



**NORSK
SYKEPLEIERFORBUND**



**Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Vestfold

NSF og USHT Vestfold

Prosjektrapport

Utvikling og testing av veiledende planer med
integrasjon av International Classification of
Nursing Practice (ICNP®): Et pilotprosjekt.

Unni Stensvold, Kathryn L. Mølstad og Merete Lyngstad
03.05.2017

Sammendrag

Norsk Sykepleierforbund (NSF) startet i 2015 et prosjekt i for å utvikle kunnskapsbaserte veiledende planer for bruk i sykehjem og hjemmesykepleien. I de veiledende planene ble terminologisystemet International Classification for Nursing Practice (ICNP®) integrert. ICNP® eies av International Councils of Nurses (ICN).

Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT). Prosjektets hovedoppgave var å utvikle og teste kunnskapsbaserte veiledende planer med ICNP® i en elektronisk pasientjournal.

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

En veiledende plan inneholder kodet informasjon om problemstillinger/behov for helsehjelp, pasientens ressurser, ønsket resultat, tiltak og evaluering. Planene individualiseres for den enkelte pasient. Ved bruk av veiledende planer kan dokumentasjon av helsehjelp bli mer effektiv og kvalitetssikker. Kunnskapsbasert praksis er en forutsetning for å kunne levere trygge og sikre helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

Kunnskap om praksis og resultater er viktig for et aktivt kvalitetsforbedringsarbeid. Å bruke data fra EPJ i kvalitetsforbedring er i dag tungvint og tidkrevende på grunn av manglende struktur i journalsystemer. Gjennom bruk av strukturerte data fra elektronisk pasientjournal (EPJ) kan helse- og omsorgstjenestene øke kunnskapen om gitt helsehjelp, for bedre oppfølging av kvalitet, informasjonsflyt og samhandling. Man kan i større grad automatisere innhenting av helseinformasjon og informasjonen blir sammenlignbar nasjonalt og internasjonalt ved bruk av kodeverk og terminologi.

Prosjektet utviklet kunnskapsbaserte veiledende planer på fem områder valgt ut fra pasientsikkerhetsprogrammet og nasjonale retningslinjer. Planene ble utviklet etter prinsippene i kunnskapsbasert praksis, i en iterativ prosess der erfaringene fra utprøvingen bidro til videre utvikling. Implementering i EPJ ble gjort i samarbeid med en EPJ-leverandør, Acos, som hadde sagt seg villig til å legge til rette for utprøving i CosDoc. Alle pilotkommunene brukte dette EPJ-systemet.

Testing av planene ble gjort i fem kommuner, i sykehjemsavdelinger, hjemmetjeneste og omsorgsboliger. Piloteringen gikk over 8 uker i hver kommune, første kommune startet i september 2015 og siste pilot ble avsluttet i desember 2016. Medarbeidere i pilotavdelingene fikk grunnleggende opplæring i dokumentasjon og en innføring i praktisk bruk av planverktøyet.

Prosjektet brukte spørreundersøkelser, intervjuer og data fra EPJ i evaluering av resultatene.

Den viktigste erfaringen er den entydige tilbakemeldingen fra alle deltakerne; at veiledende planer med ICNP® var nyttig og effektivt, ga kontinuitet og god kvalitet. Dette ønsket de mer av. På bakgrunn av responsen er det allerede utviklet planer på flere områder og det planlegges å utvide dette.

Helsepersonells opplevelse og erfaringer med bruk av kunnskapsbaserte veiledende planer og terminologi var hovedkilde i evalueringen. I spørreundersøkelsene og gruppeintervjuer kom det fram

at veiledende planer gjorde det lettere å formulere seg skriftlig, det var enkelt og effektivt å bruke og ga god oversikt over pasientens status og behov for helsehjelp. Bedre prosess- og beslutningsstøtte bidro til kvalitetssikring i valg av tiltak og flere ble tryggere på å bruke planverktøy i dokumentasjon.

Kunnskapsbaserte veiledende planer med ICNP[®] ga prosess-støtte til helsepersonell, økte kvaliteten på dokumentasjon av helsehjelp og bidro derigjennom til økt pasientsikkerhet. Bruk av strukturert dokumentasjon og terminologi gjorde at dokumentasjonen ble mer oversiktlig, det var raskere og enklere å finne informasjon og det stimulerte til dialog og tverrfaglig samhandling. De veiledende planene bidro til bedre arbeidsprosesser og planene ga god oversikt over pasientens status og behov for helsehjelp.

Bruk av veiledende planer stimulerte til økt aktivitet i dokumentasjonen, det satte fokus på forebyggende tiltak og bidro til kontinuitet og pasientsikkerhet. Struktur og språk i EPJ ble bedre, noe som la til rette for refleksjon, tverrfaglig samarbeid og brukerinvolvering. Tilgang til detaljerte data ga ledere mulighet til å hente informasjon til bruk i kvalitetsforbedringsarbeid og personaloppfølging. Verktøyet stimulerte til læring og forbedringsarbeid i pilotavdelingene

Det er utfordringer knyttet til utvikling, vedlikehold og bredding av veiledende planer, og til utvikling av EPJ-funksjonalitet og implementering av rutiner og verktøy i kommunene. Prosjektet har beskrevet metodikk for utvikling av veiledende planer. Denne bør videreutvikles og forankres på en måte som sikrer kunnskapsbasering i oppdatering og produksjon. Bredding er avhengig av utvikling i EPJ-funksjonalitet, slik at flere EPJ-systemer kan tilby terminologi og prosessstøtte i planlegging av helsehjelp og oppfølging av pasienter. Det er også avhengig av ledelsesforankring og implementering i kommunene. Prosjekter erfarte at resultatet av implementering var tett knyttet til leders oppfølging og forventning til medarbeiderne.

ICNP[®] er en terminologi som er tilpasset behovet for dokumentasjon i sykepleietjenesten, noe som er vesentlig for å oppnå strukturerte data i EPJ-systemene i kommunehelsetjenesten. Prosjektet har testet ut terminologi brukt i veiledende planer som ett bruksområde, men det finnes mange flere muligheter til terminologianvendelse i EPJ.

Prosjektet anbefaler at det utvikles veiledende planer på flere områder og at disse gjøres tilgjengelige i alle pasientjournalssystemer. Videre at det arbeides for nasjonal forankring og bredding av terminologi og standardisert verktøy, og at dette følges opp med relevante krav til leverandører av pasientjournalssystemer.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
1. Innledning.....	5
1.1. International Classification for Nursing Practice (ICNP®).....	6
1.2. Kunnskapsbaserte veiledende planer	7
2. Målsetting med prosjektet	9
3. Gjennomføring av prosjektet.	10
3.1 Utvikling av veiledende planer i ICNP®.....	10
3.1.1 Metodikk for utvikling av kunnskapsbaserte veiledende planer	10
3.1.2 Arbeidsprosess i utviklingen av veiledende planer	11
3.1.3 Samkjøring av relaterte prosjekter.....	16
3.1.4 Ulike modeller for å strukturere dokumentasjon.	17
3.1.5 Oversikt over veiledende planer utviklet i prosjektet.....	17
3.2 Implementering i elektronisk pasientjournal.....	18
3.2.1 Samarbeid med leverandører.....	18
3.2.2 Forutsetninger i EPJ-systemet.	19
3.2.3 Kravspesifikasjon	20
3.3 Pilotering og testing av de veiledende planene	21
3.3.1 Opplæring av medarbeidere i pilotkommunene.....	22
3.3.2 Metode og gjennomføring av evaluering av prosjektet.....	22
4. Resultater	25
4.1. Arbeidsprosesser	25
4.1.1 Mindre tidkrevende, lettere å formulere seg og tydeligere språk.....	25
4.1.2 Tilgang til informasjon	26
4.1.3 Aktiv bruk av veiledende plan for helsehjelp	28
4.1.4 Erfaringer med funksjonalitet i EPJ-systemet	29
4.2 Pasientsikkerhet og kvalitet	30
4.2.1 Bedre beslutnings- og prosesstøtte i EPJ.....	30
4.2.2 Fokus på forebyggende tiltak	32
4.2.3 Økt kontinuitet og samhandling.....	33
4.2.4 Bidrar til pasient- og brukerinvolvering.....	34
4.3 Kvalitetsforbedring og ledelse.....	36

4.3.1 Læring, forbedring og kompetanseutvikling	36
4.3.2. Rapportering og styringsdata	37
4.4 Delprosjekt ernæring.....	38
5. Konklusjon	41
6. Anbefalinger og videre arbeid	42
7. Prosjektorganisering.....	43
7.1 Styringsgruppe.....	43
7.2 Referansegruppe	43
7.3 Workshop	43
7.4 Arbeidsgrupper.....	44
Referanser	44
Vedlegg.....	48
1. Veiledende planer	48
2. Flytskjema, illustrasjon av datasamling og dokumentasjon.....	55
3. Skala for analyse kvalitet	61
4. Spørreskjema.....	62
5. Guide til gruppeintervju	67
6. Guide til intervju med avdelingsledere	72
7. Kompendium til opplæring.....	75

1. Innledning

Det er i primærhelsemeldingen (Meld. St.26, 2014-2015) beskrevet behov for en mer systematisk oppfølging av pasienter og brukere. Dagens EPJ-systemer i kommunehelsetjenesten understøtter dette i liten grad. Det er dokumentert gjennom forskning og tilsyn i helsetjenesten at mangelfulle EPJ-systemer kan medføre manglende og feil behandling, unødvendige innleggelses og reinnleggelses i sykehus, mangelfull dokumentasjon og problemer med å finne informasjon. Dette er en trussel mot pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet i tjenestene.

Krav til dokumentasjon av helsehjelp er beskrevet i lover og forskrifter, og informasjonshåndtering er tema i flere stortingsmeldinger. Kommunene skal sørge for at journal- og informasjonssystemene er forsvarlige og ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av systemer. Helsepersonell har dokumentasjonsplikt, og pasienten har rett til medvirkning, informasjon og innsyn. Pasientjournalen skal inneholde opplysninger om behandling og oppfølging, og når og hvordan helsehjelp er gitt.

Det brukes mye tid til å dokumentere helsehjelp. Helsepersonell nedtegner observasjoner, pasientopplevelser, kartlegginger og målinger og det utarbeides planer. Helsetilsynet og forskning viser at kvaliteten på dokumentasjon av helsehjelp i kommunehelsetjenesten varierer. Ustrukturert fritekst er den vanligste metoden for dokumentasjon. Dette gir risiko for feiltolkninger av viktig informasjon. I tillegg hindrer fritekst uttrekk av data som kan benyttes i blant annet kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Her er det store gevinster å hente både hva gjelder kvalitet og effektivitet, og ikke minst pasientsikkerhet.

De elektroniske pasientjournalssystemene (EPJ) mangler så langt funksjonalitet som effektivt kan understøtte arbeidsprosesser og planarbeid, og kan dermed være en trussel mot kontinuitet og trygg oppfølging av pasienter. I kommunehelsetjenesten ytes tjenester gjennom alle døgnets timer, av et stort antall medarbeidere med ulik kompetanse og mange har små stillingsstørrelser. Det brukes ulike begreper for de samme fenomener og disse kan mistolkes. For å oppnå bedre kvalitet og pasientsikkerhet er det nødvendig og arbeide kunnskapsbasert gjennom standardisering av sykepleietjenestens planer for helsehjelp og bruk av et standardisert språk. Kunnskapsbasert praksis er en forutsetning for å kunne levere trygge og sikre helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Dette kan bidra til mer presise, målrettede og konkrete tiltak som understøtter pasientens egne ønsker, og følger de retningslinjer og faglige standarder som til enhver tid er gjeldende.

Standardisering av sykepleietjenestens planer for helsehjelp kan oppnås ved bruk av kunnskapsbaserte veiledende planer og bruk av terminologi. En kunnskapsbasert veiledende plan er strukturert og inneholder kodete begreper om problemstillinger/behov for helsehjelp, pasientens ressurser, ønsket resultat, tiltak og evaluering. Planene individualiseres for den enkelte pasient. Ved bruk av kunnskapsbaserte veiledende planer kan gjennomføring og dokumentasjon av helsehjelp bli mer effektiv og kvalitetssikker.

Bruk av terminologi og presist språk vil være en styrke i det flerfaglige arbeidet, fordi nøyaktig og ensartet informasjon og dokumentasjon vil øke forståelsen for pasientens tilstand og behov. Dette vil bidra til bedre kvalitet i planlegging og oppfølging av helsehjelp der flere yrkesgrupper og personer fra ulike fagområder samarbeider om pasienten/brukeren som for eksempel i hverdagsrehabiliteringsteam, primærhelseteam og oppfølgingsteam.

Med dette som bakgrunn startet Norsk Sykepleierforbund (NSF) i 2015 prosjekt for å utvikle kunnskapsbaserte veiledende sykepleieplaner for bruk i sykehjem og hjemmesykepleien. I planene er terminologisystemet International Classification for Nursing Practice (ICNP®) integrert. ICNP® er utviklet for å dekke sykepleiernes behov for dokumentasjon av helsehjelp og er godt egnet til bruk i veiledende planer. Hensikten med prosjektet har vært å bidra til at sykepleiere lettere skal kunne jobbe kunnskapsbasert og systematisk for å oppnå økt pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen. I tillegg skal det bidra til forenkling og effektivisering av dokumentasjons- og informasjonsprosesser.

Prosjektet er gjennomført i samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT Vestfold). Deres prosjekt med fokus på ernæring og samhandling ble integrert som et delprosjekt.

1.1. International Classification for Nursing Practice (ICNP®)

ICNP® er en standardisert terminologi som støtter sykepleiepraksis, pasientbehandling og omsorg. International Council of Nurses (ICN) eier og utvikler ICNP®. Terminologien er oversatt til 19 språk og er i bruk over hele verden. Oversatt til norsk heter terminologien Internasjonal klassifisering av sykepleiepraksis. ICN definerer terminologien slik på sine nettsider¹ :

«ICNP® er en formell terminologi, en ordliste med begreper og uttrykk som sykepleiere kan bruke systematisk til å beskrive og rapportere praksis. Pålitelig informasjon om resultater kan brukes til å understøtte god praksis, effektivisere beslutningsprosesser og levere data til bruk i utdanning, forskning og helsepolitikk.»

ICNP® kan brukes i alle områder som angår sykepleietjenesten. ICNP inneholder begreper for behov/problem/sykepleiediagnoser, tiltak og ønskede resultater. Bruk av ICNP gir mulighet for å spore og søke etter pasientinformasjon i EPJ. Strukturerte data og informasjon kan registreres én gang og gjenbrukes i den grad EPJ-systemene legger til rette for det. Dette gjør det enklere å aggregere data til kvalitetsforbedringsarbeid, styringsformål, forskning og utvikling. Det vil også være et viktig datagrunnlag for kvalitetsindikatorer.

Den engelske og den norske versjonen av ICNP® kommer med nye utgaver hvert annet år. Terminologien inneholder over 4000 begreper og utsagn som kan stå alene eller kombineres. Den består av et hierarkisk system der begrepene har relasjon til hverandre. For eksempel er «Diagnose og resultat» overordnet begrep/foreldrebegrep til blant andre «Ingen komplikasjoner under fødsel» og «Ingen stomikomplikasjoner». Begrepene hentes fra sju ulike akser og bygges opp til pre-koordinerte utsagn. For eksempel er «Administrere antibiotika» satt sammen av administrere fra handlingsaksen og antibiotika fra middel. Hvert begrep får sin individuelle kode.

Nye versjoner innebærer tilvekst av nye begrep, språkrevisjon av eksisterende eller at begrep fjernes eller erstattes. Det er mulig å foreslå opptak av nye begreper i ICNP®. Søknad sendes ICN via et skjema på nettsidene. Begreper som søkes antatt skal defineres og begrunnes, og redaksjonen vurderer begrepet før det sendes videre til vurdering av eksperter innen fagfelt og teknologi. I den siste

¹ <http://www.icn.ch/what-we-do/definition-a-elements-of-icnpr/> Oversatt til norsk

versjonen av ICNP® er det over 80 begreper/utsagn som er foreslått fra Norge. Den åpne holdningen i ICNP® og mulighetene til dialog og påvirkning har stor betydning for videre utvikling av både dokumentasjonsverktøy og terminologi.

Begrepene fra siste versjon (2015) finnes tilgjengelig i søkemotor på internett; ICNP® Browser². Det kan søkes etter begrep eller man kan finne hvilke begrep som knytter seg til de ulike aksene. ICNP® er bygget på Web Ontology Language (OWL), og terminologien er kompatibel med ISO strukturen for sykepleiediagnoser og intervensjoner (ISO 18104³).

ICNP® er en relatert klassifikasjon i Verdens Helseorganisasjons (WHO) internasjonale klassifikasjoner, sammen med blant annet ICPC-2 og ATC/DDD. Det pågår også et samarbeid mellom ICN og SNOMED International om harmonisering av ICNP® og SNOMED CT.

Det er finnes flere muligheter for bruk av ICNP® i EPJ. Kodeverket kan implementeres i sin helhet og brukes som søkemotor slik at den enkelte medarbeider velger begrep fritt, eventuelt setter sammen begreper til utsagn. Det er også utviklet kataloger med begreper og utsagn innen bestemte tema, for eksempel «demenskatalog» (Laukvik 2015). Internasjonalt er det utviklet et sett med kataloger som er tilgjengelig på ICN sine nettsider, for eksempel «Palliativ care» eller «Prenatal nursing care».⁴ Katalogene gjør det mulig å begrense søk etter begrep til gjeldende tema. I dette prosjektet har vi kun testet bruk av ICNP® i kunnskapsbaserte veiledende planer. Det vil si at det benyttes strukturerte, forhåndsdefinerte begrep og ikke søk i kataloger eller søkemotor.

1.2. Kunnskapsbaserte veiledende planer

Med kunnskapsbaserte veiledende planer, mener vi strukturerte maler med forhåndsdefinert tekst for problem/ressurs/behov (PRB), mål og tiltak.

For at veiledende planer skal være et godt arbeidsredskap er det viktig at de understøtter kunnskapsbasert praksis for de som bruker dem. Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Senter for kunnskapsbasert praksis 2012). Veiledende planer er utviklet med grunnlag i oppdatert kunnskap hentet fra systematiske kunnskapsoppsummeringer, oppslagsverk, fagprosedyrer, retningslinjer og veiledere samt pasientsikkerhetsprogrammet. Helsepersonell har bidratt med sin erfaring, og det er lagt vekt på kartlegging og samhandling med pasienten.

Veiledende planer understøtter klinisk vurdering og dokumentasjon av arbeidsprosesser slik:

1. Status kartlegges og vurderes, blant annet ved hjelp av validerte instrumenter og risikovurderingsverktøy.
2. Problem/ressurs/behov defineres og ønsket resultat beskrives. Problemstillingen kan videre beskrives gjennom valg av utsagn for ressurser og kjennetegn.
3. Relevante tiltak settes opp og konkretiseres for den enkelte pasient.

² <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>

³ http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=59431

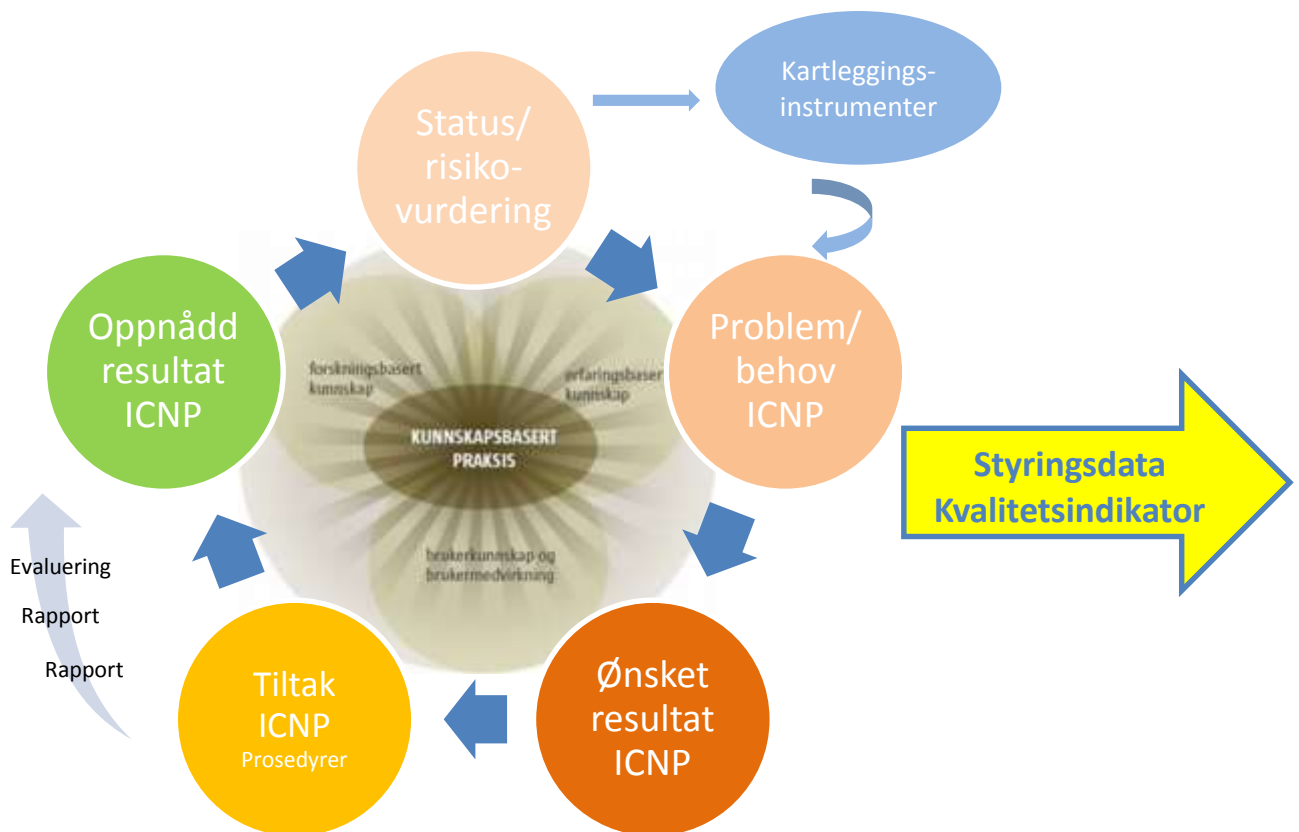
⁴ <http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-catalogues/>

4. Daglig rapport skal beskrive pasientens opplevelse, helsepersonells observasjoner og utviklingen av pasientsituasjonen. Rapport er den daglige dokumentasjonen i pasientens journal. Rapporten skal være knyttet til et PRB-område/en plan og har relevans til måloppnåelse og problemstilling. Opplysninger fra daglig rapport brukes i evaluering av tiltakene.
5. Oppnådd resultat er pasientens status ved evaluering. Med evaluering mener vi en systematisk gjennomgang av plan, der det på bakgrunn av samhandling med pasienten, rapporter og observasjoner gjøres vurderinger av effekten av tiltakene. Resultat av evaluering er seponering, videreføring eller endring av tiltak, eller at nye tiltak iverksettes.

Alle begrep/utsagn i de veiledende planene er kodet med ICNP®. Den anvendte planen individualiseres gjennom forklarende fritekst knyttet til det enkelte begrep/utsagn som er kodet. Bruk av veiledende plan skal lede helsepersonell gjennom problemløsningsprosessen og gi støtte til kunnskapsbaserte beslutninger. Alle fasene i prosessen beskrives i samarbeid med pasienten. *Fig 1.*

Figur 1 Arbeidsprosess og kunnskapsbasert praksis.

Videreutviklet med utgangspunkt i Jamtvedt m.fl: Å arbeide og undervise kunnskapsbasert (2008)



2. Målsetting med prosjektet

Prosjektets målsetting har vært å utvikle og teste veiledende planer i en elektronisk pasientjournal ved bruk av ICNP®. Dette for å øke pasientsikkerheten gjennom økt kvalitet på dokumentasjonen, prosessstøtte til helsepersonell og tilgjengelig verktøy for forbedringsarbeid, internkontroll, ledelse og forskning. Veiledende planer skal være et redskap til at pasienten opplever en sammenhengende helsetjeneste med god kvalitet.

Beskrevne delmål:

1. Kvalitetssikre de veiledende planene som er utviklet i 2014.

NSF samlet i 2014 sykepleiere fra 24 kommuner som startet arbeidet med å utvikle veiledende planer. Råmaterialet fra dette arbeidet skulle brukes og videreutvikles i prosjektet.

2. Videreutvikle de veiledende planene i tråd med ICNP® terminologi.

Arbeidsgruppene fra 2014 hadde startet arbeidet med koding av de eksisterende planene. Dette innebar også å vurdere hvilke begrep som er best egnet der det er flere nærliggende termer, og hvilke manglende begreper som skulle søkes tatt inn i terminologien. Prosjektet skulle slutføre dette arbeidet.

3. Utarbeide eksempel på planer integrert i EPJ

Planene fra 2014 var ikke integrert i EPJ. Prosjektets oppgave var å fullføre dette.

4. Samkjøre prosjekt som omhandler utvikling av standardiserte veiledende planer i kommunehelsetjenesten.

Noen kommuner og virksomheter har utarbeidet veiledende planer til internt bruk. Prosjektet skulle vurdere om det var hensiktsmessig å samkjøre noe av dette arbeidet.

5. Utvikle en metodikk for utvikling og kvalitetssikring av veiledende planer.

Det er ønskelig å utvikle veiledende planer for flere enn de fem områdene som er utarbeidet til nå. Det er hensiktsmessig med en gjennomarbeidet metodikk for å ivareta kunnskapsbasering, strukturell tenkning og entydig bruk av begreper. Prosjektet skulle bidra i denne utviklingen.

6. Utarbeide struktur for aktuelle kategorier i sykepleietjenestens dokumentasjon av helsehjelp.

Arbeidet i 2014 drøftet hvilke modeller for struktur som kunne være aktuelle å bruke for å inndele dokumentasjon av helsehjelp i kategorier. Arbeidet ble ikke konkludert, og prosjektets oppgave var å oppsummere og konkludere denne.

7. Kartlegge hvilke standardiserte veiledende planer som er hensiktsmessige for å dekke behovet for dokumentasjon av helsehjelp i kommunehelsetjenesten.

Det er viktig å innhente kunnskap om behovet for veiledende planer på ulike områder. Prosjektet skulle utarbeide en oversikt over hvilke veiledende planer som var aktuelle å lage og prioritere.

8. Innhente erfaringer om veiledende planer har påvirkning på pasientsikkerhet og brukerinvolvering.

Prosjektets oppgave var å innhente helsepersonells tanker og erfaringer om hvorvidt og hvordan veiledende planer kan påvirke pasientsikkerhet og brukerinvolvering.

3. Gjennomføring av prosjektet.

3.1 Utvikling av veiledende planer i ICNP®

I dette kapitlet beskrives arbeidsprosessen og metoden som ble brukt i utviklingen av de kunnskapsbaserte veiledende planene. Her beskrives også hvordan prosessen med implementering av ICNP® foregikk, og hvordan de kunnskapsbaserte veiledende planene kan brukes som eksempler på bruk av terminologi i planverktøy i EPJ.

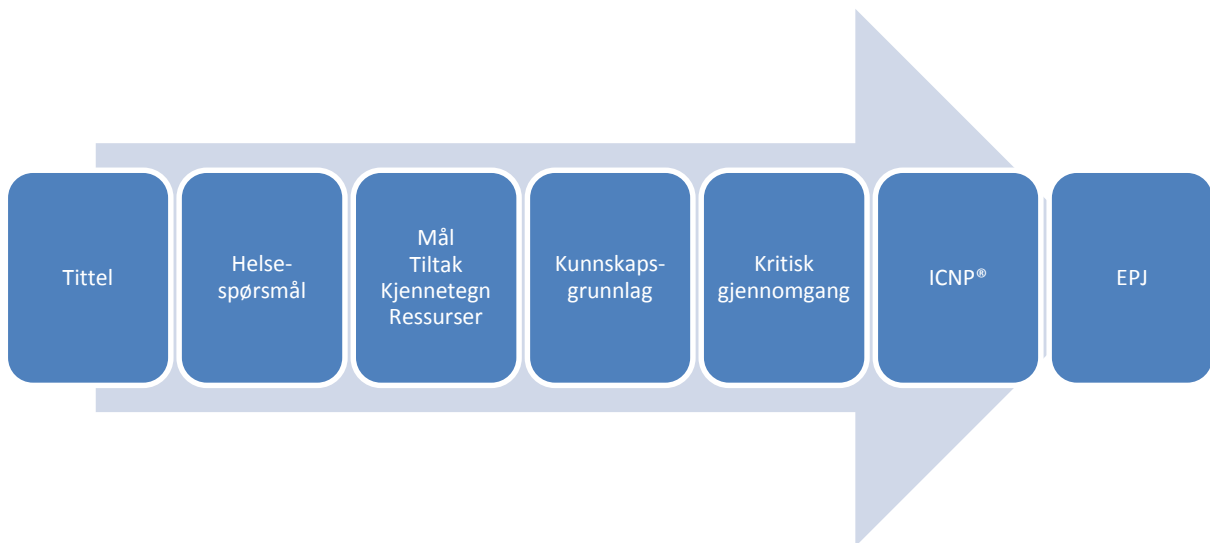
3.1.1 Metodikk for utvikling av kunnskapsbaserte veiledende planer

Relatert til delmål 5

Samme metodikk ble anvendt i utviklingen av kunnskapsbaserte veiledende planer versjon 1 og 2 og i utviklingen av de nye veiledende planene som kommer i løpet av våren 2017. Det arbeides med å beskrive denne i en veileder for videre planutvikling og utarbeide en mal for produksjon og oppdatering av kunnskapsbaserte veiledende planer i ICNP®.

I prosjektet ble planene utviklet etter følgende prosess: *Fig. 2*

Figur 2. Trinnene i utvikling av veiledende planer



1. Arbeidsgruppa utarbeidet tittel. Denne skulle være entydig og dekke en relevant problemstilling innen et tema. For eksempel «Risiko for underernæring» under temaet ernæring.
2. Arbeidsgruppa formulerte relevante spørsmål til tittelen, for eksempel hvordan kan helsepersonell fremme (...), lindre (...), redusere (...), osv.
3. Arbeidsgruppa fant fram til tilhørende ressurser, kjennetegn, mål og tiltak. Disse ble lagt strukturert inn i Excel-skjema.

4. Innholdet i planene ble validert. Kunnskapsgrunnlag var forskningsartikler, nasjonale retningslinjer, lærebøker, prosedyreverk, sykepleiernes kompetanse og erfaringer med samhandling og brukermedvirkning.
5. De kunnskapsbaserte veiledede planene ble kritisk gjennomgått. Dette innebar systematisk gjennomgang av struktur og prioritering mellom begrep for å unngå overlappende utsagn og/eller overlappende planområder.
6. Bruk av terminologi. Begrepene som var brukt i de kunnskapsbaserte veiledende planene ble mappet med begreper fra ICNP®.
7. Kunnskapsbaserte veiledende planer ble lagt inn på systemnivå i EPJ.

I arbeidet med å kunnskapsbasere de veiledende planene hentet prosjektet kompetanse fra personer i deltagerkommunene, workshop, arbeidsgrupper, USHT Vestfold og NSF. Tannlege og spesialrådgiver ved tannhelsetjenesten i Vestfold og stipendiat fra Universitetet i Oslo er rådspurt. I tillegg har Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet, Universitet i Oslo og Universitetet i Agder bidratt.

NSF arrangerte i samarbeid med Kunnskapssenteret for helsetjenesten dagskurs i kunnskapsbasert praksis, der flere som var involvert i arbeidet med veiledende planer deltok. Erfaringene herfra ble brukt i arbeidet med å utvikle av flere planer.

3.1.2 Arbeidsprosess i utviklingen av veiledende planer

Relatert til delmål 1, 2 og 3

Prosjektet målsetting var å utvikle og teste veiledende planer ved bruk av ICNP®. Det forelå utkast til fem veiledende planer etter en workshop gjennomført av NSF i 2014. Disse planene bygget på innsatsområder fra Pasientsikkerhetsprogrammet og Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. De påbegynte planene var:

- Risiko for fall
- Risiko for underernæring
- Risiko for trykksår
- Risiko for infeksjon i urinveissystemet
- Nedsatt evne til å håndtere legemidler

Planområdene med tilknytning til pasientsikkerhetsprogrammet og ernæring, ble valgt fordi det forelå et godt utgangspunkt for å arbeide med disse temaene, og det la til rette for implementering i kommunene. Mange kommuner hadde satsinger innenfor pasientsikkerhetsprogrammets områder, og noen av pilotkommunene hadde deltatt i læringsnettverk. Begrep som «risiko for», «individuell kartlegging», «ernæringsplan» m.v. var kjente. Samtidig fantes det tilgjengelig validert kunnskap og anbefalte kartleggingsverktøy.

De veiledende planene skulle dekke grunnleggende dokumentasjon av målrettet, planlagt og utført helsehjelp på avgrensede områder i kommunehelsetjenesten. Innholdet skulle være kunnskapsbasert og i tråd med nasjonale føringer og god yrkesskikk, og verktøyet skulle gi prosessstøtte til helsepersonell. Planene ble avgrenset til å gjelde voksne.

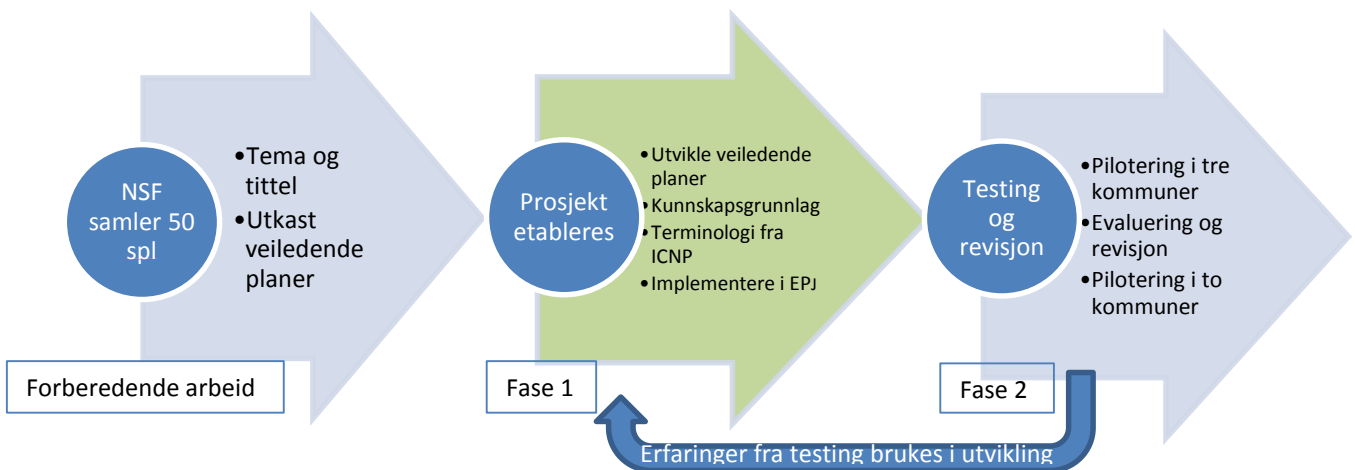
Prosjektets arbeid med utvikling av kunnskapsbaserte veiledende planer kan deles i to hovedbolker:

- Fase 1: Utvikling, koding i ICNP® og implementering i EPJ.
- Fase 2: Testing, evaluering og videreutvikling til versjon 2 veiledende planer.

Fasene bygget på hverandre, og de veiledende planene ble utviklet i en iterativ prosess, der erfaringene fra de første pilotkommunene ble innhentet og brukt i revidering og fortsatt utvikling av de veiledende planene. *Fig.3.*

Figur 3: Utvikling av veiledende planer, iterativ prosess.

Erfaringene fra pilotene tas tilbake til videre utvikling av planene



3.1.2.1. Fase 1. Utvikling, koding i ICNP® og implementering i EPJ.

I fase 1 arbeidet flere mindre grupper med faglig vurderinger og språkvask av planene. Det ble utviklet flytskjema for alle planområdene for å visualisere arbeidsprosessen og den delen av denne som veiledende planer skulle fylle. Flytskjemaene beskriver kartleggingsverktøy, vurderinger, tverrfaglig samarbeid og samhandling med pasienten gjennom hele arbeidsprosessen. Jf. vedlegg 2.

De veiledende planene skulle gi prosessstøtte i vesentlige deler av arbeidsprosessen og skulle inneholde:

- Avgrensning og behov/problemstilling; det vil si tema og tittel på planen
- Mål – ønsket resultat for pasienten
- Identifisering av kjennetegn og ressurser; det vil si årsaker, risikofaktorer og aktuell situasjon
- Tiltak – hvordan helsepersonell eller andre skal handle for å oppnå målene
- Resultat – hvordan resultatet kan måles

De veiledende planene som ble laget inneholdt disse elementene. Ved kritisk gjennomgang av planutkastene ble begrepsbruken diskutert. Det ble reflektert omkring kjente begrep fra praksisfeltet. For eksempel «tilsyn», et begrep som er mye brukt både muntlig og skriftlig i helsetjenesten. I ordboka er begrepet forklart med overvåking eller kontroll, i tråd med slik ordet brukes av tilsynsmyndigheter. Helsetjenesten definerer annet innhold i ordet, mer i tråd med Wikipedias definisjon; «betyr å passe på, føre tilsyn med, eller stelle for eller med noe eller noen (...)» Avhengig av hvilken forståelse man

legger i ordet, kan dette ha positiv eller negativ betydning for den som hører det. Et viktig aspekt ble å vurdere hvordan begrepene kunne forstås av pasienten. Det var viktig at begreper som ble brukt i de veiledende planene var entydige og greit kunne presenteres for pasienter og pårørende. I dette tilfellet konkluderte vi med at forståelsen av begrepet ville styres av konteksten, og «Hyppig tilsyn» ble tatt inn som et begrep i veiledende plan «Risiko for fall».

I planutkastene kunne flere begreper dekke samme tiltak eller område. For eksempel mobilisering, gåtrening, hjelp til å gå. Overlappende begreper ble fjernet slik at vi satt igjen med færre begrepsvalg totalt. Kunnskapsgrunnlaget ble sjekket, og planene framsto nå ferdige, men ikke koblet til noen terminologi.

Herfra startet arbeidet med å koble alle begreper mot tilsvarende begrep i ICNP®. Begrepene i ICNP® har ikke vært styrende for innholdet i de veiledende planene. Det er tatt utgangspunkt i de ønskede begrepene og søkt i ICNP® etter tilsvarende.

De fleste begreper var å finne i ICNP®, med kun få justeringer i språket; for eksempel «veie pasient» i stedet for «vektkontroll». I sammenligningen mellom begreper som var brukt i planutkastene og ordene i ICNP®, så vi at begrepene i ICNP® var mer presise og tydeligere definert i ordbøker m.m. enn språket som var foreslått fra arbeidsgruppene. Arbeidsgruppene språk inneholdt flere begreper som helsepersonell har en iboende forståelse av (stammespråk), men som ikke i samme grad har presis objektiv definisjon. For eksempel «mate», som ble erstattet av «assistere ved spising eller drikke».

Det var interessant å erfare hvordan forståelsen av enkelte begreper var ulik innen forskjellige virksomheter og også avhengig av hvilket EPJ-system man var vant til å bruke. Blant annet brukes begrepet «tiltak» ulikt i EPJ-systemene. Enkelte sentrale begrep som særskilt brukes i Norge, for eksempel «multidose», fantes ikke i kodeverket. Prosjektet valgte å beholde slike begreper i planene og har dialog med ICN for å få disse inn i kodeverket i seinere oversettelser. De fleste begrepene som er omsøkt gjelder spesifikke tiltak. Flere av disse er antatt og kommer i neste utgivelse (2017).

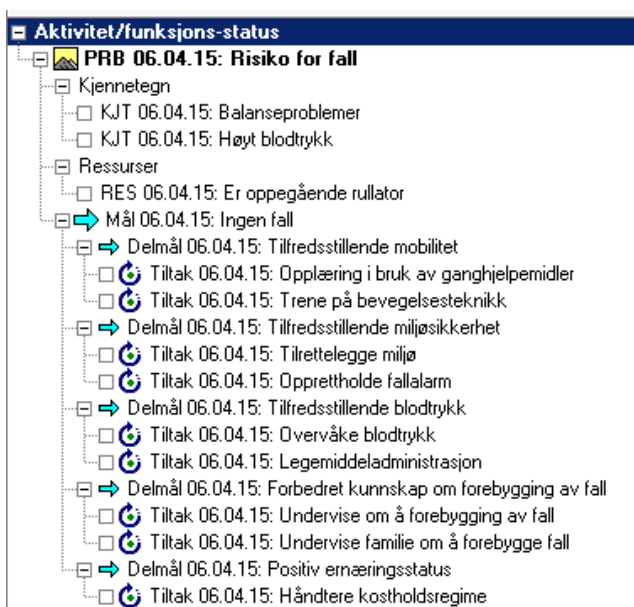
De ferdige kodede veiledende planene ble sendt tilbake til arbeidsgruppene for kommentarer. Det kom ingen tilbakemeldinger på at innholdet i de veiledende planene framsto endret med ICNP® terminologi.

Etter kodingen startet arbeidet med å legge inn de veiledende planene i EPJ. Acos hadde tilrettelagt ved å legge inn ICNP® knyttet til den funksjonaliteten for veiledende planer som CosDoc allerede hadde. Prosjektet fikk tilgang til å arbeide på systemnivå med å legge inn de veiledende planene i EPJ hos leverandøren. Noen systemutfordringer ble løst i samarbeid med leverandør. Blant annet kunne ikke to koder knyttes til samme utsagn, noe som var nødvendig for enkelte av utsagnene som var benyttet i de veiledende planene. Det ble løst ved at prosjektet la disse manuelt inn i EPJ, noe som også ble gjort med de begrepene som ikke fantes i ICNP®. Disse utsagnene fikk en egen systemkode som ikke var knyttet til ICNP®. Ingen av kodene var synlige for de som skulle anvende de veiledende planene, for brukeren av EPJ-systemet var kun teksten synlig. Leverandøren gjorde de ferdige veiledende planene tilgjengelige i EPJ-systemet hos pilotkommunene.

De første veiledende planene ble bygget i en struktur som rommet både hovedmål og delmål, og tiltak tilhørende delmålene. Strukturen gir gode muligheter til å gjenspeile kartleggingen som er gjort og de definerte risikoområdene/kjennetegnene i konkrete delmål. Da første versjon av veiledende planer ble

utarbeidet, var tanken at tiltakene skulle være knyttet til et konkret, operasjonalisert mål, slik at det var enkelt å forstå hva pasienten skulle oppnå med de ulike tiltakene. Dette var igjen knyttet til et hovedmål og en plantittel som beskriver et risikoområde. *Fig.4.*

Figur 4. Veiledende plan versjon 1. Eksempel fra EPJ, her med fem delmål. Skjermbilde fra CosDoc, publisert med tillatelse fra Acos.

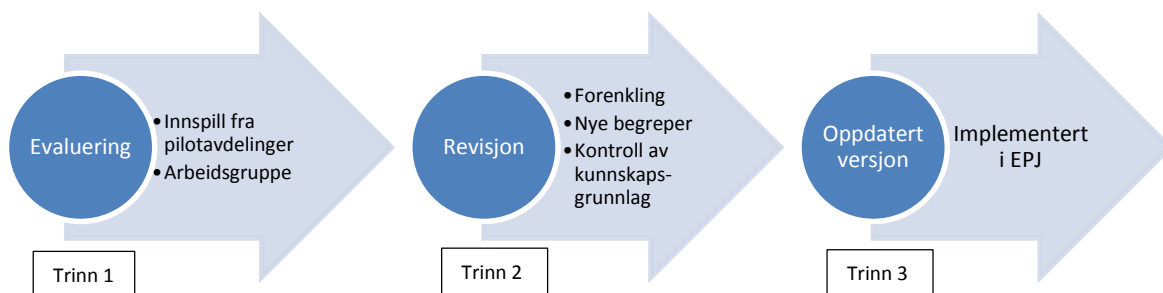


3.1.2.2 Fase 2 Testing, evaluering og videreutvikling til versjon 2 av veiledende planer

I fase 2 ble versjon 1 av de veiledende planene testet i tre kommuner, Nesodden, Stokke og Sandefjord. Tilbakemeldingene fra pilotavdelingene var det viktigste grunnlaget for evaluering og revisjon av de kunnskapsbaserte veiledende planene.

Arbeidsgrupper sammensatt av sykepleiere med kompetanse på dokumentasjon fra praksis, høyskole og universitetsnivå og med erfaring fra ulike EPJ-system, bearbeidet tilbakemeldingene og reviderte de veiledende planene.

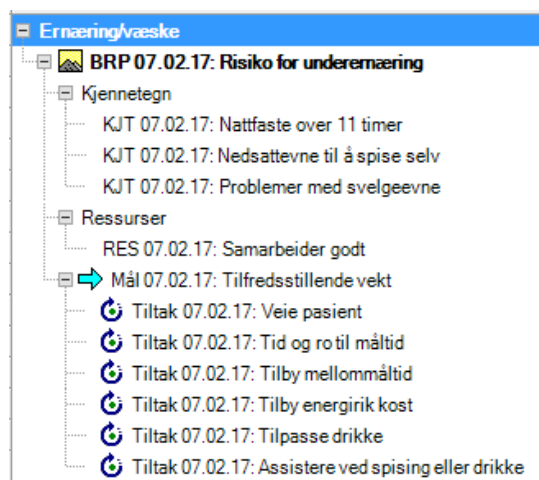
Figur 5. Skisse av arbeidsprosess fra evaluering til oppdaterte veiledende planer med ICNP® i EPJ



I revisjonen ble de veiledende planene i større grad spisset mot ett temaområde. Arbeidsgruppene gjorde en kritisk vurdering av innholdet, slik at det som ble presentert var tiltak rettet kun mot det området tittelen på den veiledende planen beskrev. Kunnskapsgrunnlaget ble sjekket på nytt. *Figur 5, trinn 2.*

Elementer som kunne irrelevante eller overflødige ble fjernet. Det gjaldt blant annet noen kjennetegn og ressurser. For eksempel ble «alder over 65» år tatt bort som risikofaktor i veiledende plan «Risiko for fall», da denne opplysningen var ivaretatt andre steder i EPJ og var så generell at den ga liten nytte. Noen nye tiltak ble lagt til, for eksempel «administrere øyedråper» i veiledende plan «Nedsatt evne til å håndtere legemiddelregime». De tiltakene som overlappet med tiltak på andre problemområder ble fjernet, for å unngå usikkerhet omkring hvor det skulle rapporteres på disse tiltakene. For eksempel ernæringstiltak i veiledende plan «Risiko for trykksår». Alle delmål ble fjernet og de veiledende planene versjon 2 fremsto enklere både å lage, å lese og i dynamisk bruk med daglig rapport, evaluering og oppdatering. *Fig. 6.*

Figur 6. Veiledende plan versjon 2. Eksempel fra EPJ, ett mål med seks tiltak. Skjerm bilde fra CosDoc, publisert med tillatelse fra Acos



For å sikre muligheten til å individualisere planene gjennom forklarende eller beskrivende fritekst knyttet til de kodete begrepene er det lagt inn stikkord i fritekstfeltet som en påminning til den som lager plan at mål og tiltak. *Fig. 7.*

Figur 7. Veiledende plan, eksempel på ledetekst i fritekstfeltet. Skjerm bilde fra CosDoc.

Mål 07.02.17: Tilfredsstillende vekt	Overskrift	Veie pasient
Tiltak 07.02.17: Veie pasient	Notat	Hvordan, når og hvor ofte

ICNP® inneholder termer for å beskrive mange flere detaljer enn de som er valgt å ta med i de kunnskapsbaserte veiledende planene. Det kan for eksempel kodes «høy» risiko for trykksår, trykksår «venstre hoft» eller «administrere elektrolyttblanding». Arbeidsgruppene diskuterte hvor detaljert det var hensiktsmessig å kode. Her var det hensyn å ta både til funksjonalitet og brukervennlighet og ikke minst hvilke data det var behov for å høste med tanke på kvalitetsindikatorer, forbedringsarbeid og styring. Prosjektet valgte å ta hensyn til brukervennligheten i dagens funksjonalitet og ikke bruke svært avansert koding, noe som oppfattes å være i tråd med tilbakemeldingene fra pilotene. I senere versjoner av planene kan det bli aktuelt å bruke mer avansert koding, spesielt for å skille på «moderat» og «høy» risiko. Nå fremkommer dette i fritekstfeltene, som også brukes til å spesifisere tiltak på individuelt nivå.

I revisjonen av de veiledende planene ble rekkefølgen av tiltakene drøftet. Når delmålene ble tatt bort ble først tiltakene listet opp alfabetisk under målsettingen. Dette slo uheldig ut ved at for eksempel «Administrere prosedyre for helsehjelp med tvang» kom øverst i rekken av tiltak for å forebygge fall. Det var ulogisk å starte med den tyngste intervensjonen, og alfabetisk rekkefølge gjorde det vanskelig og tungvint å lete etter riktig tiltak i listen. Deltakerne i arbeidsgrupper og representanter fra pilotavdelingene ble bedt om å rangere tiltakene etter viktighet. I refleksjonene omkring rekkefølge ble det synlig at fokus og arbeidsprosesser er forskjellige i sykehjem og hjemmetjeneste, også overfor samme pasientgruppe. For eksempel rangerte medarbeidere i hjemmetjenesten tiltak som «Hjelp til innkjøp» og «Hjelp til matlaging» svært høyt, mens medarbeidere i sykehjem hadde disse nederst. I stedet ble tiltak som «Administrere næringstilskudd» og «Assistere ved spising eller drikke» rangert i toppen. Prosjektet valgte å kombinere aktualitet og laveste intervensjonsnivå, og gjøre en logisk rangering ut fra det. Slik kom «Veie pasient» øverst i tiltaksrekken. Pilotering i Sokndal og Stavanger har ikke gitt reaksjoner på den rekkefølgen som er valgt.

De veiledende planene ble oppdatert på systemnivå i EPJ, og EPJ-leverandøren gjorde versjon 2 tilgjengelig for pilotkommunene. Versjon 2 av veiledende planer inneholdt vesentlige endringer og det ble viktig å teste disse på samme måte som versjon 1. Dette ble gjort i to kommuner, Sokndal og Stavanger, høsten 2016.

3.1.3 Samkjøring av relaterte prosjekter.

Relatert til delmål 4.

Flere virksomheter hadde igangsatt parallelle prosjekt med arbeid knyttet til sine dokumentasjonssystemer. Vefsn kommune og Cathinka Guldberg-Senteret i Oslo har begge utviklet og bruker lokale, veiledende planer. NSF sitt prosjekt har hatt kontakt med begge aktørene, og de har på ulike måter bidratt med sine erfaringer, blant annet gjennom deltagelse i workshop. Ingen av disse har brukt terminologi i sine planer, og det har derfor ikke vært hensiktsmessig å knytte prosjektene tettere til NSF sin satsning.

USHT Vestfold var i 2014 i ferd med å etablere et prosjekt for utvikling av veiledende plan for ernæring. Det skulle tas i bruk terminologi, og samhandling og informasjonsutveksling var fokusområde. Prosjektet mottok støtte fra Helsedirektoratet.

USHT Vestfold sin satsning var sammenfallende i tid med NSF's workshop i 2014 som hadde som mål å arbeide for å øke kvaliteten i dokumentasjon i EPJ i kommunehelsetjenesten. Flere Vestfoldkommuner hadde deltatt i NSF sitt innledende arbeid i 2014, og man så mange gevinster ved å knytte USHT Vestfold sitt ernæringsprosjekt sammen med NSF-prosjektet for utvikling av veiledende planer. Det ble inngått en samarbeidsavtale der prosjektene ble samkjørt, og de delene av ernæringsprosjektet som skilte seg ut, ble et delprosjekt i Vestfold. USHT Vestfold rekrutterte prosjektleder som NSF finansierte. Erfaringene fra delprosjektet er kort presentert i kapittel 4 «Resultater», kapittel 4.4 «Delprosjekt ernæring».

3.1.4 Ulike modeller for å strukturere dokumentasjon.

Relatert til delmål 6

Deltakerne i workshopen i 2014 drøftet ulike modeller for å strukturere dokumentasjon gjennom funksjonsområder som for eksempel VIPS-statusområder⁵ eller IPLOS funksjonsvariabler⁶. Dette nivå av struktur bidrar til å gruppere problemstillinger innenfor et temaområde, slik at disse vises i sammenheng i EPJ. Det kan være for eksempel «Spise» i IPLOS eller «Sirkulasjon» i VIPS. Det ble diskutert om det var behov for en felles modell og hvordan dette i tilfelle burde presenteres i EPJ.

EPJ-leverandørene har lagt opp til bruk av kategorier, men hvordan dette brukes kan løses forskjellig i de ulike systemene og i kommunene. Leverandørene legger til rette for valgmuligheter for kundene, det er opp til den enkelte kommune hva de ønsker å bruke av kategorier. Dette bestilles fra leverandør i konfigurering av systemet lokalt.

I videre arbeid med utvikling av veiledende planer så vi at det spilte liten rolle for bruken av de veiledende planene hvilket system for kategorier kommunene hadde valgt. Dette var ulikt i alle pilotkommunene, og kompliserte arbeidet. Fokus på kategorier ble derfor tonet ned, og prosjektet kommer ikke med noen anbefalinger knyttet til valg av kategorier.

3.1.5 Oversikt over veiledende planer utviklet i prosjektet.

Relatert til delmål 7

De fem første veiledende planene er testet og revidert, og er aktivt i bruk i pilotkommunene. Arbeidet med å utvikle flere planer har pågått gjennom hele 2016. De nye planområdene er valgt på bakgrunn av innspill fra pilotkommunene. Det er ønskelig med tiden å utvikle planer på alle områder for sykepleie;

⁵ VIPS-modellen er en modell for dokumentasjon som er utarbeidet i Sverige. VIPS modellen beskriver bl.,a. pasientens status ut fra fjorten fast definerte begreper eller statusområder, som aktivitet/hvile, eliminasjon, ernæring, hud/vev m.m. For mer informasjon om VIPS-modellen, se Ehnfors m.fl., 2015, Nye VIPS-boken: velvære, integritet, profylakse, sikkerhet

⁶ IPLOS veileder kapittel 2.3.2:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf>

forebygging, behandling, oppfølging og pleie i kommunehelsetjenesten. Nedenfor er en oversikt over eksisterende planer og planer under utvikling.

Tabell 1: Oversikt over eksisterende veiledende planer og planer under utvikling.

Plan nr	Planområde	Publisert	Revisjon	Planlagt publisert	Planlagt revisjon	Planlagt revisjon
1	Risiko for underernæring	Versjon 1 Okt. 2015	Versjon 2 Sept. 2016		Versjon 2.1 Mai 2017	
2	Risiko for fall	Versjon 1 Okt.2015	Versjon 2 Sept. 2016		Versjon 2.1 Mai 2017	
3	Risiko for trykksår	Versjon 1 Okt. 2015	Versjon 2 Sept. 2016		Versjon 2.1 Mai 2017	
4	Risiko for urinveisinfeksjon	Versjon 1 Okt. 2015	Versjon 2 Sept. 2016		Versjon 2.1 Mai 2017	
5	Nedsatt evne til å håndtere legemiddelregime	Versjon 1 Okt 2015	Versjon 2 Sept. 2016		Versjon 2.1 Mai 2017	
6	Personlig hygiene			Versjon 1 April 2017		Versjon 2 Nov. 2017
7	Trykksår			Versjon 1 April 2017		Versjon 2 Nov. 2017
8	Lavt ernæringsinntak			Versjon 1 April 2017		Versjon 2 Nov. 2017
9	Høyt ernæringsinntak			Versjon 1 April 2017		Versjon 2 Nov. 2017
10	Problemer med å utføre munnhygiene			Versjon 1 April 2017		Versjon 2 Nov. 2017
11	Problemer med å utføre munnhygiene hos kritisk syke og i terminal fase			Versjon 1 April 2017		Versjon 2 Nov. 2017
12	Risiko for forvirringstilstand			Versjon 1April 2017		Versjon 2 Nov. 2017
13	Utfordrende atferd			Versjon1 April 2017		Versjon 2 Nov. 2017
14	Akutt forvirring			Versjon 1 April 2017		Versjon 2 Nov. 2017

Planene som er laget er et utvalg av det som har kommet av ønsker fra pilotkommunene. Andre områder det er ønsket planer for er:

- Rehabilitering
- Palliativ pleie
- Psykisk helse
- Smerte
- Søvn
- Eliminering
- Aktivitet
- Kommunikasjon

3.2 Implementering i elektronisk pasientjournal

3.2.1 Samarbeid med leverandører

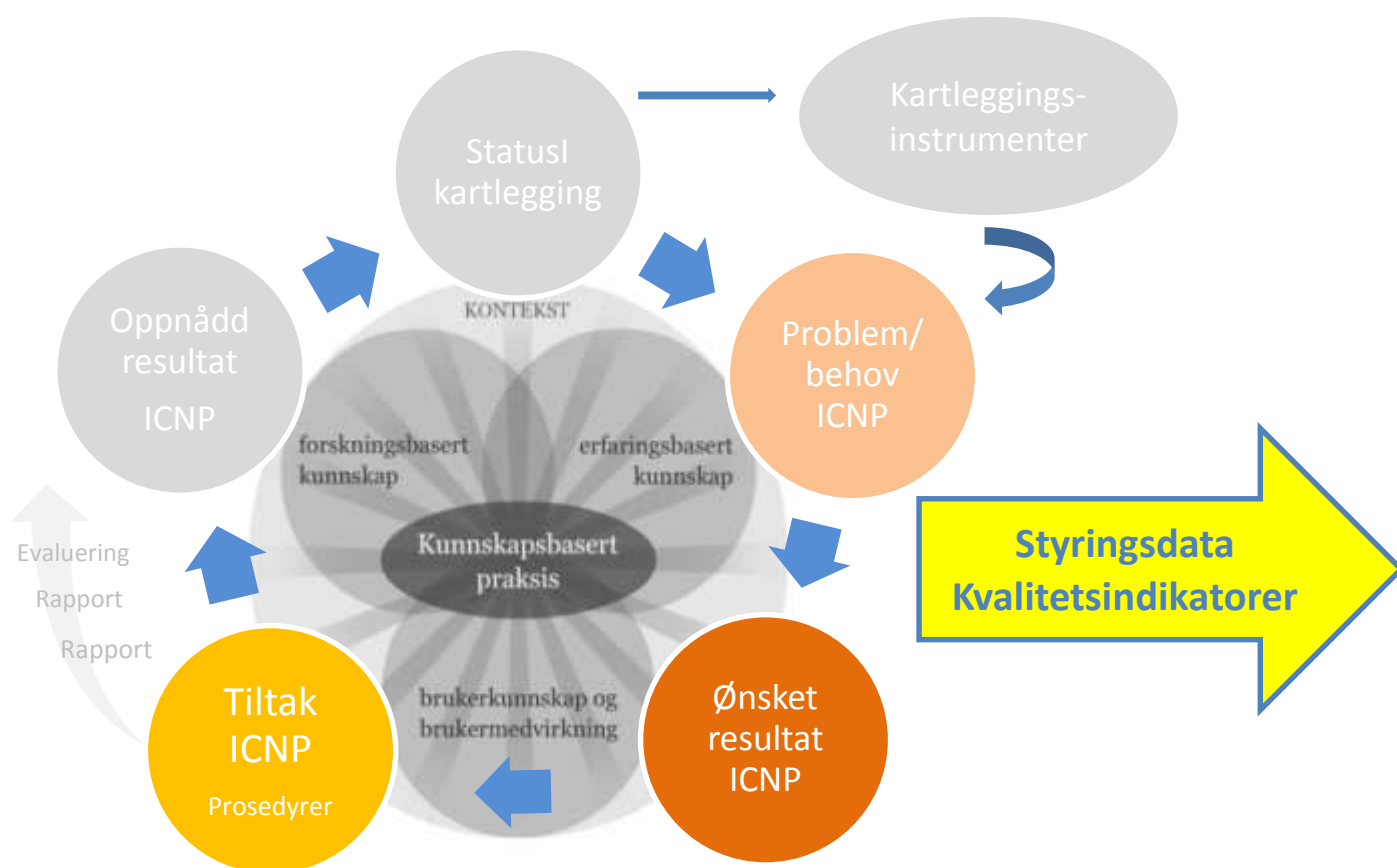
Visma, Tieto og Acos er de ledende leverandører av EPJ-system til kommunesektoren. I tillegg kommer DIPS sykehjem som er tatt i bruk i Bergen kommune. Leverandørene har forskjellig utgangspunkt når det gjelder utvikling mot mer strukturerte data og bruk av sykepleieprosessen i dokumentasjon av sykepleie. Det har vært dialog med alle fire leverandører i forkant av og i løpet av prosjektperioden. Så

langt er det kun Acos med CosDoc som har vært behjelpelige og bidratt til gjennombrudd i arbeidet ved å tilrettelegge for testing av ICNP® og veiledende planer. Prosjektet har fått tilgang til å lage, revidere og teste planer i systemet, noe som har vært vesentlig for gjennomføring.

3.2.2 Forutsetninger i EPJ-systemet.

De veiledende planene ble laget med den funksjonaliteten som fantes i EPJ-systemet, det ble ikke gjort utvikling i forbindelse med prosjektet utover å legge inn terminologi. Dette har gitt begrensninger for prosjektet. CosDoc har funksjonalitet for strukturert plan og for å knytte terminologi til tre av nivåene i planstrukturen; problem/behov, mål/ønsket resultat, tiltak, og til kjennetegn og ressurser relatert til problem/behov. Det har ikke vært mulig å knytte terminologi til status/risikovurdering og oppnådd resultat. Dette har derfor ikke blitt testet. Prosjektet har anvendt ICNP®-terminologi knyttet til problem/behov, mål og tiltak. *Fig. 8.*

Figur 8. Arbeidsprosessen. De fargelagte sirklene markerer de delene som var knyttet til ICNP® i EPJ i pilotperioden



Malene for de kunnskapsbaserte veiledende planene med ICNP® ble lagt inn i planadministrasjonsdelen i systemadministrasjonsmodulen i EPJ-systemet. Det ble laget én mal for hver veiledende plan, der valgte ICNP® utsagn ble knyttet til de ulike nivåene i arbeidsprosessen. Den ferdige malen fungerer som en veiledende plan, der helsepersonell velger tema og deretter blir ledet til valg av relevante kjennetegn, ressurser, mål og tiltak. Leverandøren distribuerte malene til pilotkommunene.

Strukturering av data i de veiledende planene følger nivåene for plan som ligger i EPJ-systemet. Nivåene er like for de veiledende planene og de planene som lages i fritekst. Tallkodene knyttet til terminologien er ikke synlige når helsepersonell bruker systemet, det er kun utsagnene som er tilgjengelige. Fritekstplaner og anvendte veiledende planer finnes side om side i oversikten for den enkelte pasient i EPJ-systemet, men de veiledende planene kan skilles ut på grunn av de presise begrepene.

Det hadde vært ønskelig å knytte begrep som «høy» eller «moderat» til en risikobeskrivelse, uten å lage flere utgaver av plan for samme risikoområde. Tilgjengelig funksjonalitet tillot ikke det. Av hensyn til brukervennlighet i testingen, valgte prosjektet å ikke lage valgmuligheter innenfor disse nyansene, selv om uttak av data på disse nivåene hadde vært interessant i kvalitetsforbedringsarbeid lokalt. Det kan være aktuelt å utarbeide slike nyanserte planer på et senere tidspunkt, dersom funksjonalitet til å differensiere dette på PRB-nivå i veiledende planer ikke utvikles av leverandøren i nær framtid.

ICNP® gir mulighet til å knytte begreper til flere av nivåene i arbeidsprosessen. Det er ønskelig å knytte terminologi til både status og resultat, og ICNP® har begrepene for dette. For eksempel «Risiko for trykksår» og «Ingen trykksår» eller «Risiko for fall» og «Ingen fallrelatert skade». Det mangler struktur i EPJ-systemet for å gjenbruke resultat av kartlegging/status i plan for helsehjelp, og for å knytte terminologi til statusvurderingene. Det er heller ikke automatikk i at det opprettes en plan for helsehjelp etter kartlagt risikostatus, helsepersonell må selv ta initiativ til å lage en plan. I prosjektet er ICNP®-terminologi for status brukt i beskrivelsen av problem/behov der det er hensiktsmessig, for eksempel «Risiko for underernæring». Dette er likevel en ny registrering, ikke gjenbruk av data.

I EPJ-systemet er det struktur for å knytte evaluering til tiltakene i en plan, men med dagens funksjonalitet skrives evaluering i fritekst. Det er ikke knyttet terminologi til dette nivået i arbeidsprosessen, og det kan derfor ikke hentes ut spesifikke data. Begrepene finnes i ICNP® og dette er ønsket funksjonalitet for å få bedre tilgang til data til kvalitetsforbedring og styringsformål.

Bruk av ICNP® på andre måter i EPJ-systemet, som søkemotor eller kataloger, er ikke testet. Ved å implementere ICNP® i andre prosesser i EPJ, kan flere detaljer beskrives med terminologi og spesifikke data hentes ut i enda større grad. Det krever utvikling av funksjonalitet, endring av arbeidsprosesser og opplæring av helsepersonell som ligger utenfor dette prosjektets rammer.

3.2.3 Kravspesifikasjon

Det er under arbeid en kravspesifikasjon som nærmere beskriver ønsket funksjonalitet i EPJ-systemer. Dokumentet legger vekt på funksjonalitet for sømløs dokumentasjon av arbeidsprosesser knyttet til planverktøy, veiledende planer og bruk av terminologi. Alle trinnene i arbeidsprosessen er beskrevet, og hvordan man ønsker terminolog benyttet inn i dette. Det redegjøres også for ICNP® og ønsket funksjonalitet for å bruke søkemotor og kataloger i EPJ-systemene i tillegg til veiledende planer. Innholdet i dokumentet bygger på kravspesifikasjonen: Elektronisk dokumentasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten: HIS 80316:2004 som er utgitt av Helsedirektoratet, og erfaringer fra dette prosjektet.

3.3 Pilotering og testing av de veiledende planene

I forhold til opprinnelig fremdriftsplan, ble gjennomføring av pilotene forsinket flere ganger. Tekniske utfordringer i forhold til hvilken versjon av EPJ-systemet pilotkommunene hadde, var en av årsakene. Bruk av funksjonaliteten krevde siste versjon av programmet, og ikke alle pilotkommunene hadde dette på plass.

Første versjon av de veiledende planene ble testet i kommunene Nesodden, Stokke og Sandefjord. Utprøvingen ble gjort i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester høsten 2015 og våren 2016. De veiledende planene ble revidert i tråd med erfaringene som ble gjort med funksjonalitet i EPJ og tilbakemeldingene fra medarbeiderne som hadde deltatt. Prosjektet har hatt mange utfordringer og utviklingen av veiledende planer til versjon 2 medførte forholdsvis store endringer. Jf kapittel 3.1.2.

De veiledende planene har gjennomgått en iterativ prosess i tre kommuner, Sandefjord, Stokke og Nesodden, der de har blitt testet, evaluert og videreutviklet gjennom flere runder til versjon 2.0 ble ferdigstilt. Versjon 2.0 av veiledende planer ble pilotert i to kommuner, Sokndal og Stavanger, høsten 2016. Alle pilotene fulgte den samme gjennomføringsmodellen, og ledelsesforankring ble gjort på kommunalsjefnivå i alle kommunene. Gjennomføringen hadde hovedfokus på sykepleiere/vernepleiere og helsefagarbeideres bruk av planverktøyet. Samtidig ble det innhentet erfaringer fra annet helsepersonell som hadde nytte av denne gruppens dokumentasjon i tverrfaglig samarbeid. Dette dreide seg i hovedsak om fysioterapeuter på sykehjem.

Pilotperioden var på åtte uker i alle kommunene. Den korte pilotperioden ble valgt for å imøtekomme ønsket om snarlig å kunne presentere erfaringer og eksempler på bruk av strukturert og standardisert dokumentasjon av planlegging og oppfølging av helsehjelp.

Prosjektledelsen har hatt tett samarbeidet med kontaktpersoner i alle pilotkommunene. Kontaktpersonene har fungert som lokale prosjektledere og har tatt mye ansvar for gjennomføringen lokalt og den løpende oppfølgingen av medarbeidere. Prosjektledelsen fulgte opp pilotkommunene gjennom besøk, e-post og telefonsamtaler. Prosjektleder var tilstede og gjennomførte opplæring, gruppeintervju, intervju med ledere og ga veiledning til kontakt- og ressurspersoner. Ledere og ressurspersoner ble invitert til kick-off i august 2015, og ressurspersoner har deltatt i arbeidsgrupper og kurs. Etter pilotslutt var det avsluttende møter med tilbakemelding av lokale resultater til ledere og ressurspersoner i alle kommunene. Totalt har prosjektet omfattet 18 avdelinger i sykehjem, fem soner i hjemmetjenesten og 2 avdelinger med omsorgsboliger. Dette inkluderer ca 1150 pasienter.

Tabell 2. Oversikt over pilotavdelinger og antall plasser/pasienter.

Kommune	Høst 2015 Versjon 1.0 veiledende planer	Vår 2016 Versjon 1.0 veiledende planer	Høst 2016 Versjon 2.0 veiledende planer	Antall plasser i sykehjem	Antall pasienter i hjemme- tjeneste
Stokke	Sykehjem, tre avdelinger med korttids- og rehabiliteringsplasser, lindrende enhet og tilrettelagt avdeling for demens			55	
	Omsorgsboliger			32	
	Hjemmetjeneste				220

Nesoddtunet	Sykehjem. Ni avdelinger med langtids-, korttids-, rehabiliterings- og avlastningsopphold. Tilrettelagte plasser for demente.			116	
Sandefjord	Sykehjem. En avdeling med korttids-, intermedier- og KAD-plasser			24	
Nesodden		Hjemmetjeneste. 2 soner.			300
Sokndal			Sykehjem. 3 avdelinger med langtids-, korttids- og rehabiliteringsplasser. Tilrettelagte plasser for demente.	42	
			Omsorgsbolig	35	
Stavanger			Sykehjem. Langtidsplasser. Tilrettelagte plasser for demente.	54	
			Hjemmetjeneste. 2 soner		270
Totalt	Sykehjem 13 avd Hjemmetjeneste 1 sone Oms.boliger 1 avd	Hjemmetjeneste 2 soner	Sykehjem 5 avd Hjemmetjeneste 2 soner Oms.boliger 1 avd	358	790

3.3.1 Opplæring av medarbeidere i pilotkommunene

Pilotkommunene gjennomførte i samarbeid med prosjektledelsen opplæring med tilbud til alle aktuelle medarbeidere; sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og noen assistenter. Til sammen ble det gjennomført 35 kurs der omkring 350 personer deltok. Innholdet i opplæringen var grunnleggende kunnskap om dokumentasjon, myndighetskrav, arbeidsprosessen og innføring i den praktiske bruken av kunnskapsbaserte veiledende planer i EPJ.

Kontaktpersonene i hver kommune bidro aktivt og hadde mye ansvar for opplæring og oppfølging lokalt. Kursmateriell og enkle veiledere ble gjort tilgjengelig i alle pilotavdelingene. (Vedlegg 7) Kontaktpersonene gjorde en viktig jobb med å være tilgjengelige med veiledning og hjelp til avdelingene under hele pilotperioden. Det ble innhentet skriftlige og muntlige tilbakemeldinger underveis, og kontaktpersonene hadde løpende kontakt med prosjektledelsen for avklaring av spørsmål m.m.

3.3.2 Metode og gjennomføring av evaluering av prosjektet

Det ble brukt flere metoder for å evaluere bruken av de veiledende planene og bruk av ICNP®.

Følgende metoder ble brukt:

- Spørreundersøkelse
- Notater fra medarbeidere i pilotavdelingene
- Gruppeintervjuer
- Intervju med ledere
- Data fra EPJ

3.3.2.1 Spørreundersøkelse om bruk av kunnskapsbaserte veiledende planer

Det ble gjennomført to spørreundersøkelser, en i forbindelse med pilotstart og en ved pilotslutt. Den første undersøkelsen ble gjort på papir i en pause i opplæringen. De aller fleste deltok i denne. Undersøkelsen ved pilotslutt ble gjennomført elektronisk i Stokke, Nesodden og Sokndal, og på papir i øvrige kommuner. Deltakelsen var noe lav på elektronisk gjennomføring av spørreundersøkelse 2. I avdelingene der undersøkelsen ble gjennomført på papir var deltagelsen høyere. En avdeling i Stavanger deltok ikke i spørreundersøkelse 2, på grunn av at det oppsto en feil i gjennomføringen.

Tabell 3. Deltagelse i spørreundersøkelsene

Kommune	Spørreundersøkelse 1			Spørreundersøkelse 2		
	Antall ut	Antall svar	Svarprosent	Antall ut	Antall svar	Svarprosent
Stokke	97	57	59 %	136	25	18 %
Sandefjord	34	29	85 %	48	17	35 %
Nesoddtunet	65	60	92 %	64	16	25 %
Nesodden hj.tj.	40	35	88 %	39	9	23 %
Sokndal	65	62	95 %	76	19	25 %
Stavanger	52	45	87 %	45	19*	42 %

*Tall fra en avdeling, avdeling nummer to deltok ikke i spørreundersøkelse 2

Det ble gjennomført oppsummeringsmøter etter avsluttet pilot for å presentere lokale resultater, og for å drøfte gjennomføringen og resultatene som var innhentet. I oppsummeringsmøtene kom det fram at en del medarbeidere hadde latt være å svare fordi de ikke hadde kommet ordentlig i gang med å bruke de veiledende planene og var usikre. Den korte pilotperioden hadde sannsynlig innvirkning på dette. En annen faktor er at flere pilotkommuner gjennomførte endringer i rutiner og ansvar i forhold til dokumentasjon samtidig med testingen av veiledende planer. Mange medarbeidere hadde liten erfaring med å skrive planer fra før.

3.3.2.2 Notater fra medarbeidere i pilotavdelingene

Alle pilotavdelingene fikk en notatbok fra prosjektet, med forsidebilde tilsvarende kompendiet til opplæring, informasjonsbrosjyre og plakat. Denne lå på vaktrommene og ble brukt til å notere tilbakemeldinger til prosjektet. Den lokale kontaktpersonen samlet og videresendte dette til prosjektledelsen. Notatbøkene ble lite brukt, de fleste tilbakemeldingene ble gitt muntlig til kontaktpersonene eller kom i spørreundersøkelser og gruppeintervju. Vi syntes likevel det var viktig å tilby en kanal for spontane tilbakemeldinger, spørsmål, frustrasjoner eller positive opplevelser som medarbeiderne ønsket å formidle der og da når de jobbet med de veiledende planene. De tilbakemeldingene som kom, handlet hovedsakelig om funksjonalitet eller ønske om tillegg i innhold i de veiledende planene.

3.3.2.3 Gruppeintervjuer

For å komme dypere i problemstillingene rundt erfaringene med de veiledende planene og ICNP® ble det gjennomført gruppeintervjuer i siste del av pilotperioden. Gruppene ble sammensatt slik at deltakerne representerte variasjon i kompetanse, stillingsstørrelse og erfaring. Sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og fysioterapeuter deltok. Det ble gjennomført en til tre gruppeintervjuer i hver pilotkommune. Varighet 60 - 90 minutter. Antall deltakere varierte fra fire til åtte. Totalt deltok 57 medarbeidere i gruppeintervjuene. Prosjektleder ledet samtalen, og det var oppnevnt referent som ikke var deltager i gruppen.

Disse temaene ble vektlagt i gruppeintervjuene:

- Erfaringer med dokumentasjon etter sykepleieprosessen
- Begreper i ICNP
- Funksjonalitet i EPJ
- Kvalitet på dokumentasjonen med veiledende planer
- Brukermedvirkning
- Pasientsikkerhet

Det er utarbeidet en intervjuguide for gruppeintervjuet, denne ble brukt i alle samtalenene. (Vedlegg 5)

3.3.2.4. Intervju med ledere

Lederperspektivet ble belyst gjennom intervjuer eller skriftlig tilbakemeldinger fra avdelingsledere og fagleder. Det lyktes ikke å få til intervjuer med ledere fra alle pilotavdelingene. Prosjektleder gjorde tre intervjuer. I tillegg svarte to ledere skriftlig på spørsmålene ut fra intervjuguiden. (Vedlegg 6)

Tema for intervju med ledere:

- Dokumentasjon og lederansvar
- Opplæring/implementering
- Oppfølging i pilotperioden
- Tanker om prosjektet og veiledende planer
- Oppsummering

3.3.2.5. Data fra EPJ-systemet

Datasamling fra EPJ hadde både kvantitativt og kvalitativt fokus. Tallmateriale ble hentet ut fra listefunksjoner i EPJ-systemet og ved noe manuell telling. I tillegg ble det sett på innholdet i de anvendte veiledende planene.

Gjennom tallmateriale fra EPJ ønsket vi å hente kunnskap om bruken av veiledende planer. Det ble undersøkt i hvilken grad verktøyet har bidratt til endringer i omfanget av dokumentasjon og hvilke områder det ble dokumentert på. Videre ble det sett på om verktøyet ble brukt av mange eller noen få, og om veiledende planer bidro til økt dynamikk i planarbeidet med systematiske evalueringer og oppdateringer. Det ble hentet tallmateriale fra EPJ i alle pilotavdelingene. I tillegg gjorde ernæringsprosjektet telling av innleggelsesrapporter til sykehus og epikriser til fastlegene ved utskrivning fra en korttidsavdeling. Den lokale kontaktpersonen gjennomførte datasamling i sin kommune.

Kontaktpersonene lokalt gransket innholdet i de anvendte planene. 369 anvendte veiledende planer ble gransket. I granskingen ble det anvendt en skala for kvalitet, modifisert etter granskingsverktøyet, «Analyseinstrument B», utarbeidet av Ehrenberg og Ehnfors (1999). Metodikken er nærmere beskrevet i vedlegg 3. Granskingen har vært et viktig bidrag i refleksjonen omkring kvalitet i dokumentasjonen i pilotkommunene. Det har gitt konkrete eksempler på gode anvendte planer, samtidig som det gir informasjon om dokumentasjonspraksis og potensiale til forbedring. Resultatene ble brukt i oppsummeringsmøtene og i kvalitetsforbedringsarbeidet lokalt.

4. Resultater

Helsepersonells erfaringer med daglig bruk av veiledende planer er viktigste datakilde i evalueringen av prosjektet. Organisering av arbeidet i avdelingene, ansvarsfordeling og forventninger fra leder har mye å si for hvor mange medarbeidere som involveres i planarbeidet og lærer seg å bruke tilgjengelig verktøy. De veiledende planene ble testet ved at de ble brukt i ordinært dokumentasjonsarbeid i avdelingene. Det var ikke satt av øremerkede ressurser til gjennomføring av prosjektet lokalt.

Til sammen har 144 medarbeidere brukt veiledende planer i pilotperiodene, med en variasjon per avdeling fra 1 til 20. Avdelingene hadde fra før ulike rutiner og ansvarsforhold i dokumentasjonsarbeidet. I forbindelse med pilotering ble rutinene noen steder endret slik at helsefagarbeiderne fikk økt sitt ansvar. I de avdelingene der sykepleierne tidligere hadde stått for alt planarbeid, fikk helsefagarbeiderne selvstendig ansvar for å utarbeide planer. Forutsetningene for å tilegne seg ferdigheter i daglig bruk var dermed svært forskjellige, og mange hadde liten erfaring med å bruke planverktøy. Dette og den korte pilotperioden på åtte uker gjorde nok sitt til at en del meddelte at de var usikre på bruken og ikke hadde brukt de veiledende planene så mye som de ønsket.

Prosjektet har innhentet solide erfaringer. De kunnskapsbaserte veiledende planene med ICNP®-terminologi ble testet i 25 ulike avdelinger i fem kommuner i løpet av ett og et halvt år. Resultatene var samstemte og bekreftet at veiledende planer med ICNP® var nyttig og ønsket. Tilbakemeldingene bidro til forbedring og vil bli brukt i videre utvikling framover.

Videre i kapitlet er resultatene i prosjektet tematisert med hensyn til arbeidsprosesser, pasientsikkerhet og kvalitet, og kvalitetsforbedring og ledelse. Til slutt i kapitlet er resultater knyttet til delprosjekt ernæring presentert.

4.1. Arbeidsprosesser

Bruk av kunnskapsbaserte veiledende planer påvirker arbeidsprosessene omkring dokumentasjon av planlagt og gjennomført helsehjelp. I det følgende belyses hvordan kunnskapsbaserte veiledende planer bidro til enklere og mer effektive dokumentasjonsprosesser og ga god oversikt over pasientens behov for helsehjelp, og hvilke erfaringer sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere hadde med funksjonaliteten i EPJ og bruk av terminologi og verktøy med prosessstøtte.

4.1.1 Mindre tidkrevende, lettere å formulere seg og tydeligere språk

Resultatene viste at veiledende planer var enkle å bruke. Strukturen var gitt, og man kunne velge i forhåndsdefinerte begreper og utsagn ut fra den plantittelen som ble valgt.

«Genialt å ha det sånn. Problemet før var at det ble brukt mye tid på å vurdere: Skal jeg skrive det sånn eller sånn?»

Med veiledende planer var det flere som laget planer, og det gikk raskere å lage de. Helsepersonell bruker mye tid på dokumentasjon. Hver dag dokumenteres gitt helsehjelp og det lages planer for oppfølging som den enkelte forfatter selv. Å lage en fritekstplan tok tid og kunne være utfordrende for mange. Mange mente også at det gikk mindre tid til å rapportere.

«Ryddigere, flere lager planer. Og vi bruker mye mindre tid på å lage planer.»
(Fra spørreundersøkelse)

«Raskere dokumentering, (Fra spørreundersøkelse)

I tillegg ble laget flere planer.

«Tror det blir laget flere planer når en kan bruke veiledende planer.» (Fra gruppeintervju)

Planene utarbeides av både sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere. Ved å gi medarbeiderne et verktøy som effektiviserer arbeidsprosessen og samtidig ivaretar kvalitet, kan kompetanse og ressurser brukes mer effektivt og hensiktsmessig.

Noen medarbeidere har utfordringer med å formulere seg skriftlig. Det kan være medarbeidere med fremmedspråklig bakgrunn, medarbeidere med lese- og skriveutfordringer, eller medarbeidere som er usikre på egne formuleringer. Dette kan gi seg utslag i vegring for å dokumentere eller at det som dokumenteres fremstår med dårlig språklig kvalitet og dermed kan misforstås. Lasse Morten Johannesen skriver i sin artikkel «Godt språk i journalen kan styrke pasientsikkerheten» at svikt i norskferdigheter hos helsepersonell utgjør en klar risiko for underrapportering av opplysninger, og at det trengs en fast terminologi.

Erfaringene fra prosjektet viste at bruk av veiledende planer gjorde det mye lettere å sette sammen en plan. Den som laget planen fikk hjelp til å finne formuleringer og det skriftlige arbeidet ble tryggere og enklere.

«Dokumentasjon er lettere med veiledende planer – man trenger ikke å tenke for å formulere god norsk.» (fra gruppeintervju)

Tilgang på forhåndsdefinert tekst bidro til bruk av felles begrep, noe som senket terskelen for å formulere seg skriftlig. Manglende språkferdigheter sto ikke lenger i veien for å lage planer for helsehjelp. Medarbeidere med språklige utfordringer fikk brukt sin fagkompetanse også i dokumentasjonen

Medarbeidere uten språklige utfordringer mente også at bruk av terminologi forenklet dokumentasjonsprosessen. Det å vurdere ulike begrep og formuleringer tok mye oppmerksomhet også hos de som hadde gode språkferdigheter. Medarbeiderne med liten erfaring i å lage planer for helsehjelp hadde stor hjelp av prosessstøtte og terminologi.

«Slipper å tenke gjennom hvilke formuleringer som skal brukes» (fra spørreundersøkelse)

De anvendte planene inneholdt klar og forståelig tekst som la til rette for god behandling, mestring og forebygging. Pasientens behov var klart definert og hadde sammenheng med gjennomført kartlegging. Presist språk i mål og tiltak reduserte faren for misforståelser og ble et godt grunnlag for refleksjon.

4.1.2 Tilgang til informasjon

Relatert til delmål 8

For å kunne gi god helsehjelp er det viktig å ha tilgang til informasjon om pasientens tilstand og behov for helsehjelp. Helsepersonell trenger oversikt over og kunnskap om de tiltak som skal utføres og hvilke behov og målsettinger som ligger til grunn.

Strukturelt var det god kvalitet på alle de anvendte planene. De fremsto ryddige og ga god oversikt over pasientens status, et inntrykk som bekreftes i gruppeintervjuer og i spørreundersøkelsen.

«Det virker veldig greit, planene blir mer oversiktlige.» (Fra gruppeintervju)

«Får bedre oversikt» (Fra spørreundersøkelse)

Ikke alle medarbeidere var vant til å dokumentere gitt helsehjelp knyttet til en plan. Alternativet var å dokumentere fortløpende, i løpsrevne journalnotat, noe som ga dårlig oversikt over utviklingen i en pasientsituasjon. Disse var også vanskelig gjenfinnbare dersom man ønsket å bruke rapporteringer for å vurdere en utvikling over tid eller evaluere et tiltak.

«...bedre overblikk, lettere vurdering av tiltak og evalueringer» (Fra gruppeintervju)

Oversiktlige planer og god struktur gjorde det raskere og enklere å orientere seg og å finne informasjon. Tidligere kunne det være overlappende områder som ble beskrevet av forskjellige personer i ulike fritekstplaner. Det var vanskelig å vite hvor man skulle lese for å finne oppdatert informasjon og utfordrende å dokumentere gitt helsehjelp/rapport. Visuelt skilte de brukte veiledende planene seg fra fritekstplanene ved at det var korte, konsise begrep i overskriftene for mål og tiltak. Det gjorde planene lette å lese og det var enkelt å finne disse innimellom annen dokumentasjon. Fritekstplanene hadde ofte lengre overskrifter, og av og til var det bare deler av overskriften som ble synlig i oversikten fordi tekstene var for lange.

«Veiledende planer gir ryddige pleieplaner. Det lages ett problemområde, ikke mange for det samme området.» (Fra gruppeintervju)

Samtidig så vi at antall og relevans på tiltakene varierte. Høyt antall tiltak kunne gjøre det utfordrende å få oversikt, samtidig som den som leste planen måtte gjøre en prioritering mellom tiltakene; hva var viktigst å følge opp. Denne prioriteringen burde vært gjort når planen ble laget. Kritisk vurdering av hvilke tiltak som ble satt opp var en viktig del av kompetansen til den som laget planen.

«Du har lyst å ha med alle. Vi snakket om å ikke ha så mange tiltak på om gangen, du kan ikke ha fokus på alt på en gang.» (Fra gruppeintervju)

Ved bruk av veiledende planer ble kjennetegn eller årsakene til et behov nedtegnet med ICNP®-begrep. Det samme gjorde pasientens ressurser. Helsepersonell opplevde det nyttig med kortfattet og presis informasjon om dette. Nedtegnning av ressurser bidro til økt bevissthet om å ivareta og stimulere disse.

«Det er veldig bra at pasientens ressurser kommer frem på de veiledende planene. Det har vi ikke vært flinke til å tenke på før.» (Fra gruppeintervju)

Rapport knyttet til det enkelte problemområdet ga god oversikt over utviklingen av en bestemt situasjon. Sammen med pasientens tilbakemeldinger ble den samlede informasjonen fra fortløpende rapport brukt i evaluering av tiltak. Rapport og evaluering var viktige elementer for en dynamisk dokumentasjon og bidro til at helsepersonell hadde oppdatert og viktig informasjon tilgjengelig. Rapport og evaluering var ikke funksjonalitet forbeholdt veiledende planer, men gode, oversiktlige planer gjorde det lettere å rapportere på riktig sted og la bedre til rette for evaluering.

I første versjon av de veiledende planene erfarte vi at mange valgmuligheter i noen tilfeller førte til «helgarderinger» og lange planer som inneholdt mer informasjon enn nødvendig. Samtidig var det for lite forklarende fritekst til hvert tiltak. Når de brukte planene ble stående med hovedsakelig

overskrifter og lite individuelle beskrivelser, risikerte medarbeider å mangle informasjon for å utføre tiltakene på beste måte. I løpet av pilotperiodene ble det en økende bevissthet omkring dette, og i de reviderte planene er det lagt inn ledetekst for å sikre at de anvendte planene blir individualisert.

4.1.3 Aktiv bruk av veiledende plan for helsehjelp

I dette delkapitlet belyses hvor mye de kunnskapsbaserte veiledende planene ble brukt, dynamikken omkring bruken og hvordan dette påvirket bruk av plan for helsehjelp også for andre områder av helsehjelpen.

De fem kunnskapsbaserte veiledende planene som ble testet omfattet bare en liten del av den totale dokumentasjonen. 463 av 2175 planer var laget med utgangspunkt i veiledende plan. Det ble laget flest på området nedsatt evne til å håndtere legemidler, men nesten like mange for risiko for underernæring og risiko for fall. *Tabell 5.*

Tabell 5. Antall planer innenfor de respektive planområdene

Totalt	Risiko for fall	Risiko for trykksår	Risiko for infeksjon i urinveissystemene	Nedsatt evne til å håndtere legemidler	Risiko for underernæring
463	114	54	45	131	120

141 medarbeidere hadde anvendt veiledende planer i pilotperioden, med en variasjon mellom avdelingene fra 1 til 29. Antall medarbeidere som hadde brukt veiledende planer ga en indikasjon på i hvilken grad verktøyet var implementert. Vi fikk også kunnskap om erfaringsgrunnlaget for de tilbakemeldingene som var gitt. Det varierte fra avdeling til avdeling hvor mange medarbeidere som anvendte de veiledende planene. Her hadde nok tidligere rutiner og ansvarsfordeling mye å si. Der de anvendte planene var laget av noen få personer, ble antallet som ga tilbakemeldinger også lavt. Samtidig var det verdifullt at noen enkeltmedarbeidere hadde anvendt veiledende planer mange ganger. Det ga god kjennskap til verktøyet, både hva gjelder innhold og funksjonalitet. Antall pasienter og sammensetning av pasientgrupper var også forskjellig i avdelingene, noe som ga utslag i hvor ofte det var behov for å lage nye planer.

En utfordring for implementeringen var at det kun var utviklet veiledende planer på fem områder. Alle andre planområder måtte fortsatt skrives i fritekst. Det var lett for medarbeidere å glemme seg og lage plan i fritekst selv om det var veiledende plan tilgjengelig på det aktuelle området.

Det var økt aktivitet knyttet til planarbeid i alle avdelingene, gjennom at det ble laget flere planer og seponert mer. Seponering av planer indikerte at det ble gjort vurderinger/evalueringer og at planer som ikke lenger var aktuelle for pasienten ble avsluttet. Dette var en generell økning, som også gjaldt fritekstplaner. Fokus på dokumentasjon i avdelingene og opplæring i bruk av planverktøy stimulerte til at flere laget nye planer og/eller vurderte/evaluerte eksisterende planer og tiltak. *Tabell 4*

Tabell 4. Antall PRB og evalueringer i løpet av pilotperiodene i alle pilotkommunene.

Antall planer som er laget i løpet av 8 uker		Antall evalueringer i løpet av 8 uker	
Før pilot	I pilot	Før pilot	I pilot
1563	2175	308	440

Selv om vi så en økning i antall evalueringer, manglet evaluering ofte. Økningen tilsvarte ikke forventet aktivitet med tanke på antall planer som var i bruk. Dette kan ha sammenheng med at det ikke var mulig å forhåndsdefinere begreper for evaluering. Tallene for evaluering gjaldt både de anvendte veiledende planene og fritekstplanene, og ga informasjon om praksis i avdelingene angående evaluering generelt.

Deltakerne i prosjektet fortalte at det ble gjort løpende evalueringer i den daglige oppfølgingen fra den enkelte medarbeider. Det evalueres mye muntlig, i samtale med pasient og i forbindelse med rapporter, tavlemøter og refleksjonsstunder. Oppdateringer av planene ble gjort uten at evalueringen blir dokumentert med spesifikk registrering, noe det er lagt til rette for i EPJ-systemet. I gruppesamtalen kom det fram at flere medarbeidere ikke var kjent med «evalueringsknappen» i EPJ-systemet. Informasjon, opplæring og fokus på dette i avdelingene kan endre praksis. Nesoddtunet, som hadde hatt fokus på evaluering i forkant av prosjektet, hadde større aktivitet på dette området enn de øvrige pilotavdelingene.

4.1.4 Erfaringer med funksjonalitet i EPJ-systemet

Tilbakemelding fra medarbeiderne i pilotavdelingene var at det var enkelt å lære og bruke de kunnskapsbaserte veiledende planene i CosDoc. Oppbyggingen av planmodulen var logisk og lett å håndtere etter et par gangers bruk. De medarbeiderne som var kjent med og vant til å arbeide med planer tidligere, hadde lettere for å tilegne seg ferdigheter med veiledende planer.

Deltagerne i prosjektet beskrev utfordringer med å håndtere valgmuligheter i de veiledende planene. Slik de første planene var utformet med både mål og delmål og med funksjonalitet som viste all informasjon samtidig, ble det mange begrep å ta stilling til på en gang. I revisjonen ble malene gjort enklere og mer tilpasset funksjonaliteten i programmet, jf. Kapittel 3.1. Utvikling av veiledende planer.

I tilbakemeldingene ønsket man seg annen visning av malene for veiledende planer i EPJ, der ikke all informasjon var synlig samtidig. Trinnvise valg ville gitt bedre oversikt. Funksjonalitet i programmet med å dra sammen overskrifter og/eller søke etter begrep ble lite brukt. Mange medarbeidere hadde utfordringer med å huske denne funksjonaliteten i det daglige. Det var også ønskelig med raskere manøvrering i programmet. En del opplevde dårlig responstid når det skulle lage planer.

Prosjektet kunne hente ut spesifikke data knyttet til alle nivåene der ICNP® var implementert. Dette ga kunnskap om gitt helsehjelp på et detaljnivå som ikke var mulig tidligere. Lederne hadde tilgang på informasjon om hvor mange pasienter som hadde anvendte planer som for eksempel «Risiko for underernæring» eller «Risiko for trykksår». Intervensjoner kunne også monitoreres, for eksempel hvor mange hadde tiltak som «trykkavlastende madrass» eller «mellommåltid». Muligheten som ligger i ICNP® til også å hente ut resultater ble ikke testet i dette prosjektet fordi det ikke kunne knyttes terminologi til dette nivået i arbeidsprosessen. Jf. Kapittel 3.2.2 Forutsetninger i EPJ-systemet.

Det ble også sett på om det var knyttet prosedyrer fra elektroniske prosedyreverktøy til tiltak, noe som var tilgjengelig funksjonalitet i EPJ hos fire av de fem kommunene. En av kommunene hadde brukt denne funksjonen og tilknyttet prosedyre fra prosedyreverktøy til 13 av 55 planer.

De veiledende planene er testet med den funksjonaliteten som fantes i EPJ-systemet, og dette har påvirket produktet. Enkel bruk var viktig for implementering, men færre valg i prosessen ga samtidig enklere sammensatte planer og mindre mulighet for nyanser i begrepsvalg. Det manglet funksjonalitet

for å knytte terminologi til kartlegging og resultater, noe som har vært begrensende for prosjektet. Det har ikke vært mulig å hente ut erfaringer knyttet til måling av resultater.

4.2 Pasientsikkerhet og kvalitet

Ett av målene i prosjektet var å bidra til bedre kvalitet i dokumentasjon av sykepleie, for derigjennom å øke pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenesten. Veiledende planer med ICNP® ga et godt utgangspunkt for økt kvalitet i planlegging av helsehjelp og dokumentasjon. Malene ga beslutnings- og prosesstøtte gjennom trinnene i dokumentasjonsprosessen. Det gikk ikke lenger an å lage en plan uten mål, slik man kunne og fortsatt kan se i enkelte fritekstplaner.

Bruk av terminologi ga presise overskrifter. Mål og tiltak ble beskrevet med entydige begrep som var lette å forstå og få oversikt over. Alle de anvendte veiledende planene inneholdt de grunnleggende nivåene for god plandokumentasjon; behov, mål og tiltak, og la til rette for systematisk og god oppfølging av pasientene. Tilgang til planverktøy hadde betydning for kvaliteten i dokumentasjonen, og planverktøyet var også viktig for målrettet og dynamisk pasientoppfølging.

«Verktøyet er viktig for at dokumentasjonen skal bli bedre.» (Fra gruppeintervju)

Medarbeidernes kompetanse i dette arbeidet var også svært viktig. Helsepersonells observasjoner og vurderinger dannet sammen med pasientens deltagelse, grunnlaget for en god plan. Bruk av validerte verktøy i risikovurdering var en del av den systematiske statuskartleggingen. Faglige vurderinger var nødvendige for å omsette informasjon fra kartleggingen til en målrettet og individualisert plan. Planen skulle ha tiltak som understøttet de behov og ønskede resultat som fremkom av kartleggingen. For å beskrive tiltakene godt, var det vesentlig å kjenne pasienten, den aktuelle situasjonen og hva man ønsket å oppnå. Veiledende planer stimulerte til bedre kartlegging og understøttet pasientenes behov.

«I avdelingen gjøres det gode kartlegginger av pasientene.»

«Finner informasjon om pasientene ressurser og behov»

«Standard språk gjør det lettere å gi målrettet hjelp.»

(Fra gruppeintervju)

Prosjektet satte høye krav til kvalitet i dokumentasjonen. Strukturen i de veiledende planene sikret at alle planene hadde behov, mål og tiltak beskrevet. I tillegg skulle planen være individualisert slik at medarbeidere som ikke kjente pasienten var i stand til å følge opp godt, og at det var entydig hva som var forventet resultat og hva som var relevant å rapportere. For pasienten betydde dette at den enkelte medarbeider i sin daglige praksis hadde kunnskap om og utførte de riktige tiltakene for å understøtte planlagte prosesser og målsettinger.

4.2.1 Bedre beslutnings- og prosesstøtte i EPJ

Kunnskapsbasert praksis skal sikre at helsepersonell anvender oppdatert kunnskap i sitt arbeid. Kunnskapsbasert praksis er kjernen i pasientsikkerhetsarbeidet. Økt pasientsikkerhet var en overordnet hensikt i prosjektet. Dette var et tema i utvikling av planene, i spørreundersøkelsene, intervjuer og andre tilbakemeldinger fra pilotene. Deltakerne pekte på at struktur, oversiktighet og entydige begrep på flere måter bidro til økt kvalitet i dokumentasjonen og dermed til bedre pasientsikkerhet. I de anvendte planene var det enkelt å orientere seg og hente informasjon om pasientens status og behov for helsehjelp. Oppfølgingen av pasientene ble målrettet gjennom tydelig definerte tiltak.

«Bedre kvalitet i dokumentasjonen – lettere for ansatte å dokumentere riktig og å finne tilbake til det som har blitt dokumentert.» (Fra gruppeintervju)

«Må jo bruke mer tid til å lese notat, for å vite hva som egentlig gjelder akkurat den enkelte pasient» (Fra spørreundersøkelse)

Klinisk beslutnings- og prosesstøtte er et IT-verktøy som støtter planlegging, koordinering og gjennomføring av pasientrettede tiltak innen utredning, pleie og behandling. Sykepleieprosessen er den sentrale informasjonsmodellen i dokumentasjon av planlagt og målrettet helsehjelp. Likevel er det mangelfull støtte i EPJ-systemene til dette. Det mangler ofte sammenheng mellom kartlegging, plan og resultat.

Hensikten med beslutnings- og prosesstøtte er å understøtte og koordinere en arbeidsprosess, for eksempel planlegging og oppfølging av helsehjelp i kommunehelsetjenesten, og på den måten bidra til kontinuitet og pasientsikkerhet.

Med kunnskapsbaserte veiledende planer fikk helsepersonell presentert begrep knyttet til leddene i sykepleieprosessen, og ble guidet gjennom disse. Dokumentasjonsprosessen ble forenklet gjennom bruk av menyer med ferdig tekst knyttet til kodeverket ICNP®. Menyene fungerte som beslutningsstøtte ved at den som laget planen fikk presentert kunnskapsbaserte forslag til tiltak innen det angitte området. Listen med tiltak fungerte som en påminner over aktuelle intervensjoner. Dette var en start på utvikling mot økt prosess- og dokumentasjonsstøtte i EPJ-systemene.

Med tydelig språk og begreper som var lette å kjenne igjen, ble tiltakene lette å se. Begrepene i ICNP® opplevdes som relevante og mange sa at det var nyttig med felles begrepssett. De brukte planene ga oversikt over og kunnskap om iverksatte tiltak. Tiltakene var presise og begrepene som ble brukt var dekkende. Det var også enklere å orientere seg om de aktuelle tiltakene, ha et bevisst forhold til disse, observere, vurdere og evaluere.

*«Lettere å revurdere og oppdatere pleieplaner»
«Kvalitetssikring, men funksjonell i bruk. Ved fritekst er det mer opp til kompetansen til den enkelte.» (Fra gruppeintervju)*

Veiledende planer stimulerte til bruk av strukturert dokumentasjon, og gjorde at det i større grad ble rapportert i tilknytning til et beskrevet behov.

*«Gode pleieplaner gir mindre løsrevne journalnotat.»
«Ser utviklingen i pasientenes funksjonsnivå.» (Fra gruppeintervju)*

Erfaringene i prosjektet var at helsepersonell bifalt prosesstøtten de veiledende planene ga. Dokumentasjonsarbeidet gikk raskere, planene ble automatisk strukturert og man fikk hjelp til å huske aktuelle tiltak. Flere påpekte at planer som ble laget i fritekst uten mål eller uten tiltak, var en utfordring i dokumentasjonen. Dette var ikke lenger noe problem for de områdene der veiledende planer ble brukt. Alle brukte veiledende planer hadde god struktur med PRB, mål og tiltak beskrevet. Medarbeidere som hadde liten erfaring med å lage planer, opplevde prosesstøtten gjennom de ulike nivåene verdifull. Det ble enklere å lage planer, og man var trygg på at det ble riktig. Erfarne medarbeidere trakk fram fordelene med å få presentert aktuelle alternativ for mål og tiltak og det gikk raskere å sjekke om man hadde fått med seg de viktigste tiltakene.

En viktig tilbakemelding fra medarbeiderne i de første pilotavdelingene var at en del av de anvendte planene inneholdt veldig mye informasjon, også detaljer som ikke var vesentlig for oppfølgingen. Enkelte av de anvendte veiledende planene hadde opplistet mange kjennetegn og ressurser, noe som kunne oppleves forstyrrende i lesingen, både strukturelt og innholdsmessig. Det samme gjaldt tiltak og delmål.

*«Det er en ting som jeg ser og det er at det kan være litt for mange punkter som kan passe, da blir det f.eks veldig mange delmål - kanskje det burde vært konsentrert litt mer.»
(Fra spørreundersøkelse)*

Dette ble tatt hensyn til i revisjonen, planene ble enklere, mer presise og inneholdt ledetekst og/eller sjekkpunkter i fritekstfeltene. Planene som ble utarbeidet etter revidert mal fremstår mer ryddige og oversiktlige enn før. (Jf kapittel 3.1.2) Samtidig ble det i opplæringen og oppfølgingen av avdelingene lagt vekt på at man måtte være kritisk i valg av kjennetegn og tiltak. De reviderte veiledende planene i versjon 2 ble enklere å bruke og de anvendte planene ble tydeligere enn de som ble testet i de første pilotavdelingene. Enkel struktur og presist språk var en viktig forutsetning for funksjonelle anvendte planer.

Prosesstøtte bidro til at helsepersonell ble tryggere i dokumentasjonsprosessen. Fortsatt manglet prosessstøtte som understøttet hele dokumentasjonsprosessen fra kartlegging til resultat. Dette er ønsket funksjonalitet.

4.2.2 Fokus på forebyggende tiltak

Relatert til delmål 8

Ofte inneholder dokumentasjonen av helsehjelp kun beskrivelse av den helsehjelpen som er gitt, og noen ganger en plan for oppfølging ut fra et oppstått problem. Systematiske tiltak for å forebygge hjelpebehov eller begrense skade, har ikke samme tradisjon i planlegging og dokumentasjon som det å behandle sykdom eller funksjonsnedsettelse. I de senere årene har det blitt mer fokus på risikoutsatte grupper og forebyggende tiltak. Pasientsikkerhetsprogrammet er et eksempel på nasjonal satsning på dette området.

De veiledende planene som ble testet hadde nettopp dette forebyggende fokuset. Fire av planene hadde titler som inneholdt «Risiko for», og alle planene inneholdt forebyggende tiltak. Deltakere i pilotene fortalte at bruk av veiledende planer økte bevisstheten på hvor viktig det var å gjøre en grundig kartlegging for å avdekke risiko og finne de riktige forebyggende tiltakene for den enkelte pasient.

«Veiledende planer bidrar til å tenke forebyggende – som det er stort fokus på.» (Fra gruppeintervju)

For å kvalitetssikre forebyggende tiltak og sikre systematiske oppfølging, er det viktig at disse tiltakene er dokumentert. De veiledende planene inneholdt begreper for de viktigste forebyggende tiltakene innen de beskrevne risikoområdene, og la til rette for systematisk oppfølging for å begrense skade eller funksjonstap.

Det ble ikke gjort målinger knyttet til færre pasientskader som følge av anvendte veiledende planer. Det har ikke vært mulig innenfor rammene av prosjektet. Målsettingen med prosjektet var å utvikle og

teste veiledende planer for å hente erfaringer og lage eksempler på bruk av terminologi knyttet til veiledende planer i EPJ. I gruppeintervjuene ble det uttrykt en sammenheng mellom dokumentasjon og utført helsehjelp. Deltakerne mente at strukturert informasjon kunne bidra i pasientsikkerhetsarbeidet på individnivå, og også brukes i systematisk kvalitetsforbedringsarbeid.

4.2.3 Økt kontinuitet og samhandling

Relatert til delmål 8

Veiledende planer skal være et redskap til at pasienten opplever en sammenhengende helsetjeneste med god kvalitet. Kontinuitet i pasientforløpene er avhengig av at opplysninger er tilgjengelig for alle yrkesgrupper som skal yte helsehjelp til enhver tid. Dokumentasjon understøtter dette ved å være presis, målrettet og med konkrete tiltak som ivaretar pasientens egne ønsker og følger de retningslinjer og faglige standarder som til enhver tid er gjeldende.

God dokumentasjon la til rette for faglig god og trygg pasientoppfølging. Noen deltakere formulerte sine tanker om anvendte veiledende planer og pasientsikkerhet slik:

«Veiledende planer er et verktøy for kontinuitet og pasientsikkerhet – jobben blir enklere ved god dokumentasjon. Det sikrer oppfølging.»

*«Grunnleggende for forsvarlig helsehjelp»
(Fra gruppeintervju)*

De veiledende planene ga helsepersonell mulighet til å velge i forhåndsdefinerte begreper for behov, mål og tiltak. Detaljer i oppfølgingen av den enkelte pasient måtte skrives i fritekst, tilknyttet det enkelte tiltak. Her kom brukerperspektivet og de faglige vurderingene fram, og praktiske detaljer ble ivaretatt.

Gode anvendte planer bidro til kontinuitet gjennom vaktskifter og personalendringer og ga økt pasientsikkerhet ved at kunnskapsbaserte tiltak ble fulgt opp.

«Veiledende planer vil fremme pasientsikkerhet og kontinuitet – hvis de brukes. Er de godt utarbeidet, og individualisert vil de være et svært godt verktøy for eksempel vikarer, deltidsansatte.» (Fra gruppeintervju)

Et tydelig og felles språk bidro også til felles forståelse mellom helsepersonell. Det var lettere å forholde seg til i faglige vurderinger og en fordel for de medarbeiderne som jobbet på tvers av avdelinger. Felles begrepsbruk bidro til gjenbruk av dokumentasjon i flytting av pasienter, noe som er viktig for pasientsikkerheten og for å oppnå kontinuitet i helsehjelpen.

«Fordel med veiledende plan er standardisering av begreper. Likt overalt. Alle vet hva det innebærer.» (Fra gruppeintervju)

Oversiktlige planer stimulerte til dialog. Det var enklere å ta fram en plan og drøfte innholdet når planen var presist formulert. Slik bidro bruk av veiledende planer også til faglig refleksjon og tverrfaglig samarbeid. Både sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere anvendte de kunnskapsbaserte veiledende planene, og fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger og saksbehandlere hentet informasjon fra disse. Fysioterapeutene ønsket å delta mer aktivt i planarbeidet, og så at dette var en god arena for tverrfaglig samarbeid.

*«Presise planer, bidrar til at vi drøfter i avdelingen i forhold til målsetting»
«Lettere kommunikasjon»
«Har som målsetting å skrive i pleieplan, for å belyse aktivitet og trening men også sette lys på funksjonsendring f.eks fallfare.» (Fra gruppeintervju)*

Mange la arbeid i å utarbeide og individualisere anvendte planer ut fra veiledende plan. En utfordring ble likevel å få til tilstrekkelig dynamikk omkring disse, der alle medarbeidere var involvert. Særlig i langtidsavdelingene der helsepersonell kjente pasientene godt, var de en utfordring å få til at medarbeiderne systematisk hentet informasjon fra de utarbeidede planene. Mange medarbeidere mente at det ikke var god nok rutine for å lese planene og på den måten sikre oppfølgingen hos pasientene.

4.2.4 Bidrar til pasient- og brukerinvolvering

Relatert til delmål 8

Elektronisk verktøy kan åpne for en bredere og mer aktiv samhandling med pasienter og mottakere av helsetjenester. I noen pilotkommuner hadde helsepersonell tilgang til EPJ med resultater av kartlegging og beskrevet plan for helsehjelp når de var hos pasienten. Dette var nye verktøy i som var i en implementeringsfase, og det var dessverre for tidlig i prosessen til å dra nytte av i testingen av veiledende planer. Men framover ligger det her store muligheter til å involvere pasienten i refleksjoner omkring mål og tiltak, og mer aktivt inkludere pasientens ønsker og opplevelser i dokumentasjonen.

Veiledende planer med standard begreper fra ICNP® la likevel til rette for enklere kommunikasjon og lavere terskel for helsepersonell til å involvere pasienten i hva som ble dokumentert. Forhåndsdefinerte begreper ga trygghet i språkbruk for helsepersonell, og ICNP®-terminologien besto av kjente ord og utsagn som var lette å forstå, også for ikke-helsepersonell.

*«Det er lettere å vise frem en standard plan til pasienten enn en som en har skrevet selv.»
(Fra gruppeintervju)*

ICNP® ble brukt i overskriftene for mål og tiltak. Det var disse begrepene man fant igjen i strukturen og som blikkfang i de anvendte planene. For å sikre god oppfølging var det nødvendig å konkretisere mål og tiltak med detaljerte beskrivelser som gjaldt for den enkelte pasient. Selv om planstrukturen var standardisert ble den anvendte planen individualisert for den enkelte bruker. Involvering av pasienten var en grunnleggende forutsetning i disse beskrivelsene.

I prosjektet så vi at innholdet i planene i varierende grad ble individualisert. For eksempel ble det ikke alltid oppgitt hva pasienten ønsket å få servert eller tidspunktet for et mellommåltid, når dette tiltaket var valgt.

«Det er ikke alltid at de individualiserer planene. Da blir det bare overskriftene som blir stående og planen sier ikke så mye. Noen har brukt fritekst for å individualisere, men dette tar litt tid.» (Fra gruppeintervju)

Det ble oppgitt flere grunner til at planene ikke ble individualisert i større grad. Usikkerhet og dårlig tid var de vanligste. I avdelinger hvor pasientene var de samme over tid, kunne detaljene oppleves som unødvendige, det var informasjon som «alle» kjente til.

Brukerinvolvering ble snakket om, men i liten grad ble dokumentert i EPJ. I følge deltakerne i prosjektet ble pasientene involvert gjennom samtaler i forbindelse med kartlegging og i planlagte møter der mål for tjenesten ble drøftet. Mange beskrev en bevissthet i kommunikasjonen med pasienten, der datainnsamling og pasientens opplevelse og ønsker ble en naturlig del av dialogen. Helsepersonell spurte pasienten om hvordan det går og «Hva er viktig for deg?».

«Har samtaler med pasienten om problemstillingen, hva pasienten ønsker (mål) og hva HS kan bistå med.»

«Evalueringene er ofte basert på pasientens tilbakemelding om hva som fungerer og hva som evt må justeres.»

(Fra spørreundersøkelse)

Det forelå ikke rutiner for å inkludere pasienten i hvordan planer for helsehjelp og oppfølging ble dokumentert. Mange sa at de informerte pasientene om at det dokumenteres, men ikke hva som ble dokumentert. Få pasienter visste at de hadde en plan, med unntak av enkelttilfeller og noen rehabiliteringspasienter.

«Pasientene vet at vi dokumenterer, men ikke alle vet at de har en plan.»

(Fra gruppeintervju)

«Pasientene er alltid med i prosessen, men ofte ikke aktivt i detaljer som skrives.»

«Sitter hjemme hos bruker, og pårørende er med av og til»

(Fra spørreundersøkelse)

Mange mente det handlet om kultur og rutiner når pasientene var lite kjent med hva som ble dokumentert. Samtidig uttrykte flere at bevissthet omkring dokumentasjon og bruk av kunnskapsbaserte veiledende planer bidro positivt til fokus på brukerinnslytelse.

«Bruk av veiledende planer gjør at man blir mer bevisst pasientens ressurser og begrensninger, og hva som faktisk er årsaken til at de trenger hjemmesykepleie. Det gjør også at man blir mer bevisst viktighet og hensikt med pasientmedvirkning. Pr nå er det få som utarbeidet planer i samarbeid med pasientene.» (Fra gruppeintervju)

I forbindelse med gjennomføring av pilot og bruk av veiledende planer, ble både medarbeidere og ledere mere bevisste på rutiner som hemmet og rutiner som fremmet brukerinvolvering. Flere påpekte at dette var noe de ønsket å jobbe mere med, og at det var viktig at leder forventet mer involvering av pasientene i dokumentasjonsprosessene dersom praksis skulle endre seg.

«Veiledende planer kan fint gjøres personlig eller individuelt tilpasset. Ønsker veiledende planer på alle områder» (Fra gruppeintervju)

Veiledende planer som var individuelt tilpasset bidro til at den enkelte kunne oppleve målrettede, planlagte tjenester og at deres individuelle behov var ivaretatt. Framover vil en generell utvikling mot større tilgang til elektronisk verktøy åpne muligheter, både til å vise hva som er dokumentert, men ikke minst til å involvere pasientene i prosessen med å lage plan.

4.3 Kvalitetsforbedring og ledelse

Økt bruk av strukturerte data forventes å gi gevinster for ledelse og internkontroll. I det følgende belyses hvordan data ble brukt og kan brukes i ledelse og kvalitetsforbedringsarbeid, og hvordan lederne fulgte opp i gjennomføringen av pilot og implementering av nytt verktøy.

4.3.1 Læring, forbedring og kompetanseutvikling

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) gir ledere et spesielt ansvar for å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Dette for å møte forskriftens krav til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens tiltak for å etterleve helseovgivningen og yte faglig forsvarlige tjenester. Lederne som ble intervjuet i prosjektet så på helsepersonells dokumentasjon av plan for helsehjelp som en viktig del av dette.

«Jeg ser på dokumentasjon som et viktig ansvar for avdelingsleder. (...) Min jobb er å følge med på arbeidet som gjøres i avdelingen, at de ansatte dokumenterer og at det er tilstrekkelig kvalitet på det som dokumenteres.» (Fra intervju med ledere)

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring sier at kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester. Testing av veiledende planer med ICNP® innebar implementering av nytt verktøy for dokumentasjon og i noen avdelinger også endring av rutiner og ansvarsforhold. Lederne rolle var viktig. I gruppeintervjuene kom det tydelig fram at medarbeiderne hadde ønske og forventning om engasjement og tilrettelegging fra egen leder. Lederne som ble intervjuet i prosjektet hadde alle et bevisst forhold til dette og hadde fokus på dokumentasjon i pilotperioden. Temaet ble diskutert på personalmøter, rapporter og refleksjonsmøter. Det ble tilrettelagt for gjennomføring og uttrykt forventninger til medarbeiderne.

«Det er avsatt tid til dokumentasjon. Informasjon og oppfølgingssamtaler på personalmøtene. Avdelingene har fått tilbakemelding om hvordan de ligger an via vår prosjektansvarlig.»

Ledernes ansvarliggjøring av medarbeiderne ble et viktig virkemiddel i implementeringen. Det var ikke øremerket midler til opplæringen eller til gjennomføring av testing. All aktivitet knyttet til dette ble flettet inn i den daglige driften. For mange medarbeidere var det en krevende øvelse. Særlig der ansvarsområder ble utvidet og helsefagarbeiderne skulle i gang med dokumentasjon de ikke hadde gjort tidligere. Hvordan lederne organiserte og la til rette for arbeidet og hvilke krav de stilte til medarbeiderne, hadde betydning for resultatene. Tydelig forventning, ansvarliggjøring og tidsfrister var bevisst strategi fra noen av lederne i implementeringsperioden.

«Ansvarliggjøring og tidsfrister. Primærsystemet tydeliggjør hvem som har ansvar for å følge opp.» (Fra intervju med ledere)

I prosjektperioden ble det satt fokus på den daglige bruken av planverktøyet. Både avdelingsledere og fagledere hadde en viktig rolle i dette. Det ble lagt til rette for kollegaveiledning og bruk av ressurspersoner i opplæring og veiledning. Erfaringene med nytt verktøy ble bevisst brukt i læringsøyemed i avdelingene, ikke bare med tanke på implementering, men også som et ledd i kompetanseheving og forbedringsarbeid. Konkrete eksempler fra EPJ ble brukt til læringsformål.

«Vi har begynt å skrive ut en pleieplan daglig, og bruker denne som eksempel i felles gjennomgang. Målet er læring og forbedring.»

Bruk av terminologi ga mulighet for lederne til å hente informasjon om dokumentasjonspraksis i avdelingen. Dette kunne knyttes til person og ga informasjon om bruk av kompetanse. For de områdene det fantes veiledende planer, kunne lederne enkelt se omfanget av dokumentasjon og hvilke medarbeidere som hadde vært aktive.

«Samtidig ser jeg hvem som dokumenterer, og bruker denne informasjonen i oppfølging av personalet.» (Fra intervju med ledere)

Data fra EPJ ga kunnskap om tilstedeværende kompetanse og behov for kompetanseutvikling for enkeltmedarbeidere og i avdelingen generelt. Bruk av kodeverk ble et verktøy for planlegging og personaloppfølging. I prosjektet var fokuset spesielt på kompetanseutvikling innen dokumentasjon og bruk av plan for helsehjelp, men bruk av terminologi for å høste spesifikke data kan og gi kunnskap om kompetansebehov innen ulike fagtemaer.

Informasjon fra EPJ om pasientenes status/behov og iverksatte tiltak kan også brukes som grunnlag for risiko- og sårbarhetsanalyser, et viktig element i systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Prosjektet erfarte ikke at dette hadde blitt testet ut for områdene de veiledende planene dekket, med det ble heller ikke etterspurt, da det var utenfor prosjektets målsetting.

4.3.2. Rapportering og styringsdata

De fem temaområdene for de kunnskapsbaserte veiledende planene økte fokus på risikovurderinger og målrettede forebyggende tiltak i pilotavdelingene. Bruk av terminologi og strukturerte data gjorde det mulig å hente ut informasjon om dette. På denne måten kunne lederne følge opp lokale kvalitetsindikatorer på en enkel måte, og bruke informasjonen i arbeidet med kvalitetssikring av tjenesten og til lokal rapportering.

Det var ulikt hvordan lederne benyttet seg av mulighetene til datafangst som veiledende planer ga. Noen delegerte dette til fagansvarlig, noen hentet ut data selv og noen brukte ikke denne muligheten i løpet av pilotperioden. De som fra før hadde rutiner for å hente data fra andre deler av EPJ, hadde nok et mer bevisst forhold til muligheter og gevinster ved å hente data fra veiledende planer.

«Hver måned hentes antall IPLOS, Livets siste dager, samtykkevurderinger, MUST m.m. fra EPJ. Det fungerer som en sjekkliste på om rutineene følges for alle pasientene. Tallene oppgis i månedsrapporten og tas opp i avdelingen.»

Data fra EPJ ble brukt til å sjekke om rutiner ble fulgt og til å følge med på kvaliteten i dokumentasjonen.

*«Tar ut lister over bl.a. IPLOS. Har også et blikk på pleieplanene før utreise, sjekker at tiltak er oppdatert. Følger også med på sjekklisene ved innkomst, følger opp at dette gjøres.»
(Fra intervju med ledere)*

I prosjektet så vi at det ble laget planer i fritekst også innenfor de områdene der veiledende plan var tilgjengelig. For å kunne hente pålitelige data, må strukturert dokumentasjon benyttes konsekvent der

det er tilgjengelig. Slik praksis er avhengig av tydelige føringer, forventning og etterspørsel fra leder. Utvikling av veiledende planer på flere områder slik at tilgang på strukturerte data i EPJ-systemene blir større og bredere, vil selvsagt også ha betydning for praksis.

I dag er datasamling til rapportering av kvalitetsindikatorer og til kvalitetsforbedringsarbeid, for eksempel i nasjonale program som pasientsikkerhetsprogrammet, arbeidskrevende og tungvint. Strukturerte og standardiserte data vil gi gevinster både i gjenbruk i EPJ-systemet, rapporteringer og kvalitetsforbedringsarbeid. Terminologi knyttet til risikovurdering og plan, slik ICNP® er brukt i prosjektet, muliggjør gjenbruk av data i rapportering, for eksempel skal pasientens risikonivå i forhold til ernæring og om det er utarbeidet ernæringsplan, rapporteres i IPLOS. Bruk av terminologi kan bidra til effektiv informasjonsflyt og samhandling, og muliggjør sammenligning av resultater på flere nivå.

4.4 Delprosjekt ernæring

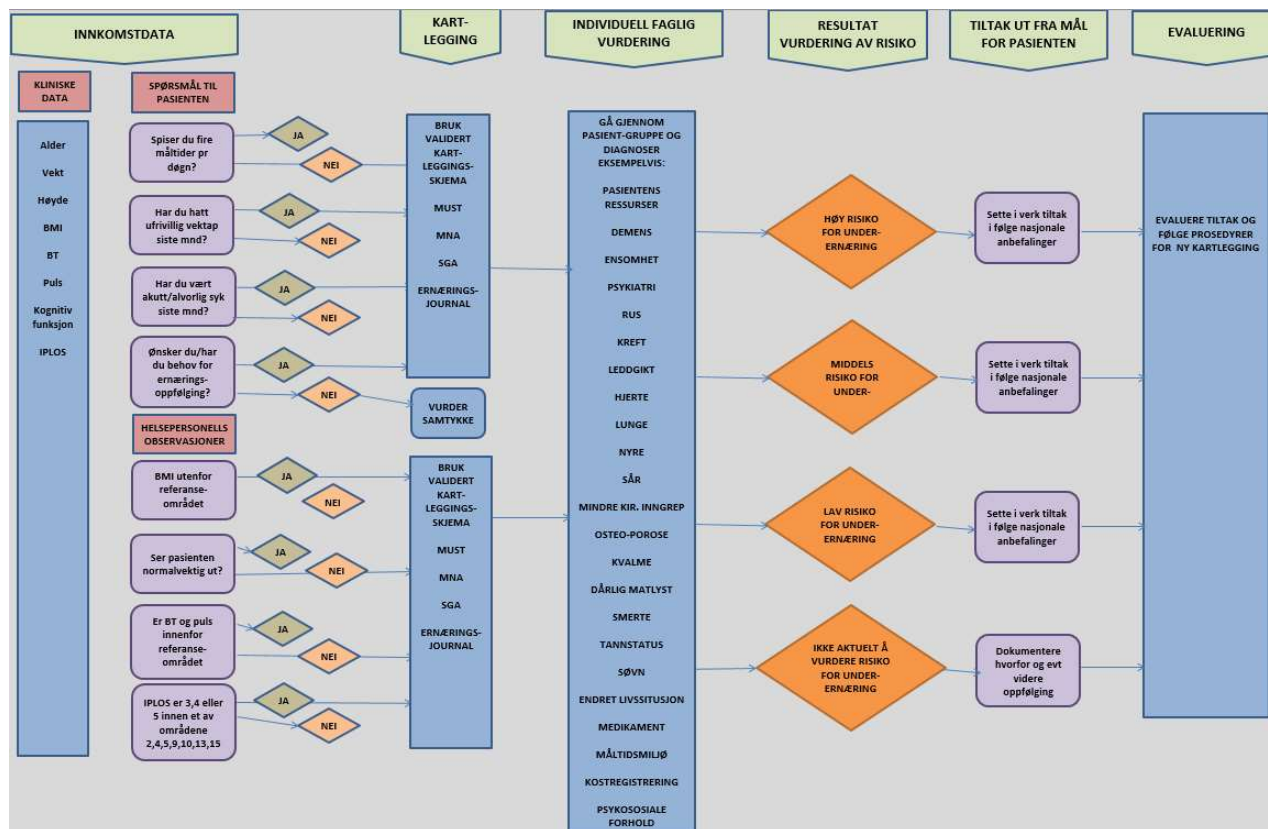
Relatert til delmål 5

USHT-Vestfold var i ferd med å igangsette et prosjekt for å utarbeide veiledende plan med fokus på ernæring. Dette ble samkjørt med NSF sitt prosjekt og inkludert som et delprosjekt i dette.

Hensikten med delprosjektet var å utarbeide veiledende plan innen ernæring og å kartlegge samhandling omkring pasienter i ernæringsmessig risiko. Det ble undersøkt om det ble sendt informasjon om ernæringsstatus til fastlegene når pasienter med kartlagt risiko for underernæring ble utskrevet fra sykehjem til hjemmet. Det ble også undersøkt om ernæringsplan ble sendt med innleggelsesrapporten når pasienter i ernæringsmessig risiko ble innlagt sykehus. Undersøkelsen ble gjort ved en sykehjemsavdeling i Vestfold.

Arbeidsgruppa i delprosjektet utarbeidet et flytskjema for dokumentasjon av prosessen fra datainnsamling til ferdig utarbeidet plan for området ernæring. Dette ble senere brukt som mal for flytskjema for de andre områdene der veiledende planer ble utarbeidet. Flytskjema viser hvor omfattende denne prosessen er, og at prosess- og beslutningsstøtte er viktig. Veiledende planer dekker i dag en liten, men sentral del av prosessen. Målet er at hele prosessen skal bli automatisert i EPJ. (Figur 8 og vedlegg 6.)

Figur 8: Arbeidsprosess, datasamling og dokumentasjon for området er næring.



I løpet av pilotperioden ble det sendt ni innleggelsesrapporter til sykehus fra sykehjemsavdelingen. Alle pasientene var kartlagt for risiko for underernæring, og bare en var vurdert utenfor risiko. I åtte av tilfellene var det middels eller høy risiko for underernæring. I seks tilfeller ble ernæringsplan sendt med innleggelsesrapporten, fire av disse var laget fra veiledende planer. *Tabell 6*

I samme periode ble 22 pasienter med risiko for underernæring utskrevet til hjemmet. I epikrisen til fastlegen ble det for tre av disse oppgitt risiko for underernæring. I tillegg ble det i fire tilfelle oppgitt kosttilskudd i legemiddellisten, noe som indikerer ernæringsproblematikk. *Tabell 6*

Tabell 6: Antall innleggelsesrapporter og antall epikriser med informasjon om risiko for underernæring.

Antall innleggelsesrapporter for pasienter i ernæringsmessig risiko sendt i PLO-melding i løpet av åtte uker i pilotperioden	Antall innleggelsesrapporter sendt i PLO melding i løpet av 8 uker i pilotperioden og ernæringsplan er med	Antall korttidspasienter som er skrevet ut med risiko for underernæring i løpet av 8 uker i pilotperioden	Antall korttidspasienter som er skrevet ut med risiko for underernæring i løpet av 8 uker i pilotperioden og dette er informert om i epikrise til fastlegen
8	6 , hvorav 4 var anvendte veiledende planer	22	3 + 4 der kosttilskudd er oppgitt i legemiddellisten

Omfanget av de innleggelsesrapportene som prosjektet hentet data fra, var svært lite sett i forhold til det totale antall innleggelsesrapporter til sykehuset. De seks innleggelsesrapportene ble sendt til ulike avdelinger, og prosjektet lyktes ikke å innhente data om hvordan informasjonen ble brukt i disse spesifikke tilfellene. Både fritekstplaner og veiledende planer kunne sendes med innleggelsesrapporten til sykehus, og kodeverket var ikke synlig i meldingen. For å skille en veiledende plan fra en fritekstplan i en PLO-melding, må denne skille seg ut enten på struktur eller begrepsnivå. Det ble ikke gjort systematiske undersøkelser av dette fra sykehusets side, og det begrensede omfanget gjorde heller ikke en slik undersøkelse meningsfull.

Generelt meldte sykehuset tilbake at innholdet i innleggelsesrapportene ofte manglet viktig informasjon som resultat av screening, hvilket kartleggingsverktøy var brukt og hva pasientens ernæringsbehov var. Informasjonen som fulgte pasienten angående ernæring var oftest generell og omhandlet matlyst og matvaner. Sykehuset hadde behov for spesifikk informasjon om kartleggingsresultat/behov, mål og tiltak, innenfor ernæring og på andre områder. I sykehus skulle alle pasienter screenes for ernæringsmessig risiko innen 24 timer, og informasjon fra kommunehelsetjenesten var svært nyttig i den forbindelse. Når sykehuset utarbeidet sin ernæringsplan, var det nyttig å vite hvilke tiltak som var iverksatt i kommunen slik at det kunne bygges videre på disse. Informasjonen ble også brukt til å kartlegge om det var endringer i tjenestebehovet.

Det er arbeid i gang med å forbedre innholdet i innleggelsesrapportene, og strukturerte data og bruk av terminologi er en viktig bit av dette. Dersom EPJ i sykehus og kommune hadde anvendt samme kodeverk/terminologi, ville det åpnet for mer effektiv og kvalitetssikker flyt av informasjon mellom nivåene. Dette gjelder både tiltaksplaner og kartleggingsverktøy.

Internt i den enkelte kommune, brukes ett felles pasientjournalssystem. Informasjon om pasientens status vil derfor alltid følge med til hjemmetjenesten ved utskrivning fra korttidsavdeling på sykehjem. Der det er kartlagt risiko for underernæring og laget en ernæringsplan, vil hjemmesykepleien raskt se det. De fleste pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien er skrøpelige og i risiko for helsesvikt, og informasjon om kartlagt risiko er essensiell for god oppfølging av pasientene. Det er derfor betenkelig at dette ivaretas i stor grad mellom sykehjem og hjemmetjeneste, men i mindre grad mellom sykehjemslegene og fastlegene. Fastlegene mottok lite informasjon om ernæringstilstand i de epikrisene som ble sendt etter opphold i sykehjem.

Delprosjektet viste at tilgang på informasjon for involvert helsepersonell er et sårbart område når pasienter forflyttes mellom nivåene. Dette er en kjent problemstilling som er godt beskrevet, blant annet i samhandlingsreformen. Omfanget av data fra delprosjektet er ikke tilstrekkelig til å konkludere at dette kan avhjelpest med strukturert informasjon og terminologi. I dag er også teknologien ikke i stand til å ivareta informasjonsutveksling slik at innhold i tiltaksplaner kan videreføres EPJ-systemene imellom. Dette er et område med mange muligheter, og det er behov for å jobbe videre med hvordan strukturert informasjon kan benyttes i samhandling.

5. Konklusjon

Å øke kvaliteten i planlegging og gjennomføring av helsehjelp, samt dokumentasjon, krever gode verktøy, nødvendig funksjonalitet, kompetanse, rutiner, samhandling, holdninger og god og aktiv ledelse. Veiledende planer i ICNP® kan bidra positivt på flere av disse områdene.

Fem kunnskapsbaserte veiledende planer med ICNP®-terminologi er utviklet, implementert i et EPJ-system og testet i fem kommuner. Erfaringene har gitt kunnskap om bruk av terminologi, strukturerte data og beslutnings- og prosesstøtte i EPJ. Arbeidet har også gitt verdifull erfaring omkring implementering av verktøy i dokumentasjonsarbeidet, funksjonalitet i EPJ og praksis omkring brukerinvolvering.

Resultatene fra pilotkommunene viser at bruk av veiledende planer med ICNP® gjør planleggings- og dokumentasjonsarbeidet effektivt og mindre tidkrevende. Det er enklere å formulere seg skriftlig. Terminologi gjør at helsepersonell bruker de samme begrepene, og det er lett å gjenfinne og forstå informasjonen. Veiledende planer gir god tilgang til informasjon og oversikt over pasientens behov for helsehjelp og igangsatte tiltak. Dette bidrar til bedre kontinuitet og samhandling mellom helsepersonell og sikrer god oppfølging av pasientene.

Verktøyet stimulerer til aktiv bruk av plan for helsehjelp og bidrar til fokus på forebyggende tiltak. God struktur gir bedre oversikt, og gjør det enklere å lage, vurdere og evaluere planene, noe som fører til et mer dynamisk arbeid med dokumentasjon av planlagt og utført helsehjelp. Sammen bidrar de ulike faktorene til bedre pasientsikkerhet og legger til rette for økt brukerinvolvering.

Bruk av veiledende planer med ICNP® bidrar til å sette en standard for kvalitet både i dokumentasjon og i helsehjelpen. Erfaringene fra prosjektet tyder på at arbeidet med kunnskapsbasering av de veiledende planene gir beslutnings- og prosesstøtte. Dette bidrar i riktig retning mot økt kvalitet, pasientsikkerhet og bedre pasientsikkerhetskultur.

Pilotavdelingene har fått kunnskap omkring egne arbeidsprosesser, rutiner og kvalitet i dokumentasjonen. I tillegg har de fått tilgang på data som er tilgjengelig for bruk i videre forbedringsarbeid lokalt. Bredding og implementering av kunnskap og verktøy tar lang tid i den enkelte kommune, og svært lang tid om målet er at alle kommuner skal ha funksjonalitet og brukerkompetanse tilgjengelig. Helsepersonell i kommunene utgjør en stor og sammensatt gruppe som yter døgkontinuerlige tjenester, og mange medarbeidere har små stillingsbrøker. Implementeringsarbeid og sikring av kompetanse er derfor utfordrende og komplekst i dette bildet. For å sikre implementering av tilfredsstillende dokumentasjonsrutiner trenger vi ledere som forventer kunnskapsbasert praksis, etterspør kvalitet og prioriterer ressurser til intern oppfølging og utvikling av kompetanse og rutiner. Lederne må være pådrivere for veiledende planer, og sette av tid til det. Resultatene fra prosjektet viser at lederne brukte informasjonen de fikk gjennom de veiledende planene og kodeverket til læringsformål, oppfølging og kompetanseutvikling av ansatte. De brukte også informasjonen i arbeidet med kvalitetsforbedring av tjenesten og til lokal rapportering.

Det er behov for et verktøy som veiledende planer, og det ønskes flere planer på flere områder. Utvikling av nye veiledende planer og revisjon og oppdatering av eksisterende krever et apparat som har kompetanse på fag, prosess og kunnskapsbasering og som er i stand til å forvalte dette, samarbeide med myndigheter og leverandører og bistå med implementering i virksomhetene. Prosjektet har

påbegynt et arbeid som må videreføres og videreutvikles etter prosjektslutt dersom det er ønskelig å oppnå langsiktige gevinster. Alle pilotavdelingene har gjort et godt og konstruktivt arbeid med utprøving og testing. Videre implementering foregår i kommunene, og vi tror at tilskudd av flere veiledende planer med tiden vil bidra positivt til dette.

Med strukturerte data er det raskere og enklere å finne relevant informasjon og å høste data. For å møte behovet for effektiv bruk trengs det større grad av automatisering og prosess-støtte i alle EPJ-systemene, hele veien fra kartlegging til ferdig plan.

Data og informasjon bør gjenbrukes og være tilgjengelig i mye større grad. For å møte kravene til journalens innhold, helsepersonells dokumentasjonsplikt og tjenestemottagernes rett til medvirkning og informasjon, er det nødvendig å utvikle EPJ-systemene og ta i bruk nye verktøy. Utvikling av funksjonalitet i EPJ for kommunehelsetjenesten går ikke raskt nok. Leverandørene er avventende, og myndighetskravene til standardisering er ikke konkrete nok. Samtidig er det ikke tilstrekkelig ressurser og bestillerkompetanse i kommunene til å kreve nødvendig utvikling.

Resultatene fra prosjektet viser at bruk av veiledende planer med ICNP er et stort steg til å få et bedre arbeidsverktøy som gjør det mulig for sykepleietjenesten til arbeide mer systematisk og strukturert med oppfølging av pasienter. Dette vil bidra til økt effektivitet, kvalitet og pasientsikkerhet.

6. Anbefalinger og videre arbeid

Prosjektet har hentet erfaringer med utvikling og bruk av veiledende planer i ICNP®. Tilbakemeldingene har vært entydige i å anbefale verktøyet videre, og behovet for planer på flere områder er presisert. Evalueringen har gitt innspill til forbedring og utvikling av eksisterende planer og prioriterte ønsker over nye planområder.

Prosjektet anbefaler at det utvikles veiledende planer på flere områder og at disse gjøres tilgjengelige i alle journalsystem. Videre at det arbeides for nasjonal forankring, utbredelse og forvaltning av ICNP® og for standardisert dokumentasjons- og planleggingsverktøy for sykepleietjenesten, og at dette følges opp med relevante krav til journalleverandørene.

Aktuelle satsningsområder for videre arbeid er:

- Videreutvikle metodikk for utvikling og kunnskapsbasering av veiledende planer i ICNP®
- Utarbeide flere planer
- Utvikle rutiner og metodikk for vedlikehold og revisjon
 - Samarbeid med leverandør om versjonshåndtering og distribusjon av planer
- Utvikle veileder/undervisningsmateriell for bruk av veiledende planer i EPJ til bruk for utdanning og praksis
- Videreutvikle funksjonalitet i EPJ-systemer
- Kravspesifikasjon
- Presentasjon og kommunikasjon av prosjektet
 - Kommunikasjon med ledere, informasjon om gevinster og bruk av strukturerte data.
- Nasjonal forankring, utbredelse og forvaltning av ICNP®

7. Prosjektorganisering

Prosjektet eies av NSF og driftes i samarbeid med USHT Vestfold. Prosjektleder Unni Stensvold lønnes av NSF.

7.1 Styringsgruppe

- Kathryn L.N. Mølstad, seniorrådgiver, Norsk Sykepleierforbund
- Egil Rasmussen, spesialrådgiver, avdeling FID Digitalisering, KS
- Anita Nilsen, virksomhetsleder, Nesodden kommune
- Michael Christian Kaurin, seniorrådgiver, Avdeling omsorgstjenester Helsedirektoratet. Observatør
- Fra prosjektet – prosjektleder Unni Stensvold

7.2 Referansegruppe

Referansegruppen har endret seg i løpet av prosjektperioden. Følgende har deltatt i deler av eller gjennom hele prosjektet:

- Trine Lando, sykepleier, avdeling for klinisk IKT sykehuset i Østfold
- Hilde Jønsson Meråker, fagutviklingssykepleier og systemansvarlig, Meråker kommune (deltok 2014 – 2015)
- Ragnhild Hellesø, professor, Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, UIO
- Sidsel R. Børmark, leder av Klinisk dokumentasjon i sykepleie OUS og HSØ ved Stab medisin, helsefag og utvikling, OUS,
- Ellinor Bakke Aasen, enhetsleder Forsknings- og utviklingsavdelingen Sandefjord kommune og leder av USHT Vestfold
- Merete Lyngstad, spesialrådgiver, Norsk Sykepleierforbund

Prosjektet har rådført seg med spesialister på aktuelle fagområder. Disse har ikke deltatt i referansegruppen, men er rådspurt i forhold til innhold og kunnskapsgrunnlag i de veiledende planene i løpet av utviklingen.

- Tone Hustad Fürst, spesialrådgiver, tannhelsetjenesten i Vestfold
- Ida Marie Bredesen, sykepleier ved Ortopedisk avdeling Oslo Universitetssykehus, forfatter av prosedyre for forebygging av trykksår (Helsebiblioteket) og doktorgradsstudent ved Universitetet i Oslo

7.3 Workshop

Det ble gjennomført flere workshops med mange dyktige og engasjerte personer. Det var deltagere fra kommunene Arendal, Bergen, Dyrøy, Horten, Kristiansand, Larvik, Meråker, Nesodden, Nøtterøy, Oslo, Sandefjord, Sogndalen, Hamar, Sokndal, Stokke, Tromsø og Vefsn. Høyskolen i Oslo og Akershus,

Oslo universitetssykehus, Universitetet i Agder, Lovisenberg sykehus, Høgskolen i Nord-Trøndelag, USHT og NSF har også vært representert.

Workshopene strakk seg over to dager. Deltagerne fra workshopene har også fungert som en responsgruppe som har mottatt planutkast og gitt tilbakemeldinger på e-post og telefon.

7.4 Arbeidsgrupper

Flere arbeidsgrupper har jobbet med ulike deler av prosessen. Arbeidet har gått over tid, og deltakere har gått ut og kommet til. Arbeidet dekker både utvikling av nye planer og revisjon av planer som er testet. Mindre arbeidsgrupper har jobbet med kritisk vurdering av planutkastene fra workshopene. Større grupper med deltakere som representerte flere journalsystemer og andre instanser enn kommunehelsetjenesten jobbet med kunnskapsbasering og kvalitetssikring. Andre grupper hadde ansvar for å koble til ICNP® og implementere i EPJ. Arbeidsgruppen for USHT Vestfold jobbet spesielt med ernæring og samhandling, men har også deltatt i det øvrige arbeidet. Data fra Sykehuset i Vestfold er innhentet via samhandlingssjef, avdelingssykepleier og samhandlingssykepleier.

Følgende har deltatt i en eller flere arbeidsgrupper:

Navn		Kommune/organisasjon
Johan Lindtner	Seniorkonsulent	Acos
Kjersti Norheim	Fagsykepleier og virksomhetsleder	Horten kommune
Stina Johannessen	Fagsykepleier	Horten kommune
Venke Åmlid Nyhus	Sykepleier og IKT-rådgiver	Kristiansand kommune
Heidi Christensen	Fagkonsulent og kvalitetsrådgiver	Larvik kommune
Thomas Christian Østerby	Fagsykepleier	Oslo kommune
Torunn Wibe	Leder for USHT Oslo	Oslo kommune/USHT
Grethe Wærrjø	Fagsykepleier	Nesodden kommune
Henriette Wergeland	Fagsykepleier	Nesodden kommune
Aud Jorunn Berggren	Fagsykepleier	Nesodden kommune
Heidi Wenner	Fagsykepleier	Nesodden kommune
Helle Skaun	Avdelingsleder	Nesodden kommune
Kathryn Mølstad	Seniorrådgiver	NSF
Merete Lyngstad	Spesialrådgiver	NSF
Ellinor Bakke Aasen	Leder for USHT Vestfold	Sandefjord kommune/USHT
Tine Brørs	Sykepleier	Stokke kommune
Marit Dale Pettersen	Faglig rådgiver og leder for tjenestekontoret	Stokke kommune
Trine Lando	Sykepleier	Sykehuset i Østfold
Lisbeth Remlo	Leder for USHT Tromsø	Tromsø kommune/USHT
Lene Laukvik	Universitetslektor	Universitetet i Agder

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: Akribe. Cappelen Damm

Direktoratet for e-helse: *KITH. Standardisering*. Lokalisert på:
http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_572.aspx

Direktoratet for e-helse: *Referansekatalogen del 3: Standarder og kravdokumenter for informasjonsinnhold og strukturert føring av journal*. Lokalisert på: <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/referansekatalogen/del-3-informasjonsinnhold-og-strukturert-foring-av-journal>

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell-Eckstrand, I., (2015): *Nye VIPS-boken: velvære, integritet, profylakse, sikkerhet*. Cappelen Damm, Oslo

Ehrenberg, A. og Ehnfors M (1999): *Patient Problems, Needs, an Nursing Diagnoses in Swedish Nursing home REcords*. *Nursing Diagnosis, 1999; 10(2):65 - 76*

Graverholt, B. Jamtvedt, G. Nordheim, L. V. Nordtvedt, M. W. Reinart, L. M. (2013) *Jobb kunnskapsbasert*. (2. utgave, 3. opplag). Oslo/Litauen: Akribe

Helsedirektoratet 2014. *Beslutningsstøtte: Definisjoner, status og forvaltning av ulike former for IKT-basert klinisk støtte. Rapport fra ekspertgruppe. Versjon 1.0*. Lokalisert på:
https://www.nsf.no/Content/1527347/Beslutningsst%C3%B8tte%20rapport%202014_v1%200%20282%29.pdf

Helsedirektoratet (2015): *Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang*. IS-2336. Lokalisert på:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/994/Forprosjekt%20innen%20kvalitet%20indikatorer%20for%20ernæring%20og%20legemiddelgjennomgang%20IS-2336.pdf>

Helsedirektoratet (2015): *IPLOS-registeret. Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*. IS 1112. Lokalisert på: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-sosialtjenester/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2014): *Nasjonalt handlingsplan for e-helse 2014 – 2016* IS 2179. Lokalisert på:
<https://ehelse.no/Documents/Nasjonale%20prosjekter/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20e-helse.pdf>

Helsedirektoratet (2004): *EPJ standardisering: Kravspesifikasjon elektronisk dokumentasjonssystem for helse- og omsorgstjenesten*. HIS 80315:2004. Lokalisert på:
https://ehelse.no/Documents/Standarder/HIS_80315_2004_KravspesifikasjonPLO-v1.pdf

Helsedirektoratet (2010): *Nasjonale faglige retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*. IS-1580. Sist endret 2013. Lokalisert på:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-undererning-IS-1580.pdf>

Helsedirektoratet (2017): *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring>

Helse- og omsorgsdepartementet (2001): *Lov om helsepersonell*. LOV-1999-07-02-64. Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015): *Lov om pasient og brukerrettigheter*. LOV-1999-07-02-63. Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Helse- og omsorgsdepartementet (2014): *Lov om helseregistre og behandling av helse opplysninger*. LOV-2001-05-18-24. Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>

Helse- og omsorgsdepartementet (2006): *Forskrift om pseudonymt register for pleie og omsorgsstatistikk*. (IPLOS-forskriften) Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204>

Helse- og omsorgsdepartementet (2001): *Forskrift om pasientjournal*. FOR-2000-12-21-1385 § 8. Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016): *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2016-10-28-1250. Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *God kvalitet, trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Stortingsmelding 10. 2012 – 2013. Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>

Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. LOV-2011-06-24-30. Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012): Meld.St. 9 (2012 – 2013): *Én innbygger – én journal*. Lokalisert på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015): Meld. St. 26 (2014 - 2015): *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Lokalisert på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2008 – 2009): St.meld nr 47. Samhandlingsreformen. Lokalisert på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>

International Council of Nurses (2015): *Definisjon av ICNP®*. Lokalisert på: <http://www.icn.ch/what-we-do/definition-a-elements-of-icnpr/>

International Council of Nurses (2015): *ICNP® søkemotor*. Lokalisert på: <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>

International Council of Nurses (2017): *New Concept Submission form*. Lokalisert på: <http://www.icn.ch/what-we-do/professional-practice/ehealth/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/icnpr-research-a-development/icnpr-concept-submission-and-review-guideline/new-concept-submission-form.html>

International Organisation for standardisation (ISO): *Health informatics – Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems*. ISO 18104:2014. Lokalisert på: <https://www.iso.org/standard/59431.html>

Johannesen, Lasse Morten (2016): *Godt språk i journalen kan styrke pasientsikkerheten*. Språkrådet.no. Statsspråk 2/2016. Lokalisert på: <http://www.sprakradet.no/Vi-og-vart/Publikasjoner/Statssprak/statssprak-22016/godt-sprak-i-journalen-kan-styrke-pasientsikkerheten/>

Laukvik, Lene Baagøe (2015): *The constructions of a subset of ICNP® for patients with dementia: a Delphi consensus an a group interview study*. BMC Nursing. DOI 10.1186/s12912-015-0100-Z

Lyngstad, Merete (2002): *Sykepleiedokumentasjon og informasjons- og kommunikasjonsteknologi i sykehjem*. Hovedfagsoppgave, Universitetet i Bergen

Naustdal, Anne Grethe og Nettelund, Grete (2012): *Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv*. Sykepleien 28.11.12. Lokalisert på: <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/sjukepleiedokumentasjon-i-eit-elektronisk-samhandlingsperspektiv>

Norsk Sykepleieforbund. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal: En veileder fra NSF forum for IKT og Dokumentasjon (3. utgave)*. Lokalisert på: <https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>

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

Norsk sykepleieforbund (2011). [NSF anbefaler ICNP](#)

NSFs faggruppe for eHelse (2015). [Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ](#).

Pasientsikkerhetsprogrammet.no: Lokalisert på: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>

Pasientsikkerhetsprogrammet (2014): *Pasientsikkerhetsprogrammet 24-7. I trygge hender. Strategi 2014 – 2018*. Lokalisert på: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/attachment/2990?ts=1490e2aa2ee>

Senter for kunnskapsbasert praksis: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Vabo, Grete (2013): *Dokumentasjon av sykepleie: et aksjonsforskningsprosjekt i Setesdal*. Rapport 1/2013 Senter for omsorgsforskning Sør. www.omsorgsor.no/om-senteret/filarkiv/vabo-rapport-1-2013

Vedlegg

1. Veiledende planer

Begrepene er listet opp i grupper, loddrett etter tema – kjennetegn, ressurs, mål eller tiltak, uten tilhørende ICNP® kode. Den hierarkiske oppbyggingen kommer fram når begrepene settes sammen i en plan.

1.1 Risiko for fall				Versjon 2, september 2016
Mål/ønsket resultat	Ingen fall			
	Færre fall			
	Ingen skade ved fall			
Ressurser	Kjennetegn/ risikofaktorer	Sykepleietiltak	Spesifisering av tiltak (Ikke kodet)	
I stand til å gå	Balanseforstyrrelse	Vurdere risiko for fall	Angi tidspunkt for evaluering/ny kartlegging	
I stand til å mobilisere	Behov for hjelp til ADL	Registrere fallfrekvens	Hvor skal dette registreres	
I stand til å forflytte seg	Bruk av ganghjelpemidler	Vurdere mobiliseringsevne	Når og hvordan	
Er oppegående med hjelpemidler	Dehydrering	Vurdere etterlevelseav legemiddelregime	Når og hvordan	
Innsikt i egen situasjon	Demens	Sørge for godt tilpasset fottøy	Beskriv	
Kunnskap om forebygging av fall	Diabetes	Sørge for hjelpemiddel	Beskriv	
Positiv ernæringsstatus	Endret blodtrykk	Tilrettelegge miljø	Sørge for tørt og jevnt underlag/gulv og fjerne snublefeller. Tilpasse sengehøyde. Ha ringeklokke/trygghetsalarm lett tilgjengelig. Plassere bruksgjenstander i ergonomisk høyde. Låse rullestol og rullator før bruk.	
Samarbeider godt	Hørselsproblemer	Opplæring i bruk av ganghjelpemidler	Beskriv	
Tilpassede hjelpemidler	Infeksjon	Assistere ved gange	Beskriv	
Tilrettelagte omgivelser	Kognisjonsproblemer	Vurdere balanse	Når og hvordan	
Tilrettelagte omgivelser	Kroniske sykdommer	Trene på bevegelsesteknikk	Beskriv	
Tilfredsstillende balanse	Manglende / uhensiktsmessige hjelpemidler	Bruke forflytningsteknikk	Beskriv situasjon, metodikk og hjelpemidler	
Tilfredsstillende hukommelse	Manglende tilrettelegging av omgivelsene	Følge opp synsundersøkelser	Når og hvor ofte	
Tilfredsstillende søvn	Miljøikkerhetsproblem	Følge opp hørselsundersøkelser.	Når og hvor ofte	
Tilfredsstillende syn	Nedsatt mobilitet	Håndtere synshjelpemidler	Beskriv Sørg for at lysforholdene er tilpasset pasientens behov	
Tilfredsstillende hørsel	Polyfarmasi	Rolige omgivelser	Beskriv	
	Psykomotorisk uro	Sørge for sikkerhetsutstyr	Beskriv	
	Synsproblemer	Administrere sengehest	Beskriv	
	Søvn problemer	Opprettholde fallalarm	Beskriv	

	Tidligere fall	Overvåke ved å bruke utgangsalarm	Beskriv
	Rusmiddelmisbruk	Hyppige tilsyn	Beskriv
	Smerte	Bruke tilkallingssystem	Beskriv
	Svimmelhet	Overvåke respons på behandling	Beskriv
	Svekket ernæringsstatus	Overvåke laboratoriesvar	Spesifiser Hb, CRP, Bl.s.
		Overvåke blodtrykk	Angi frekvens eller tidspunkt
		Overvåke tegn og symptomer på infeksjon	Spesifiser
		Ta prøver	Beskriv
		Rådgivning om medikament bruk	Beskriv
		legemiddel administrasjon	Beskriv
		Administrere plan for smertehåndtering	Spesifiser
		Gjennomføre legemiddelgjennomgang	Angi tidspunkt eller hvor ofte
		Administrere væskebehandling	Spesifiser
		Håndtere søvnløshet	Beskriv
		Redusere koffeininntak på kveld	Spesifiser
		Oppmuntre til hvile	Beskriv
		Undervise om forebygging av fall	Beskriv
		Undervise familie om å forebygge fall	Beskriv
		Undervise om hjelpemiddel ved mobilisering	Beskriv
		Undervise om sikkerhetstiltak	Beskriv
		Undervise om rusmiddelmisbruk	Beskriv
		Sørge for emosjonell støtte	Beskriv
		Hjelp til egenomsorg	Beskriv
		Henvise til ergoterapi	Når
		Henvise til fysioterapi	Når
		Administrere prosedyre for håndtering av tvang	Kriterier, samtykkekompetanse, vedtak m.m.

1.2 Risiko for Trykksår

Versjon 2, september 2016

Mål/ønsket resultat	Ingen trykksår		
Ressurser	Kjennetegn/ risikofaktorer	Sykepleietiltak	Spesifisering av tiltak (Ikke kodet)
I stand til å forflytte seg	Anemi	Administrere 1000177 plan for smertehåndtering 10039820	Spesifiser
Evne til å ivareta hygiene	Dehydrering	Administrere væskebehandling	Spesifiser
Evne til toalettbesøk	Diabetes	Assistere ved toalettbesøk	Beskriv
Evne til å håndtere legemiddelregime	Feilernæring	Fremme røykeslutt	Beskriv
Kunnskap om forebygging av trykksår	Hypoksi	Gjennomføre legemiddelgjennomgang	Angi tidspunkt eller hvor ofte
Oppmerksomhet på symptomer	Infeksjon	Leire pasienten	Beskriv prosedyre og individuelle hensyn
Positiv ernæringsstatus	Inkontinens for avføring	Minimalisere inaktivitet	Beskriv
Samarbeider godt	Kroniske sykdommer >3	Overvåke hudproblem	Beskriv. Hyppighet og lokalisasjon, hva skal sees etter?
Tilfredsstillende hudkvalitet	Mobilitetsproblemer	Registrere drikke	Beskriv. Rutiner for registrering/dokumentasjon
Tilfredsstillende kognisjon	Mobilitetsproblemer i seng	Stell av hud	Beskriv
Tilpassede hjelpemidler	Polyfarmasi	Sørge for drikke	Spesifiser
Urinkontinens	Nedsatt aktivitet	Sørge for hjelpemiddel	Beskriv
	Nedsatt smerteopplevelse	Sørge for hælbeskyttelse	Beskriv
	Problemer med hudkvalitet	Sørge for kontinensutstyr	Beskriv
	Rusmiddelmissbruk	Sørge for trykkavlastende madrass	Spesifiser
	Røyking	Undervise om behandlingsregime	Beskriv
	Sengeleie	Undervise om utstyr	Beskriv
	Tidligere trykksår	Vurdere ernæringsstatus	Angi når og hvor ofte
	Trykk 10015608 fra elementer i omgivelsene	Vurder hudkvalitet	Farge, fuktighet, temperatur, smerte, kløe.
	Urinkontinens		

1.3 Risiko for infeksjon i urinveissystemet

Versjon 2, september 2016

Mål/ønsket resultat	Ingen infeksjon		
Ressurser	Kjennetegn/ risikofaktorer	Sykepleietiltak	Spesifisering av tiltak (Ikke kodet)
I stand til å utføre personlig hygiene	Dehydrering	Assistere ved toalettbesøk	Beskriv
I stand til å utføre toalettbesøk	inkontinens for avføring	Blærekateterisering	Beskriv prosedyre, angi tidspunkt og frekvens
Helsefremmende adferd	Nedsatt evne til å utføre toalettbesøk	Bruke toalettstol	Beskriv
Oppmerksom på symptomer	Redusert evne til å håndtere kontinensutstyr	Fremme blæretømmingsrutiner	Beskriv
Positiv familiestøtte	Urininkontinens	Hjelp til hygiene	Beskriv
Tilfredsstillende hukommelse	Urinkateter	Håndtere vannlating	Spesifiser
Tilfredsstillende kognisjon		Håndtere urininkontinens	Beskriv
Tilfredsstillende orienteringsevne		Håndtere urinkateter	Beskriv prosedyre, angi tidspunkt og frekvens
Urinkontinens		Håndtere utstyr	Beskriv
		Håndtere væsketilførsel	Spesifiser
		Måle væskeinntak	Beskriv prosedyre og dokumentasjonsrutiner
		Nedentillstell	Beskriv prosedyre og individuelle hensyn
		Overvåke tegn og symptomer på infeksjon	
		Seponere urinkateter	
		Stell av urinkateter	Beskriv prosedyre. Angi tidspunkt og frekvens
		Sørge for hjelpemiddel	Beskriv
		Ta prøver	Spesifiser
		Toalett trening	Beskriv
		Undervise om behandlingsregime	Beskriv
		Undervise om hygiene	Beskriv
		Undervise om utstyr	Beskriv
		Vurdere hygienevaner	Beskriv
		Vurdere væskebalanse	Beskriv

1.4 Nedsatt evne til å håndtere legemidler

Versjon 2, september 2016

Mål/ønsket resultat	Etterlever legemiddelregime/ Følger opp legemiddelregime		
Ressurser	Kjennetegn/ risikofaktorer	Sykepleietiltak	Spesifisering av tiltak (Ikke kodet)
I stand til å håndtere legemiddelregime	Behov for kunnskap om legemidler	Administrere multidose	Spesifiser
I stand til å håndtere legemiddelregime ved bruk av hukommelsesteknikk	Følger ikke opp medikamentregime	Administrere medikamentdosett	Spesifiser
I stand til å svelge	Kognisjonsproblemer	Administrere inhalasjonspreparat	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
Ingen rusmisbruk	Legemiddelallergi	Administrer øyedråper	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
Kunnskap om legemiddelbruk	Legemiddelavhengighet	Administrere insulin	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
Kunnskap om legemidler	Legemiddelbivirkning	Administrere antibiotika	Beskriv individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
Tilfredsstillende kognisjon	Motstridende holdning til legemiddelhåndtering	Administrere Marevan	Beskriv individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
	Negativ respons på legemidler	Administrere vitamin B12	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
	Polyfarmasi	Administrere febernedsettende legemiddel	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
	Problemer med svelgeevne	Administrere smertemedikament	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
	Rusmiddelmisbruk	Administrere vaksine	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
		Administrer legemiddel rektalt	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
		Administrere legemiddel vaginalt	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
		Administrere legemiddel subkutant	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
		Administrere legemiddel intramuskulært	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
		Administrere legemiddel intravenøst	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
		Administrere medikament- og væskeoppløsning	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
		Administrere elektrolyttbehandling	Beskriv prosedyre og individuelle forhold. Henvis til legemiddelliste for forordning
		Fremme etterlevelse av regime	Spesifiser

		Fremme oppfølging av ordinerte legemidler	Indikasjon, Dosering/forordning, Virkning, Bivirkninger
		Legemiddeladministrasjon	Beskriv. Hensvis til legemiddelliste for forordning
		Samarbeid med omsorgsgiver om administrering av legemidler	Beskriv
		Legemiddelsamstemming	Angi når eller hvor ofte
		Gjennomføre legemiddelgjennomgang	Angi når eller hvor ofte
		Søke råd fra farmasøyt om generisk legemiddel	Beskriv
		Vurdere etterlevelse av legemiddelregime	Beskriv. Når og hvordan
		Vurdere behov	Beskriv
		Vurdere bivirkning av legemidler	Beskriv
		Overvåke legemiddelbivirkning	Beskriv
		Vurdere risiko for skadelig legemiddelinteraksjon	Spesifiser
		Ta prøver	Spesifiser
		Tilpasse drikke	Beskriv
		Vurdere kunnskap om legemiddelregime	Beskriv. Pasienten har kunnskap om sine medisiner og forstår hvorfor/hvordan han skal ta legemidlene
		Rådgivning om medikamentbruk	Beskriv
		Undervise om medikamenter	Indikasjon, Dosering/forordning, Virkning, Bivirkninger
		Undervise om legemiddelhåndtering	Beskriv
		Undervise om legemiddelbivirkning	Beskriv
		Undervise om legemiddelmisbruk	Beskriv
		Tilrettelegge for bedringsprosess etter legemiddelmisbruk	Beskriv
		Tilrettelegge for bedringsprosess etter alkoholmisbruk	Beskriv
		Etablere tillit	Beskriv
		Administrere prosedyre for håndtering av tvang	Kriterier, samtykkekompetanse, vedtak osv

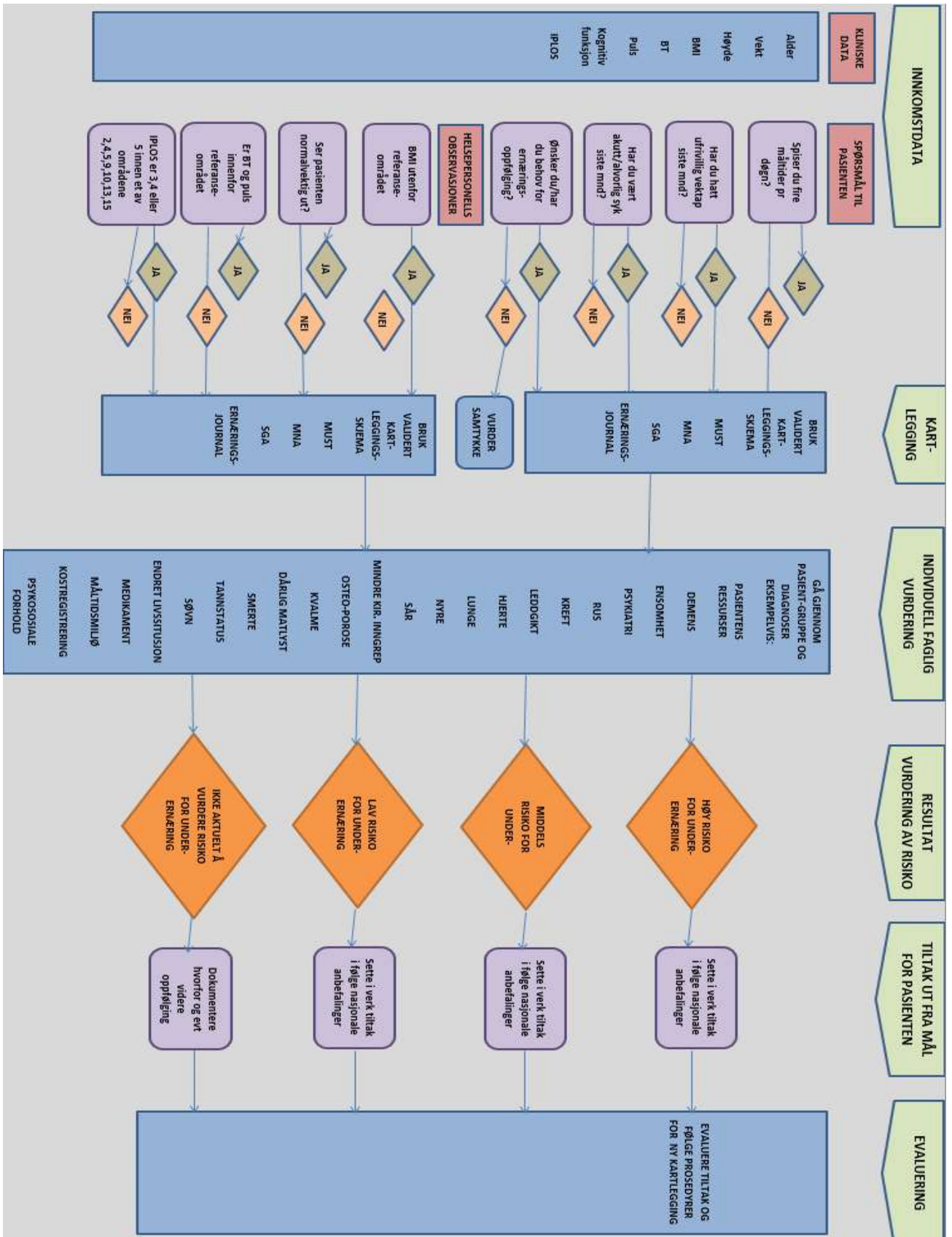
1.5 Risiko for underernæring

Versjon 2, september 2016

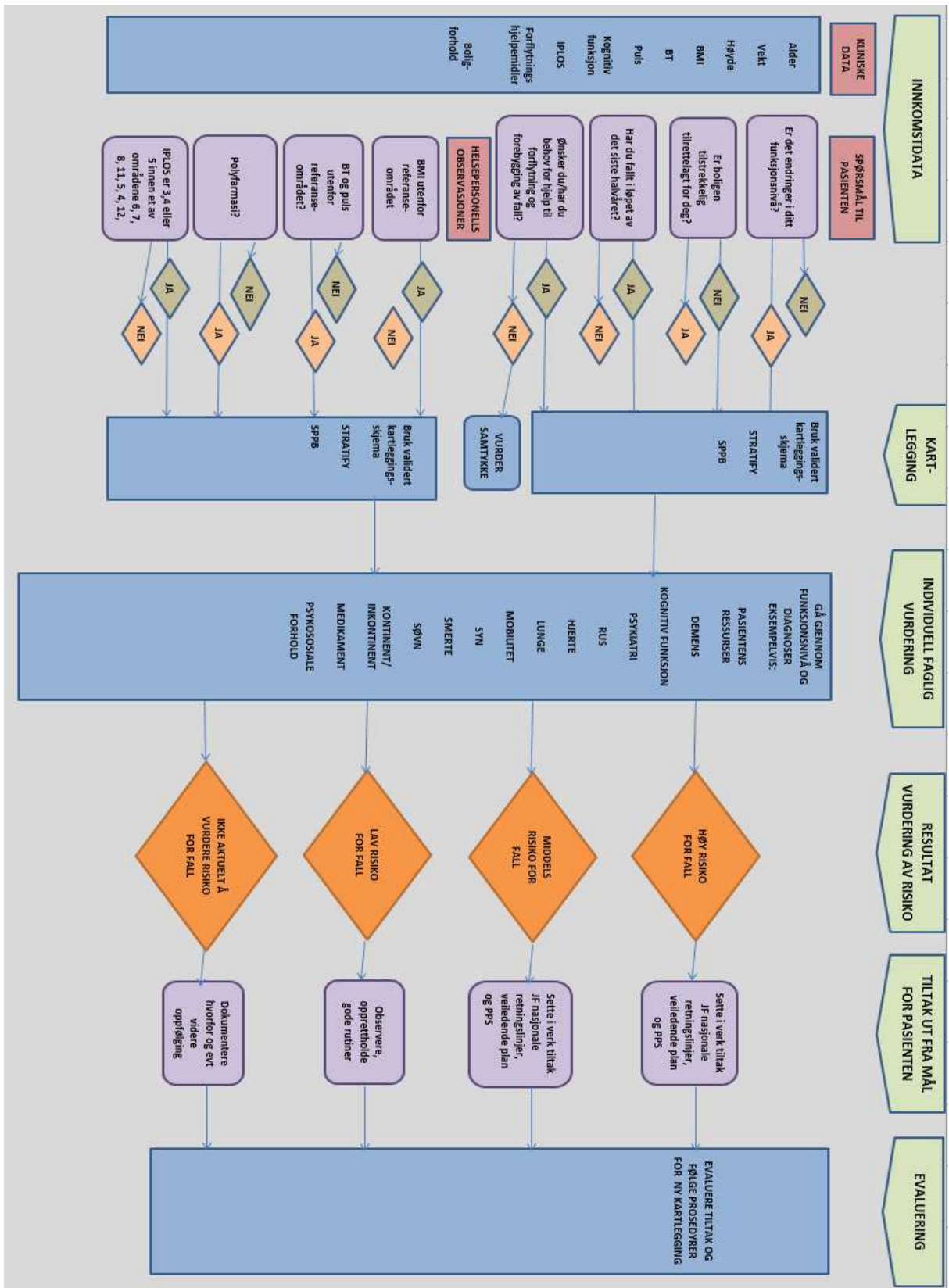
Mål/ønsket resultat	Tilfredsstillende vekt		
	Næringsinntak innenfor normalområdet		
Ressurser	Kjennetegn/ risikofaktorer	Sykepleietiltak	Spesifisering av tiltak (Ikke kodet)
Er oppegående	Dehydrering	Veie pasient	Når, hvordan, hvor ofte
God matlyst	Kognisjonsproblemer	Skape et godt spisemiljø	Beskriv
I stand til å svelge	Kvalme	Tid og ro til måltid	Beskriv
Har kunnskap om kosthold	Nattfaste over 11 timer	Hjelp til innkjøp	Beskriv
Innsikt i egen situasjon	Nedsatt evne til å forberede måltider og lage mat	Hjelp matlaging	Beskriv
I stand til å foreta innkjøp	Nedsatt evne til å spise selv	Anvende kommunal måltidstjeneste	Beskriv
I stand til å lage mat	Obstipasjon	Måle væskeinntak	Beskriv prosedyre og dokumentasjonsrutiner
Samarbeider godt	Problemer med lavt ernæringsinntak	Registrere matinntak	Beskriv prosedyre og dokumentasjonsrutiner
I stand til å spise selv	Problemer med svelgevne	Tilby mellommåltid	Spesifiser
Spiser regelmessig	Undervekt	Tilby energirik kost	Spesifiser
Tilfredsstillende hukommelse	Utilfredsstillende munnhygiene	Administrere næringstilskudd	Spesifiser
		Tilby ønskekost	Beskriv
		Tilpasse drikke	Beskriv
		Anvende konsistenstilpasset mat	Beskriv
		Håndtere kostholdsregime	Beskriv
		Håndtere hjelpemiddel ved spising	Beskriv
		Assistere ved spising eller drikke	Spesifiser
		Håndtere enteralernæring	Beskriv prosedyre og angi tidspunkt eller intervall. Henvis til forordning
		Håndtere parenteral ernæringsbehandling	Beskriv prosedyre og angi tidspunkt eller intervall. Henvis til forordning
		Minimalisere kvalme	Beskriv
		Legemiddeladministrasjon	Beskriv. Henvis til legemiddelliste
		Undervise om kosthold	Beskriv
		Undervise om kostholdsbehov	Beskriv
		Undervise om å håndtere kvalme	Beskriv

2. Flytskjema, illustrasjon av datasamling og dokumentasjon.

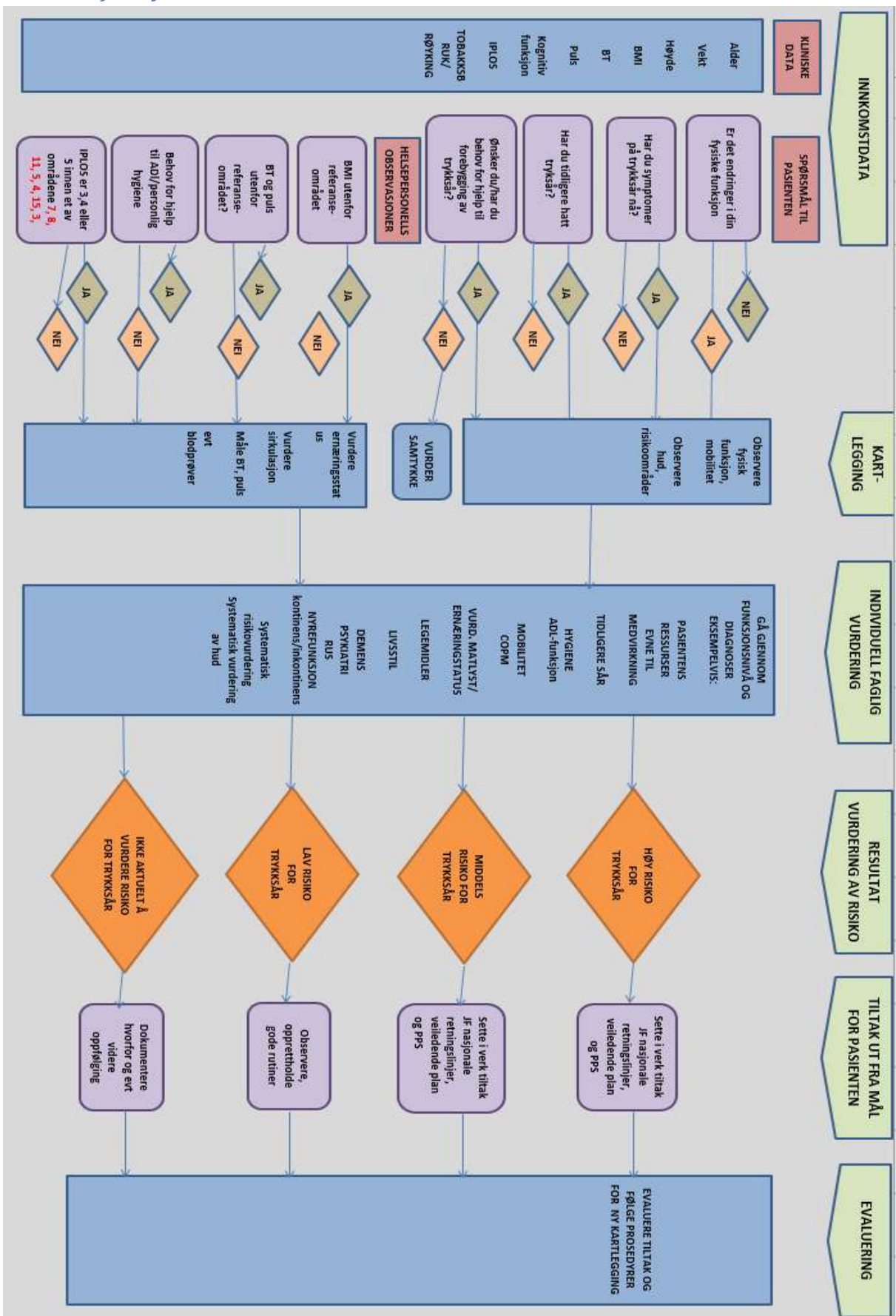
2.1. Risiko for underernæring. (Utarbeidet av arbeidsgruppa ernæring USHT Vestfold)



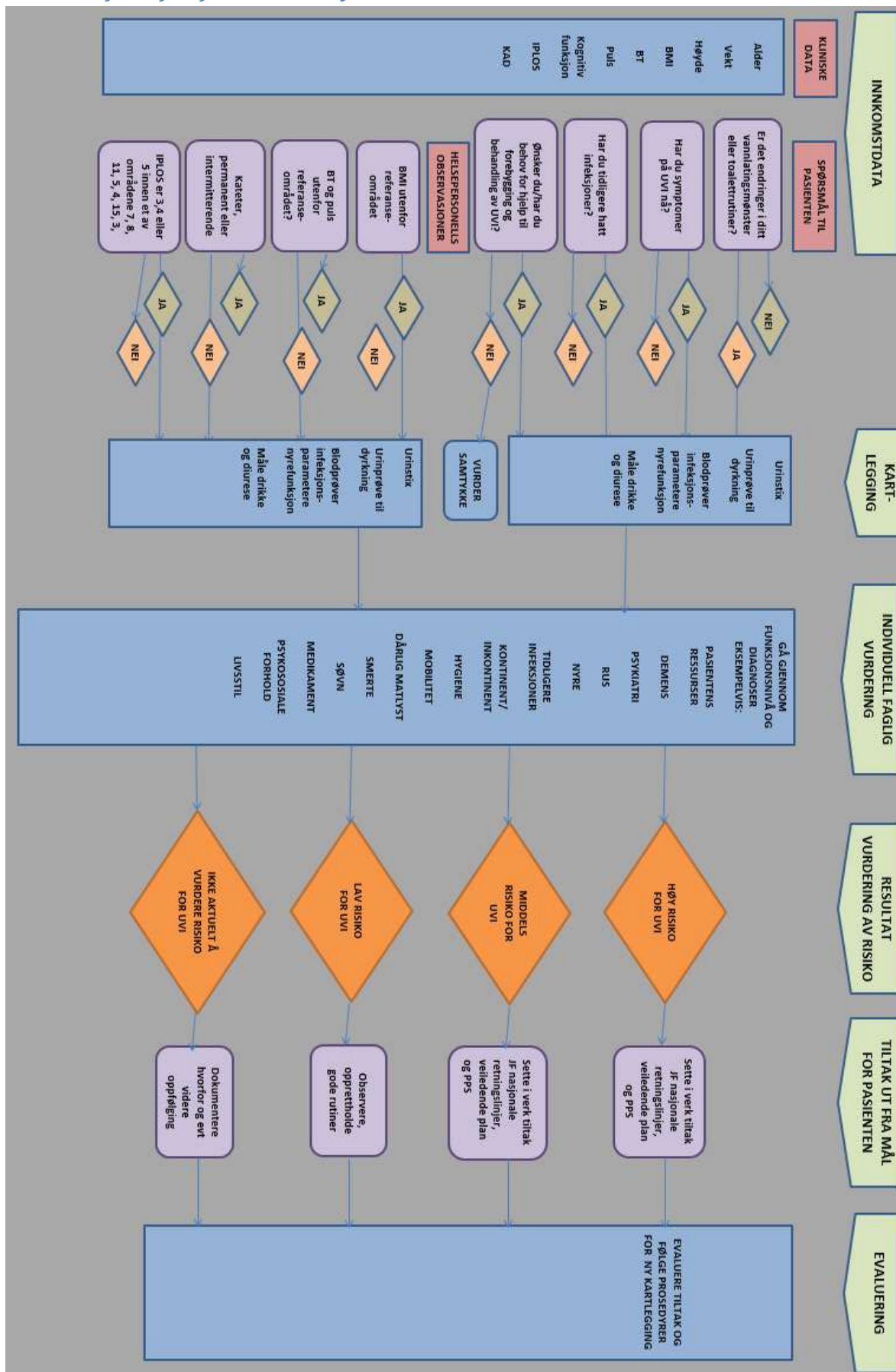
2.2 Risiko for fall



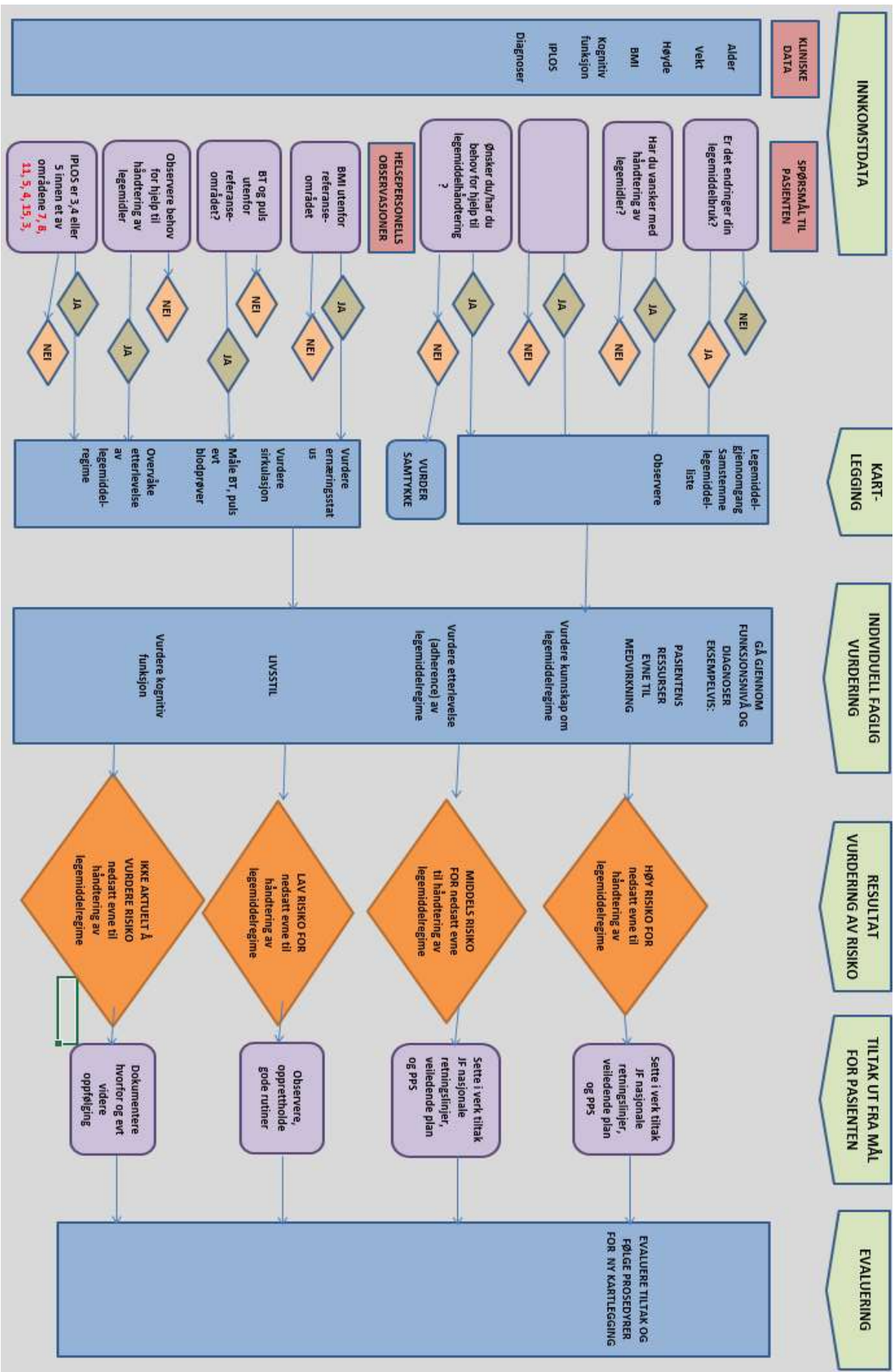
2.3 Risiko for trykksår



2.4 Risiko for infeksjon i urinveissystemet



2.5 Nedsatt evne til å håndtere legemiddelregime



3. Skala for analyse kvalitet

Scoringsskjema for kvalitet ble utarbeidet med utgangspunkt i Ehrenberg og Ehnfors «Analyseinstrument B» fra 1999⁷, men tilpasset bruken av veiledende planer.

Analyseinstrument B inneholder en verdiskala for innhold i dokumentasjon. Skalaen er bygget opp slik at det er stigende skår etter hvorvidt dokumentasjonen er gjort i tråd med sykepleieprosessen, og at rapport og evaluering følger denne strukturen.

Verdiskala for instrument B (Ehrenberg og Ehnfors)	
0	Tekstenheter som ikke står i sammenheng med annen dokumentasjon, og/eller som ikke kan defineres under et av punktene under.
1	Problem/behov eller planlagt tiltak (rapport) er beskrevet
2	Problem/behov og planlagt tiltak eller utført tiltak (rapport) er beskrevet
3	Problem/behov og planlagt tiltak eller utført tiltak (rapport) og mål er beskrevet
4	Problem/behov og planlagt tiltak og utført tiltak (rapport) og mål er beskrevet
5	Alle faser i sykepleieprosessen finnes med god beskrivelse av problemet/behovet, samt at det er relevant for sykepleie

Veiledende planer sikrer allerede at planene inneholder beskrevet problem/behov, mål og tiltak, nivå 3 i Ehrenberg og Ehnfors verdiskala. For å måle det vi vurderte som kvalitativt viktige egenskaper i de anvendte veiledende planene, utarbeidet vi en ny skala der individualisering av alle leddene i planene ble målt.

Skala for vurdering av kvalitet i anvendte veiledende planer i prosjektet	
1	Veiledende plan er brukt, men ikke individualisert. Bare brukt overskriftene på alle områdene uten noe fritekst. Utført tiltak (daglig rapport) er ikke beskrevet.
2	Veiledende plan er brukt, PRB eller tiltak er ikke individualisert, men utført tiltak (daglig rapport) er beskrevet
3	Veiledende plan er brukt, PRB eller tiltak er individualisert, og utført tiltak (daglig rapport) er beskrevet
4	Veiledende plan er brukt, PRB og tiltak er individualisert, og utført tiltak (daglig rapport) er beskrevet
5	Veiledende plan er brukt, PRB, tiltak og mål er individualisert, utført tiltak (daglig rapport) er beskrevet.
6	Veiledende plan er brukt, PRB, tiltak og mål er individualisert, utført tiltak (daglig rapport) er beskrevet og planen er evaluert. Alle trinnene i sykepleieprosessen er fulgt.

Sammenlignet med Ehrenberg og Ehnfors begynner prosjektets skala på middels nivå, det vil si problem, mål og tiltak er beskrevet, nivå 3. Dette gjelder alle planer som lages ut fra malen for veiledende planer i ICNP®. I vurderingen har vi sett på kvaliteten på det som er gjort utover det som allerede ligger i de veiledende planene, nemlig den individuelle beskrivelsen. Denne skal være kort og objektiv og gi et konkret bilde av hva som er pasientens problem og hvilket hjelpebehov han har. Det skal være mulig for en som ikke kjenner pasienten å gi riktig helsehjelp av god kvalitet, og det skal være tatt hensyn til pasientens ressurser. Den anvendte planen skal inneholde rapport som beskriver pasientens opplevelse, helsepersonells observasjoner og pasientens tilstand i forhold til målet. For å oppnå full skår skal den anvendte planen også inneholde dokumentert evaluering.

⁷ Ehrenberg, A og Ehnfors M (1999): *Patient Problems, Needs, and Nursing Diagnoses in Swedish Nursing home Records*.

4. Spørreskjema

I spørreskjema 2 er det en del spørsmål om veiledende planer. Disse fremkommer ikke i spørreskjema 1. For øvrig er innholdet det samme.

Spørreskjema 2

Dette spørreskjema er et ledd i datasamling for piloten «Utvikling og testing av veiledende planer i ICNP®». Med veiledende planer mener vi her en mal med forhåndsdefinert tekst for problem/ressurs/behov (PRB), mål, tiltak og evaluering i CosDoc. Malene fungerer som et utgangspunkt og ferdigstilles for den enkelte pasient av den som lager planen.

Dine erfaringer og din opplevelse av arbeidshverdagen er viktig når verktøyet skal evalueres. I denne undersøkelsen svarer du på spørsmål om dokumentasjon og rutiner og dine erfaringer med bruk av maler i CosDoc. Malene i CosDoc tilsvare veiledende planer i ICNP®. Skriv gjerne kommentarer der du har utfyllende opplysninger.

Prosjektet gjennomføres av Norsk Sykepleierforbund (NSF) i samarbeid med utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT). Hovedmålet er å utvikle og teste veiledende planer i ICNP® i elektronisk pasientjournal. Veiledende planer er utarbeidet for fem av områdene i pasientsikkerhetsprogrammet.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og dersom du ikke vil delta trenger du ikke å oppgi noen grunn. Svarene blir behandlet anonymt, og det er ikke mulig å spore de tilbake til deg.

Dersom du har spørsmål kan du kontakte:

Unni Stensvold tlf 930 65 294 eller e-post: unni.stensvold@sandefjord.kommune.no

Ellinor Bakke Aasen tlf 995 61 527 eller e-post: ellinor.bakke.aasen@sandefjord.kommune.no

Med vennlig hilsen

Unni Stensvold
prosjektleder

1. Arbeidssted

Sett kryss ved den avdelingen du arbeider:

Tabell med arbeidssted tilpasset den enkelt kommune.

2. Stillingsstørrelse:

0 – 49 %

50 – 74 %

75 – 100 %

3. Utdanning:

Fagbrev eller tilsvarende

Høyskole

Annet

4. Kjenner du til sykepleieprosessen (PRB, mål, tiltak, rapport, evaluering)?

Kryss av i ett av feltene:

Svært godt	Ganske godt	Noe	Lite	Helt ukjent

5. Opplever du at det er lagt til rette for bruk av sykepleieprosessen i CosDoc?

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

Kommentar:

6. Bruker du mal (veiledende plan) i CosDoc når du lager planer for områdene risiko for fall, underernæring, trykksår, urinveisinfeksjon eller behov for hjelp til administrering av legemidler?

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

Kommentar

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

Kommentar:

8. Opplever du språk og uttrykk i malene (veiledende plan) dekkende?

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

Kommentar:

9. Opplever du innholdet i malene (veiledende plan) som god?

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

Kommentar:

10. Opplever du funksjonaliteten for maler (veiledende plan) i CosDoc tilfredsstillende?

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

Kommentar:

11. Opplever du at veiledende planer (mal i CosDoc) bidrar til at dokumentasjonsarbeidet går raskere?

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

Kommentar:

12. Opplever du at veiledende planer (mal i CosDoc) bidrar til bedre oversikt over pasientens status?

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

Kommentar:

13. Opplever du at veiledende planer (mal i CosDoc) bidrar til bedre oversikt over pasientens plan for behandling og sykepleie?

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

Kommentar:

14. Medvirker pasienten når du utarbeider planer?

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

15. På hvilken måte medvirker pasienten når du utarbeider planer?

Beskriv:

16. Foregår evaluering av planene i samarbeid med medarbeidere i avdelingen?

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

17. Foregår evaluering av planene i samarbeid med pasient eller pårørende?

Kryss av i ett av feltene:

Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri

Kommentar:

18. Helhetsvurdering

Hvordan bedømmer du nytten av å bruke standardiserte veiledende planer?

Svært god	God	Verken god eller dårlig	Dårlig	Svært dårlig

Beskriv:

Tusen takk for hjelpen 😊

5. Guide til gruppeintervju

Innledning

Dette er en guide til bruk for gruppelederen under gjennomføring av gruppeintervjuet. Samtalegruppe gir muligheter til å komme dypere i problemstillinger enn det man kan gjennom spørreskjema. I samtalen må gruppedeltakerne forholde seg til hverandres meninger, noe som bidrar til videre refleksjon enn i enkeltsamtaler. Det kan komme fram mer informasjon om utfordringer og forbedringsområder.

Gruppeleder leder samtalen ved å sette fokus på tema-områdene. Utover dette er samtalen åpen og deltagerne får anledning til å utveksle erfaringer og kommentere hverandres synspunkter. Det kan komme fram problemstillinger som ikke var tenkt på forhånd, og gruppeleder har mulighet til å gå videre på disse og få fram begrunnelser og sammenhenger dersom det er av interesse for tema. Spørsmålene i denne guiden er retningsgivende og ment som en hjelp til å holde fokus på tema. Guiden skal ikke brukes som spørreskjema.

Rammer for gruppeintervjuet

Ha skrivesaker og vann, evt kaffe/te tilgjengelig for deltakerne

Varighet Ca 90 minutter

Antall deltakere 6 – 8 personer

Gruppeleder Leder samtalen. Sørger for at alle får komme med sine innspill og at hovedtemaene belyses.

Referent Skriver stikkord i skjema

Refleksjonstema

- Erfaringer med dokumentasjon etter sykepleieprosessen
- Begreper i ICNP®
- Funksjonalitet i EPJ
- Kvalitet på dokumentasjonen med veiledende planer
- Brukermedvirkning
- Pasientsikkerhet

1. Løst prat - ca 3 min

Uformell prat, deltagerne finner seg til rette i lokalet og i gruppa. Presentasjonsrunde dersom ikke alle kjenner hverandre.

2. Informasjon – ca 7 min

2.1. Tema for samtalen – bakgrunn og formål

Norsk sykepleierforbund (NSF) og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmesykepleie i Vestfold (USHT) samarbeider om gjennomføring av prosjektet Utvikling av veiledende planer i ICNP®.

Prosjektet søker å møte behovet for en mer strukturert, kvalitetssikret og effektiv dokumentasjon av helsehjelp.

Mål for piloten er å teste planene som er utviklet i ICNP®, beskrive erfaringer med bruk av veiledende planer og terminologi og vise om dette gir økt kvalitet på dokumentasjon. Man ønsker også tilbakemelding på om dette påvirker pasientsikkerheten, gir ønsket prosess- og beslutningsstøtte for helsepersonell og om veiledende planer i ICNP® er et verktøy for forbedringsarbeid, internkontroll og ledelse.

2.2. Roller - gruppeleder og referenten

Gruppelederen legger til rette for at alle får delta aktiv, og bidrar til å holde fokus innenfor temaområdene. Samtalen styres i liten grad utover dette.

Referenten noterer stikkord fra samtalen. Deltakerne får anledning til å kommentere det som er notert mot slutten av samtalen.

2.3. Bruk av informasjonen og anonymitet

Hensikten med samtalen er å få utfyllende beskrivelser av deltakernes erfaringer med veiledende planer i ICNP®. Stikkordene fra samtalen sees i sammenheng med andre tilbakemeldinger og resultatene av spørreundersøkelsen, og vil bli benyttet i evalueringen av piloten.

Alt materiale anonymiseres og dine innspill vil ikke kunne spores tilbake til deg i ettertid

2.4. Avklaringer

Er det spørsmål til rammer og/eller gjennomføring?

3. Innledningsspørsmål med praktisk oppgave ca 15 min

Hvilke erfaringer har dere med dokumentasjon etter sykepleieprosessen?

(PRB/mål/tiltak/rapport/evaluering) Hva kjennetegner dette i din avdeling? Styrker og svakheter.

Alle noterer stikkord hver for seg. Ca 3 min.

Samtale i plenum – er erfaringene samstemte? Hva er viktige suksessfaktorer? Ca 10 min.

Aktuelle spørsmål:

- Er det områder som utpeker seg, der det ofte eller sjelden lages planer?
- Hvem lager planer og hvordan vedlikeholdes disse?
- Skrives rapporter? Evalueringer?
- Hvem leser planene?

4. Nøkkelspørsmål ca 50 min

Her belyses de temaene vi ønsker å fokusere på i evalueringen

4.1. Begrepene som brukes

- Er begrepene kjente?
- Er begrepene entydige?
- Er begrepene faglig gode?
- Er begrepene konsise?
- Er begrepene utfyllende?
- Bidrar begrepene til felles forståelse?
- Suksessfaktorer?

4.2. Funksjonalitet

- Hvordan er det å bruke malen i CosDoc ?
- Er det enkelt å finne fram?
- Er det oversiktlig?
- Blir planene tilpasset individuelt?

4.3. Kvalitet på dokumentasjonen med veiledende planer

- Blir det laget flere planer?
- Blir det laget bedre planer?
 - Faglig gode
 - Oversiktlige
- Blir det laget riktigere planer?
- Brukes prosess i større grad? Evalueres det mer?
- ER det større grad av tverrfaglig samarbeid omkring utarbeidelse og bruk av planene?
- Ser du en god balanse mellom definerte begrep og fritekst?
- Ser du endringer i rutiner og dokumentasjonspraksis i forbindelse med piloten? Hvilke?
- Ser du endringer i innhold og kvalitet på dokumentasjon? Hvilke?
- Suksessfaktorer

4.5. Brukermedvirkning

- Deltar pasient og/eller pårørende i større grad?
- Hvordan kan det legges til rette for økt brukermedvirkning?
- Ser du endringer i brukermedvirkning? Hvordan?
- Har du egne erfaringer med brukermedvirkning?
- Suksessfaktorer?

4.6. Pasientsikkerhet

- Ser du endringer i pasientoppfølgingen? Hvordan?
- Ser du endring i tverrfaglig samarbeid? Hvordan?
- Ser du endring i pasientsikkerheten? Hvordan?
- Ser du endringer i oversiktighet over pasientstatus og tiltak?
- Suksessfaktorer?

5. Avslutningsvis ca 15 min

5.1. Oppsummering

Referenten legger fram stikkordene – er det riktig forstått?

Er det noe å legge til?

Hvordan vurderes nytteverdien?

5.2. Videre anbefalinger

Anbefaler dere å utvikle veiledende planer videre?

Hvilke andre områder for planer bør prioriteres?

5.3. Avslutning og takk

Takke deltagerne for engasjement og bidrag.

Spørsmål kan stilles til prosjektleder eller kontaktperson i kommunen.

Materielt anonymiseres og sendes prosjektledelsen.

6. Guide til intervju med avdelingsledere

Rammer for intervju

Varighet Ca 45 minutter

Informasjon om prosjektet, hvorfor intervju og hva det brukes til.

Samtaletema

1. Dokumentasjon og lederansvar
2. Opplæring/implementering
3. Oppfølging i pilotperioden
4. Tanker om prosjektet og veiledende planer
5. Oppsummering

1. Dokumentasjon og lederansvar

Hvordan ser du kvaliteten på dokumentasjon som en del av lederansvaret?

Hvilke utfordringer opplever du?

Hvilken informasjon henter du fra EPJ og hvordan brukes denne?

Hvem har journalansvar i din avdeling?

Hvilke erfaringer har dere med dokumentasjon etter sykepleieprosessen?
(PRB/mål/tiltak/rapport/evaluering) Hva kjennetegner dette i din avdeling? Styrker og svakheter.

2. Opplæring/implementering

Hvordan ble opplæringen organisert?

Hvem (yrkesgrupper) deltok og hvor mange?

Hva er bakgrunnen for prioriteringene av hvem som får opplæring?

Er det utpekt en ressursperson i avdelingen? Andre ressurspersoner? Hvordan brukes disse?

Har veiledende planer vært tema på personalmøter eller lignende i løpet av pilotperioden?

Hvilke tiltak er gjort for implementering?

Er det områder du ser utpeker seg, der det ofte eller sjelden lages planer?

Hvem lager planer og hvordan vedlikeholdes disse?

Skrives rapporter? Evalueringer?

Hvem leser planene?

Suksessfaktorer?

4. Oppfølging i pilotperioden

Hvordan har du som leder fulgt opp aktiviteten/resultatene i pilotperioden?

Hvilke tiltak er satt i gang som resultat av oppfølging?

5. Tanker om prosjektet og veiledende planer

Begrepene som brukes? Kjente? Entydige? Faglig gode? Konsise? Utfyllende?

Bidrar begrepene til felles forståelse? Hvordan? Hvorfor?

Funksjonalitet – Har du inntrykk av at det er greit å bruke malen i Cosdoc? Hva gir deg dette inntrykket?

Ser du endring i kvalitet på dokumentasjonen med veiledende planer?

- Blir det laget flere planer?
- Blir det laget bedre planer?
 - Faglig gode?
 - Oversiktlige?
- Blir planene tilpasset individuelt?
- Brukes prosess i større grad? Evalueres det mer?
- Er det større grad av tverrfaglig samarbeid omkring utarbeidelse og bruk av planene?
- Ser du endringer i rutiner og dokumentasjonspraksis i forbindelse med piloten? Hvilke?
- Ser du endringer i innhold og kvalitet på dokumentasjon? Hvilke?

Ser du endringer i brukermedvirkning? Hvordan?

Har du egne erfaringer med brukermedvirkning?

Hvordan kan det legges til rette for økt brukermedvirkning?

Ser du endringer i pasientoppfølgingen? Hvordan?

Ser du endring i tverrfaglig samarbeid? Hvordan?

Ser du endring i pasientsikkerheten? Hvordan?

Suksessfaktorer?

6. Oppsummering

Videre anbefalinger?

Anbefaler dere å utvikle veiledende planer videre? Hvorfor?

Hvilke andre områder for planer bør prioriteres?

7. Kompendium til opplæring

1. Dokumentasjon av helsehjelp

1.1. Myndighetskrav

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

Helsepersonell 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.

1.1.1. Noen lover og forskrifter m.m.

Lov om helsepersonell

- Plikt til å føre journal
- Krav til journalens innhold
- Plikt til å gi pasienter innsyn i journal
- Retting av journal
- Sletting av journalopplysninger
- Journal på feil person
- Utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger
- Opptegnelse og journal som bevis
- Journalansvar

Pasientjournalforskriften

- Journalansvarlig
- Krav til journalføringen
- Krav til journalens innhold
- Kopi eller utskrift av journal
- Redigering, retting og sletting
- Krav til oppbevaring og oppbevaringstid

Helseregisterloven

- Behandling av helseopplysninger
- Nasjonal kjernejournal
- Krav til journalens innhold
- Kopi eller utskrift av journal
- Redigering, retting og sletting
- Krav til oppbevaring og oppbevaringstid
- Internkontroll
- Pasient og brukerrettighetsloven

Internkontrollforskriften

- Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene.

- Plikt til internkontroll
- Dokumentering av internkontroll

Pasient- og brukerrettighetsloven

- Rett til medvirkning
- Rett til informasjon
- Sentrale helseregistre
- Taushetsplikt
- Sikring av konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet.

Helse- og omsorgstjenesteloven

- Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen
- Journal og informasjonssystemer
- Pasienter skal få et tilbud som henger sammen på tvers av nivåene

IPLOS-forskriften

- Individbasert helse- og omsorgsstatistikk
- Opplysninger om personer som har søkt, mottar og har mottatt helse- og omsorgstjenester
- Grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring.
- grunnlag for forskning
- IPLOS-registeret inneholder bakgrunnsopplysninger, opplysninger av betydning for vurdering av tjenestebehov og opplysninger om tjenester

Norm for informasjonssikkerhet

- Krav til informasjonssikkerhet basert på lovverket
- Organisatorisk knutepunkt og sekretariat hos Helsedirektoratet
- Alle virksomheter som bruker e-meldinger har forpliktet seg på å følge normen
- Ansvar og oppgaver skal være dokumentert og tydelig for alle medarbeidere i virksomheten

Samhandlingsreformen

- En felles lov samler kommunens plikter – ett sted å klage, hos Fylkesmannen
- Plikt for kommuner og sykehus til å samarbeide
- Kvalitet skal måles bedre

1.2. Innholdsstandarder

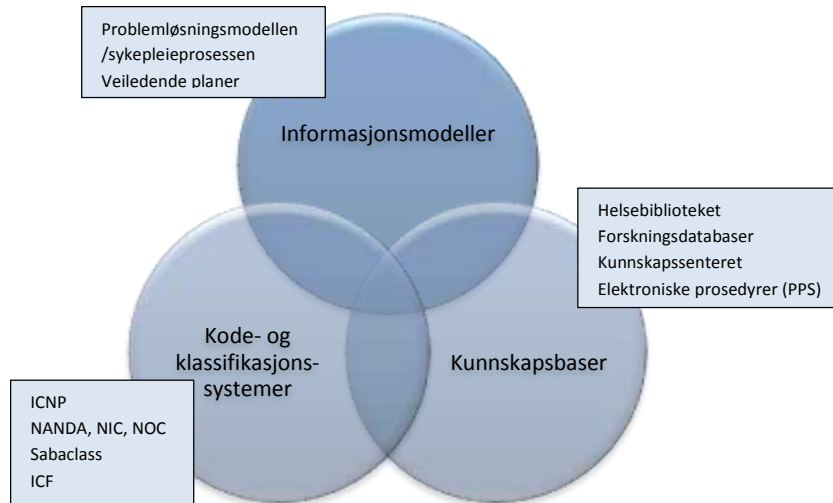
Formålet med standarder er å kunne registrere både strukturert og ustrukturert informasjon i EPJ og kommunisere denne mellom ulike aktører i helsetjenesten. Bruk av standarder gir mindre fritekst og mer kodet/standardisert tekst, noe som bidrar til felles begrepsbruk blant helsepersonell og mulighet til å hente ut data til kvalitetsforbedring eller styringsformål.

Dokumentasjon av sykepleie i EPJ innebærer bruk av flere elementer. Det er behov for kunnskap til å behandle opplysninger og observasjoner, struktur for å systematisere informasjonen og kode- og klassifikasjonssystemer for å gjøre informasjonen tilgjengelig for gjenbruk og deling. Kunnskapsbaser

sikrer at helsepersonell har tilgang på oppdatert og ny kunnskap. Informasjonsmodeller bidrar til at informasjonen struktureres på en entydig måte, og kode- og klassifikasjonssystemene gjør data standardisert slik at gjenbruk og deling er enkelt.

Skjematisk kan det vises slik:

Figur 1: Innholdsstandarder dokumentasjon av sykepleie i EPJ



Fritt etter Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ – eHelse gruppa NSF, utformet av Ann Kristin Rotegård 2013

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.

Tilgjengelige kunnskapsmodeller kan brukes for å sikre at praksis følger oppdaterte prosedyrer. Veiledende planer er utarbeidet ut fra gjeldene retningslinjer og kan brukes som støtte i planprosessen. Samtale og involvering av pasienten i kartlegging og behandling/pleie, ivaretar dennes ønsker og behov. I tillegg brukes egen og kollegers erfaring når planer og tiltak utformes og evalueres.



Fig 2. Kunnskapsbasert praksis. Fra Kunnskapssenteret.

3. Sykepleieprosessen

Dokumentasjon av sykepleie er en egen del av pasientjournalen og sykepleiere har et selvstendig ansvar for dette. Sykepleieprosessen som begrep ble innført på 50-tallet og beskrevet som en mellommenneskelig prosess og problemløsende metode. Senere har fokus på ressurser og brukermedvirkning kommet til, og sykepleieprosessen forbindes nå med en arbeidsmetode som skal bidra til systematikk og struktur for planlegging, oppfølging og evaluering av sykepleie. Nasjonal standard for dokumentasjon av sykepleie beskriver hvordan IKT-systemer bør tilpasses bruk av sykepleieprosessen (KITH 2003).

Strukturen i sykepleieprosessen består av fem trinn.

3.1. Kartlegging/status

Utgangspunktet for sykepleie er pasientens situasjon og hans reaksjon på denne. For å gi god og riktig hjelp, er det vesentlig at helsepersonell innhenter opplysninger som kan gi et mest riktig bilde av denne og danne grunnlag for behandling og intervensjoner. Pasientens/pårørendes egen beskrivelse, helsepersonells observasjoner, opplysninger fra samarbeidende helsepersonell, målinger og bruk av kartleggingsverktøy er viktige biter i kartleggingen som gir status for pasienten. De senere årene har også kartlegging av risikonivå og fokus på forebyggende tiltak blitt mer sentralt. Jf pasientsikkerhetsprogrammet.

Hjelpespørsmål: *Hvor er vi?*

3.2. Behov/ressurs/problem – sykepleiediagnose

Kartleggingen gir status med definerte behov eller risiko. Disse formuleres/beskrives og knyttes til et funksjonsområde. Slik gir sykepleiediagnosen oversikt over pasientens behov for sykepleie. Samspillet mellom fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, samt pasientens ressurser synliggjøres.

Hjelpespørsmål: *Hva er behovet? Hva er utfordringen? Hvilke ressurser?*

3.3 Mål/ønsket resultat

Knyttet mot behovet eller risikoområdet og beskriver ønsket resultat av sykepleie. Pasientens ønsker og egne mål tas med i vurderingen. Målet skal være realistisk og konkret, det er denne ønskede tilstanden eller aktiviteten som tiltakene evalueres mot. Målet gir retning i valg av tiltak/intervensjoner.

Hjelpespørsmål? *Hvor vil vi?*

3.4. Tiltak/intervensjon

Den handling 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 kunnskapsbaser, kvalitetssystem og veiledende planer brukes.

Hjelpespørsmål: *Hva gjør vi?*

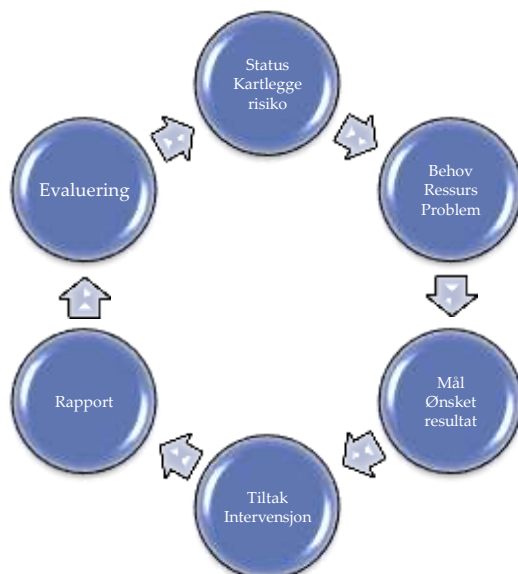
3.5. Rapport og evaluering

Rapport og evaluering er delt i to begreper i vår figur av sykepleieprosessen. Dette fordi det skilles på daglig rapport med dokumentasjon av observasjoner og hendelser knyttet til området og evaluering som en systematisk prosess med gjennomgang av tiltak og kartlegging av resultater/ny status.

Evaluering har konsekvenser, tiltak videreføres, endres eller avsluttes/seponeres.

Hjelpespørsmål: *Hva ser jeg? Hvordan gikk det?*

Fig 3. Sykepleieprosessen



4. Veiledende plan

Veiledende plan er et sett begreper knyttet til et bestemt område. Det forutsetter at kartlegging er gjennomført og behov og/eller risiko er vurdert. Veiledende plan gir valg mellom alternative begrep knyttet til det valgte området og strukturert etter leddene i sykepleieprosessen:

- Sykepleiediagnose – problem/ressurs/behov
- Ønsket resultat – mål
- Intervensjoner – tiltak
- Daglig rapport
- Evaluering

Den som utarbeider plan med utgangspunkt i veiledende plan må velge riktig begrep ut fra den aktuelle pasientsituasjonen. Ikke alle begrepene som er tilgjengelig vil passe inn i den enkelte planen. Alle ledd i prosessen kan individualiseres ytterligere ved å beskrive bakgrunn, mål og tiltak slik det konkret framstår for denne pasienten.

Veiledende plan gir støtte og veiledning i arbeidsprosessen, men utelukker på ingen måte den faglige vurderingen eller brukermedvirkningen som må til for å utarbeide en god plan for sykepleie. Beslutningsstøtte for valg av tiltak/prosedyre kan hentes fra kunnskapskilder som for eksempel PPS.

Like viktig som å utarbeide planer, er det å rapportere og evaluere tiltakene.

5. ICNP

ICNP er en terminologi for dokumentasjon av sykepleie. Integrasjon av ICNP har mange fordeler og derfor anbefaler NSF at den integreres i alle EPJ-systemer, i sykehus og i kommunehelsetjenesten (Jf. Rapport fra terminologirådet 2008). Ved å kode informasjon om handlinger og resultater kan data til kvalitetsforbedring hentes ut på en effektiv måte.

ICNP er det eneste klassifikasjonssystemet som dekker behovet for dokumentasjon 24/7 og favner områdene innen sykepleie. Systemet beskriver sykepleiediagnoser (behov, ressurs, problem), handlinger og resultater og omfatter områder som mestring, kunnskap, undervisning, angst, utholdenhet, smerte, ernæring, infeksjon, mobilisering, blodtrykk m.m.

International Council of Nurses (ICN) eier og utvikler ICNP. ICNP er en fleksibel terminologi basert på begreper og akser. Termene fra mange akser kan kombineres til setninger.

ICNP er en del av WHO Family of Classifications, sammen med ICD-10, og ICF, og direkte kompatibel med ISO strukturen (ISO 18104) for sykepleiediagnoser og -intervensjoner. Den siste versjonen (2015) er oversatt til norsk og har over 4000 begreper og utsagn.

ICNP er integrert i mange EPJ-systemer blant annet i USA, Canada, Portugal, Japan, Brasil, Tyskland og Syd Korea.



6. Prosjekt – pilot

Norsk Sykepleierforbund fag- og helsepolitisk avdeling er prosjekteier (FHPA). Prosjektet driftes sammen med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmesykepleie i Vestfold (USHT).

Prosjektet er satt i gang for å møte behovet for en mer strukturert, kvalitetssikret og effektiv dokumentasjon av helsehjelp. Utvikling av veiledende planer startet i januar 2014 og sykepleiere fra 24 kommuner deltok. Tanken er at planene på sikt skal gjøres tilgjengelig nasjonalt.

USHT Vestfold kjører samtidig et prosjekt med utvikling av veiledende plan for risiko for underernæring. Prosjektleder er Ellinor Bakke Aasen og kommunene Horten, Stokke og Sandefjord deltar. Denne piloten gjennomføres som en samkjøring av disse to prosjektene.

6.1 Mål

Prosjektets hovedmål er å utvikle og teste standardiserte veiledende planer i en elektronisk pasientjournal ved bruk av ICNP. Effektmål vil være økt pasientsikkerhet, økt kvalitet på sykepleiedokumentasjon, prosess- og beslutningsstøtte for helsepersonell, verktøy for forbedringsarbeid, internkontroll og ledelse.

Mål for piloten er å teste planene som er utviklet i ICNP, beskrive erfaringer med bruk av veiledende planer og terminologi og vise om dette gir økt kvalitet på dokumentasjon av helsehjelp.

6.2. Omfang

Piloten strekker seg over 10 uker, der de to første ukene settes av til opplæring. Fire kommuner, Nesodden, Horten, Stokke og Sandefjord, deltar i piloten der testing av planene gjennomføres ved at de implementeres i journalsystemet og brukes i det daglige dokumentasjonsarbeidet.

Det er utviklet planer for fem områder, ernæring, trykksår, urinveisinfeksjon, fall og legemidler. Planene tar utgangspunkt i kartlagt risiko og gjenspeiler pasientsikkerhetsprogrammets fokus på forebyggende og risikoreducerende tiltak.

I piloten vil vi høste erfaringer knyttet til bruk av planene innen disse fem områdene, og helsepersonells opplevelse vil utgjøre en vesentlig del av dette. Det vil bli spurt om erfaringer med veiledende planer og erfaringer med terminologi fra ICNP. I første omgang fra de som lager planer og/eller rapporterer på disse, men også fra samarbeidende parter, pasienter og pårørende. Det vil også settes fokus på deltagelse fra pasienten når planer utarbeides.

6.3 Metode

Spørreskjema benyttes i forbindelse med opplæring og mot slutten av pilotperioden. Spørsmålene er beregnet på de som utarbeider og/eller bruker veiledende planer i sitt daglige arbeid. Hensikten er å få tilbakemelding om faglig utbytte, prosess, struktur og terminologi, samt nytteverdi, brukervennlighet og funksjonalitet.

Gruppeintervju gjennomføres i alle kommunene, antall grupper vurderes lokalt. Hensikten er å få utfyllende beskrivelse av de erfaringene som er gjort og refleksjon omkring disse. Det utarbeides en veileder for samtalene.

Samtale/intervju med enkeltpersoner som kan belyse flere sider av temaet, som leger, terapeuter, pasienter og pårørende. Det gjøres ikke representativt utvalg, men tilbakemelding og refleksjoner fra enkeltpersoner tas med for et utvidet bilde av erfaringene.

Data fra EPJ hentes for å tallfeste bruken av veiledende planer i pilotperioden. Journalleverandør vil være behjelpelig med å fremskaffe tall der eksisterende statistikk ikke dekker behovet for opplysninger. I tillegg kan det bli aktuelt å gjøre noen manuelle tellinger, prosjektgruppa kan bistå med dette.

7. Ernæring

Utvikling av veiledende planer innen ernæring er et delprosjekt til veiledende planer i ICNP. Prosjektet er i regi av USHT Vestfold og mottok midler fra Helsedirektoratet i 2014. Horten, Stokke og Sandefjord samarbeider om prosjektet, de er alle CosDoc-kommuner. Sykehuset i Vestfold deltar i et samarbeid om hva «HOS2» meldingene og inleggelsesrapport til sykehus bør inneholde av informasjon om ernæringsstilstand.

I piloten skal alle pasientene på avdelingene kartlegges for ernæringsstatus. Som kartleggingsverktøy brukes MUST eller ernæringsjournal. Alle pasienter som er i risiko for underernæring skal ha en oppfølgingsplan for ernæring, det skal brukes veiledende plan som individualiseres. For pasienter som blir innlagt på sykehus skal planen følge innleggelsesrapporten.

8. Bruk av veiledende planer i Cosdoc

8.1. Nytt PRB

Start med Nytt PRB som vanlig. Velg funksjonsområde og trykk på Mal:

SJ

Status

Dato/kl. 30.06.2015 15:32 Vakt D Tjeneste

Adm.enhet 0 CosDoc DEMO base

Ansvarlig Sø

Funksjon 04 Ernæring/væske/ elektrolyttbalanse

Ang. Sø

Reg.type 1 Problem/Ressurs/Behov Plan eval

Referert i Referer

Overskrift

Notat

Dgi rapp Seg Godkj Nytt PRB Ny reg Endre Lagre Avbryt Mal

8.2. Planområde

Velg planområde:

Velg koder..

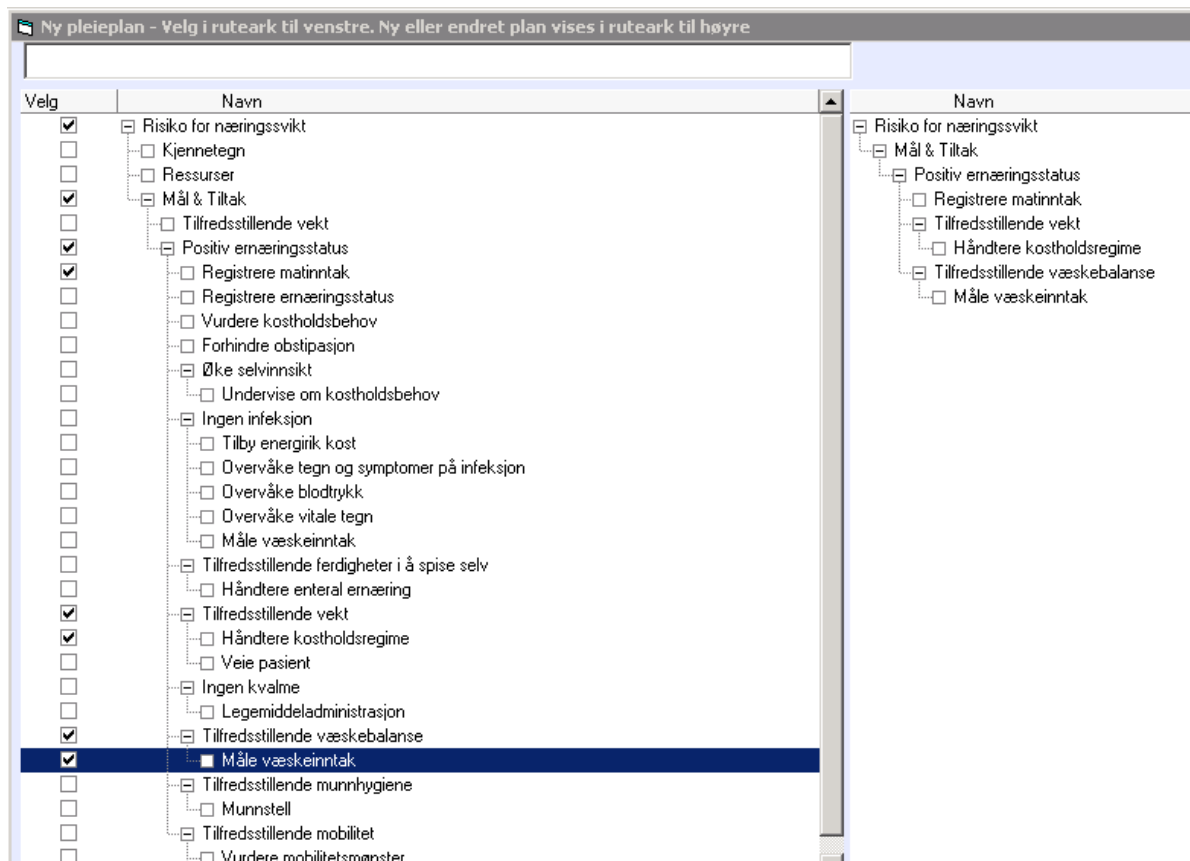
Vis utgåtte

Kode	Navn
0000001	Høyt blodtrykk
0000009	Legemiddelhåndtering
0000005	Risiko for fall
0000007	Risiko for fall 2
0000010	Risiko for næringssvikt
0000006	Risiko for trykksår
0000003	Risiko for underernæring
0000008	Risiko for urinveisinfeksjon
0000002	Test

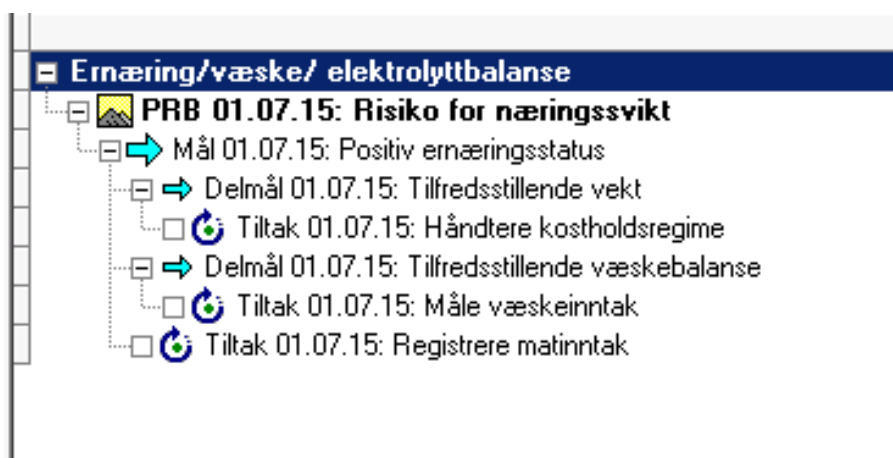
Trykk OK.

8.3. Velg utsagn

Merk aktuelle utsagn. De merkede utsagnene kopieres automatisk over til høyre:



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



8.4. Tilpass individuelt

Gå inn på hvert enkelt utsagn og gjør planene individuelt tilpasset den aktuelle pasienten - konkretiser og beskriv:

The screenshot shows a software interface for managing a patient's care plan. On the left, a tree view lists several goals and interventions, with 'Tiltak 01.07.15: Håndtere kostholdsregime' selected. To the right, a detailed form for this intervention is displayed. The form includes fields for 'Adm.enhet' (CosDoc DEMO base), 'Ansvarlig', 'Funksjon' (Ernæring/væske/ elektrolyttbalanse), 'Ang.' (Tilfredsstillende vekt), 'Reg.type' (Tiltak), and 'Referert i'. Below these fields, the 'Overskrift' is 'Håndtere kostholdsregime' and the 'Notat' contains specific dietary instructions: 'Kaloribehov 1500 kcal/døgn. 3 hovedmåltider 2 mellommåltider - formiddag: næringsdrikk og senkveld: havresuppe beriket med fløte. Frokost: Brødskiver med smør og pålegg. Glad i kjøttpålegg og smøreost. Del opp skivene i fire deler, pynt med grønnsaker.'

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

Tiltak som ikke er dekket i veiledende plan 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.

8.5. Daglig rapport

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

8.6. Evaluering.

Vurdering av tiltakene opp mot effekt og måloppnåelse, evt ny statuskartlegging. Ta stilling til om tiltak skal videreføres, endres eller avsluttes. Evaluering gjøres i samarbeid med pasienten og annet helsepersonell.

8.7. Oppdater planen

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

Oppdatering gjøres ved å hente nye utsagn fra mal – nå heter knappen «**fra plan**», eller ved å lage nye tiltak i fritekst.