

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Sykepleiere kan redusere uønsket variasjon med veiledende plan for barn med respirasjonsbesvær

Respirasjonsbesvær hos barn kan raskt utvikle seg til respirasjonssvikt. En veiledende plan kan styrke kvaliteten på dokumentasjonen og behandlingen på sengeposten.

Eira Storli Vognild

Barnesykepleier

Barne- og ungdomsklinikken, Oslo Universitetssykehus

Barn

Akuttmottak

Pleieplan

Dokumentasjon

Kvalitet

Sykepleien 2026;114(107081):e-107081

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2026.107081](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2026.107081)

Hovedbudskap

Respirasjonsbesvær hos barn kan raskt utvikle seg til respirasjonssvikt. Sykepleier må derfor identifisere forverring tidlig og sette inn målrettede tiltak. Artikkelen beskriver et kvalitetsforbedringsarbeid som resulterte i utvikling og implementering av en kunnskapsbasert veiledende plan i DIPS Arena for barn i alderen 0–6 år med akutt luftveisinfeksjon. Verktøyet kan bidra til mer strukturert dokumentasjon, mindre uønsket variasjon og bedre støtte til sykepleiernes kliniske beslutninger i sengepost.

Luftveisinfeksjon er den vanligste infeksjonen hos barn, og respirasjonsbesvær er den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelse blant spedbarn (1, 2). Hvis respirasjonsbesvær ikke oppdages eller behandles i tide, kan barnet utvikle respirasjonssvikt (3).

På forfatterens arbeidsplass ble det erfart uønsket variasjon i behandlingen av barn med respirasjonsbesvær. Ifølge den nasjonale kvalitetsstrategien foreligger uønsket variasjon når helsehjelpen avviker fra anbefalte standarder (4).

Den uønskede variasjonen kom til uttrykk ved at forverring ble oppdaget sent, tiltak ble iverksatt for sent, eller ordinerte tiltak ikke ble gjennomført. Det ligger trolig flere faktorer til grunn for den uønskede variasjonen. Små barns anatomi gjør dem særlig utsatt for respiratorisk muskeltretthet, lungeatelektase og respirasjonssvikt (5).

Spedbarn er sårbare for respirasjonssvikt

Spedbarn har en kort og smal trakea som ved luftveisinfeksjon raskt kan få redusert diameter for luftstrøm. Et ettergivende brystskjelett og horisontalt plasserte ribbein hindrer effektive, dype åndedrag.

For å opprettholde et tilfredsstillende lungevolum er spedbarn derfor avhengige av god muskeltonus i brystkassen.

«Barnets kliniske tilstand kan endre seg raskt.»

Samtidig har spedbarn og små barn mindre effektive interkostalmuskler enn voksne, fordi de har færre type 1-skjelettmuskelfibre. I tillegg preges barnets respiratoriske fysiologi av lave reserver av oksygen som raskt forbrukes når kroppen kompenserer med [takykardi](#) og [takypné](#) (3).

Når kompensasjonsmekanismene ikke lenger er tilstrekkelige, kan barnet dekompensere med [bradykardi](#), [bradypné](#) og redusert bevissthet. Barnets kliniske tilstand kan derfor endre seg raskt (3).

Forverring kan føre til overflytting

Denne raske sykdomsutviklingen ved respirasjonsbesvær forekommer på sengeposter med begrensede muligheter for tett overvåkning. I tillegg har sykepleier ofte ansvar for flere barn med tilsvarende behov for overvåkning samtidig (6).

Når den uønskede variasjonen i behandlingen av barn med respirasjonsbesvær fører til forverring, kan barnet ha behov for overføring til et høyere behandlingsnivå, som barneovervåkning eller barneintensiv.

Behandling på lavest mulig hensiktsmessige omsorgsnivå er anbefalt med hensyn til barnets trygghet, nærhet til omsorgspersoner og familiens samlede belastning (7).

Veiledende planer kan kvalitetssikre behandlingen

Kvalitet på helsetjenestenes behandlingstilbud har vært et viktig satsingsområde i Norge de siste årene (8, 9). For å sikre god kvalitet i helsetjenestene anbefaler myndighetene at helsepersonell tar i bruk retningslinjer og veiledere (4).

På forfatterens arbeidsplass bygger forordnet behandling på både internasjonale og nasjonale veiledere. Avdelingen bruker også det validerte verktøyet pediatriisk tidlig varslingskår (PEVS) for strukturerte observasjoner av barn (10).

«Behandlingen av pasientgruppen er sammensatt, og det er ofte vanskeligere å oppdage forverring hos barn enn voksne.»

Til tross for dette forekommer det uønsket variasjon på forfatterens arbeidsplass. Behandlingen av pasientgruppen er sammensatt, og det er ofte vanskeligere å oppdage forverring hos barn enn voksne. Årsakene er blant annet variasjoner i normalfysiologi og barnets begrensede evne til å kommunisere symptomer (10).

Standardiserte arbeidsmåter kan gi bedre oversikt og bidra til at viktige elementer i pleien og behandlingen ikke utelates (4). En kunnskapsbasert veiledende plan for barn med respirasjonsbesvær kan legge føringer for den kliniske sykepleien og dermed bidra til å kvalitetssikre pleie og behandling til pasientgruppen.

Planen retter seg mot barn innlagt på sengepost

Artikkelen bygger på forfatterens masteroppgave (11), et kvalitetsarbeid med kvalitetsforbedring som metode. Problemstillingen var: «Forslag til veiledende plan for behandling av respirasjonsbesvær som følge av akutt luftveisinfeksjon hos barn 0–6 år innlagt på sengepost.»

For å avgrense oppgaven og sikre et tydelig arbeidsområde tok den veiledende planen utgangspunkt i litteratur om akutt bronkiolitt, akutt astma, akutt laryngitt og samfunnservert pneumoni. Disse tilstandene ble valgt fordi de forekommer hyppig på forfatterens arbeidsplass, der barn med respirasjonsbesvær utgjør hovedtyngden av pasientbelegget i vintersesongen.

Ifølge intern statistikk innlegges rundt 600–900 barn årlig ved Oslo universitetssykehus (OUS) med akutt bronkiolitt, akutt astma, akutt laryngitt og samfunnservert pneumoni (se tabell 1).

Tabell 1. Statistikk tilknyttet diagnosekoder i OUS (kun personer under 18)

Diagnose	Antall unike personer				Antall unike sykehusopphold			
	2023	2024	2025	2026	2023	2024	2025	2026
Akutt alvorlig astma	80	71	28	36	190	121	56	60
Akutt obstruktiv laryngitt (falsk krupp)	65	55	40	8	120	64	64	16
Bronkiolitt	1620	1372	1036	684	2385	2045	1656	1356
J12 Viruspneumoni, ikke klassifisert annet sted	575	593	448	192	860	938	636	364
J13 Pneumoni som skyldes <i>Streptococcus pneumoniae</i>	50	38	44	8	75	61	68	76
J14 Pneumoni som skyldes <i>Haemophilus influenzae</i>	30	34	44	4	65	43	64	48
J15 Bakteriell pneumoni, ikke klassifisert annet	585	820	460	104	1055	1140	864	272
J16 Pneumoni som skyldes andre mikroorganismer	20	25	32	28	35	29	44	40
J18 Pneumoni, uspesifisert mikroorganisme	190	201	128	28	610	415	184	84

Merknad: Tallene i tabellen er høyere enn det som står oppgitt i avsnittet som refererer til tabellen. Det er fordi antall unike sykehusopphold også inkluderer polikliniske opphold, altså barn som tilses i mottak og observeres, men ikke legges inn.

Kilde: Intern rapport fra ledelsesinformasjonssystemet ved OUS

Arbeidet ble avgrenset til å omhandle barn 0–6 år. Denne aldersgruppen ble valgt på grunn av forskjeller i anatomi og fysiologi (5), kognitiv utvikling og språkferdigheter (10), samt forekomsten av de inkluderte tilstandene. For eksempel forekommer akutt bronkiolitt kun hos spedbarn (2).

Den veiledende planen er utviklet for barn som er innlagt på sengepost for døgntbehandling.

Veiledende planer gjelder sykepleiepraksis (12). De inkluderte tiltakene er derfor avgrenset til sykepleierens funksjons- og ansvarsområder. Tiltak som radiologiske undersøkelser eller venøs prøvetaking er ikke inkludert.

FAKTA

Pleieplan og veiledende plan

- **Pleieplan:** Ved helseinstitusjoner som bruker DIPS Arena som elektronisk pasientjournal (EPJ), benyttes pleieplaner for å dokumentere og strukturere sykepleien. Sykepleieren utarbeider en individuell pleieplan for hver pasient. Planen består av sykepleiediagnoser med tilhørende mål og sykepleieintervensjoner.
- **Veiledende plan:** En veiledende plan er et verktøy i DIPS Arena som inneholder forhåndsdefinerte sykepleiediagnoser, mål og sykepleieintervensjoner for pasienter med felles symptombilde. Verktøyet skal bidra til å kvalitetssikre sykepleien og forenkle dokumentasjonsarbeidet. Når sykepleieren utarbeider pasientens pleieplan, kan relevante

elementer hentes fra en kunnskapsbasert veiledende plan. På denne måten kan pleieplanen bygge på oppdatert fagkunnskap.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund (12)

Arbeidet kombinerer forskning og erfaring

Arbeidet med den veiledende planen fulgte en struktur som sikret en systematisk og transparent arbeidsprosess og at essensielle elementer i kvalitetsforbedringsarbeidet ikke overses. Den nasjonale retningslinjen «Utvikling av veiledende planer for sykepleiepraksis» (12) ble brukt som mikromodell, og arbeidet fulgte trinnene i «Modell for kvalitetsforbedring» (13).

Forfatteren gjennomførte systematiske litteratursøk om de aktuelle luftveistilstandene. I tillegg ble faglitteratur, veiledere og annen relevant litteratur om problemstillingen valgt ut. Litteraturen fra de systematiske søkene ble kritisk vurdert.

På bakgrunn av forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap utviklet forfatteren sykepleiediagnoser, mål og sykepleieintervensjoner.

Forfatteren vurderte selv den ferdige veiledende planen ved hjelp av en sjekkliste basert på AGREE II (14). Før implementeringen ved OUS vurderte en fagfelle i Barneklubben planen opp mot sykehusets krav til utvikling av veiledende planer.

Sykepleieren tilpasser planen til barnet

Kunnskapsbaserte pleieplaner kan styrke pasientsikkerheten og bidra til kontinuitet i behandlingen (15). Ved hjelp av en veiledende plan kan sykepleieren raskt utarbeide en individuell pleieplan basert på oppdatert kunnskap, uten først å måtte søke opp retningslinjer og beste praksis. Kunnskapsstøtten er nyttig i en travel arbeidshverdag.

Når sykepleieren henter sykepleiediagnoser, mål og intervensjoner fra den veiledende planen inn i pasientens pleieplan, danner disse grunnlaget for den videre sykepleien. Verktøyet kan dermed bidra til å redusere uønsket variasjon (4).

Samtidig må pleien tilpasses den enkelte pasient. Selv om barn med respirasjonsbesvær deler et felles symptom, varierer behovene betydelig mellom for eksempel et spedbarn med akutt bronkiolitt og en treåring med akutt laryngitt. For å sikre frie luftveier trenger spedbarn en nøytral nakkeposisjon, mens større barn krever ekstendert nakke (5).



STYRKER PASIENTSIKKERHETEN: Veiledende planer kan gjøre det enklere å utarbeide individuelle pleieplaner og bidra til en mer enhetlig oppfølging av pasientene. *Foto: Erik M. Sundt*

Også medisinsk behandling, som medikamenter, væske og pustestøtte, tilpasses barnets vekt.

Variasjon i klinisk praksis kan utfordre kvaliteten på helsetjenesten, men ikke all variasjon er uønsket. Sykepleieren velger sykepleiediagnoser, mål og sykepleieintervensjoner fra veiledende plan etter den enkelte pasients behov.

Deretter spesifiseres disse i pleieplanen med fritekst som beskriver pasientens situasjon og forordnet behandling. Slik kan individuell behandling ivaretas innenfor et standardisert system (16).

Veiledende planer kan styrke dokumentasjonen

Forfatteren gjennomgikk norske studier om tilsvarende verktøy som veiledende plan. En kvalitativ studie (17) viste blant annet at standardiserte tiltaksplaner i elektronisk pasientjournal må tilpasses den enkelte pasient for å bidra til kunnskapsbasert og personsentrert pleie.

Studien viste også at tiltaksplaner oppleves som en kunnskapskilde, særlig for ansatte som er mindre trygge på pleien.

En annen kvalitativ studie (18) fant at helsepersonell opplever tiltaksplaner som en tidkrevende dokumentasjonsform. Likevel ønsket de å bruke verktøyet fordi det bidro til bedre dokumentasjon, større enighet i sykepleiergruppen om pasientbehandlingen og økt oppmerksomhet på pasientens behov.

Veiledende planer bygger på ICNP-terminologi (12). Terminologien gir strukturert og detaljert dokumentasjon av pasientrelatert data i elektronisk journal. Bruken av preformulerte fraser kan også gjøre dokumentasjonen mer effektiv enn når sykepleieren må formulere alt selv.

FAKTA

ICNP og SNOMED CT i sykepleiedokumentasjon

The International Classification of Nursing Practice (ICNP) er et internasjonalt, standardisert terminologisystem for sykepleie. For å søke etter sykepleiefaglige begreper benyttes SNOMED CT, en database for internasjonal terminologi. Begrepene er kodet med en SNOMED-id. Koding av sykepleiediagnoser, mål og sykepleieintervensjoner gir presise pasientdata som senere kan anvendes i forskning og kvalitetsforbedring.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund (12)

Undervisning kan styrke forståelsen av verktøyet

Ved implementering av nye tiltak er det viktig å være bevisst brukernes holdninger (13). Sykepleiernes holdninger kan være både en hemmende og fremmende faktor for at den veiledende planen blir brukt.

Erfaringer fra egen arbeidsplass viser at sykepleiere ofte formulerer innholdet i pleieplanen selv, fremfor å bruke kunnskapsbaserte og preformulerte elementer fra veiledende planer. Det kan skyldes at de ikke er vant med å bruke veiledende plan, eller at det ikke finnes en veiledende plan for pasientens symptomer.

For å støtte implementeringen ble det gjennomført undervisning om den veiledende planen. Undervisningen omfattet praktisk bruk av verktøyet og viste hvordan veiledende planer kan effektivisere dokumentasjonen. Undervisningen belyste også hvordan bruk av kodede begreper muliggjør forskning og analyser av pasientdata – et aspekt mange av deltakerne ikke kjente til.

Den veiledende planen brukes hyppig

Den veiledende planen [Respirasjonsbesvær ved luftveisinfeksjon – barn](#) ble implementert ved OUS i januar 2025 og er tilgjengelig i DIPS Arena lokalt. Tall fra DIPS Arena innhentet i januar 2026 viser at planen er den mest brukte i Barneklubben ved OUS. Den er brukt mer enn dobbelt så ofte som den nest mest brukte veiledende planen.

Den hyppige bruken kan tyde på at bevisstgjøring og kunnskap om planen har bidratt til at verktøyet brukes riktig og effektivt. Bruken kan også gjenspeile den høye forekomsten av respirasjonsbesvær hos barn.

«Forfatterens erfaring er at sykepleiere tar i bruk veiledende planer når de oppleves kunnskapsbaserte, relevante og anvendelige i en travel klinisk praksis.»

Forfatterens erfaring er at sykepleiere tar i bruk veiledende planer når de oppleves kunnskapsbaserte, relevante og anvendelige i en travel klinisk praksis. Det kan derfor være nyttig å utvikle tilsvarende planer for flere symptomgrupper som ofte ses hos barn.

Kvalitetsforbedringsarbeid bør deles på tvers av virksomheter slik at barnemiljøene i helsetjenesten kan lære av hverandre. Slik kan man bidra til å styrke kvaliteten på helsetjenestene til barn.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikt.



UTVIKLET VERKTØY: Barnesykepleier og artikkelforfatter Eira Storli Vognild ved Oslo universitetssykehus (OUS) har utviklet en kunnskapsbasert veiledende pleieplan for barn med respirasjonsbesvær. Planen ble implementert ved sykehuset i januar 2025. *Foto: Erik M. Sundt*
1. Markestad T. Klinisk pediatri. 4. utg. Oslo: Fagbokforlaget; 2023.

2. British Medical Journal Best Practice (BMJ). Bronchiolitis [internett]. London: BMJ Best Practice; 2025 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/28/pdf/28/Bronchiolitis.pdf>
3. Nagler J, Cheifetz IM. Noninvasive ventilation for acute and impending respiratory failure in children [internett]. Waltham, MA: UpToDate; 2024 [oppdatert mars 2026; hentet 15. april 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/noninvasive-ventilation-for-acute-and-impending-respiratory-failure-in-children>
4. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
5. Nagler J. Emergency airway management in children: Unique pediatric considerations [internett]. Waltham, MA: UpToDate; 2026 [hentet 13. april 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/emergency-airway-management-in-children-unique-pediatric-considerations>
6. Helsebiblioteket. Generell veileder i pediatri. Standard for barneovervåkning i Norge [internett]. Oslo: Helsebiblioteket; 2018 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/generell-veileder-i-pediatri/18.standard-for-barneovervakning-i-norge/kriterier-for-okt-overvavningsbehov>
7. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. FOR-2000-12-01-1217 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>
8. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
9. Meld. St. 13 (2016–2017). Kvalitet og pasientsikkerhet 2015 [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>
10. Pediatric Systematic Assessment and communication for preventing Emergencies (PedSAFE). Nasjonal retningslinje for bruk av PedSAFE og PEVS [internett]. Oslo: PedSAFE; 2022 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.pedsafe.no/wp-content/uploads/2022/12/Nasjonal-retningslinje_v3_271222.pdf
11. Vognild ES. Forslag til veiledende plan for behandling av respirasjonsbesvær hos barn som følge av akutt luftveisinfeksjon. Et kvalitetsarbeid [mastergrad]. Oslo: Oslomet – storbyuniversitetet; 2024.
12. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Utvikling av veiledende planer for sykepleiepraksis. Nasjonal veileder [internett]. Oslo: NSF; 2023 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-04/utvikling-av-veiledende-planer-for-sykepleiepraksis-nasjonal-veileder-v2.0.pdf>

13. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid [internett]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>
14. AGREE Research Trust. Appraisal of guidelines for research & evaluation II (AGREE II) instrument [internett]. Hamilton, ON: AGREE Research Trust; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
15. Oslo Universitetssykehus (OUS). Klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS) [internett]. Oslo: OUS; 2023 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/128590>
16. Helse Sør-Øst. Veileder: utvikling av veiledende planer for sykepleiepraksis [internett]. Hamar: Helse Sør-Øst; 2024 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=WDkhWDqM>
17. Brattgjerd M, Danielsen I, Næss G, Olsen R. Dokumentasjonspraksis og bruk av elektronisk tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem – en mysteriefokusert studie. I: Hellesø R, Olsen R, red. Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019. s. 91–111. DOI: [10.23865/noasp.71.ch5](https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch5)
18. Halsetrønning J, Aune AG, André B. Innføring av tiltaksplan i elektronisk pasientjournal. Klin Sykepleje. 2020;34(3):176–89. DOI: [10.18261/ISSN.1903-2285-2020-03-03](https://doi.org/10.18261/ISSN.1903-2285-2020-03-03)