



NORSK
SYKEPLEIERFORBUND



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjeneste
Vestfold

Veileder

Bruk av veiledende planer med
ICNP i elektronisk pasientjournal



Desember 2017. Unni Stensvold, Kathryn Mølsted, Merete Lyngstad

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	4
DEL 1.....	5
2. Internasjonal klassifikasjon av sykepleiepraksis (ICNP®).....	6
3. Veiledende planer med ICNP®	6
4. Innføring av veiledende planer i virksomheten.....	7
4.1 Ledelse og kvalitet.....	7
4.2. Rutiner for dokumentasjon og informasjonsoverføring	7
4.3 Bruk av data i kvalitetsforbedring	8
4.4. Opplæring.....	9
5. Dokumentasjon av helsehjelp	9
5.1 Myndighetskrav.....	9
5.2 Kunnskapsbasert praksis	9
DEL 2.....	11
6. Slik bruker du veiledende planer i dokumentasjon og planlegging av helsehjelp	12
6.1 Veiledende plan.....	12
6.2 Å kartlegge status.....	13
6.3 Å definere behov/ressurs/problem – sykepleiediagnose	14
6.3.1 Synliggjør kjennetegn og ressurser	15
6.4 Definer mål/ønsket resultat	16
6.5 Velg tiltak/intervensjoner.....	17
6.6 Hva er viktig for denne pasienten? Tilpass planen individuelt.....	18
6.7 Hvordan går det? Husk rapport og evaluering	18
6.8 Sikre informasjonen - oppdater planen.....	19
Referanser	21

1. Innledning

Denne veilederen er ment som en hjelp til innføring av veiledende planer med ICNP® anvendt i elektronisk pasientjournal (EPJ) i virksomheter i kommunehelsetjenesten. Veilederen presenterer hvordan veiledende planer kan brukes i den daglige dokumentasjon og planlegging av helsehjelp. Veilederen gir også praktiske råd og tips for innføring/bruk av verktøyet i organisasjonen/avdelingen.

Acos er så langt den EPJ-leverandøren som har lagt til rette for bruk av veiledende planer med ICNP®. Veilederen henvender seg derfor i første omgang til virksomheter som har dette fagsystemet. Bruk av veiledende planer er beskrevet ut fra den funksjonalitet som finnes i CosDoc, og eksemplene er hentet derfra. Veilederen vil likevel være et hjelpemiddel til inspirasjon til andre virksomheter som ønsker å ta i bruk veiledende planer.

Veiledende planer er en av mange mulige måter å anvende terminologi på i EPJ. Så langt er det dette bruksområdet som er testet ut med ICNP® i Norge. I framtiden ser vi for oss at ICNP® vil ha bredere anvendelse, og at muligheter åpner seg i takt med utviklingen av journalsystemene.

Kunnskapsbasert praksis og sykepleieprosessen presenteres relatert til de veiledende planene. For mer om kunnskapsbasert praksis henvises til nettstedet for kunnskapsbasert praksis i Helsebiblioteket.¹

Virksomheter som bruker andre journalsystem enn CosDoc, kan bruke veilederen til å hente informasjon om veiledende planer med ICNP®, og hvordan disse kan fungere som prosessstøtte i planlegging og dokumentasjon av helsehjelp. Informasjonen kan anvendes i utvikling og kvalitetsforbedring av dokumentasjonspraksis, og til å etterspørre utvikling i EPJ-systemene.

Utprøving av de fem første veiledende planene er gjort i pilotprosjekt i regi av NSF og USHT-Vestfold. Prosjektrapporten er tilgjengelig på deres nettsider.²

¹ <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

² <http://www.sandefjord.kommune.no/Helse-og-omsorg/Helse-og-omsorgstjenester/Utviklingscenter-for-sykehjem-og-hjemmetjeneste/Pagaende-prosjekter/veiledende-planer/>
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/3636871/559785/Prosjektrapport-om-aa-utvikle-og-teste-kunnskapsbaserte-veiledende-planer-med-ICNP%BF-i-en-elektronisk>

DEL 1



2. Internasjonal klassifikasjon av sykepleiepraksis (ICNP®)

ICNP® er en terminologi som støtter sykepleiepraksis, pasientbehandling og omsorg. Terminologien er utviklet for å dekke dokumentasjon av helsehjelp 24/7 og favner alle områdene innen sykepleie. Bruk av ICNP® bidrar til at helsepersonell får et mer presist og tydelig språk i sin dokumentasjon. Strukturerte begreper gjør det enklere å gjenfinne informasjon og oppdatere seg på pasientens status og behov for helsehjelp. Ved å kode informasjon om pasientens problemstillinger, tiltak og resultater kan data hentes ut på en effektiv måte, og anvendes i kvalitetsforbedring, forskning og styring.

International Council of Nurses (ICN) eier og utvikler ICNP®.

Terminologien er en del av WHO Family of Classifications, sammen med blant andre ICD-10, og ICF. ICNP® er oversatt til 19 språk. Den norske oversettelsen revideres hvert 2. år, og den siste versjonen (2017) har over 4000 begreper og utsagn. ICNP® er en fleksibel terminologi som består av et hierarkisk system der begrepene har relasjon til hverandre. Mer om ICN og ICNP® finner du på deres nettsider.³



NSF anbefaler integrasjon av ICNP® i alle EPJ-systemer, i sykehus og i kommunehelsetjenesten (Jf. Rapport fra terminologirådet 2008).

3. Veiledende planer med ICNP®

ICNP® er utviklet for å dekke sykepleiernes behov for dokumentasjon av planlagt og utført helsehjelp og er godt egnet til bruk i veiledende planer. Hensikten med å utvikle veiledende planer med ICNP® er å bidra til at helsepersonell lettere skal kunne jobbe kunnskapsbasert og systematisk for å oppnå økt pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen. I tillegg bidrar veiledende planer til forenkling og effektivisering av dokumentasjons- og informasjonsprosesser.

En veiledende plan inneholder kodet informasjon om problemstillinger/behov for helsehjelp, pasientens ressurser, ønsket resultat og tiltak. Planene individualiseres for den enkelte pasient. Planene er utviklet for bruk i sykehjem og hjemmesykepleie og er kunnskapsbasert med tanke på voksne pasienter.

Per november 2017 er det utviklet veiledende planer på 14 områder:

1. Risiko for underernæring
2. Risiko for fall
3. Risiko for trykksår
4. Risiko for infeksjon i urinveissystemet
5. Nedsatt evne til å håndtere legemidler
6. Behov for hjelp til å utføre personlig hygiene
7. Trykksår
8. Problemer med lavt ernæringsinntak
9. Problemer med høyt ernæringsinntak
10. Problemer med å utføre munnhygiene

³ <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>
<http://www.icn.ch/who-we-are/who-we-are/>

11. Problemer med å utføre munnhygiene i kritisk eller terminal fase
12. Risiko for forvirringstilstand
13. Atferdsutfordringer
14. Akutt forvirring

Flere planer er under utvikling og vil bli publisert fortløpende. Eksisterende planer revideres i forbindelse med nye versjoner av ICNP® hvert 2. år, og evalueres/oppdateres med andre endringer årlig.

4. Innføring av veiledende planer i virksomheten

Formålet med kunnskapsbaserte veiledende planer med ICNP® er å gi helsepersonell et verktøy for mer strukturert, kvalitetssikret og effektiv dokumentasjon og planlegging av helsehjelp. Veiledende planer gir prosessstøtte og anvender definerte begrep som gir gjenkjennelse og letter språklige utfordringer. Effekten av å bruke verktøy henger sammen med rutiner, arbeidsprosesser, kompetanse og kultur. Vi anbefaler derfor at dette sees på i sammenheng når veiledende planer innføres i virksomheten.

4.1 Ledelse og kvalitet

Ledere som etterspør resultater og har tydelige forventninger til medarbeiderne, stimulerer til faglig utvikling og vekst. Når virksomheten velger å ta i bruk veiledende planer bør beslutningen forankres på alle ledernivå som har myndighet til å kommunisere denne forventningen ut i organisasjonen. Beste resultat for kvalitet, kontinuitet og gjenbruk av data oppnås først når alle medarbeidere bruker samme verktøy. For datafangst til kvalitetsutviklingsarbeid og styring er det en forutsetning at alle bruker strukturerte data der det er tilgjengelig.

Ledelsens holdning og målsetting er avgjørende. For en vellykket innføring er det viktig med leders forventning til at alle benytter verktøyet, og at det ikke er opp til den enkelt medarbeider å velge om verktøy benyttes eller ikke.

4.2. Rutiner for dokumentasjon og informasjonsoverføring

Alle avdelinger har sine innarbeidede rutiner for dokumentasjon og planlegging av helsehjelp, og overføring av informasjon fra vaktskift til vaktskift. Muntlig overføring av informasjon har vært, og er fortsatt vanlig i norsk helsetjeneste. Styrken med dette er at det er mulig å drøfte behandling og omsorg til den enkelte pasient, samt at det bidrar til kunnskapsoverføring mellom helsepersonell. Samtidig er svakheten med dette at medarbeidere unnlater å oppdatere og å lese skriftlig informasjon, og bevisstheten omkring den enkelte pasients mål og tiltak kan være skadelidende.

Mange har forsøkt ulike varianter av rapport for å få til en sikker og effektiv informasjonsflyt. Stille rapport, tavlemøter/risikomøter, refleksjonsstund og å lese journaler i fellesskap



er noen eksempler. Målet er at tjenesten ytes med kontinuitet og god kvalitet, og at helsepersonell ser på dokumentasjon og planlegging av helsehjelp som en viktig del av sitt ansvarsområde.

I forbindelse med innføring av kunnskapsbaserte veiledende planer med ICNP® anbefales det at eksisterende rutiner for dokumentasjon og informasjonsoverføring gjennomgås. Erfaringen fra pilotering av veiledende planer viste at følgende faktorer hadde betydning for innføringen og for hvilke gevinster som kunne hentes ut:

- I hvilken grad arbeidsprosessene og rutinene understøtter den dokumentasjonspraksis som avdelingen ønsker å ha
- I hvilken grad rutinene for informasjonsoverføring stimulerer til at medarbeidere leser planer og tilegner seg nødvendig kunnskap for målrettet oppfølging av pasienten.
- Hva det legges det vekt på i utveksling av informasjon mellom helsepersonell; prosess og mål eller referat av hendelser. Med prosess og mål i fokus, blir den skriftlige dokumentasjonen bedre og oftere oppdatert.
- I hvilken grad, eller om det dokumenteres viktig informasjon andre steder (permer etc) enn i journalen

I pilotprosjektet erfarte vi at avdelinger som ivaretok disse faktorene var bruken av veiledende planer mer utbredt, og gevinster kunne hentes ut i større grad, både hva gjelder kvalitet og datafangst.

Mange problematiserer tidsbruken når det gjelder dokumentasjon og informasjonsoverføring. Å produsere god dokumentasjon av planlagt og utført helsehjelp krever tid og kompetanse, og det brukes mye tid til dette i kommunene. Derfor er det essensielt å gjøre dette på mest mulig kvalitetssikker og effektiv måte. Her kan veiledende planer bidra konstruktivt. Det overordnede målet vil til enhver tid være å yte tjenester med god kvalitet som gir kontinuitet og ivaretar brukerinnflytelse.

4.3 Bruk av data i kvalitetsforbedring

EPJ-systemene som brukes i dag gir begrensede muligheter til å registrere og aggregere data til kvalitetsutviklingsforbedringsarbeid. Dette er tidkrevende og fordrer ofte manuelle prosesser. Bruk av veiledende planer gir tilgang til spesifikke data som egner seg godt til dette formålet.

Resultatmålinger er et velkjent verktøy i kvalitetsforbedringsarbeid. Erfaringer fra blant annet Pasientsikkerhetsprogrammet, viser at målinger som ledere etterspør og som presenteres tilbake til aktørene er et effektivt virkemiddel i kvalitetsforbedring og endringsarbeid. Data kan vise utviklingen i praksis og understøtte ønsket kvalitetsforbedring eller endring.

I innføringsfasen er målinger et effektivt virkemiddel for å stimulere til endring. I CosDoc er det mulig å innhente data om bruken av veiledende planer, det vil si hvor mange planer lages det og på hvilke områder; for eksempel hvor mange pasienter har en plan for håndtering av risiko for underernæring. Det kan også tas ut tall på hvor mange medarbeidere som har laget planer. Dette er et nyttig mål på i hvilken grad verktøyet er en del av daglig virksomhet, og hvordan kompetansen brukes. Det git informasjon om hvem av medarbeiderne som lager planer, hvem rapporterer osv. Denne informasjonen kan brukes til kompetanseheving i avdelingen, og til oppfølging av medarbeidere som gruppe eller individuelt.

Veiledende planer med ICNP® gir store muligheter for å hente data om problemstillinger, hva som gjøres og hvilke resultater som oppnås. Informasjon kan også kobles mot kvalitetsindikatorer m.m. Dette får vi ikke fullt utnyttet i CosDoc foreløpig, blant annet kan det ikke hentes tall på resultater. Likevel gir veiledende planer med ICNP® adskillig mer kunnskap om planlagt og gitt helsehjelp enn det vi hittil har kunnet hente ut.

4.4. Opplæring

Veiledende planer med ICNP® er enkle i bruk. Likevel anbefaler vi systematisk opplæring i forbindelse med innføring. Grunnleggende kompetanse og forståelse for formålet med dokumentasjon av helsehjelp, er viktig for godt resultat. Endringer i rutiner og arbeidsprosesser krever forberedelse og oppfølging, og her kan opplæring være et godt virkemiddel.

Opplæringen bør bestå av teoretisk undervisning i klasserom/gruppe, inkludert visning av praktisk bruk i EPJ eller på skjermbilder. Varighet en til to timer, avhengig av form på praktisk øving. Praktisk øving kan tilrettelegges i grupper eller gjennomføres side ved side i avdeling. Det anbefales at opplæring gis til flest mulig som skal bruke de veiledende planene.

Trinn for trinn beskrivelse av praktisk bruk i CosDoc er beskrevet i denne veilederen. Det er også utarbeidet presentasjon til bruk i opplæringen, den kan lastes ned fra NSF, UIA og USHT sine nettsider.

5. Dokumentasjon av helsehjelp

5.1 Myndighetskrav

En rekke lover, forskrifter m.m. setter krav til helsepersonells dokumentasjon av helsehjelp⁴. Formålet med lovregulering er å bidra til sikkerhet og kvalitet, samt tillit til helsepersonell og tjenesten.

Helsepersonell som utfører selvstendig helsehjelp har lovpålagt dokumentasjonsplikt, og det er krav til at dette gjøres på en kronologisk, oversiktlig, systematisk og tydelig måte. Relevante og nødvendige observasjoner skal komme fram. I tillegg til å være et redskap for kvalitet og kontinuitet i behandling og pleie, er pasientjournalen også et rettslig dokument som kan kreves fremlagt som bevis i retten eller forvaltningen.

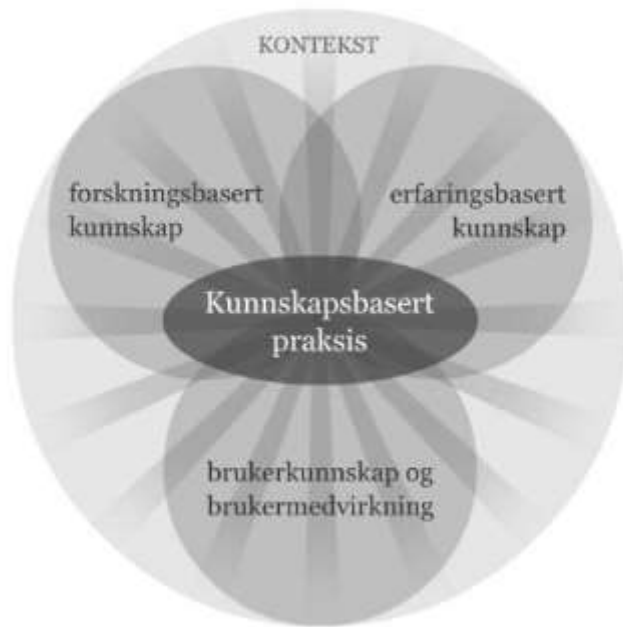
5.2 Kunnskapsbasert praksis

Formålet med kunnskapsbasert praksis er å styrke beslutningsgrunnlaget og bevisstgjøre hvor kunnskap hentes fra. Prosedyrer som ikke er basert på oppdatert kunnskap kan i verste fall føre til feilbehandling av pasienter. Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Jf. Helsebiblioteket⁵

⁴ Lov om pasient- og brukerrettigheter, Lov om helsepersonell, Forskrift om pasientjournal, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk

⁵ <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Fig 2. Kunnskapsbasert praksis <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>



www.kunnskapsbasertpraksis.no

DEL 2



6. Slik bruker du veiledende planer i dokumentasjon og planlegging av helsehjelp

6.1 Veiledende plan

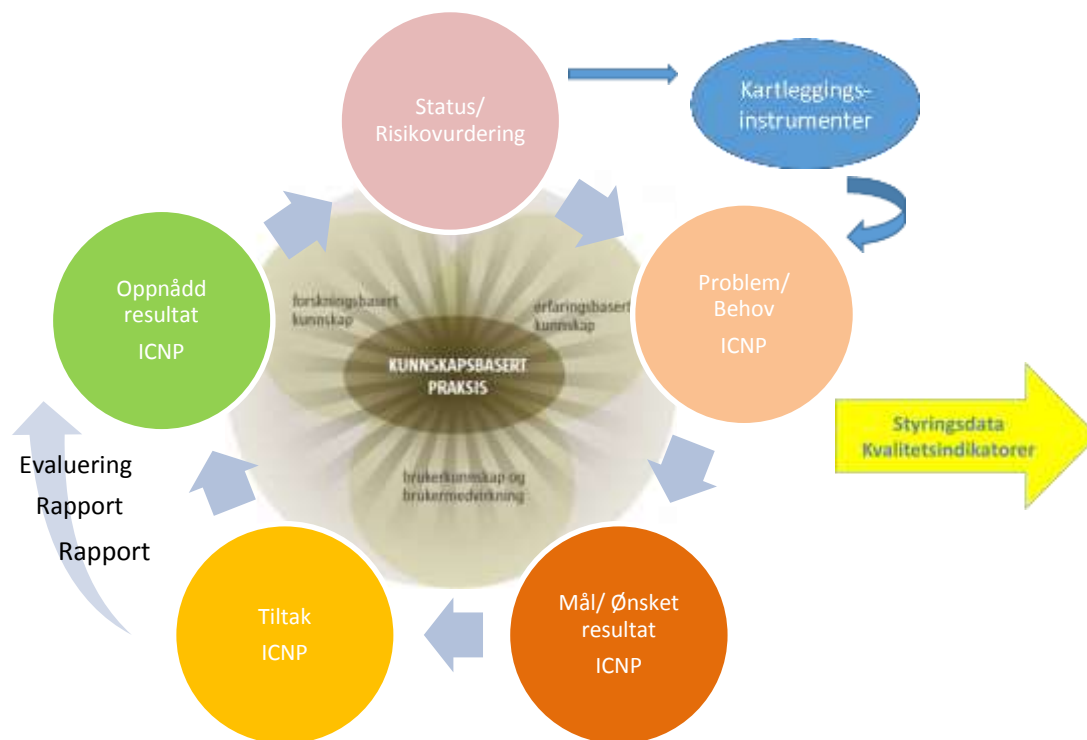
Dokumentasjon og planlegging av helsehjelp er en del av pasientjournalen. Nasjonal standard for dokumentasjon av sykepleie beskriver hvordan IKT-systemer bør tilpasses bruk av sykepleieprosessen (KITH 2003). Sykepleieprosessen er en arbeidsmetode som skal bidra til systematikk og struktur for planlegging, oppfølging og evaluering av helsehjelp.

Strukturen i sykepleieprosessen består av fem trinn:

1. Kartlegging/status
2. Behov/ressurs/problem – sykepleiediagnose
3. Mål/ønsket resultat
4. Tiltak/intervensjon
5. Rapport og evaluering

Oppbyggingen av veiledende planer følger strukturen i sykepleieprosessen. En veiledende plan er et sett av begreper knyttet til et definert behovsområde. Begrepene er hentet fra ICNP® og strukturert etter trinnene i sykepleieprosessen. Den som lager plan blir veiledet gjennom trinnene, og får valg mellom alternative begrep knyttet til problem/ressurs/kjennetegn, mål og tiltak.

Fig 3. Sykepleieprosessen/arbeidsprosessen og ICNP



Å lage en god plan involverer pasienten og evt pårørende. Kunnskapen om pasientens situasjon og ønsker vektlegges når det velges begreper i veiledende plan. Like viktig er den faglige/tverrfaglige vurderingen, og at kompetansen brukes når det prioriteres mellom tiltak. Planen skal inneholde spesifikke mål og tiltak og vise hva som skal prioriteres i oppfølgingen av pasienten. Den som leser planen skal raskt kunne skaffe seg oversikt over pasientens status og behov for helsehjelp. Beslutningsstøtte for valg av tiltak/prosedyre kan hentes fra kunnskapskilder som for eksempel VAR Healthcare og Fagprosedyrer.no.

De veiledende planene er utarbeidet for å beskrive hvert sitt spesifikke område, for eksempel «Risiko for underernæring» eller «Behov for hjelp til å utføre personlig hygiene». For å beskrive hele i pasientens situasjon og vise behovet for helsehjelp, må det som regel benyttes flere planer. For områder det ikke finnes veiledende planer, må det fortsatt dokumenteres i fritekst. I de veiledende planene er det tatt utgangspunkt i grunnleggende behov, ikke medisinske diagnoser.

De valgte begrepene individualiseres med konkrete beskrivelser i fritekst. Det kan være bakgrunn for pasientens situasjon, presisering av mål og beskrivelse av hvordan tiltak utføres. Det er her pasientens stemme særlig kommer fram, og faglig kvalitet sikres gjennom tydelig instruksjon til helsepersonell. Konkrete beskrivelser bidrar til kontinuitet i tjenesteytingen og trygghet for pasienten og for helsepersonell som skal utføre tjenesten.

Veiledende planer er utarbeidet ut fra gjeldene retningslinjer og er vurdert av ekspertpanel. Planene fungerer som støtte i planprosessen. Helsepersonells involvering av pasienten i kartlegging og oppfølging av helsehjelp, ivaretar dennes ønsker og behov. I tillegg brukes egen og kollegers erfaring når planer og tiltak utformes og evalueres.

Like viktig som å utarbeide planer, er det å lese de anvendte planene, være bevisst på mål og tiltak og rapportere på og evaluere tiltakene. Rutiner, arbeidsprosesser og kultur har betydning for pasientens opplevelse av gitt helsehjelp og kvaliteten av denne. Veiledende planer har størst effekt på kvalitet og kontinuitet dersom de er i aktivt bruk i den daglige rutinen i virksomheten.

6.2 Å kartlegge status

Utgangspunktet for sykepleie er pasientens situasjon og vedkommendes reaksjon på denne. For å gi god og riktig helsehjelp, må helsepersonell innhente opplysninger som gir et mest riktig bilde, slik at grunnlaget for behandling og intervensjoner er rett. Pasientens/pårørendes egen beskrivelse, helsepersonells observasjoner, opplysninger fra samarbeidende helsepersonell, målinger og bruk av kartleggingsverktøy er viktige elementer som angir status for pasienten. De senere årene har også kartlegging av risikonivå og fokus på forebyggende tiltak blitt mer sentralt i pasientoppfølgingen. Jf Pasientsikkerhetsprogrammet.⁶

Bruk av veiledende plan forutsetter at kartlegging er gjennomført og behov og/eller risiko er vurdert. Resultat av kartleggingen dokumenteres på rett sted i CosDoc, i tråd med virksomhetens rutiner. Kartleggingsresultatet, som beskriver et behov eller en risiko, blir også utgangspunktet for å lage en plan for helsehjelp eller forebyggende tiltak. Dette gjøres i tiltaksplanen i CosDoc.

⁶ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>

Noen enkle spørsmål kan hjelpe helsepersonell å sjekke at relevante data er innhentet og dokumentert på rett sted i prosessen.

Hjelpespørsmål i kartlegging: *Hva beskriver pasienten? Hvilken tilstand har pasienten? Hva observerer helsepersonell? Er det risikoområder som peker seg ut? Hvilke kartleggingsverktøy skal benyttes?*

6.3 Å definere behov/ressurs/problem – sykepleiediagnose

Den gjennomførte kartleggingen angir status med definerte behov eller vurdert risiko; en sykepleiediagnose. Denne formuleres/beskrives og knyttes til et funksjonsområde.

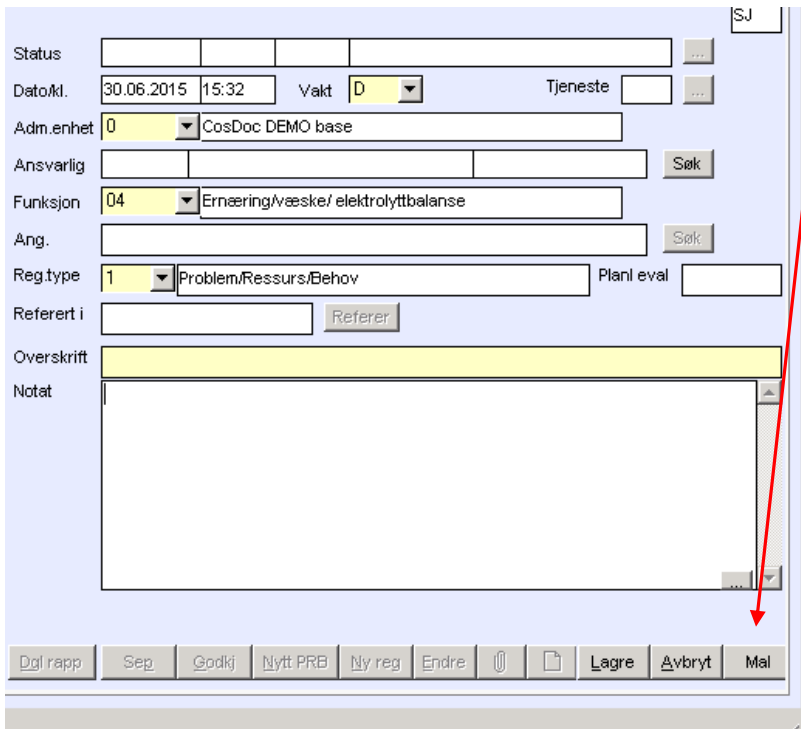
Sykepleiediagnosene gir en rask oversikt over pasientens behov for sykepleie og synliggjør samspillet mellom fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, samt pasientens ressurser.

Hjelpespørsmål i definisjon av behov/sykepleiediagnose: *Hva er behovet for helsehjelp? Hvilke utfordringer beskriver pasienten? Hvilke ressurser beskriver pasienten? Hva observeres av helsepersonell?*

Eksempel på sykepleiediagnose i ICNP®: *Risiko for underernæring*

Når behovet er kartlagt og formulert, kan arbeidet med å lage plan starte. I CosDoc gjør du slik:

Start med Nytt PRB som når du skal lage en fritekstplan. Velg funksjonsområde og trykk på Mal.



The screenshot shows a software interface for creating a PRB. The form contains the following fields and values:

- Status: [Empty]
- Dato/tid: 30.06.2015 15:32
- Vakt: D
- Tjeneste: [Empty]
- Adm.enhet: 0 CosDoc DEMO base
- Ansvarlig: [Empty]
- Funksjon: 04 Ernæring/væske/ elektrolyttbalanse
- Ang.: [Empty]
- Reg.type: 1 Problem/Ressurs/Behov
- Referert i: [Empty]
- Overskrift: [Empty]
- Notat: [Empty]

The bottom toolbar contains buttons: Dølg rapp, Sep, Godkj, Nytt PRB, Ny reg, Endre, [Icon], [Icon], Lagre, Avbryt, and Mal. A red arrow points to the 'Mal' button.

Velg planområde, for eksempel «Risiko for underernæring»:

Kodeld	Navn
STD0000009	Legemiddelhåndtering
STD0000005	Risiko for fall
STD0000006	Risiko for trykksår
STD0000003	Risiko for underernæring
STD0000008	Risiko for urinveisinfeksjon

Trykk OK, og du kommer til planverktøyet.

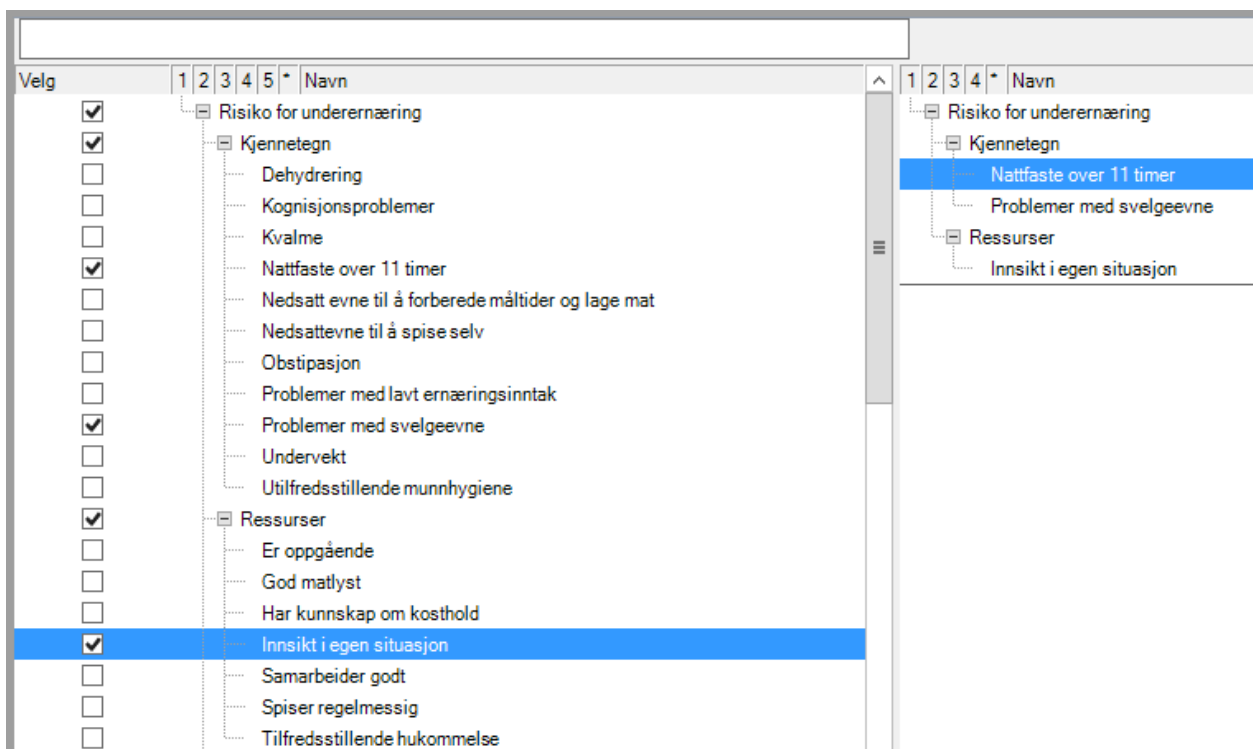
Når du er ferdig med hele prosessen vil dette legge seg som et behov/problem/ressurs i fane 3:



6.3.1 Synliggjør kjennetegn og ressurser

Kjennetegn og ressurser gjenspeiler kartleggingen som er gjort, og viser bakgrunnen for at denne problemstillingen er valgt. Ved å vise kjennetegn og ressurser under plantittelen, får den som leser planen en rask oversikt over bakgrunn og begrunnelse for behovet. Vær kritisk når du velger hvilke kjennetegn og ressurser du tar inn. Velg kun de som inneholder viktig informasjon for denne pasientsituasjonen, og som den som skal følge opp planen bør ha kunnskap om. Det kan være kjennetegn som passer, men som ikke er vesentlige, eller som kanskje er beskrevet i en annen plan. Disse kan oppleves som «støy» i denne planen, og ta fokus bort fra det som er viktig å få med seg for akkurat denne problemstillingen.

Hak av for aktuelle kjennetegn og ressurser. De valgte begrepene vises i feltet til høyre:



6.4 Definer mål/ønsket resultat

Målet knyttes mot behovet eller risikoområdet og beskriver ønsket resultat av sykepleien. Pasientens ønsker og egne mål skal være sentralt i vurderingen og beskrives. Målet skal være realistisk og konkret, det er denne ønskede tilstanden eller aktiviteten som tiltakene evalueres mot. Målet angir retning i valg av tiltak/intervensjoner.

Hjelpespørsmål? *Hva er viktig for pasienten? Hva er relevante mål ifølge fagkunnskap, retningslinjer og forskning? Hvordan vurderer helsepersonell måloalternativene ut fra pasientens status? Hvilken status for pasienten jobber vi i fellesskap mot?*

Eksempel på målformulering fra ICNP®: «Tilfredsstillende vekt»

I veiledende plan (malen) vil du finne ett eller flere mål, avhengig av hva som er relevant for problemstillingen. Du sjekker dette enkelt ved å dra sammen malen. Trykk + eller – for å trekke sammen eller åpne for underpunktene. Eller trykk på 4 og du får se antall mål nederst i listen:

Velg	1	2	3	4	5	Navn
<input type="checkbox"/>						– Risiko for underernæring
<input type="checkbox"/>						– Kjønnetegn
<input type="checkbox"/>						Dehydrering
<input type="checkbox"/>						Kognisjonsproblemer
<input type="checkbox"/>						Kvalme
<input type="checkbox"/>						Nattfaste over 11 timer
<input type="checkbox"/>						Nedsatt evne til å forberede måltider og lage mat
<input type="checkbox"/>						Nedsattevne til å spise selv
<input type="checkbox"/>						Obstipasjon
<input type="checkbox"/>						Problemer med lavt ernæringsinntak
<input type="checkbox"/>						Problemer med svelgeevne
<input type="checkbox"/>						Undervekt
<input type="checkbox"/>						Utilfredsstillende munnhigiene
<input type="checkbox"/>						– Ressurser
<input type="checkbox"/>						Er oppgående
<input type="checkbox"/>						God matlyst
<input type="checkbox"/>						Har kunnskap om kosthold
<input type="checkbox"/>						Innsikt i egen situasjon
<input type="checkbox"/>						Samarbeider godt
<input type="checkbox"/>						Spiser regelmessig
<input type="checkbox"/>						Tilfredsstillende hukommelse
<input type="checkbox"/>						– Mål & Tiltak
<input type="checkbox"/>						+ Tilfredsstillende vekt
<input type="checkbox"/>						+ Næringsinntak innenfor normalområdet

Velg mål ut fra hva det skal måles på. I eksempelet; vurder om det er det vekten eller kaloriinntaket som skal måles. Målet du velger legger seg i høyre felt, der ser du alle punktene du har valgt.

6.5 Velg tiltak/intervensjoner

Intervensjon/tiltak er den handlingen som skal til for å nå målene. Tiltak kan involvere både helsepersonell og pasient/pårørende og bestemmes ut fra faglig vurdering og pasientens ståsted. Tiltakene skal beskrive hva som skal gjøres, av hvem, hvordan og når. For å sikre lik oppfatning og utførelse av tiltakene er det viktig at beskrivelsene er konkrete og tydelige og i et forståelig språk.

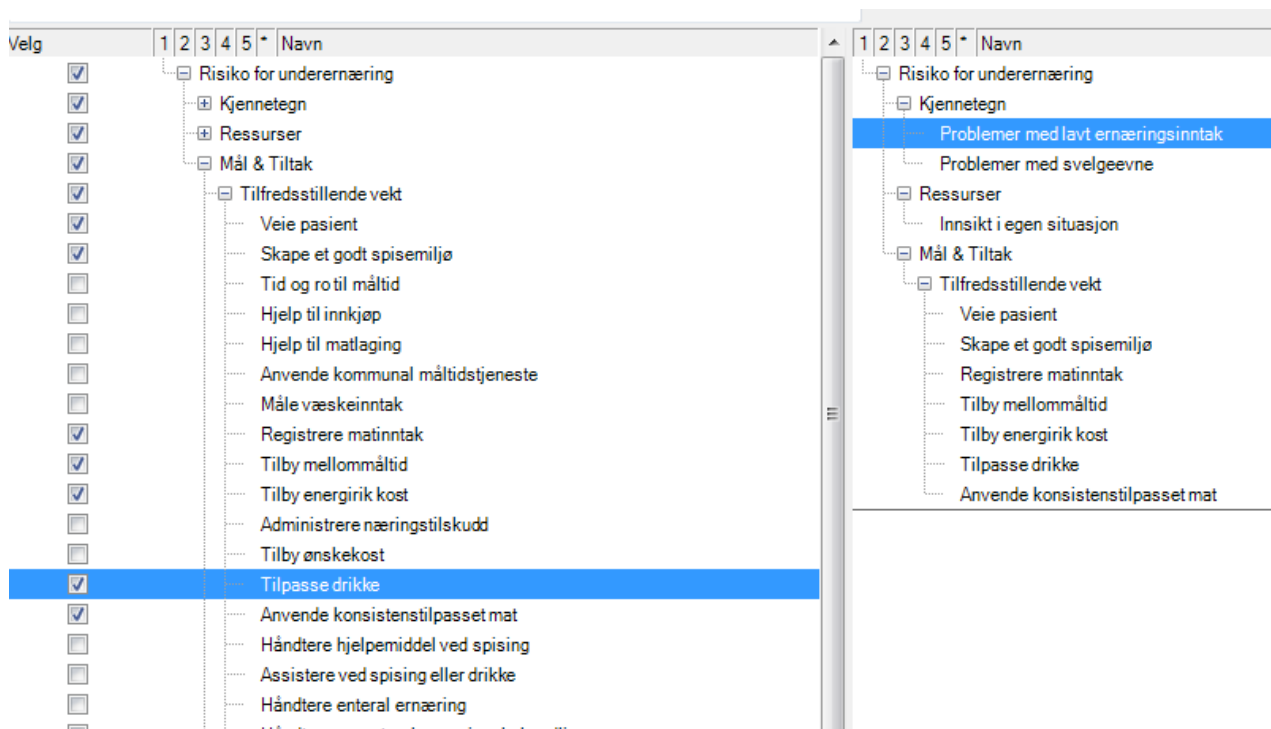
Tiltakene skal gjenspeile oppdatert kunnskap og prosedyrer, her kan kunnskapsstøttesystemer og kvalitetssystem brukes i tillegg til veiledende planer.

Hjelpespørsmål: *Hva skal gjøres? På hvilken måte? Hvor ofte? Hvem har ansvar for å utføre det enkelte tiltak?*

Eksempel på tiltak fra ICNP®: «Administrere næringstilskudd»

Velg aktuelle tiltak fra listen. Velg de tiltakene som du vurderer er viktigst å følge opp. Også her gjelder det å ikke ta med for mye, alle tiltak som legges inn i planen skal følges opp.

Hak av, og tiltakene du velger legger seg i feltet til høyre. Dersom du fjerner haken igjen, forsvinner tiltaket fra feltet.



The screenshot shows two side-by-side panels from a software application. Both panels have a header with tabs labeled '1', '2', '3', '4', '5', and 'Navn'. The left panel, titled 'Velg', displays a hierarchical tree structure with checkboxes. The right panel displays a list of the selected items from the tree.

Left Panel (Velg):

- Risiko for underernæring
 - Kjennetegn
 - Ressurser
 - Mål & Tiltak
 - Tilfredsstillende vekt
 - Veie pasient
 - Skape et godt spisemiljø
 - Tid og ro til måltid
 - Hjelp til innkjøp
 - Hjelp til matlaging
 - Anvende kommunal måltidstjeneste
 - Måle væskeinntak
 - Registrere matinntak
 - Tilby mellommåltid
 - Tilby energirik kost
 - Administrere næringstilskudd
 - Tilby ønskekost
 - Tilpasse drikke
 - Anvende konsistentilpasset mat
 - Håndtere hjelpemiddel ved spising
 - Assistere ved spising eller drikke
 - Håndtere enteral ernæring

Right Panel:

- Risiko for underernæring
 - Kjennetegn
 - Problemer med lavt ernæringsinntak
 - Problemer med svelgeevne
 - Ressurser
 - Innsikt i egen situasjon
 - Mål & Tiltak
 - Tilfredsstillende vekt
 - Veie pasient
 - Skape et godt spisemiljø
 - Registrere matinntak
 - Tilby mellommåltid
 - Tilby energirik kost
 - Tilpasse drikke
 - Anvende konsistentilpasset mat

Trykk ok og planene flytter seg til fane 3 – Tiltaks-/pleieplan.

- PRB 30.09.16: Risiko for underernæring
 - Kjennetegn
 - KJT 30.09.16: Problemer med lavt ernæringsinntak
 - KJT 30.09.16: Problemer med svelgeevne
 - Ressurser
 - RES 30.09.16: Innsikt i egen situasjon
 - Mål 30.09.16: Tilfredsstillende vekt
 - Tiltak 30.09.16: Registrere matinntak
 - Tiltak 30.09.16: Tilby mellommåltid
 - Tiltak 30.09.16: Tilby energirik kost
 - Tiltak 30.09.16: Tilpasse drikke
 - Tiltak 30.09.16: Anvende konsistenstilpasset mat
 - Tiltak 30.09.16: Veie pasient
 - Tiltak 30.09.16: Skape et godt spisemiljø

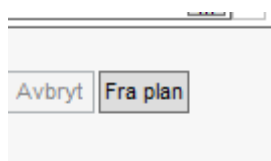
6.6 Hva er viktig for denne pasienten? Tilpass planen individuelt

Gå inn på hvert enkelt utsagn og tilpass planen individuelt for den aktuelle pasienten – trykk endre, og du får skrivetilgang. Konkretiser og beskriv på alle relevante punkter i planen:

Mål 30.09.16: Tilfredsstillende vekt	NE	Overskrift	Tilby mellommåltid
Tiltak 30.09.16: Registrere matinntak	NE	Notat	
Tiltak 30.09.16: Tilby mellommåltid	NE		Kl 11.30: næringsdrikk eller moset frukt
Tiltak 30.09.16: Tilby energirik kost	NE		kl 20.00: smoothie eller suppe

Husk samarbeidet med pasienten – «Hva er viktig for deg». 😊

Dersom det er aktuelt å legge til flere tiltak etter at planen er laget, kan du fortsatt hente disse fra malen. Merk det aktuelle problemområdet og trykk på «Fra plan» som nå er teksten på knappen nederst i høyre hjørne. Du kommer direkte til planen som er i bruk. Anvendte begrep er merket med grått. Du kan legge til flere tiltak ved å hake av på samme måte som da du laget planen.



Er det nødvendige tiltak som ikke finnes i veiledende plan kan disse lages i fritekst på vanlig måte ved å merke målet og trykke på «ny registrering».

Lagre – og godkjenn når du er ferdig med hele planen.

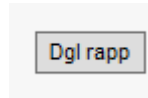
6.7 Hvordan går det? Husk rapport og evaluering

Vi skiller her på daglig rapport og evaluering. Med daglig rapport mener vi løpende dokumentasjon av observasjoner, hendelser og pasientens opplevelse knyttet til gjennomføring av tiltak. Med evaluering mener vi en systematisk prosess med gjennomgang av tiltakene og kartlegging av resultater som fører til ny status.

I daglig rapport dokumenteres hendelser og observasjoner som har betydning for måloppnåelse og/eller gjennomføring av tiltak. Alt helsepersonell har ansvar for å dokumentere gitt helsehjelp.

Hjelpespørsmål daglig rapport: *Hva formidler pasienten? Hva observerer jeg i dag?*

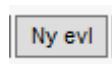
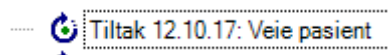
Du merker linjen med Problem/behov for å aktivere knappen for daglig rapport:



I evaluering vurderes tiltakene opp mot effekt og måloppnåelse, eventuelt gjøres en ny statuskartlegging. Ta stilling til om tiltak skal videreføres, endres eller avsluttes/seponeres. Evaluering gjøres i samarbeid med pasienten og annet helsepersonell.

Hjelpespørsmål evaluering opp mot problemstilling og mål: *Hvordan fungerer tiltakene? Fører tiltakene mot målet? Er det endringer i pasientens situasjon? Er det behov for nye eller justering/endring av tiltak? Hvilke tanker og beskrivelser har pasienten om måloppnåelse?*

Du merker linjen med tiltak for å aktivere knappen for evaluering:



Det finnes begrep i ICNP® for å beskrive resultat. Disse er foreløpig ikke tilgjengelig fra evalueringsknappen i CosDoc. Daglig rapport og evaluering skrives i fritekst.

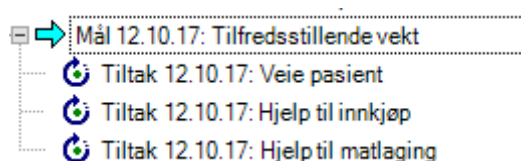
6.8 Sikre informasjonen - oppdater planen

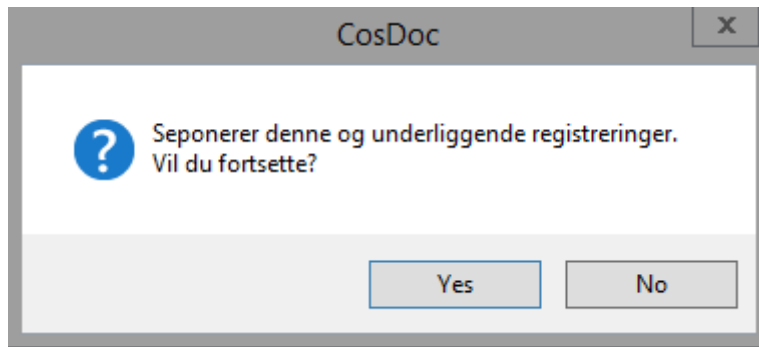
Planen skal til enhver tid være ajourført og gi korrekt informasjon om igangsatte og planlagte tiltak, bakgrunn for disse og ønsket resultat.

Seponer tiltak som ikke lenger er aktuelle, eller som skal endres. Seponeringsknappen blir aktiv når du merker linjen for tiltak. For å legge til nye tiltak henter du nye utsagn fra mal – nå heter knappen «fra plan».



Du kan også seponere mål eller hele problemstillingen ved å merke den aktuelle linjen. Dersom du seponerer et mål, vil alle tilhørende tiltak også seponeres.





Du kan legge til et nytt mål under den eksisterende problemstillingen og legge til nye tiltak. Eller du kan seponere hele problemstillingen og lage en ny plan.

Dersom målet er nådd eller problemstillingen av andre grunner ikke lenger er aktuell, seponerer du hele planen.

Referanser

Angermo, L.M. Bach, G. Dale, C. Dale, J.G. Mjøsund, N.H. Storteig, M. KITH rapport: *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie* (2003). Lokalisert på: <http://www.kith.no/upload/1105/R14-03VeilederElektroniskDokSykepleie-v1.pdf>

Berge, A. Hellesø, R. Moen, A. (2012) *Sykepleieres journalføring*. (1. utgave 2. opplag) Oslo: Akribes Cappelen Damm

Norsk Sykepleierforbunds terminologiråd (2008). *Anbefaling av sykepleieterminologier som skal bidra til pasientmedvirkning, samhandling og tverrfaglighet*.

Stensvold, U. Mølstad, K. Lyngstad, M. (2017) Prosjektrapport. *Utvikling og testing av veiledede planer med integrasjon av International Classification of Nursing Practice (ICNP®): Et pilotprosjekt*. Norsk sykepleierforbund og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold. <http://www.sandefjord.kommune.no/Helse-og-omsorg/Helse-og-omsorgstjenester/Utviklingscenter-for-sykehjem-og-hjemmetjeneste/Pagaende-prosjekter/veiledende-planer/>

Norsk sykepleierforbund (2011). *NSF anbefaler ICNP*.

NSFs faggruppe for eHelse (2015). *Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ*.

KITH (2003). *Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Nasjonal standard*.

Kunnskapscenteret. *Kunnskapsbaserte helsetjenester*. Lokalisert på: <http://www.kunnskapscenteret.no/kunnskapsbasert-helsetjeneste>

B. Graverholt, G. Jamtvedt, L.V. Norheim, M. W. Nortvedt og L.M. Reinart(2012): *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo Cappelen Damm.

HOD (1999). *Lov om helsepersonell*. Endret 2015

HOD (2000). *Forskrift om pasientjournal*. Endret 2013

HOD (2014). *Helseregisterloven*.

HOD (2014). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Endret 2015

HOD (2011). *Helse- og omsorgstjenesteloven*. Endret 2014

HOD (2008 – 2009). *St.meld. nr. 47: Samhandlingsreformen*.

HOD (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.