

KORT OMTALE AV PROSKJEKT SOM HAR FÅTT TILDELTE SÅKORN MIDLAR I 2014

Skjemaet skal brukast som informasjon til nettstaden om Program for pasienttryggleik i Helse Vest

Prosjektnamn

Sjukepleiedokumentasjon i eit pasienttryggleiksperspektiv

Prosjekteigar (helseføretak/avdeling/eining som er ansvarleg for prosjektet)

Helse Førde/ medisinsk klinikk/klinikkdirektør
Medisinsk sengepost, medisinsk avdeling FSS

Prosjektleder (kontaktperson)

Greta Gard Endal ,Fagutviklingssjukepleiar medisinsk sengepost

Bakgrunn for prosjektet/hovudpunkt

- Helsepersonellova, § 39 seier at alt helsepersonell har plikt til å dokumentere opplysningar for den enkelte pasient. Sjukepleiar si journalføring skal bidra til kontinuitet og kvalitet i helsetenesta og skal gjere synleg ei fagleg ansvarleg samhandling mellom pasient og sjukepleiar (Moen mfl. 2008:12f).
- Tilbakemeldingar frå personalet i medisinsk sengepost, FSS, viser at sjukepleiedokumentasjonen ikkje fungerer tilfredsstillande
- Skriftleg er det stort sett fortløpande rapport som gjev dårleg struktur, og gjev vanskar med å finne igjen informasjon. Det er stor tidsbruk til munnleg rapport og behandlingsplanar i Dips vert ikkje brukt.
- Diagnostikk, pleie og behandling er omfattande prosessar som krev innsikt i komplekse sjukdomstilstandar og pasientgrupper. Informasjon gjeve gjennom både munnleg rapport og skriftleg dokumentasjon er viktig både for den kliniske verksemda og for å ivareta pasienttryggleiken.
- Eit studie av Naustdal og Netteland (2012) syner at sjukepleiarar ofte dokumenterer kronologisk i fritekst. Dette vert ei utfordring når dei skal skrive samhandlingsinformasjon, då det vert vanskeleg og tidkrevjande å samanfatte informasjonen. Sjukepleiedokumentasjon er eit viktig grunnlag når sjukepleiarane skal informere samarbeidspartnarar, både i 1.linetenesta og mellom sengepostar internt på sjukehuset. Studien viser at sjukepleiedokumentasjonen kan vere mangelfull og av varierende kvalitet, som kan føre til mangelfull samhandlingsinformasjon.
- Det er ikkje alltid det er samsvar mellom det helsepersonell dokumenterer og dei problema pasientane gjev uttrykk for å ha (Moen 2008:89). Det er viktig å få fram pasienten si «stemme» i dokumentasjonen. I dagens helselovgiving er brukarmedverknad lovpålagt, ved at pasienten har rett til å vere medverkande. Sjukepleiar skal inkludere pasienten sine eigne ynskjer, prioriteringar og forståing av eigen situasjon i utforming og planlegging av sjukepleie og i dokumentasjon. Erfaringa viser at pleiarane lett skriv eigne observasjonar av pasienten og i liten grad involverer pasienten

Mål for prosjektet

Eit mål for prosjektet er å ivareta og kvalitets sikre pasienten sitt behov for sjukepleie gjennom dokumentasjon.

Gjennom dokumentasjon betre pasienttryggleiken og lette det tverrfaglege samarbeidet internt i sengeposten, mellom ulike avdelingar og ut mot kommunane.

Personalet blir medvitne at pasienten har brukarmedverknad også når det gjeld dokumentasjon.

Det er planlagt fire delmål i prosjektet:

1. Skriftleg dokumentasjon: Få betre struktur og innhald i dokumentasjonen
2. Munnleg rapport: Redusere tidsbruk til munnleg rapport, samstundes som ein sikrar at viktig informasjon blir ført vidare.
3. Behandlingsplanar: Ta i bruk behandlingsplanar i Dips
4. Samhandling med 1. linetenesta: Komplette pleieskriv som grunnlag for vidare oppfølging i kommunen.

Felles mål for alle fire område er at personalet blir medviten å dokumentere pasienten si forståing av situasjonen

Metodisk tilnærming / evaluering og måling av effekt

Prosjektet skal nytte forbetningsprogrammet sin metode og flyt for forbetningsarbeid. Gjennom kartlegging og analyse av resultat, velje ny løysing. Gjennom prosess- og resultatmålingar følgje forbetring og korrigere undervegs der det er naudsynt.

Prosjektet skal utarbeidast av ei prosjektgruppe og fire mindre arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene vil gjennomføre oppgåver og aktivitetar i prosjektet og levere arbeidet tilbake til prosjektleiar.

Hovudpunkt i arbeidet:

- kartlegging av eksisterande dokumentasjon
- finne forbetningspotensiale med ev nye løysingar
- opplæring i personalgruppa og iverksetting av tiltak
- evaluere tiltaka

Viser til Handlungsplan for meir nøyaktig planlegging

Målingar av effekt

1. Målepunkt ut frå eige vurderingsskjema
2. Tidsbruk til munnleg rapport
3. Tal skrivne behandlingsplanar
4. Det vert skrive eit samhandlingsnotat for alle pasientar som skal heim til sjukeheim eller får hjelp frå heimesjukepleien

Planlagt bruk av resultat i eiga eining

Nye løysingar og funn i prosjektarbeidet skal fortløpande implementerast i drift som ny og forbetra løysing.

Overføringsverdi / overføring av kunnskap til andre einingar i regionen

Prosjektet skal sikre at løysingar og forbetringar skal kunne tilpassast og nyttast på andre sengepostar/einingar der sjukepleiedokumentasjon vert gjort.

Prosjektet vil utarbeide ein sluttrapport som vil bli gjort tilgjengeleg når prosjektet er avslutta, samt lage ein poster.

Oppstarttidspunkt Oktober 2014

Sluttidspunkt november 2015