

		<b>Klinisk dokumentasjon og pasientadministrasjon</b>		<b>Generelt dokument</b>
<b>Klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS), overordnet prosedyre - SSHF</b>				Side 1 av 2
Dokument ID: <b>I.2.1.7.1-1</b>		Godkjent dato: <b>09.02.2021</b>	Gyldig til: <b>09.02.2023</b>	Revisjon: <b>4.01</b>

Klinisk dokumentasjon og pasientadministrasjon\DIPS - elektronisk pasientjournal\Klinisk dokumentasjon av sykepleie\Overordnet prosedyrer KDS

## Hensikt og omfang

- KDS bidrar til at pasientene får en individuell, målrettet og kontinuerlig sykepleie av høy faglig etisk og juridisk kvalitet
- Dokumentasjon av sykepleie blir utført i henhold til lover og forskrifter
- Regionene har en felles prosedyre for KDS og at dokumentasjonene blir utført i henhold til dette
- Dokumentasjon av sykepleie i denne prosedyren inkluderer dokumentasjon av miljøterapi

## Ansvar og målgruppe

Helsepersonell som dokumenterer KDS i helseforetaket

## Overordnede føringer:

- Dokumentasjonen skal være i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (jfr. Helsepersonelloven § 40).
- Behandlingsplanen skal være hoved-dokumentasjon og skal til enhver tid følges og være oppdatert. Alle pasienter som innlegges til døgnbehandling skal ha opprettet behandlingsplan innen 24 timer. Der det er hensiktsmessig brukes også behandlingsplan på poliklinikk, ambulant behandling og dagbehandling.
- Veiledende behandlingsplaner skal fortrinnsvis benyttes ved utarbeidelse av behandlingsplan.
- Intervensjon beskrevet i behandlingsplanen er å anse som utført med mindre annet er dokumentert. Det skal kun dokumenteres endringer og avvik fra planen, i tillegg til evaluering.
- Dokumenter skal kun opprettes ved behov for å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger.
- Dobbeltdokumentasjon skal unngås. Med dobbeltdokumentasjon menes i denne sammenheng gjentakelser av allerede dokumenterte opplysninger i pasientens journal og/eller kurve.
- Klassifikasjonssystem i sykepleie skal benyttes i pasientens behandlingsplan i kombinasjon med individuell kommentar. Unntaksvis benyttes fritekst.

Utarbeidet av: <b>Bjørn Christian Hauge, HSØ</b>	Fagansvarlig: <b>Annika Brandal</b>	Godkjent av: <b>Per Engstrand</b>	
---	--	--------------------------------------	--

 SØRLANDET SYKEHUS		<b>Klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS), overordnet prosedyre - SSHF</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 2</b>
Dokument-id: I.2.1.7.1-1	Utarbeidet av: Bjørn Christian Hauge, HSØ	Fagansvarlig: Annika Brandal	Godkjent dato: 09.02.2021	Godkjent av: Per Engstrand	Revisjon: 4.01

Klinisk dokumentasjon og pasientadministrasjon\DIPS - elektronisk pasientjournal\Klinisk dokumentasjon av sykepleie\Overordnet prosedyrer KDS

#### Referanser:

- Lov om helsepersonell kapittel 8 – <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-064.html#map008>
- Forskrift om pasientjournal paragraf § 8 <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/xo-20001221-1385.html>
- Spesialisthelsetjenesteloven Kapittel 3 §3-2 og §3-4 <http://www.lovdato.no/all/tl-19990702-061-003.html#3-2>
- Helseregisterloven <https://lovdato.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43?q=helseregister>
- Norsk sykepleierforbund (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/135844/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>
- NSF (2011) *Yrkesetiske retningslinjer* [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)