

Associazione Provinciale delle Professioni Sociali

La documentazione della relazione della cura e assistenza.



Quelle/ fonte: Pro
Pflegermanagement

Fonti:

- dott.ssa Daniela Deufert
- dott.ssa Angela Paula Löser
- decreto del Presidente della Provincia n. 42/2009
- „Indicazioni per la collaborazione tra operatori/operatrici socio-assistenziali ed infermieri“ (edito dalla Provincia Autonoma di Bolzano – dipartimento della famiglia, sanità e politiche sociali)
- Indicazione sulle competenze e attività degli/delle operatori/tric socio. sanitarie

I diversi profili professionali nel settore sociale:

Operatore/trice socio-assistenziale / OSA:
profilo professionale regionale disciplinato dal decreto del Presidente della Provincia n. 42/2009

Operatore/trice socio-sanitario/a / OS:
profilo professionale statale disciplinato dall'accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 22.02.2001

Ausiliario socio assistenziale
profilo prof. ad esaurimento

Concetti di base

In ambito professionale la responsabilità dei vari profili professionali è disciplinata dalle norme vigenti, che distinguono fra:

- responsabilità della pianificazione
- responsabilità dell'esecuzione
- corresponsabilità

Quando si tratta di attività infermieristiche, la responsabilità della pianificazione è demandata all'infermiere/a, mentre quella dell'esecuzione è sia dell'infermiere che dell'operatore socio-assistenziale

Concetti di base

La collaborazione nell'assistenza sanitaria e nell'attuazione del processo assistenziale

Nell'assistenza sanitaria e nell'attuazione del processo assistenziale, all'infermiere sono affidate le seguenti responsabilità di pianificazione ed di esecuzione

Concetti di base

- individuare i bisogni assistenziali e le risorse disponibili
- pianificare l'assistenza alla luce delle diagnosi infermieristiche/problemi assistenziali individuati e degli obiettivi assistenziali concordati con l'assistito
- attuare gli interventi assistenziali
- valutarne gli esiti

Concetti di base

Nell'assistenza sanitaria e nell'attuazione del processo assistenziale, all'operatore socio-assistenziale sono affidate le seguenti responsabilità nell'esecuzione

collaborazione con l'infermiere in tutte le fasi dell'assistenza sanitaria e dell'attuazione del processo assistenziale, fornendo supporto nello svolgimento delle varie fasi

corretto svolgimento delle attività affidategli

Concetti di base

Criteri per decidere se un compito può essere assegnato ad un operatore/trice socio-assistenziale:

- stato di salute della persona assistita
- conoscenze specifiche e scientifiche necessarie per risolvere il problema
- risorse disponibili
- ambito di competenza ed esperienza acquisita dall'operatore/trice socio-assistenziale

Il processo assistenziale

Raccogliere le informazioni

Riconoscere i problemi e individuare le risorse

Definire gli obiettivi

Pianificare gli interventi

Attuare (eseguire) gli interventi

Valutazione

Pianificare gli interventi e gli obiettivi

La pianificazione degli obiettivi dell'assistenza avviene in tre fasi

1. Rilevazione della situazione e delle risorse

particolarità individuali

esigenze e bisogni della persona

interventi di base

interventi assistenziali

interventi per prevenire i rischi

assistenza psicologica e sociale.

Pianificare gli interventi e gli obiettivi

- 2. Definizione degli obiettivi da raggiungere**
 - il piú concretamentente possibile
 - in modo piú sintetico possibile
 - indicazioni quantitative e qualitative
 - definizione delle tempistiche

Pianificare gli interventi e gli obiettivi

3. La pianificazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi

cosa si deve fare
come lo si deve fare
quando lo si deve fare

La formulazione deve essere sintetica, precisa e comprensibile per il team della cura e dell'assistenza
Deve essere verificato il raggiungimento degli obiettivi pianificati.

La relazione dell'assistenza

Si tratta della parte piú antica nella storia della documentazione.

In precedenza le relazioni dell'assistenza erano contenute nei cosiddetti libri delle consegne.

L'obiettivo della relazione dell'assistenza consiste nel descrivere l'attuale stato psico-fisico dell'assistito, al fine di valutare l'efficacia degli interventi assistenziali pianificati ed eseguiti.

La relazione dell'assistenza quindi illustra la situazione dell'assistito prima, durante e dopo l'assistenza.

La relazione dell'assistenza

La relazione dell'assistenza é una descrizione della situazione finalizzata a rappresentare il decorso della cura e dell'assistenza.

- Viene descritto lo stato dell'assistito
- Quale effetto hanno avuto gli interventi assistenziali
- Per quale motivo determinati interventi pianificati non sono stati eseguiti.

La relazione dell'assistenza

La relazione dell'assistenza fa parte del processo assistenziale.

È finalizzata al controllo e in virtù della sua forma scritta fa parte della documentazione assistenziale.

Di conseguenza non devono essere eseguite delle annotazioni quando tutto si svolge regolarmente e questo risulta o è già documentato da qualche altra parte.

La relazione dell'assistenza

Sono superflue e rendono la relazione poco chiara le annotazioni troppo generiche come le seguenti:

„Nessuna particolarità,, „Niente da segnalare“ „tutto come programmato“ ecc.

Un'annotazione come „l'assistito sta bene" dovrebbe essere accompagnata dalla motivazione in base alla quale si giunge a questa conclusione.

Per esempio si può fare riferimento a quanto affermato dall'assistito: „L'assistito afferma di sentirsi bene,,.

L'obiettivo di una documentazione professionale è.

- Rendere trasparenti i trattamenti, i comportamenti e le decisioni
- Verificare gli effetti e le conseguenze degli accordi, delle indicazioni, delle raccomandazioni e degli obblighi
- Rappresentare in modo comprensibile le situazioni, gli avvenimenti e le procedure

L'obiettivo di una documentazione professionale è.

- Incentivare e rendere possibili lo scambio di informazioni tra i singoli collaboratori del team della cura e dell'assistenza e del team interdisciplinare.
- Attraverso la redazione di una corretta documentazione adempiere gli obblighi di legge che prevedono una cura ed assistenza svolte in modo professionale.

La documentazione dell'assistenza

La documentazione dell'assistenza é un insieme di documenti scritti che si riferiscono al processo assistenziale di un assistito.

Con la documentazione dell'assistenza vengono mantenute attuali tutte le informazioni e le singole prestazioni assistenziali riguardanti una persona.

La documentazione dell'assistenza

Con la documentazione dell'assistenza il processo assistenziale può essere gestito in modo comprensibile, può essere valutato ed adeguato.

Facilita la collaborazione all'interno del team della cura e dell'assistenza e serve a dimostrare gli interventi assistenziali eseguiti.

Giuridicamente i singoli documenti devono essere considerati nel loro insieme e non possono essere falsificati.

I principi della documentazione

La documentazione é parte essenziale dell'assistenza.

Quando vengono svolte attività di cura e di assistenza DEVE sempre essere redatta la relativa documentazione.

I principi della documentazione

Veridicità, chiarezza, linguaggio tecnico

La documentazione deve essere corretta, completa, attuale e continuativa.

In caso di necessità, le lacune o le imprecisioni della documentazione possono essere colmate in caso attraverso testimoni o altri adeguati mezzi di prova.

La documentazione deve essere:

- veritiera
- univoca
- comprensibile
- completa
- attuale

In caso di danni subentra l'onere della prova!

Dal punto di vista legale vale il seguente principio:

„Ció che non é documentato non é successo“.

Nel corso di una controversia, per esempio in caso dell'insorgere di un decubito, saremo chiamati a dimostrare di aver riconosciuto i rischi e di aver tempestivamente adottato tutte le misure idonee alla profilassi e adeguate alle attuali conoscenze medico-assistenziali.

È quindi nel nostro interesse adottare degli elevati standard di qualità in materia di documentazione.

Cosa deve contenere la documentazione

La raccolta di informazioni fa riferimento ai seguenti dati:

- i dati di base
- i dati rilevanti ai fini assistenziali
- i dati biografici.

Documentare in forma scritta

Domande da porsi prima di documentare

- Cosa voglio scrivere
- Cosa ritengo importante
- Cosa é importante per gli altri collaboratori della cura e assistenza
- A chi sono indirizzate le informazioni
- Come devo scrivere affinché chi legge capisca
- Quanto devo essere esauriente affinché la relazione sia comprensibile
- Qual é l'obiettivo della mia annotazione

Documentare in forma scritta

- Stile
- Abbreviazioni
- Concetti tecnici
- Diagnosi, diagnosi di cura
- Firma riconoscibile
- Evidenziature colorate
- Evidenziazione delle particolarità
- Struttura e categorie degli inserimenti
- Domande da porsi prima di documentate

Autenticità (non falsificabile)

- Tutte le annotazioni devono essere eseguite con uno strumento affidabile (p. es. penna a sfera). Non sono adeguate abrasioni o cancellazioni come ad esempio con il tippex
- La documentazione assistenziale deve essere autentica
- Annotazioni sbagliate possono essere cancellate barrandole in modo che rimangano leggibili
- La leggibilità della documentazione deve essere garantita
- Le modifiche devono essere evidenziate e datate

Univocità

Tutte le annotazioni devono essere riferite agli assistiti, sintetiche e precise.

Le indicazioni in merito ai trattamenti devono essere formulate in modo chiaro e comprensibile e devono essere riconoscibili

Devono essere evitate valutazioni soggettive e interpretazioni da parte del personale assistenziale

Deve essere assicurata l'obiettività della documentazione

Devono essere utilizzati concetti specifici medici e assistenziali generalmente riconosciuti

Comprensibile

- Deve essere riconoscibile chi ha pianificato quale intervento e chi lo ha eseguito
- Le annotazioni devono essere comprensibili e leggibili
- Sono da inserire la data ed all'occorrenza l'orario

Comprensibile

L'inserimento deve essere sempre eseguito dalla persona che esegue l'intervento o che raccoglie l'informazione.

La documentazione assistenziale deve essere eseguita dalla persona giusta.

Ogni inserimento deve essere contrassegnato da una firma o da una sigla scritta a mano identificabile.

La documentazione deve essere riconducibile al relativo assistito attraverso l'apposizione del suo nome su ogni foglio.

I fogli devono essere numerati.

Completa

Devono essere documentate tutte le informazioni rilevanti per la valutazione dello stato di salute e dell'assistenza medica e assistenziale.

È importante che la documentazione sia completa.

Devono essere compresi e documentati anche i trattamenti e gli interventi eseguiti a seguito di situazioni particolari.

Le annotazioni devono essere eseguite tempestivamente e devono riportare la cronologia degli avvenimenti.

Riepilogo

La documentazione assistenziale non costituisce una prova assoluta, ma é un'importante ed essenziale elemento di prova.

In caso di controversie o denunce la documentazione viene attentamente esaminata e verificata e puó anche essere contestata.

Riepilogo

Sotto l'aspetto legale la documentazione assistenziale é molto importante quando si tratta di accertare la realtà dei fatti.

Per tutte le ragioni spiegate é molto importante che la documentazione sia:

rintracciabile/leggibile e comprensibile/
continuativa/affidabile/utilizzabile