trekkes frem i denne veilederen er beskrivelser av hvordan de verktøy som benyttes av ansatte skal ha en funksjonalitet og et brukergrensesnitt som understøtter arbeidsprosessene (Jfr. 2.2). Veilederens kapittel 8 beskriver krav til journalens innhold. Den henviser til journalforskriften og belyser hvor viktig det er at journalen føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige

for å kunne oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt som er hjemlet i lov (s. 76). Begrepene relevante og nødvendige utdypes noe i veilederen, og i denne sammenheng vil det være de opplysninger som det i den aktuelle undersøkelses-, behandlings- og pleiesituasjon er behov for å ha tilgjengelig for å kunne gi forsvarlige helsetjenester.

## 2.4 GRUNNLEGGENDE BEHOV

I veileder for kvalitet i pleie- og omsorgstjenester er det grunnleggende behov som trekkes frem som fokus for kvalitet på pleie. Pasientene skal ha dekket sine grunnleggende behov.

Alle mennesker har grunnleggende behov som må ivaretas. Når man har god helse og klarer å ivareta seg selv fysisk og eller psykisk trenger man ikke andre til å hjelpe seg. Derimot ved sykdom eller mangler i forhold til funksjon kan man oppleve det utfordrende å ivareta egne behov. Det å motta helsehjelp av helsepersonell kan være avgjørende i forhold til at behovene dekkes. Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson har definert følgende grunnleggende behov:

1. å puste normalt
2. å spise og drikke tilstrekkelig
3. å få fjernet kroppens avfallsstoffer
4. å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling
5. å sove og hvile
6. å velge passende klær og sko og kle på seg
7. å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelser
8. å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
9. å unngå farer fra omgivelser og skade andre
10. å få kontakt med andre og gi uttrykk for egne behov og følelser
11. å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett
12. å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe

13. å finne underholdning og fritidssysler
14. å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling

(Henderson 1998, Kristoffersen m.fl. 2011)

Når helsepersonell møter pasienter som er tildelt helsetjenester skal helsepersonell ta utgangspunkt i fattet vedtak om helsehjelp (Helsedir. 2). Det er de nødvendige behov som skal dekkes. Krav til kvalitet i pleie- og omsorgstjenester viser at kvalitet innebærer hvordan en enhet evner å dekke utalte behov. Det er dermed det viktige å få fram hva pasienten ikke klarer selv. Dette som skal ha fokus. Pasientene skal få mulighet til å gjøre alt de klarer selv i forhold til egne behov slik at helsepersonell ikke er med på å redusere funksjonsdyktigheten ytterligere. Helsepersonell som har ansvar for pasienten og kartlegging skal etter kartlegging trekke ut det som pasienten må ha hjelp til for at grunnleggende behov skal være dekket, og ut ifra denne informasjonen lage en behandlingsplan. Bakgrunn for helsehjelpen er avgjørende informasjon når pleien skal vurderes juridisk.

## 2.5 SYKEPLEIEPROSESSEN

Som begrep fikk vi sykepleieprosessen på 1950-tallet. Sykepleiere i Amerika ville ha en modell som kunne bidra til at sykepleierne kunne ha en faglig forankring i det å bygge sin identitet. Orlando (1961) skriver at sykepleieprosessen er en teori som kan hjelpe sykepleiere å utvikle sin profesjonelle rolle og identitet. De amerikanske teoretikere Yura og Walsh (1967) skriver i første utgave av deres bok «*The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating*» om lanseringen av begrepet. Siden den tid er sykepleieprosessen blitt et begrep som benyttes i hele verden. Kratch (1979) fra Storbritannia er blant dem som har beskrevet viktigheten av å arbeide ut ifra en slik modell. Bakgrunnen for utviklingen av sykepleieprosessen som en problemløsende modell, var at det også

ble sett på som viktig å få fram hvilke oppgaver som var sentrale og spesielle i det å arbeide som sykepleier. På 1970-tallet ble denne problemløsende prosess tatt i bruk i Norge (Mathisen 2009), og den inneholder følgende fem deler:

1. Kartlegging av behovet for sykepleie/helsehjelp
2. Få fram problemområder eller behov
3. Velge mål for sykepleien/helsehjelpen
4. Velge aktuelle tiltak for å nå målene
5. Evaluere sykepleien/helsehjelpen som er gitt

Denne problemløsende prosessen bidrar til systematikk i arbeidet. Forskning viser at uten systematikk er det vanskelig å få frem det individuelle (Kärkäinen 2005, Vee & Hestetun 2009). Det er viktig at alle deler er med i sykepleierens arbeidsprosesser, om det er mindre eller større oppgaver som skal gjøres. Dersom man skal trekke fram deler som mer viktig, blir det første del: kartlegging av behov og eller problem. Det er dette som danner grunnlaget for det å gi en individuell sykepleie/helsehjelp.

I møtet mellom helsearbeideren og pasienten vil det være av stor betydning hva slags kunnskapsbakgrunn og hva slags menneskelig egenskaper helsepersonell har, for at møtet skal bli basert på kvalitet og respekt. Her er faglige kunnskaper innen sykepleie og sykdomslære, anatomi og fysiologi, etisk kompetanse og høy moral viktig slik at pasient vil stå i sentrum, og at det er brukers behov for omsorgstjenester som får fokus.

Sykepleieprosessen består som nevnt over av fem faser:

Den første fasen er kartleggingsfasen.

Helsearbeider skal ta utgangspunkt i det vedtaket som er fattet, eller om vedtaket ikke er fattet ennå, den bestilling som er meldt inn. Hensikten er å få frem det hjelpebehovet som foreligger, og da er det avgjørende å få frem det pasientene klarer selv. Dette omhandler alle de ressursene som pasient har og som kan ha betydning for den helsehjelpen han eller hun har behov for. Det vil alltid være svært viktig at alle som får helsehjelp får anledning til å gjøre det de kan selv. Dersom helsepersonell ikke utnytter pasientens



ressurser, men gjør oppgavene for pasientene, vil man bidra til lært hjelpeløshet. Det kan gi svært uheldige konsekvenser.

Utgangspunktet for kartlegging må være pasientens sikkerhet og krav til kvalitet. Veileder for kvalitet i pleie- og omsorgstjenester beskriver kvalitetskravet; det handler om å dekke de grunnleggende behovsområder (jfr.2.3.1., 2.4). Den informasjon helsepersonell samler inn om disse forhold danner bakgrunn for de problemområder eller behov som det må arbeide videre med.

Andre fasen i prosessen er det å definere behov for helsehjelp eller problemområder. Det er da det er svært hensiktsmessig at kartleggingen er gjennomført systematisk. Det å få frem behovene eller problemene er avgjørende, og alle behov eller problem det skal arbeides videre med, skal ha sin begrunnelse i kartleggingen (Lovdata 1). Pasientene skal om mulig være aktivt med i planlegging av egen helsehjelp. Om ikke dette alltid skjer i et direkte samarbeid, så skal pasienten vite hvordan helsepersonell tenker og planlegger, og ikke minst i denne sammenhengen skal ressursene løftes frem og trekkes inn i samtalene. Dersom pasienten ikke er i stand til å være med i dette pga. helsetilstanden, så skal nærmeste pårørende være inne i denne planlegging (Lovdata 3).

Tredje fasen i prosessen er å sette mål til helsehjelpen. Målene skal sørge for at det er en tydelig retning i forhold til videre valg av tiltak. Dersom det ikke er et mål knyttet til den helsehjelpen som skal gis vil det være som å legge ut på en tur i usikkert terreng uten å ha kart å forholde seg til. Da kan du fortære komme på avveie. En "gyllen" regel i denne sammenhengen er følgende: det mål som velges skal beskrive tilstanden når problemet er løst eller at behovet er dekket.

Fjerde fasen i sykepleieprosessen er å velge tiltak. Også her er det vesentlig å trekke med ressursene. Tiltakene som velges skal være kortfattet og konkrete. Det er viktig at tiltakene som velges har «retning» mot målet. Tiltakene bør være målbare slik at det lar seg gjøre å evaluere dem for å kunne vurdere om de

har effekt og fører mot målet. Det er en god regel å se til den kartleggingen som er gjort ved innleggelsen. Der finnes oversikten over hvilke problem eller behov pasienten har. Denne kan benyttes som en disposisjon for valg av tiltak. Dersom det i kartleggingen ikke er informasjon som kan forsvare valg av tiltak, har man enten gjort en mangelfull kartlegging eller tiltaket er unødvendig.

Femte fasen er evaluering av tiltakene som er valgt. Da gjøres en vurdering av tiltakene, om de fører mot målet eller ikke.

Denne problemløsende sykepleieprosessen er en gjentakende prosess som bør være den tilnærmingen enhver helsearbeider har til pasienter. Senere i rapporten blir det bli beskrevet hvordan bruk av sykepleieprosessen som problemløsende modell kan bidra til en faglig forsvarlig helsehjelp og en juridisk forsvarlig dokumentasjon (Sandvand & Vabo 2007).

## 2.6 PEDAGOGISK LÆRINGSSYN

I løpet av de siste 110-120 år har det vært ulikt rådende læringssyn. Det er tre ulike læringssyn som i all hovedsak trekkes frem som betydningsfulle. Fra ca. 1920-1960 var læring ved betinging det rådende læringssyn. Det å lære ble sett på som styrt utenifra. Tilbakemeldingene handlet om straff eller belønning, ytre stimuli for å fremme læring (Tveiten 2008).

Fra ca. 1960 og opp til slutten av 1900-tallet var det kognitive læringssynet i hovedfokus. Da kom man til at det skjedde læring ved at mentale strukturer dannet seg i forbindelse med at man som aktør ble utsatt for erfaringer. Man hadde som individ evne til egen indre læringsaktivitet. Dette læringssynet kom som en motreaksjon på det betingede læringssynet (Illeris 1999). Det er fremdeles aktuelt, samtidig som vi i dag er mer preget av det sosiokulturelle læringssyn. Det er et læringssyn som er forankret i en tenkning om at vi lærer i den sosiale sammenhengen vi er i.

De erfaringene vi gjør, det vi lærer, er påvirket av det som allerede er i «ryggsekken». Vi lærer ikke isolert. Vi har med oss vår historie, vi sosialiseres inn i arbeidskulturen og blir en del av den, og vi tilhører en gruppe som utsettes for ulike påvirkninger. Alt er med i det å påvirke oss i forhold til læring (Bråten 1996).

Man kan hevde at de to sist nevnte læringssyn går hånd i hånd. Og man kan samtidig ikke utelukke at læring ved betinging skjer i dag. Det er ikke noe enten eller. Det er avgjørende for læring at det skjer noe på det kognitive plan hos det enkelte individ, samtidig som vi lærer i den kulturen vi er i. Av og til lærer vi også ved å oppleve å få belønning eller negative tilbakemeldinger, læring ved betinging. For at læringserfaringene skal gi en indre individuell læringsaktivitet må det foregå kognitive prosesser i den enkelte. Disse bidrar til at det som skal læres blir en del av den lærende. Vygotsky kaller dette for internalisering (Bråten 1996).

Når et prosjekt skal gjennomføres og det er i et samarbeid med andre aktører, vil det alltid være av stor betydning hvordan prosessene planlegges. I denne sammenhengen har dette prosjektet vært et samarbeid mellom meg som prosjektleder, pleie- og omsorgsledere i kommunene, ansatt helsepersonell som nevnt (Jfr.2.1.1), og i tillegg har rådmennene i kommunene vært noe involvert. Dette er aktører med ansvar over flere nivå og med ulikt ansvar i forhold til prosjektets innhold. Det kognitive og sosiokulturelle læringssyn har dannet den teoretiske forankring med tanke på hvordan læring skjer. Læring skjer i det sosiale/kulturelle rommet som prosjektet inngår i. Det betyr at for å lykkes er det avgjørende at alle parter opplever å bli hørt og sett og at den enkelte får et eierforhold til prosjektet, samt de aktiviteter som blir igangsatt i prosjektet. Et annet begrep innen nevnte læringssyn har vært, likeverdighet. Det har vært vesentlig at alle behandles likeverdig og at møtene har vært preget av gjensidig respekt, og like maktforhold. Den erfaringskunnskap som de ansatte besitter har vært og er avgjørende for prosjektets produkt på samme måte mine innspill har sin verdi.

Det har vært avgjørende at alle møter som har foregått i prosjektet har hatt dialogen (Dyste 1996) som fokus, og alle «stemmene» er og har vært like viktig. Det har vært dialogene som har lagt de avgjørende føringer for valg av retning og avgjørelser i prosjektprosessen. Dialogen er en metode som har sin plassering i det sosiokulturelle læringsyn.

## 3 METODE

Det har hele tiden i prosjektet, når det gjelder metode og design, vært et samarbeid mellom meg som prosjektleder og PLO-lederne i kommunene. I tillegg har det vært samarbeid med en av rådmennene. Utover dette har det vært nært samarbeid med ansatte i praksisfeltet.

### 3.1 DESIGN

Prosjektets design er aksjonsforskning. Hensikten har vært å kartlegge rutiner og prosedyrer knyttet til det å dokumentere helsehjelp i fire Setesdalkommuner, og ved behov endre ikke hensiktsmessige rutiner. Informasjon er hentet via intervju, spørreskjema og direkte praksis med dialoger og observasjoner ute i alle kommunene.

#### 3.1.1 AKSJONSFORSKNING

Aksjonsforskning er i sin natur en reise inn i ukjent landskap både for de deltakende aktører og forskeren selv. Utgangspunktet er en ide og utformingen må skje underveis og i samspill med aktuelle samarbeidspartnere (Eilertsen 2004). I dette prosjektet har det vært

følgende samarbeidspartnerne: en av rådmennene, pleie- og omsorgslederne, avdelingsledere og øvrige ansatt helsepersonell (Jfr.2.1.1).

Eilertsen (2004) skriver om utfordringer et aksjonsforskningsprosjekt kan gi og noe av dette handler om innovasjonsangst og kaosangst. Elementer av dristighet og risikovillighet er sterkere i slike prosjekt.

Aksjonsforskning baserer seg på inkludering. Som forsker er man ute i praksis, og går veien sammen med aktørene som opererer i praksis. Det er i samspill, i dialoger der tillit er vesentlig, at de «lysende læringsmøter» (Eilertsen 2004, s. 35) oppstår. Ifølge Eilertsen (2004) er ikke aksjonsforskning en metode eller en særegen type data, men et helhetlig forskningsopplegg av konstruktiv karakter. Forskeren er med på å forandre det felt som blir studert. Aksjonsforskning krever allikevel systematisk og gyldig dokumentasjon på samme måte som annen forskning slik at den kan gjøres tilgjengelig for kritisk evaluering.

I travle hverdager er aktiviteter styrt av rutiner, men for å løse nye problemer må man kunne distansere seg fra handlingen og verbalisere kunnskapen. I aksjonsforskning, hvor siktemålet er å utvikle praksis, blir refleksjon et nøkkelbegrep. Hensikten er å stille essensielle spørsmål ved egen praksis, ofte uten at det gis noen umiddelbare svar, ikke å reprodusere eksisterende praksis.

Dette er det som har preget utviklingsprosjektet «Dokumentasjon i sykepleien». Det har vært helt avgjørende å gå veien sammen med PLO-lederne, da mitt mandat kun var å bidra i forhold til kvalitetssikring i praksis ved å vurdere konstruktivt kritisk rutine og prosedyrene. Deretter har prosessen vært å samarbeide med ansatte for øvrig for å få frem forslag til justering eller endring av rutiner og prosedyrer i praksis.

## 3.2 GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET

Prosjektet er delt opp i ulike faser. Fasene som er beskrevet under er en oversikt over organiseringen.

- Forprosjekt
  - Fem intervju med utvalgt helsepersonell (Vedlegg 1)
  - Spørreskjema til øvrige ansatte i sykehjem og hjemmesykepleie i alle kommuner (Vedlegg 2)
- Selve prosjektet
  - Egen aksjon ute i bo- og omsorgssentrene i alle kommuner (direkte praksis, observasjon og dialog)
  - Utvikling av kartleggingsverktøy med veileder i Word-format (Vedlegg 3 og 4)
  - Utvikling av innholds malene for behandlingssplanen (Vedlegg 5)
- Kursaktivitet i alle kommuner
  - Arbeide ut rutine- og prosedyrebeskrivelse for praksis (Vedlegg 6)
- Avslutning
  - Evaluering
  - Utvikling av rapport og artikler

Forprosjektet foregikk våren 2010 og tidlig høst 2010. Etter avtale med PLO-lederne ble fem utvalgte ansatte intervjuet:

- I Bykle på Bo- og omsorgssenteret: to sykepleiere
- I Valle på Sjukeheimen: en sykepleier
- I Bygland på Bo- og omsorgssenteret: en sykepleier
- På Evjeheimen: en sykepleier
- På Hornes-heimen (Evje): En omsorgsarbeider (I institusjonen for demente er kun en sykepleier ansatt. Øvrige ansatte er hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglært helsepersonell).

Oktober 2010 var oppstarten på hoveddelen i prosjektet. Jeg deltok som prosjektleder i en 50 % stilling, og var aktiv i pleien ute i institusjonene. Rutiner og prosedyrer i den kommunale helsetjenesten skulle kartlegges for så å bli vurdert opp imot faglige og juridiske krav (Vedlegg 1 og 2).

Det ble laget en oversikt over hvordan de ulike kommuner skulle integreres. Jeg var aktivt ute i sykehjemmene to dager pr. uke i oktober, november og desember. Da det var fire kommuner med i prosjektet ble det en kommune pr. uke pr. måned. Det ble i tillegg brukt 0,5 dag pr. uke til for- og etterarbeid. Selve arbeidet var å være med i stell, observere og snakke med ansatte for så å gå igjennom det som var og ble dokumentert av helsehjelp i pasientens behandlingsplan. Jeg gikk i tillegg igjennom det som var beskrevet i prosedyrehåndbøker i forhold til rutiner knyttet til det å dokumentere planlagt og gitt helsehjelp. Gjennom hele prosjektperioden ble den totale tiden i prosjektet delt mellom de fire kommunene. Høsten 2011 ble dette noe ujevnt da et par av kommunene ikke benyttet tiden helt ut. Tiden som ble til overs ble benyttet i en av de andre kommunene som opplevde et betydelig behov for støtte og opplæring.

Neste fase i prosjektet omhandlet utvikling av og en implementeringsfase av kartleggingsverktøy med veileder (Vedlegg 3 og 4). Disse ble utviklet ved hjelp av samtaler og samarbeid ute i praksis. Implementeringsfasen startet ved at det ble gjennomført en kursaktivitet der innholdet var informasjon om prosjektet, hva som var gjort så langt og generell kunnskap i forhold til det å dokumentere helsehjelp. I forbindelse med mine besøk ute i praksis ble noe av tiden benyttet til dialoger om hvordan få integrert bruk av kartleggingsverktøy i praksis. Dette ble sett opp imot hva som er vesentlig praksis for å få fram at helsehjelpen er faglig forsvarlig planlagt og samtidig juridisk forsvarlig dokumentert. I tillegg til kartleggingsverktøy med veileder ble det utviklet en oversikt over de overordnede begrep som i tillegg må være «lagt inn i» plan og rapportmodul i EPJ, for å



fungere som et bakteppe når behandlingsplaner skal utvikles (Vedlegg 5). Det er fra denne delen i systemet at helsepersonell skal velge de planområder som skal tas inn i behandlingsplan, det er lagt inn alternative mål knyttet til planområder og alternative tiltak det kan velges blant.

Alle kommunene arrangerte 2-3 timers kurs for sine ansatte der jeg var kursleder. Samme kurs ble gjentatt over to til flere formiddager eller ettermiddager slik at alle ansatte skulle få anledning til å delta.

I løpet av april 2011 ble det avklart at implementeringsperioden skulle fortsette høsten 2011. Det skulle da være videre fokus på opplæring, spesielt når to av kommunene våren 2011 gikk over til nytt elektronisk pasientjournalssystem. Fra 1.september 2011 deltok jeg som prosjektleder i en 40 % stilling og skulle være aktiv i alle fire kommuner. I løpet av september var det møter for å planlegge aktiviteten. I Bykle, Valle og Bygland var det avklart hvordan de ønsket aktivitet. I Evje var det noe mer uklart og ingen spesielle avtaler ble gjort.

Siste og fjerde del av prosjektet omhandler utarbeidelse av prosjektrapport, planlegging av fagartikkel sammen med interesserte ansatte i kommunene, samt utvikling av eventuelt design for en evalueringsforskning av prosjektaktiviteten. Prosjektperioden ble utvidet med en 30 % ressurs fra kommunene for skriving av rapport våren 2012. Jeg skrev et leserinnlegg i Fedrelandsvennen (20.mars 2012), der noen av de utfordringene som er kommet fram i prosjektet, ble reflektert. Det er også arbeidet med rutine og prosedyrebeskrivelse for praksis, og en sykepleier som arbeider på Bykle alders- og sjukeheim har gjort et stort arbeid i denne sammenhengen. Dette arbeidet er utgangspunktet for dokumentet: «Fremgangsmåter i Profil» (Vedlegg 6).

I september 2012 deltok jeg på et møte i Setesdal Regionråd der jeg presenterte innholdet så langt i fra denne rapporten. Det ble også lagt frem noen av tankene, både i forhold til samarbeid med interesserte ansatte om fagartikkel, og planene angående en evalueringsforskning i etterkant av prosjektet.

### 3.3 ETISKE OVERVEIELSER

Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). I tillegg ble prosjektplanen diskutert i forkant og underveis i prosessen ble aktuelle problemstillinger/valg diskutert med alle pleie- og omsorgsledere i de fire kommunene. Ingen tiltak er satt i gang uten at det har vært i samarbeid med PLO-lederne. I noen av delene der avgjørende valg er tatt har i tillegg til PLO-lederne også rådmennene i kommunene vært involvert. Prosjektlederen for det totale interkommunale helseprosjektet i regi av Setesdal regionråd, samt lederen i Setesdal regionråd har også vært involvert i prosjektet og i prosessene underveis.

Selv om prosjektet og alle aktiviteter i prosjektet har vært avklart med lederne kan det se ut som at situasjonen i praksis i enkelte miljøer ikke har vært like avklart. Det har vært utfordrende å fungere i noen av arbeidsgruppene. Det kan i ettertid se ut til at all informasjon ikke har nådd helt ut og ansatte har hatt og har svært ulik praksis i forhold til hvordan dagens rutiner fungerer. Det kan også være en faktor at jeg som prosjektleder er sykepleier, og kanskje ikke sett grundig nok mot andre yrkesgrupperinger som har vært en del av prosjektet. Dette kan gi konsekvenser i forhold til at disse ansatte opplever min involvering som svak i deres situasjon, som igjen kan føre til at ansatte ikke opplever seg berørt av prosjektet (Dalland 2007).

Disse forhold kan som Eilertsen (2004) beskriver medføre motstand og angst. Deltakere opplever kaos, som igjen medfører utrygghet. Det å forske så nær praksis stiller spesielle krav til å ivareta de involverte parter, sørge for dialoger og være spesielt opptatt av å lytte til stemmen disse representerer.

Hummelvoll m.fl 2012 skriver om makt i aksjonsforskning og siterer Knud Løgstrup, fra hans bok «Om den etiske fordring» (1992):

«Vår avhengighet av hverandre betyr at vi er gjenstand for maktutøvelse, og at vi selv utøver makt.

Vi befinner oss aldri i et makttomt rom. Den enkeltes livsutfoldelse er alltid en utfoldelse av magt over andre. Livs -og maktutøvelsen kan ikke skilles» (Hummelvold 2012, s. 143).

Denne makten som oppstår i slike praksisnære sammenhenger blir kompliserte. Om man vil eller ikke så blir det en ubalanse mellom de ansatte i praksis og forskeren som kommer inn utenifra. Denne ubalansen påvirket nok også noen av dialogene i dette prosjektet.



## 4 PROSJEKTET

Prosjektets ulike faser beskrives i dette kapittel. Det innebærer en redegjørelse av kartleggingsfase med intervju og spørreskjema.

Deretter fulgte selve prosjektperioden med praktisk deltakelse, utvikling av kartleggingsverktøy med veileder for bruk. Det ble laget en oversikt over overordnede begrep til bruk i EPJ for utvikling av behandlingsplan.

Avslutningsvis beskrives innholdet i siste del av prosjekt perioden

### 4.1 SELVE PROSJEKTET.

Avtalene i oppstarten ble gjort gjennom lederne for institusjonene. Via telefon ble de spesielle møtepunktene avklart. Intervjuene ble gjennomført ute i praksisfeltet på de aktuelle institusjonene. Jeg møtte den ansatte jeg skulle intervju i et eget rom.

I intervjusituasjonen ble en intervjuguide benyttet (Vedlegg 1). På Hornes, i Evje, på Bygland og i Valle var det en ansatt i tillegg til meg i intervjusituasjonen. En av disse var omsorgsarbeider. De andre var sykepleiere. I Bykle var det to sykepleiere med i intervjusituasjonen.

#### 4.1.1 INTERVJU OG SPØRRESKJEMA

Etter at intervjuene var gjennomført ble det bestemt at de øvrige ansatte skulle få tilsendt et spørreskjema hvor innholdet skulle være det samme som innholdet i intervjuguiden. Spørreskjema ble utviklet (Vedlegg 2), det ble søkt NSD og skjemaet ble godkjent med noen kommentarer. Prosjektet måtte være tydelig beskrevet og det at deltakerne når som helst kunne trekke seg, måtte komme frem.

Som det fremkommer av Tabell 1 var det ulik deltakelse i fra ansatte i de fire kommuner. Spørreskjema ble sendt til ansatte i sykehjem og i hjemmesykepleien. Spørreskjemaene ble sendt ut til PLO-lederne, som skulle bringe dem videre til aktuelle ansatte. På forhånd var det sendt ut en liste til meg med navn og tittel på ansatte. Ut ifra denne fikk spørreskjemaene navn og nummer. Planen er at det skal sendes ut et spørreskjema i etterkant av prosjektet for å kunne gjøre en evaluering av prosjektaktiviteten.

KOMMUNE	SENDT UT	SAMLET INN
Bykle	19	5
Valle	44	3
Bygland	29	15
Evje		
Evjeheimen	42	18
Hornes-heimen	16	5

Det ble klart ut ifra en gjennomgang av intervjuene og spørreskjemaene, at rutiner og prosedyrer i forhold til dokumentasjon av sykepleie hadde mangler. Det fantes prosedyrebeskrivelser i prosedyrehåndbøker, men praksis var mangelfull.

Det å ha behandlingsplaner som viste hva som er behov for helsehjelp, hva som blir gjort og resultatene av den helsehjelp som blir gitt, var mangelfull. Alle institusjonene har elektronisk pasientjournalssystem, men det er ulik praksis i forhold til om pasientene hadde behandlingsplan eller om den var oppdatert. I en av kommunene var dette helt fraværende, mens det i

**Tabell 1** Oversikt over deltakelse

en av de andre kommunene var gjort mye og der hadde pasientene behandlingsplaner. Problemet var å bruke dem daglig og oppdatere dem.

Ingen kommuner hadde systematisk kartlegging av behov for helsehjelp. Det opplevdes komplisert å benytte noen av de elektroniske pasientjournalssystemene, Profil og Prosys.

Etter perioden med intervju og spørreskjema samlet jeg lederne for å avklare hva slags rutiner de ønsket å gå for. Det var i den sammenheng viktig at forholdene nedenfor ble avklart.

1. Hvordan organisere sykepleietjenesten?
  - Primærsykepleie?
  - Gruppesykepleie?
2. Hvem har ansvaret for at behandlingsplanen utarbeides?
  - Mottak av pasient og kartlegging av data om ressurser og data om behov for helsehjelp?
3. Pårørende samtale knyttet til om det er noe de ønsker å delta i?
4. Hvem skal delta i utvikling av Behandlingsplanen?
  - Hvem skal godkjenne behandlingsplanen?
  - Hvem har ansvar for det å dokumentere gitt helsehjelp og hva skal dokumenteres?
5. Hvordan skal sykepleieprosessen anvendes, skal den ligge som et bakteppe?
  - Kartlegging
  - Problem/behov
  - Mål
  - Tiltak
  - Evaluering, rapporten, skal den knyttes til pleieplanen eller skal det kun være et fortløpende journalnotat?

I samarbeid med PLO-lederne ble det bestemt at vi skulle utarbeide et verktøy for kartlegging av behov. Dette ble gjort i et samarbeid med ansatte i alle kommunene. Det foregikk både ved tilbakemeldinger via direkte diskusjoner og samarbeid ute i praksis, samt frem og tilbakemeldinger via e-post.

Punktene som er listet opp ovenfor er forhold som gjennom hele prosjektet har hatt fokus. Dette er disposisjonen over hva som er vurdert, diskutert og tatt med i mine anbefalinger med tanke på organisering av tjenesten og hvordan man bør tenke når rutiner i forhold til det å dokumentere helsehjelp skal etableres.

Det å dele ut og samle inn spørreskjema var for å få en pekepinn på hvor behovet for kunnskap var størst og hvordan ansatte hadde kunnskaper om rutiner. Det var i tillegg interessant å få informasjon om holdninger de ansatte hadde til det å dokumentere. Ved gjennomgang av spørreskjemaene er inntrykket av innholdet i dem forholdsvis tydelig. Det er manglene rutiner spesielt i forhold til det å kartlegge behov for helsehjelp, det å bruke behandlingsplanen aktivt i daglig pleie, det å la pasient og pårørende delta i planlegging og det å se på at dokumentasjon er avgjørende i forhold til juridisk forsvarlighet.

Disse resultater var med inn i møtet mellom PLO-lederne og meg i forkant av den aktive prosjektperioden som skulle følge på utover høsten 2010.

#### 4.1.2 UTVIKLING AV KARTLEGGINGS- VERKTØY MED VEILEDER

Fra oktober til jul 2010 var jeg mye ute i praksis og møtte helsepersonell og pasienter. Jeg var med i stell for at jeg skulle bli kjent, og for at jeg skulle ha mulighet til å kunne være med å vurdere innholdet i den foreliggende behandlingsplanen. I løpet av en arbeidsdag observerte jeg i tillegg hva helsepersonell ga av helsehjelp, hva som ble tatt med i dokumentasjonen, og hvordan dette faktisk ble gjort i EPJ-systemet. Dette ble gjennomførte systematisk i alle sykehjemmene i de fire kommunene. I tillegg til å gjennomføre aktiv samhandling med pasient og helsepersonell, leste jeg prosedyrehåndbøker, hadde dialoger med ansatte og førte logg.

Januar og februar 2011 ble benyttet til å utarbeide kartleggingsverktøy med veileder (Vedlegg 3 og 4). Dette ble også gjort i et samarbeid med noen av de



ansatte i kommunene. Før dette arbeidet startet var det diskutert i ledergruppa om dette var noe de spesielt ønsket. Rådmenn var involvert i denne prosessen, og jeg hadde i denne perioden flere samtaler med en av rådmennene som var opptatt av å se dette arbeidet opp imot internt kvalitetssikringsarbeid i kommunen.

Utviklingen startet med at alle prosedyrer/ rutiner i forbindelse med mottak av nye pasienter ble gjennomgått. Flere av kommunene hadde rutiner på dette. Noen av dem hadde tydelige rutinebeskrivelser og hadde utviklet kartleggingsverktøy og veileder. Det ble sagt i dialogen i gjeldende kommuner at det var lite bruk av dette hjelpemiddel i praksis.

Det jeg oppdaget var at den systematiske kartlegging av behov for helsehjelp i forhold til fattet vedtak hadde mangler. Det var rutinebeskrivelse som gikk på innkomst, der alle personalia skulle nedtegnes, og i tillegg skulle ulike blodprøver og tester tas. Det var ikke systematikk med tanke på å ivareta de krav det er til pleie og omsorg i kommunene (Helsedir. 1). Dersom fattet vedtak ikke benyttes som utgangspunkt for vurdering av de grunnleggende behov, som en ramme for kartlegging, får helsepersonell problematiske utfordringer i forhold til å ivareta krav til både faglighet og juss.

Det hadde hele tiden vært et ønske fra PLO-lederne om å kvalitetssikre rutinene og evt. utvikle hjelpemiddel som kunne fungere i alle kommuner. Det måtte sees opp imot det elektroniske pasientjournalssystemet, samt opp imot lovverk og faglige veiledere. I forbindelse med besøk i alle sykehjem, i noen hjemmesykepleiesoner, i samtaler med psykiatrisk helsepersonell og i samarbeid med ansatte innenfor rehabilitering og habilitering, ble avgjørelse tatt på hvordan det skulle gjennomføres. Jeg utarbeidet er forslag på et kartleggingsverktøy, som ble sendt rundt til ansatte det var gjort avtale med (Vedlegg 3). De skulle gi tilbakemeldinger som igjen skulle resultere i endringer slik at det ferdige produktet kunne passe for så mange som mulig. Det var viktig at det ble bygd på innhold i rutinebeskrivelser som allerede var kjent. Det var ulike erfaringer i bruk av

kartleggingsverktøy. Derfor valgte jeg veilederen for kvalitet i pleie og omsorg (Helsedir. 1) som utgangspunktet for arbeidet. De grunnleggende behov skal være dekket hos pasienter som mottar helsehjelp. Dette forankret vi i sykepleiefaglig litteratur (Henderson 1998, Kristoffersen m.fl. 2011). Kartleggingskjemaet fikk derfor et innhold der rammen ble grunnleggende behov. I tillegg kom ansatte med innspill på viktige elementer som burde inn. Spesielt hvor viktig det var å tenke på at det skulle også brukes til kartlegging ved demenssykdommer, som mange eldre har elementer av. Det ble utviklet en veileder samtidig med kartleggingsverktøyet. Årsaken til dette var at alle som skulle kartlegge pasienter har samme utgangspunkt (Vedlegg 4). Veilederen viser til hva personellet skal kartlegge under de forskjellige kategorier knyttet til grunnleggende behov og de avgjørende forhold som skulle kartlegges ved innleggelse/endringer i behov. Den kartlegging som gjøres er bakgrunnen for helsehjelpen som journalforskriften i lov om helsepersonell er klar på. Bakgrunn for all helsehjelp skal være dokumentert i pasientjournalen.

Ved nærmere ettersyn i EPJ-systemet ble det tydelig for meg at systemet ikke benytter grunnleggende behov som rammeverk for kartlegging. I forbindelse med EPJ-system er IPLOS integrert i systemet (jfr.2.2.1). Det jeg erfarte var at funksjonsvariablene fra IPLOS i stor grad ble brukt som utgangspunkt for kartlegging av behov for sykepleie. Det som da blir utfordrende er at disse variablene ikke dekker opp alle grunnleggende behov, noe som gir betydelige svakheter når det gjelder faglige krav til gitt helsehjelp.

To av kommunene hadde ikke behandlingsplaner ved prosjektstart. De brukte EPJ administrativt. De to andre kommuner hadde behandlingsplaner, den ene mer systematisk enn den andre. Det ressurspersoner i den ene kommunen samtidig gav uttrykk for, var at det er svært utfordrende å holde disse planene oppdatert. Det ble mye dokumentert i generell rapport

uten at aktuell informasjon ble skrevet inn under gjeldende problem eller behov i behandlingsplanen. Det var krevende å være ressursperson, og de øvrige ansatte har tendens til å legge mye av ansvaret på ressurspersonene.

I forbindelse med den aktive tilstedeværende perioden fikk jeg også opplæring i hvordan EPJ-systemet fungerte. Unique Profils EPJ-system selges til kommunene uten integrert helsefaglig kodeverk. Innholdet i dette kodeverket må kommunene selv sørge for å få på plass/legge inn i systemet. Plan/rapport-systemet er «tomt» når det kjøpes av kommunene. Helsedirektoratet har i veiledere og i standard for EPJ-system helt klare beskrivelser av hvordan alle «verktøy» i praksis skal understøtte arbeidsprosessene i praksis (Helsedir. 1).

For at de ansatte skal kunne utvikle behandlingsplanen videre i systemet i Unique Profil er det svært viktig at de har tilgang til begreper som kan danne det faglige innholdet i behandlingsplanen. Det handler da om tilgang til standardbegreper i forhold til grunnleggende behov, planområder, mål og tiltak. Derfor er det forsøkt å bygge opp en oversikt over planområdene fra kartleggingsverktøyet. Videre er det laget oversikt over noen generelle forslag til alternative mål og alternative tiltaksvalg (Vedlegg 5). Det er vesentlig at alle begrep i systemets «bakgrunn» samstemmer med innholdet i kartleggingsverktøyet. Dette skulle være et hjelpemiddel til de som skulle være systemansvarlige for plan/rapportdelen i kommunens EPJ-system.

Lederne for EPJ-systemet, Unique profil, anbefalte at vi kunne «legge inn» kartleggingsdokumentet i «Skjema -rommet» i plan/ rapportdelen. De som skulle ha ansvar for kartlegging av pasientens helsehjelp/behov skulle ha med en papirversjon av kartleggingsverktøyet til pasienten og eventuelt pårørende, i forbindelse med den faktiske kartlegging. Etter gjennomført kartlegging hos pasient må informasjonen skrives inn manuelt i pasientens journal, i skjemarommet på selve

kartleggingsdokumentet som ligger lagret der. Derifra kan ansatte som videreutvikler behandlingsplanen bruke den kartlagte informasjonen underveis. Dette vil medføre at den kartlagte informasjon bidrar til at helsehjelpen blir faglig forsvarlig planlagt og samtidig danner bakgrunnen når pleien skal dokumenteres juridisk forsvarlig.

Det ble planlagt at ansatte skulle lære seg å bruke kartleggingsverktøyet. Samtidig ble det også bestemt at det å ivareta pasientene skulle organiseres i primærsykepleie. Noen faste sykepleiere og helsefagarbeidere skulle få «sine» pasienter. Det er viktig at tjenesten er organisert i primærsykepleie for å fordele ansvar. Disse siste nevnte forhold var stadig framme i dialogene vi hadde underveis.

I forhold til IPLOS, der det er krav til å kartlegge de fysiologiske funksjoner, ønsket vi at dette kunne sees i sammenheng med at grunnleggende behov generelt ble kartlagt. Når man kartlegger grunnleggende behov blir også de fysiologiske behov kartlagt. Det problematiske er at dersom kun IPLOS- registrering gjøres er det flere vesentlige områder i forhold til grunnleggende behov som uteblir. Dette ble det tatt høyde for i utvikling av kartleggingsverktøyet med veileder (Vedlegg 3 og 4).

#### 4.1.3 OPPLÆRING OG IMPLEMENTERINGSFASE

Mars og april 2011 ble benyttet til å informere ute i praksis og ha kurs-aktiviteter i de ulike kommuner. Dette for at ansatte skulle bli kjent med prosjektet og konsekvensene av prosjektet. Det var underveis i foregående perioder og denne perioden dialoger med leverandør av dokumentasjonssystemet Unique Profil, ansatte i Helsedirektoratet og ledere for dokumentasjon av helsehjelp i flere andre kommuner utenom prosjektets involverte kommuner. Dette kommer jeg tilbake til i diskusjonen, se kapittel 5.

PLO-lederne i alle kommuner ville at det utviklede kartleggingsverktøyet skulle implementeres i EPJ («i skjemarommet») og tas i bruk. Dette var noe av det jeg

som prosjektleder skulle ha ansvar for sammen med ansvarlige ansatte i kommunene.

Denne delen av prosjektet ble avsluttet ultimo april 2011. Avtalen var at kommunene skulle arbeide videre, og fra primo september til ultimo desember skulle opplæring og implementeringsarbeid fortsette. Prosjektet fortsatte som en integrert del av et større IKT og samhandlingsprosjekt i samme kommuner.

I samarbeid med PLO-lederne i alle kommunene ble det gjennomført opplæring via kursaktivitet våren 2011. Lederne påla alle å komme på kursene. Fokus var å informere om selve prosjektet og de funn som var gjort. Det ble også brukt tid på å informere om faglige og juridiske krav til det å dokumentere helsehjelp. Det ble brukt tid på å snakke om hvordan tjenesten burde organiseres slik at forholdene i forhold til dokumentasjon av den individuelle helsehjelp får optimale forhold. Endelig ble det i de kommuner der det var byttet EPJ-system brukt noe tid på å vise til det nyinnkjøpte pasientjournalssystemets brukergrensesnitt.

Kurset var lagt opp med at jeg hadde en PP-presentasjon der jeg presenterte bakgrunnen for selve prosjektet og hva jeg hadde gjort så langt. Jeg snakket om dokumentasjon, både de faglige og juridiske krav, samtidig som det var fokus på holdninger til det å dokumentere. Deltakerne var aktive lyttere samtidig som det var lagt opp til dialog. Jeg var interessert i å få fram deltakernes tanker om prosjektet og om det å dokumentere.

Prosjektet ble avsluttet ultimo april og det var da avtalt at i de kommunene med nytt EPJ-system var det nå viktig å gjøre seg kjent med systemet. Det var viktig å få systemet opp å gå slik at ansatte evnet å bruke systemet så fort som mulig. Det var på denne tiden avklart at prosjektet fortsatte å fokusere på implementering av nye rutiner fra september 2011.

Primo september 2011 tok jeg kontakt med ansvarlige ledere i samtlige kommuner. Dette var for å avklare forventninger til aktiviteten og videre planlegge et møte i de forskjellige kommuner. Møter ble gjennomført og det var ulike bestillinger.

### ***Kommunenes bestillinger***

I Bykle opplevde de at de var kommet godt i gang med behandlingsplaner, og de hadde før sommeren 2011 arbeidet med å kartlegge alle pasientene på nytt for å deretter oppdatere behandlingsplanene. Selve kartleggingsverktøyet ble her lagt inn i «skjemarommet» i Unique profil og plan/rapportdelen. All kartlegging som ble utført ble skrevet inn i kartleggingsnotat i den enkelte pasientjournal. Helsepersonellet arbeidet videre med utvikling av rutine og prosedyrebeskrivelser. De ønsket å bruke meg ved behov i diskusjoner knyttet til tema. Det ble ikke avtalt opplæringsaktiviteter.

I Valle var det høsten 2011 utfordringer i forhold til en del sykemeldinger. Det var lite ledere i deler av organisasjonen. Dette gav konsekvenser i forhold til prosjektet. I møtet som ble gjennomført med midlertidige ledere i sykehjem ble konklusjonen at det var interesse for videre arbeid med rutine- og prosedyrebeskrivelser. I tiden utover høsten var det noe ulik aktivitet i sykehjemmet, hjemmesykepleien og i tjenesten for rehabilitering. Det ble gjennomført opplæring av ansatte på habilitering og i hjemmesykepleien. I avslutningsfasen høsten 2011 opplevde jeg ikke at det var helt avklarte forhold knyttet til rutiner og prosedyrer innenfor pleie og omsorg, samtidig som det har vært betydelig aktivitet i noen av delene. I hjemmesykepleietjenesten og habilitering var de aktive og tok flere ganger kontakt for å avtale møter og opplæring. Det var ikke aktivitet opp imot sykehjemmet i denne perioden.

I Bygland var lederne tydelig på behov for opplæring og hadde et ønske om å organisere seg i primärsykepleie. Pasientene skulle fordeles slik at de ansatte fikk primæransvar for et par pasienter. Dermed blir ansvaret for det å utvikle tiltaksplaner fordelt mellom flere pleiere. Dette ble gjort, og i løpet av siste del av prosjektperioden var det en kursaktivitet der alle ansatte hadde noen timers gjennomgang av hvordan tenke kartlegging og dokumentasjon av helsehjelp. Undervisningen og opplæringen foregikk i

lokaler der de ansatte kunne sitte ved egne PC-er, en til to ansatte og arbeide direkte med EPJ. Det ble vist hvordan kartlegging kunne gjøres for så å trekkes inn i behandlingsplanen. Det var en egen ressursperson fra kommunen tilstede på kurset. Planen var at alle deretter skulle ha ansvar for å kartlegge egne pasienter og utarbeide behandlingsplaner.

I Evje var det kalt inn til kurs for alle ansatte. Dette er en forholdsvis stor kommune i Setesdal, og kurset ble gjentatt flere ganger. Innholdet var likt med kursene som var gjennomført i de andre kommunene. Her opplevde jeg noe uro i forhold til at det var byttet elektronisk pasientjournalsystem. Det systemet de var fortrolig med, var byttet ut med Unique Profil (Visma).

I Evje ble det på møtet primo september avtalt at de skulle ta kontakt for å planlegge tenke videre prosess i prosjektet. Dette ble ikke gjort og jeg tok noe ut på høsten kontakt med PLO-lederen for å høre hvordan det var tenkt videre prosess. I samtalen kom det fram at de ansvarlige ansatte hadde selv tatt grep og valgt en måte å tenke videre på. Kartleggingsverktøy som var utviklet i prosjektet med bakgrunn i mye av det som var brukt i Evje fra tidligere ble tilpasset deres situasjon. De valgte å drive prosessen videre selv. De var i tillegg tydelig på at det nye EPJ-systemet ikke innfridde forventningene de hadde hatt.

I løpet av høsten var en ansatt i Bykle og jeg til stede på en konferanse i Bergen der fokus var “den gode pasientjournalen”. Konferansen var i regi av Visma som er leverandør av EPJ- systemet Unique Profil. I møtet kom det fram frustrasjon fra deltakere når det gjaldt funksjonalitet i systemet. Videre var en del av de ansatte i prosjektkommunene og jeg til stede ved et brukerforum for Aust- og Vest-Agder, i regi av Visma. Her kom det også fram at ansatte i kommunene opplever systemet mangelfullt, noe som gjør den daglige dokumentasjonen komplisert. Det er vanskelig å gjennomføre forpliktelsene etter gjeldende lovverk og regler.

I etterkant av dette ble PLO-leder og ressurspersonen for prosjektet i Bykle enig om at de skulle sende over det som var utviklet av

rutinebeskrivelse i forhold til hvordan planlegge tiltaksplaner, utvikle dem i det elektroniske pasient-journalsystemet Unique Profil. Dette skulle vi samarbeide om og på denne måten kunne jeg gi tilbakemelding og diskutere med dem. Dette er gjort (Vedlegg 6). Dette dokumentet vil sannsynligvis videreutvikles i tiden som kommer.



## 5 DISKUSJON

I denne delen diskuteres resultatene opp i mot det som er problemstillingene i prosjektet. Disse er:

- Hvordan blir helsehjelpen som utføres i Bykle, Valle, Bygland og Evje planlagt og dokumentert?
- Hvordan ivareta faglig og juridisk forsvarlig praksis?
- Hvordan implementere og integrere verktøy til bruk i dette arbeidet?

Med tanke på de erfaringer som er gjort i løpet av denne prosjektperioden er min påstand at det å dokumentere helsehjelp faglig og juridisk forsvarlig i pleie og omsorgstjenestene, har flere kompliserte sider. Disse vil reflekteres noe i diskusjonen under. Diskusjonen inneholder refleksjoner i forhold til utfordringer knyttet til det kommunale nivå, i forhold til de kommunale elektroniske pasientjournalssystem og endelig utfordringer knyttet til det nasjonale nivået.

### 5.1 FAGLIG FORSVARLIGE HELSEHJELP, JURIDISK FORSVARLIG DOKUMENTASJON?

Problemstillingen jeg arbeidet ut ifra da prosjektet startet var følgende: Hvordan planlegges og gjennomføres den faglig forsvarlige helsehjelpen, samtidig som den dokumenteres juridisk forsvarlig. Det ble gjort en

kartlegging av situasjonen og i løpet av prosjektet er det utviklet «arbeidsverktøy» som kan bidra til at de faglige og juridiske krav kan innfris (se vedlegg).

I de foregående kapitler er prosjektprosessen beskrevet. Slik journalforskriften og kvalitetskrav presenteres er det klare føringer for hva som skal være gjeldende praksis. En av konsekvensene av dette utviklingsprosjektet er rutiner knyttet til organisasjon med tanke på at det å tilby helsehjelp skal være organisert i primærsykepleie. Det betyr at pasientene har færre ansatte som har ansvar for planlegging av behandlingsplanen. I alle kommunene er det nå bestemt at pasientene skal ha sin primær og sekundærkontakt som skal ha ansvar for utvikling av behandlingsplan. Pasientene skal være fordelt på de ansatte sykepleierne og helsefagarbeiderne. Det er et ønske at det skal være sykepleiere som har hovedansvar for pasientene der det er mulig. Helsefagarbeider kan være sekundærkontakt. Sykepleierens faglig bakgrunn bør og skal resultere i en dypere faglig vurdering knyttet til behov for helsehjelp..

Det er videre bestemt at pasientene skal kartlegges i forhold til behov for helsehjelp, og vedtak som er fattet skal være kjent for ansvarlig helsepersonell, dersom det er klart før kartlegging av ytterlig behov for helsehjelp. I noen av kommunene ønskes det at kartlegging gjøres før vedtaket fattes. PLO-lederne ønsker at kartlegging skal gjennomføres og lagres i «skjemarommet» i behandlingsplanen. Da vil alltid bakgrunn for helsehjelpen kunne finnes i journalen.

Dersom denne kartlegging deretter benyttes som bakgrunn for utvikling av behandlingsplan vil den delen av de juridiske krav innfris. Dette vil igjen medføre at de grunnleggende behov pasientene må ha helsehjelp til, får fokus. Pasienten gjør det han eller hun klarer selv, og helsearbeideren gir tiltak der det er behov. Dermed har helsetjenesten muligheter for å innfri faglige krav.

Det som er viktig blir vurderingen av helsehjelpen i det daglige. I forbindelse med prosjektet har det vært fokusert på det å ha en oppdatert behandlingsplan. Det betyr at den til enhver tid «speiler» pasientens

situasjon. Dersom det i løpet av en dag ikke er endring i situasjonen skal den ansvarlige pleier «kun» dokumentere at behandlingsplanen er fulgt. Det er ved avvik fra behandlingsplanen registreringer skal gjøres. Dette er lagt inn i rutinebeskrivelsen og fokusert i opplæringen av ansatte.

Når dette er sagt så er det viktig å ta innover seg at det å endre praksis er arbeidskrevende. Det vil helt sikkert være behov for stadig å komme tilbake til hvordan det skal være, og presisere bruken av prosedyrebeskrivelser. Denne problematikken er sammensatt og det kommer jeg inn på i videre refleksjoner.

Jeg ønsker samtidig å referere til en omfattende rapport som nylig er gitt ut fra Nordlands Forskningsinstitutt (Gjertsen m. fl. 2012) Den omhandler tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene og den har et spesielt fokus på omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i de kommunale pleie- og omsorgstjenester. Rapporten tar opp temaet om hvordan få til en god praksis innenfor rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Slik jeg vurderer resultatene i Setesdal og dette prosjektet er det samsvar med de forhold som problematiseres i rapporten fra Nordlands forskningsinstitutt.

### 5.1.1 ORGANISASJON OG HELSEPERSONELL

Som regel er det en lang prosess å bestemme seg for hva slags elektronisk pasientjournal - system organisasjonen skal gå til innkjøp av. I denne sammenhengen forelå der to kommuner som allerede hadde kjøpt inn Unique Profil (Visma) og to kommuner som hadde et system som skulle byttes ut. Samhandlingsreformen legger føringer for at systemene som skal tas i bruk bl.a. må innfri krav til meldingsutveksling. Unique Profil ble valgt, og det var en periode våren 2011 med opplæring av systemansvarlige og ressurspersoner. Det ble tidlig klart at også dette systemet hadde svakheter,

og etter kort tid var ansatte i en av de kommunene som hadde kjøpt nytt system noe skuffet. Disse har i tillegg også vært noe kritisk til prosessen i prosjektet. De har gitt uttrykk for at de ikke har opplevd det gode eierforhold til prosjektet, og i samtaler har det kommet frem at de opplever det har vært for mye ledelsesstyrt. Jeg som prosjektleder har ikke tatt dem godt nok med i prosessene.

I en av de andre kommuner som allerede hadde hatt systemet noen år, har de i løpet av prosjektprosessen tatt i bruk kartleggingsverktøy med veileder, som ble utviklet i prosjektperioden. De har vært aktive i å utvikle rutinebeskrivelser og har utarbeidet behandlingsplaner på pasientene med bakgrunn i først gjennomført kartlegging. De sier at det fungerer, men det er utfordrende å holde dem oppdatert. Det krever mye engasjement av ressurspersoner i forhold til det å «dra lasset».

Det har vært ulike prosesser i de to andre kommunene. Den ene har hatt store utfordringer med sykemeldte ledere og ikke ansatt personell i lederstillinger. Dette har gitt utfordringer i forhold til prosjektet. Det har vært de allerede engasjerte ansatte som har tatt tak på tross av fravær av ledere. I sykehjemmet som har den største gruppa ansatte har det vært lite aktivitet i forhold til prosjektets siste del. Det har vært noe kontakt, og de er opptatt av at rutinebeskrivelser bør oppdateres og at de på sikt kan få det til å fungere i praksis. I åpen omsorg, i habiliterings- og rehabiliteringsavdeling har det vært et stort engasjement. De har et mål om å kartlegge alle brukere før vedtak fattes, og med bakgrunn i dette utvikle behandlingsplaner. De har vært tydelige på at behandlingsplan er et godt arbeidsredskap, og de ønsker å følge opp i forhold til faglige og juridiske krav. Ressurspersonen i forhold til EPJ er opptatt av at det også skal fungere på sykehjemmet.

Det som kan se ut til å være en betydelig del av utfordringene er at i sykehjem er det et større antall ansatte med lav kompetanse. I hjemmesykepleien er det flere ansatte sykepleiere, og i forhold til dokumentasjon av helsehjelp har det betydning.

Ellers viser forskning gjort av Kärkkäinen m.fl. (2005) at tydelig ledelse er helt avgjørende for å få den individuelle helsehjelpen fram i dokumentasjonen

Den siste kommunen var en av de kommuner som fornyet systemet underveis i prosjektprosessen. De hadde ikke hatt noen form for behandlingsplaner på plass i det vi startet prosjektet. De hadde dermed ingen rutiner på det som måtte læres av. De kunne starte med blanke ark. Det har nok betydd en del for dem.

Det som kanskje kan kommenteres i ettertid, er at det kunne vært gjort et bedre arbeid i forhold til å involvere alle grupper helsepersonell i kommunene helt i fra starten. Det er i prosjektet blitt mest fokus på sykehjem, åpen omsorg og noe psykisk helse. Ansatte innenfor avdelingene som arbeider med helsehjelp og mennesker med nedsatt psykisk funksjonsevne er ikke like systematisk ivaretatt i alle kommunene i prosjektet. Førstnevnte var noe med helt i den avsluttende opplæringsfasen. Disse grupper har i tillegg i praksis betydelige utfordringer i forhold til utvikling av behandlingsplaner.

### 5.1.2 KOMMUNALE EPJ-SYSTEM

Grunnen til at det ble behov fra min side på å ta kontakt med Visma som leverer Unique Profil var de frustrasjoner som oppstod i forbindelse med det å oppdage at systemet hadde mangler som forårsaket vanskelige arbeidsprosesser for de ansatte.

I Norge har vi flere elektroniske pasientjournalssystem. I prosjektet er det Visma som er leverandør for systemet Unique Profil. I løpet av prosjektperioden har jeg fått mulighet til å bli kjent med systemet. Som lærer for sykepleierstudenter har det vært utfordrende å få dyp kunnskap om systemet da det ikke har vært et «demo»-system implementert i databaser på universitetet. Dette er i løpet av prosjektperioden endret. Høsten 2011 ble det elektroniske pasientjournalssystemet Unique Profil installert som programvare på Universitetet i Agder. Målet er at sykepleierstudentene skal ha realistiske

undervisningssituasjoner som kan gi effekt ute i praksis. Målet er også at det skal være forskning som på sikt skal gi forbedringer i praksisfeltet..

Det som ble et av hovedfunnene i prosjektperioden var hvordan systemet mangler «rom» hvor den sentrale karleggingen opp imot de grunnleggende behov har sin naturlige plass. Dette handler om sykepleieprosessens første del, kartlegging. Dette ble klart for meg i den aktive prosjektprosessen ute i sykehjemmene, i arbeidet med det å vurdere rutinene opp i mot faglige og juridisk krav. Det å ha en bakgrunn for helsehjelpen er det aller viktigste i forhold til faglige krav og juridiske krav. I pasientjournalssystemet Unique Profil er det i dag ikke mulig å få lagret en systematisk gjennomført kartlegging av de grunnleggende behovene. Det må gjøres ekstra grep som gir ekstra arbeidsprosesser. Behandlingsplanene skal utvikles ut ifra den kartlegging som er gjort opp imot fattet vedtak. I journalforskriften er det juridisk pålagt at bakgrunnen for pleien til enhver tid skal være journalført. Det ble et dilemma da jeg oppdaget at dette er en svært vanskelig arbeidsprosess for de ansatte. Det elektroniske pasientjournalssystemet understøtter ikke arbeidsprosessene. Produktutvikler i Visma svarte at det var komplisert å gjøre endringer i systemet slik at plan/rapportdelen forbedres for praksis. Da må det foreligge nasjonale krav, noe jeg mener foreligger. KITH (KITH A/S) har i sin standard en presisering at EPJ- systemene som utvikles skal ha sykepleieprosessens som bakgrunn i utvikling av funksjonalitet.

Rådet som ble gitt var at kartleggingsverktøyet i Word kunne integreres i plan og rapport-delen. Herifra kunne ansatte bruke verktøyet og da ville all informasjon som ble kartlagt forbli lagret samtidig som ansatte kunne benytte informasjonen som bakgrunn for videre utvikling av behandlingsplan. Dette er det vi har gjort. Det er ikke en god løsning og det er fremdeles en arbeidskrevende arbeidsoppgave. Min opplevelse er at det ikke blir gjort uten at spesielle ressurspersoner er opptatt av at det skal blir gjort og at både ressurspersonene sammen med ledelsen følger det hele opp.

Det som videre etter min oppfatning gir utfordrende arbeidsprosesser for ansatte i pleie og omsorgstjenesten, det er at det elektroniske journalsystemet er helt uten helsefaglig rammeverk / innholds maler for utvikling av behandlingsplaner (Vedlegg 5). For at ansatt helsepersonell skal kunne ha begreper å bruke i forhold til sykepleieprosessen (pkt. 2.2 og pkt. 2.5) og utvikling av behandlingsplan må en ansatt i kommunen få ansvar for å bygge opp dette rammeverket. Istedenfor kunne leverandørene hatt dette rammeverket på plass før salg til kommunene. Alle norske kommuner har de samme krav til faglighet og juss. Det som i tillegg er en sårbarhet her er at til tider vil denne ansvarlige ansatte ikke sykepleiefaglig bakgrunn, og da vil det være vanskelig å ha de rette kunnskaper om hva som skal være innholdet i rammeverket for sykepleiefaglig helsehjelp, for behandlingsplanen i plan og rapportmodulen i Unique Profil.

Her tror jeg at mange kommuner ikke er helt klar over hvor «tomt» systemet er når det kjøpes inn. I veileder (Helsedir. 2) er det tydelig beskrevet at ledelsen i kommunene har ansvaret for at ansatte har systemer som er enkle i bruk og som understøtter arbeidsprosessene. Men det blir vanskelig når staten med regjering og direktorater har makt, og kommunene er slik jeg oppfatter denne situasjonen prisgitt det de får når de kjøper. Jeg mener at en del av dette også handler om at våre helsepolitikere fraskriver seg ansvar.

### 5.1.3 NASJONALT NIVÅ

Det å dokumentere helsehjelp faglig og juridisk er et paradoks. Jeg skal forsøke å gjøre rede for min påstand.

Helsedirektoratet har i veilederen om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester beskrevet hva som ligger i det å gi en faglig forsvarlig helsehjelp. Pasientene som skal ha helsehjelp ute i landets kommuner skal ta medansvar for at grunnleggende behov er dekket.

Helsepersonell skal utføre det som pasientene ikke evner selv i ivareta. I veilederen for kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (Helsedir. 1) er de ulike grunnleggende behov listet opp. Dette er likt for pasienter i alle landets kommuner.

Det første de da bør arbeide med av rutiner ute i kommunene det er å fokusere på grunnleggende behov. Det å utvikle eller å ha kartleggingsverktøy, en datasamlingsguide som omhandler dette blir vesentlig, slik at alle ansatte arbeider innenfor like rammer. Lederne for pleie og omsorgstjenester i kommunene har et viktig ansvar for å få dette på plass, og følge det opp.

Den andre veilederen som er trukket fram tidligere i rapporten handler om saksbehandling og dokumentasjon (Helsedir. 2). Den beskriver hvor vesentlig det er at den helsehjelpen som er bestilt blir grundig kartlagt. Det viktige er at det kun er det nødvendig og det vesentlige som skal dokumenteres. Det innebærer at vi har en forpliktelse på å finne ut hva pasienten har av behov for helsehjelp, og ikke alt annet som det kanskje er ok å få hjelp til, men ikke vesentlig i den aktuelle sammenhengen. Det er i tillegg viktig for kommunene å få oversikt på hva de gir av helsehjelp. Det er den økonomiske siden av saken i forhold til kommunale utgifter, ikke uvesentlig, men ikke i fokus her. Videre i sist nevnte veileder er det klare beskrivelser på at de verktøy som utvikles for praksis skal være av en slik art at de ansattes arbeidsprosesser kan følges opp. Det står følgende: «det skal være lett for helsepersonell innenfor rammen av taushetsplikt å få tilgang og finne frem i journalen» (s. 71). Videre skrives det at journalen skal ordnes slik at den fungerer som et hensiktsmessig verktøy i samsvar med bl.a. formålet med dokumentasjonsplikten. Journalen må gjøres lett tilgjengelig for de som skal anvende opplysninger som grunnlag for beslutninger om undersøkelser, behandling og annen oppfølging av pasienten.

Disse veilederne er utgitt av helsedirektoratet. Helsedirektoratet har samtidig gitt føringer i forhold til helsefaglig innhold i plan og rapportdelen i de elektroniske pasientjournalssystemene.



KITH AS som fra primo 2012 er registrert inn under Helsedirektoratet, har tidligere utviklet en standard, som fremdeles gjelder for utviklingen av de elektroniske pasientjournalsystemer. I gjeldende standard er det presisert at sykepleieprosessen skal være bakgrunn for utvikling av innhold i EPJ-system i forhold til pleie og omsorg. Slik jeg vurderer dette så følges det ikke opp av Helsedirektoratet. I diskusjoner med dem oppfatter jeg at de lyttet oppmerksomt, men det er komplisert å gjøre noe mer.

Min mening her er at dette er svært viktig, og dersom ikke noe blir gjort vil resultatet bli et bare mer uklart bilde av kvaliteten på de tjenester som gis.



## 6 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

I løpet av foregående år er det gjennomført en forstudie av Agderkommunene og bruk av velferdsteknologi. Denne forstudien er beskrevet i en rapport (Dahl og Fossum 2012). I forbindelse med status og utfordringer som beskrives i rapporten er det likhetstrekk med situasjon i tilknytning til utviklingsprosjektet i kommunene i Setesdal. Det er mangel på ressurspersonell, det er lav kompetanse hos pleiepersonell, og innføring av teknologiske løsninger reiser etiske problemstillinger, i tillegg til de faglige og juridiske utfordringer.

Veiledere for kvalitet i pleie- og omsorgstjenester i kommunen og for saksbehandling/dokumentasjon er helt tydelig på hva de ansatte har av krav. Når verktøyet som foreligger som redskap til å utføre dette arbeidet har tydelige mangler, så blir situasjonen i praksis svært sårbar. Slik jeg opplever denne situasjonen, er de ansatte i kommunehelsetjenesten i dag ikke i stand til å utføre sine faglige og juridiske forpliktelser. Med det mener jeg at den elektroniske systemvaren ikke understøtter pålagte arbeidsprosesser. Dermed blir arbeidssituasjonen svært omfattende og krevende i forhold til å innfri de krav staten setter til ansatte i den kommunale helsetjeneste når det gjelder dokumentasjon av helsehjelp.

Når denne delen uteblir, eller er mangelfull, forplanter dette seg til all dokumentasjon av helsehjelp. Det blir utfordrende å få fram hvordan helsehjelpen er planlagt, gjennomført og vurdert.

I etterkant av prosjektet gir flere involverte, slik jeg oppfatter det, uttrykk for at det fremdeles er viktig at en sykepleier har ansvar for den arbeidsoppgaven som omhandler rutiner i forhold til faglig og juridisk fokus og dokumentasjon av helsehjelp. Det er ellers stor risiko for at kartlegging med utvikling av behandlingsplaner ikke blir fulgt opp slik det bør følges opp. Det bør være tydelige arbeidsbeskrivelser over hva slags ansvar de ansatte har. Det bør også beskrives i alle stillingsinstrukser hva slags oppgaver de ansatte har i forhold til å dokumentere den helsehjelpen de gir. Det at de skal ha primæransvar for noen pasienter og hva det innebærer bør også beskrives, om ikke det tas med i stillingsinstrukser, så i kvalitetssikringshåndboken.

Forskning (Kärkäinen m.fl. 2005) viser at for å få fram den individuelle helsehjelpen må lederen være tydelig på hva slags rutiner og prosedyrer som skal følges opp, og legger forholdene til rette for at de er mulige å følge opp. Lederen må sørge for primærsykepleie. Det er i tillegg avgjørende at de ansatte har aktuell og oppdatert kunnskap, og at der er holdninger til at dokumentasjon av helsehjelp er viktig. Det innebærer at «kulturen» på arbeidsplassen vurderer dokumentasjon av helsehjelp som svært vesentlig i forhold til at den faglig forsvarlig planlagte og gjennomførte helsehjelpen er dokumentert i pasientjournalen/behandlingsplanen.

Når det er sagt er det også avgjørende at det verktøy som de ansatte skal benytte til dokumentasjon av helsehjelp har en funksjonalitet og et brukergrensesnitt som understøtter de arbeidsprosesser som det å dokumentere helsehjelp består av. Slik EPJ-systemet Unique Profil fra Visma presenteres i dag, understøtter det ikke de ansattes arbeidsprosesser. Dette fører til at lovpålagte oppgaver blir svært kompliserte å ivareta.

Alle involverte parter bør arbeide for at de kommunale EPJ videreutvikles slik at de får optimal funksjonalitet i forhold til det de er planlagt til å skulle ivareta. Man kan kanskje stille et spørsmål om det er for komplisert å få fram den faglig forsvarlige helsehjelpen og samtidig vise til en dokumentasjon som er juridisk forsvarlig. Jeg mener nei, men det avgjørende blir om ansvarlige ansatte og folkevalgte for helse i kommunene, regionalt og nasjonalt klarer å samarbeide og våger å ta ansvar! Det blir helt feil at det er de ansatte ute i våre kommuner som må ta ansvaret. Det er disse som får kritikken når Helsetilsynet er ute i praksisfeltet for å evaluere den helsehjelpen som blir gitt. Det blir etter min mening helt feil.



# REFERANSER

- Bråten, I. (Red.) (1996). Vygotsky i pedagogikken (1.utg). Cappelen akademisk Forlag, Oslo.
- Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal akademisk, Oslo.
- Dahl, A. F., Fossum, M. (2012). Bo trygt og godt hjemme. En forstudie av Agderkommunenes bruk av velferdsteknologi. Senter for omsorgsforskning - Sør, Grimstad.
- Dysthe, O. (Red.)(1996). Ulike perspektiv på læring og læringsforskning (1 utg.). Cappelen akademisk forlag, Oslo.
- Eilertsen, T. V. (2004). Aksjonsforskning på nært hold: muligheter og dilemmaer. I Tiller, T. (Red.) Aksjonsforskning i skole og utdanning (1.utg). Høyskoleforlaget, Kristiansand.
- Gjertsen, H., Solvoll, G., Gjernes, T. (2012). Tidsbruk og byråkrati i pleie og omsorgstjenester. En studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i kommunale pleie- og omsorgstjenester. NF-rapport nr. 12. Nordlands forskningsinstitutt. (Hentet 25. oktober 2012) <http://www.ks.no/PageFiles/26903/tidsbruk%20aug%202012.pdf>
- Helsedir. 1. (2004). Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter

- kommunetjenesteloven og sosialtjenesteloven.  
(Hentet 18. mai 2012) <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf>
- Helsedir. 2. (2006). Veileder for saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgsyrker.  
(Hentet 18. mai 2012) <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester/Publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf>
- Henderson, V. A. (1998). Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år (1.utg.). Universitetsforlaget, Oslo.
- Hummelvoll, J.K., Andvig, E., Lyberg, A. (2010) Etske utfordringer i praksisnær forskning. Gyldendal akademisk, Oslo
- Illeris, K. (1999) Læring - aktuell læringsteori i spenningsfeltet mellom Piaget, Freud og Marx (1.utg). Gyldendal akademisk, Oslo
- KITH A/S. Kravspesifikasjon for elektronisk pasientjournal. (Hentet 18.mai 2012) [http://www.kith.no/templates/kith\\_WebPage\\_\\_\\_\\_690.aspx](http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____690.aspx)
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (2011). Grunnleggende sykepleie Bind 2. Grunnleggende behov (2.utg). Gyldendal akademisk, Oslo.
- Kärkäinen, O. Bondas, T., Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12, 123-132.
- Kratz, C.R. (red.)(1979) *The nursing process*. Baillière Tindall, London.doi:10.1191/0969733005ne7690a
- Lovdata (1) For 2000-12-21 nr. 1385 Forskrift om pasientjournal. (Hentet 18.mai 2012) [http://www.hnt.no/upload/47786/\\_\\_\\_usr\\_www\\_lovdata\\_forskrift%20om%20pasientjournal.pdf](http://www.hnt.no/upload/47786/___usr_www_lovdata_forskrift%20om%20pasientjournal.pdf)



- Lovdata 2. Lov om helsepersonell. (Hentet 18.mai 2012) <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>
- Lovdata 3. Lov om pasientrettigheter. (Hentet 18. mai 2012) <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>
- Lovdata 4. Lov om kommunale tjenester. (Hentet 15. oktober 2012) <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=lov%20%2b%20om%20%2b%20kommunal%20%2b%20helse%20%2b%20og%20%2b%20omsorgstjenest&&>
- Lovdata (5) Forskrift om pseudonymt register. (Hentet 15. oktober 2012) <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20060217-0204.html&emne=iplos&&>
- Mathisen, J. (2009). Sykepleiehistorie. Idéer-mennesker-muligheter (2.utg). Gyldendal akademisk, Oslo.
- Orlando, I. J. (1961). The dynamic nurse-patient relationship. Function, process and principles. G.P Putnam's Sons, New York.
- Phillips, D.C., Soltis, J.F. (1998). Læring. Teorier og prinsipper for læring (1.utg). Abstrakt forlag, Oslo.
- Sandvand, E. & Vabo, G. (2007) Dokumentasjon i sykepleien. En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon (1.utg). Høyskoleforlaget. Oslo.
- St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid.
- Helse og omsorgsdepartementet, Oslo. (Hentet 18. mai 2012) <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Tiller, T. (Red.) (2004). Aksjonsforskning. I skole og utdanning. Høyskoleforlaget, Kristiansand

- Thuen, H., Vaage, S. (1989). Oppdagelse til det moderne. Emilie Durkheim, George Herbert Mead, John Dewey, Pierre Bordieu (1.utg). Universitetsforlaget, Oslo.
- Tveiten, S. (2008). Pedagogikk i sykepleiepraksis. Fagbokforlaget, Bergen.
- Vee, T. S., Hestetun, M. (2009). Struktur og rutiner, -naudsynte føresetnader for å sikra sjukepleiedokumentasjonen. *Vård i Norden* 3, 50-52.
- Visma (Hentet 15. oktober 2012) <http://www.visma.no/programvare/for-offentlig-sektor/Pleie-og-Omsorg/Overview/>
- Yura, H., Walsh, M. B. (1967). *The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating*. Appleton-Century-Crofts, New York

# VEDLEGG

## VEDLEGG 1

### INTERVJUGUIDE

#### 1. Ledernivå:

- Hva slags avdelinger er det på sykehjemmet?
- Hvor mange pasienter
- Hvem er journalansvarlig
- Hvordan er tjenesten organisert?
- Hvor mange spl er ansatt og gjennomsnitt ansatt?
- Antall hjelpepleiere/helsefagarbeidere og gjennomsnitt ansatt?
- Antall omsorgsarbeidere og gjennomsnitt ansatt?
- Er lederen opptatt av oppdaterte pleieplaner?

#### 2. Rutiner:

- Hvem har ansvar for dokumentasjon av sykepleie
- Hvem oppfattes som drivkraft
- Dokumenterer hjelpepleier/omsorgsarbeider eget arbeid?

- Er det avklarte rutiner for dokumentasjon og i så fall hvilke?
- Skal det utarbeides tiltaksplan
- Hvor lenge etter ankomst?
- Er det likt i alle avdelinger?
- Finnes det pleieplan på alle brukere?
- Er det rutiner for informasjon /opplæring og dokumentasjon
- Er pasient delaktig?
- Er pårørende delaktig?

3. EPJ systemet:

- Dokumenteres det i EPJ?
- Utvikles tiltaksplan i Profil EPJ?
- Har dere en IKT ressurs ansatt som støtteperson i daglig arbeid med dokumentasjon og EPJ?
- Har dere elektroniske støttesystem?
- Registreres det i IPLOS
- Hvem registrerer
- Er det kjente rutiner?

Innhold i dokumentasjon:

- Sykepleieprosessen, følges den i dette arbeidet?
- Kartlegging
- Problem/behov
- Mål
- Tiltak
- Evaluering/rapport

Holdninger:

- Tanker i forhold til pleie/dokumentasjon
- Tidsbruk

## VEDLEGG 2

Skjema nr |\_\_|\_\_|\_\_|

KARTLEGGING AV RUTINER KNYTTET  
TILDOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE/  
HELSEHJELP I PROSJEKTET  
«DOKUMENTASJON I SYKEPLEIEN»

***Informasjon om spørreundersøkelsen:***

I delprosjektet: Dokumentasjon i sykepleien, som er knyttet til Det Interkommunale Samhandlingsprosjektet i Setesdal, skal det gjennomføres en spørreundersøkelse. Delprosjektet Dokumentasjon i sykepleien, gjennomføres i et samarbeid mellom lederne i kommunene i Setesdal og Universitetet i Agder (UiA) Delprosjektet er i tillegg knyttet til Senter for omsorgsforskning Sør. Det er jeg, Grete Vabo, som har ansvaret for gjennomføringen av dette delprosjektet, samt spørreundersøkelsen. Jeg er sykepleier med et hovedfag i pedagogikk, og er ansatt som lektor ved Institutt for helse og sykepleievitenskap ved UiA.

Spørreskjemaet er utviklet for å brukes ut mot dere som er ansatt ved sykehjemmene i kommunene i Setesdal. Hensikten er å få frem informasjon om hvordan dere opplever at rutinene i forhold til å dokumentere og utvikle tiltaksplaner er i dag. Hensikten er også å få frem hvilke holdninger dere har til det å dokumentere sykepleie. Resultatet fra denne spørrerunden vil være med i en diskusjon om hvordan vi vil arbeide videre i hoveddelen av delprosjektet som vil gjennomføres vinteren 2010/2011, med oppstart 1.oktober. Hoveddelen vil handle om å innføre faglig og juridisk kvalitetssikrede rutiner og prosedyrer. I denne delen er jeg med som en deltaker. Etter at prosjektets hoveddel avsluttes 30.april 2011 vil det høsten 2011 bli gjennomført en spørrerunde nr to.

Årsaken til en spørreunde nr to er for å se på om prosjektet har ført til noen form for endring, og hva som eventuelt er årsak til endring. I perioden for utdeling av spørreskjema vil det foreligge en navneliste med en tallkode. Det er for å ha en mulighet til å knytte tall og navn sammen ved første og andre spørreunde, for så å kunne følge den utviklingen som skjer med den enkelte ansatt. Navnekoden slettes når andre spørreunde er gjennomført, og da vil all informasjon være anonym. Det er kun prosjektleder som har tilgang til tallkoden. Det er endelig planlagt å intervju et lite utvalg helsepersonell fra sykehjemmene i etterkant av hovedprosjektet.

Ingen enkeltpersoner skal kjenne seg igjen i den videre behandling av data, de innsamlede data behandles konfidensielt. Jeg som prosjektleder er underlagt taushetsplikt. Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Deltakelsen er frivillig, og dere kan når som helst, uten å angi noen grunn, trekke dere. Etter at datamaterialet fra første og andre spørreunde er samlet inn skal det analyseres og brukes som utgangspunkt for 1-2 fagartikler og 1-2 vitenskapelig artikler innen tema som omhandler effekt av opplæringstiltak og det å dokumentere sykepleie/helsehjelp. Det skal også skrives en rapport om prosjektet. Dette arbeidet vil blir gjort 2011-2012.

Det endelige målet med dette delprosjektet er at den dokumentasjonen som gjøres av gitt sykepleie/helsehjelp ved sykehjemmene i Setesdal, er faglig og juridisk forsvarlig”.

På forhånd takk til alle som bidrar og svarer på spørreskjemaet.

Med vennlig hilsen Grete Vabo

Det er viktig at du leser spørsmålene nøye for å få fram det som det spørres etter.

### ***Holdninger***

**1. Hvor enig eller uenig er du i disse påstandene om nytten av tiltakesplan/pleieplaner? Sett kryss ved det tallet som viser din mening på skalaen fra 1 til 6.**

	Helt uenig					Helt enig
	1	2	3	4	5	6
A	Innkomststamtalen med kartlegging av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov/ressurser er avgjørende for videre helsehjelp					
B	Pleieplanen er til hjelp for å gjøre pasientens situasjon oversiktlig					
C	Helsehjelpen er ikke gitt før den er dokumentert					
D	Dokumentasjon av helsehjelp/pleie er for tidkrevende					
E	Tiltaksplan/Pleieplanen er vanskelig å utforme og holde oppdatert					
F	Pasienten får en bedre tjeneste når jeg dokumenterer den helsehjelpen som gis, og bruker pleieplanen aktivt					
G	Det er viktig at kartlegging av pasientenes behov/ressurser gjøres i samarbeid med pasient/pårørende					
H	Dataprogrammet "Profil/Prosys" ivaretar min dokumentasjonsplikt på en tilfredsstillende måte					
I	Oppsettet for "Pleieplanen i Profil/prosys er enkel og praktisk organisert.					
J	Det er enkelt å dokumentere i Profil/Prosys (stryk det som brukes av deg)					

**Rutiner:****2. Rutinen for dokumentasjon av den helsehjelpen/sykepleien som gis, i pasientens journal (EPJ).**etter hver vakt  av og til  aldri  vet ikke

### 3. Rutinene for å organisere sykepleie-tjenesten på sykehjemmet

- |   |  |                    |          |
|---|--|--------------------|----------|
| 1.  | 2.   | 3.                 | 4.       |
| Primærsykepleie<br>(At du har ansvar for dine pasienter over tid) | Gruppesykepleie<br>(At en liten gruppe helsepersonell er ansvarlig for en gruppe pasienter over tid) | Ingen organisering | Vet ikke |

### 4. Rutinene for å utarbeide tiltaksplaner/pleieplaner

- |  |                               |  |                              |          |
|--|-------------------------------|--|------------------------------|----------|
| 1.   | 2.                            | 3.                                       | 4.                           | 5.       |
| Alle pasienter får tiltaksplan i løpet av en-to uker | Ingen pasienter har pleieplan | Noen har pleieplan som ikke er oppdatert | Alle har oppdatert pleieplan | Vet ikke |

Annet (forklar):.....

### 5. Når en tiltaksplan/pleieplan utarbeides, hvordan er rutinene, i hvilken grad ...

Dersom dere ikke har tiltaksplaner setter dere et kryss her:.....

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke
A Kartlegges pasientens behov/ problem/ressurser ut fra pasientens grunnleggende behov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Danner denne kartleggingen utgangspunkt for videre utvikling av pleieplanen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Velges det ut "mål" for pasientens pleie, slik at det er en tydelig retning for de tiltak som gjennomføres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Er innhold i rapporten/evaluering knyttet til pasientens pleieplan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Samtykker pasienter som ikke er demente/ umyndige til pleieplanen som er utarbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Kjenner pårørende til innholdet i pleieplanen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Leser du pleieplanen til pasientene du har ansvar for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Stimulerer ledelsen ved sykehjemmet til daglig dokumentasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- I Får du jevnlig tilbud om opplæring i det å dokumentere den helsehjelp du gir
- J Får du opplæring i det å dokumentere i Elektronisk Pasient Journal

**6. Brukes tiltaksplanene/pleieplaner som arbeidsredskap når pasientene stelles?**

- Aldri Sjelden Av og til Ofte Alltid Vet ikke
- 

**7. Når det er behov for endringer i tiltaksplanen/pleieplanen skjer endringen:**

- Umiddelbart I løpet av 1 uke I løpet av 2 uker Innen 1 måned Vet ikke
- 

**8. I forhold til endring av tiltak, når gjøres endringer i den elektroniske journalen?**

- Ved alle endringer
- Kun ved større endringer ( Behovet er dekket/ problemet løst)
- Ved bestemte tidsintervaller
- Aldri
- Annet, vennligst oppgi: \_\_\_\_\_

**9. Når du dokumenterer den helsehjelpen du har gitt hvor dokumenterer du dette?**

- Under aktuelt område i tiltaksplanen I journalnotatet
- 

**10 Til slutt ber vi om noen opplysninger om deg ...**

a. Kjønn:  1 Kvinne  2 Mann

b. Alder: Oppgi antall år |\_\_|\_\_|

c. Hva slags stilling er du ansatt i?

d. Arbeidserfaring fra denne typen arbeid: Oppgi antall år |\_\_|\_\_|

## VEDLEGG 3

KARTLEGGINGSSKJEMA FOR BRUK I  
KOMMUNENE I SETESDAL: BYKLE, VALLE,  
BYGLAND OG EVJE**Personopplysninger Del 1**

Kategori	Innhold	Ved tildeling av plass på grunn av en demenssykdom er det ytterlig behov for informasjon om bruker/pasient:
Navn /adresse		
Nærmeste pårørende		
Skole/Yrkeserfaring/ Bosituasjon Hjem/sykehjem		
Hjelpemidler		
Hvilke tjenester		
Interesser/Hobbyer		
Innlegges fra		
Utskrives til		
Helsetilstand: Aktuelle sykdommer/ skader/ funksjonsvikt		
Cave/allergi		
Legemidler		
Opplysninger ved mottakning av nye pasienter??		
Opplevelse av situasjon	Pasienten og pårørendes opplevelse av	
Foreløpig konklusjon		

**Kartlegging av behov for sykepleie/helsehjelp/psykisk helsehjelp, og kartlegging av funksjon for Iplos - Del 2**

Grunnleggende behov	Datainnsamling	Ressurser	IPLOS
Mental kapasitet			Hukommelse
Sansing/ Kommunikasjon kapasitet			Kommunikasjon Syn Hørsel
Sirkulasjon			
Respirasjon			
Temperatur			
Ernæring			Lage mat Spise
Eliminasjon			Toalett:
Personlig hygiene			Personlig hygiene. Av og påkledning
Aktivitet			Beveger seg inne Bevege seg ute
Søvn og hvile			
Psykiske behov/ trygghet/ identitet og egenverd			
Medisinsk egenom- sorg			Ivareta egen helse
Sosiale behov /adferd			Sosial deltakelse Styre adferd
Mestring og livsstil			Alminnelig husarbeid
Livsmot og håp			
			Skaffe seg varer og tjenester Beslutninger i dagliglivet

## VEDLEGG 4

### VEILEDER TIL BRUK VED KARTLEGGING AV BEHOV FOR HELSEHJELP I KOMMUNEHELSETJENESTEN I SETESDAL.

Kartlegging for å kunne fatte vedtak

Kartlegging i forbindelse med utvikling av tiltaksplaner

Kartlegging i forbindelse med oppdatering av tiltaksplaner/ IP

Veileder for saksbehandling og dokumentasjon (2006) sier at de enkeltvedtak som er satt skal være bakgrunn for en planlegging av den nødvendige og tilstrekkelige sykepleie/helsehjelpen som skal tilbys. Forskrift for kvalitet i pleie og omsorgstjeneste (2004) sier at grunnleggende behov skal være dekket hos alle som mottar tjenestene. Da er det svært viktig at helsepersonell kartlegger hva pasientene klarer og ikke klarer selv i forhold til grunnleggende behov, for så å gi den helsehjelpen den enkelte bruker av helsetjenester i kommunen har behov for.

IPLOS er en registrering som skal gjøres for å kartlegge alle brukere av kommunale helsetjenester på funksjon.

Faglige referanser i dette arbeidet er følgende:

Forskrift for kvalitet i pleie og omsorgstjenestene (2006, Kap 2, s.11)

Lov om Helsepersonell (2001)

Lov om pasientrettigheter (2001)

Veileder for saksbehandling og dokumentasjon (2006)

IPLOS veileder 03/2009

Mekki. Tone:E., (2007) Sykepleieboken 1, Grunnleggende sykepleie. Oslo. Akribe.

#### **VEILEDER til Del 1:**

##### **Personopplysninger Del 1**

Kategori	Innhold	Ved tildeling av plass på grunn av en demenssykdom er det ytterlig behov for informasjon om bruker/pasient:
Navn /adresse	Navn og adresse må noteres Kjønn og alder	Bosted som voksen, når og hvor, hva slags bolig og evt annet av interesse

Nærmeste pårørende	Kone/mann og eller barn. Viktig at det er tydelig hvem som skal kontaktes dersom det blir et behov for det.	Foreldre og søsken m/ navn, alder, yrke, bosted, eventuelt dødstidspunkt, Hvordan er familieforholdene, kontakter nå? Ektefelle, samboer(r) navn, yrke, tidspunkt for ekteskap/samboerskap Nåværende situasjon for evt. ektefelle/ samboer. Evt. barn m/ navn, alder, yrke
Skole/ Yrkeserfaring/ Bosituasjon Hjem/sykehjem	Dersom pasient får hjemmesykepleie i eget hjem må boligen kartlegges i forhold til fremkommelighet Det må kartlegges om pasienten bor sammen med noen og hvem	Skolegang, hvor og hva og evt. spesielle hendelser- Arbeiderfaring, tidsrom for arbeidsforhold, spesielle kontakter på arbeidssted, arbeid ette pensjonering evt. annet
Hjelpemidler	Hva slags hjelpemidler har pasienten/er det behov for nye typer hjelpemidler	
Hvilke tjenester	Hva får pasienten av evt. andre tjenester	
Interesser/Hobbyer	Foto, data, kortspill, friluftsinnteresser, jakt, sport, båt, fiske, dyr, matlagning, skriving, lese bøker, syng, brodere, strikke	Friluftsinnteresser, foto, jakt, sport, båt, fiske, dyr, matlagning, skriving, lese bøker, syng, brodere, strikke
Innlegges fra	Noter hvor pasienten kommer fra; Hjemmet, andre avdelinger, andre institusjoner.	
Utskrives til	Noter hvor pasienten evt. skal utskrives til	
Helsetilstand: Aktuelle sykdommer/ skader/ funksjonsvikt	Fyll ut hvilke sykdommer pasient har(-fyller ut som overføring fra journal eller i samråd med lege/kontaktsykepleier), skader eller funksjonssvikt (lammelser ect)	
Legemidler	Skriv opp hva slags legemidler pasienten bruker, og indikasjoner for bruk av legemidler	
Opplevelse av situasjon	Pasienten og pårørendes opplevelse av den aktuelle situasjonen og tiden før innleggelse, umiddelbare forventninger og ønsker	
Foreløpig konklusjon	Pasientens umiddelbare behov for helsehjelp Behov for å samle inn mer data som grunnlag for å planlegge sykepleien/ helsehjelpen. Da skal del 2 brukes  Er det et gjeldende vedtak allerede?	

**VEILEDER til Del 2**

Kartlegging av behov for sykepleie/helsehjelp/psykisk helsehjelp, og kartlegging av funksjon for Iplos - Del 2

Grunnleggende behov	Hva skal kartlegges	Ressurser	IPLOS Sett inn tallregistrering under områdene underveis. Før deretter registreringene direkte inn i "IPLOS"
Mental kapasitet  Obs om det er behov for spesiell kartlegging knyttet til demensutvikling! MMS?	Bevissthetsnivå, våkenhet, orienteringsevne, hukommelse, tankeprosesser	Viktig å få fram pasientens ressurser	Hukommelse: Om personen husker nylig inntrufne hendelser. Er orientert for tid og sted, gjenkjenner kjente personer, husker avtaler og viktige hendelser den siste uken.
Sansing/ Kommunikasjonskapasitet	Syn, hørsel, taktil, kinestetisk, Bruk av hjelpemidler(briller, høreapparat) Smertor  Tale, språkforståelse, nonverbal kommunikasjon	--?"--	Kommunikasjon Syn Hørsel Sanser lys og farge, form og avstand. Sanser lyd og skille mellom tonehøyde, styrke, egenart og sted. Skille mellom ulike lyder, steds og sidebestemmelser av lyd, talegjenkjenning ----- Evner å kommunisere med andre personer. Forstår og uttrykker seg verbalt/nonverbalt, evt. ved bruk av Kommunikasjons-utstyr og teknikker.
Sirkulasjon	Puls: frekvens, rytme, kvalitet Blodtrykk: Hud: farge, temperatur, fuktighet, sår, ødemer Negler: cyanose	--?"--	
Respirasjon	Frie luftveier, respirasjonsbevegelser/antall pr.minutt, dybde, rytme. Hoste: hele tiden, anfall, produksjon av ekspektorat, tørr, karakter (gjøende, surklede, hard, tett). Ekspektorat: ,farge, konsistens, lukt Respirasjonlyder, pustebesvær Bruk av hjelpemuskler	--?"--	
Temperatur	Indre temperatur Ytre temperatur (hud, farge, fuktighet, gåsehud, skjelvinger).	Viktig å skrive ned ressurser	

Ernæring  Obs om det er behov for spesiell kartlegging i forhold til ernæring!	Forutsetninger fysisk og mentalt kostvaner, appetitt, drikkevann, spesiell diett, matinntak, høyde og vekt, urin, avføring, slimhinner, hud, hår/negler,	Viktig å ha med ressursene	Lage mat Planlegger, organiserer og tilbereder enkle og sammensatte måltider, tørrmat -----, Spise Varmer opp mat og lager kaffe og te. spiser servert mat Innta servert mat og drikke
Eliminasjon	Mønster i forhold til urinlatning og avføringsvaner, (hyppighet og besvær) Urin: farge, lukt, mengde Avføring: utseende, farge, lukt, mengde		Toalett: utfører toalettbesøk /funksjoner
Personlig hygiene	Forutsetninger (mentalt, psykisk og fysisk) Vaner, hudpleie, (make-up) hud, slimhinner, munnhule, tenner, hår, skjegg, negler		Personlig hygiene Av og påkledning vasker, tørker og stiller hele kroppen inkl. pusse tenner/munnhygiene Ta påseg klær og fottøy, finne fram og velge ut i forhold til situasjon, årstid, vær og temperatur
Aktivitet	Forutsetninger for aktivitet, egne og rammer forørig Styrke, utholdenhet, bevegelse, koordinasjon, balanse, aktivitetsmønster- vaner Evt. hjelpemidler		Beveger seg inne Bevege/ forflytte seg på ett plan innendørs, på flatt gulv, over terskler, ut og inn av seng, opp og ned av stol. Bevege seg ute Bevege/forflytte seg utenfor egen bolig, opp og ned trapper, fortauskanter, ujevne underlag. Med egen bolig menes her utenfor egen inngangsdør. Trappeopp ganger og trapper ute er utendørs.
Søvn og hvile	Rutiner/ritualer før søvn, vaner Søvnvansker, medikamenter		
Psykiske behov/ trygghet/ identitet og egenverd	Personlig trygghet, hva er viktig i forhold til trygghet i hverdagen, steder og personer knyttet til trygghet Evne til nærhet, kroppskontaktsevbilde, selvillit, kultur, normer og verdier, temperament	Viktig "å få frem ressenser	
Medisinsk egenomsorg	Medisin og dosering. Våkenhet knyttet til sårskift, stomier, intravenøst, smerter og smertelindring, blodprøvetakning		Ivareta egen helse Håndtere egen sykdom, skade eller funksjonshemming. Tar kontakt med behandlingsapparatet når symptomer og skade oppstår, følger behandlingsopplegg og håndterer egne medisiner

DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE

Sosiale behov / adferd	Forutsetninger, mentalt, fysisk og sanser, Kontaktarenaer, sosialt nettverk, sosiale ferdigheter og aktiviteter, materiell og miljømessige ressurser selvstendighet		Sosial deltakelse Styre adferd Evner å opprettholde et sosialt nettverk, ha/ta kontakt med familie og venner, Kolleger og personer i nærmiljø Kontroll over impulser, verbal og fysisk aggresjon for seg selv og andre
Mestring og livsstil	Fritidsaktiviteter, inter- esser, helsefremmende og helseskadelige faktorer knyttet til livsstil		Alminnelig husarbeid Gjøre rent, vaske klær, bruke husholdning- sartikler, lagre matvarer og kaste avfall
Livsmot og håp	Åndelige behov, kirkesam- funn, tradisjoner opplevelse av verdi, mening, livsmot og håp		
			Skaffe seg varer og tjenester Beslutninger i dagliglivet Mat/drikke, klær/sko, husholdningsar- tikler, tekniske tjenester og husholdningst- jenester som er nødvendige og relevante i dagliglivet. Tar avgjørelser og organiserer daglige gjøremål, gjør valg mellom alternativer, disponerer tiden gjøremålene tar og integrerer uforutsette hendelser.



## VEDLEGG 5

### OVERORDNEDE BEGREPER TIL BRUK SOM KODETEKST I EPJ UNIQUE PROFIL

Systemansvarlig legger inn overordnet begrep i profil plan/rapport

#### ***Planområder knyttet til planlegging av tiltaksplanen***

Planområdene legges inn i ”område planområder” i profil og tiltaksplan .

Overordnet tekst til planområdene er den veiledende teksten som er beskrevet i kartleggingsdokumentet. Det er den veiledende teksten som er knyttet til kartleggingsområdene i forhold til grunnleggende behov.

Deretter skal primærkontakt legge inn informasjon fra kartlegging i rommet under der pleierne har skrivetilgang. Dette blir begrunnelsen for at dette planområdet blir satt inn i tiltaksplanen

#### ***Overordnet tekst” kodet tekst” til tiltak***

Jeg tenker at overordnet tekst til tiltak foreløpig kan være:

”I rommet under skal dere kopiere og legge inn data fra kartleggingsskjema under gjeldende planområde. Deretter skal dere redigere teksten slik at det blir brukbare tiltak. -Kortfattet, stikkordsform, konkret- slik at tiltakene er mulige å gjennomføre og følge opp”

#### ***Overordnet tekst” kodet tekst” til mål***

I rommet som systemansvarlig kan skrive i tenker jeg vi kan skrive

Måle/ene skal beskrive den tilstand bruker/pasient er i når behovet er dekket/ problemet løst

#### ***Plankategori:***

Dette handler om type helsetjeneste. Eks: Psykisk helse, tverrfaglig helsehjelp, legetjeneste ect.

#### ***Planområde:***

Dette handler om område for helsehjelpen innenfor plankategorien

DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE

<b>Plan Kategori</b>	<b>Nr</b>	<b>Plan-områder til rullemenyen</b>	<b>Tiltak i rullemeny</b>	<b>Mål i rullemeny</b>	<b>Ressurser (fritekst) I profil plan/rapport kan teksten som er nedskrevet under "ressurser" kopieres inn fra kartlegging-verktøy lagret i SKJEMA "rom"</b>
Helsehjelp	1	Respirasjon	1. Tilrettelegging av leie eller sittestilling 2. Oksygenering 3. Tilrettelegge ved hoste 4. Undervise, informere, 5. Observere 6. Smerter	Tilfredsstillende respirasjon Tilfredsstillende O2 metning Får opp ekspektorat Har kunnskaper om situasjonen Er smertelindret	Pasienten kan gi uttrykk for smerte Pasienten kan si ifra ved behov for endring av leie i seng, Pasienten kan si ifra ved behov for hjelp til å få opp slim
	2	Sirkulasjon/hud/sår	Tilrettelegge god stilling i seng og stol Aktivitet Vesketilførsel Observasjon av PEK Informasjon ved behov Registrere BT/ puls Støttestrømper Smerter	Tilfredsstillende sirkulasjon Uten ødem Uten sår/hel hud Er informert og har forstått informasjon Unngå infeksjon i PVK	Pasienten er mentalt klar og kan gi uttrykk for smerte Pasienten kan si ifra ved behov for endring av leie i seng,
	3	Temperatur	Medisiner Tilpasse klær etter temperatur Observere temperatur Observere evt. forvirring Måle temperatur (ax, oral-t, rectalt) Adm Smertestillende	Feberfri Stabilisere temperatur	Pas er mental klar og kan si ifra om ønsker og behov
	4	Ernæring	Kartlegge ernæringsstatus Tilpasset kost Ønskekost Spesiell diett Apetittøkende kost Vektkontroll Sondeernæring Hjelpemidler Tilrettelegge tidspunkt for måltid Registrere drikke Registrere inntak av mat Observere smerter	Opprettholde vekt Redusere vekt Øke vekt Opplive verdighet i matsituasjon Klare å spise selv Klare å spise med noe tilrettelegging i situasjonen. Tilfredsstillende veskebalanse	Pas er mental klar og kan si ifra om ønsker og behov

5	Eliminasjon/ toalett	Tilrettelegge toaletttrutiner Stomistell, hjelpemidler Registrere avføring Måle diurese Kateterstell, smerter	Jevnlig avføring Normal konsistens Klare seg selv på toalettet Stomi fungerer Normal mengde urin	Pas er mental klar og kan si ifra om ønsker og behov Pasienten klarer selv å gå til toalettet
6	Personlig hygiene	Stell (morgen, kveld, dusj tenner, hår, barbering,) Spesielt munnstell Observasjoner Undervisning/informasjon	Er ren og velstelt Minus decubitus Frisk pust og ren munn/ slimhinner	
7	Sansing/ Kommun- ikasjons- kapasitet	Ivareta briller Ivareta høreapparat Tilpasse kommunikasjon til beboer/bruker	Optimale forhold for syn og hørsel At pasient forstår	
8	Søvn/hvile	Tilrettelegge i forhold til søvn. Ivareta etablerte vaner knyttet til søvn Kartlegge søvnmønster Adm. sovemedisin Smerter	Uavbrutt søvn min. 5 timer pr. natt Sover rolig Optimale forhold i forhold til søvnvaner	Pasienten kan si hva han ønsker og hvordan han vil ha det
9	Aktivitet	Bruker gjennomfører egentrening. Tilrettelegging i forhold til forflytnin. Tilrettelegging av trening Tilby hjelpemidler Informasjon og under- visning. Smerter	Opprettholde funks- joner. Gåtrening Trening i trapp Koordinerer bevegelser. Er innforstått med situasjon	
10	Sosiale behov adferd	Tilbys dagtilbud Tilrettelegger for aktuell Opplever trygghet Selvstendighetstrening Brukermedvirkning Personlig oppfølging Veiledning	Er tilfreds med sin sosiale situasjon Deltar på planlagte aktiviteter. Er i likevekt i forhold til adferd, samsvar mellom situasjon og stemning	
11	Åndelige behov	Tilby samtale prest el- andre Tilby litteraturgruppe/filo- sofikafe` Tilrettelegge i terminal situasjon	Opplever seg møtt i forhold til livssyn Har tilbud om samtale/dialoger	Pas kan uttrykke ønsker og behov
12	Psykisk helse/ Psykiske behov/ rus	Samtale med psykiatrisk- sykepleier Samtale med eksterne tjeneste Sosial trening Trening i forhold til adferd Hjemmebesøk Trene på selvstendighet	Opplever et trygt selvbilde Er fri for angst Har noen å være sammen med Ser egen situasjon Opplever nærhet Mestrer sin situasjon	Pas kan uttrykke ønsker og behov

DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE

	13	Administrere medisiner/ Medisinsk egenomsorg	Administrerer medisin fra dosett Underviser/informerer Observerer . Tilrettelegger ved spesielle behov Observasjon. Evt. medisin	Får rett medisin til rett tid Ivareta egne spesielle behov Håndtere egen sykdom	
		Smerter/ smertebehandling	Smertepumpe Smertestillende pr os Alternativ smertebehandling Undervise/informere Observere smerter	Ikke smerter Redusere smertestillene Er innforstått med situasjonen	
		Terminal tiltaksplan	Sirkulasjon. Respirasjon Personlig hygiene Ernæring. Eliminasjon Smertebehandling Kvalmebehandling. Psykisk støtte. Pårørende. Åndelige Legesamarbeid. RES	Pasienten skal ha en verdig livs- avslutning	
		Generell rapport	Her skrives viktig info som ikke direkte ka knyttes til tiltaksplan		
		Kap.4 A Tiltak knyttet til tvang	Bevegelseshindrende tiltak (pkt. 3.4.4) Medikasjon (pkt 3.4.2) Daglig situasjon (pkt 3.4.3) Varsling (pkt. 3.4.5)	At lovpålagte krav og faglige vurderinger er gjennomført	

## VEDLEGG 6

### RUTINEBESKRIVELSE FREMGANGSMÅTE I UNIQUE PROFIL

#### FORORD

Helsepersonell er pålagt å gi en helsetjeneste som er faglig forsvarlig planlagt, gjennomført og evaluert/vurdert. Dette gir Helsedirektoratet tydelige pålegg om. Veileder for kvalitet i Pleie og omsorgstjenester (2003) har definert begrepet kvalitet slik det fremkommer i følgende sitat: ”Kvaliteten er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.” (2003:3). Samme veileder synliggjør også at alle brukere av helsetjenester skal ha sine grunnleggende behov dekket. Dette er et ansvar helsepersonell til enhver tid har. Journalforskriften i Lov om Helsepersonell (1999, sist endret 2012) er tydelig i beskrivelsene av juridiske krav til innhold i pasientjournalen. Bakgrunn for pleie, innhold i pleien og resultatet av pleien skal til enhver tid skal være nedtegnet i pasientjournalen.

Forskning av Kärkäinen m.f.(2005) viser til de viktige faktorer som må være tilstede for å lykkes med det å få frem den individuelle helsehjelpen i det dokumenterte i pasientjournalen. Disse viktige faktorer er følgende:

- at det er organisert primærsykepleie
- at pasienten er involvert i planlegging der det er mulig (er pasient umyndig er pårørende en ressurs i denne sammenhengen)
- at lederen er tydelig på at det skal dokumenteres etter lover og faglige krav
- at helsearbeideren tar ansvar og tilegner seg aktuell kunnskap
- at det er holdninger i arbeidsfellesskapet om at dokumentasjon er viktig
- at dokumentasjonen har struktur (jfr. sykepleieprosessen)

#### 1.0 GENERELL DEL

I denne delen beskrives noe av den generelle informasjonen du trenger som helsepersonell, i forhold til det å bruke det elektroniske verktøyet «Unique Profil» og elektronisk pasientjournal (EPJ) i ditt daglige arbeid. Målet er å mestre det å bruke systemet og kunne utvikle og anvende pasientenes tiltaksplaner i EPJ. Alt helsepersonell har en juridisk forpliktelse på det å dokumentere utført arbeid, men som primærkontakt er ansvaret mer spesielt.

### **1.1 Primærkontakt**

Som primærkontakt, har du foruten ansvaret som er nevnt i kvalitetshåndboken også ansvar innenfor dokumentasjon.

Du har ansvar for at følgende blir utført:

1. Kartlegging av nye pasienter og kartleggings skjema lagres i skjema.
2. Tiltaksplan utarbeides på bakgrunn av kartlegging og vedtak. Tiltaksplanen skal inneholde konkrete tiltak med mål og ressurser.
3. Hovedmål, skal utarbeides for pasientens institusjons opphold eller for heimes-jukepleie bruker mottar.
4. Iplos funksjonsnivå registreres to ganger i året. Det skal også registreres i pasientens/brukers Iplos "personalia kort" ved utført årskontroll og utført tannlege-time. Det registreres måned for utført lege eller tannlege kontroll.
5. Halvårsrapport utføres i skjema på mal for halvårsrapport.
6. Sammenfatning skal være et sammendrag av tiltaksplan eller halvårsrapport.
7. Evaluering utføres på bakgrunn av dokumentert tiltaksresultat. Utføres fortløpende og minimum to ganger i mnd.

Anbefaler at halvårsrapport og Iplos funksjons variabler utføres samtidig. Forslag om at det utføres i løpet av juni måned for vår halvår og i løpet av desember måned for høst halvår.

### **1.2 Logg inn**

1. I "Connect Manager" vindu, velger du DDS Skrivebord.
2. Du får opp nytt påloggings vindu, skriv brukernavn og passord.
3. Etter pålogging av maskin, velg Profil på startsidene.
4. Du får opp nytt påloggingsbildet.
5. Skriv inn personlig brukernavn og passord, klikk ok.
6. Du kommer nå til siden Institusjons liste – Søk

### **1.3 Logg ut**

1. Klikk på ikonet til venstre som viser bilde av en åpen dør.
2. Du kommer nå ut på startsidene for Profil
3. Logg av startsidene ved å trykke på start nede i venstre hjørne på skjermbilde, velg logg off.

### **1.4 Se brukeropplysninger**

1. Du står inne på institusjons liste – søk, i Profil.
2. Trykk snarvei pasientjournal/ eller trykk fag og velg pasientjournal.
3. Bruker- eller institusjonslista kommer da opp i venstre side av skjerm bilde.
4. Velg og marker bruker/pasient du vil se opplysninger på.

5. Trykk på fanen hovedkort (over brukerliste).
6. Du får opp et nytt bilde og kan her velge hvilke opplysninger du vil lese. Kan huke av for kontakter, diagnose, medisiner, cave, sammenfatning og tjenester.

### **1.5 Ansvar for ny pasient**

1. Følge rutine for melding om utskrivningsklar pasient, dersom pasient kommer fra sykehus.
2. Legge inn pasient i Profil elektronisk pasientjournal (EPJ).
3. Den som mottar pasienten/bruker, tildeler primær kontakt.
4. Starte kartlegging av pasient.
5. Ipløs registrere pasient/bruker.

### **1.6 Finne frem pasientjournal**

1. Du står inne i Profil i bruker- eller institusjonslista.
2. Du kan definere et utvalg av journaler ved å klikke på ”fag” og ”utvalg pasientjournal”. Her bestemmer du hvilke du vil se - velg og klikk ok.
3. Klikk på ikonet til venstre, brun mappe og hvitt ark (pasientjournalen)
4. Du får så opp alle pasientjournalene i angitte sone (Byklehelsesenter eller åpenomsorg).
5. Alternativt kan du i bruker- eller institusjonslista, høyre klikke på navn og velge pasientjournal. Du får da mappa til den ene pasienten.

### **1.7 Hurtigtaster**

- Lagre Ctrl + S
- Sett inn ny rad Insert
- Fjerne ny rad Ctrl + Delete
- Merk alt Ctrl + A
- Kopier Ctrl + C
- Klipp ut Ctrl + X
- Lim inn Ctrl + V
- Lås terminal Windows+L (windowsknapp: tast med flagg i en sirkel)

### **1.8 Legg inn ny pasient/bruker**

1. Logg inn i Profil – bruker eller institusjonsliste kommer opp. Klikk på ”sett inn ny rad” og brukeropplysningskortet kommer opp.
2. Fyll inn opplysninger i fana ”Bruker”: Fornavn, etternavn, fødselsnr., veiadresse, postnr, evt. boligtype, distrikt, sone og sivilstatus. I merknadsfeltet kan vei-beskrivelse og annet stå.
3. Lagre.
4. Fyll inn opplysninger under ”Brukerdetaljer”: Telefonnummer, ved utenlandsk opprin-

nelse detaljer (språk, tolkebehov osv), primærkontakt, fastlege, evt. nøkkelopplysninger.

5. Lagre.
6. Fyll inn opplysninger under "Kontakter": Klikk på sett inn ny rad og du kommer til forbindelsesregisteret.
7. Evt. klikk på "utfør søk" og sjekk om personen allerede eksisterer. Hvis ikke, klikk på "innsett rad" og legg inn kontakten: fornavn, etternavn, veiadresse, postnummer og telefonnummer(privat/mobil).
8. Klikk på "Lagre" (ved ny) og "Lukk/hent".
9. Det kommer nå et nytt bilde der du angir slektskap og huker av under "diverse". Klikk ok.

NB! – Det må alltid være merket av "nærmeste pårørende" på en av kontaktene!  
Evt. legg inn en kontakt til - det bør stå oppført to kontakter.

### **1.9 Avslutte pasient/bruker**

Når pasient/bruker avslutter institusjonsopphold:

1. logg inn til du kommer til skjerm bilde " Brukerliste – Søk"
2. Trykk F2
3. Brukerliste kommer opp
4. Velg aktuell pasient/bruker
5. Dobbeltklikk og pasient/brukers mappe kommer opp.
6. Trykk på fane "Brukerdata"ljer"
7. I rubrikk "Brukerstatus" setter du dato og velger status. Status "arkivert" eller "Behov opphørt" velges for pasienter som ikke skal motta hj.spl etter institusjonsopphold.

### **1.10 Flytte pasient/bruker**

Dersom en pasient/bruker skal flyttes fra hj.spl (åpen omsorg) til institusjon:

- Skriv etternavn i brukerliste –søk
- Dobbeltklikk på aktuelt navn
- Nytt bilde kommer opp og fanen "Bruker" må være markert.
- Gå til rubrikk "Distrikt og velg åpen omsorg for heimesjukepleie brukere eller Byklehelsesenter for institusjon

### **1.11 Finne igjen brukere som har hatt tjeneste før:**

- Du er inne i profil med pasientliste, klikk på "Vis" i menylinja og velg "ikke aktive brukere".
- Brukerlista vil nå inneholde alle som tidligere mottok tjenester .
- Du kan nå dobbeltklikke på bruker, velge brukerdetaljer og endre brukerstatus til aktiv.



**1.12 Legge inn ny Fastlege:**

- Dersom en fastlege ikke finnes (under brukeropplysnings-kortet, brukerdetaljer), må du legge han/hun inn.
- I forbindelsesregisteret velger du ”sett inn ny rad”, legger inn fornavn, etternavn, legesenter, adresse, postnummer, tlf.nr, evt. fax og ”Lagre”. Klikk så på ”innsett spesialrolle” og velg lege og lagre igjen.
- Du har nå lagt til en fastlege som kan hentes i lista!

**1.13 Tjenester**

- Fyll inn opplysninger under ”Tjenester”:
- Du står i tom bruker liste – søk
- Trykk F2 og dobbeltklikk på aktuell pasient.
- Klikk på ”sett inn ny rad” og velg tjeneste (mellomrom + TAB).
- Sett inn ”fra dato” + TAB + klikk OK.
- Velg tjeneste institusjonsopphold, langtids eller korttids plass. klikk ”Sett inn” og fyll inn aktuell institusjon og fra dato, deretter ”ok”.

**1.14 Skifte mellom institusjon og hjemmesykepleie(åpen omsorg)**

- Trykk inn fag i øverste meny linje.
- Velg utvalg pasientjournal.
- Du får opp nytt vindu hvor du i rubrikk ”utvalg basert på” huker av geografi og i område bestillings-parametre, i rubrikk distrikt velger Åpenomsorg for brukere i hj.spl eller Bykle helsesenter for pasienter/beboere på institusjonen.
- Trykk ok.
- Pasientlisten endres ikke automatisk, trykk en gang på snarvei -Pasientjournal -og pasientliste endres etter valgt distrikt.

**1.15 Lese journal for flere dager**

1. Du står inne i Profil i bruker- eller institusjonslista:
2. Klikk på ikonet til venstre, hvitt ark med blå ramme (Oversikt Plan/rapport)
3. Velg kategori all sykepleie (oppe til høyre).
4. Velg timer eller dager eller selvvalg, der du selv angir tidsrom. Husk at du da må velge både fra- og til dato på kalenderen.
5. Du kan velge mellom
  - En bruker, du må da oppgi pasient/beboers løpe nr.
  - Institusjon/avdeling, her kan du skille mellom alders avd. eller sjukeheims avd.
  - Geografi hvor du kan velge Bykle helsesenter eller åpen omsorg.

## 2.0 UTVIKLING AV TILTAKSPLAN

Ved utvikling av tiltaksplan er det svært viktig at du som helsearbeider arbeider systematisk, slik at arbeidet med pasienten/brukeren utføres faglig forsvarlig. Nedenfor er det nevnt opp de ulike trinn i prosessen, som i varetar denne faglig forsvarlige planlegging av helsehjelpen:

1. Kartlegging/datasamling
2. Trekke ut problem/behov for helsehjelp med bakgrunn i kartlegging/datasamling
3. Sette mål for helsehjelpen (slik at problemløses/behov er dekket)
4. Velge tiltak for å nå målet/ene
5. Evaluere om tiltak har effekt

Dette samsvarer med den juridiske forpliktelsen som innebærer at bakgrunn for helsehjelpen, innhold i helsehjelpen og resultat av helsehjelpen skal dokumenteres i EPJ.

### **2.1 Kartlegging/datasamling**

I forbindelse med kartlegging/datasamling er det viktig å bruke kartleggings skjema og bruke veilederen slik at det blir kartlagt etter faglige og juridiske krav. Dette dokumentet er foreløpig i et word-format og kartleggingen må gjøres manuelt, for så å skrives inn i kartleggingsdokumentet som er lagret i pasientjournalen

#### Slik gjør du:

Gå inn i pasientjournalen på aktuell bruker og velg fanen «Skjema»

Sett inn Ny rad

Fyll ut feltene Emne(KBH), Aktuell situasjon- (.-dot), og Problemstilling –( .-dot)

Velg Blyant på ikonlinjen, kartleggingsdokumentet legger seg på linjen

Velg Blyant en gang til , du ser dokumentet på linjen

Du kan nå benytte dokumentet og skrive inn i det

Fyll ut skjemaet med informasjon fra den kartlegging som er gjort i forhold til aktuell pasient, og trykk Lagre. Vil du skrive det ut , velger du Fil- Skriv ut

Systemansvarlig velger hvor lenge dette dokumentet kan være åpent

Det er avgjørende for videre utvikling av tiltaksplan at denne kartlegging dannen bakgrunn for valg av problem/behov. Tiltaksplanen har sin begrunnelse i denne kartlegging

### **2.2 Hovedmålsetting**

1. Stå markert på pasientens/brukerens navn.
2. I dette bildet får du opp tre faner. Velg og trykk på midterste fane “Hovedmålsetting”.
3. Trykk sett inn ny rad/insert
4. Skriv i fritekst hoved målsettingen med pasientens/brukers institusjons opphold, eller hovedmålsetting med å motta heimesykepleie.

Hovedmålsetting må stemme overens med vedtaket som er satt og det som er målet for opphødet, helsehjelpen. I selve tiltaksplanen blir dette hovedmålet delt opp i forhold til de ulike problemstillinger/behov pasienten/brukeren har.

### **2.3 Registrere Iplos**

- Iplos skåres av primærkontakt i samarbeid med pasient/bruker.
- Iplos personalia del ligger under brukerkortet og fylles inn fortløpende.
- Funksjonsdelen ligger under IPLOS i verktøylinja, bistands- og assistansebehov. ”Sett inn ny rad”, skriv dato + TAB. Funksjonsvariablene kommer opp og du må skåre på alle, fra 1-5, evt. 9. Lagre.
  - 1= ingen behov for assistanse
  - 2= trenger litt støtte men klarer seg selv
  - 3= trenger assistanse for å dekke funksjonsbehov
  - 4= trenger mye assistanse
  - 5=har ikke funksjon til å klare å dekke behov
  - 9= ikke relevant
- Skåre på nytt ved vesentlig endring i funksjonsnivå.

Se for øvrig Iplos-veileder

### **2.2 Opprette planområde og tiltak**

Du er inne i pasientjournalen og har alle pasienter/beboer navnene liggende på venstre side.

1. Klikk på navn/beboer, klikk på pluss til venstre for navnet.
2. Plankategori åpner seg.
3. Klikk på /marker ”ALL SYKEPLEIE”.
4. Sett inn ny rad /insert
5. Velg planområde. Klikk på/marker planområdet “(eks.Toalett/eliminasjon). H er skrives i «hvitt rom» bakgrunn for valg av planområde, jfr kartlegging.
6. Lagre:
7. Marker/klikk på nyinnsatt planområde.
8. Sett inn ny rad/insert.
9. Velg aktuelt tiltak fra rulletekst og skriv en kortfattet og forståelig beskrivelse basert på kartlegging i det hvite feltet og lagre. Det er viktig at dette er konkret slik at det kan følges opp i praksis. Husk at neste hjelper skal kunne forstå beskrivelsen, og følge den.

### **2.3 Sette inn mål og ressurser i tiltak**

1. Åpne opp all sykepleie ved å trykke på + tegn
2. Gå til aktuell planområde (eks Aktivitet)
3. Velg det tiltaket du vil sette mål for (eks Gangfunksjon)

4. I område over rapport feltet vil du finne fane Målsetting, trykk inn.
5. Velg sett inn ny rad/insert.
6. Øverst i bilde finner du rulle vinde der du kan velge ulike målsettinger.
7. I hvit rubrikk (andre felt under valgt målsetting) må du beskrive målet i fritekst.
8. Lagre
9. NB! Dersom du ikke har skrevet mål i fritekst vil du ikke få lagret målsettingen.
10. Etter at du har satt inn mål, hopper du videre til neste fane "Ressurser"
11. Trykk inn fane ressurser
12. Sett inn ny rad/insert
13. Skriv i pasientens/brukers ressurser.
14. Lagre

NB! Tiltaket skal føre frem til målet med bruk av ressursene. Dersom dette er på plass er plan og tiltak er perfekt! Klart til å rapportere på :)

## ***2.4 Rutiner for dokumentasjon/rapport***

- Du må kjenne tiltaksplanen til pasienten – ha lest planer med tiltak. Husk at du kan peke med musa på tiltaket, for så å lese.
- Du dokumenteres for de pasientene du har ansvar for på vekten.
- Det forutsettes at du utfører alt som er beskrevet i planen, på din vakt.
- Dersom det er noe du må rapportere, velg det planområde og tiltak det passer inn under, og skriv rapport.
- Dersom det du skal rapportere, IKKE passer inn under noen planområder/tiltak, skriver du det i "Annen rapport".
- Dersom du har gjort alt du skal i henhold til tiltaksplanen på din vakt, og det ikke er noe å rapportere, er det nok å bruke kvitterings funksjon.
- Du skal dokumentere på hver vakt. Er tiltaket utført som beskrevet og resultatet som forventet, er det nok å bruke kvittering av utført tiltak. Dersom tiltaket ikke utføres som beskrevet, men du har forsøkt å utføre tiltaket, kryss av i kvittering utført tiltak og dokumenter i rapport feltet i det aktuelle tiltaket.

## ***2.5 Skrive rapport***

1. Hent frem pasientlisten ved å trykke på snarvei pasientjournal eller gå inn på fag og velg pasientjournal.
2. Beboerliste fylles i venstre felt.
3. Klikk på aktuell beboernavn, klikk på pluss til venstre for navnet og plankategoriene åpner seg.
4. Velg og klikk på pluss ikon for all sykepleie.
5. Sørg for at du står i fana rapport.
6. Velg tiltaket under all sykepleie du vil dokumentere i.
7. Klikke på "Sett inn ny rad" (ikon oppe), eller bruke insert knapp på tastatur.
8. Rapport står automatisk på dagvakt, må forandres til kvelds- eller nattevakt.

Klikk i rapportfeltet og skriv din rapport.

9. Klikk på lagre (ikon oppe) og du er ferdig med det.
10. Du har litt over 3 timer på deg, til å endre eller fjerne ny-dokumentert rad.

## **2.6 Kvittering utført tiltak**

### **2.7 Endre tiltak**

Du er inne i pasientjournalen og har alle pasientnavnene liggende på venstre side.

1. Klikk på navnet, klikk på pluss til venstre for navnet og plankategori åpner seg.
2. Klikk på planområdet (eks. Toalett/eliminering).
3. Klikk på beskrivelsen av tiltaket (den blir blå). Kopier tiltaksbeskrivelsen med Ctrl+C. Klikk på avslutt-dato i høyre hjørne og lagre.
4. Trykk vis historikk og trykk så skjul historikk. Tiltaket er da borte fra tiltaksområde.
5. Sett inn ny rad, velg aktuelt tiltak på nytt og klikk deg ned i tekstfeltet.
6. Lim inn tiltaksbeskrivelse med Ctrl + V.
7. Rediger teksten i tiltaksbeskrivelsen.
8. Lagre.
9. Ressurser og målsetning for tiltaket bør også kopieres, dersom det dreier seg om små endringer i tiltak.

### **2.8 Avslutte tiltak**

Skal hele planområdet avsluttes:

1. Marker aktuelt planområde, sett avslutt dato i feltet oppe til høyre.
2. Lagre.

Skal bare tiltaket avsluttes:

1. Klikk og marker planområdet (eks Toalett/eliminering)
2. Aktuelt tiltak (eks Registrere avføring), markeres i rubrikk, hvor det på toppen står løpenummer og tiltak.
3. Trykk på dagens dato i rubrikk for avslutt dato, oppe til høyre.
4. Lagre.

Nb! Dersom du skal opprette nytt tiltak med samme navn må du trykke vis historikk og skjul historikk før du setter inn samme tiltak.

### **2.9 Evaluering**

1. Åpne opp all sykepleie ved å trykke på + tegn.
2. Gå til aktuell planområde (eks Aktivitet).
3. Velg det tiltaket du vil evaluere (eks Gangfunksjon).
4. Sjekk dokumentasjonen i tiltaket
5. Vurder om tiltaket fører til måloppnåelse.
6. Dersom det kreves endring av tiltak skrives denne vurderingen i evaluering.

7. Du trykker da sett inn ny rad/insert og dokumenterer evaluering i rubrikk "Beskrivelse av utført evaluering.
8. Dersom tiltaket fører til måloppnåelse kan du signere med ok i evalueringsfelt.
9. Lagre

### 3.0 VIKTIGE DOKUMENTASJONSOPPGAVER KNYTTET TIL ADMINISTRASJON AV MEDISINER

I tilknytning til den daglige helsehjelpen er administrasjon av medikamenter svært viktig, og det er av avgjørende betydning for helsehjelpen at denne/disse oppgaver utføres korrekt.

#### **3.1 Dokumentere gitt medikament**

- Utdeling av medikament fra dosett
- Alle som leverer ut medikamenter må dokumentere i Profil.
- Utdeling av faste medikamenter fra dosett signeres med ok i pasientjournalen, under plankategori Kvittering gitt fast medisin.
- Åpne planområde kvittering gitt medisin.
- Velg tiltak kvittering gitt fast medisin.
- Trykk sett inn ny rad, eller bruk insert knapp på tastatur.
- Dokumenter og lagre.

#### **3.2 Utdeling av medikamenter ved behov**

Ved utdeling av behovs medikamenter, sjekke medisinkort for hvilke medikamenter pasient/beboer kan få ved behov.

1. Trykk inn fag, velg medisin og velg så Logg - medisin ved behov.
2. Velg og marker gitt medikament i "medikament vindu"
3. Trykk sett inn ny detaljrad (insert knapp fungerer ikke i dette bildet)
4. Skriv klokkeslett for gitt medikament
5. Bruk tabulator knapp og du kommer i indikasjonsfeltet. Her skriver du grunnen til at bruker får medikamentet.
6. Bruk tabulator knapp og du kommer så til feltet for effekt. Her skriver du om observert effekt. Feltet for effekt er åpent for skriving i 3 timer.
7. Lagre.

#### **3.3 Registrere medikament/kur:**

1. Marker rett bruker/pasient
2. Trykk på fane Medisiner
3. Nytt bilde kommer opp

4. Trykk sett inn ny rad/insert
5. I feltet preparat-opplysninger gjøres følgende:
  - Skriv de første bokstavene i preparat feltet og trykk enter.
  - Du får opp alfabetisk liste over preparat
  - Marker rett medikament
  - Trykk ok
  - I felt forordning velger du kur.
  - Velg adm. måte (eks: Tabletter er oralt)
6. I felt Dssn opplysninger gjøres følgende:
  - I kode feltet markerer du med, tar mellomrom og tab tast. Du får opp en Visma beskjed, trykk ok. Du får opp nytt bilde der du kan velger forordnet dosering, markerer og trykker ok.
  - I anvend feltet skriver du grunnen til oppstart av medikamentet.
7. I feltet ord. lege markeres, trykk F5.
8. Du får opp liste over leger, klikk på aktuell lege og trykk på "velg/hent".
9. I feltet kur gjøres følgende:
  - Huk av for antall døgn.
  - Angi antall døgn kuren skal vare, og maskinen regner selv ut seponeringsdato.
10. I feltet dosering/første dose markerer når på døgnet første dose blir gitt.
11. Lagre

OBS: Ved lagring får du nå to flagg, og begge må kontrolleres.

NB! Du kan ikke lagre/ seponere et medikament som ikke er kontrollert.

### **3.4 Utskrift legemiddelkort**

Trykk på Fag,

Velg Medisin

Trykk Utskrift legemiddelkort.

Bruk ikon/snarvei for skriver, for å få rett utskrifts bilde.

NB: Nytt legemiddelkort skal være signert av lege.

### **3.5 Registrere INR dosering i AK-JOURNAL**

Når du mottar ny INR dosering fra legekantor, skal det dokumenteres i Ak-journal på aktuell pasient/beboer.

1. Trykk fag og velg Ak- journal, og du får nå opp valgt Ak-journal,
2. Trykk sett inn ny rad/insert.
3. Marker i feltet dagens dosering i rubrikken INR
4. Skriv inn ny INR verdi (du må bruke komma, ikke punktum)og bruk tab tast for å flytte deg fremover i Ak-journalen.
5. Skriv inn antall tabletter i uken
6. Profil foreslår en dosering ut fra antall tabletter som er oppgitt. Sjekk at den stemmer, endre om nødvendig.

7. Skriv inn dato for neste kontroll.
  8. Marker i feltet lege og trykk F5, velg aktuell lege, trykk lukk/hent.
  9. Lagre
- Skriv ut og legg ny Ak-journal i medikamentkort perm på medisinerrom.

### **3.6 Utskrift av AK- journal**

- Trykk snarvei skriv direkte, du får opp et nyttbilde, utskrift av Ak-journal.
- Nederst på bildet trykker du på skriv ut.

### **3.7 Utskrift av neste kontroll AK- journal**

- Trykk inn meny linje Rapporter
- Velg Fag/medisin
- Velg så neste kontroll Ak-journal. Du får opp et nytt vindu
- Hukk av Institusjon/avdeling
- Velg Bykle Helsesenter og angir tidsrom.
- Skrives ut mandag og leveres legekantor.

### **3.8 Dokumentere medisinsk avvik**

1. Krysse av for avvik i samme tiltaksbilde “Kvittering gitt medisin”, og nytt avviks bilde dukker opp
2. Velger i meny:
  - type avvik
  - årsak
  - alvorlighet
3. I beskrivelse av tiltak skal du gi en kort beskrivelse av situasjonen i fritekst
4. Tilslutt lagre- det er lagret som avvik og vanlig rapport
5. Dersom medikamentet ikke blir tatt som forskrevet av lege, registreres avvik

## **4.0 OVERSIKT PLANKATEGORIER/TILTAK**

I det følgende er det oversikt over innholdet plankategorier og tiltak

### **4.1 Plankategori: kvittering gitt medisin**

PLANOMRÅDE	TILTAK
Kvittering gitt fast medisin	Kvittering gitt medisin

Planområde for dokumentasjon av gitt medikamenter fra dosett. Dokumenteres av hjelpepleiere og sykepleiere.



**4.2 Plankategori: Fysioterapeut**

PLANOMRÅDE	TILTAK
Behandlingsrapport	Behandlingsrapport fysioterapi

Planområde for fysioterapi dokumentasjon, dokumentert av fysioterapeut.  
Dokumentert fysioterapi leses av sykepleier, hjelpepleier og assistenter.

**4.3 Plankategori: Lege**

PLANOMRÅDE	TILTAK
Legevisitt	Legevisitt
	Legevakt
	Telefonkonsultasjon
	Årskontroll
Forberedelse til legevisitt	Forberedelse til legevisitt
Oppfølging til legevisitt	Oppfølging til legevisitt
Årskontroll	Resultat fra årskontroll

Planområde for lege dokumentasjon, dokumentert av lege.  
Lege dokumenter leses av sykepleier, hjelpepleier og assistenter

**4.4 Plankategori: all sykepleie**

PLANOMRÅDE	TILTAK
Personlig hygiene/påkledning	Stell og dusj
	Hårpleie
	Fotpleie
	Munnstell
	Observasjoner
	Undervisning/informasjon
Psykiske behov	Utagering
	Uro
	Sinnstilstand
	Angst
Respirasjon	Respirasjon
	Ekspektorat
	Tilrettelegging av leie/sittes
	Adm. oksygen
	Tilrettelegging ved hoste
	Undervise, informere, observere

## DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE

Sirkulasjon/hud/sår	Sår 1
	Sår 2
	Sår 3
	Utslett
	Strømper/kompresjonsbehandling
	Lymfedrenasje
	Hud – tilstand i hud
	Operasjonssår 1
	Operasjonssår 2
	God stilling i seng/stol
	Aktivitet
	Væsketilførsel
	Observasjon og informasjon
	Registrere blodtrykk og puls
Smerte og smertebehandling	Smertebehandling
	Smerteproblematikk
Søvn og hvile	Tilrettelegging av søvn
	Søvn mønster
<b>PLANOMRÅDE</b>	<b>TILTAK</b>
Ernæring	Registrere inntak av mat
	Ønskekost
	Drikkemengde/væskebehandling
	Kvalme
	Tilpasset kost
	Spesiell diett
	Apetittøkende kost
	Vekt
	Sondeernæring
	Hjelpemidler
	Tilrettelegge tid for måltid
	Registrere drikke
Toalett/Eliminasjon	Måle diuresis
	Registrere avføring
	Oppkast
	Kateterstell
	Stomistell

	Tilrettelegge toalett rutiner
	Hjelpemidler
Sansing/kommunikasjonskapasitet	Ivareta briller
	Ivareta høreapparat
	Tilpasse kommunikasjon til bruker
Mental kapasitet	Gjennomføre MMS test/score
	Hukommelsestilstand
	Oppfatte og utføre instruksjoner
Aktivitet	Gangfunksjon
	Stå funksjon
	Fall
	Balanse
	Hjelpemidler
	ADL - trening
	Frakturbehandling
	Finmotorisk trening
	Kognisjon
Viktige beskjeder	Ang. tiltaksplan
	Ang. endring av situasjon
	Ang. RES - minus
	Verdisaker
Observasjoner/prøvesvar	Blodtrykksmåling
	Blodsuktermåling
	Vektkontroll
	Temperatur
	Crp
	EKG
	Blodprøvetaking/blodprøvesvar
	CT undersøkelse
	MR undersøkelse
	Urinprøve/stix
	Hemofec avføringsprøve
	Bactus prøve
	Røntgenundersøkelser
	SR/senkning

DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE

	Hb/hemoglobin
Legesamarbrid	Årskontroll
	Legevisitt
	Telefonkonsultasjon
	Timeavtaler, beh/kontroller
Fysioterapisamarbeid	Kartlegging
	Treningsopplegg
	Samarbeidsmøte
	Problemstilling til oppfølging
Tannlegesamarbeid	Tannlegetime
Halvårsrapport	Halvårsrapport
Generell rapport	Generell rapport
	Akutt tilstandsendring
Kortvarig sykdom/rehabilitering	Rehabilitering
Med.adm./medisinsk egenomsorg	Observasjoner
	Fylle/kontrollere dosetter
	Injeksjoner/infusjoner
	Vaksiner
	Øredrypping
	Øyedrypping
	Administrering av medikamenter
LAR - samarbeid	LAR samarbeid
	Medikament utlevering
	Telefonkontakt
Sosiale behov/atferd	Sosial deltakelse
	Styre atferd

Åndelige behov	Tilrettelegging
Kartlegging til tiltaksplan	Kartlegging til tiltaksplan
Terminal tiltaksplan	Kvalmebehandling
	Sengeleie
	Psykisk støtte
	Munnstell
	Åndelig
	Pårørende
	Ernæring
	Eliminasjon
	Søvn og hvile
	Respirasjon
Kap. 4A Tiltak om tvang	Tillitsskapende tiltak
	Bevegelseshindrende tiltak
	Medisinering
	Innleggelse og tilbakeholdelse
Kommunikasjon med andre	Pårørende samtale
	Kommunikasjon med sykehus/spes.
	Annen kontakt med pårørende
Temperatur	Medisiner
	Tilpasse klær etter behov
	Observere temperatur
	Måle temperatur

**Del 2 Planområder som har mer et tverrfaglig fokus**

Plankategori	Nr	Planområde	Tiltak	Mål
Tverrfaglige dokumentasjon		Tannlegesamarbeid	Bestille tannlege time og følge opp Observere tannstatur	Tannhelsen ivaretas etter gjeldene regler
		Legesamarbeid	Legge forhold til rette for besøk av lege Arrangere samtale Observere igangsatt behandling	Informasjon er gitt og oppfattet Bestemt behandlig igangsatt
		Viktige beskjeder/ Avtaler med pårørende	Ang tiltaksplan Ang endring av situasjon Ang. RES- minus Informere pårørende	At viktige beskjeder er nådd frem Pårørende informert
		Fysioterapi samarbeid	Treningsopplegg ved aktivitet Forflytningsopplegg Hjelpemidler	At planlagt fysio igangsettes og følges opp
		Observasjoner/ Prøvesvar	BT/P/Temp/Resp. telling Bl s. Vekt CRP INR Hemo fec Bactus Urinrøve/stix Blod prøve svar EKG CT undersøkelse MR ----"----- Rtg ----"-----	At aktuelle observasjoner er gjort At aktuelle prøvesvar er registrert





Senter for  
omsorgsforskning  
S Ø R