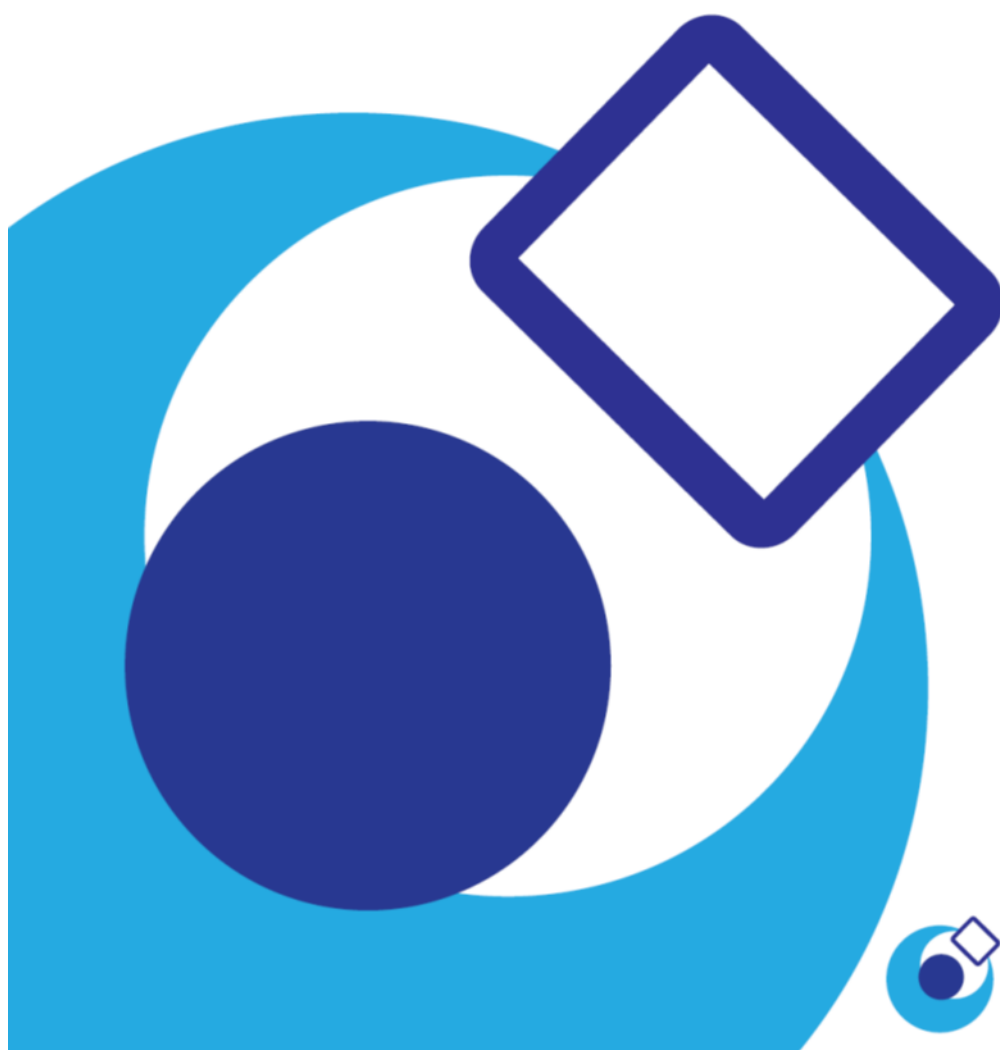


Versjon 5.1

Veileder

for klinisk dokumentasjon
av sykepleie i EPJ



NSF's FAGGRUPPE
FOR E-HELSE

Forord

Fremtidens helsevesen står overfor store endringer. Pasientene stiller større krav til helsetjenesten, og ikke minst tilgang til helseinformasjon og egne journalopplysninger. Samhandlingsreformen har samtidig tydeliggjort at behandlingen av pasientene skal utformes som mest mulig sømløse pasientforløp mellom tjenestenivå. Det medfører økte krav til rask informasjonsflyt mellom tjenestesteder, hvilket igjen utfordrer både selve dokumentasjonsprosessen, og hvordan deling av informasjonen foregår.

Sykepleietjenesten står fortsatt overfor utfordringer både i forhold til lovverk, teknologi og dokumentasjonspraksis. Ledelsesperspektivet og pasientperspektivet står sentralt for å oppnå god praksis. Bent Høie uttaler i Sykehustalen 2017 at "god ledelse er en nøkkel til å bli bedre, og pasientens stemme en annen. Begge stemmene er like viktige". For å sikre kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen er dokumentasjon av sykepleie og tilhørende utveksling av pasientinformasjon avgjørende. I utviklingsprosessen knyttet til systemer og rutiner er det vesentlig at pasient- og pårørendeperspektivet er med. Dette fordrer god kommunikasjon mellom alle involverte parter.

Veilederen er skrevet primært for sykepleiere. Den skisserer generelle prinsipper og føringer som er av betydning i arbeidet med å dokumentere sykepleie og er utarbeidet med den hensikt å støtte sykepleiere i daglig arbeid med klinisk dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal (EPJ). Den ble første gang utgitt i 2002 av Norsk Sykepleierforbunds Forum for IKT og Dokumentasjon (NSFID). Dette er femte revisjon av veilederen, utført av nåværende styre i NSF's faggruppe for e-helse, med støtte fra eksterne bidragsytere både på tekst og illustrasjoner.

Styrets mål er at veilederen skal gi sykepleieren kunnskap om:

- Hvordan sykepleiedokumentasjon skal ivaretas
- Lovverk, veiledere og standarder for dokumentasjon og EPJ
- Viktigheten av at dokumentasjonsarbeidet er nedfelt i planverk og forankret i ledelsen
- Nasjonale trender og strategier for e-helse med vekt på informasjonsdeling

Styret håper at leserne finner veilederen nyttig og at den kan være et bidrag til å etablere en kunnskapsbasert og juridisk forsvarlig klinisk praksis.

Styret i NSF's faggruppe for e-helse, versjon 5.1 – februar 2017.

Elisabeth Holen-Rabbersvik

Venke Åmlid Nyhus

Oddvar Hagen

Cecilie Graver

Grete Vabo

Mariann Svanes

Styret vil også takke for innspill fra Silje Ljosland Bakke, John Tore Valand, Anne-Mai Olsen, Kathy Mølsted, og Merete Lyngstad.

Innhold

Forord.....	1
1.0 Introduksjon	5
2.0 Dokumentasjon av sykepleie	7
2.1 Sykepleieprosessen.....	7
2.2 Dokumentasjonsprosessen.....	11
2.3 Utfordringer ved dokumentasjon.....	16
3.0 Innholdsstandarder i EPJ.....	18
3.1 Informasjonsmodeller	19
3.2 Kode- og klassifikasjonssystemer	19
3.2.1 Organisering av klassifikasjonssystemer	20
3.3 Kunnskapsbaser	24
3.3.1 Eksempler på elektronisk kunnskapsstøtte	25
4.0 Juridiske rammefaktorer	27
4.1 Lovverk og forskrifter	27
4.1.1 Dokumentasjonsplikten.....	28
4.1.2 Retting og sletting	29
4.1.3 Pasient- og brukerrettighetsloven	29
4.1.4 Leders ansvar for å sikre forsvarlig dokumentasjonspraksis	30
4.2 Informasjonssikkerhet	31
5.0 Informasjonsdeling.....	32
5.1 Elektroniske meldinger.....	32
5.2 Samtidskommunikasjon på distanse.....	36
5.3 Kjernejournal	37

5.3.1 Innhold og funksjoner i Kjernejournal	37
5.3.2 Krav til sykepleiere	38
6.0 Utviklingstrender	39
6.1 Standardisering av informasjonsmodeller og arketyper	39
6.2 Nasjonal strategi for standardisering e-helse	42
Referanser	44
Vedlegg	48
1. Eksempel kartlegging	0
2. Veileder for kartleggingsskjema	6
3. Pasienthistorie med plan i kommunehelsetjenesten	48
4. Veiledende sykepleieplan (DIPS EPJ) i spesialisthelsetjenesten	55

Figurer

Figur 1:	Sykepleieprosessen	s	8
Figur 2:	Dokumentasjonsprosessen	s	11
Figur 3:	Innholdsstandarder i sykepleie	s	18
Figur 4:	Taksonomi	s	21
Figur 5:	Meldingsutveksling	s	34
Figur 6:	Visuell framstilling av arketyper for kroppsvekt	s	39
Figur 7:	Legoanalogi: Arketyper som byggesteiner	s	40

1.0 Introduksjon

Sykepleiere har en lovpålagt dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven 1999). Denne plikten fordrer at alle sykepleiere skal dokumentere den sykepleien som er gitt på en oversiktlig, kronologisk, systematisk og tydelig måte. Samtidig skal også dokumentasjonen reflektere tilstrekkelige, relevante og nødvendige observasjoner. Dokumentasjon av planlagt, gjennomført og evaluert sykepleie er en vesentlig komponent knyttet til pasientens sikkerhet. Det er samtidig et avgjørende element for å få frem etikk og kvalitet (på den sykepleien som er gitt (NSF: Etiske retningslinjer 2011; Helsedirektoratet 2004).

Et overordnet mål er at den medisinske behandlingen og sykepleie til den enkelte pasient skal ha god kvalitet og kontinuitet. Utøvelsen av sykepleie skal være kunnskapsbasert og etterprøvbar. For å oppnå dette, trenger den enkelte sykepleier tilstrekkelig og nødvendig informasjon for å kunne planlegge og å gjennomføre den individuelle helsehjelpen. EPJ skal bidra til at kvaliteten på dokumentasjonen blir bedre, og at den blir lettere tilgjengelig for alle som trenger den (Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp, Pasientjournalloven 2014). God dokumentasjon gir også bedre grunnlag for forskning og ressursbesparelser (Jakobsen 2005).

EPJ- systemet skal gi nødvendig prosess-støtte for dokumentasjonen (Helsedirektoratet 2006). Det optimale er at EPJ gir sykepleieren mulighet til anvendelse av en kunnskapsbasert sykepleie, tilpasset behovet til den enkelte pasient, med enkel tilgang til beslutningsstøtteverktøy og gode oversikter over det enkelte pasientforløp. Ved å benytte sykepleieprosessen som modell for dokumentasjon vil vi gjennom veilederen vise hvordan sykepleieren på en systematisk måte, kan ivareta de juridiske krav som ligger i dokumentasjonsplikten.

Veilederen tar hensyn til både myndighetskrav og nasjonale og profesjonelle strategier for standardisering innen e-helse. Den peker på noen av de viktigste områdene som bør vurderes og diskuteres når man skal utarbeide eller revidere kravene til dokumentasjon av sykepleie på det enkelte arbeidssted. Sykepleierne arbeider og dokumenterer innenfor svært ulike arenaer i helsevesenet, og aktørene har utviklet seg i ulikt tempo i forhold til å implementere

elektroniske løsninger. Likevel må dokumentasjon av sykepleie inneholde et minimum av informasjon for å innfri de faglige og juridiske kravene som stilles. Kort fortalt innebærer dette, som et minimum, at bakgrunnen for helsehjelpen, innholdet i helsehjelpen og resultatet av helsehjelpen skal være dokumentert (Helsepersonelloven 1999).

I de ulike EPJ-systemer brukes ulike begreper for sykepleieplan, eksempelvis «tiltaksplan», «pleieplan» og «behandlingsplan». I dette dokumentet benyttes begrepet «sykepleieplan». I de ulike praksissituasjonene benyttes mange ulike begrep på pasient. Det kan være blant annet, «bruker», «klient», «pasient». Videre i dokumentet blir begrepet «pasient» brukt gjennomgående.

2.0 Dokumentasjon av sykepleie

Utgangspunktet for all dokumentasjon av sykepleie er pasienten og hans eller hennes reaksjon på sykdom, lidelse og livssituasjon, herunder pasientens opplevelse av hva som er viktig i situasjonen. De siste årene har blant annet innføring av «Gode pasientforløp» gjennom kunnskapssenteret, ført til en endring fra helsepersonell som har spurt «hva er i veien med deg» til helsepersonell som spør «hva er viktig for deg». Dermed legges det større vekt på brukermedvirkning og forebygging. Dokumentasjon av sykepleie er en del av pasientjournalen og sykepleieren har et selvstendig ansvar for denne. Dokumentasjonen skal synliggjøre sykepleierens vurderinger og handlinger. Dette gjelder enten det handler om å fremme helse, forebygge, behandle eller lindre, samt rehabilitere etter sykdom eller skade (Dahl & Skaug 2011).

Årsaken til at det er så viktig å dokumentere den sykepleie som planlegges, vurderes, utføres og evalueres, er å ivareta pasientens situasjon og sikkerhet. Et annet viktig element er at den dokumenterte pasientinformasjonen er utgangspunkt for all kommunikasjon mellom helsepersonell. Derfor er det viktig at dette arbeidet gjøres systematisk (Vee & Hestetun 2009).

I forbindelse med at pasienten blir registrert som bruker av helsetjenester/innlegges i spesialisthelsetjenesten og/eller får et fattet vedtak i kommunehelsetjenesten, skal behovene for sykepleie kartlegges. Kartleggingen danner bakgrunnen for identifisering av problemene/diagnosene som velges, altså pasientens behov for sykepleie. Videre settes mål for sykepleien, noe som er avgjørende for riktig valg av tiltak/intervensjoner. Når sykepleieren utfører tiltakene, er det samtidig viktig å vurdere/ evaluere tiltakene, om de har effekt eller ikke. Denne prosessen kalles for sykepleieprosessen.

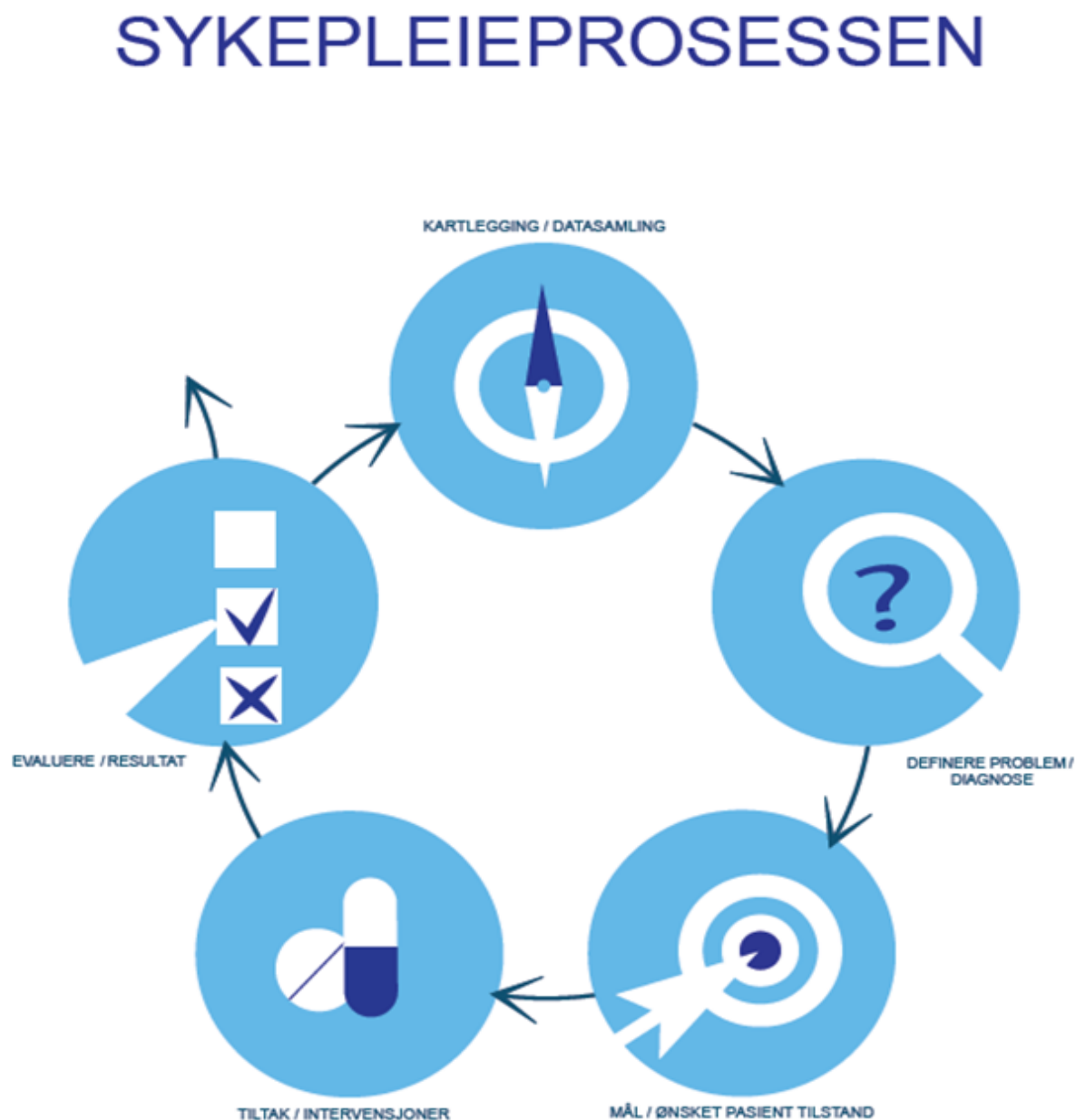
2.1 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er den mest beskrevne problemløsende arbeidsmetoden i sykepleie. Den bidrar til systematikk og struktur for planlegging av sykepleie, og gir retning for hva som skal nedtegnes i EPJ (Moen, Hellesø & Berge 2008). Sykepleieprosessen er med andre ord den faglige rammen som skal ligge til grunn for dokumentasjon, koding og klassifikasjon av

sykepleie. I nasjonal standard for elektronisk dokumentasjon av sykepleie (KITH 2003), beskrives hvordan IKT-systemer bør utvikles slik at de er tilpasset bruk av sykepleieprosessen.

Figur 1 nedenfor inneholder en skjematisk framstilling av sykepleieprosessen.

Figur 1: Sykepleieprosessen



Hensikten med den skjematiske fremstillingen av sykepleieprosessen i figur 1, er å vise hvordan denne problemløsende metoden for dokumentasjon er en gjentakende prosess. Ved endring i forhold til pasientens problem eller behov, samles nye data og det vurderes ut fra dette, eventuelle endringer i tiltak og målsetting. Med data i denne sammenhengen menes både data som viser pasientens ressurser, og data som synliggjør problemene.

Trinnene i sykepleieprosessen skal kunne ut i en sykepleieplan som skal synliggjøre og evaluere den sykepleien som gis. Utvikling av sykepleieplan skal foregå i et samarbeid med pasienten, der det er mulig. Dersom pasienten ikke er i stand til å samarbeide er det pårørende som skal delta i hans/hennes sted. Dette er forankret i Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). Helsedirektoratet har nylig gitt ut en veileder om pårørende i helse og omsorgstjenesten» (Helsedirektoratet 2017). Her kommer pårørendes rolle i forbindelse med føring av journal tydelig frem. Det er vesentlig at pasienten er med å bestemme den planlagte sykepleie, og sykepleieren skal sammen med pasienten vurdere om handlingene har effekt. Sykepleieplan skal utformes så fort det lar seg gjøre etter innleggelse. Det optimale er om det finnes en tidsfrist for dette arbeidet.

Det er også vesentlig å dokumentere informasjon som identifiserer pasienten og hvem som er nærmeste pårørende, helt i starten av forløpet. Pasienten skal ifølge § 3-1 i Lov om pasient og brukerrettigheter (1999), selv velge sin nærmeste pårørende, også om det ikke er familie. Nærmeste pårørende og andre pårørende har ulike rettigheter i forhold til retten til informasjon (Helsedirektoratet 2017). I denne sammenhengen blir det viktig å dokumentere hvem som samtykker på pasientens vegne, dersom pasienten selv ikke har samtykkerett. I den elektroniske pasientjournalen kan denne informasjonen plasseres slik at alle som har tilgang til journalen, får fram disse opplysningene ved behov. Dette kalles også felles informasjon eller pasientadministrative data (HOD 2013).

Delene i sykepleieprosessen nevnes i kronologisk rekkefølge (se Figur 1 s. 8):

1. **Kartlegging/datasamling/vurdering** av ressurser og behov eller problem
2. Definere **problem/sykepleiediagnose** i forhold til sykepleie
3. Definere **mål/ønsket resultat** for sykepleien
4. Velge **tiltak/intervensjoner** for å nå målene
5. **Evaluere** sykepleieplan/tiltakene

Det må, som tidligere beskrevet, kontinuerlig vurderes om planen speiler pasientens nåværende situasjon og fremtidige behov, eller om det må legges inn nye problemområder med mål og tiltak. Dersom målene som er satt er innfridd eller ikke lenger er aktuelle, skal disse problemstillingene avsluttes/seponeres. Da er resultat oppnådd.

Tabellen under illustrerer hvordan man ved å benytte sykepleieprosessen som metode for dokumentasjon av sykepleie, også ivaretar de juridiske krav til dokumentasjon.

Tabell 1. Sammenstilling av sykepleieprosessen og forskrift om pasientjournal.

SYKEPLEIEPROSESSEN	FORSKRIFT OM PASIENTJOURNAL § 8 - DOKUMENTASJONSPLIKTIG INFORMASJON
VURDERINGSFASEN/KARTLEGGINGSFASEN	e) Bakgrunn for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskrivning
PLANLEGGINGSFASEN/IDENTIFISERE BEHOV OG PROBLEM. SETTE MÅL OG VELGE TILTAK.	f) Diagnose, behandling, pleie, og annen oppfølging som skal iverksettes
HANDLINGSFASEN/TILTAKSFASEN	f) Observasjon, pleie og omsorg, råd og i) informasjon, annen oppfølging
EVALUERINGSFASEN	e) Resultater, status ved utskrivning, årlig status f) hos langtidspasienter, epikrise, utveksling av l) informasjon med annet helsepersonell

Modifisert av Vabo 2014, basert på Lyngstad 2002

I journalforskriften (HOD 2013) står det blant annet at bakgrunn, opplysninger om pasientens personalia og sykehistorie skal dokumenteres (kartleggingen). Opplysninger om pasientens behandling/ pleie (behov eller problem, mål og tiltak) og annen oppfølging, samt resultat (rapport og eller evaluering), skal dokumenteres. Oversikten i tabellen viser hvor hensiktsmessig det er å utvikle pasientens sykepleieplan med sykepleieprosessen som metode.

2.2 Dokumentasjonsprosessen

Sykepleieprosessen er benyttet som arbeidsredskap i fremstillingen av dokumentasjonsprosessen. I tabell 2 er det skissert hvordan helsepersonell bør arbeide i forbindelse med etablering av pasientens sykepleieplan. Dersom denne fremgangsmåten benyttes vil sykepleien være kunnskapsbasert, og dokumentasjonen tilfredsstillende juridiske krav.

Det avgjørende for å lykkes med dette arbeidet i praksis, er at de elektroniske pasientjournalssystemene understøtter dokumentasjonsprosessen i sykepleie. Häyrinen et. al. (2010) konkluderer med at sykepleieprosessen er anvendbar som modell for dokumentasjon, men nøkkelen er at standardisert terminologi anvendes. Dette må bygges opp og implementeres i EPJ. Nyere forskning viser at det å benytte sykepleiediagnoser fremmer kvaliteten på dokumentasjonsarbeidet (Nøst m.fl 2016).

Tabellen under viser hvilket innhold av de ulike komponentene i sykepleieprosessen med eksempler.

Tabell 2. Utarbeidelse av sykepleieplan

Dokumentasjonsprosessen	Innhold
Innkomst og/eller kartlegging/datasamling  Se vedlegg: Eksempel kartlegging/datasamling 4. Veileder for kartleggingsskjema/datasamlingsskjema? PS: I hele prosessen er det viktig å involvere pasient/pårørende. Pasienten definerer, om mulig, selv sin nærmeste pårørende.	Status ved innkomst/oppstart av behandlingsforløp/tjeneste: Kartlegging av: Pasientens ressurser og vurderinger/oppfatninger Behov for sykepleie etter funksjonsområder Eksempler kan være: Ernæringsstatus, personlig hygiene, søvn og hvile, eliminasjon, respirasjon, sirkulasjon, sosiale behov, eksistensielle behov, psykiske behov, seksualitet, smerte, pasientens egne utsagn om smerter, glede, sorg, aktivitet osv. Informasjonen skal være nødvendig og tilstrekkelig for å kunne etablere en plan for sykepleien. Bruk av kartleggingsguide anbefales. Kartleggingen er grunnlaget for å kunne identifisere og individualisere behov for sykepleie. NB: Data som samles ved innkomst er utgangspunkt for arbeidet med sykepleieplanen (jfr. Journalforskriften § 8). Den har sin begrunnelse i det som er samlet inn av informasjon

Identifisere /definere problem/diagnose  Se vedlegg: 1. Pasienthistorie med plan i kommunehelsetjenesten 2. Veiledende sykepleieplan (DIPS EPJ) i spesialisthelsetjenesten	Dersom kunnskapsbaserte, predefinerte veiledende planer brukes, er det avgjørende at innholdet individualiseres. Problem/diagnose skal beskrive pasientens opplevelse, kortfattet men fullstendig. Problem/diagnose kan være to eller treleddet og beskrive opplevelsen, årsaken og konsekvensen. Her kan også risikodiagnoser nevnes.
Mål  Vise til mål som er individualisert	Målene, kortsiktige og langsiktige, bør utarbeides i samarbeid med pasienten/pårørende. Målene skal være formulert i presens, være konkrete og målbare. De skal beskrive den tilstand pasienten <i>er i</i>, når målet er innfridd Valgte mål er bestemmende for valg av tiltak/intervensjoner.
Tiltak/intervensjoner 	Det er viktig å ha god kunnskap om pasientens situasjon, og hva som er viktig for pasienten, for å kunne velge tiltak som er egnet for å nå målene. Dersom man benytter predefinerte veiledende planer i sykepleie, må en tilstrebe en individualisering i pasientens reelle plan.

Evaluere/resultat 	Evaluering handler om at tiltakene skal vurderes opp mot effekt og måloppnåelse i samarbeid med pasienten. Hvilke tiltak skal videreføres, avsluttes og endres? Ansvarlig sykepleier må oppdatere sykepleieplanen slik at den til enhver tid «speiler» pasientens reelle situasjon.
Vurdering og oppdatering av sykepleieplan	Dersom det er tilkommet nye data som viser en betydelig endret situasjon må det tilføyes i pasientens sykepleieplan. Dette blir den nye begrunnelsen for valg av nye tiltak. Det skriftlige innholdet i evalueringsnotatene skal være en vurdering av tiltakenes effekt.

Neste figur viser en illustrasjon av dokumentasjonsprosessen med sykepleieprosessen som modell.

Figur 2: Dokumentasjonsprosessen



2.3 Utfordringer ved dokumentasjon

I dagens helsetjeneste, både på sykehus og i kommunehelsetjenesten, er det utfordringer knyttet til utførelse av dokumentasjon. Dette skyldes blant annet at det i EPJ-systemene gis stor grad av mulighet for fritekst, hvilket igjen gir rom for å dokumentere ustrukturert med fortellende tekst, og i et kronologisk tidsperspektiv (Naustdal & Nettelund 2012).

Sykepleiedokumentasjonen blir ofte vurdert som kompleks og preget av avbrudd og ufullstendighet. I tillegg ser man at kartlegging av pasientens situasjon er mangelfull (Vabo 2013, 2016). Utfordringene kan relateres til at sykepleierne har begrenset kompetanse, motivasjon og selvtillit i forhold til å dokumentere. Det kan også skyldes at sykepleieprosedyrene er lite effektive samtidig som det drives for lite veiledning og fagutvikling knyttet til dokumentasjonsprosessen (Cheevakasemsook, Francis & Davies 2006).

Innholdet og fullstendighet i sykepleiedokumentasjon viste seg å bli forbedret ved innføring av standardiserte sykepleieterminologier (Thoroddsen, Ehnfors & Ehrenberg 2011).

Elektronisk dokumentasjon av sykepleie har også forbedret situasjonen for pasienten, men likevel ser vi at dokumentasjonssystemene ikke støtter opp nok om arbeidsprosessene (Nykänen, Kaipio & Kuusisto 2012). I Finland er det implementert en modell for standardisert sykepleiedokumentasjon. Forskning viser at den er brukbar for dokumentasjon i sykepleieplaner, men sykepleierne trenger mer trening i å dokumentere basert på sykepleieprosessen (Häyrinen & Saranto, K. 2010).

I Norge er situasjonen fragmentert med ulike systemer for EPJ i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dokumentasjonspraksis i sykepleie varierer, og det er ikke innført en standardisert nasjonal modell. Derimot eksisterer det ulike regionale standarder og prosedyrer for klinisk dokumentasjon sykepleie, hvor klassifikasjoner/terminologier benyttes.

Helsedirektoratet og Nasjonal IKT er sentrale pådrivere for samordning og standardiseringen innen helsesektoren. Gjennom ulike kompetansesentre utformes og påvirkes modeller, rammer og retningslinjer, for å støtte opp om de mål som er satt for bruk av IKT i helsesektoren. Kompetansesenteret for informasjonsteknologi i helse- og sosialsektoren (KITH) har laget innholdsstandarder og retningslinjer for obligatorisk innhold i for eksempel epikriser og innleggelsesrapporter (Skarsgaard & Lyngstad 2011, Nasjonal IKT 2010). I

kommunehelsetjenesten benyttes ikke klassifikasjoner/terminologier i sykepleie, men det er interesse for å legge til rette for at dette kan benyttes.

Det foreligger per dags dato ingen nasjonale føringer for bruk av klassifikasjoner/kodeverk i sykepleie, derimot har NSF terminologiråd anbefalt integrasjon av ICNP i EPJ knyttet til sykepleiedokumentasjonen.

Når dette skrives, pågår det et omfattende prosjekt i regi av Helse Midt-Norge; «Helseplattformen». Det planlegges et nasjonalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet i «En innbygger, en journal», noe som omhandler utvikling av EPJ system som skal kommunisere mellom helseforetak, kommunehelsetjenesten, fastlegene og andre offentlige/private aktører. Prosjektet er per d.d. i startfasen, og det er ikke avklart hvilken leverandør som skal levere løsningen (Helse Midt-Norge, 2017).

Les mer her:

[Direktoratet for e-helse](#)

[ICNP](#)

[Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie](#)

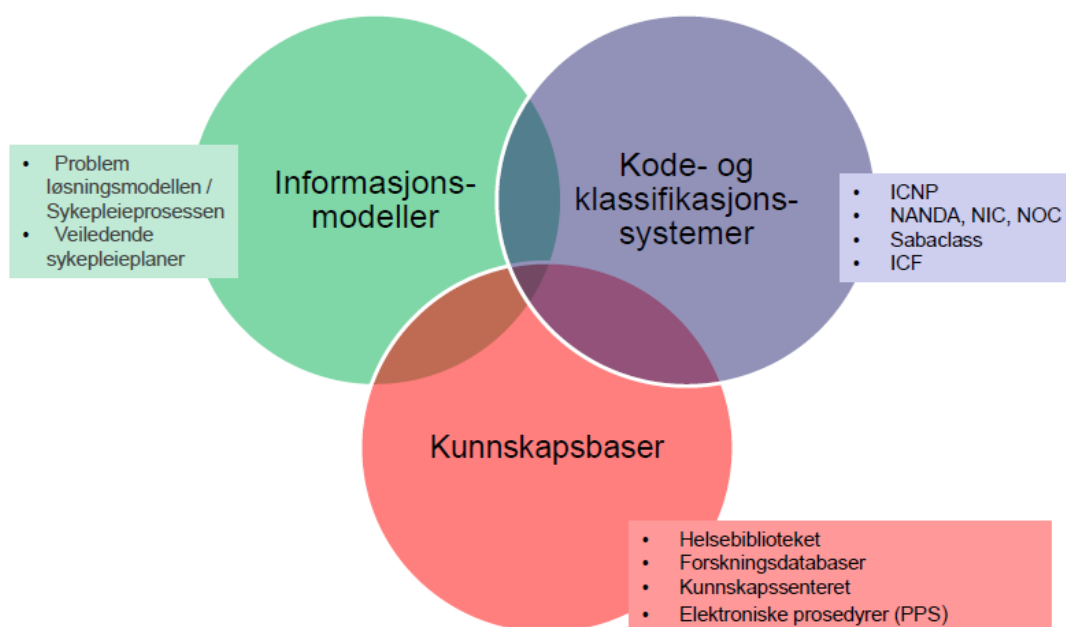
[Helseplattformen](#)

3.0 Innholdsstandarder i EPJ

Formålet med EPJ innholdsstandarder og meldingsstandarder er å kunne registrere både ustrukturert og strukturert informasjon i EPJ-systemer og kommunisere denne informasjonen mellom ulike aktører i helsesektoren. Ved å bruke informasjonsstandarder får en mindre bruk av fritext og mer kodet/standardisert tekst. Det betyr at sykepleiere og helsepersonell kan kommunisere på et språk som vil bidra til felles forståelse.

Den neste figuren (figur 3) er en skjematisk oversikt over innholdsstandarder i sykepleie for å belyse de ulike elementene i dokumentasjon av sykepleie. Denne oversikten bygger også på internasjonale modeller for sykepleiejournaler i EPJ (Jansen, Bekkering, Ruber, Gooskens & Goossen 2012).

Figur 3. Innholdsstandarder sykepleie i EPJ



Modifisert og utformet av Ann Kristin Rotegård, 2013

3.1 Informasjonsmodeller

Informasjonsmodeller og definisjoner/standards skal, på et overordnet nivå, sikre at flere aktørgrupper forstår en del av en virkelighet på samme måte og legge grunnlaget for korrekt utveksling og deling av informasjon. Dette kalles også semantisk interoperabilitet. En informasjonsmodell i sykepleie uttrykker et eksisterende og fremtidig krav til informasjon, og er en formell beskrivelse av fag- og virkefelt, som for eksempel fenomener og aktiviteter tilknyttet pasientbehandlingen (status, forløp, sykepleieprosessen) (Nasjonal IKT 2015).

Utstrakt bruk av notater i journalen fører til stor variasjon i hva som blir registrert, hvor konsistent og sammenlignbart det blir, samt at det blir vanskelig å søke i og finne tilbake til informasjonen. Den overordnede informasjonsmodellen synliggjør ikke i detalj hvordan informasjon bedre skal struktureres, men ved å bruke kodeverk og predefinert veiledende sykepleieplan blir lagring og gjenfinning av dokumenter i pasientjournalen mer strukturert (Nasjonal IKT 2015, Børmark 2014).

3.2 Kode- og klassifikasjonssystemer

Sykepleieklassifikasjonenes funksjon er å avgrense og uttrykke sykepleiefagets kunnskapsinnhold og virkefelt på en enkel måte. I klassifikasjonene er fenomenene systematisert etter slektskap og likhet i ulike klasser og domener, og de er navngitt på et begrepsmessig nivå (Dahl 2011).

En terminologi er en oversikt over faguttrykk brukt innenfor et fagområde, og når begrepene (termene) samles, får man terminologisystemer. En kode er et forut avtalt system av ord, og når kodene samles blir det et kodeverk. For å kunne kalle noe et kode- og klassifikasjonssystem må kodeverket være hierarkisk oppbygd av klasser, og klassene på samme hierarkiske nivå må være gjensidig utelukkende (von Krogh & Nåden 2008).

Klassifikasjonenes rolle i forhold til elektronisk deling av informasjon er helt essensiell. Dette er ikke bare i forhold til å navngi og trekke ut sykepleiedata for evaluering, statistikk og forskning, men også for å forstå pasientinformasjon på tvers av helsetjenestenivåer og helseprofesjoner (Garde, Knaup, Hovenga & Heard 2007).

Det foreligger, som tidligere nevnt i kapittel 3.1, internasjonale standarder og krav til interoperabilitet i en EPJ. Interoperabilitet er systemets evne til å utveksle og dele helseinformasjon mellom helseprofesjoner. Dette er en forutsetning for at:

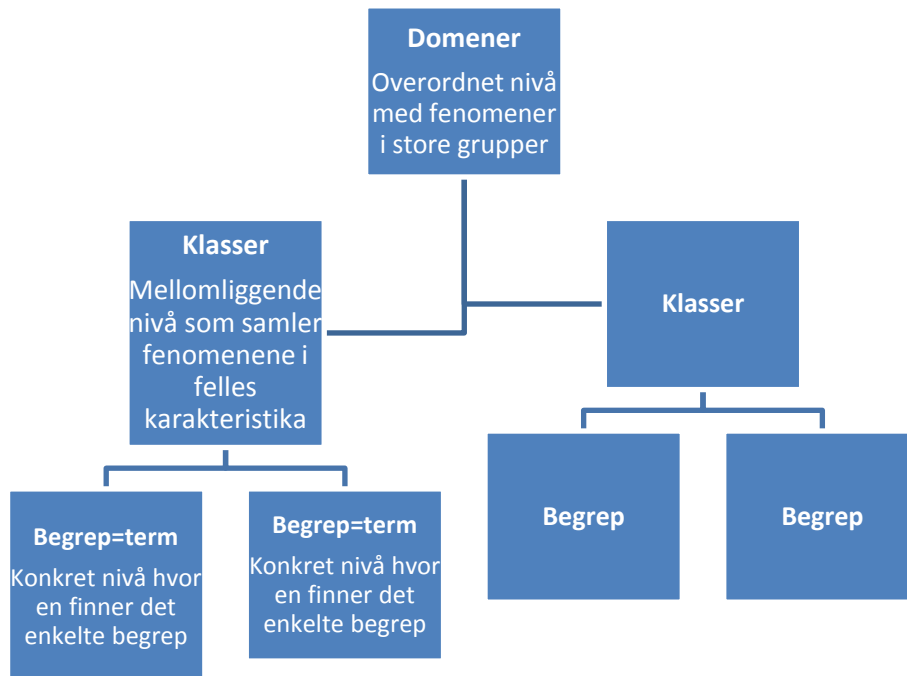
- kliniske arbeidsprosesser- og flyt støttes
- kommunikasjon og integrasjon av helseinformasjon i EPJ er tilfredsstillende

Semantisk *interoperabilitet* er et kjernebegrep i denne sammenhengen, og omhandler selve forståelsen av delt informasjon. Dette er avhengig av graden av enighet mellom sender og mottaker av informasjon som kan være i form av felles terminologi og innholdsmaler. Som eksempel kan pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) nevnes (Helsedirektoratet 2012). Semantisk interoperabilitet er nødvendig for automatisk prosessering i applikasjoner for klinisk beslutningsstøtte og planlegging av sykepleie og behandling (Kalra, D., & Blobel, B. G. M. E. 2007).

3.2.1 Organisering av klassifikasjonssystemer

Klassifikasjonene er organisert i et hierarkisk system hvor hvert fenomen får et navn og plassering etter karakteristika og slektskap med andre fenomener. Systemet består grovt sett av nivåer og klasser. En taksonomi består av minimum 3 nivå:

Figur 4. Taksonomi



Tabellen under (tabell 3) viser en oversikt over de mest anvendte klassifikasjonssystemer/kodeverk i sykepleie.

Tabell 3. Mest anvendte klassifikasjonssystemer i sykepleie

NANDA: <u>North American Nursing Diagnosis Association</u> Dette er det eldste klassifikasjonssystemet i sykepleie og dekker kun den diagnostiske delen av sykepleieprosessen. Er under kontinuerlig utvikling. Systemet er lisensbelagt, og er derfor ikke elektronisk tilgjengelig. Oversettes ikke til norsk etter 2002.
NIC: <u>Nursing Intervention Classification</u> NIC er en klassifikasjon bare for intervensjoner i sykepleie. Systemet er lisensbelagt. Oversettes ikke til norsk etter 2002.

NOC: [Nursing Outcome Classification](#)

NOC er en klassifikasjon for mål og resultat i sykepleie. NOC ble laget for at sykepleiere kunne evaluere effekten av intervensjonene, men må brukes i sammenheng med NANDA og NIC for å dekke hele sykepleieprosessen. Systemet er lisensbelagt. Oversettes ikke til norsk etter 2002.

ICNP: [International Classification in Nursing Practice](#)

ICNP er en referanseterminologi og et klassifikasjonssystem av sykepleiefenomener/diagnose, intervensjoner/aktiviteter og resultater som beskriver sykepleiepraksis. Den er utviklet av ICN (International Council of Nurses). ICNP er kompatibel med standarden ISO 18104. Dette er den eneste sykepleieklassifikasjonen som er en del av WHO (Verdens helseorganisasjon) familien av klassifikasjoner innenfor helse.

ICNP er lisensbelagt på nominell basis, og er elektronisk tilgjengelig. Det er oversatt til norsk og oppdateres kontinuerlig av egen redaksjon i regi av NSF.

SNOMED CT: [Systematized Nomenclature of Medicine--Clinical Terms](#)

Dette er en referanseterminologi som dekker sykepleie og medisinske diagnoser, symptomer og tegn, intervensjoner, prosedyrer og resultater. Alle de store sykepleieklassifikasjonene er representert (NANDA, NIC, NOC og ICNP). Andre klassifikasjoner representert i SNOMED er bl.a. ICD10, ICF, ICPC. Også administrative prosedyrer er representert.

SNOMED CT er konsistent med ISO Nursing Terminology Standards (ISO 18104). Systemet er lisensbelagt.

NANDA og NIC er per dags dato de eneste klassifikasjonssystemer som er *integrert* i en norsk EPJ (DIPS). På grunn av manglende oversettelse til norsk har nye versjoner og oppdateringer av klassifikasjonene ikke blitt integrert siden 2004. NSF anbefalte i 2009 ved terminologirådet, integrasjon av ICNP i EPJ, knyttet til dokumentasjon av helsehjelp av sykepleiere.

Fordeler ved bruk av klassifikasjonssystemer er at samme språk anvendes. Dermed kan data innhentes, deles og aggregeres på tvers av spesialiteter og faggrupper i helsevesenet, samt mellom institusjoner/helseforetak. Dette kan bedre kommunikasjonen mellom helsetjenestenivåer og institusjoner, gi bedre administrering og styring av helsevesenet og bedre mulighet for aktiv deltakelse og informasjonsutveksling mellom pasient, pårørende og tjenesteutøverne (Häyrinen & Saranto 2010, Nasjonal IKT 2015). Resultatet blir bedre samhandling, og pasientforløpene blir dermed mer sømløse (Saranto m.fl. 2014).

Les mer her:

[Bruk av Pleie- og omsorgsmeldinger \(PLO\)](#)

[Terminologi og fagspråk, Språkrådet](#)

[CEN/ISO 13606 Standard](#)

[ISO 18104:2014](#)

[Browser ICNP versjon 2015](#)

[Browser SNOMED CT](#)

3.3 Kunnskapsbaser

I Stortingsmelding 10 (2012 – 2013) knyttes kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid til et begrep om kunnskapsbasert praksis. Meldingen peker på at helhetlige IKT-løsninger har stor betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Samtidig kom også Stortingsmelding 9 (2012 - 2013), som er en egen melding om digitale løsninger i helse- og omsorgssektoren. Følgende blir presisert i meldingen:

... beslutningsstøtte til helsepersonell skal inngå i journalsystemet. Dette kan for eksempel hjelpe helsepersonell til å ta riktige beslutninger ved valg av behandling eller dosering av medisiner (St meld 9, 2012 – 2013, Integrerte beslutnings- og prosess-støttefunksjoner, kapittel 1.3).

Beslutningsstøtteverktøy, som benyttes for å sikre tilgang til opplysningene i det kliniske dokumentasjonsarbeidet i EPJ, må ha tilpassede og effektive brukergrensesnitt for alle målgrupper. Verktøyene må ha god funksjonalitet som understøtter både standardiserte og pasientspesifikke arbeidsprosesser for utredning, pleie og behandling (Helsedirektoratet 2006).

Beslutningsstøtte i sykepleie innbefatter tilgang til relevante data som hjelp til å fatte en beslutning i forhold til den enkelte pasient. Elektronisk beslutningsstøtte er IKT-verktøy som kan gi helsepersonell tilgang til forskningsbasert kunnskap. Et elektronisk beslutningsstøtteverktøy vil i praksis bety at den er integrert og gjort tilgjengelig i selve dokumentasjonsprosessen. Det betyr at sykepleier har tilgang til relevante data/informasjon/veiledning i tilknytning til planlegging, utføring og evaluering av den helsehjelpen som gis (Helsedirektoratet 2013).

Datakildene eller beslutningsstøttesystemene kan være forskjellige. Det kan være generelle søkemotorer som for eksempel Google eller databaser innen et tema som Cinahl (sykepleie- og helsefagforskning). Dette kan også være databaser for prosedyrer som Praktiske Prosedyrer Sykepleie (PPS 2015), Sykepleiehåndboka (SHB 2014) og Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer (Helsebiblioteket). Som beslutningsstøtteverktøy kan en også regne samhandling mellom kolleger, helsepersonellgrupper og samarbeidende organisasjoner. Her vil deling av data og samtids diskusjoner med lyd/ bilde (videokonferanse) kommunikasjon

være nyttig. Samtidsdeling av data er sannsynligvis den mest effektive formen for beslutningsstøtte i kompliserte situasjoner (Lærum, Grimsmo & Fossum 2014).

Den enkelte helseorganisasjon har også lokale system for dokumenthåndtering av prosedyrer og retningslinjer i et kvalitetssystem. Det som kjennetegner de nasjonale og lokale fagprosedyrene er at de ikke er tilgjengelig og implementert i en EPJ i dag. Derimot er de tilgjengelig gjennom nasjonale og lokale virksomhetsportaler og kvalitetssystem.

Når en organisasjon skal vurdere å ta i bruk et beslutningsstøtteverktøy i EPJ bør følgende vurderinger ligge til grunn, ifølge rapporten om beslutningsstøtte, definisjoner, status og forvaltning for IKT-basert klinisk støtte (Lærum et al 2014). Beslutningsstøttesystemet må være:

- optimalt praktisk anvendbar og funksjonelt i beslutningsprosessen
- lett å lære
- effektivt i bruk
- basert på kunnskap og regelmessig oppdatering/forvaltning

3.3.1 Eksempler på elektronisk kunnskapsstøtte

Her er noen få eksempler som illustrerer hva som er tilgjengelig i dag som elektronisk kunnskapsstøtte i en EPJ, dvs er integrert i en EPJ og dokumentasjonsprosessen i sykepleie.

VAR HEALTHCARE (tidligere PPS)

Dette kunnskapsstøttesystemet har en omfattende kunnskapsdatabase som inneholder mer enn 360 sykepleieprosedyrer (2017). Innholdet revideres årlig og gjør at den enkelte helsearbeider alltid har tilgang til oppdatert og kvalitetssikret kunnskap. VAR er utviklet slik at det enkelt kan integreres elektronisk, og er allerede integrert i EPJ-systemer i kommuner og i spesialisthelsetjenesten.

Predefinerte veiledende planer i sykepleie

Veiledende sykepleieplaner (VP) eller predefinerte standardplaner, er et hjelpemiddel for å forenkle dokumentasjonsarbeidet og sikre kvaliteten av sykepleien til den enkelte pasient.

Ved bruk av et standardisert språk/klassifikasjoner i de veiledende planene blir det mulig å måle kvaliteten på den sykepleie som utføres, ved hjelp av relevante rapporter og statistikk. Dette gir igjen en unik mulighet til å sammenligne på tvers av avdelinger og organisasjoner.

VP er en preformulert og kunnskapsbasert oversikt over sannsynlige sykepleiediagnoser/problemer og relevante sykepleieintervensjoner/tiltak, med forordninger for en pasientgruppe/kategori eller et problemområde. Dette er en liste som en kan velge ifra når en oppretter og lager en sykepleieplan til en bestemt pasient i EPJ, som må individualiseres. Det må imidlertid ikke forveksles med en prosedyre. Den veiledende planen inneholder også predefinerte resultat/mål for sykepleien. Planen kan og bør utarbeides ved bruk av klassifikasjonssystem/kodeverk i sykepleie.

DIPS EPJ, som er i bruk i spesialisthelsetjenesten, har Veiledende behandlingsplaner (VBP) integrert og tilgjengelig fra behandlingsplanmodulen (sykepleieplan) som sykepleiere i det enkelte Helseforetak har utviklet. I Helse Sør-Øst er det utviklet 11 felles regionale kunnskapsbaserte i regi av prosjekt Regional Standardisering Klinisk Dokumentasjon (RSKD) utført av regional samarbeidsgruppe for klinisk dokumentasjon sykepleie (KDS). I kommunehelsetjenesten finnes det foreløpig ikke integrert veiledende sykepleieplaner i EPJ-systemene.

Les mer her:

[Kunnskapsbasert praksis](#)

[VAR HEALTHCARE \(PPS\)](#)

[Sykepleiehåndboken \(SHB\)](#)

[Nasjonalt nettverk for Fagprosedyrer](#)

[Regional standard for klinisk dokumentasjon RSKD](#)

4.0 Juridiske rammefaktorer

I dette kapitlet vil vi gå nærmere inn på sentrale lover og forskrifter som danner grunnlag og rammer for dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal (EPJ).

4.1 Lovverk og forskrifter

Relatert til blant annet implementering av Samhandlingsreformen (St.meld 47, 2008 - 2009), har det vært arbeidet for å etablere et oppdatert og tilpasset lovverk. Målet er å sikre kontinuitet og kvalitet i pasientbehandling.

Pasientjournalen er først og fremst et arbeidsdokument for helsepersonell som yter helsehjelp, og skal bidra til en forsvarlig pasientbehandling (HOD 1999, Helsedirektoratet 2006). Dette har betydning for hvilke opplysninger som skal føres i journalen. Dersom journalen inneholder for få opplysninger eller blir for vidløftig, vil den ikke være egnet til å sikre forsvarlig pasientbehandling. Pasientjournalen skal gjøre det mulig å kunne avgjøre om pasienten har fått oppfylt sine rettigheter, for eksempel i forbindelse med en klagesak (HOD 1999, § 47). Pasientjournalen er hjemlet i Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (Pasientjournalloven) som trådte i kraft 1.1.2015.

Formålet med loven er at helseopplysninger skal behandles på en slik måte at helsepersonell har nødvendige og relevante opplysninger tilgjengelig raskt og effektivt. Samtidig må pasientenes og brukerens personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon og medvirkning ivaretas (HOD 2015).

En EPJ er en elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, uavhengig av hvilket system de er lagret i. EPJ faller under kategorien behandlingsrettet helseregister og er dermed regulert i Helseregisterloven (2014) og Forskrift om Pasientjournal (2000).

Det fremgår relativt klart, i både lovforarbeider og journalforskrift at det skal være én samlet journal for hver pasient ved den enkelte institusjon. Det innebærer at det ikke skal være én «legejournal» og én «sykepleiejournal» – det skal gjøres nedtegnelser i samme journal, uansett innenfor hvilket ledd og på hvilket nivå pasienten behandles.

I § 39 i lov om helsepersonell (1999) pålegger helseinstitusjoner å utpeke en journalansvarlig som har det overordnede ansvaret for at journal opprettes og for at journal inneholder korrekte og tilstrekkelige opplysninger.

4.1.1 Dokumentasjonsplikten

Kravene til dokumentasjon av undersøkelse og behandling utført av helsepersonell ble skjerpet fra 2001 med innføring av ny Helsepersonellov (1999) og ny Pasient- og brukerrettighetslov (1999). Bestemmelsene om dokumentasjonsplikt er utformet på grunnlag av tre hovedhensyn: personvern, forsvarlighet og etterprøvbarhet (Duvaland 2002).

I Lov om helsepersonell beskrives dokumentasjonsplikten og krav til innhold i journalen i §§ 39-40, kapittel 8, og gjelder for alt helsepersonell. Dette gjelder både for de grupper som er autorisert og det personell i helsetjenesten som yter helsehjelp. Dette innebærer at alt helsepersonell har plikt til å dokumentere opplysninger i pasientjournalen i henhold til loven.

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i journalen for den enkelte pasient. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgs formål og som utføres av helsepersonell.

Plikten til dokumentasjon utløses for «nødvendige og relevante» opplysninger. Det er ikke et krav at opplysningene skal være «fullstendige og korrekte», slik det stod i tidligere forskrift. Begrunnelsen for denne endringen var at det vil være umulig for helsepersonell til enhver tid forsikre seg om at de opplysninger som blir nedtegnet, innfrir disse krav. Det ville også kunne føre til en svært omfangsrik journal. Helsepersonellet må likevel opptre forsvarlig i forbindelse med dokumentasjonen ved å bidra til at opplysningene er så korrekte som mulig – og at de ikke innebærer integritetskrenkelse.

Vurderingen av hva som er relevant og nødvendig vil være knyttet til pasientens helsetilstand og behov for helsehjelp. Den enkelte må foreta en konkret vurdering av hva som skal dokumenteres. I § 8 i Forskrift om pasientjournal (2000) er det gitt en oversikt over en rekke opplysninger journalen skal inneholde. Det skal blant annet noteres om det er gitt råd og

informasjon til pasienten, inkludert hovedinnholdet. Manglende dokumentasjon om dette vil kunne innebære at informasjonen ikke anses som gitt.

Les mer her:

[Kapittel 8, § 40, Lov om Helsepersonell](#)

[§ 8 i Forskrift om pasientjournal](#)

[Pasientjournalloven](#)

4.1.2 Retting og sletting

I § 13 i Forskrift om pasientjournal (2000) er det bestemt at redigering kan skje av det enkelte helsepersonell frem til journalen er signert. Etter signering vil journalansvarlig i samråd med den som har gjort nedtegnelsene, kunne redigere åpenbare dobbeltføringer og dokumentasjon på feil pasient.

Det er journalansvarlig som gjør vurderingen i forhold til om opplysningene skal slettes (Duvaland 2002). Dette gjelder når opplysningene enten er feilaktige eller misvisende, og i tillegg føles belastende for den de gjelder, og når opplysningene åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp (Lov om Helsepersonell § 40).

Dersom pasienten får avslag på sin anmodning om retting eller sletting, plikter legen, i henhold til §§ 42 og 43 i Lov om Helsepersonell, å opplyse vedkommende om retten til å påklage avgjørelsen til fylkeslegen.

4.1.3 Pasient- og brukerrettighetsloven

Denne loven gir pasientene rettigheter i forhold til medvirkning, informasjon og konfidensialitet når det gjelder helsehjelpen som tilbys. Pasienten/brukeren har rett til innsyn i/kopi av egen journal etter § 5.1., dersom dette ikke er til fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller er utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær.

Etter lover og forskrifter eier pasienten sin egen journal og kan bestemme hvem som skal ha tilgang eller ikke tilgang til journalen. Unntaket er når det er fare for liv og helse (Pasient og brukerrettighetsloven 2015). 11.januar 2017 kom «Pårørendeveileder» fra helsedirektoratet.

Den legger tydelige rammer for de rettigheter pårørende har i forhold til journalføring (Helsedirektoratet 2017).

4.1.4 Leders ansvar for å sikre forsvarlig dokumentasjonspraksis

Sykepleiedokumentasjon er kompleks og det kreves tydelige strategier og vedtak fra ledelseshold for å håndtere utfordringer knyttet til sykepleiedokumentasjon (Cheevakasemsook, Francis, Davies 2006). Leder må derfor sikre at det foreligger rammebetingelser som understøtter sykepleierne i dokumentasjonsprosessen. Eksempelvis vil tidsfaktor, bemanning, tilgjengelig teknologi ute hos pasienten, egnede arbeidsforhold etc. være slike faktorer.

Ledelsen i organisasjoner må på alle nivå sette tema som kvalitet, fag- og kunnskapsutvikling på dagsorden. Kärkkäinen, Bondas & Eriksson (2005) viser til at dette er avgjørende for kvaliteten på den dokumentasjonen som nedtegnes/registreres. I følge Jacobsen (2005) er gode dokumentasjonsrutiner et eksempel på kvalitetsledelse. Dette innebærer at ved innføring av gode dokumentasjonsrutiner må leder ha oversikt og kunnskap om:

- Samfunnets krav til dokumentasjon
- Pasientens krav til informasjon og medvirkning
- Profesjonens krav til innhold og utførelse i forhold til dokumentasjon
- Valg av standard og innhold i EPJ-system som skal brukes
- Valg og utforming av mal for dokumentasjon i daglig praksis.

Dette innebærer følgende oppgaver for leder:

- Rutiner i forhold til dokumentasjon av planlagt og gjennomført helsehjelp må etableres
- Sørge for at alle ansatte er innforstått med at planlegging, utførelse og evaluering av sykepleie skal sidestilles med det å dokumentere arbeidet
- Påse at sentrale dokumenter knyttet til krav til kvalitet og dokumentasjon er kjent for alle ansatte

(Helsedirektoratet 2004, Helsedirektoratet 2006, Jacobsen 2005)

4.2 Informasjonssikkerhet

Opplysninger i en pasientjournal omfattes av taushetsplikten og er av sensitiv karakter. Derfor må opplysningene vernes mot spredning til tredjeperson. For å sikre dette er det gitt bestemmelser om lagring og oppbevaring av journalopplysninger. I tillegg kommer bestemmelsene om taushetsplikt i Lov om Helsepersonell, kapittel 5 (Helsepersonelloven, 1999).

Økt spesialisering og samhandling forutsetter at flere virksomheter er løpende involvert i behandlingen av en og samme pasient. For å ivareta grunnleggende krav til pasientsikkerhet forutsetter dette større grad av sikker informasjonsdeling mellom de involverte virksomhetene. Pasientjournalloven (2015) og Helseregisterloven (2014) legger til rette for at helsepersonell som yter helsehjelp skal kunne få relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte, uavhengig av hvor pasienten har fått behandling tidligere. Det er avgjørende at loven samtidig ivaretar den enkeltes personvern og mulighet til å kontrollere informasjonsflyten når det gjelder opplysninger om en selv. Helsepersonells tilgang til opplysninger skal reguleres, og alle skal ikke ha tilgang til alt.

I 2014 ble det utgitt en Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten med støtte fra Helsedirektoratet. Dette er et omforent sett av krav om informasjonssikkerhet basert på lovverket. Her må spesielt nevnes den såkalte ”snokeparagrafen” (Normen 2014). Det skal registreres i behandlingsrettede helseregistre (EPJ/fagsystemer) hvem som har foretatt registrering, endring, retting og sletting. På denne måten sikres sporbarhet til opprinnelse. Sikkerhetstiltak skal iverksettes slik at personer eller teknologi, i eller utenfor virksomheten, ikke skal kunne endre helse- og personopplysninger uten autorisasjon.

Les mer her:

[Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten](#)

[Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenester](#)

5.0 Informasjonsdeling

Det er store utfordringer i forhold til å sikre korrekt og gyldig informasjon til rett tid i pasientforløpet. Deling av eksisterende informasjon kan redusere redundans, altså at ting gjentas mange ganger. Dette kan være alt fra å repetere personalia, til å ta de samme prøver om igjen. Tilgang til informasjon når det trengs (tilgjengelighet), og at informasjonen er oppdatert og riktig (integritet) er to av de tre viktigste prinsippene i pasientsikkerhet (Nasjonal strategi 2013).

Deling av informasjon skal gi pasienten trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet. Pasienten kan også lettere følge sin egen status ved å ha tilgang til egen informasjon.

Pasienten/innbyggeren skal kunne følge sin egen status i behandlingsforløpet, og journalinnhold skal følge pasienten. Et viktig prinsipp blir mer deling og mindre sending av helseinformasjon.

Mangler i informasjonsdelingen resulterer i fragmenterte tjenester og beskrives i Meld. St. 9 (2012-2013) «En innbygger- en journal». For å løse utfordringene er det gjort tiltak som innføring av meldingsutveksling, kjernejournal og samtidskommunikasjon. I dette kapitlet presenteres noen av de forskjellige former for elektronisk informasjonsdeling som finnes i helsevesenet. Ved å gjøre tilgjengelig, og dele informasjon om pasienten, kan helsepersonell bidra til at behandling og omsorg effektiviseres.

5.1 Elektroniske meldinger

Elektronisk kommunikasjon mellom pleie- og omsorgssektoren i kommunene, helseforetak og fastleger foregår i dag i form av meldinger. Samhandlingsreformen (St.meld 47, 2008 - 2009), sier at den normale kommunikasjonsformen skal være elektronisk. God og velfungerende kommunikasjon er viktig for å kunne gi helsetjenester av god kvalitet (Lyngstad, Melby, Grimsmo & Hellesø 2013). Sykepleiere har et sentralt ansvar for at nødvendig informasjon følger pasienten gjennom hele pasientforløpet (Hellesø & Rostad 2013, Bjørlo & Christensen, 2014).

En elektronisk melding omfatter alt fra en pleie og omsorgsmelding (PLO) til henvisninger, epikriser og laboratoriesvar. En elektronisk melding kan i dag sendes tjenestebasert, det vil si

til for eksempel sykepleietjenesten, psykiatritjenesten eller til saksbehandlertjenesten. Dette er det nivået som oftest blir brukt opp mot helseforetak og kommuner. Den kan også sendes personbasert, noe som ofte benyttes opp mot legekontor og fastleger. Når meldingen er mottatt i EPJ, rutes den til riktig bruker/pasient basert på personnummer. Det er personnummeret i meldingen som er primærnøkkelen, mangler dette vil ikke meldingen finne riktig bruker/pasient. Det er mulig å koble dette manuelt i innboksen til de fleste EPJ.

Det er flere utfordringer med elektroniske meldinger i dag. Det er systemtekniske, organisatoriske og innholdsmessige utfordringer. Det skal i utgangspunktet være enkelt å sette opp elektroniske meldinger i den elektroniske pasientjournalen og meldingstjeneren, men utfordringen er å få kryptering- og sikkerhetssertifikatene oppdatert og partneravtalene korrekte. Et annet viktig fokus fremover bør være å sikre kvaliteten på innholdet i meldingene (Bjørlo & Christensen, 2014).

Figuren (figur 5) illustrerer flyten i meldingsutvekslingen mellom tjenestenivå.

Fiaur 5. Meldinasutvekslina

MELDINGSUTVEKSLING

HELSEFORETAK - KOMMUNE



11. Tilbakemelding på mottak om utskrivingsklar pasient (forespørsel)
- Dato kommunen kan motta pasienten.
Eventuell informasjon om at kommunen ikke kan motta pasienten, og når de forventer å kunne motta pasienten.

14. Applikasjonskvittering

16. Applikasjonskvittering

18. Applikasjonskvittering

20. Applikasjonskvittering

12. Applikasjonskvittering

13. Avmelding av utskrivningsklar pasient
- Dato pasienten er anmeldt utskrivningsklar, navn på beslutningsansvarlig lege,

15. Utskrivningsrapport / Forespørsel
- Meldingen skal inneholde nødvendige helseopplysninger som sikrer at kommunen kan gi pasienten forsvarlig oppfølging.
- Meldingen følger pasienten.

17. Melding om utskrevet pasient
- Sendes utskrivningsdagen i tillegg til utskrivningsrapport for pasienter som mottar kommunale helsetjenester.
- Sendes til kommunenuten utskrivningsrapport når pasienten mottar andre tjenester enn helserelaterte tjenester.

19. Epikrise
- Meldingen skal inneholde nødvendige helseopplysninger som sikrer at kommunen kan gi pasienten forsvarlig oppfølging.

PASIENTJOURNAL

3, 11

1, 5, 7, 9, 13, 15, 17, 19,

5.2 Samtidskommunikasjon på distanse.

I dag kan vi kommunisere med lyd, bilde, skrevne meldinger og data (som sykepleiedata, medisinske undersøkelser, ord, tall eller kurver) på distanse. Det gir sykepleiere muligheter til å dele og diskutere data om og med pasienten, uten at alle er fysisk på samme sted. Kontakt i nåtid kan også øke tilgangen til kollegial nærhet og deltakelse, veiledningsmuligheter og faglig diskusjon. Nåtidskommunikasjon gir dermed snarlige avklaringer og reduserer tidsbruk (Bolle, Gilbert, Larsen & Hagen 2009).

Det er fire hovedbruksområder for samtidskommunikasjon for pasienten:

- Kliniske videokonferanser i akutte situasjoner for å sikre en rask innleggelse og behandling, basert på tidlig kunnskap og samarbeid.
- Spørsmål om innleggelse for pasienter i øyeblikkelig hjelp situasjoner, for å avgjøre riktig behandling og tjenestenivå.
- Situasjoner med pasienter med problemer som trenger å diskuteres med kolleger, eller helsepersonell med spesiell kompetanse.
- Konsultasjoner og kontroller hvor pasienten ikke møter opp fysisk, men har møte med helsevesenet på distanse.

(Bolle et al 2009).

5.3 Kjernejournal

Kjernejournal utvikles av Direktoratet for e-helse og er et nasjonalt system for deling av helseinformasjon. Formålet med kjernejournal er økt pasientsikkerhet ved at helsepersonell får tilgang til livsviktig informasjon om pasienten, uavhengig av hvor og når pasienten trenger helsehjelp.

Med kjernejournal får helsepersonell i sykehus, legevakt og fastlegekontor rask tilgang til de samme opplysningene om pasienten.

Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord har innført kjernejournal.

Helse Sør-Øst har innført kjernejournal ved Oslo Universitetssykehus, Akershus Universitetssykehus og Sykehuset innlandet. Resten av regionen innføres i 2017.

5.3.1 Innhold og funksjoner i Kjernejournal

Kjernejournal inneholder opplysninger, innhentet fra ulike kilder, som er spesielt nyttig for helsepersonell å vite om i en akutt situasjon og i et behandlingsforløp:

Om pasienten (kilde: Folkeregisteret og Fastlegeregisteret)

Opplysninger om pasientens adresse, sivilstand, navn på familiemedlemmer og fastlege.

Legemidler (kilde: Reseptformidleren)

Legemidler hentet ut på resept fra apotek og gyldige e-resepter. Samt forbruksvarer og næringsmidler på resept.

Kritisk informasjon (Kilde: Behandlende lege (enkelte tilfeller sykepleier))

Opplysninger om alvorlige allergier, spesielle lidelser eller annen viktig informasjon helsepersonell bør kjenne til, registreres i strukturert form hovedsakelig av behandlende lege. Det er åpnet opp for at sykepleiere i visse situasjoner kan registrere i kategorien «Pågående behandling» (Cytostatika, Strålebeh. Dialyse)

Besøkhistorikk fra spesialisthelsetjenesten (kilde: Norsk Pasientregister)

Tid og sted for besøk pasienten har hatt på sykehus, hos avtalespesialister og andre enheter innen spesialisthelsetjenesten.

Pasientens egne registreringer (Kilde: Pasienten selv)

Pårørende og andre kontaktpersoner, spesielle kommunikasjonsbehov og sykdommer.

.

5.3.2 Krav til sykepleiere

Kjernejournal er utviklet i tråd med myndighetenes krav til sikkerhet og personvern.

Kun godkjente virksomheter i helsetjenesten får tilgang til kjernejournal, og det skjer i lukket nett (Norsk Helsenett).

- Bare helsepersonell med tjenstlig behov har tilgang til kjernejournal.
- Oppslag må gjøres fra pasientens journal i virksomhetens EPJ- system.
- Helsepersonell skal være autorisert (HPR nummer).
- Helsepersonell skal ha bestått godkjenningssprøven for kjernejournal.
- Helsepersonell må identifisere seg på en sikker måte
- All aktivitet loggføres og gjøres tilgjengelig for pasienten.

Les mer her:

[PLO standard;](#)

[KITH- Standardmeldinger.](#)

[Veileder for implementering av PLO-meldinger mellom helseforetak og kommuner - Vestlandsløftet.](#)

[Retningslinjer for bruk av PLO meldinger](#)

[Tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter](#)

[Kjernejournal](#)

Forskrift om nasjonal kjernejournal

[Obligatorisk godkjenningssprøve for kjernejournal](#)

[Kjernejournal for innbygger](#)

6.0 Utviklingstrender

I dette kapitlet presenteres trender knyttet til EPJ og dokumentasjon, som er i ferd med å få innpass i det norske helsevesen.

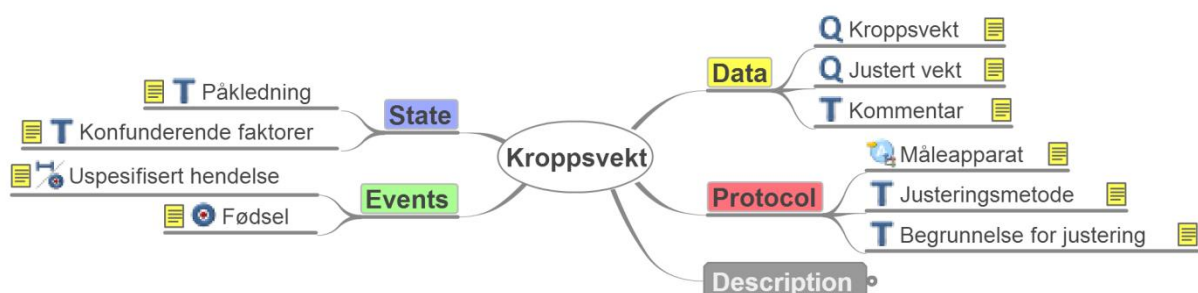
6.1 Standardisering av informasjonsmodeller og arketyper

For å komme nærmere visjonen om prosess- og beslutningsstøtte, samt deling av informasjon innen og mellom omsorgsnivåer, systemer og registre, er det helt nødvendig å definere og ta i bruk standardiserte informasjonsmodeller.

Informasjonsmodeller utviklet ved hjelp av åpne standarder ser ut til å være en hensiktsmessig løsning for fremtiden. Gjennom å ta i bruk felles informasjonsmodeller, vil systemer og plattformer ha samme forståelse av innholdet, og kan i prinsippet utveksle maskinelt forståelig informasjon med hverandre. Dette felles ”språket” for strukturerte pasientjournaler er helt nødvendig for å dele, utveksle, gjenbruke, trekke ut og analysere relevant informasjon om enkeltpasienter og pasientpopulasjoner (Nasjonal IKT 2015).

Å utvikle informasjonsmodeller for helsefag er utfordrende fordi helsefag er et svært bredt og dypt fagfelt som er i kontinuerlig endring. Arketyper er en teknologi som kan gjøre det til en overkommelig oppgave å lage standardiserte og strukturerte beskrivelser av helsefag. Figuren under viser hvilke *kjennetegn/egenskaper* begrepet kroppsvekt innehar, som da blir en arketype.

Figur 6: Visuell framstilling av arketypen for kroppsvekt



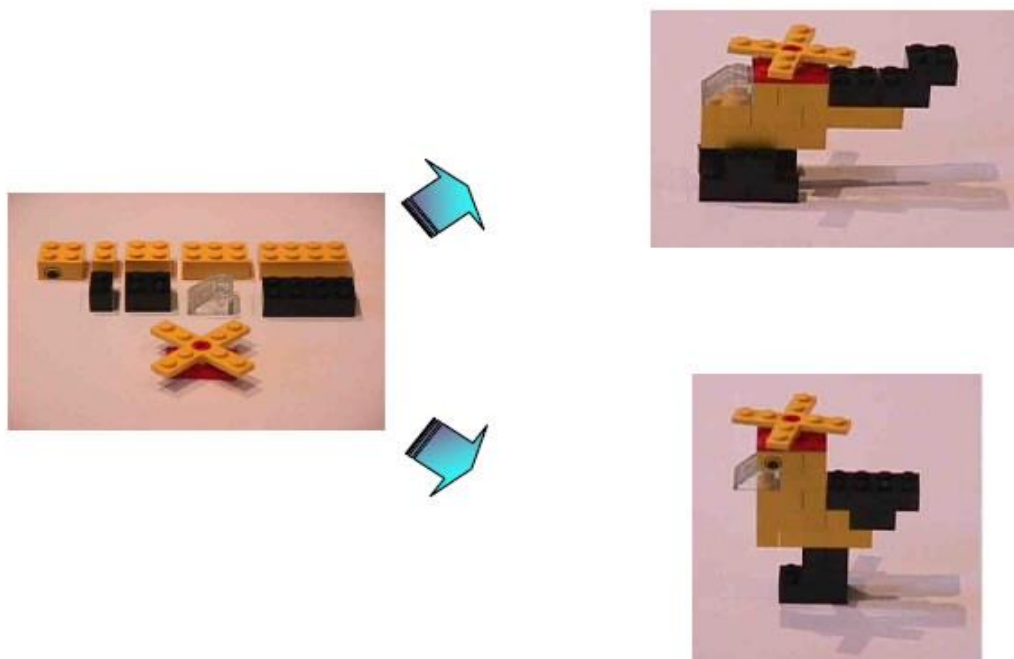
Begrepet «arketype» stammer fra Platons idélære, der en arketype er en representasjon av en tings grunnleggende egenskaper, en slags idealisert modell. Innenfor helseinformatikken er arketyper grunnleggende informasjonsbyggesteiner på et slikt nivå at én arketype tilsvarer ett klinisk konsept (Leslie, Heard, Garde & McNicoll 2009). De samme gjenbrukbare arketyperne kan brukes i mange forskjellige sammenhenger.

Sluttrapporten i Nasjonal IKTs Tiltak 41 definerte arketyper som følger:

... arketyper [er] en metodikk som gjør det mulig å kunne skille informasjonssystemenes datamodell fra kliniske informasjonsmodeller. Et slikt skille betyr at helsepersonell kan arbeide med kliniske informasjonsmodeller uten å måtte tenke altfor mye på generelle forhold omkring informasjonsmodell, f.eks. tilgang, signering, endring, etc. (Nasjonal IKT 2012).

Figuren nedenfor illustrerer hvordan arketyper som byggesteiner (legoklosser) kan brukes i flere forskjellige sammenhenger.

Figur 7: Legoanalogi: Arketyper som byggesteiner



For at arketyper skal representere kliniske data på en god og nyttig måte er det nødvendig at helsepersonell involverer seg i utviklingen av dem. Det er også viktig at arketyperne forvaltes på nasjonalt nivå, slik at det ikke brukes tid og ressurser på parallell utvikling av modeller som i mange tilfeller ikke vil være kompatible.

Arketyper kan utarbeides og tas i bruk i kliniske systemer og registre fortløpende etter behov. Arketyperne kan også endres, etter visse regler, når behovene endrer seg. Dette fører til at utvikling av ny, og endring av eksisterende strukturert funksjonalitet, kan gå betydelig raskere enn ved tradisjonelle utviklingsmetoder. Det er viktig å merke seg at endringer og utvikling av arketyper er leverandøruavhengig. For sykepleiere vil arketypemetodikk føre til at man kan få mer direkte innflytelse på hvordan strukturerte data representeres i sykepleie og anvendes i en EPJ.

Les mer her:

Arketyper.no

[Helsedirektoratet 2012](#)

6.2 Nasjonal strategi for standardisering e-helse

Helsedirektoratet har intensivert arbeidet i forhold til hvordan målet i Stortingsmelding 9 (2014-2015), én innbygger - én journal skal realiseres. Nasjonal strategi for standardisering innen e-helse ble utgitt i 2013 av helsedirektoratet. Strategiene er basert på status og behov i helse- og omsorgssektoren:

1. Utredning av standardiseringstiltak for å støtte opp under nasjonale helsefaglige og helsepolitiske føringer
2. Nyutvikling eller tilpasning av standarder for å støtte nasjonale prioriteringer innen e-helse
3. Utbredelse, revisjon og vedlikehold av etablerte standarder
4. Tydeligere styring gjennom krav til bruk av standarder
5. Innføring av standarder på legemiddelområdet
6. Støttetjenester og informasjonstiltak for standarder

Dette er den nasjonale veiviseren for standardiseringsarbeidet de neste fem årene (2013 - 2018) som er en del av den digitale tjenestesatsingen forankret i Stortingsmelding 9.

Referanser

- Bach, G. (2003): [Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie](#). Nasjonal standard. Del I.
- Bjørlo, A. R. B. & Christensen, H. (2014). [Elektronisk meldingsutveksling-et bidrag til å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner om helhetlige, sømløse, koordinerte og trygge tjenester?](#): To delstudier for å identifisere og vurdere kvalitet i elektroniske PLO-meldinger mellom kommunehelsetjeneste og helseforetak.
- Bolle, S. R., Larsen, F., Hagen, O., & Gilbert, M. (2009). [Video conferencing versus telephone calls for team work across hospitals: a qualitative study on simulated emergencies](#). *BMC emergency medicine*, 9(1), 22.
- Børmark, S. R. (2014). [Interdisciplinary Documentation of Health Care in The Electronic Health Record \(EHR\): Exploring Information Flow and Overlap](#).
- Cheevakasemsook, A. C., Y. Francis, K. Davies, C.(2006). The [study of nursing documentation complexities](#). *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 366-374.
- Dahl, K. & Skaug, E.-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*: (2. utg., Bind 2, s. 15-58). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dictionary.com (2014): [Arketyper](#)
- Duvaland, L. (2002). Dokumentasjonsplikten for helsepersonell,. *Tidsskrift for den norske legeforening*,(Nr. 21 – 10. september 2002), 2239-2040.
- Forvaltningsloven. (1970): [Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker \(forvaltningsloven\)](#).
- Garde, S., Knaup, P., Hovenga, E., & Heard, S. (2007). [Towards semantic interoperability for electronic health records](#). *Methods of information in medicine*, (46), 332-43.
- Häyrinen, K. L., J. Saranto, K. (2010). Evaluation of electronic nursing documentation Nursing process model and standardized terminologies as key to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*, 79(8), 554-564.
- Hellesø, R., & Rostad, H. M. (2013). [Interaction climate and use of information systems in discharge planning: Hospital nurses' perspectives](#). In *Proceedings of the European workshop on practical aspects of health informatics (PAHI 2013)*, Edinburgh, Scotland, UK (pp. 20-30).
- Helse Midt-Norge 2017: [Helseplattformen](#)
- Helsedirektoratet. (2016): [Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester](#).
- Helsedirektoratet (2011): [Veiviser](#): Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen.

Helsedirektoratet (2012): [Anbefalte retningslinjer for bruk av Pleie- og omsorgsmeldinger](#)

Helsedirektoratet (2013): [Nasjonal strategi for standardisering innen e-helse.](#)

Helsedirektoratet (2014): [Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten](#). Status, utfordringer og behov.

Helsedirektoratet (2014): [Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten](#)

Helsedirektoratet (2014): [Kjernejournal](#)

Helsedirektoratet 2017 [Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenesten](#)
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/paorendeveileder>

Helse Sør-Øst RHF (2014): [Prosjekt regional standardisering klinisk dokumentasjon RSKD](#)

Helsetilsynet (2014): [Tilsyn](#)

HOD (1999): [Lov om helsepersonell](#). Endret 2017

HOD (2000): [Forskrift om pasientjournal](#). Endret januar 2013.

HOD (2008 – 2009): [St.meld. nr. 47: Samhandlingsreformen.](#)

HOD (2012 – 2013): [St.meld 9: Én innbygger – én journal](#)

HOD (2012 – 2013): [St.meld 10: God kvalitet – trygge tjenester – kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.](#)

HOD (2013): [Forskrift om kjernejournal](#)

HOD (2014): [Helseregisterloven](#)

HOD (2014): [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#). Endret 2015.

HOD (2015): [Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp \(pasientjournalloven\).](#)

ISO 18104 (2014): Health informatics -- Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems.

Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden?: om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jansen, N., Bekkering, T., Ruber, A., Gooskens, E., & Goossen, W. T. (2012). [Towards a Model Based Electronic Nursing Record](#). In *NI 2012: Proceedings of the 11th International Congress on Nursing Informatics* (Vol. 2012). American Medical Informatics Association.

Justis- og beredskapsdepartementet (1970): [Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker \(forvaltningsloven\)](#). Endret 2014.

Justis- og beredskapsdepartementet (2012): [Nasjonal strategi for informasjonssikkerhet](#)

Kalra, D. & Blobel, B. G. M. E. (2007). [Semantic interoperability of EHR systems](#). *Studies in health technology and informatics*, 127, 231.

Kärkkäinen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). [Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis](#). *Nursing Ethics*, 12(2), 123-132.

KITH: [Kompetansesenteret for IKT i helsesektoren](#)

KITH (2003): [Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie](#)

Kratz, C. R. (1979). *The Nursing process*. London: Baillière Tindall.

Kristoffersen, Nordtvedt, Finn & Skaug, E-A (Ed.) (2011), *Grunnleggende sykepleie Bind 2*: Gyldendal Akademisk. Tilgjengelig som [smartbok](#).

Leslie, H., Heard, S., Garde, S., & McNicoll, I. (2009). [Engaging clinicians in clinical content: herding cats or piece of cake?](#) In *MIE* (pp.125-129).

Lærum, H., Grimsø, A., Fossum, M. (2014). Beslutningsstøtte, Definisjoner, status og forvaltning for IKT-basert klinisk støtte.

Moen, A., Hellesø, R., Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.

Nasjonal IKT (2010). Helsewiki: [Informasjonsmodeller](#)

Nasjonal IKT (2012): [Prosjektrapport Tiltak 41](#)

Nasjonal IKT (2015): Helsewiki: [Informasjonsarkitektur](#)

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer: [Fagprosedyrer](#). Helsebiblioteket.

Naustdal, A.G., Nettelund, G.(2012). Documentation of health care from an electronic coordination perspective. [Sjuepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv]. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 270-279.

NSF (2011): [Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler](#)

Nykänen, P., Kaipio, J., & Kuusisto, A. (2012). Evaluation of the national nursing model and four nursing documentation systems in Finland–Lessons learned and directions for the future. *International journal of medical informatics*, 81(8), 507-520.

Nøst, T.,H.,Frigstad,S.,Aa., Andre`,B.(2016) Impact of an education intervention on nursing diagnoses in free-text format in electronic health records: A pretest-posttest study in a medical department at a university hospital. *Nordic journal of Nursing Research*, 0 (0) 1-9.

Paulsen, B., Romøren, T. I., & Grimsmo, A. (2013). [A collaborative chain out of phase](#). *International journal of integrated care*, 13.

VAR HEALTHCARE (PPS) (2016):
<https://www.cappelendammundervisning.no/undervisning/pps/no/index.action>
Cappelen Damm Forlag AS.

SHB (2014): [Sykepleiehåndboka](#). Gyldendal Akademisk.

Skarsgaard S, Lyngstad, M. (2011). ELIN-k prosjektet. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten. Oslo; [Sluttrapport Versjon 1,0](#);

Sarento, K., Kinnunen Ulla-Maria Kvieks E., Lappalainen, A-M., Liljami, P., Rajalathi, E. Hyppönen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Nursing Sciences*. Volume 28, Issue 4 Pages 629–647

Thoroddsen, A., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2011). Content and completeness of care plans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records. *Computers Informatics Nursing*, 29(10), 599-607.

Vabo.G. (2014). *Dokumentasjon i sykepleie*. Cappelen Damm Akademisk. Oslo

Vabo, G., Slettebø, Å., Fossum, M. (2016). An Evaluation of an Action Research Nursing Documentation Project. *Journal of Clinical Nursing*. Accepted Article 18. mai 2016', doi: 10.1111/jocn.13389

Vee, T. S., & Hestetun, M. (2009). [Struktur og rutinar, - naudsynte føresetnader for å sikra sykepleiedokumentasjonen](#). *Nordic Journal of Nursing Research*, 29(3), 50-52.

von Krogh, G., & Nåden, D. (2008). Implementation of a documentation model comprising nursing terminologies—theoretical and methodological issues. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 275-283.

Wikipedia (2014): [Veiledende behandlingsplan](#).

Vedlegg

1. Pasienthistorie med plan i kommunehelsetjenesten

Pasienthistorien:

Kari Lund har bodd på gård i Mandal frem til høst 2010. Sønnen, Bjørn Pedersen og hans kone Margit, er oppført som nærmeste pårørende.

Kari ble født på Mandal i 1915. Der har hun bodd sammen med sin mor og far, en søster og en bror. Søster lever, men broren er død. Moren døde da hun var liten, så Kari vokste opp sammen med far og besteforeldre. Far levde til han var 95 år. Hun hadde god kontakt med søsknene. Hun giftet seg i 1939. Mannen arbeidet på anlegg og med jordbruk på eget gårdsbruk. De fikk 6 barn, 2 sønner og 4 døtre. En datter er død. Sønnen bor i hjembygda, en datter i nær nabokommune og 3 døtre bor i en by noe lenger unna. Hun har 13 barnebarn og foreløpig 8 oldebarn.

Kari fullførte barne-og framhaldsskule i Farsund. Hun var skoleflink og ønsket seg mer utdanning. Det ble det ikke noe av. Hun giftet seg 20 år gammel og fikk barn året etterpå. Hele sitt voksne liv arbeidet hun på gården med husarbeid og gårdsdrift. Da mannen i perioder arbeidet på anlegg hadde Kari ansvaret på gården. Hun bodde på gården til høst 2010. Da ble hun tiltagende dement. Hun er nå ikke orientert for tid og sted, korttidshukommelse er dårlig. Hun kjenner igjen kjente personer, kan fortelle om familieforhold og svarer på spørsmål, selv om ikke alt stemmer med virkeligheten. Hun har godt syn. Har lesebriller, men kan lese noe uten disse. Hun har redusert hørsel og bruker høreapparat. Hun er vant til andres kroppsspråk. Hun bruker ingen smertestillende medisiner. Hun liker å bli lest for, men sier selv at hun helst vil at familie eller kjente skal lese for henne. Hun er kristen, ingen aktiv kirkegjenger, men leser ord for dagen i en kalender. Hun kan si noe om hva hun ønsker og trenger. Tidligere har Kari vært opptatt med misjonsarbeid, deltatt i kvinneforening og vært med å arrangere basarer i bygda. Sammen med mannen hadde hun to turer til Finnmark for å besøke sønnen som bodde der. Ellers dro de på bilturer rundt i Sør-Norge. Kari trives godt sammen med barn og barnebarn, og liker å få besøk av familie.

På sykehjemmet der hun har langtidsplass, bor også søsteren. Disse to sitter ofte sammen og hygger seg i hverandres selskap. Et barnebarn arbeider som helsearbeider på sykehjemmet. Sønnen sier at hun nok alltid har vært en som bekymrer seg og er redd for at noe vondt skal skje med familien.. Sier hun ikke trives på sykehjemmet og lengter hjem. Hun sier selv at hun vil hjem på gården. Hun har lite innsikt i egen situasjon. Hun har tidligere framstått som en stolt kvinne med styrke til å mestre tilværelse som kvinne og husmor på gård. Kvinnene i bygda hadde godt samhold. Kari har et godt nettverk i familien og venner og alltid vært selvstendig. Tre av barnebarna besøker henne ofte. Kari er god til å bake lefser under

veiledning. m og klarer å gjøre det meste av oppgaver dersom riktig utstyr blir satt fram for henne, så som å lage ferdig deigen, lage emner, kjevle og luftlesekakene.

Kari trenger hjelp til stell om morgenen, aften og til å dusje. Selv kan hun vaske hender, ansikt og seg selv foran oventil. Hun liker å sitte på toalettet når dette blir gjort sykepleier gir henne en oppvridd klut. Pleier vasker ryggen mens Kari sitter på toalettet, og hun klarer å støtte seg til rullatoren mens pleier vasker henne nedentil. Kari har sine egne tenner, men må ha hjelp til tannpuss morgen og kveld, samt hjelp til all påkledning. Ved hårvask må håret fønes tørt og kroppen smøres med hudlotion ved daglig stell og etter dusj. Huden har noen blåmerker. Den er tynn og skjør. Karia plages av skjelvinger i kroppen, noe som gjør henne svakere fysisk - obs kalsium i blod. Det tas Ca. i blod x 1 pr mnd. Over korte strekninger benytter Kari rullator under tilsyn, ellers forflyttes hun i rullestol. Utendørs brukes også rullestol. Hun sier ifra ved smerter.

Hun er inkontinent for urin og bruker innlegg. Kari må hjelpes til toalettet og innlegg kan fjernes når hun sitter på toalettet. Hun har tendens til obstipasjon og får kokkens spesial til frokost og Duphalac + Mikroklyx x 2 pr uke. Hennes normale mønster er avføring x 2 pr uke.

Kari har alltid likt håndarbeid. Hun er opptatt av bondetradisjoner og mat-tradisjoner. Hun er glad i alt hjemmelaget brød og syltetøy, spiser normal kost, har god appetitt. Hun må oppmuntres til å drikke.. På grunn av hennes reduserte korttidsminne, må hun minnes på å drikke og spise. Måltid må tilrettelegges og matinntaket observeres – for mye/for lite. Vekt 8/2 -11 = 67 kg. Høyde=172 cm (BMI= 22.7)

Kari dupper lett av i stolen om dagen. Da synker hun noe sammen. Til tider plages hun av tung pust. Pulsen er noe uregelmessig. Sover det meste av natten og har til vanlig rolige netter. Svigerdatteren mener at det er nok med tilsyn x 2 om natten for å forhindre oppvåkning. Bruker ikke sovemedisin. Har behov for skjerming og ro etter kveldsmat. Har ønsker og meninger om leggetidspunkt. Hun trenger hjelp til å dekke alle grunnleggende behov og adm. av medisiner

Medisinliste:

1. Lanoxin 0,125x1 (Atrieflimmer)
2. Metoprolol 100 mgx1 (Moderat hjertesvikt)
3. Albyl E 75 mg x 1 (Forebyggende)
4. Evt Paracet 500 mg opp til x 4 (Evt smerter)
5. Aricept 10 mg x 1 (Demens)
6. Duphalac 15ml x 1
7. Mikroklyx x 2 pr uke

Objektive data

- BT 100/60- P: 76 (manuell)
- Uregelmessig puls 88-92 (med oxymeter.)
- Blå merker i huden, som er veldig skjør.
- O2 metning 92,er noe tungpusten, og bruker thorax-muskular (ikke hele tiden) ved resp, sitter av og til sammensunken i stol, respirasjonsfrekvens = 18, lett hoste med noe ekspektorat
- Normal temperatur hos henne er 36,6-37,3. Temp tatt 6/2 11 =36,7
- Ødemer i underekstremiteter- fingermerker står igjen pga. nyresvikt og moderat hjertesvikt,
- Pasient har en demenssykdom, MMS test 14/1 11= 14 /30.
- Jevnlig medisinsk tilsyn av fastlege.
- Ingen kjente allergier
- **Fattet vedtak: Langtidsopphold ved bo og omsorgssenteret i xxx kommune.**

Hovedmålsetting: At pasienten opplever verdighet og at de grunnleggende behov er dekket.

NB: I noen sammenhenger fattes vedtak i forhold til omfang på helsehjelp etter at kartlegging er gjennomført, andre ganger før kartlegging er gjennomført. Dette bør ledelsen i de ulike sammenhenger bestemme. Det viktige er at gjennomført kartlegging skal danne bakgrunn for utvikling av behandlingsplan. Etter at kartlegging som kan lagres i for eksempel «skjemarommet» (i Unique Profil EPJ system¹), benyttes den kartlagte informasjonen i forbindelse med utvikling av behandlingsplan. Når kartlegging gjennomføres er det å anbefale at de ansatte følger samme veileder for kartlegging. På den måten vil alle ansatte benytte samme begrep i forbindelse med kartlegging. Det medfører at alle oppnår lik forståelse i forhold til innholdet i behandlingsplanene.

¹ Det er viktig at brukere av andre EPJ system vet hvordan kartlegging av pasientens helsehjelp-behov skal lagres. Det er denne bakgrunn som er den juridiske forankring i forhold til bakgrunn for helsehjelpen som alltid skal være dokumentert i pasientens journal.

Kartlegging av pasientens situasjon i eget dokument (vedlegg 2)

Grunnleggende planområde	Problem/Behov	Ressurser	Mål	Tiltak	Rapport
Mental kapasitet	Pasienten må ha hjelp til å finne spiserom og oppholdsrom	Kjenner familien	Opplever trygghet og er til stede i felleskapet ved måltid og sosiale aktiviteter	Må ha følge til spiserom i forbindelse med måltid Må ha følge til fellesrom og tilbake til eget rom ved sosiale aktiviteter Adm medisin etter med. liste	<i>Dersom det er avvik fra dette tiltak skal det rapporteres, ellers ikke.</i>
Sansing og kommunikasjon					
Sirkulasjon	Har tynn hud og ødemer i ben	Sier ifra ved smerter	Forebygge utvikling av ødem	Hvile i seng x 2 pr dag Observere legger og hud daglig for ødem og evt sår. Adm. Ord. medisiner etter med.liste	Ved avvik – rapport!
Respirasjon	Plages av tung pust Bruker til tider thoraxmuskulatur. Sitter sammensunken i stol	Sier ifra ved smerter	Resp frekvens 15-18	Sørge for godt leie i seng og stol Følge pasient en tur 30 min i korridor x 2 pr dag. (Fine dager kan	Ved avvik – rapport

				pasient ut og gå utenfor institusjon) Observere respirasjon	
Temperatur					
Ernæring	Tilrettelegging ved måltid	Har god appetitt	At hun spiser det som er planlagt i samarbeid med pårørende	Må minnes på å spise <i>Nedtegnet</i> <i>mengde mat for de forskjellige måltid*</i> Må observeres i forhold til spising Vekt 1. mandag pr mnd.	Ved avvik - rapport
Eliminasjon	Må ha hjelp i forhold til toalettbesøk	Kan si ifra ved smerter	At hun ikke blir sår og at hun har avføring x 2 pr uke	Pasient må ha følge til toalett etter liste. Adm. Ord. avføringsmidler etter liste Observere huden v/toalettbesøk	Ved avvik - rapport
Personlig hygiene	Må ha hjelp til personlig hygiene	Sier ifra v/smerter Kan selv vaske hender, ansikt og foran oventil Har egne tenner	Er ren og velstelt	Vask morgen og aften. Pleier gir oppvridd klut. Pasient støtter seg til rullator ved nedentil vask Dusj onsdag og lørdag. Hår fønes tørt	Ved avvik - rapport

				Kropp smøres med hudlotion daglig Hjelp til tannpuss x 2 Observere hud, tenner under stell	
Aktivitet	Må ha hjelp til forflytning	Sier ifra om smerter	Beveger seg med rullator til og fra måltid og opphold i fellesrom	Må følges til spiserom og fellesrom Observere evt. Skjelvinger Gå tur med rullator i korridor(vinter) x 2 pr dag. Gå tur med rullator ute 20 min (sommer)	Ved avvik-rapport
Søvn og hvile	Må ha skjerming før søvn natt		Sove gjennom natten	Tilsyn x 2 pr natt Kjøre henne til rommet etter kveldsmat.	Ved avvik-rapport
Psykiske behov/ Sosiale behov	Ønsker å bli lest for fra bok/avis	Liker å bli lest for Helse av familiemedlemmer	At hun er rolig og tilfreds	Dersom hun ikke har besøk må kveldsvakt lese for henne 15 minutter i løpet av ettermiddagen	Ved avvik - rapport

*Kostplan med utregning av kalorier for Kari som skal holde vekten stabil, 67 kg :

Ernæring

Redusert muskelmasse, lavere basalstoffsifte og nedsatt aktivitetsnivå reduserer kroppens energibehov. Kaloribehovet hos eldre er 20- 30% lavere enn hos unge voksne. Spesielt behov for fett og karbohydrater reduseres. Proteinbehovet er mer på det samme og behovet for vitaminer/mineraler er stabilt gjennom livet. Derfor er det særlig utfordrende å dekke næringsbehovet hos de eldre mennesker som spiser lite (Brodtkorb:2008).

Energibehov (energiinntak pr. kilo ønskelig kroppsvekt)	Korrigert energibehov
Basalt behov= 22 kcal /kg Sengeliggende= basalt behov + 30% = 29 kcal/kg Oppegående= basalt behov+ 50%= 33 kcal/kg Oppbygningsfase= 44 kcal/kg	Dersom pasient er ≥ 70 år: - 10% Dersom pasient er underernært: + 10% For hver grad $\geq 37^{\circ}\text{C}$ + 1%

(ibid:255)

Olgas basale behov er 33 kcal/kg (22x67 kg)= ca. 2000-2270 kcal pr dag

Anbefalt drikkemengde er 1000-1500 ml

Formiddag: 500 ml

Ettermiddag : 500 ml

Kveld: 300-500 ml

Oversikt dagsmeny med ca. beregnet kalorimengde

Måltider	Anbefalt Kalorier	Forslag til meny	Kalorier
Frokost	500	1 glass helmelk 1 kopp kaffe 1 glass appelsin juice 1 skive grovbrød meierismør (10 gr.), leverpostei Hvit ost, brun ost makrell i tomat	150 0 94 91 75 Pålegg = 100 kcal
Mellommåltid	310	Vaniljeyoghurt m/korn 1 glass helmelk	160 150
Middag	550	Poteter 2 Fisk/kjøtt/kylling Grønnsaker Saus/smør/rømme Dessert	100 200 50 100- 150 150
Mellommåltid	260	1 kopp Kaffe 3 Kjeks med brun ost	160 + 92
Kvelds	300	Kaffe/te med sukker (2 ts) Brødskeiv m/meierismør og hvit ost (2 skiver)	28 91+75 + 70

(Kosthåndboken, 2012)

2. Veiledende sykepleieplan (DIPS EPJ) i spesialisthelsetjenesten



Aker
universitetssykehus HF

Avd./Post: Medisin

Medisinsk diagnose:

Diabets Mellitus;

Nvopddaget/dårlig regulert

FUNKSJONSOMRÅDE (FO)

- 1 Kommunikasjon/sanser
- 2 Kunnskap/utvikling/psykisk
- 3 Åndedrett/sirkulasjon
- 4 Ernæring/væske/elektrolyttbalanse
- 5 Eliminasjon
- 6 Hud/vev/sår
- 7 Aktivitet/funksjons-status
- 8 Smerte/søvn/hvile/velvære
- 9 Seksualitet/reproduksjon
- 10 Sosialt/planlegging av utskrivelse
- 11 Åndelig/kulturelt/livsstil
- 12 Annet/legedelegerte aktiviteter og observasjoner

Utarbeidet av: Endokrinologisk avdeling

Dato: 12.02.08

Ansvarlig: Mette Andersen Rygh og Yvonne Merethe

Undrum

Godkjent av: Avd spl Kristin Hestad

Dato: 12.02.08

Revideres innen: 1 år

Referanser/litteratur: Klassifikasjon av

sykepleieintervensjoner (NIC) Akriben

NANDA Sykepleiediagnoser: Definisjoner og

klassifikasjon 2001-2002 AkribenNANDA

Sykepleiediagnoser: Definisjoner og klassifikasjon 2001-2002 Akriben

FO	Sykepleiediagnoser	
1	Nedsatt verbal kommunikasjon.	Nanda 00051
2	Mangelfulle kunnskaper	Nanda 00126
2	Ineffektiv mestring	Nanda 00069
3	Forstyrrelse i gassutveksling	Nanda 00030
4	Ubalanse i ernæring; meir enn kroppsbehovet	Nanda 00001
5	Forstyrrelse i urineliminasjon	Nanda 00016
6	Risiko infeksjon	Nanda 00004
10	Svekket evne til å opprettholde helse	Nanda 00099
11	Angst	Nanda 00146
3	Ineffektiv vevsperfusjon	Nanda 00024

2	Sorg over ventet tap	Nanda 00136
4	Risiko for forstyrrelse i væskebalansen	Nanda 00025



**Aker
universitetssykehus HF**

Avd./Post: 5/endopol

Medisinsk diagnose:

Diabetes mellitus

Dårlig regulert/ nyoppdaget

FUNKSJONSOMRÅDE (FO)

- 1 Kommunikasjon/sanser
- 2 Kunnskap/utvikling/psykisk
- 3 Åndedrett/sirkulasjon
- 4 Ernæring/væske/elektrolyttbalanse
- 5 Eliminasjon
- 6 Hud/vev/sår
- 7 Aktivitet/funksjons-status
- 8 Smerte/søvn/hvile/velvære
- 9 Seksualitet/reproduksjon
- 10 Sosialt/planlegging av utskrivelse
- 11 Åndelig/kulturelt/livsstil
- 12 Annet/legedelegerte aktiviteter og observasjoner

FO	Sykepleietiltak og forordninger	Frekvens/tid
3	Hyperglykemibehandling Nic 2120	
	Administrere i.v væske/ glucose/ insulindrypp	s.forord
	Bestille blodprøver, med tanke på elektrolyttforstyrrelser.	s.forord
	Måle blodsukker døgncurve, vurdere resultat.	s.forord
	Oppmuntre til å drikke.	s.forord
	Måle ketoner (i blod eller urin)	s.forord
	Observere tegn på ketoacidose (magesmerter, oppkast, acetonlukt, uklar, hyperventilering, redusert allmenntilstand, sløvhhet, bevisstløs)	
	Overvåke og vurdere tegn og symptomer på hyperglykemi (høy og hyppig diurese, infeksjon, tørste og tørrhet i munn og slimhinner, vekttap, tåke syn, sliten)	
	Administrere subcutan inj. med hurtigvirkende insulin.	s.forord
	NB! ved seponering av insulindrypp skal langtidsvirkende insulin gis 1 time før !	
	Identifisere mulig årsak til hyperglykemi, og justere behandling i forhold til dette.	s.forord
	Hypoglykemibehandling (bl.s.< 3mmol) Nic 2130	
	Måle blodsukker, vurdere resultat	
	Gi raske og langsomtvirkende karbohydrater. (juice/brus og brød)	

	Ikke kontakt med pas og påvist lavt blodsukker, kontakt lege for ordinering av glukose iv/glucagon im.	
	Administrere i.v glucose etter vedvarende lavt blodsukker	s.forord
	Måle blodsukker hver ½ time, se at det stiger	
	Måle blodsukker døgncurve	s.forord
	Regelmessige måltider	
	Kartlegge årsak og gjenkjenne tegn til hypoglykemi. (svette, skjelving, irritabel, hjertebank, hodepine, sult, konsentrasjonsvansker, kramper, uro, forvirring, koordinasjonsproblem, endring i atferd)	

FO	Sykepleietiltak og forordninger	
	Frekvens/tid	
2	Fremme mestring	Nic 5230
	Kartlegge tilstand og evne til motivasjon	
	Kartlegge grad av kunnskap relatert til diabetes mellitus	
	Kartlegge potensial og motivasjon til å endre livsstil	
	Sette individuelle mål sammen med pasienten	
	Undervise, veilede og gi råd utifra pasientens ståsted	
2	Helseundervisning	Nic 5510
	Gi individuell informasjon, veiledning og opplæring, tilpasset pasientens kunnskapsnivå, forståelse av innholdet og hvor motaklig pasienten er i fht nåverende sykdomsforløp. Unngå akuttfasen.	
	Hva er diabetes mellitus (forskj.type 1 og type 2)	
	Hyperglykemi	
	Hypoglykemi	
	Ulike typer insulin	
	Kostveiledning	
	Blodsukkermåling: når, hvorfor og hvordan, HbA1c	
	Forholdsregler ved bilkjøring	
	injeksjonsteknikk og injeksjonsområde	

	Hvordan fysisk aktivitet påvirker blodsukkeret	
	Utlevering og opplæring av blodsukkerapparat.	
	Hvordan alkohol påvirker blodsukkeret	

FO	Sykepleietiltak og forordninger	Frekvens/tid
	Annen sykdoms innvirkning på blodsukker.	
	Sex,samliv og svangerskap	
	Yrkesvalg og diabetes	
	Senkomplikasjoner	
	Utenlandsopphold	
	Gi pasient brosjyrer, faktaark	
	Informere om Norges diabetesforbund	
	Sosiale rettigheter	
	Avsett tid for undervisning i ett rom uten forstyrrelser.	
	Inkludere nærmeste pårørende.	
4	Ernæringsrådgivning Nic 5246 	
	Kartlegge kostvaner: kostanamnese	
	Måle vekt og høyde.Regne ut BMI verdi (høyde: vekt x vekt)	
	Sette opp mål sammen med pasienten.	
	Motivere pasienten til å holde regelmessige måltider.	
	Henvise til klinisk ernæringsfysiolog	
	Motivere til å endre kostvaner	
	Tilpasse endringer som pasienten klarer å følge opp hjemme	
	Gi ut aktuell litteratur	

	Måle blodsukker døgncurve : fastene, før og 2 timer etter hvert	
	Måltid, før sengetid og kl 03	

FO	Sykepleietiltak og forordninger	Frekvens/tid
1	Fremme kommunikasjon : ikke norsktalende. Nic 4976	
	Bestille tolk	
10	Planlegging av utskrivelse Nic7370	
	Sende A-skjema til bestillerkontoret i bydelen	
	Kartlegge livssituasjon og sosialt nettverk	
	Kartlegge bosituasjon	
	Vurdere hjelpebehov i samarbeid med pasienten	
	Ta kontakt med hjemmesykepleien	
	Vurdere i samarbeid med lege hvor pasienten skal ha videre	
	Oppfølging/kontroll (fastlege/ endopol)	
	Sjekke at pasienten får med nødvendige papirer ved utreise	
	Sykmelding, resept på medisiner / diabetesutstyr	

3. Eksempel kartlegging

Kartlegging

Del 1 Personopplysninger

Kategori	Innhold	Ved tildeling av plass på grunn av en demenssykdom er det ytterlig behov for informasjon om bruker/pasient:
Navn /adresse	Olga Pedersen	Les inntakstnotat
Nærmeste pårørende	Sønnen Bjørn Pedersen	
Skole/Yrkeserfaring/ Bosituasjon Hjem/sykehjem	Ungdomsskole og framhaldsskole	
Hjelpemidler	Rullator	

Hvilke tjenester	Langtidsplass	
Interesser/Hobbyer	Glad i håndarbeid og tradisjoner knyttet til matstell	
Innlegges fra	Hjemmet	
Utskrives til		
Helsetilstand: Aktuelle sykdommer/skader/ funksjonsvikt	Tiltakende dement	
Cave/allergi	Ingen allergier	
Legemidler	Se medisinliste	

Opplysninger ved mottakning av nye pasienter		
Opplevelse av situasjon Pasient /pårørende	Kari har mest lyst til å bo hjemme Pårørende er bekymret fordi hun er blitt tiltakende dement	
Foreløpig konklusjon	Pasienten må ha hjelp til å dekke grunnleggende behov	

Del 2 Kartlegging av behov for sykepleie/helsehjelp/psykisk helsehjelp, og kartlegging av funksjon for Iplos

Grunnleggende behov	Datainnsamling	Ressurser	IPLOS
Mental kapasitet	Tiltakende dement. Står på Arisept	Sier ifra ved smerter	Hukommelse: 5

Sansing/ Kommunikasjon kapasitet	Hun hører dårlig og har høreapparat.	Ser godt	Kommunikasjon:2 Syn:1 Hørsel:4
Sirkulasjon	BT 100/70, P til vanlig 76 6/2 uregelmessig puls: 88-92 (oxymeter) Atrieflimmer?? Blå merker i hud, tynn hud O2 metn: 92 Ødemer i underekstremiteter (fingermerker står igjen) (Se til medisinsliste)		
Respirasjon	Synker sammen i stolen, noe tung pust, resp frekvens= 18 O2 metn 92 Bruker thorax-muskulatur		
Temperatur	Normal temp = 36,6-37,3 6/2 11: 36,7		
Ernæring	Er glad i mat og spiser normal kost. Er glad i tradisjonell mat. Må oppmuntres til å drikke 1,5 l pr dag	Spiser selv når det er tilrettelagt. Glad i å sitte med de andre ved	Lage mat: 5 Spise: 3

		spisebordet.	
Eliminasjon	Inkontinent for urin. Innlegg kan trekkes ut når hun sitte på toalett da urinen kommer fort. Må ha hjelp til å komme på toalett Får toilax x 2 pr uke og Duphalac x 1		Toalett: 5
Personlig hygiene	Må ha hjelp til personlig stell. Dusj x 2 pr uke må hun ha hjelp til hårvask. Har toalettsaker inne på eget baderom. Kan sitte på toalettet alene mens pleier er i rommet	Kan vaske seg foran på kroppen	Personlig hygiene: 4 Av og påkledning: 4
Aktivitet	Kan forflytte seg med rullator og følge fra eget rom til spisestue/stue Kan gå i korridor med følge x 2-	Sier ifra ved smerte	Beveger seg inne:3 Bevege seg ute:3 (vår/sommer)
Søvn og hvile	Sover godt om natten. Trenger skjerming på kvelden for å få ro til natt	Har ikke sovemedisin Har mening om leggetid	

Psykiske behov/trygghet/ identitet og egenverd	Har noe angst og har alltid vært en bekymret person		
Medisinsk egenomsorg	Kan ikke ivareta seg selv		Ivareta egen helse: 9
Sosiale behov /adferd	Koser seg når det er barn og barnebarn på besøk		Sosial deltakelse: 2 Styre adferd: 5
Mestring og livsstil	Har vært og er en stolt kvinne		Alminnelig husarbeid: 9
Livsmot og håp	Hun er noe ustabil i humøret.		

			Skaffe seg varer og tjenester Beslutninger i dagliglivet: 9

4. **Veileder for kartleggingsskjema**

Veileder til bruk ved kartlegging av behov for helsehjelp i kommunehelsetjenesten

- Kartlegging for å kunne fatte vedtak

- Kartlegging i forbindelse med utvikling av tiltaksplaner
- Kartlegging i forbindelse med oppdatering av tiltaksplaner/ IP

*Veileder for saksbehandling og dokumentasjon (2006) sier at de enkeltvedtak som er satt skal være bakgrunn for en planlegging av den nødvendige og tilstrekkelige sykepleie/helsehjelpen som skal tilbys. Forskrift for kvalitet i pleie og omsorgstjeneste (2004)r sier at grunnleggende behov skal være dekket hos alle som mottar tjenestene. Da er det svært viktig at helsepersonell kartlegger hva pasientene klarer og ikke klarer selv i forhold til grunnleggende behov, for så å gi den helsehjelpen den enkelte bruker av helsetjenester i kommunen har behov for. **IPLOS** er en registrering som skal gjøres for å kartlegge alle brukere av kommunale helsetjenester på funksjon.*

Forskrift for kvalitet i pleie og omsorgstjenestene (2006) <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Lov om Helsepersonell (2001) <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Lov+om+helsepersonell>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001) <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Lov+om+brukerrettigheter>

Veileder for saksbehandling og dokumentasjon (2006) <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester/Sider/default.aspx>

PLOS veileder (2014) <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-sosialtjenester/Sider/default.aspx>

Mekki. Tone:E., (2007) *Sykepleieboken 1*,Grunnleggende sykepleie. Oslo. Akribe.

VEILEDER

Del 1 Personopplysninger

Kategori	Innhold	Ved tildeling av plass på grunn av en demenssykdom er det ytterlig behov for informasjon om bruker/pasient:
Navn /adresse	Navn og adresse må noteres Kjønn og alder	Bosted som voksen, når og hvor, hva slags bolig og evt annet av interesse
Nærmeste pårørende	Kone/mann og eller barn. Viktig at det er tydelig hvem som skal kontaktes dersom det blir et behov for det.	Foreldre og søsken m/navn, alder, yrke, bosted, eventuelt dødstidspunkt, Hvordan er familieforholdene, kontakter nå? Ektefelle, samboer(r) navn, yrke, tidspunkt for ekteskap/samboerskap Nåværende situasjon for evt. ektefelle/samboer. Evt. barn m/ navn, alder, yrke
Skole/Yrkeserfaring/ Bosituasjon Hjem/sykehjem	Dersom pasient får hjemmesykepleie i eget hjem må boligen kartlegges i forhold til fremkommelighet Det må kartlegges om pasienten bor sammen med noen og hvem	Skolegang, hvor og hva og evt. spesielle hendelser- Arbeiderfaring, tidsrom for arbeidsforhold, spesielle kontakter på arbeidssted, arbeid ette pensjonering evt. annet
Hjelpemidler	Hva slags hjelpemidler har pasienten/er det behov for nye typer hjelpemidler	
Hvilke tjenester	Hva får pasienten av evt. andre tjenester	
Interesser/Hobbyer	Foto, data, kortspill,	Friluftsinnteresser, foto, jakt, sport, båt,

	friluftsimteresser, jakt, sport, båt, fiske, dyr, matlagning, skriving, lese bøker, sying, brodere, strikke	fiske, dyr, matlagning, skriving, lese bøker, sying, brodere, strikke
Innlegges fra	Noter hvor pasienten kommer fra; Hjemmet, andre avdelinger, andre institusjoner.	
Utskrives til	Noter hvor pasienten evt. skal utskrives til	
Helsetilstand: Aktuelle sykdommer/skader/ funksjonsvikt	Fyll ut hvilke sykdommer pasient har(fylles ut som overføring fra journal eller i samråd med lege/kontaktsykepleier), skader eller funksjonssvikt (lammelser ect)	
Legemidler	Skriv opp hva slags legemidler pasienten bruker, og indikasjoner for bruk av legemidler	
Opplevelse av situasjon	Pasienten og pårørendes opplevelse av den aktuelle situasjonen og tiden før innleggelse, umiddelbare forventninger og ønsker	
Foreløpig konklusjon	Pasientens umiddelbare behov for helsehjelp Behov for å samle inn mer	

	data som grunnlag for å planlegge sykepleien/helsehjelpen. Da skal del 2 brukes Er det et gjeldende vedtak allerede?	
--	--	--

Del 2: Kartlegging av behov for sykepleie/helsehjelp/psykisk helsehjelp, og kartlegging av funksjon for Iplos - Del 2

Grunnleggende behov	Hva skal kartlegges	Ressurser	IPLOS Sett inn tallregistrering under områdene underveis. Før deretter registreringene direkte inn i "IPLOS"
----------------------------	----------------------------	------------------	--

Mental kapasitet <i>Obs om det er behov for spesiell kartlegging knyttet til demensutvikling! MMS?</i>	Bevissthetsnivå, våkenhet, orienteringsevne, hukommelse, tankeprosesser	Viktig å få fram pasientens ressurser	Hukommelse: Om personen husker nylig inntrufne hendelser. Er orientert for tid og sted, gjenkjenner kjente personer, husker avtaler og viktige hendelser den siste uken.
Sansing/ Kommunikasjons-kapasitet	Syn, hørsel, taktil, kinestetisk, Bruk av hjelpemidler(briller, høreapparat) Smerter Tale, språkforståelse, nonverbal kommunikasjon	--''--	Kommunikasjon Syn Hørsel Sanse lys og farge, form og avstad. Sanse lyd og skille mellom tonehøyde, styrke, egenart og sted. Skille mellom ulike lyder, steds og sidebestemmelser av lyd, talegjenkjenning ----- Evner å kommunisere med andre personer. Forstår og uttrykker seg verbalt/nonverbalt, evt. ved bruk av Kommunikasjons-utstyr og teknikker.
Sirkulasjon	Puls: frekvens, rytme, kvalitet Blodtrykk: Hud: farge, temperatur, fuktighet, sår, ødemer Negler: cyanose	--''--	

Respirasjon	Frie luftveier, respirasjonsbevegelser/antall pr.minutt, dybde, rytme. Hoste: hele tiden, anfall, produksjon av ekspektorat, tørr, karakter (gjøende, surklete, hard, tett). Ekspektorat: ,farge, konsistens,lukt Respirasjonlyder, pustebesvær Bruk av hjelpemuskler	--''--	
Temperatur	Indre temperatur Ytre temperatur (hud, farge, fuktighet, gåsehud, skjelvinger).	Viktig å skrive ned ressurser	
Ernæring <i>Obs om det er behov for spesiell kartlegging i forhold til ernæring!</i>	Forutsetninger fysisk og mentalt kostvaner, appetitt, drikkevaner, spesiell diett, matinntak, høyde og vekt, urin, avføring,	Viktig å ha med ressursene	Lage mat Planlegger, organiserer og tilbereder enkle og sammensatte måltider, tørrmat -----,

	slimhinner, hud, hår/negler,		Spise Varmer opp mat og lager kaffe og te. spiser servert mat Innta servert mat og drikke
Eliminasjon	Mønster i forhold til urinlatning og avføringsvaner, (hyppighet og besvær) Urin: farge, lukt, mengde Avføring: utseende, farge, lukt, mengde		Toalett: utfører toalettbesøk /funksjoner
Personlig hygiene	Forutsetninger (mentalt, psykisk og fysisk) Vaner, hudpleie, (make-up) hud, slimhinner, munnhule, tenner, hår, skjegg, negler		Personlig hygiene Av og påkledning vasker, tørker og stiller hele kroppen inkl. pusse tenner/munnhygiene Ta på seg klær og fottøy, finne fram og velge ut i forhold til situasjon, årstid, vær og temperatur
Aktivitet	Forutsetninger for aktivitet, egne og rammer forøvrig Styrke, utholdenhet, bevegelse,		Beveger seg inne Bevege/ forflytte seg på ett plan innendørs, på flatt gulv, over terskler,

	koordinasjon, balanse, aktivitetsmønster- vaner Evt. hjelpemidler		ut og inn av seng, opp og ned av stol. Bevege seg ute Bevege/forflytte seg utenfor egen bolig, opp og ned trapper, fortauskanter, ujevne underlag. Med egen bolig menes her utenfor egen inngangsdør. Trappeoppganger og trapper ute er utendørs.
Søvn og hvile	Rutiner/ritualer før søvn, vaner Søvnvansker, medikamenter,		
Psykiske behov/trygghet/ identitet og egenverd	Personlig trygghet, hva er viktig i forhold til trygghet i hverdagen, steder og personer knyttet til trygghet Evne til nærhet, kroppskontakt selvbilde, selvtillit, kultur, normer og verdier, temperament	Viktig å få frem ressurser	
Medisinsk egenomsorg	Medisin og dosering. Våkenhet knyttet til sårskift, stomier, intravenøst,		Ivareta egen helse Håndtere egen sykdom, skade eller funksjonshemming. Tar kontakt med

	smerter og smertelindring, blodprøvetakning		behandlingsapparatet når symptomer og skade oppstår, følger behandlingsopplegg og håndterer egne medisiner
Sosiale behov /adferd	Forutsetninger, mentalt, fysisk og sanser, Kontaktarenaer, sosialt nettverk, sosiale ferdigheter og aktiviteter, materiell og miljømessige ressurser selvstendighet		Sosial deltakelse Styre adferd Evner å opprettholde et sosialt nettverk, ha/ta kontakt med familie og venner, Kolleger og personer i nærmiljø Kontroll over impulser, verbal og fysisk aggresjon for seg selv og andre
Mestring og livsstil	Fritidsaktiviteter, interesser, helsefremmende og helseskadelige faktorer knyttet til livsstil		Alminnelig husarbeid Gjøre rent, vaske klær, bruke husholdningsartikler, lagre matvarer og kaste avfall
Livsmot og håp	Åndelige behov, kirkesamfunn, tradisjoner opplevelse av verdi, mening, livsmot og håp		

			Skaffe seg varer og tjenester Beslutninger i dagliglivet Mat/drikke, klær/sko, husholdningsartikler, tekniske tjenester og husholdningstjenester som er nødvendige og relevante i dagliglivet. Tar avgjørelser og organiserer daglige gjøremål, gjør valg mellom alternativer, disponerer tiden gjøremålene tar og integrerer uforutsette hendelser.
--	--	--	--