

ICNP® Versjon 1

Internasjonal Klassifikasjon for Sykepleiepraksis

Alle rettigheter, inkludert oversettelse til andre språk, er reservert. Ingen deler av denne publikasjonen må reproduseres ved trykking, fotokopiering eller andre metoder, lagres i et mottakersystem eller overføres i noen form, uten uttrykkelig skriftlig tillatelse fra International Council of Nurses. Korte utdrag (under 300 ord) kan reproduseres uten autorisasjon, under forutsetning av at kilden oppgis

Anerkjennelse

Utviklingen av den Internasjonale klassifikasjon for sykepleiepraksis har vært et dynamisk prosjekt preget av samarbeid. Beslutningen om å utvikle ICNP® ble godkjent i 1989 av Council of National Representatives. Helt fra starten av og til nå, når ICNP® Versjon 1 er i ferd med å bli utgitt og distribuert, har mange dedikerte personer vært engasjert i å gjøre ICNP® relevant for utviklingen av sykepleie og helsehjelp over hele verden

Vi anerkjenner støtten fra The International Council of Nurses)representert ved presidentene Mo-Im Kim (1989-1993), Margretta Styles (1993-1997), Kirsten Stallknecht (1997-2001), Christine Hancock (2001-2005) og Hiroko Minami (2005-2009); Chief Executive Officer (CEO) Judith Oulton og ICN Nurse Consultant Fadwa Affara

Vi anerkjenner den alle første gruppen som startet utvikling av ICNP®: Fadwa Affara, Alice Baumgart, June Clark, Amy Coenen, Norma Lang, Randi Mortensen, Margaret Murphy, Gunnar Nielsen, Cees de Ridder og Madeline Wake.

Vi anerkjenner medlemmene av ICNP® Strategic Advisory Committee: Suzanne Bakken, Nicholas Hardiker, Norma Lang, Heimar Marin, Hyeoun Ae Park, Franz Wagner, ICN CEO Judith Oulton, og programdirektør i ICNP® Amy Coenen.

Vi anerkjenner tidligere og nåværende medlemmer av evalueringskomiteen i ICNP® (ICNP® Evaluation Committee): Veronica Behn, Amy Coenen (leder), Connie Delaney, Margareta Ehnfors, Geetha Feringa, William Goossen, Siriporn Khampalkit og Margaret Murphy. Over 160 ekspertsykepleiere fra 45 land har bidratt med begreper og definisjoner til ICNP® som en del av en strukturert evalueringsprosess, overvåket av evalueringskomiteen.

Vi anerkjenner de mange sykepleiere og de fra andre profesjoner som har bidratt til ICNP® forskningsstudier og utviklingsprosjekter over hele verden. Mer enn 100 artikler fokusert på ICNP® har hittil blitt publisert.

Forord

Det internasjonale sykepleieråd (The International Council of Nurses) har gleden av å publisere *Den internasjonale klassifikasjon for sykepleiepraksis® Versjon 1*. ICNs oppdrag er å representere en verdensomfattende sykepleie, videreutvikle profesjonen og påvirke helsepolitikk. ICNP® er et redskap som kan bidra til dette ved å hjelpe sykepleiere å beskrive, undersøke og sammenligne sykepleiepraksis lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. ICNP® tillater og støtter samling og analyse av sykepleiedata på tvers av land, kultur og språk. Med informasjon generert på denne måten, kan sykepleiepraksis bli artikulert og beslutninger kan baseres på pålitelige og valide data.

Utviklingen av ICNP® har vært avhengig av bidrag fra mange personer og grupper. Siden starten i 1989 har sykepleiere og deres profesjonelle kolleger fullført forskningsstudier, utviklingsprosjekter, oversettelser, og kritiske gjennomganger og evalueringer. Strategisk planlegging for tidligere versjoner (alpha, beta, beta 2) har nå kulminert i *ICNP® Versjon 1*.

Nasjonale sykepleier organisasjoner (NSO) har sponset arbeidsgruppene og møtene i ICNP®. I tillegg har de spredd ICNP® produkter og informasjon til sine medlemmer. Enkelte sykepleiere har deltatt i ICNP® komiteer, møter, konferanser og workshops, utført oversettelser, ledet forskning og testing av ICNP®. Informatikkeksperter i sykepleie og andre disipliner har sørget for tilbakemeldinger og evalueringer gjennom utviklingen. Det er umulig å takke de mange personer og samarbeidspartnere som har bidratt til ICNP® *Versjon 1*. Vi gleder oss til å fortsette arbeidet med disse samarbeidspartnere. For å realisere visjonen til ICNP® er det et ønske om å utvide samarbeidet til andre interessegrupper, profesjonelle organisasjoner, myndigheter, helsedepartementer og til industrien.

ICNP® -programmet og produktet, ICNP®, må alltid bli betraktet som dynamisk og progressiv. Kunnskapsmengden om sykepleiepraksis blir bygd opp gjennom kontinuerlig forskning og utvikling, både gjennom ICN-akrediterte ICNP®-sentre og ved hjelp av enkeltpersoner eller grupper av forskere og klinikere.. Vi forventer derfor at ICNP® vil utvikle seg konstant i bredde og dybde, slik at sykepleie kan bli representert best ved bruk av denne internasjonale standard. ICN er overbevist om visjonen til ICNP®. Vi gleder oss til å dele muligheten til å videreutvikle ICNP® og til å ha sykepleiedata lett tilgjengelig og brukt i helsetjenestesystemer i hele verden. Ved å dele sykepleiedata og -informasjon kan vi fremme evidensbasert, ansvarlig helsehjelp og forbedre helseresultater for mennesker i hele verden.

Judith Oulton
Chief Executive Officer
International Council of Nurses



ICNP® versjon 1er oversatt og publisert av Norsk Sykepleierforbund (NSF) med tillatelse for ICN. Oversettelsen har vært ledet av Kathryn Mølstad, fagpolitisk avdeling i NSF. Redaksjonsutvalget har bestått av Sidsel Børmark, Cecilie Dale, Ann Kristin Rotegård og Elisabeth Ursfjord. Vi ønsker å takke Prof.Dr. Ulrich Schrader ved Frankfurt am Main, Unviserity of Applied Sciences. Dr. Schrader og hans studenter har utviklet et elektronisk verktøy på internett for oversettelsen av ICNP hvor flere land deltar. Dr. Schrader har gitt uvurderlig hjelp under hele oversettelsesprosess. En takk også til dr. Amy Coenen, leder av ICNP.

Elisabeth Ursfjord har oversatt tekst i kapitel 1 til 4.

Introduksjon

Beslutningen om å etablere en internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis (ICNP®) ble tatt på grunnlag av et erkjent behov for å beskrive pasientfenomener som sykepleiere var opptatt av, og sykepleiespesifikke intervensjoner knyttet til pasientresultater. En felles terminologi brukt til å uttrykke elementer i sykepleiepraksis (hva sykepleiere gjør, knyttet til bestemte menneskelig behov eller pasienttilstander, for å få fram bestemte resultater) tillater en beskrivelse av sykepleiepraksis på en slik måte at praksis kan sammenlignes på tvers av klinisk miljø, klientpopulasjoner, geografi eller tid. En felles terminologi vil også identifisere sykepleierens spesielle bidrag til det tverrfagligsamarbeid i helsetjenesten og gjøre forskjell på praksis til ekspertsykepleiere og annet helsepersonell.

Hensikten med denne boken er en introduksjon av ICNP® Versjon 1. I denne boken er det 1) en kort gjennomgang av ICNP®s historie og utvikling fra den første ideen gjennom testing av modeller til ICNP® Versjon 1, og 2) en detaljert oversikt over 7- aksemodellen i ICNP® Versjon 1.

Operasjonelle målsettinger, kriterier og formål for ICNP®

På ICN-kongressen i 1989 ble en resolusjon godkjent slik at arbeidet med ICNP® kunne igangsettes. En opprinnelig strategisk plan som skisserte hovedmålsettingene for ICNP® og midlene for å oppnå disse ble utviklet i starten av prosjektet (ICN 1991, ICN 1996). De opprinnelige målsettingene var: 1) å utvikle en ICNP® med spesifiserte prosess- og produktkomponenter, 2) å oppnå anerkjennelse av ICNP® av nasjonale og internasjonale sykepleierorganisasjoner, 3) å sikre at ICNP® er forenlig med og komplementær til WHO's internasjonale sykdomsklassifikasjon (International Classification of Diseases) (ICD), WHO's internasjonale familie av klassifikasjoner (Family of Classifications) og til andre standardiseringsgruppers arbeid, slik som den internasjonale standardiseringsorganisasjonen (International Organization for Standardization) (ISO) og beslektede grupper, 4) å oppnå anvendelse av ICNP® av sykepleiere på nasjonalt nivå for utvikling av nasjonale databaser og 5) å etablere et internasjonal datasett og rammeverk som inkluderer ICNP®, et minimum datasett for sykepleie, en datasett for sykepleieressurser og regulativ data.

Det opprinnelige forslaget til ICNP® (ICN 1991, ICN 1996) satte også kriterier som må oppfylles av ICNP®. ICNP® må være:

- Tilstrekkelig bred til å tjene de multiple (mange?) hensiktene som kreves av de forskjellige landene
- Tilstrekkelig enkel til at sykepleiere ser den som en meningsfull beskrivelse av praksis og et anvendbart (nyttig?) hjelpemiddel for strukturering av praksis
- Konsekvent med tydelig definerte begrepsrammer, men ikke avhengig av en spesifikk teoretisk ramme eller modell i sykepleie
- Basert på en sentral kjerne hvor utvidelser muliggjøres gjennom en kontinuerlig utviklings- og forbedringsprosess
- Sensitiv til kulturelle variabler

- Reflekterer sykepleiens felles verdssystem over hele verden som uttrykt i ICNs kode for sykepleiere
- Anvendbar på en komplementær eller integrert måte med familien av klassifikasjoner utviklet av WHO, hvor kjernen er ICD.

De opprinnelige formålene til ICNP® (ICN 1991, ICN 1996) ble gjennomgått av evalueringskomiteen i ICNP® i 2000 for å sikre fokus på målsettingene med ICNP®-programmet. I 2001 (ICN) ble følgende fordeler ved ICNP® identifisert:

- Etablere et felles språk for å beskrive sykepleiepraksis og for å skape bedre kommunikasjon mellom sykepleiere, og mellom sykepleiere og andre
- Representere begreper brukt i lokal praksis, på tvers av språk og spesialistområder
- Beskrive sykepleie til mennesker (individer, familier og lokalsamfunn) verden over
- Muliggjør sammenligning av sykepleiedata på tvers av klientpopulasjoner, miljø, geografiske områder og tid
- Stimulere sykepleieforskning gjennom lenker til tilgjengelige data i sykepleie- og helseinformasjonssystemer
- Sørge for data om sykepleiepraksis for å påvirke sykepleieutdanning og helsepolitikk
- Forutse trender i pasientbehov, tilbud om sykepleietjeneste, ressursutnyttelse og resultater av sykepleie

Visjon, oppdrag og målsettinger opptil i dag

Visjon, oppdrag og strategiske målsettinger til ICNP® ble erklært i programplanen for ICNP® 2001-2002 ved ICNs styremøte i juni 2001. **Visjonen** var å ha sykepleiedata lett tilgjengelig og implementert i helseinformasjonssystemer verden over. **Oppdraget** var å utvikle og vedlikeholde en relevant, brukbar og moderne ICNP®. De fire **strategiske målsettinger** utformet for ICNP® var: 1) å utvikle et ICNP®-program med spesifiserte prosess- og produktkomponenter, 2) å vedlikeholde en aktuell ICNP® som fortsetter å reflektere sykepleiepraksis, 3) å oppnå utnyttelse av ICNP® ved nasjonale og internasjonale samfunn og, 4) å sikre at rammeverket til ICNP® er forenlig med andre mye brukte klassifikasjoner og arbeidet til standardiseringsgrupper i helse og sykepleie.

Tre tilleggsoppgaver var forventet for de neste fire årene (2001 – 2005): 1) å holde ved like et oppdatert innhold i ICNP®, 2) å sikre at ICNP® er forenlig med aktuell sykepleievitenskap, klassifikasjons- og informatikkvitenskap og annen utvikling i helsevesenet og 3) å koordinere internasjonal spredning, utnyttelse og fremmelse av ICNP® og aktiviteter relatert til utvikling av ICNP®.

En oversikt over ICNP®-programmets organisering og detaljerte aktiviteter er presentert i figur 1. De tre hovedaktivitetene var: 1) forskning og utvikling, 2) koordinering og ledelse av programmet og 3) kommunikasjon og markedsføring. En strategisk rådgivningsgruppe for ICNP® (Strategic Advisory Group for ICNP®) skulle rapportere til ICNs Chief Executive Officer (CEO). Evalueringskomiteen i ICNP® fikk ansvar for utvikling av en evalueringsprosess i ICNP®.

KAPITTEL 1- ICNP®S HISTORIE

Bakgrunn for ICNP

Sykepleieledere har lenge erkjent at en klar artikulering av sykepleiepraksis er absolutt nødvendig for å oppnå fullstendig anerkjennelse av bredden og dybden av profesjonen. Florence Nightingale skrev i *Notes on Nursing*: ”elementene i sykepleie er for det meste ukjent” (1859). Isabell Hampton Robb skrev senere “ Under et spesielt møte i ICN I Paris, slo det meg plutselig faktisk... at metodene og måtene å se på sykepleieproblemer var ... like fremmede for de forskjellige delegatene som de aktuelle språkene var, og tanken slo meg at ... før eller senere må vi finne frem til en felles basis og utarbeide det som kunne kalles en ’sykepleie esperanto’, som med tidens løp ville kunne gi oss et universelt sykepleiespråk” (1909). For ikke lenge siden kommenterte Dr. Norma Lang sykepleiernes usynlighet. ”Hvis vi ikke kan gi det et navn, kan vi ikke kontrollere det, finansiere det, forske, undervise om det, eller igangsette det i offentlig politikk”. (Clark & Lang 1992).

Beslutningen om å etablere en internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis (ICNP®) ble godkjent av det internasjonale sykepleieråd (International Council of Nurses) (ICN), Council of Nasjonale representanter (Rådet av nasjonale representanter) (CNR) i 1989 i Seoul, Korea. Beslutningen identifiserte behovet for å beskrive sykepleiepraksis for finansiering av helsehjelp. Det ble også erkjent at artikulering av sykepleiepraksis ville ha konsekvenser for praksis, forskning, utdanning og politikk. Flere formål ved ICNP® ble identifisert tidlig i prosessen: 1) sørge for et redskap for å beskrive og dokumentere klinisk praksis, 2) anvende redskapet som grunnlag for kliniske beslutninger, 3) sørge for et sykepleievokabular og et klassifikasjonssystem som kan anvendes for å inkludere sykepleiedata i elektroniske informasjonssystemer.

I alt vesentlig er komponentene i ICNP® basiselementene i sykepleiepraksis: Hva sykepleiere **utfører** relatert til bestemte menneskets behov for å produsere bestemte **resultater** (sykepleieintervensjoner, -diagnoser og -resultater). Et felles forent språk som kan uttrykke disse basiselementene i sykepleiepraksis åpner for: 1) sammenligninger på tvers av miljø, klientpopulasjoner, geografiske områder eller tid, 2) identifisering av sykepleie i tverrfaglige team i helsevesenet og 3) differensiering av praksis på tvers av forskjellige nivåer av sykepleie med hensyn til forberedelse og erfaring. Et forent språk for sykepleie forbinder sykepleieaktiviteter med helseresultater og kan understøtte en hensiktsmessig tildeling av ressurser i helsevesenet.

Gjennom det første tiåret av det 21. århundre har det vært en global utvikling i helse i et miljø med stor politisk og økonomisk uro. Traumer, sykdom og de store konsekvensene av fattigdom fortsetter å true helse og velvære til store populasjoner. Informasjonsteknologi er i økende grad tilgjengelig for å støtte praksis, utdanning, forskning og politisk utvikling. ICNP® gjør det mulig å ha styring med kritiske data for å dokumentere sykepleiepraksis og for å utvikle en kunnskapsbasert forståelse av sykepleiernes arbeidsområde i konteksten av den globale helsetjeneste.

Tidsplan for ICNP®

1989 Beslutning om å etablere en internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis ICNP® ble godkjent av Rådet av nasjonale representater (Council of Natinal Representatives) (CNR) ved ICNs 19th Quadrennial Congress i Seoul, Korea.

1990 ICNP®s Utviklingsgruppe ble dannet.

1991 Innledende litteratur søk og en kartlegging av medlemsorganisasjoner for å identifisere klassifikasjonssystemer i bruk eller i utvikling rundt i verden. (Wake et al. 1993).

1992 Teknisk rådgivende gruppe av sykepleiere fra seks land (Israel, Nepal, Chile, Kenya, Jamaica og Japan) møttes i Genève for å teste gjennomførbarhet og brukbarhet av arbeidet i ICNP® på globalt nivå.

1993 Et arbeidsdokument ble publisert som inneholdt begreper brukt i sykepleielitteratur og eksisterende klassifikasjoner for å beskrive sykepleiediagnoser, -intervensjoner og -resultater (ICN 1993).

1993 Tre presentasjoner ved ICNs 20th Quadrennial Congress i Madrid i juni – en plenums sesjon, en sesjon for spesielt interesserte og en postersesjon – demonstrerte en overveldende interesse og engasjement for ICNP® fra sykepleiere fra mange land.

1994 Rådgivende møte om utvikling av et informasjonsredskap for å støtte sykepleiere i primærhelsetjenesten. Dette var sponset av W.K. Kellogg Foundation og tok plass i Tlaxcala, Mexico. Dette møtet hadde sykepleiere fra ni land i Afrika, Nord-Amerika og Sør-Amerika. De utforsket mulighetene i ICNP® for sykepleie i primærhelsetjenesten.

1995 Workshop i Taiwan som lignet Rådgivende møte I 1994. Dette møtet omfattet sykepleiere fra Japan, Korea, Malaysia, New Zealand, Filippinene, Singapore, Taiwan, Thailand og Vest-Samoa.

1995 Økonomisk støtte fra EU og ledet av Dansk institutt for sunheds- og sykepleieforskning, ble et prosjekt i gang satt for å fremme ICNP® og for å teste Alpha-versjonen i flere europeiske land (Mortensen 1996).

1996 W.K. Kellogg Foundation samtykket i å sponse et prosjekt i utvalgte land i Afrika og Latin-Amerika for å utvikle kapasitet på nasjonal nivå for å bidra til utvikling av ICNP®

1996 Alfa-versjonen av ICNP® ble publisert. Den inneholdt en klassifikasjon av sykepleiefenomener (fenomener som sykepleiere diagnostiserer) og en klassifikasjon av sykepleieintervensjoner.

1997 Ved ICNs 21st Quadrennial Congress i Vancouver, var ICNP® tema i en plenums sesjon og flere postere. Fokusgrupper var samlet for å innhente mer informasjon for utviklingen av ICNP®.

1998 Den andre workshop om ICNP®. – Asia/Stillehavsregionen, avholdt i Taiwan i september.

1999 Publisering av ICNP® Beta-versjonen.

2000 ICN etablerte et ICNP®-program med tre funksjonsområder: kommunikasjon og markedsføring, forskning og utvikling, og koordinering og ledelse av programme.

2000 ICNP® Konferanse for oversettelse og granskning. Sponset av Telenurse og ICN i Coimbra, Portugal.

2000 Evalueringskomiteen i ICNP® etablert.

2000 Første nyhetsbrev fra ICNP® publisert.

2000 ICNP® var tema for en plenumssesjon og for presentasjoner om forskning ved 22nd Quadrennial Congress i København.

2001 Publisering av ICNP®s granskningsprosess: Hvordan delta?

2001 Publikasjon av ICNP® Beta 2-versjon.

2002 Etablering av ICNs akkrediterte sentre for ICNP® forskning og utvikling.

2002 ICNP®s Strategisk rådgivende gruppe etablert.

2003 Akkreditering av Deutschsprachige ICNP® Nutzergruppe (Den tyskspråklige ICNP®-gruppen) som det første ICN-akkrediterte ICNP® forsknings- og utviklingssenter.

2004 Første nedtelling til ICNP® Versjon 1 publisert.

2005 Akkreditering av Forskningssenter for sykepleiepraksis ved Universitetet i Canberra og Canberra sykehus – ICN-akkreditert ICNP®-senter.

2005 Akkreditering av Chilensk senter for ICNP® forskning og utvikling, i samarbeid med Sykepleieavdeling ved University of Concepción (Concepción universitet?).

2005 ICNP® panelpresentasjon, workshop, og senter-konsortiums møte og mottagelse ved ICN 23. Quadrennial Congress i Taiwan.

2005 Publisering av ICNP® Versjon 1.

Selv om ICNP® fortsetter å utvikle seg videre og det mer å gjennomføre, er det blitt utført betydelige prestasjoner de siste 15 år. I følge Margretta Styles' refleksjoner (2003) er det tydelig at ICNP® fremskynder synlighet av sykepleie. Dr. Styles påpekte at "Through this instrument (ICNP), nursing emerges from shadow to foreground; from facilitator to partner; from empowering to empowered".

KAPITTEL 2 – UTVIKLING AV ICNP®

Hva er ICNP®?

Definisjonene i ICNP® har utviklet seg i takt med utviklingen av selve terminologien. Da Alfa-versjonen av ICNP® ble lansert i 1996, ble det hevdet at ICNP® kunne tilby et vokabular, en ny klassifikasjon for sykepleie og et rammeverk hvor eksisterende vokabularer og klassifikasjoner. Det skulle kryssrefereres (Kryssreferanser gir mulighet for å mappe til andre klassifikasjonssystemer) for å gjøre det mulig å sammenligne sykepleiedata innsamlet ved bruk av andre anerkjente sykepleievokabularer og -klassifikasjoner. ICNP® ville være et fellesrammeverk dekkende for det å navngi, sortere og knytte sammen de fenomener som beskriver sykepleiepraksis som omfatter hva sykepleiere gjør, relatert til bestemte behov, for å komme fram til bestemte resultater (ICN 1996).

Det er viktig i ICNP® hvordan den er relatert til eksisterende terminologier innen sykepleie og helsetjenesten. Disse relasjonene er også under utvikling, og vil fortsette å være et hovedfokus i utviklingen.

ICNP® Beta-versjonen ble lansert i 1999. Den ga anledning til å utvide deltagelsen i den pågående utviklingen av ICNP®. De sykepleierne som arbeidet med ICNP® Beta-versjonen foreslo mange forandringer. Gjennomgangen og tilbakemeldingene resulterte i publisering av ICNP® Beta 2-versjonen i 2001. Forandringene var hovedsakelig av grammatikalsk art, kodekorrigeringer eller –forandringer, og definisjonskorrigeringer (ICN 2001).

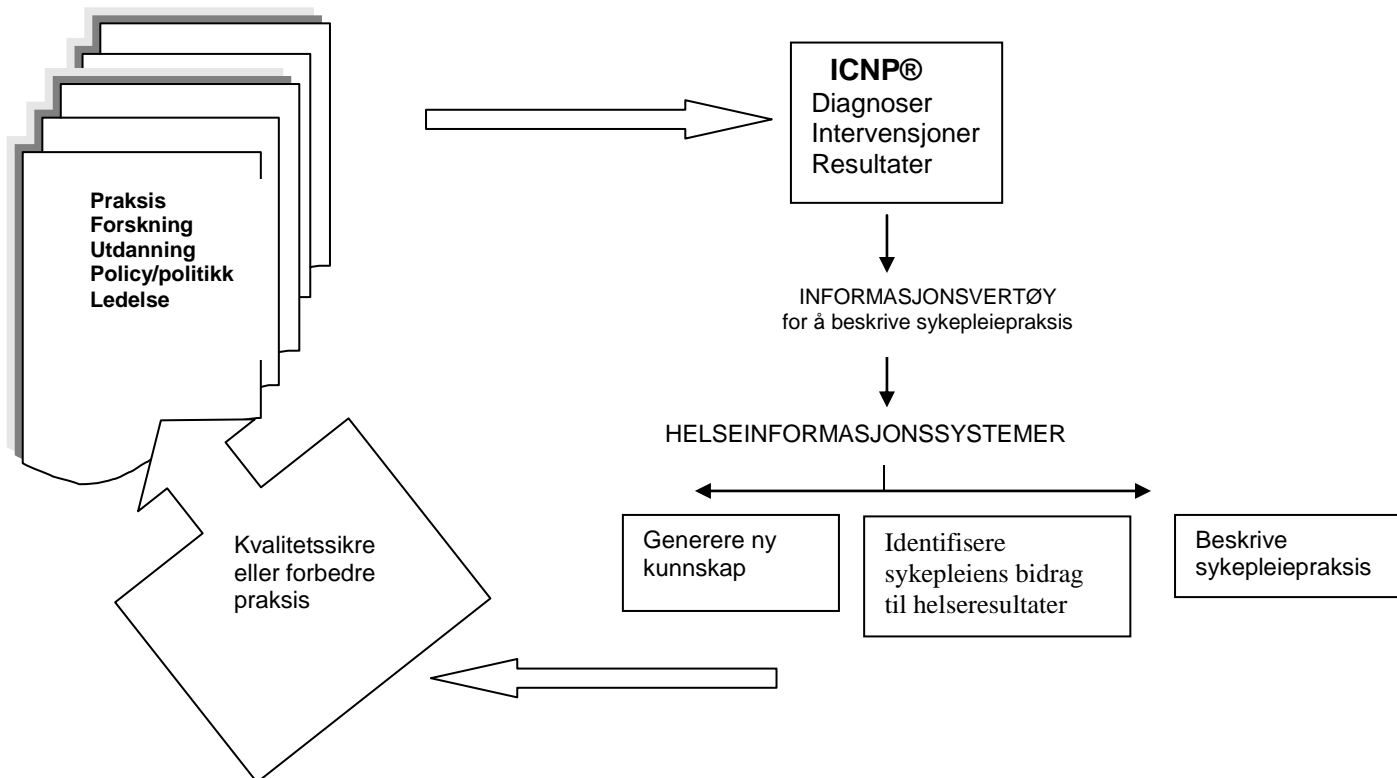
Programplanen til ICNP® fra desember 2000 definerte ICNP® som en kombinatorisk terminologi for sykepleiepraksis som muliggjør kryssreferanser mellom lokale uttrykk og eksisterende vokabularer og klassifikasjoner. ICNP® fungerte som et informasjonsverktøy for å beskrive sykepleiepraksis og framskaffe data som kunne representere sykepleiepraksis i omfattende helseinformasjonssystemer (ICN 2001) (se figur 2). ICNP® var tenkt brukt for å synliggjøre sykepleiepraksis i helseinformasjonssystemer. ICNP® var også ment brukt for å beskrive og integrere sykepleie i forskning, utdanning, administrasjon og ledelse i helsevesenet, og i utvikling av helsepolitikk.

Ved introduksjonen av ICNP® Beta 2-versjonen i 2001 ble ICNP® operasjonelt definert som en klassifikasjon av sykepleiefenomener, -handlinger og -resultater som beskriver sykepleiepraksis (ICN 2001). Sykepleiefenomener ble definert som helseaspekter relevant for sykepleiepraksis. I Beta 2-versjonen var det to klassifikasjonsstrukturer: én for sykepleiefenomener (for å representere sykepleiediagnoser og -resultater), og én for sykepleieintervensjoner. ICNP® Beta 2-versjonen var en kombinatorisk terminologi med en multi-aksial struktur.

I Beta 2-versjonen var det åtte akser i klassifikasjonens struktur for sykepleiefenomener og ytterligere åtte akser i klassifikasjonens struktur for sykepleiehandlinger. En sykepleiediagnose ble definert som den beskrivelsen en sykepleier gir avgjørelsen om et sykepleiefenomen som fokus for sykepleieintervensjoner. Ved bruk av ICNP® Beta 2-versjonen ble en sykepleiediagnose formulert ved å sette sammen begreper hentet fra klassifikasjonsstrukturen for sykepleiefenomener. Sykepleieresultater ble definert som

måling av, eller statusen til, en sykepleiediagnose ved bestemte tidspunkter i etterkant av en sykepleieintervensjon. Klassifikasjonsstrukturen for sykepleiefenomener ble derfor brukt også til å formulere sykepleieresultater. Sykepleieintervensjoner ble definert som handlinger iverksatt som respons til sykepleiediagnoser med den hensikt å komme fram til et sykepleieresultat. En sykepleieintervensjon var satt sammen av konsepter hentet fra klassifikasjonsstrukturen for sykepleiehandlinger.

Figur 2: ICNP® Informasjonsverktøy



Strategier for å videreutvikle ICNP® Beta 2 til Versjon 1

ICNP® forskning og spredning

Etter lanseringen ble Beta 2-versjonen av ICNP® i utstrakt grad tatt i bruk og analysert ved praksissteder over hele verden. ICNs nettsted for ICNP®-programmet (<http://www.icn.ch/database1.htm>) omfatter en database om forskning og utviklingsprosjekter i forbindelse med ICNP®. Databasen omfatter sammendrag og kontaktpersoner for mer enn 65 prosjekter fra hele verden. Eksempler på typer av ICNP®-prosjekter er: 1) Valideringsstudier, 2) prosjekter med demonstrasjon av databaserte informasjonssystemer, 3) forsknings- og evalueringsteam og 4)

kryssreferanse-prosjekter. I tillegg omfatter ICNs nettsted en referanseliste med over 100 publikasjoner om ICNP® (<http://icn.ch/bib-icnp-references.htm>).

”ICNP® Country Project” finansiert av W. K. Kellogg Foundation

I 1994 møttes sykepleiere fra ni land i Afrika, Nord-Amerika og Sør-Amerika i Tlaxcala, Mexico for å vurdere forslag for utvikling av et informasjonsverktøy som skulle støtte kommunalt baserte sykepleieprogrammer og systemer for sykepleie i primærhelsetjenesten. Møtet var arrangert av Det internasjonale sykepleieråd (ICN) og finansiert av W. K. Kellogg Foundation. Dette møtet ble sett på som et viktig steg i ICNP®-prosjektet.

”ICNP® Country Project” kom som et resultat av dette møtet, sponset av stiftelsen W. K. Kellogg Foundation. Prosjektets målsettinger var: 1) å generere og spre modeller for sykepleieprosesser i disse landene, som kunne brukes til å belyse sykepleiespråket i kommunehelsetjenesten systemer, 2) å samle og sikre innlemmelsen av sykepleietermer fra kommunehelsetjenesten tjenester i ICNP®, 3) å ha en mekanisme på plass på nasjonalt nivå som vil gjøre deltagerland i stand til å fortsette med å bidra til ICNP® med sykepleietermer fra kommunehelsetjenesten etter at prosjektet er avsluttet og 4) å øke anerkjennelsen hos sykepleieprofesjonen og helsemyndighetene i de involverte landene av behovet for å inkludere data relatert til sykepleiepraksis i helseinformasjonssystemer.

Landene som ble sponset av W. K. Foundation var Botswana, Brasil, Chile, Colombia, Mexico, Sør-Afrika, Swaziland og Zimbabwe. Prosjektet resulterte i utviklingen av ICNP®-nettverk innenfor hvert land, og også på tvers av de latin-amerikanske og sør-afrikanske regionene. Disse landene utførte forskning gjennom arbeidsgrupper som etablerte metodologier og testinstrumenter for å identifisere og validere begreper fra primærhelsetjenesten. Deres arbeid resulterte i at mange nye termer og definisjoner ble inkludert i ICNP® Versjon 1. ICNP®-forskning og relaterte aktiviteter pågår fortsatt i mange av disse landene i dag.

Øversettelse av ICNP®

En konferanse for ICNP®-oversettere og -granskere sponset av Telenurse og ICN ble avholdt i Coimbra, Portugal i 2000. Deltagerne delte resultatene av sine granskninger av oversettelsesinnhold og spørsmål relatert til prosessen med hverandre. Resultatene av denne konferansen utgjorde et større bidrag til ICNP® Versjon 1.

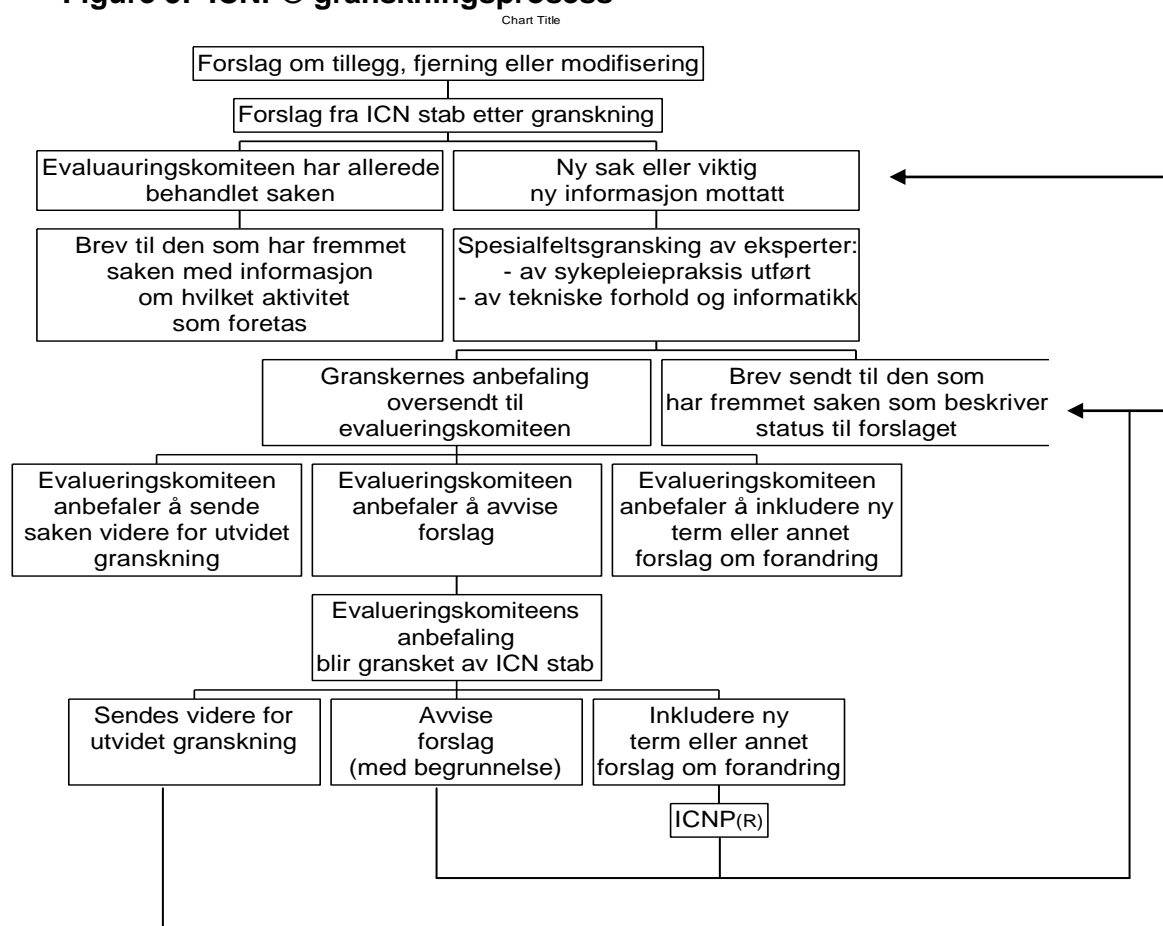
I november 2003 var det over 20 oversettelser av ICNP® Beta-versjonen. Landene som deltok i oversettelsesarbeid var Østerrike, Bosnia-Herzegovina, Brasil, Bulgaria, Kroatia, Tsjekkia, Danmark, Estland, Tyskland, Hellas, Ungarn, Italia, Japan, Korea, Litauen, Nederland, Norge, Polen, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spania, Sverige, Sveits, Taiwan og Thailand. Sykepleiere i disse landene prioriterte oversettelse for: 1) bruken av ICNP® i helsetjenestetilbud og 2) evaluering av ICNP® i forberedelsen av lanseringen av ICNP® Versjon 1.

ICNP®s evalueringskomité

Samtidig med forskningsstudiene relatert til ICNP®, ble det i 2000 dannet en ICNP® evalueringskomité for å framskaffe en formell granskning, konsultasjon og anbefalinger til ICN med det formål å revidere Beta 2-versjonen i forberedelsen av ICNP® Versjon 1. Det første ansvaret evalueringskomiteen for ICNP® fikk var å etablere en granskingsprosess for ICNP® (se figur 3). På dette tidlige stadiet fikk ca. 100 eksperter på sykepleiepraksis, som representanter for over 25 land, oppgaven med å pilotere granskingsprosessen for termer og definisjoner i ICNP®. I november 2003 var mer enn 100 granskninger av nye termer og definisjoner fullført.

Noen eksempler på nye termer presentert for ICNP®-programmet var: Utvikling av lokalsamfunn (Botswana og Columbia), Familekrise (Chile), Hjemløshet (Sør-Afrika), Temporær bosettinger (Sør-Afrika) og Frekvens av lese- og skriveferdigheter (Botswana). Mens ICNP® Versjon 1 er i ferd med å bli publisert, er det mer enn 160 granskningsekspert på sykepleiepraksis, som representanter for over 40 land, som deltar i prosessen med granskning av ICNP®. Mer enn 300 granskninger av termer og definisjoner er blitt utført gjennom denne prosessen.

Figure 3: ICNP® granskingsprosess



ICNP® som system for et forent sykepleiespråk

Etter hvert kom Beta 2-versjonen av ICNP® i mer utstrakt bruk og sykepleiergrupper genererte oversettelser og analyserapporter. Dette bidro til at ICNP® som hadde mål om å utvikle et system for et forent sykepleiespråk ikke var oppnåelig ved de eksisterende klassifikasjonsstrukturer og strategier. Noen sykepleiere brukte Beta 2-versjonen direkte, mens andre brukte andre eksisterende vokabularer enn ICNP®. Andre igjen brukte Beta 2-versjonen som en ressurs for utvikling av nye lokale vokabularer.

ICN fortsatte imidlertid å ta ansvar for å samle data fra hele verden med den hensikt å framskaffe konsekvent og gyldig informasjon om sykepleiepraksis og pasient- eller klientresultater. ICNP®-programmets visjon var å ha sykepleiedata lett tilgjengelige og i bruk i helseinformasjonssystemer over hele verden. For å følge denne visjonen, ville ICNP® trenge: 1) å representere eksisterende sykepleievokabularer, 2) å fortsette med å støtte en Beta 2 -type aksial representasjon og 3) å legge til rette for utvikling av lokale vokabularer som kunne utledes fra ICNP®. I tillegg, noe som var viktig for ICN, ville ICNP® Versjon 1 måtte være i stand til å identifisere likheter og forskjeller mellom de ulike representasjonene for å kunne sammenligne og kombinere data fra forskjellige kilder.

ICNP® Versjon 1

I 2002 anbefalte ICNP®s strategiske rådgivergruppe at ICN skulle igangsette en undersøkelse av i hvilken grad programvare for informasjonssystemer kunne bli brukt for å understøtte den stadig mer komplekse utviklingen og vedlikeholdet av ICNP®. Studien etterspurte meninger hos eksperter innenfor området helsefaglige vokabularer på verdensbasis. Studien tok sikte på å sikre at ICNP® Versjon 1 var i overensstemmelse med eksisterende og juridiske standarder for vokabularer. De viktigste anbefalinger fra studien var: 1) å sørge for et mer formelt grunnlag for ICNP® og 2) å bruke programvare som var i stand til å tilfredsstille moderne, aksepterte kriterier for et fullt ut anvendbart vokabular. Eksempler på disse kriteriene var: 1) å unngå redundans mellom termer, 2) å unngå tvetydighet mellom termer og 3) å sikre at koder assosiert med termer i et vokabular ikke reflekterer den hierarkiske strukturen i vokabularet. Beta- og Beta 2-versjonene av ICNP® hadde ikke konsekvent imøtekommet disse godtatte kriteriene.

ICNP® Versjon 1 er mer enn bare et vokabular. Den er en ressurs som kan tilpasse eksisterende vokabularer (gjennom kryssreferanser), som kan bli brukt til å utvikle nye vokabularer (som en komposisjonell terminologi), og som kan identifisere relasjoner mellom begreper og vokabularer (som en referanseterminologi). ICNP® Versjon 1 gjenspeiler viktige reformuleringer med sikte på å gjøre klassifikasjonssystemet teknisk sett mer robust, men samtidig tilgjengelig for sykepleierbrukeren.

ICNP® Versjon 1 går lengre enn bare en enkel multi-aksial struktur ved å anvende beskrivelseslogikk, "description logic approach". ICNP® Versjon 1 er utviklet ved hjelp av Web Ontology Language (OWL) innenfor ontologiutviklingsmiljøet (ontology development environment), ved hjelp av programmet Protégé. ICN erkjenner at mens slike teknologiske kompleksiteter er nødvendige for å utvikle og vedlikeholde ICNP®

Versjon 1, er det for de fleste mennesker ikke relevante. Derfor vil de forbli skjult for majoriteten av brukere. Et utdrag av ICNP®s ”inferred hierarchy” er presentert i Vedlegg 3.

Også i 2002, i evalueringskomiteen til ICNP®, basert på tilbakemeldinger og gjentatte anbefalinger, ble et nytt sett av akser foreslått som kunne slå sammen de åtte aksene fra klassifikasjonsstrukturen for sykepleiefenomener med de åtte aksene fra klassifikasjonsstrukturen for sykepleiehandlinger. Den nye og forenklede 7-aksemodellen var utledet fra ICNP® Versjon 1. Hensikten med 7-aksemodellen er å sørge for brukervennlig tilgang til begreper og definisjoner i ICNP®. Mange av disse definisjonene er blitt revidert gjennom granskningsprosessen i ICNP®. Relasjoner mellom den nye 7-aksemodellen og Beta 2-versjonen er vist i tabell 1.

Tabell 1: Relasjoner mellom 7-aksemodellen og Beta 2-versjonen

	ICNP® Beta 2-akser
Fokus	Fokus for sykepleiepraksis
Vurdering	Vurdering, Sannsynlighet
Tid	Varighet, Frekvens, Tid, Hendelse fra Mål
Lokalisasjon	Lokalisasjon, Kroppssteder, Topologi, Kroppsdeler fra Mål, Infrastruktur fra Fokus
Middel	Midler, Administrasjonsveier, Gjenstander (f.eks. utstyr) fra Mål
Handling	Handlingstype
Klient	Bærer, Mottager, Individ fra Mål

Kataloger fra ICNP® Versjon 1

7-aksemodellen vil bli brukt av sykepleiere for å skape sykepleiediagnose-, intervensjons- og resultatutsagn for bruk i praksis. Etaten for ICNP®-programmet vil samle og kode disse utsagnene, og de vil bli organisert i ICNP®-kataloger. ICNP®-kataloger er definert som målspesifikke undergrupper av sykepleiediagnoser, -intervensjoner og -resultater for et utvalgt felt eller spesialisert område av praksis.

Katalogene kan fylle et praktisk behov i bygging av manuelle eller elektroniske pasientjournalssystemer, med alle fordelene ved å være del av et forent språkssystem. Et eksempel på en ICNP®-katalog om tilslutning til behandling er vist i Vedlegg 4. Andre modeller og kataloger vil bli tilgjengelige etter hvert som forsknings- og utviklingsaktiviteter knyttet til ICNP® Versjon 1 går sin gang.

KAPITTEL 3 - ICNP® SOM ET DYNAMISK SYSTEM FOR SYKEPLEIE

Lanseringen av ICNP® Versjon 1 gjør sykepleiere over hele verden i stand til systematisk å dokumentere sitt arbeid med klienter/pasienter, familier og lokalsamfunn ved å bruke

standardiserte sykepleiediagnoser, -intervensjoner og -resultater. I tillegg, fordi ICNP® Versjon 1 er utviklet som et system for et forent sykepleiespråk og en komposisjonsterminologi, kan sykepleiere kryssreferere ("mappe") lokale, regionale eller verdensdekkende klassifikasjonssystemer til ICNP® Versjon 1. ICNP®: 1) tillater bruk av lokalt, alminnelig språk og kryssreferering ("mapping") til en standard mening, 2) standardiserer meningen, eller definisjonene, av termene og 3) identifiserer synonymer og foretrukne termer. Muligheten for å kryssreferere ICNP® til andre klassifikasjonssystemer betyr at utviklingen med viktige bidrag fra eksisterende systemer kan fortsette, både ved å informere ICNP® og bli informert om utviklingen i ICNP®.

Helsetjenesten er svært dynamisk, da det både er gjenstand for sin egen drivkraft og utvikling og for de stadige forandringene i de politiske, økonomiske og sosiale kreftene som former livene til individer og samfunn over hele verden. ICNP® må derfor være dynamisk og responderende for fortsatt å kunne fange opp sykepleiepraksis i årene framover.

Hovedaktørene i dette prosjektet vil være sykepleiere som 1) bruker ICNP® i sin praksis, 2) fungerer som ekspertgranskere for anbefalte forandringer i ICNP®, 3) oversetter ICNP® til et passende språk for lokal bruk, 4) deltar i den mer omfattende, pågående evaluering av ICNP® og 5) arbeider sammen for å utvikle brede strategier og formål som skal sikre ICNP® global relevans. I tillegg vil det være pedagoger, informasjons- og informatikkspesialister, utviklere av programvare og maskinvare og eksterne sponsorer involvert i det kontinuerlige arbeidet med produktforbedring og global distribusjon. Og til slutt, et systematisk og bredt basert forsknings- og utviklingsprogram vil sikre solid oppmerksomhet rundt ICNP®s vitenskapelige basis.

Oversettelse av ICNP® Versjon 1

Oversettelser av ICNP® Beta-versjonen er allerede tatt i bruk, som nevnt i forrige kapittel. En stor del av arbeidet med disse oversettelsene kan fortsatt komme til nytte ved at de blir konvertert til ICNP®s 7-aksemmodell. Oversettelse av ICNP® er svært utfordrende og understreker behovet for et felles språk. Sykepleiebegreper blir ikke nødvendigvis forstått på tvers av kulturer og land som har samme språk (f.eks. Tyskland og Østerrike, Chile og Spania, Brasil og Portugal), og langt mindre når språkene er forskjellige. I tillegg varierer språket i sykepleiepraksis innenfor og på tvers av spesialiteter og deler av helsevesenet.

En annen utfordring i forbindelse med oversettelser er behovet for å beholde den publiserte betydningen av en term eller definisjon. ICNP®s logiske og tekstuelle definisjoner kan være nyttige i validering av begrepenes betydning på tvers av oversettelser. ICNP®s program holder på å utvikle noen verktøy for å lette oversettelsen av 7-aksemmodellen av ICNP® Versjon 1. For eksempel kan et kart som viser koder, begreper og definisjoner i ICNP® Beta 2-versjonen som korresponderer med koder, begreper og definisjoner i ICNP® Versjon 1 være til hjelp i overgangen til den nye versjonen og identifisere muligheter for gjenbruk av deler av Beta 2- oversettelsene der det passer. Dette settet med kryssreferanser fra Beta 2-versjonen til Versjon 1 vil også ta vare på verdien av alle historiske data, slik at folk kan fortsette å bruke Beta 2-versjonen direkte og flytte over til den nye 7-aksemmodellen når de er klare for det. Og til slutt,

ICNP®-programmet planlegger å gi ut en publikasjon, *Retningslinjer for oversettelse av ICNP®*), senere i løpet av 2005.

Granskningsprosessen for ICNP® Versjon 1

Evalueringskomiteen for ICNP® publiserte *ICNP® Review Process: How to Participate*, i 2001. Granskningsprosessen var ment å være hovedsaklig deltagelsesbasert og utført i samarbeid med ICNs medlemsland. Deltagelse i granskningsprosessen er åpen for teoretikere og klinikere innen sykepleie og helsevesen på verdensbasis. Det overordnede målet med granskningsprosessen er å få en klinisk relevant, valid og nyttig klassifikasjon av sykepleiepraksis som frambringer data som er sensitive for kulturell variasjon og lokale forhold.

Granskningsprosessen for ICNP® inkluderer gjennomgang utført av sykepleieeksperter som undersøker alle forslag relatert til termer og definisjoner i ICNP®. Eksperter på slik granskning meldte seg frivillig fra mange forskjellige land, og de er organisert etter klinisk spesialitet (f. eks. kommunehelsetjeneste, jordmorvirksomhet). Hvert forslag blir sendt ut til fire personer for gjennomgang, (se figur 3, kapittel 2). Det er påkrevd et minimum av tre personer som gjennomgår hvert forslag. Anbefalingene fra de som har gjort granskningen blir så sendt videre til evalueringskomiteen i ICNP®.

Dersom et forslag lagt fram for ICNP®-programmet er av teknisk art, slik som forandring i strukturen til ICNP®, blir forslaget sendt ut til den Tekniske eller til Informatikk granskning (ICNP® Technical or Informatics Review). Informatikkeksperterne evaluerer forslagene og gir anbefalinger til evalueringskomiteen i ICNP® med hensyn til gjennomførbarhet og implementering. Hovedfaktorene som påvirker alle tekniske revisjoner av ICNP® er standarder og kriterier for terminologier, slik som de fra Den internasjonale organisasjonen for standardisering (the International Organisation of Standardisation) (ISO).

Det er viktig at ICNP®-programmet beholder en transparent og åpen prosess for tilbakemelding og anbefalinger til vurdering. Mange hundre granskninger er blitt gjennomført siden 2000. Mange av revisjonene i ICNP® Beta 2-versjonen som påvirket innholdet i ICNP® Versjon 1 kom fram gjennom granskningsprosessen. Bidragene fra de som la fram anbefalinger og de som gikk gjennom anbefalingene har vært uvurderlige for den pågående utviklingen av ICNP®. Et internasjonalt klassifikasjonssystem som ICNP® krever multiple perspektiver fra sykepleiere representert fra hele verden. Anstrengelser for å utvide denne representasjonen vil fortsette med ICNP® Versjon 1.

Pågående evaluering av ICNP®

Evalueringskomiteen i ICNP® ble dannet i 2000 med den hensikt å danne grunnlag for og koordinere evalueringsprosessen, og ta bestemmelser angående termer og definisjoner som var blitt foreslått av brukere fra hele verden. Komiteens mandat omfattet følgende: 1) assistere ICN i å etablere ICNP®s evalueringsprogram, inkludert prosesser for pågående utvikling og vedlikehold, 2) sørge for periodiske gjennomganger (granskninger) av ICNP® og 3) sørge for konsultasjon og anbefalinger med den hensikt å revidere ICNP® ved bruk av granskninger, tilbakemeldinger, kritikk og forskning.

Granskningsprosessen i ICNP® har vært på plass i fem år (se figur 3, kapittel 2). Medlemmer av evalueringskomiteen og andre deltagere har allerede funnet forbedringsområder gjennom granskningsprosessen. I følge ICNP®-programmet forventes det utgivelse av reviderte retningslinjer for granskningsprosessen til neste år.

Tatt i betraktning de begrepsmessige, strukturelle og tekniske framskritt fra ICNP® Beta 2-versjonen til ICNP® Versjon 1, vil pågående vedlikehold og evaluering bli mer kompleks. Komiteen vil fortsette med å lede granskningsprosessen for termer og definisjoner sendt inn av brukere. I tillegg vil komiteen delta i beskrivelsen og dokumentasjonen av prosessen med katalogutvikling og implementering av ICNP®.

Begrepsapparatet som ligger til grunn for ICNP®s 7-aksemodell og dens klassifikasjoner vil trenge regelmessig gjennomgang og analyse for å opprettholde reliabiliteten og validiteten til ICNP®. For eksempel vil spørsmålet om håndtering av synonymer i terminologien trenge prioritering i ICNP® Versjon 1 og av evalueringskomiteen.

Strategisk oversikt for ICNP®-programmet

ICNs strategiske rådgivningsgruppe (The Strategic Advisory Group) for ICNP®-programmet ble dannet i 2002 med følgende mandat: 1) å sørge for konsultasjon og tilbakemelding med hensyn til ICNP® og ICNP®-programmet, inkludert evaluering av programplanen og 2) å vurdere og anbefale ideer for videreutvikling av ICNP® og ICNP®-programmet. Når det gjelder det andre punktet i mandatet, var den strategiske rådgivningsgruppen aktiv i anbefalingen av å bruke programvare (Protégé) i det pågående vedlikeholdet av ICNP® Versjon 1.

På de årlige møtene gjennomgår gruppemedlemmene ICNP®s programplan. Femårsplanen kategoriserte mål i tråd med tre større aktivitetsgrupperinger: 1) forskning og utvikling, 2) koordinering og programstyring og 3) kommunikasjon og markedsføring (se figur 1, innledning). Medlemmene i gruppen fikk ansvar for å gå gjennom og analysere de forskjellige målsettingene og aktivitetene i planen, komme med anbefalinger til ICNs administrerende direktør eller til direktøren for ICNP®-programmet når det er relevant, og ta individuelt ansvar for strategisk konsultasjon i spesielle spørsmål.

Sykepleieledere og utdanningspersonell og ICNP®

Vellykket bruk av ICNP® avhenger av informasjonsstøtte på tvers av sykepleiefaget. I tillegg til at sykepleierne bruker ICNP® i klinisk praksis, er det viktig at sykepleielederne støtter ICNP®. Den strukturerte informasjonen om sykepleiepraksis som blir generert av ICNP® kan brukes i forbindelse med andre styringsdata som grunnlag for elektronisk beslutningsstøtte. Dette gjelder styring av arbeidsmengde og andre beslutninger som administratorer gjør daglig når det gjelder strukturer og prosesser for levering av helsetjenester.

Høgskolepersonell i klinikk eller academia kan integrere ICNP® i sine utdanningsprogrammer relatert til sykepleie på tvers av spesialistområder innen helsevesenet og dokumentasjonen av sykepleiepraksis. Som en standardisert terminologi kan ICNP® lette forståelsen av begreper for sykepleiepraksis på tvers av nivåene som sykepleiestudentene befinner seg på. Sykepleieutdanningen kan bruke ICNP® som et konsekvent grunnlag for dokumentasjon av sykepleiepraksis i klinikken.

Helseinformatikk og terminologiekspertoer

Informatikk er avgjørende for ICNP®, da den blir tatt i bruk i et økende antall områder over hele verden, siden teknologiske muligheter og internasjonale standarder fortsetter å ekspandere for helsetermer, begreper og relasjoner innad i terminologiene. ICNP®-programmet vil fortsette å involvere eksperter på helseinformatikk og terminologistandarder som konsulenter og på et operasjonelt nivå.

Å bruke ICNP® for å beskrive og sammenligne sykepleiepraksis internasjonalt i utvalgte fokusområder vil være et hovedfokus for ICNP®-programmet med Versjon 1. Dette vil innebære bruk av ICNP® i helseinformasjonssystemer, videreutvikling av ICNP®-kataloger og kryssreferanser mot eksisterende terminologier, og formulering av metodologi for datasamling og analyse.

Forskning og utvikling for ICNP®-programmet

ICNs oppgave er å representere sykepleie over hele verden, videreutvikle faget og påvirke helsepolitikken. ICNP® er kompatibel med denne oppgaven og vil lette generering av informasjon og kunnskap om sykepleie. Denne informasjonen om klinisk sykepleiepraksis kan brukes sammen med andre ICN-data om sykepleiere, slik som nasjonale myndighetskrav eller migrasjonsmønstre, for å videreutvikle faget og påvirke beslutningstaking og helsepolitikk.

Mens ICNP®-programmet fortsatt videreutvikles, og med lanseringen av ICNP® Versjon 1, er behovet for kontinuerlig utvikling, i betydningen ny kunnskap innenfor sykepleievitenskap, informatikk og helseterminologier, absolutt tydelig og i samsvar med ICNs filosofi. Den strategiske rådgivningsgruppen i ICNP® vurderte i 2002 den langsiktige strategien for ferdig utviklede ICNP® forsknings- og utviklingsentre (Research & Development Centres). I 2003 ble et dokumentutkast for ICNP®-entre diskutert i detalj av den strategiske rådgivningsgruppen.

Konseptet om ICN-akkrediterte sentre for ICNP®-relatert forskning og utvikling ble validert med et dokument som definerte og beskrev sentre med hensyn til fordeler, forpliktelser, metoder for anvendelse, og senterledelse og -evaluering. Sentre ville fokusere på ICNP®s forsknings- og utviklingsprosjekter spesifikke for sine omgivelser, men de ville også være medlemmer i ICNP®-sentrenes konsortium (ICNP® Centres Consortium) Dette konsortiet ville bestemme ICNP®s forskningsprioriteringer, ICNP®s utviklingsprioriteringer, f.eks. kataloger, og styrke spredning av forskningsfunn. Gjennom konsortiet ville sentrene være i stand til å styrke sykepleie og helse lokalt, regionalt og

globalt. Det første konsortium-møtet til ICN-akkrediterte forsknings- og utviklingssentre fant sted på ICN-kongressen i 2005 i Taipei, Taiwan. Konsortium-møter vil bli holdt hvert andre år i forbindelse med ICNs konferanser/kongresser.

Et ICN-akkreditert senter for ICNP®-relatert forskning og utvikling er en institusjon, et fakultet, en avdeling, nasjonal organisasjon eller annen gruppe som imøtekommer ICNs kriterier og er blitt utnevnt av ICN som senter for forskning og utvikling. Sentrene kan være organisert på en rekke nivåer, inkludert, men ikke begrenset til, nasjonale, med flere land, regionale og globale nivå. Sentrene kan være organisert etter hvilken som helst kategorisering som er meningsfull i forhold til arbeidet. For eksempel kan ICNP®-sentrene være organisert etter språk, spesialitetsområde eller forskningsekspertise.

I juni 2005 var tre ICN-akkrediterte sentre for ICNP®-relatert forskning og utvikling blitt godkjent. Geografi og språk var de viktigste fellestrekkene ved disse sentrene. Det første var Die Deutschsprachige ICNP® Nutzergruppe (Den tyskspråklige ICNP®-brukergruppe) med representasjon fra Tyskland, Østerrike og Sveits. Deretter fulgte Canberra Hospital and University of Canberra Research Centre for Nursing Practice, ICNP® Research & Development Centre (Australia) og the Chilean Centre for ICNP® Research & Development ved Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción (Chile).

Utvikling av kataloger i ICNP®

Behovet for at ICNP® skal være lett å bruke i dokumentasjon av helsehjelp har vært erkjent siden starten av ICNP®-programmet. Det er en klar forståelse for at sykepleiere trenger relevante sett av preformulerte utsagn om sykepleiediagnoser, -intervensjoner og -resultat lett tilgjengelig for å lette dokumentasjonen av sykepleiernes helsehjelp.

Vanligvis praktiserer sykepleiere som arbeider med pasienter, familier eller i lokalsamfunnet innenfor spesifiserte områder av helsevesenet, f.eks. kommunehelsetjeneste, kirurgi, barsel, onkologi og andre spesialiteter. I tillegg krysser noen sider ved sykepleiepraksis mange spesialiteter, slik som tilslutning til behandling eller smertemestring. Kataloger vil bestå av undergrupper av sykepleiediagnoser, -intervensjoner og -resultater for et utvalgt eller spesialisert praksisområde.

ICNP®-kataloger vil imøtekomme dette behovet for at det skal være lett å bruke. Prioriteringer når det gjelder ICNP®-kataloger omfatter:

- Tilslutning til (i samsvar med) behandlingen
- Mental helse (begynne med unge jenter)
- Kardiovaskulær sykdom (begynne med hjertesvikt)
- HIV/AIDS (begynne med hjemmesykepleie)
- Onkologi
- Familiesykepleie
- Kvinnehelse
- Urininkontinens

Med lanseringen av ICNP® Versjon 1 vil arbeidet med katalogutvikling begynne. Et eksempel på sykepleiediagnoser, -intervensjoner og -resultater som vil bli inkludert i en ICNP®-katalog om behandlingstilslutning er vist i Vedlegg 4.

KAPITTEL 4 – 7-AKSEMODELLEN AV ICNP® VERSJON 1

Behovet for ICNP® er motivert av en rekke faktorer, deriblant: 1) den økende bruken av databaserte informasjonssystemer i kliniske miljø, 2) utviklingen i retning av elektronisk pasientjournal og 3) vektleggingen av og behovet for teknologi som støtte for evidensbasert praksis. Kliniske informasjonssystemer må fange opp variabler for sykepleiepraksis når man setter sammen beslutningsstøtte og forbedringer i arbeidsflyt som fører til forbedrede resultater i helsevesenet. Sykepleiere må delta i den teknologiske utviklingen, inkludert utvikling av terminologistandarder, slik som ICNP®.

Informasjonsrevolusjonen redefinerer helsehjelp. Den måten globaliseringen tar form når det gjelder helse er klar for å bli utfordret. Sykepleie bør forskes på, diskuteres og fremmes for måter å trekke fordeler av potensielle muligheter. Med økt globalisering må sykepleiere møtes på et internasjonalt nivå for å imøtekomme egne behov for kommunikasjon og data. ICNP® vektlegger behovet for en samlet tilnærming for å fremme integrering og harmonisering av multiple sykepleieterminologier på tvers av land og språk.

Et forent system for sykepleiespråk

Motivasjonen for et forent system for sykepleiespråk er først og fremst å være i stand til å kommunisere og sammenligne sykepleiedata på tvers av miljø, land og språk. Disse data kan bli brukt til klinisk beslutningsstøtte, evaluering av sykepleie og pasientresultater, utvikle helsepolitikk og generere kunnskap gjennom forskning.

Noe som kan gi grunn til bekymring er at det er mange sykepleieterminologier, og på den måten mangler sykepleie muligheten for å sammenligne data på tvers av miljø som bruker forskjellige terminologier. Det er ikke overraskende at det er mange forskjellige strukturerte sykepleievokabularer i bruk rundt om i verden, da sykepleie er et stort domene som omfatter mange spesialiteter og subspecialiteter. Et vokabular må imøtekomme lokale behov for å kunne brukes i sykepleiepraksis. ICN erkjente behovet for en internasjonal standard som kunne lette harmonisering på tvers av miljø og kulturelle grupper og tillate lokal tilpasning og bruk. ICN erkjente også behovet for å sette sammen data fra sykepleiepraksis fra hele verden og inkorporere disse data i sin sykepleieinformasjon. Det forente rammeverket som kan støtte dette er ICNP®.

ICNP® er beskrevet som et forent system for sykepleiespråk. ICNP® må være i stand til å harmonisere og få mening ut av de mange forskjellige terminologibehov hos sykepleiere globalt. Som nevnt i kapittel 2, ICNP® Versjon 1 må være i stand til:

- Å representere eksisterende vokabularer gjennom bruk av ICNP®
- Å fortsette å støtte en multiaksial representasjon
- Å tilrettelegge for utviklingen av lokale vokabularer som er utledet fra ICNP®
- Å identifisere likheter og forskjeller mellom disse forskjellige representasjonene for å kunne sammenligne og kombinere data fra forskjellige kilder

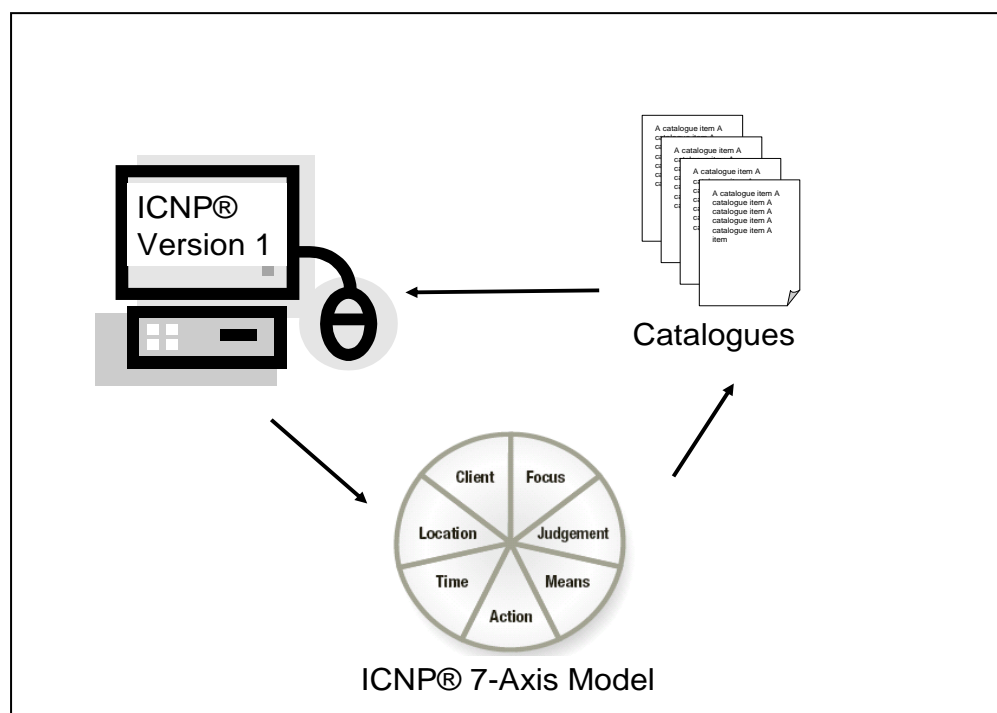
Alle disse behovene kunne ikke bli dekket ved å bruke den tidligere Beta 2-strukturen og de i hovedsak manuelle prosessene rundt den. ICNP® Versjon 1 ble ikke laget som et vokabular i seg selv, men som en ressurs som kan tilpasse eksisterende vokabularer, som kan bli brukt for å utvikle nye vokabularer, og som kan identifisere alle relasjoner mellom dem.

Bruk av 7-aksemodellen

En gjennomgang av tidligere brukere av ICNP® fant at sykepleiere brukte: 1) ICNP® direkte i informasjonssystemer, 2) ICNP® som en ressurs for å utvikle nye lokale vokabularer og 3) andre eksisterende vokabularer enn ICNP® og kryssrefererte så til ICNP®.

Meningen med ICNP®s 7-aksemodell er at det skal bli lettere for sykepleiere fortsatt å bruke ICNP® (se figur 4). 7-aksemodellen har navigerbare hierarkier som gjør bruken enklere. Denne nye aksiale representasjonen er blitt utledet fra en større ressurs, ICNP® Versjon 1, og kan bli brukt til å utvikle ICNP®-kataloger.

Figur 4: ICNP® Versjon 1, 7-aksemodell og kataloger



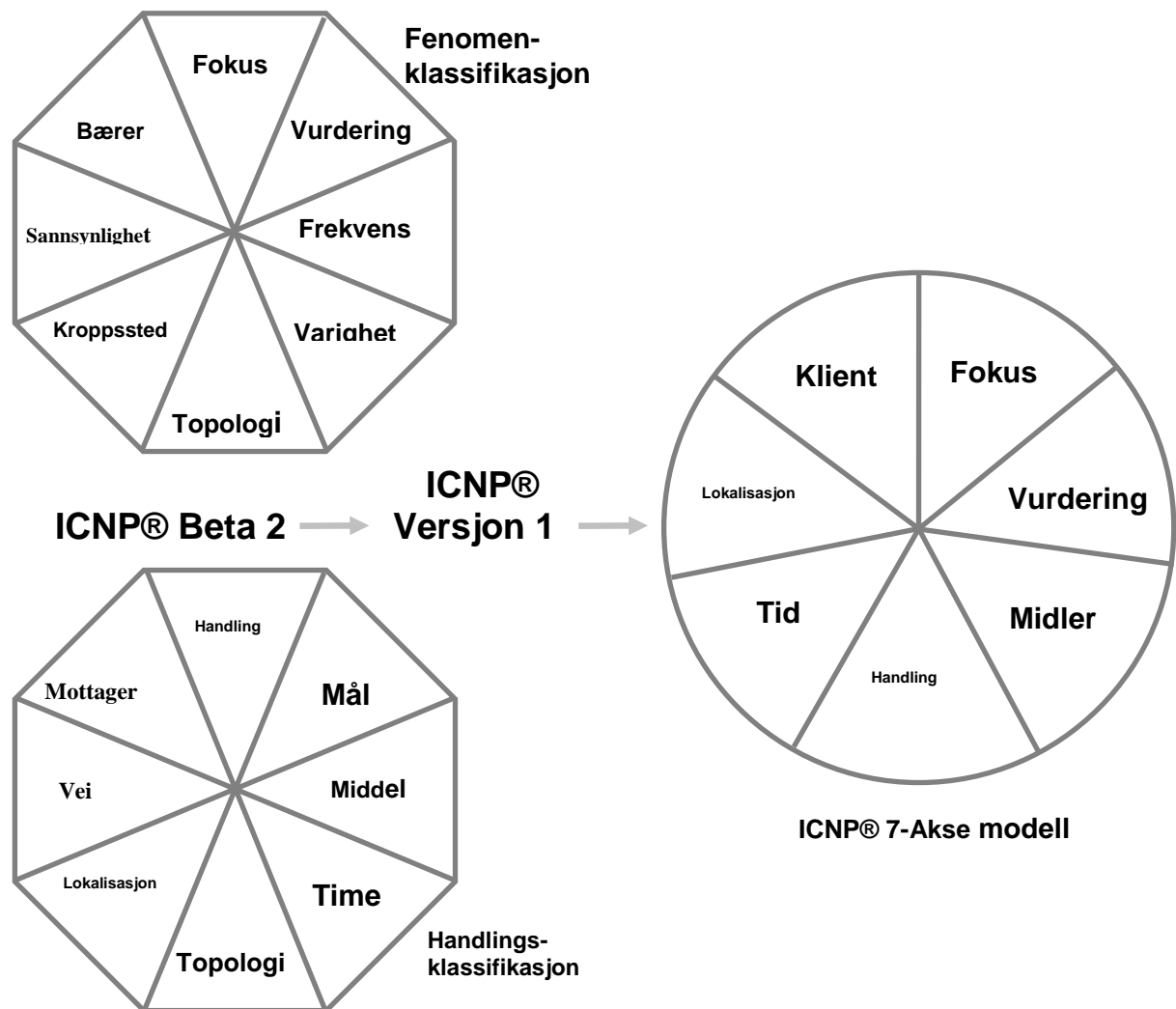
ICNP® Versjon 1 ----- Kataloger ----- ICNP®s 7-aksemodell

Kataloger er definert som sett av ofte brukte utsagn (sykepleiediagnoser, -intervensjoner og -resultater) for spesielle områder av sykepleie (se vedlegg 4 for eksempel). Den nye 7-aksemodellen vil lette prosessen med katalogutvikling og gjøre det til en mer utbredt

form for medvirkning. Dette skjer ved at katalogutviklerne blir utstyrt med en metode for lett å kunne trekke ut og representere meningen bak individuelle katalogtermer for så å gi tilbakemelding til ICNP®-programmet, noe som kan føre til inkludering i ICNP® Versjon 1. Som et forent system for sykepleiespråk og en kompositorisk terminologi vil ICNP® også lette kryssreferering av lokale termer og eksisterende terminologier.

Beta 2-versjonen var laget av to klassifikasjonsstrukturer: 1) klassifikasjon for sykepleiefenomener og 2) klassifikasjon for sykepleiehandlinger. Hver Beta-klassifikasjonsstruktur var satt sammen av åtte forskjellige akser (eller totalt 16 akser). Til forskjell har den nye strømlinjeformede modellen bare én klassifikasjonsstruktur, som er satt sammen av bare syv akser (se figur 5). Fordelene ved den nye strukturen er at den i stor grad forenkler representasjonen, og den løser i utstrakt grad redundansen og tvetydigheten som lå i Beta 2-versjonen.

Figur 5: Fra ICNP® Beta 2 til ICNP®s 7-aksemodell



Definisjonene for hver av de syv aksene i denne representasjonen av ICNP® Versjon 1 er:

- Fokus: Oppmerksomhetsområde som er relevant for sykepleie (for eksempel smerte, hjemløshet, eliminasjon, forventet levetid, kunnskap)
- Vurdering: Klinisk oppfatning eller avgjørelse relatert til fokus for sykepleiepraksis (for eksempel redusert nivå, risiko, forbedret, avbrutt, unormal)
- Middel: En måte eller metode å utføre en intervensjon på (for eksempel bandasjering, blæretreningsteknikk, ernæringsfysiologisk tjeneste)
- Handling: Bevisst prosess brukt overfor eller utført av en klient (for eksempel å undervise, bytte, administrere, overvåke)
- Tid: Punkt, periode, tilfelle, intervall eller varighet av en hendelse (for eksempel innleggelse, barnefødsel, kronisk)
- Lokalisasjon: Anatomisk orientering og plassering av en diagnose eller intervensjon (for eksempel posterior, abdomen, skole, kommunehelsesenter)
- Klient/Mottaker av helsehjelp: Person med en diagnose og som mottar en intervensjon (for eksempel nyfødt, omsorgsgiver, familie, lokalsamfunnet)

Retningslinjer for formulering av ICNP®-utsagn

I likhet med ICNP® Beta 2-versjonen, blir ICNP® Versjon 1 brukt til å representere:

- Sykepleiediagnoser (klient-/pasientstatus, -problemer, -behov, -ressurser),
- Sykepleieintervensjoner (eller sykepleiehandlinger)
- Sykepleieresultater

Hensikten med 7-aksemodellen er å gjøre formulering av utsagnene lettere (diagnoser, intervensjoner og resultater). Disse utsagnene kan bli organisert i meningsfulle sett for sykepleiepraksis og for ICNP®-kataloger. Retningslinjene for å danne ICNP®-utsagn ble utviklet ved bruk av Den internasjonale standardiseringsorganisasjonen: Integrering av en modell for referanseterminologi for sykepleie (ISO 18104, 2003).

Formulering av sykepleiediagnoser og sykepleieresultater (se figur 6a & 6b)

Ved bruk av ICNP®s 7-aksemodell for å danne utsagn om sykepleiediagnoser og sykepleieresultater anbefales følgende retningslinjer:

1. Må inneholde en term fra **Fokusaksen**
2. Må inneholde en term fra **Vurderingsaksen**
3. Kan inneholde tilleggstermer ved behov fra Fokus, Vurdering eller andre akser.

Formulering av sykepleieintervensjoner (se figur 6a & 6b)

Ved bruk av ICNP®s 7-aksemodell for å danne utsagn om sykepleieintervensjoner anbefales følgende retningslinjer:

1. Må inneholde en term fra **Handlingsaksen**
2. Må inneholde minst én **Målterm** En målterm kan være en term fra hvilken som helst akse, bortsett fra Vurderingsaksen
3. Kan inneholde tilleggstermer ved behov fra Handling eller hvilken som helst annen akse.

Eksempler på formulering av sykepleiediagnoser, -intervensjoner og -resultater er vist i figur 6a & 6b. Figurene viser termer fra forskjellige akser som kan kombineres på tvers av en rad for å konstruere et utsagn.

ICNP®-programmet oppfordrer til videre evaluering og testing av disse retningslinjene for å formulere diagnose-, -resultat og intervensjonsutsagn. Det er gjennom testing og bruk av ICNP® at forbedringer fortsatt kan finne sted.

Figur 6a: Eksempler på formulering av sykepleiediagnoser, -intervensjoner og -resultater ved bruk av ICNP®s 7-aksemodell

7 akser	HANDLING	KLIENT	FOKUS	VURDERING	LOKALISASJON	MIDDEL	TID
Sykepleie-prosess							
Sykepleie-diagnose			Mangel på tilslutning til medikamentell behandling	Risiko	I hjemmet	Regime for medikamentell behandling	
Sykepleie-intervensjoner	Forklare	Individ			I hjemmet		
	Undervise		Bivirkning				
	Observere		Tilslutning til medikamentell behandling		I hjemmet	Medisin-dosett	
Sykepleie-resultat			Tilslutning til medikamentell behandling	Aktuelt	I hjemmet		

Figur 6 b: Eksempler på formulering av sykepleiediagnoser, -intervensjoner og -resultater ved bruk av ICNP®s 7-aksemodell

7 akser	HANDLING	KLIENT	FOKUS	VURDERING	LOKALISASJON	MIDDEL	TID
Sykepleie-prosess							
Sykepleie-diagnose		Individ	Obstipasjon	Aktuelt			
Sykepleie-inter-vensjoner	Identifisere	Individ	Eliminasjons-mønster		I hjemmet		
	Vurdere		Smerte		Abdominalt		
	Undervise		Behov for spesiell kost			Kostregime	
	Lære opp		Bivirkning av medisin (laxantium)				
	Administrere				I hjemmet	Klyster	
Sykepleie-resultat			Obstipasjon	Redusert			

Andre terminologier og klassifikasjoner for å beskrive helsehjelp

ICNP® fokuserer på bredden og dybden av kjernebegreper som er essensielle for sykepleiepraksis. Tilleggsbegreper som retter seg mot (beskriver) skjæringspunktet for sykepleie og andre profesjoner og spesialfelter kan være ønskelig. Brukeren av ICNP® kan ønske å referere til andre klassifikasjoner/terminologier som beskriver disse tilleggsbegrepene. Eksempler kan omfatte følgende: 1) Internasjonal klassifikasjon av sykdom (Verdens helseorganisasjon) for medisinske sykdommer, 2) Diagnostisk og statistisk manual for mentale forstyrrelser (Amerikansk psykiatrisk forening) for mentale lidelser eller 3) the Logical Observation Identifiers Names and Codes for bestillere av laboratorieprøver.

Pågående utvikling av ICNP®

For å konkludere kan man si at målet med å gå over til Versjon 1 var å sikre et bærekraftig grunnlag for ICNP®. Den nye versjonen vil bli lettere å vedlikeholde, implementere og forbedre. Selvfølgelig er ikke ICNP® komplett; den er dynamisk. Sykepleiere over hele verden har mange felles oppfatninger, meninger og interesser når det gjelder forbedring av helsetilstanden til pasienter, familier og lokalsamfunn. ICNP® kan tilby sykepleiere et felles språk for å formidle og undersøke sin praksis og forbedre resultater i helsevesenet globalt.

ICNP® Fokusakse

Oppmerksomhetsområde som er relevant for sykepleie (for eksempel: smerte, hjemløshet, eliminasjon, forventet levetid, kunnskap).

Fokus: Enhet, Prosess og Status

Enhet: Kroppssubstans Kroppssystem Miljø Organsime Psykologisk struktur Resultat	Status Aktivitetsintoleranse Appetitt Balanse Befolkningstetthet Behov Etnisitet Evne Forventet levetid Frekvens Funksjonshemning Fysiologisk status Helse Identitet Integritet Komfort Kontinuitet Kontroll Kulturelt mangfold Kunnskap Menneskerettigheter Mottagelighet Nevrologisk status Prestasjon Proporsjon Psykologisk status Restitusjon Rytme Samtykke Sosial status Stress Tendens Tetthet/Blokking Tilfredsstillende samliv Tilgang Utholdenhet Vond lukt Å være forberedt Åndelig
Prosess Atferd Familieprosess Kroppsprosess Samfunnsprosess Psykologisk prosess Tjenester Sosial prosess Åndelig prosess	

ICNP® Vurderingsakse

Klinisk oppfatning eller avgjørelse relatert til fokus for sykepleiepraksis (for eksempel redusert nivå, risiko, forbedret, avbrutt, unormal).

Vurdering: Positive eller negative vurdering, tilstand

Positive eller negative vurdering	Tilstand
Forbedret	Absolutt nivå
Svekket	Avhengighetstilstand
	Fremgang
	Normalitetstilstand
	Potensiale
	Relativt nivå
	Størrelse
	Utstrekning

ICNP® Middel akse

En måte eller metode å utføre en intervensjon på (f.eks. bandasjering, blæretreningsteknikk, ernæringsfysiologisk tjeneste).

Gjenstand
Helsepersonell
Helsetjeneste
Materiell
Teknikk
Terapi

ICNP® Handlingsakse

Bevisst prosess brukt overfor eller utført av en klient (for eksempel å undervise, bytte, administrere, overvåke).

Handling: Oppfølging, bestemme/avgjøre, informere, ta ansvar for, utførelse

Oppfølging	Bestemme/avgjøre	Informere
Assistere Behandle Forebygge Relasjonsbygging	Evaluerer Intervjue Observere Observerende atferd	Beskrive Forklare Undervise Veilede
Ta ansvar for Autorisere Avslutte/seponere Bestille Distribuere Gi palliativ omsorg Implementere Lede Organisere Oppnå	Utførelse Adspredelse Blåse opp Bytte Demonstrere Fjerne Forberede Hjelpe noen å spise Hygiene Hypnose Innsette Installere Klemme Leiring Manipulere Mobilisere Rengjøre Skjære Stimulere Suturere Tildekke Transportere Trykke Vaksinering Ventilere	

ICNP® Tidsakse

Punkt, periode, tilfelle, intervall eller varighet av en hendelse (for eksempel innleggelse, barnefødsel, kronisk).

Tid: Frekvens, start, situasjon, varighet, tidspunkt eller tidsintervall, tidssekvens

Frekvens Alltid Aldri Av og til Ofte Sjelden	Start Akutt Kronisk	Situasjon Hendelse Utviklingsperiode
Varighet Varighet av operasjon	Tidspunkt eller tidsintervall Dag Ettermiddag Fortid Fremtid I dag I går I morgen Klokken 12 Kveld Morgen Måned Natt Nåtid Uke År	Tidssekvens Kontinuerlig Periodisk

ICNP® Lokalisasjonsakse

Anatomisk orientering og plassering av en diagnose eller intervensjon (for eksempel posterior, abdomen, skole, kommunehelsesenter).

Lokalisasjon: Anlegg, plassering, struktur

Anlegg Bro Bygning Flyplass Havn Jernbane Vei	Plassering Anterior Distalt Høyre Kroppsstilling Lateralt Midtre Nedre Perifert Posterior Proksimalt Sentralt Venstre Øvre	Struktur Kroppsstruktur Sosialstruktur
------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

ICNP® Klientakse

Synonym: Mottaker av helsehjelp

Person med en diagnose og som mottar en intervensjon (for eksempel nyfødt, omsorgsgiver, familie, lokalsamfunnet)

Klient: Foster, gruppe, individ

Foster	Gruppe Lokalsamfunn Familie	Individ Barn Eldre person Familiemedlem Nyfødt Omsorgsgiver Pasient Spedbarn Ungdom Voksen