

Utvikling av veiledende planer for sykepleiepraksis

NASJONAL VEILEDER

Versjon	Dato	Utført av	Merknader
1.0	18.08.2020	Utarbeidet av arbeidsgruppen for veiledende planer med ICNP i EPJ Helse Sør-Øst og i Helse Nord i 2020. Godkjent i styringsgruppemøte prosjekt ICNP i EPJ*	Godkjent etter høring og innspill fra Nasjonalt fagnettverk ICNP i EPJ 110620*
2.0	07.03.2023	Revidert av Regional EPJ modernisering i Helse Sør-Øst, faggruppe KDS og Innleggelse*	Godkjent i styringsgruppe etter høring og innspill fra Nasjonalt fagnettverk ICNP i EPJ

*Se vedlegg 1

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Hensikt.....	1
1.2	Beskrivelser.....	1
1.3	Målgruppe.....	2
1.4	Kompetanse.....	2
2	Metode for kunnskapsbasering av Veiledende Planer	3
2.1	Innhold og krav til metoderapport for Veiledende Planer	3
2.2	Modell for kunnskapsbasert praksis	4
2.2.1	Fremgangsmåte	5
2.2.2	Kontekst og refleksjon.....	6
2.2.3	Spørsmålsformulering til PICO	6
2.2.4	Litteratursøk	7
2.2.5	Gjennomgang og drøfting av litteratursøk	8
2.2.6	Litteraturliste.....	8
3	Utforming.....	9
3.1	Sykepleiediagnose	9
3.1.1	Utforming av en sykepleiediagnose	10
3.2	Mål	10
3.3	Intervensjoner.....	10
3.4	Formatering og navnsetting	11
4	Forvaltning	13
4.1	Forvaltning i spesialisthelsetjenesten	13
4.1.1	For regioner som ikke har felles EPJ-database.....	13
4.1.2	For regioner som har felles EPJ-database.....	13
4.1.3	Godkjenning av Veiledende Planer.....	13
4.2	Forvaltning i kommunehelsetjenesten.....	14
	Vedlegg	15
	Vedlegg 1: Deltakelse utarbeidelse av nasjonal veileder	16
	Vedlegg 2: Behovs- og funksjonsområder VIPS.....	20

1 Innledning

1.1 Hensikt

Hensikten med veilederen er å sikre at Nasjonale Veiledende Planer (NVP) utarbeides etter samme prinsipper og metode for å sikre beste praksis, kvalitet og kontinuitet i pasientbehandlingen på tvers av regioner og tjenestenivå. Etablert bruk av Veiledende Planer (VP) med ICNP vil på sikt gjøre det enklere å utveksle pasientinformasjon mellom nasjonale tjenestenivå og helsetjenester. VP bidrar til å sikre beste kliniske praksis da den er kunnskapsbasert.

Det anbefales at hele veilederen leses gjennom før arbeidet påbegynnes.

1.2 Beskrivelser

ICNP er en standardisert og maskinlesbar sykepleiefaglig terminologi som beskriver sykepleiepraksis. Terminologien legger til rette for å uttrykke sykepleiediagnoser, mål og intervensjoner. ICNP-begrepene er kodet, samlet data kan derfor benyttes til å analysere pasientutfall, planlegge og administrere sykepleie. ICNP terminologien skal understøtte dokumentasjon av sykepleietjenestens helsehjelp for pasientgrupper, og situasjoner på tvers av områder i helsetjenesten. Dette vil bidra til kunnskapsbasert praksis, kontinuitet og pasientsikkerhet. ICNP er et eget referanse sett som en integrert del av SNOMED CT.

SNOMED CT er en standardisert og maskinlesbar medisinsk terminologi. Kodeverket er primært utviklet for detaljert og strukturert dokumentasjon av pasientrelaterte data i elektroniske pasientjournaler eller helseregistre. Formålet er å danne et strukturert og entydig datagrunnlag som kan utveksles på tvers av systemer (løsninger) og helseområder. SNOMED CT er den mest omfattende standarden for klinisk terminologi på det internasjonale markedet.

VIPS-modellen er utviklet for dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen. VIPS står for Velvære-Integritet-Profylakse og Sikkerhet. De 14 behovsområdene i modellen (søkeord) anvendes for strukturering av sykepleien og organisering av ICNP begreper i pasientens plan. Dette kan også kalles behovs- og funksjonsområder.

Se [vedlegg 2](#) for beskrivelse av behovs- og funksjonsområder i VIPS. Ved utarbeidelse av en Veiledende Plan angis hvilke behovsområder sykepleiediagnosene med tilhørende intervensjoner hører inn under.

Veiledende Plan (VP) er en preformulert samlet oversikt over sannsynlige og forventede sykepleiediagnoser, mål og sykepleieintervensjoner for en gruppe pasienter med felles symptombilde/fenomen. VP er en av grunnstrukturene i klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS) i pasientjournalen og er et hjelpemiddel for å

kvalitetssikre sykepleien og forenkle dokumentasjonsarbeidet. En VP skal gjenspeile sykepleieprosessen som problemløsende metode og den skal være kunnskapsbasert. Ved utarbeiding av pasientens egen plan hentes elementer fra den preformulerte listen i relevant VP.

Nasjonal Veiledende Plan (NVP) er tilsvarende en Veiledede Plan som beskrevet over, planen defineres som nasjonal etter nasjonal høring og godkjenning som nasjonal plan.

1.3 Målgruppe

- Ledere og fagledere i sykepleie (fag- og forskningssykepleiere) i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.
- Koordineringsansvarlig/forvaltning VP/KDS i det enkelte helseforetak og kommune
- Sykepleiere og ressurspersoner/nettverk KDS i det enkelte helseforetak eller kommunale institusjoner/tjeneste.
- Godkjennende instans innenfor medisin og helsefag/e-helse

1.4 Kompetanse

For å kunne utarbeide og revidere en VP, forutsettes kunnskaper om:

- Aktuelt fagområde
- Sykepleieprosessen som informasjonsmodell
- Gjeldende terminologi for sykepleiepraksis/klassifikasjonssystem
- Kunnskapsbasering etter AGREE metode
- Gjeldende oppsett og funksjonalitet for pasientplan/behandlingsplan i EPJ

2 Metode for kunnskapsbasering av Veiledende Planer

En VP brukes for å gi beslutning- og kunnskapsstøtte for den enkelte pasient i behandlingsforløpet. Det er derfor viktig at sykepleiediagnoser, resultatmål og intervensjoner er kunnskapsbaserte. Det vil sikre kvalitet i sykepleie og behandling til den enkelte pasient.

Kunnskapsbasert praksis kan defineres som:

Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon (Nortvedt et al, 2012).

Det kreves grunnleggende kunnskap om den trinnvise metoden for kunnskapsbasering. Lær mer om kunnskapsbasering her: Kunnskapsbasertpraksis.no - Helsebiblioteket

2.1 Innhold og krav til metoderapport for Veiledende Planer

Metoderapporten som anbefales er basert på [AGREE-instrumentet](#) som er en internasjonal retningslinje for forskning og evaluering. Selve metoderapporten består av 23 punkter i sin opprinnelige form beregnet for blant annet fagprosedyrer og retningslinjer. Ved utvikling og revisjon av en VP er dette redusert til 10 punkter. Alle 10 punkter skal fylles ut. Metoderapporten ser ut som følger med forklaringer i kursiv (Vedlegg 3: Metoderapport)

AVGRENSNING OG FORMÅL	
1	Overordnede mål for VP: <i>Eksempel: Kunnskapsbasert sykepleie til pasienten som lever med fatigue.</i>
2	Hvem gjelder VP for (populasjon, pasient): <i>Eksempel: For voksne pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten.</i>
INVOLVERING AV INTERESSETER	
3	Navn, tittel og arbeidssted på medlemmer av arbeidsgruppen som har utarbeidet VP-en: <i>Eksempel:</i> <ul style="list-style-type: none"><i>Kari Normann, sykepleier, medisinsk avdeling A, STHF.</i>
4	Synspunkter og preferanser fra målgruppen som VP-en gjelder for: <i>Eksempel: Pasientorganisasjonene eller brukerrepresentanter.</i>
METODISK NØYAKTIGHET	
5	Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunlaget: <i>Eksempel: Litteratursøket er gjennomført av bibliotekar med utgangspunkt i tilsendt PICO-skjema.</i>
6	Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunlaget er: <i>Eksempel: Benyttet litteratur har vært rettet mot sykepleie i spesialisthelsetjenesten.</i>
7	Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunlaget: <i>Eksempel: Styrken er at de nasjonale retningslinjene vi har brukt er revidert i år. Svakheten er at vi ikke har gått grundig igjennom litteraturen selv.</i>

8	<p>VP er blitt vurdert internt/eksternt av relevante fagressurser (tittel, navn, arbeidssted): <i>Eksempel: VP har vært til høring hos fagutviklingssykepleier i medisinsk klinikk for å sikre relevans av innholdet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ola Normann, Fagutviklingssykepleier, medisinsk avdeling A, Sykehuset Innlandet, Hamar</i>
ENDRINGER OG ANSVAR	
9	<p>Endringer siden forrige versjon: <i>Eksempel: Forordningene er satt i ny rekkefølgen som er viktig å følge.</i></p>
10	<p>Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av VP-en er: <i>Eksempel: Arbeidsgruppen som har utarbeidet VP vil oppdatere innen 2 år eller ved ny kunnskapsinformasjon.</i></p>

2.2 Modell for kunnskapsbasert praksis

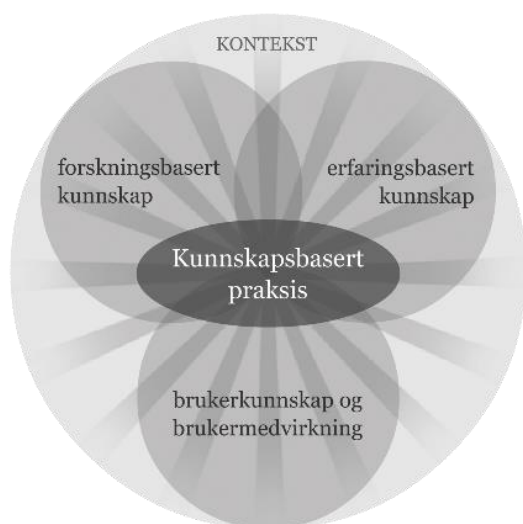


Fig.1 – Modell [Kunnskapsbasert praksis](#)

Forskningsbasert kunnskap – Metoderapport VP punkt 5-8

Dette er forskning som kan besvare et spørsmål vi vil finne mer ut av. Forskning blir bl.a. publisert i vitenskapelige artikler som finnes i ulike databaser.

Erfaringsbasert kunnskap – Metoderapport VP punktene 3,8

Dette er kunnskap fra utdanning, praksis, kurs i tillegg til rutiner, taus kunnskap, skjønn og klinisk blikk. Den kliniske erfaring anvendes også til å finne, vurdere og bruke forskningen.

Pasientpreferanser/Brukerkunnskap – Metoderapport VP punkt 4

Dette er pasientgruppens synspunkter, erfaringer og opplevelser. En kan finne brukerkunnskap i kvalitativ forskning og hos sine lokale brukerutvalg.

Kontekst – Metoderapport VP punktene 1-2

Kunnskap om kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold, politikk, økonomi, prioriteringer o.l.

2.2.1 Fremgangsmåte

Det å kunnskapsbasere en veiledende plan kan framstilles slik:

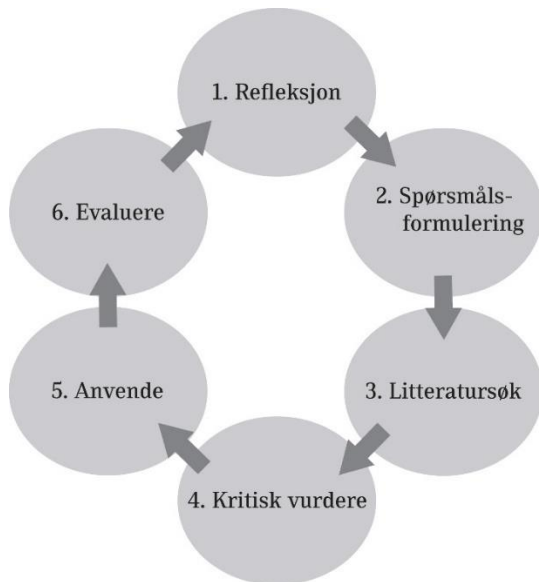


Fig. 2 *Prosess for kunnskapsbasering*

Arbeidsflyten ved å utvikle/revidere en VP som er kunnskapsbasert kan eksempelvis framstilles slik:

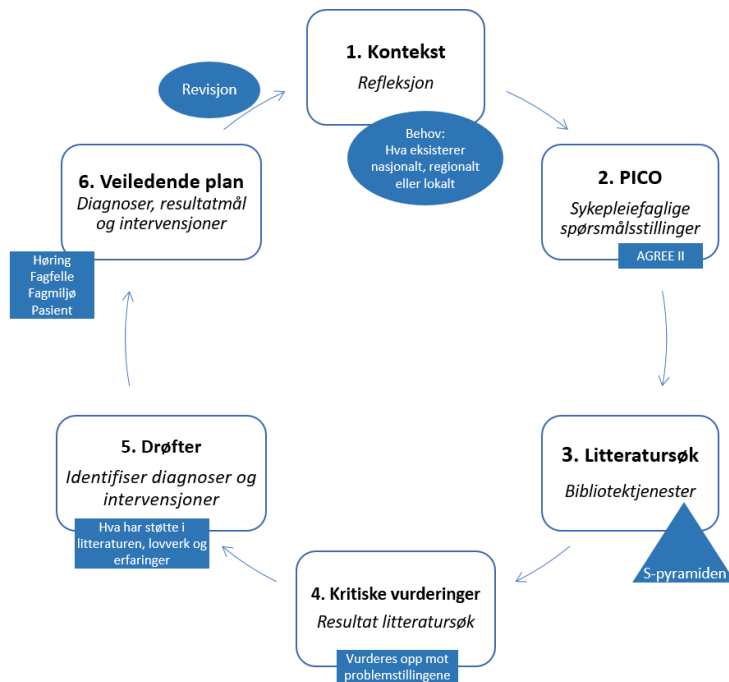


Fig 3 - Stegene for kunnskapsbasering VP v/ Sidsel R. Børmark 2020

2.2.2 Kontekst og refleksjon

- Hva har vi behov for?
- Hva eksisterer?
- Hva skal vi søke kunnskap om?
- Stille spørsmål rundt diagnose, mål, og spesielt intervensjoner.
- Er vi sikre på at dette stemmer, eller er det bare noe "vi alltid har gjort"?
- Anvende egne erfaringer i arbeidet fra praksisfeltet.
- Sette opp antatte problemstillinger/risiko/intervensjoner.
- Sammenligne med eksisterende VP.
- Utforme problemstillinger før utfylling av PICO og søk.

2.2.3 Spørsmålsformulering til PICO

I kunnskapsbasert praksis er det viktig at problemstillingen er tydelig og presis. PICO er et verktøy som hjelper til med dette. PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være med i et spørsmål (se skjema under). Problemstillingen kan være vid eller spisset mot en konkret situasjon som disse eksemplene illustrerer:

- Hva er beste sykepleie til pasienter med KOLS? (Da kan vi få svar på mange elementer i VP.)
- Hvordan opplever pasienter med KOLS å være avhengig av oksygen store deler av døgnet?

Spørsmålene i PICO-skjema kan bygges opp på følgende måte:

Patient/Problem Pasientgruppe/Problemområde	Intervention Intervensjon/Tiltak	Comparison Sammenlikning	Outcome Resultat
<i>KOLS-pasienter</i>	<i>Lungerehabilitering</i>	<i>Standardbehandling (ikke vektlagt for søk VP)</i>	Lungekapasitet Livskvalitet Tungpust

Spørsmålsformuleringene kan deles inn i type spørsmål, dette for å vite hvilken type forskning (design/metode) man skal søke etter:

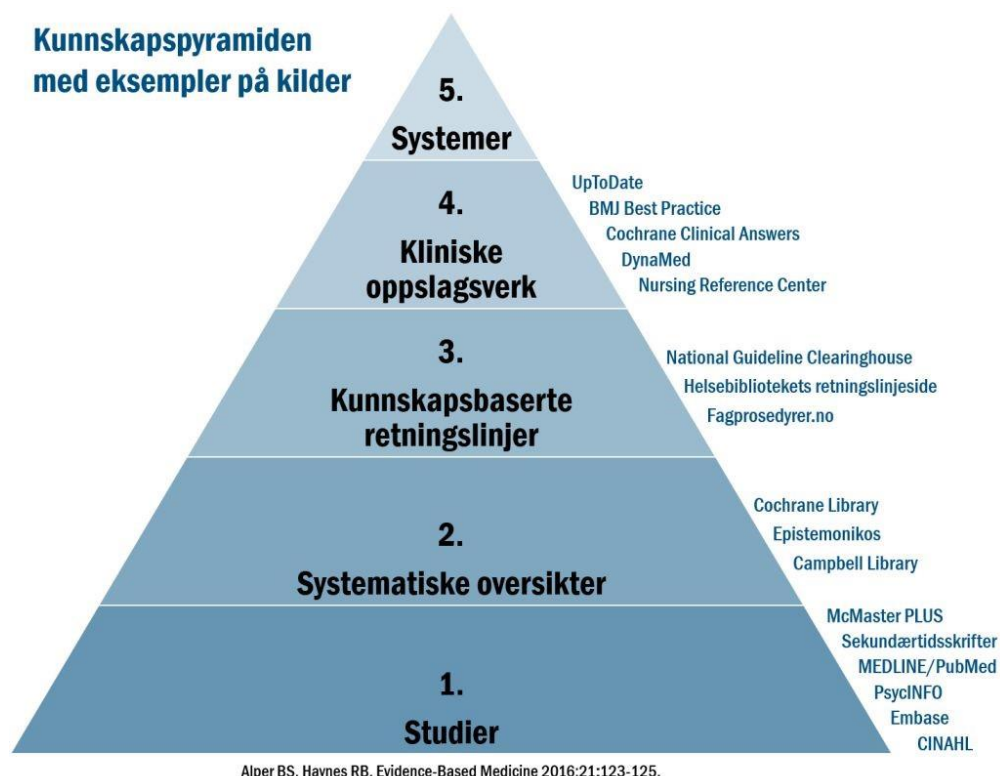
Kjernes spørsmål	Kunnskap om	Foretrukket design
<i>Hvordan oppleves det...?</i>	Erfaringer og holdninger	Kvalitative metoder
<i>Hvor mange...?</i>	Forekomst(prevalens)	Tverrsnitt studier
<i>Hvordan kan vi avgjøre om...?</i>	Diagnose	Tverrsnitt studier med referansetest

Hvordan går det...?	Prognose	Kohortstudie
Hvorfor får noen...?	Årsak (etiologi)	Kohortstudie Kasus-kontrollstudie
Hva kan vi gjøre...?	Effekt av tiltak (behandling, forebygging, rehabilitering)	Randomisert kontrollert studie

Hvilke følger/konsekvenser en gitt sykdom/tilstand (sykepleiediagnose) har for pasienten, effekt av intervensjoner eller erfaringer og holdninger, er essensielle spørsmål ved utarbeidelse/revisjon av VP (Vedlegg 4: PICO- skjema).

2.2.4 Litteratursøk

Foreta et kvalifisert systematisk litteratursøk med klar sykepleiefaglig problemstilling. Det anbefales å anvende bibliotekjenestene ved sykehus og universitet. Kommunene bør samarbeide med lokale bibliotek og sentrene for omsorgsforskning. Det er også relevant å anvende fag- og forskningskompetanse fra eget praksisfelt. Helsepersonell har tilgang til viktige kilder til forskningsbasert kunnskap og retningslinjer via Helsebiblioteket og følgende illustrasjon på s-pyramiden er hentet derfra:



Ved søk etter forskningsbasert kunnskap starter en alltid øverst i s-pyramiden. Dersom søk i de øverste nivåene på s-pyramiden ikke gir svar, kan det søkes lenger ned i pyramiden. Enkeltstudier kan anvendes, men hvis det kun er én studie som understøtter problemstillingen eller intervensjonen, kreves kritisk vurdering.

Søket skal dokumenteres. Bibliotekene dokumenterer søket i en mal. Resultat av søket vedlegges VP i kvalitetshåndboken og anvendes ved revisjon.

Forskning høyt oppe i s-pyramiden er kvalitetsvurdert og det er derfor ikke nødvendig med kritisk vurdering. Forskning lenger ned i s-pyramiden (fra og med systematiske oversikter) må kvalitets vurderes ved hjelp av [sjekklister](#).

2.2.5 Gjennomgang og drøfting av litteratursøk

- Gjennomgå søket i arbeidsgruppen og ta bort ikke-relevant litteratur ut fra tittel og abstrakt
- Utvalgt litteratur kan føres i en liste med abstrakt/konklusjon/resultat
- Fordel gjerne grundigere gjennomgang av litteratur innad i gruppen
- Underbygg sykepleiediagnoser og intervensjoner knyttet til problemstillingen med litteratur
- Litteraturen som er funnet vurderes opp mot egen praksiserfaring og pasientpreferanser
- Dette brukes som grunnlag for sykepleiediagnoser, mål og intervensjoner i ny eller revidert VP

Metoderapporten brukes som et hjelpemiddel gjennom hele prosessen og fylles ut underveis i arbeidet. I tillegg kan lokale ressurspersoner/rådgivere benyttes som veiledere.

2.2.6 Litteraturliste

Litteraturen som er benyttet sammenstilles i en litteraturliste som følger som vedlegg til VP. Referanse til litteraturen føres opp i egen kolonne bak aktuelt element (sykepleiediagnose, mål/resultat, intervensjon). Se eksempel på føring av referanse. Her finnes hjelp til føring av litteraturliste: [Referanseliste med numerisk stil - eksempelsamling - FHI](#)

3 Utforming

Bruk mal i Word (vedlegg 5) for Veiledende Plan eller eksisterende mal i din organisasjon.

Utarbeidende enhet/arbeidsgruppe har ansvar for å:

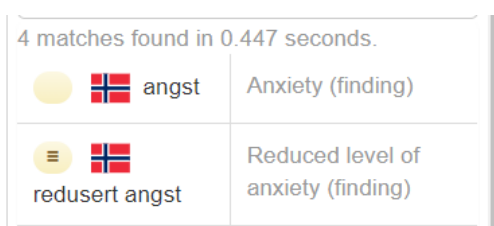
- innhente relevante prosedyrer fra kvalitetssystemet og VAR Healthcare
- involvere aktuelle samarbeidspartnere (leger, fysioterapeuter, spesialister, brukerrepresentanter og liknende poster/spesialenheter)
- fylle ut metoderapporten
- sette opp VP i henhold til regional/nasjonal standard

En Veiledende Plan består av elementene:

- Sykepleiediagnoser (Problem)
- Mål
- Intervensjoner (Tiltak)

3.1 Sykepleiediagnose

I SNOMED CT er ICNP terminologien (sykepleiediagnoser, mål og intervensjoner) presentert i samme *reference set* (refset) fra Snomed International. I Norge har vi valgt å dele dette i tre nye referansesett. Ett for sykepleiediagnoser, ett for mål og ett for intervensjoner. Sykepleiediagnoser fremstilles ofte som negativt resultat (problematikk), mens ønsket mål blir presentert som positivt resultat. Begreper for sykepleiediagnoser og mål i SNOMED CT- browseren er tydeliggjort med (disorder), (finding) eller (situation) i den engelske termen.



Eksempel på negativt resultat og positivt resultat fremstilt som sykepleiediagnose og mål:

SCT	Sykepleiediagnose	SCT	Mål og intervensjon
48694002	angst	1149156003	redusert angst

I VIPS-modellen defineres en sykepleiediagnose som følger:

Sykepleiediagnose er en beskrivelse av identifiserte og prioriterte ressurser, problemer eller risikoer basert på analyse av anamnese og status. Basert på sykepleierens vurdering og/eller pasientens/pårørendes beskrivelse av situasjonen. Kan uttrykkes på to måter, med standardiserte former, for eksempel ICNP, eller som fri tekst, for eksempel ut fra PES strukturen (problem, etiologi, symptom).

Det som skiller sykepleiediagnosen fra en medisinsk diagnose er at den beskriver konsekvens av skade/sykdom/uhelse for det enkelte individ. Sykepleiediagnoser definert i en terminologi/kodeverk, har en unik kode og kan ikke endres.

En sykepleiers oppgave er blant annet å hjelpe pasienten til å mobilisere egne ressurser. Det er viktig å ha fokus på dette i pasientens plan, men siden ressurser er svært individuelle, er det ikke hensiktsmessig å inkludere disse i en VP.

3.1.1 Utforming av en sykepleiediagnose

- Bruk ICNP i SNOMED CT Browser aktivt og finn aktuelle koder og definisjoner som passer med problemstillingene
- Tenk pasientens ressurs/problemstilling/behov, konsekvens av sykdom, ikke medisinsk diagnose
- Begrepene kan hentes både fra ICNP i SNOMED CT Browser og fra eksisterende VP-er
- Det skal være en klar og naturlig sammenheng mellom sykepleiediagnose og tilhørende mål

3.2 Mål

I VIPS-modellen defineres mål og forventet resultat for sykepleien som situasjonen en ønsker å oppnå i framtiden. Det må være realistisk, oppnåelig og ønskelig ut fra pasientens perspektiv.

Mål skal beskrive pasientens situasjon når resultat er nådd. Det knyttes til aktuelle sykepleiediagnoser og har egen kode.

Målene skal gi retning for handling, gi mulighet for evaluering og være en motivasjonsfaktor for både pasienten og helsepersonell. Alle sykepleiediagnoser i en VP skal ha mål, da det er nødvendig å presisere ønsket resultat for å kunne velge aktuelle og relevante intervensjoner.

3.3 Intervensjoner

Intervensjoner er tiltakene som igangsettes for å oppnå et ønsket mål i behandlingen. Intervensjoner er formulert som handlinger pasienten enten skal utføre selv, eller som helsepersonell skal gjøre for, eller sammen med pasienten.

Ifølge VIPS er hensikten med intervensjoner å:

- fremme helse og forebygge helseproblemer
- bevare eller gjenopprette helse og velvære
- fremme en fredfylt død

Intervensjoner spesifiseres, for eksempel med hvem, hva, hvordan, pasientens status eller pårørendes medvirkning. Prosedyrer relatert til intervensjoner, henvises/lenkes under tilhørende intervensjon i malen.

- Nasjonale Veiledende Planer
 - Henviser til VAR Healthcare prosedyrer og/eller andre nasjonale retningslinjer/prosedyrer
- Lokale Veiledende Planer
 - Lokal tilpasning til organisasjoner/helseforetak: Henviser til lokale prosedyrer
 - Utarbeider ny: Henviser til VAR Healthcare og /eller lokale prosedyrer

En intervensjon kan stå alene, men noen ganger er det behov for ytterligere spesifisering i flere tilhørende punkter. Spesifiseringene kan være ICNP begrep eller fritekst. Begrepen søkes opp ved hjelp av SNOMED CT Browser. (Se Vedlegg 6)

Primært benyttes ICNP begrep, men ved behov for fritekst følges disse punktene:

- Unngå selvfølgeligheter
- Bruk et kortfattet og lett forståelig språk
- Bruk godkjente forkortelser og se til Norsk Språkråd og eventuell lokal prosedyre for medisinske forkortelser
- Ordet pasient skal som hovedregel utelates da det er pasientens plan
- Hjelpe pasienten med påkledning skrives heller Hjelpe med påkledning
- Forklaringer eller beskrivelser skrives med stikkord i parentes
- Observere symptomer på infeksjon (rødme, hevelse, sekresjon, temperaturstigning)
- Opplysninger som er arbeidsrutiner skal ikke dokumenteres i pasientjournalen

3.4 Formatering og navnsetting

Font, fontstørrelse og skriftstil skal være lik i alle VP som skal legges inn i kvalitetssystemet.

Ved navnsetting av VP følges denne retningslinjen både i oppsett i Word og ved innleggelse i EPJ-løsningen.

Som hovedregel benyttes norsk språk i hoved betegnelsen og en anvender ikke forkortelser. Hvis betegnelsen peker mot en pasientgruppe som vanligvis benytter det latinske begrepet, som for eksempel Diabetes, kan det latinske anvendes. Forkortelser kan inngås i det kliniske språket på en slik måte at det blir vanskelig å gjenfinne VP uten å bruke det. Dette gjelder for eksempel KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Her er det viktig å skrive ut betegnelsen i Word-planen, men ikke i EPJ-løsningen.

Hoved betegnelse	Hvor i forløpet-Type VP	Aldersgruppe
Substantiv	Akutt	Definer aldersgruppe dersom planen omhandler kun en gruppe, f. eks. barn, eldre.
Diagnose	Kronisk	
Fenomen	Pre- eller postoperativ	
Symptom	Rehabilitering	
Pasientgruppe	Utredning Behandling Tidsavgrenset: 2. trimester	

En VP betegnes da på følgende måte:

Hoved betegnelse *bindestrek liten bokstav komma alder* (hvis relevant)

Eksempler:

- Obstipasjon, barn
- Selvmord - risiko for
- Forvirring - akutt

4 Forvaltning

4.1 Forvaltning i spesialisthelsetjenesten

Det er ulikt hvordan arbeidsoppgaver relatert til klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS) er organisert. Følgende retningslinjer anbefales:

- En koordineringsansvarlig/fagansvarlig for KDS i helseforetaket som har oversikt over og oppfølgingsansvar for hvordan VP benyttes i eget helseforetak.
- For å sikre en enhetlig forvaltning av regionale planer, må det finnes et regionalt nettverk KDS der koordineringsansvarlige i helseforetakene deltar. Det regionale nettverket vil ivareta rollen som dokumentansvarlig for regionale planer.
- For å sikre en enhetlig nasjonal fagforvaltning (nasjonale planer) må det eksistere et sykepleiefaglig nettverk/KDS nettverk i det enkelte HF/regionalt, for representasjon nasjonalt. På denne måten vil både implementering og forankring i det kliniske miljø være en effektiv utnyttelse av eksisterende ressurser.
- Ansvar for innføring av veiledende planer i helseforetaket og organisatorisk tilrettelegging ligger til helseforetakenes ledelse.

4.1.1 For regioner som ikke har felles EPJ-database

I disse regionene vil det være aktuelt å utarbeide lokale VP-er. Koordineringsansvarlig skal sikre en kontinuerlig kontroll over hvilke VP-er som til enhver tid finnes, og hvilke som er under utarbeidelse eller til revidering. Dette hindrer at det utarbeides flere VP-er innenfor samme diagnose/problemstilling/gruppe både lokalt og regionalt/nasjonalt. Koordineringsansvarlig har særskilt ansvar for å sikre at VP-er utarbeides etter nasjonal standard.

4.1.2 For regioner som har felles EPJ-database

Alle planer som utarbeides vil være regionale. Koordineringsansvarlig i HF-et bringer inn behov for revidering/nyutvikling av planer til regionalt nettverk og bidrar til at ressurser fra aktuelt fagfelt utarbeider/sikrer det faglige i planene. Regionalt nettverk bistår med veiledning for kvalitetssikring mot ICNP og nasjonal standard.

4.1.3 Godkjenning av Veiledende Planer

- Når VP er utarbeidet i arbeidsgruppen etter nasjonal metode sendes den til koordineringsansvarlig for gjennomgang og godkjenning.
- Dokumentansvarlig for VP (kan også være koordineringsansvarlig) legger inn VP med vedlegg og den godkjennes av fagdirektør (eller den som er utpekt i organisasjonen som godkjenner) for innleggelse i kvalitetssystemet.
- Koordineringsansvarlig har ansvar for at VP blir lagt inn i EPJ-løsningen.

Nasjonalt fagnettverk ICNP i EPJ er besluttsende/godkjennende organ for nasjonale veiledende planer.

Forvaltningsmodellen for nasjonale veiledende planer (fag/teknisk/lisens) utarbeides i et samarbeid mellom de regionale helseforetakene, kommunehelsetjenesten, NSF og Direktoratet for e-helse.

4.2 Forvaltning i kommunehelsetjenesten

Dokumentasjon av helsehjelp i kommunene i dag har ulike retningslinjer og prosedyrer. Hver kommune har eget ansvar for hvordan dokumentasjonen gjennomføres. Ansvar for innføring av Veiledende Planer vil avhenge av kommunens organisering og prosessstøtte knyttet til ledelsesforankring og implementering.

Arbeidet med Veiledende Planer i kommunene startet i 2014 etter initiativ fra Norsk sykepleieforbund. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold og hensikten var å utvikle og teste kunnskapsbaserte Veiledende Planer med ICNP i elektronisk pasientjournal.

Det er ønskelig at dette videreutvikles til en nasjonal fagforvaltning knyttet til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester som skal ivareta forankring og revisjoner av eksisterende og fremtidige veiledende planer. Her vil det også være viktig å ha klinikere med for å sikre kunnskapsbasering.

Vedlegg

Nr.	Navn	Lenke
1	Deltakelse utarbeidelse av nasjonal veileder	Vedlegg 1
2	Behovs- og funksjonsområder VIPS	Vedlegg 2
3	Metoderapport	ICNP senteret
4	PICO	ICNP senteret
5	Word MAL	ICNP senteret
6	Bruk av SNOMED CT Browser til ICNP termer	ICNP senteret

Vedlegg 1: Deltakelse utarbeidelse av nasjonal veileder

Bakgrunn:

Direktoratet for e-helse utførte en konseptutredning som et delprosjekt vedrørende terminologi for sykepleiepraksis i 2017. Direktoratet for e-helse anbefaler en kombinasjonsløsning med International Classification of Nursing Practice (ICNP) som brukergrensesnitt-terminologi sammen med SNOMED CT som underliggende referanseterminologi, for å sikre mulighet for samhandling på tvers av faggrupper.

Helse Sør-Øst (HSØ) etablerte våren 2019 et fagprosjekt for implementering av veiledende planer med ICNP. Prosjekt ICNP i EPJ er forankret i alle regionale helseforetak ved fagdirektørene. Prosjektet er et samarbeidsprosjekt med Norsk sykepleierforbund (NSF) og Direktoratet for e-helse. Det er etablert et interregionalt fagnettverk for ICNP i EPJ og egen styringsgruppe.

ICNP er fra 11.08.2020 en integrert del av SNOMED CT, men International Council of Nurses (ICN) vil fortsatt ha eierskap til ICNP, innhold og utvikling av terminologien.

Høsten 2021 ble alle begrepene i ICNP koblet til SNOMED CT termer på engelsk. Samtidig startet arbeidet av den norske oversettelsen. Oversettelsen ble gjort i et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Norsk ICNP senter og Norsk sykepleierforbund og første versjon ble tilgjengelig i SNOMED CT browser juni 2022.

A: Styringsgruppen nasjonalt prosjekt ICNP i EPJ 2020

Leder styringsgruppe: (Fra 1. september 2020 overtar Bente Christensen NSF som leder)	Sidsel Ragnhild Børmark, Helse Sør-Øst
Ev. andre ansvarlige	Ulf Sigurdson, leder enhet for e-helse, Helse Sør-Øst
Medlemmer:	Bente Christensen, Norsk sykepleierforbund, NSF Jørn Andre Jørgensen, Direktoratet for e-helse Beate Kristiansen, Direktoratet for e-helse Mariann Fossum, Norsk senter ICNP, UiA Ann-Britt Nilssen, Helse-Nord RHF Geir Vikestrand, Helse-Midt RHF Marit Ludvigsen, Helseplattformen Helse-Vest RHF Kaja Hvitstein-Strøm, USHT Vestfold og Telemark Edith Gjevjon, LD Høgskole

B: Regional arbeidsgruppe HSØ veiledende plan med ICNP i EPJ 2020

Navn	Organisasjon
Sidsel Ragnhild Børmark	Helse Sør-Øst RHF
Marte Rime Bø	Helse Sør-Øst RHF

Lisa Beate Johansen	Helse Nord RHF FRESK
Bente Christensen	Norsk Sykepleierforbund
Torunn Wibe	Norsk Sykepleierforbund
Line Stad Støverud	Sykehuset Innlandet HF
Trine Lando	Sykehuset Østfold HF
Tor Johan Helgesen	Sykehuset Østfold HF
Mona Stidahl	Sykehuset Østfold HF
Anne Karine Grandås Rokstad	Sørlandet Sykehus HF
Trine Rognstad	Akershus Universitetssykehus HF
Heidi Ness Johansen	Akershus Universitetssykehus HF
Linn Grimestad Nordbø	Sykehuset i Vestfold HF
Lise Grette Strømmen	Sykehuset i Vestfold HF
Ellen-Anne Alvin	Lovisenberg Diagonale Sykehus
Marie Furuholmen Raastad	Oslo universitetssykehus HF
Marianne Thorbjørnsen	Oslo universitetssykehus HF
Trine Stavseth	Oslo universitetssykehus HF
Karine Fjeld Johansen	Sykehuset i Telemark HF
Tove Anni Henneseid	Betanien Hospital Skien
Gunn May Eggereide	Vestre Viken HF
Sonja Irene Simonsen	Vestre Viken HF
Gro Marianne Eriksen	Sunnaas sykehus HF
Miriam Christoffersen	Diakonhjemmet

C: Nasjonalt fagnettverk ICNP i EPJ gjennomgang og innspill 11.06.2020

Navn	Organisasjon
Sidsel Ragnhild Børmark	Helse Sør-Øst RHF
Marte Rime Bø	Helse Sør-Øst RHF
Bente Christensen	Norsk Sykepleierforbund
Torunn Wibe	Norsk Sykepleierforbund
Beate Kristiansen	Direktoratet for e-helse
Jon-Atle Sagabraaten	Direktoratet for e-helse
Lisa Beate Johansen	Helse Nord RHF FRESK
Ann-Britt Nilssen	Helse-Nord RHF
Rita Hofsføy	Helse-Nord
Kim Asgeir Magnussen	Helse-Nord
Line Stad Støverud	Helse Sør-Øst
Trine Lando	Helse Sør-Øst
Miriam Christoffersen	Diakonhjemmet
Trine Stavseth	Helse Sør-Øst
Marianne Thorbjørnsen	Helse Sør-Øst
Karine Fjeld Johansen	Helse Sør-Øst
Jane Wiik	Helse-Midt

Geir Vikestrand	Helse-Midt
Helen Fannemel	Helse-Midt
Katrine Skar Iversen	Helse-Midt
Ann Margaret Haugen	Helse-Midt
Marit Ingeborg Ludvigsen	Helseplattformen
Reidun Marit Nordal	Helse-Vest
Tom Jarl Jacobsen	NSF Helse-Vest
Olaug Aalvik	Helse-Vest
Randi Hove	Helse-Vest

D: Regional EPJ modernisering HSØ, faggruppe KDS og Innleggelse, 2023

Faggruppeleder:	Annika Brandal – SSHF
Nestleder	Ida Steen - OUS
Deltakere:	AHUS: Trine Rognstad OUS: Ida Steen SIHF: Line Stad Støverud SIV: Bente Stubberud SSHF: Anne Karine Grandås Rokstad STHF: Heidi Grasmyr Nenseth SUN: Gro Marianne Eriksen SØ: Kristin B Brandstorp VVHF: Ragnhild A. Sandvold SP: Allex Gude DIPS: Veslemøy Remman MHH: Inger Johansen

E: Styringsgruppe 2023

Leder styringsgruppe:	Bente Christensen, Norsk sykepleierforbund, NSF
Medlemmer:	Beate Kristiansen, Direktoratet for e-helse Mariann Fossum, Norsk senter ICNP, UiA Ann-Britt Nilssen, Helse-Nord RHF Geir Vikestrand, Helse-Midt RHF Marit Ludvigsen, Helseplattformen Helse-Vest RHF Kaja Hvitstein-Strøm, USHT Vestfold og Telemark Edith Gjevjon, LD Høgskole Annika Brandal, HSØ RHF

F: Høringsrunde 2023, Regionalt Fagnettverk ICNP i EPJ

Navn	Organisasjon
Bente Christensen	Norsk Sykepleierforbund
Beate Kristiansen Marte Rime Bø	Direktoratet for e-helse
Annika Brandal	Helse Sør-Øst RHF
Regionalt KDS nettverk (inkluderer alle helseforetakene i regionen) Ida Steen Ragnhild A. Sandvold Bente Stubberud Anne Karine Grandås Rokstad Trine Rognstad Line Stad Støverud Kristin Buttingsrud Brandstorp Heidi Grasmyr Nenseth Inger-Lise Rud Foss Marianne Thorbjørnsen Gunn May Eggereide Anne K. Aa. Fossum Malena Langedal Høyvik Tine Ringdal Folkvord Tor Johan Helgesen Andreas Tveit Halvorsen Janne Stien	Helse Sør-Øst
Frank Bakkejord Miriam Christoffersen Therese Svendsen	Diakonhjemmet Sykehus
Ellen-Anne Alvin Edith Gjevjon	Lovisenberg Diakonale Sykehus
Heidi Johansen Heli Sinikka Järveläinen Rita Hofsføy Sverre Vigstad	Helse-Nord
Elin Maria Theres Ljungstrom Marit Ingeborg Ludvigsen Annette Saunes Sveen Jane Wik Grete Solveig Burmo	Helse-Midt (inkl. Helseplattformen)
Jårvik, Gunnar Elin Bø Lunde Kristin Grødem Randi Hove Tom Jakobsen Ellen Synnøve Strandberg	Helse-Vest
Lene Laukvik	UiA, ICNP center

Vedlegg 2: Behovs- og funksjonsområder VIPS

Behovs- og funksjonsområdene er kategorier som refererer til pasientenes helsesituasjon og forhold som påvirker det aktuelle behovet for sykepleie, ved første kontakt og fortløpende under kontakten. I VIPS-modellen refereres dette til pasientstatus/brukerens status.

Hensikten med å bruke behovs- og funksjonsområder er å:

- få en bedre oversikt
- sikre helhet
- strukturere og gjenfinne informasjonselementer

Ved å strukturere journalinnholdet i kategorier vil innholdet bli lettere å få oversikt over. Det blir derfor lettere å gjenfinne informasjon. Det vil også kunne sikre helhetsperspektiv på pasienten hvis områdene/kategoriene fungerer som stikkord på hva sykepleieren skal kartlegge hos pasienten.

Område	Innhold/stikkord
1. Kommunikasjon	Evne til å gjøre seg forstått og forstå. Evne til å uttrykke sine behov og opplevelser. Nedsatt syn, hørsel eller taleevne. Fremmedspråklighet. Påvirkning av bevissthet, forvirring som påvirker kommunikasjonen. Orientering for tid og rom, person og situasjon. Nedsatt evne til oppmerksomhet. Egenomsorg og hjelpemiddel som brukes, for eksempel høreapparat, briller, huskelapper, tolk.
2. Kunnskap/ Utvikling	Kognitive evner og kognitiv utvikling. Kunnskapsnivå, behov for informasjon eller undervisning. Helseoppfatning, sykdomsinnsikt. Korttidsminne. Vilje, kunnskap og evne til samarbeid og medvirkning. _Fysisk og psykisk modenhet. Behov for spesiell oppfølging eller intellektuell stimulans. Egenomsorg og hjelpemidler som anvendes.
3. Respirasjon/Sirkulasjon	Luftveis- og sirkulasjonsproblemer, for eksempel dyspné, hoste, hyperventilering. Blødning, ødem, cyanose, kald perifert osv. Kroppstemperatur, for eksempel feber, frysninger, frostanfall. Egenomsorg og hjelpemiddel som brukes, for eksempel legemidler, inhalator, shunt, spesielt sengeleie, elastiske strømper, øvelser, påkledning.
4. Ernæring/Matinntak	Appetitt, tørste, kost måltidsvaner, spisevaner, forhold i munnhulen og tannstatus som påvirker ernæring og spising. Under- eller overvekt, KMI (kroppsmasseindeks). Vurdering ut fra skala. (for eksempel SGA; MNA). Kulturelle Mønstre av betydning. Amming. Ernæringsproblemer forårsaket av mat, miljø, sykdom eller behandling. Påvirkning på stoffskifte, væske- og elektrolyttbalanse, for eksempel blodsukkernivå, gastrointestinale problemer. Kvalme, oppkast. Dehydrering, overhydrering. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes, for

	eksempel spesiell diett, sonde, legemidler, tannprotese, påminnelser.
5. Eliminasjon	Urin, avføring. Inkontinent blære eller tarm, sengevæting. Forstoppelse, diaré, smertefull avføring. Stomi. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, for eksempel diett, legemidler, bleie, kateter, påminnelser.
6. Hud/Vev	Hud, slimhinner, annet vev. Utseende. Funksjon, eventuelle forandringer i hud, muskler, hår, negler. Farge, renhet, skader, tørrhet. Rødhet, utslett, kløe, hårfall, svette. Problemer med øyne, ører, nese. <i>Sår.</i> Sårtype, for eksempel trykksår, leggsår. Lokalisasjon, lengde, bredde, farge, tilhelingsstadium. Vurdering ut fra skala. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, for eksempel legemiddel, sengeutstyr.
7. Aktivitet/ADL	Evne til å klare seg selv i det daglige, dagliglivets aktiviteter (ADL). Pasientens fysiske, sosiale og intellektuelle aktivitet, nedsatt aktivitetsevne. Bevegelsesevne, evne til å endre og beholde kroppsstilling. Skade, for eksempel lammelse, tremor, spastisitet, kramper, bevegelighet i ledd, muskelstyrke, kondisjon, inaktivitet. Funksjonsevne og funksjonsbegrensninger. Vurdering, gjerne ut fra skala når det gjelder personlige ADL (P-ADL) som matinntak, forflytting, bevegelse, toalettbesøk, på- og avkledding, personlig hygiene, dusj/bad. Kapasitet til å lage mat, a seg av husarbeid, gjøre innkjøp osv. (I-ADL). Konsekvenser av nedsatt funksjonsevne, for eksempel når det gjelder miljøets og omgivelsenes krav. Egenomsorg og hjelpemiddel som brukes, som for eksempel legemidler, assistanse, skinner, ganghjelpemidler, gripeverktøy.
8. Søvn/Hvile	Tretthet, forbigående eller opplevd kronisk tretthet, tretthet, utmattelse, kraftløshet. Innsøvn, søvnkvalitet, uthvilt eller trett etter søvn. Faktorer som fremmer eller hindrer søvn og hvile. Egenomsorg og hjelpemiddel som brukes, for eksempel legemidler, sengeutstyr, vaner.
9. Smerte/Sanseinntrykk	Akutt eller kronisk smerte, ubehag. Relatert til fysiske, psykiske, eksistensielle eller sosiale faktorer. Lokalisasjon, karakter, mønster, intensitet. Vurdering ut fra skala. Pasientens egne uttrykk for smerte og smertelindring. Atferd knyttet til smerte, for eksempel beskyttende bevegelser, gråt, rastløshet. Utløsende eller lindrende faktorer. Hvordan pasienten mestrer smerte eller ubehag. Egenomsorg, legemidler og hjelpemidler som brukes. <i>Sanseinntrykk</i> av andre slag. Syn-, hørsels-, lukt-, smaks-, berørings- og balanseforstyrrelser, for eksempel balanseforstyrrelser, for eksempel synsfeltbortfall, svimmelhet,

	hallusinasjoner, nummenhet, berøringsfølsomhet. Behov for spesielle tiltak eller miljøtilpasning. Egenomsorg, legemidler, hjelpemidler som brukes.
10. Seksualitet/Reproduksjon	Samliv. Problemer, krav, forventninger. Prevensjonsmiddel, bivirkning av legemidler. Pubertet, menstruasjon, graviditet, amming, klimakterium, prostataproblemer, potensproblemer. Gynekologisk/obstetrisk status, blødninger, vaginale problemer. Fosterutvikling. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes.
11. Psykososialt	<p><i>Emosjonelt</i></p> <p>Sinnsstemning, reaksjoner, følelser, opplevelser. Humor, tillit, ro. Nedstemthet, sorg, apati, utrygghet, angst, uro, redsel, aggressivitet. Sykdomsopplevelse. Behov for trøst, spesiell støtte eller omsorg. Selvbilde, personlig integritet, stress, stressintoleranse, krisereaksjon. Egenomsorg. Legemidler og hjelpemidler som brukes.</p> <p><i>Motivasjon</i></p> <p>Vilje, livslyst, håp og optimisme, mot og utholdenhet. Forventninger og spørsmål. Krav og ønsker fra pasient/pårørende som gjelder pleie og behandling, evne til beslutningstaking. Følelse av sammenheng, følelse av maktløshet, måten å håndtere og påvirke situasjonen på, stressmestring. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes.</p> <p><i>Roller/Relasjoner</i></p> <p>Roller, samspill på samfunns- og individnivå. Sosial evne, evne til empati, sosial støtte, nettverk, arbeidsevne, arbeidsløshet, diskriminering. Juridisk situasjon, økonomisk situasjon. Familierelasjoner, trusler, generasjonsproblemer, engasjement, ensomhet, Avhengighetsforhold, ansvar og forpliktelser. Tiltro til helsetjenesten. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes.</p>
12. Åndelig/Kulturelt	Tro, verdier, religion, kultur, livssyn. Opplevelse av meningsfylde. Eksistensielle spørsmål. Mening med liv, lidelse og død. Ønsker om spesielle ritualer, symboler, klesdrakt. Bønnetider, bibelen, koranen, krusifiks, rosenkrans, talisman. Tabuer. Trosutøvelse av betydning for pasient/pårørende. Kilder til tro og håp. Åndelig smerte, fortvilelse. Følelse av skyld, skam, straff. Deltagelse på gudstjeneste, e.l. Bønnetider. <i>Livsstil</i> . Interesser, hobbyer, mosjonsvaner. Egenomsorg og hjelpemidler som kan brukes.
13. Sikkerhet	Miljørisiko. Risiko for skade, fall, smitte, infeksjon, aspirasjon, kvelning, forgiftning. Infeksjonsfølsomhet, overfølsomhetsreaksjon. Risiko for vold, overgrep, selvskadende atferd, manglende evne til å mestre dagliglivet på sikker måte. Sikkerhets- og beskyttelsestiltak, begrensninger og hjelpemidler som brukes.

14. Sammensatt status	Pasientstatus/brukerens helsestatus basert på skala eller annet kartleggingsinstrument, som ikke kan føres under andre søkeord – for eksempel demensvurdering, bukstatus, nevrologisk status, status som omfatter ulike dimensjoner.
------------------------------	--