



VEILEDER FOR UTVIKLING, KUNNSKAPSBASERING OG FORVALTNING AV VEILEDENDE PLANER I SYKEPLEIE

MED
INTERNASJONAL KLASSIFIKASJON FOR
SYKEPLEIEPRAKSIS (ICNP)

Versjon 1.0 2020

Red. Sidsel Ragnhild Børmark
sidsel.ragnhild.bormark@helse-sorost.no

Veilederen er i første versjon utarbeidet av arbeidsgruppen for veiledende planer med ICNP i EPJ Helse Sør-Øst og i Helse Nord. Veilederen har så vært til høring og innspill fra nasjonalt fagnettverk ICNP i EPJ 110620 (se vedlegg 1 a og b).

Det har vært i alt to gjennomganger i styringsgruppen prosjekt ICNP i EPJ. Veilederen ble godkjent i styringsgruppemøte 180820.

Styringsgruppen har bestått av følgende medlemmer per august 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

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	3
1.1 Hensikt	3
1.2 Beskrivelser.....	3
1.3 Målgruppe	5
1.4 Kompetanse og hjelpemidler.....	5
2.0 Metode for å kunnskapsbasere VP	6
2.1 Krav og innhold metoderapport for VP	6
2.2 Sammenheng modell kunnskapsbasert praksis og metoderapport	7
2.3 Framgangsmåte	8
2.3.1 Kontekst og refleksjon	9
2.3.2 Spørsmålsformulering til PICO	9
2.3.3 Litteratursøk.....	10
Kritisk vurdering og utvelgelse litteratur	11
2.3.4 Gjennomgang og drøfting av resultat søk.....	11
3.0 Utforming	12
3.1 Sykepleiediagnose.....	13
3.1.1 Utforming av en sykepleiediagnose.....	13
3.2 Resultatmål.....	14
3.3 Intervensjoner.....	15
3.4 Forvaltning i spesialisthelsetjenesten	16
3.4.1 For regioner som ikke har felles EPJ-database (HSØ)	16
3.4.2 For regioner som har felles EPJ-database.....	16
3.4.3 Revidere eksisterende VP-er.....	16
3.4.4 Godkjenning av VP.....	17
3.5 Forvaltning i kommunehelsetjenesten.....	17
4.0 Formatering og navnsetting i VP	18
Vedlegg 1: Deltakelse utarbeidelse av nasjonal veileder	19
Vedlegg 2: Behovs- og funksjonsområder VIPS	21
Vedlegg 3: Metoderapport – blank.....	24
Vedlegg 4: PICO-skjema for Veiledende plan-blank	25
Vedlegg 5: Mal veiledende plan Word.....	26

1.0 Innledning

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

ICNP er fra 110820 en integrert del av SNOMED CT, men ICN (International Council of Nurses) vil fortsatt ha eierskap til ICNP, innhold og utvikling av terminologien.

Helse Sør-Øst (HSØ), Teknologi og e-helse, etablerte våren 2019 et fagprosjekt for implementering av veiledende planer (predefinerte pasientplaner) med internasjonal klassifisering for sykepleiepraksis (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.

1.1 Hensikt

Hensikten med veilederen er å sikre at nasjonale veiledende planer (VP) 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 VP med ICNP vil på sikt gjøre det enklere å utveksle pasientinformasjon (semantisk interoperabilitet) mellom nasjonale tjenestenivå og helsetjenester. En VP bidrar til å sikre beste kliniske praksis da den er kunnskapsbasert.

Hensikten med prosjektet er å:

- bidra til en nasjonal utvikling og forvaltning av Veiledende Planer (VP) med ICNP i en felles database.
- etablere nasjonal veileder for utarbeidelse og forvaltning av VP
- organisere nasjonal høring og godkjenningsprosess av VP
- etablere regionale nettverk for klinisk dokumentasjon sykepleie (KDS)
- kommunisere og informere interregionalt og til andre interessenter (leverandører, KS)
- publisere på nasjonal felles nettløsning Helsenorge.no med tilgjengelighet både for kommune- og spesialisthelsetjenesten
- etablere egen server for nasjonale veiledende planer

Det anbefales at en leser gjennom hele veilederen før arbeidet påbegynnes.

1.2 Beskrivelser

[ICNP](#) er en standardisert og maskinlesbar sykepleiefaglig terminologi som beskriver sykepleiepraksis. Terminologien legger til rette for å uttrykke sykepleiediagnose, pasientresultat (mål) og intervensjoner. Begrepssettet er designet for å være en integrert del av den globale informasjonsinfrastrukturen. ICNP tilbyr standardbegreper og fraser skal understøtte dokumentasjon

av sykepleietjenestens helsehjelp for pasientgrupper og situasjoner på tvers av diverse områder i helsetjenesten. Dette vil bidra til kunnskapsbasert praksis, kontinuitet og pasientsikkerhet.

ICNP er inndelt i ni *akser*, som tar for seg ulike aspekter ved sykepleie. Det er syv akser med enkeltstående ord som betegnes «primitiv», og to akser med sammensatte begreper «Diagnose/Resultat og Intervensjon». Det er mulig å lage nye begreper ved å kombinere begreper fra flere akser.

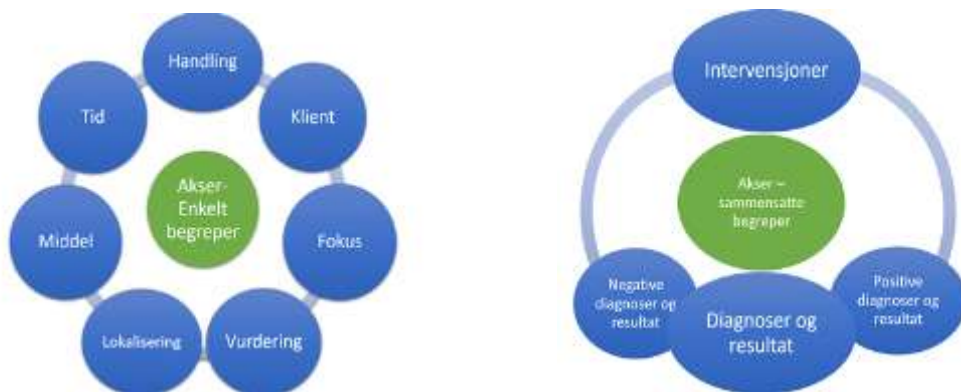


Fig 1: Akser enkeltstående begrep (primitiv)

Akser sammensatte begreper

(Hentet fra Nanokurs NSF)

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, og 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 i dag og består av ca 350 000 begreper. SNOMED CT kan bidra til detaljert og strukturert dokumentasjon av helsedata i elektroniske pasientjournaler og i helseregistre.

VIPS-modellen: Modellen er laget 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 symptom-bilde/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 utarbeidelse av pasientens egen plan hentes elementer fra den preformulerte listen i relevant VP.

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 og hjelpemidler

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

2.0 Metode for å kunnskapsbasere VP

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. Det henvises til [Helsebiblioteket](#) for å lære mer om metoden og til video [Hva er kunnskapsbasert praksis?](#)

2.1 Krav og innhold metoderapport for VP

Hensikten med metoderapport er å beskrive prosessen og redegjøre for kunnskapsgrunnlaget rundt utarbeidelse av en VP. Dette er svært viktig ved revideringer og sikrer metodisk etterprøvbarhet. Metoderapporten brukes underveis for å beskrive metoden/prosessen og redegjøre for kunnskapsgrunnlaget rundt utarbeidelse av VP.

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 blank)

AVGRENSNING OG FORMÅL	
1	Overordnede mål for VP: <i>Eksempel: Kunnskapsbasert sykepleie til pasienter som lever med fatigue.</i>
2	Hvem gjelder VP for (populasjon, pasient): <i>Eksempel: For voksne pasienter over 18 år.</i>
3	Navn, tittel og arbeidssted på medlemmer av arbeidsgruppen som har utarbeidet VP-en:
INVOLVERING AV INTERESSETER	
4	Synspunkter og preferanser fra målgruppen som VP-en gjelder for: <i>Det finnes flere offentlige nettsider som kan være aktuelle, som for eksempel: Folkehelseinstituttet. Pasientorganisasjonene er sentrale kontaktpunkter. Er denne planen aktuell for pasienter fra andre kulturer, så er det en del informasjon og kunnskap som kan være til nytte fra: National Health Service (NHS) nettside – Patients like me</i>
METODISK NØYAKTIGHET	
5	Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlaget: <i>Eksempel: Litteratursøk utført sammen med eller av bibliotekar PICO-skjema utfyllt som grunnlag for litteratursøk</i>

	Nivå litteratursøk Anbefalt nivå	Handlingspunkter Nasjonale veiledere og Lovverk Systematiske oversikter Eventuelt primærkilder hvis det ikke finnes relevante oppsummeringer eller systematiske oversikter. Disse må kvalitetssikres ved bruk av sjekklister.											
	Minimum nivå	Kliniske oppslagsverk Retningslinjer fra Norge, Sverige, Danmark											
6	Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er: Hva er gruppens inklusjon-/eksklusjonskriterier for valg av litteratur/kunnskap/erfaringer til denne VP-en. Synliggjøre hvilken prosess som er anvendt i utvelgelsen av kunnskapsgrunnlaget.												
7	Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget: Litteraturreferansen er angitt i tall bak intervensjonen. Eksempel: <table><tr><td>Intervensjon</td><td>ICNP kode</td></tr><tr><td>Vurdere sirkulasjon (1-9)</td><td>10050193</td></tr><tr><td>Vurdere perifer vevsperfusjon (1-8)</td><td>10042856</td></tr><tr><td>Måle væskeinntak (2,5-10)</td><td>10039245</td></tr><tr><td>Håndtere prøvetaking (13)</td><td></td></tr></table>			Intervensjon	ICNP kode	Vurdere sirkulasjon (1-9)	10050193	Vurdere perifer vevsperfusjon (1-8)	10042856	Måle væskeinntak (2,5-10)	10039245	Håndtere prøvetaking (13)	
Intervensjon	ICNP kode												
Vurdere sirkulasjon (1-9)	10050193												
Vurdere perifer vevsperfusjon (1-8)	10042856												
Måle væskeinntak (2,5-10)	10039245												
Håndtere prøvetaking (13)													
8	Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget: Oppsummert forskning på minimum og anbefalt nivå er kvalitetsvurdert i denne metoden for VP. Likevel kan det noen ganger være aktuelt å gi en vurdering av den erfaring/praksis som vi basere VP-en på. Et eksempel er at en ikke finner tilstrekkelig støtte (enkeltstudier) i litteraturen for en sykepleiediagnose eller intervensjon, men valget begrunnes ut fra den kliniske erfaringen/pasientpreferansene/annen fagkompetanse.												
9	VP er blitt vurdert internt/eksternt av relevante fagressurser (tittel, navn, arbeidssted): En fagvurdering fra andre fagmiljø/ressurser internt og eksternt er en god metode for å sikre kvalitet og relevans av innholdet i en VP. En kan også rent administrativt ha en sjekklister for kontroll av anvendte koder, lenker, struktur og oppsett for å luke ut feil kodeanvendelse og generelt oppsett. Dette kan ligge ved VP-en i kvalitetssystemet.												
ANSVAR													
10	Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av VP-en er:												

2.2 Sammenheng modell kunnskapsbasert praksis og metoderapport



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

Forskningsbasert kunnskap – Metoderapport VP punktene 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 3,9

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.

2.3 Framgangsmåte

Det å kunnskapsbasere en veiledende plan kan framstilles slik:

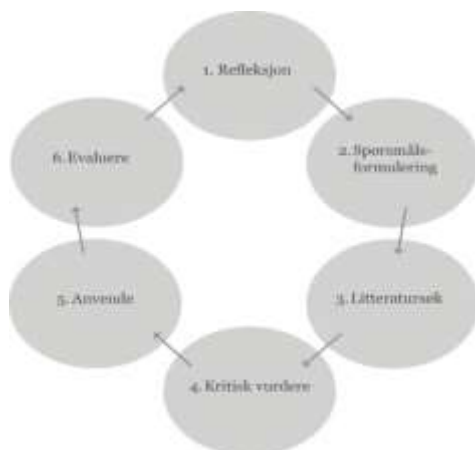


Fig. 2 Prosess for kunnskapsbasering

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

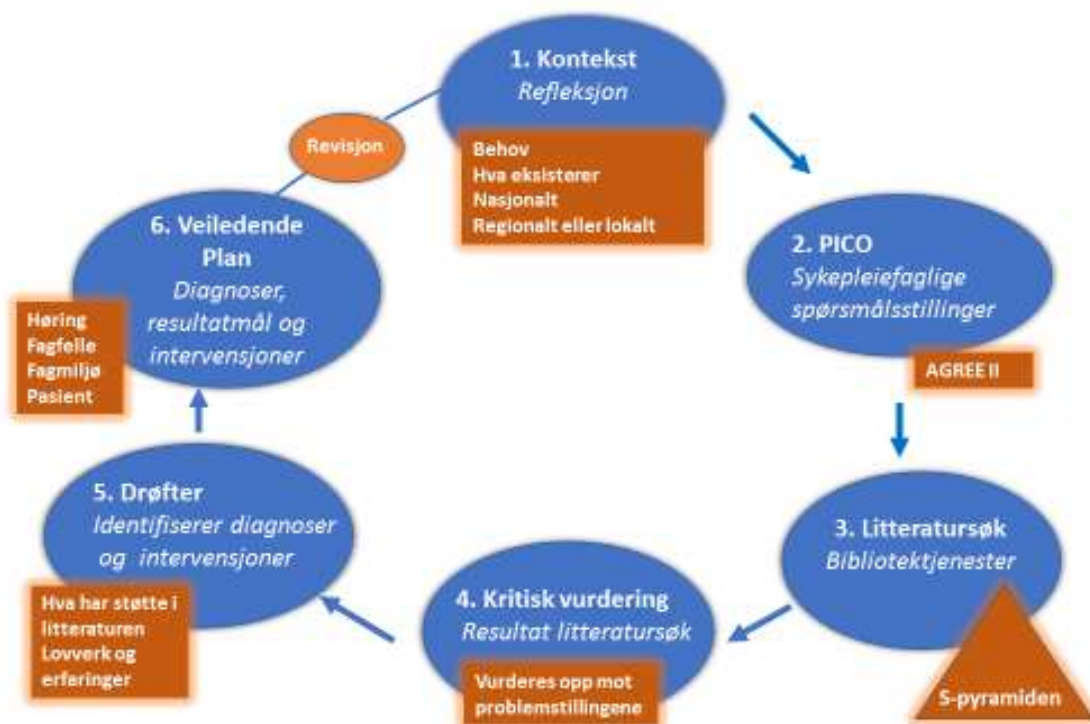


Fig 3 - Stegene for kunnskapsbasering VP v/ Sidsel R. Børmark 2020

2.3.1 Kontekst og refleksjon

- Hva har vi behov for?
- Hva eksisterer?
- Hva skal vi søke mer 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 Pico og søk.

2.3.2 Spørsmålsformulering til PICO

Det kan søkes bredt som for eksempel til kontekst for VP KOLS:

- Hva er beste sykepleie til pasienter med KOLS? Da kan vi få svar på mange elementer i VP-en.
- Det kan søkes mer spesifikt (forgrunnsspørsmål): Hvordan opplever KOLS-pasienter 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</i> (ikke vektlagt for søk VP)	Lungekapasitet Livskvalitet Tungpust

Det meste av litteraturen er publisert på engelsk og en må derfor oversette søkeordene til engelsk. For å finne engelske søkeord kan databasen SveMed+brukes, trykte eller elektroniske ordbøker, Google oversetter, Wikipedia og lignende. For ideer til formuleringer kan den engelske versjonen i ICNP Browser være et hjelpemiddel.

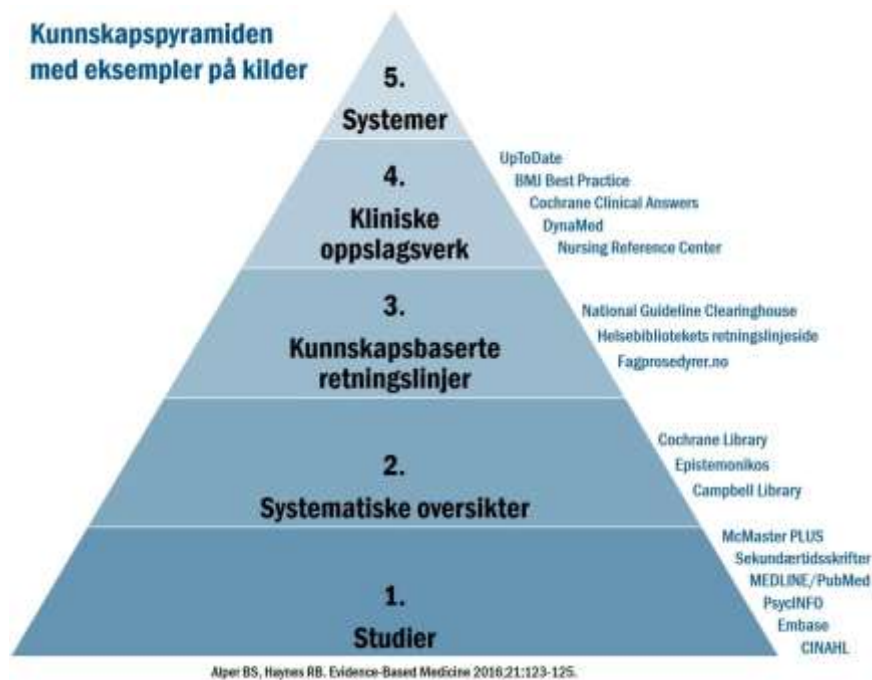
Spørsmålsformuleringene kan deles inn i type spørsmål, dette for å vite hvilke type forskning (design/metode) man skal søke etter:

Kjernespørsmål	Kunnskap om	Foretrukket design
<i>Hvordan oppleves det...?</i>	Erfaringer og holdninger	Kvalitative metoder
<i>Hvor mange...?</i>	Forekomst(prevalens)	Tverrsnitts studier
<i>Hvordan kan vi avgjøre om...?</i>	Diagnose	Tverrsnitts studier med referansetest
<i>Hvordan går det...?</i>	Prognose	Kohortstudie
<i>Hvorfor får noen...?</i>	Årsak (etiologi)	Kohortstudie Kasus-kontrollstudie
<i>Hva kan vi gjøre...?</i>	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).

2.3.3 Litteratursøk

Foreta et kvalifisert søk 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 må dokumenteres. Bibliotekene dokumenterer på [Mal for dokumentasjon av søk](#) (Helsebiblioteket). Resultat av dette søket vedlegges VP i kvalitetshåndboken og anvendes ved revisjon.

Kritisk vurdering og utvelgelse litteratur

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 kvalitetsvurderes ved hjelp av [sjekklister](#).

2.3.4 Gjennomgang og drøfting av resultat søk

- Gå igjennom listen i fellesskap i arbeidsgruppen og ta bort ikke-relevant litteratur ut fra Heading/overskrift.
- Sett resterende inn i en liste med abstrakt/konklusjon/resultat.
- Fordel videre utvelgelse i gruppen og prioriter ut fra kjente problemstillinger og ev. om ny bør legges til.
- Behold sykepleiefaglig fokus.
- Relater til hva litteraturen underbygger i forhold til sykepleiediagnoser og intervensjoner.
- Den forskning 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 man bruke lokale ressurspersoner/rådgivere som veiledere.

3.0 Utforming

Bruk Mal i Word (vedlegg 5) eller Excel (publiseres med veileder) for veiledende plan med ICNP, eller eksisterende mal i helseforetak. Ved revisjon hentes den VP som skal revideres fra kvalitetssystem i eget HF.

Utarbeidende enhet/arbeidsgruppe har ansvar for:

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

En veiledende plan (VP) består av elementene:

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

Ved utarbeidelse anbefales det først å gjennomgå [Nanokurs ICNP](#). Deretter anvendes [ICNP Browser](#), hovedverktøyet for å lete fram sykepleiediagnoser, resultatmål og intervensjoner.

Det er de sammensatte aksene «Diagnose/Resultat» og «Intervensjon» som brukes ved utarbeidelse av en VP. Da begrep sammensatt fra to akser skaper problemer med mapping til SNOMED CT og derved gjenbruk av informasjonselementene, skal ikke slike brukes i VP-er.

Ved behov for begreper i ICNP utover de som eksisterer, meldes dette til nasjonal fagforvaltning av VP (under etablering). Forslag til nye eller endring av begrep (språklig) sendes til Helse Sør-Øst ved sidsel.ragnhild.bormark@helse-sorost.no og/eller til NSF ved bente.christensen@nsf.no som videreformidler til ICNP International.

Så langt det er mulig, skal eksisterende begreper (sammensatte med én kode) for diagnose/resultat og intervensjoner brukes i en VP. Dersom en ikke finner gode og dekkende begreper, kan det hjelpe å søke på engelsk i browseren, se på synonymer eller beskrivelser av liknende begrep.

I beskrivelsen av et begrep vil det ofte være presentert «foreldre» og «barn». Disse viser begreper som er overordnet og/eller underordnet det aktive begrepet. Her kan det være nyttig å lete etter dekkende begreper (se kapittel 3.2 og Nanokurs ICNP).

3.1 Sykepleiediagnose

I ICNP blir kodene til sykepleiediagnosene og resultatmål presentert på samme akse; Diagnose/Resultat. Sykepleiediagnosene fremstilles ofte som negativt resultat (problematikk), mens ønsket resultatmål blir presentert som positivt resultat.

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

Sykepleiediagnose	ICNP kode	Resultatmål	ICNP kode
Problem med lavt næringsinntak	10025519	Næringsinntak innenfor normalområdet	10037572

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.

Pasientens ressurser kan forstås som pasientens styrker eller helseaktiva. En sykepleiers oppgave er blant annet å hjelpe pasienten til å mobilisere disse styrkene. Det er viktig å ha fokus på dette i pasientens individuelle behandlingsplan, men siden ressurser er svært individuelle, er det ikke hensiktsmessig å inkludere disse i en VP. Ressurser kan kodes ved hjelp av ICNP (sykepleiediagnose) i et kartleggingsnotat/innkomstnotat som kan gjenbrukes i pasientens egen plan som støtte, spesifisering og begrunnelse for aktuelle diagnoser og intervensjoner.

3.1.1 Utforming av en sykepleiediagnose

- Bruk ICNP Browser aktivt og finn aktuelle koder og definisjoner som passer med problemstillingene.
- Les beskrivelse/synonymer for diagnosen for å sikre valg av rett kode (hvis det eksisterer).
- Tenk pasientens ressurs/problemstilling/behov, konsekvens av sykdom, ikke medisinsk diagnose.
- Begrepene kan hentes både fra ICNP Browser og fra eksisterende VP-er.
- Begrepene kan også hentes fra [Veiledende planer](#) i kommunehelsetjenesten.
- Kode for diagnose/resultat finnes i diagnose/resultataksen.
- Det skal være en klar og naturlig sammenheng mellom sykepleiediagnose og tilhørende resultatmål.
- Oppsettet på en VP utformes horisontalt i Excel-format, eksempel:

Veiledende plan: Sepsis - akutt						
FO	Sykepleiediagnose	ICNP koder	Resultatmål	ICNP koder	Intervensjoner	ICNP koder
1,3	Nedsatt årvåkenhet	10027165	Årvåkenhet	10028346	Vurdere bevissthet	10050286
					Overvåke vitale tegn	10032113
					NEWS II: Lenke til prosedyre	
					PEVS: Lenke til prosedyre	
					Q- score: Lenke til prosedyre	
3,14	Svekket respirasjon	10023362	Tilfredsstillende respiratorisk status	10033830	Vurdere respirasjonsstatus	10036786
					Vurdere respiratorisk status med bruk	10002799
					Opprettholde ventilasjon	10016646

Behovs- og funksjonsområder legges inn i egen kolonne til venstre side ut for diagnosen. Flere funksjonsområder kan legges inn.

3.2 Resultatmål

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

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

Resultatmålene hentes i ICNP Browser ved å søke opp diagnosen og så å se på «Barn» (underordnet) eller «Foreldre» (overordnet). De kan også hentes fra eksisterende kunnskapsbaserte VP-er i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Eksempel fra ICNP Browser:

ICNP Browser


ICNP søkemotor
2019 release ▾
Norwegian ▾
Se på ▾

Søk...

Vevskvalitet
Vevsnedbryting
Videregående skole
Vifte
Viljekraft
Viljestyrke
Ville dyr
Vind
Virkning av anestesi
Virkning av antibiotikum
Virkning av slimløsende legemiddel
Virkning av vaksine
Virksomhet som utøver helsetjenester
Viscerale smerter(i indre organer)

Type:
Diagnosis / Outcome

Kode:
10028555

Foretrukket term:
Vevskvalitet

Kunnskapsnavn:
ActualPositiveBodyTissueIntegrity

Beskrivelse:
Vevskvalitet

Akse:
Diagnose / Resultat

Foreldre:
Diagnose og resultat ikke relatert til kropp og psykisk tilstand
Positiv diagnose og positivt resultat
Tilfredsstillende hud kvalitet

Barn:
Tilfredsstillende hudkvalitet
Tilfredsstillende munnslimhinner

3.3 Intervensjoner

I følge VIPS-modellen er hensikten med intervensjoner å:

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

Beskrivelsen av intervensjonen skal angi tiltakets art, ikke tiltakets mål. Det spesifiseres for eksempel hva, hvordan, når, hvor av hvem, samt pasientens status og pårørendes medvirkning. Sykepleiediagnose og mål styrer valg av intervensjon..

Intervensjonene søkes opp ved hjelp av ICNP Browser. «Foreldre/barn»-funksjonaliteten kan brukes for å finne relaterte begreper etter en har funnet aktuell diagnose og resultat.

Intervensjonene er formulert som en handling som enten pasienten enten skal gjøre selv, eller som helsepersonell skal gjøre for eller sammen med pasienten. Prosedyrer relatert til intervensjonen legges under. Ved utforming av nasjonale VP-er anvendes/lenkes VAR Healthcare prosedyrene og ellers til andre nasjonale retningslinjer/prosedyrer. Ved tilpasning til organisasjoner/helseforetak lenkes de lokale prosedyrene inn under tilhørende intervensjon.

Lenke til aktuelle prosedyrer legges under intervensjonen som for eksempel (VP Sepsis-akutt):

FO	Sykepleiediagnose	ICNP koder	Resultatmål	ICNP koder	Intervensjoner	ICNP koder
5	Problem med nyrefunksjon	10023169	Tilfredstillende nyrefunksjon	10028490	Vurdere urin	10050164
					Håndtere vannlating	10035238
					Blærekateterisering	10030884
					VAR: Innsetting av permanent kateter (KAD) mann	
					VAR: Innsetting av permanent kateter (KAD) kvinne	
					VAR: Stell og observasjoner ved innleggelse permanent kateter	
					VAR: Fjerning av permanent kateter (KAD) kvinne	

3.4 Forvaltning i spesialisthelsetjenesten

Det er ulikt hvordan arbeidsoppgaver relatert til klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS) er organisert i sykehusene. I følge retningslinjen for [regional forvaltnings av KDS](#) i HSØ anbefales følgende:

- Ansvar for dokumentasjon av helsehjelp i helseforetaket er i linjen.
- Ansvar for innføring av veiledende planer i helseforetaket og organisatorisk tilrettelegging ligger til helseforetakenes ledelse.
- Ansvar for revisjon av regionale VP-er og oppdatering av retningslinjen er i klinisk IKT forvaltning ved regionalt nettverk KDS.

Retningslinjen anbefaler en koordineringsansvarlig/fagansvarlig for KDS i HF-et, knyttet opp mot regional klinisk IKT forvaltning, som har oversikt over og oppfølgingsansvar for hvordan VP benyttes i eget helseforetak (HF).

For å sikre en enhetlig forvaltning av regionale planer, må det finnes et regionalt nettverk KDS der koordineringsansvarlige i HF-ene 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.

3.4.1 For regioner som ikke har felles EPJ-database (HSØ)

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.

3.4.2 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.

3.4.3 Revidere eksisterende VP-er

- Ønske om revidering meldes til koordineringsansvarlig
- Vanlig revisjon (hvert 3. år eller lokal variasjon) sendes til dokumentansvarlig
- Koordineringsansvarlig vurderer begrunnelsene på bakgrunn av denne brukerveilederen og avgjør om det er grunnlag for revidering før det er gått 3 år

3.4.4 Godkjenning av VP

- 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 av IKT forvaltningen lokalt eller regionalt.

Styringsgruppen for nasjonalt Fagnettverk ICNP i EPJ er i prosjektperioden besluttende/godkjennende organ for nasjonale VP-er.

Forvaltningsmodellen for de nasjonale VP-ene (fag/teknisk/lisens/) utarbeides i et samarbeid mellom RHF-ene, kommunehelsetjenesten, NSF og direktoratet for e-helse.

3.5 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 prosess-støtte knyttes 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.

4.0 Formatering og navnsetting i VP

Font, fontstørrelse og skriftstil skal være lik i alle VP som skal legges inn 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 inngå 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 Diagnose Fenomen Symptom Pasientgruppe	Akutt Kronisk Pre- eller postoperativ Rehabilitering Utredning Behandling Tidsavgrenset: 2. trimester	Definer aldersgruppe dersom planen omhandler kun en gruppe, f. eks. barn, eldre.

En VP betegnes da på følgende måte:

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

Eksempler:

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

Vedlegg 1: Deltakelse utarbeidelse av nasjonal veileder

A 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 Diakonale 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

B Nasjonalt fagnettverk ICNP i EPJ gjennomgang veileder og innspill 110620

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 Hofsøy	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

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. Kropstemperatur, 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, spisevansker, 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 blodsukternivå, 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, håravfall, svetting. 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, bevegelse 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 avkledning, personlig hygiene, dusj/bad. Kapasitet til å lage mat, å 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, trettbarhet, utmattelse, kraftløshet. Innsovning, søvnkvalitet, uthvilt eller trett etter søvn. Faktorer som fremmer eller hindrer søvn og hvile. Egenomsorg og hjelpemidler 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	<i>Emosjonelt</i> 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. <i>Motivasjon</i> Vilje, livslust, 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. <i>Roller/Relasjoner</i> 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.
12. Åndelig/Kulturelt	Tro, verdier, religion, kultur, livssyn. Opplevelse av menings fylde. 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.

Vedlegg 3: Metoderapport – blank

METODERAPPORT FOR VEILEDENDE PLAN: Dato:	
AVGRENSNING OG FORMÅL	
1	Overordnede mål for VP:
2	Hvem gjelder VP for (populasjon, pasient):
3	Navn, tittel og arbeidssted på medlemmer av arbeidsgruppen som har utarbeidet VP-en:
INVOLVERING AV INTERESSETER	
4	Synspunkter og preferanser fra målgruppen som VP-en gjelder for:
METODISK NØYAKTIGHET	
5	Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlaget:
6	Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er:
7	Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget:
8	Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget:
9	VP er blitt vurdert internt/eksternt av relevante fagressurser (tittel, navn, arbeidssted):
ANSVAR	
10	Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av VP-en er:

Vedlegg 4: PICO-skjema for Veiledende plan-blank

Veiledende Plan:			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål. Spørsmålet skal bestå av følgende deler:			
Patient/problem Hvilke pasienter/tilstand/sykdom dreier det seg om?	Intervention Hvilken intervensjon/eksposisjon dreier det seg om?	Comparison Hva sammenlignes intervensjonen med?	Outcome Hvilke resultat/effekt er av interesse?
Fullstendig spørsmål:			
Hva slags type spørsmål er dette? ☐ Diagnose ☐ Etiologi ☐ Erfaringer ☐ Prognose ☐ Effekt av tiltak		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter relevante lover og forskrifter? ☐ Ja ☐ Nei	
Hvilke søkeord er aktuelle for å dekke problemstillingen? Bruk engelske ord, og pass på å få med alle synonymer. Del opp søkeordene etter hva som gjelder/beskriver pasienten, intervensjonen/eksposisjonen, sammenligningen og utfallet.			
P Person/pasient/problem	I Intervensjon/eksposisjon	C Evt. sammenligning	O Resultat/utfall

A Mal Veiledende plan Vannrett

Utarbeidet av: [Enhet/Org/Navn]

Gjelder fra: [Dato]

Revideres innen dato: [Dato]

VIPS Funksjonsområder (FO)					
1.	Kommunikasjon	6.	Hud/Vev	11.	Psykososialt
2.	Kunnskap/Utvikling	7.	Aktivitet/ADL	12.	Åndelig/Kulturelt
3	Respirasjon/Sirkulasjon	8.	Søvn/Hvile	13.	Sikkerhet
4.	Ernæring/Matinntak	9.	Smerte/Sanseinntrykk	14.	Sammensatt status
5.	Eliminasjon	10.	Seksualitet/Reproduksjon		

[illegible]

B Mal Veiledende plan *Horizontalt*

LOGO

Utarbeidet av: [Enhet/Org/Navn]

Godkjent: [Dato]

Gjelder fra: [Dato]**Revideres innen dato: [Dato]**

VIPS Funksjonsområder (FO)					
1.	Kommunikasjon	6.	Hud/Vev	11.	Psykososialt
2.	Kunnskap/Utvikling	7.	Aktivitet/ADL	12.	Åndelig/Kulturelt
3	Respirasjon/Sirkulasjon	8.	Søvn/Hvile	13.	Sikkerhet
4.	Ernæring/Matinntak	9.	Smerte/Sanseinntrykk	14.	Sammensatt status
5.	Eliminasjon	10.	Seksualitet/Reproduksjon		

Veiledende plan:

FO	ICNP	Sykepleiediagnoser
FO	ICNP	Resultatmål
FO	ICNP	Intervensjoner

