



Gro Wangenstein,
Psykiatrisk sjukepleier og videre-
utdanning i elektronisk sjuke-
pleiedokumentasjon ved Rus
og Spesialpsykiatrisk Klinik,
Universitetssjukehuset Nord
Norge



Harald Igesund,
Psykiatrisk sjukepleier,
Master i telemedisin og E-helse,
begge ved Rus og Spesialpsykia-
trisk Klinik, Universitetssjuke-
huset Nord Norge

Nyttige NANDA

Bruken av klassifikasjoner tydeliggjør hvilke oppgaver sjukepleiere tar seg av i forhold til andre helseprofesjoner.

Utviklingen til en mer innholdsrik og faglig presis dokumentasjon er entydig.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Dokumentasjon
NANDA
Pleieplan
Sykepleiediagnose

Denne studien er foretatt ved Alderspsykiatrisk post (APP), Universitetssjukehuset i Nord-Norge. Posten har jobbet systematisk for å bedre dokumentasjonspraksis og -ferdigheter. Etter vel tre års bruk av elektronisk verktøy og standardbegreper i sjukepleiedokumentasjon har vi samlet erfaringer og tallmateriale som gir grunnlag for en evaluering. Pleieplaner med bruk av standardbegreper fra klassifikasjoner har fått hovedfokus i sjukepleiedokumentasjonen. Pleieplanen oppdateres kontinuerlig og er nå den sentrale kilden til informasjonsutveksling i det daglige arbeidet.

Klassifikasjon

I sjukepleiefaget har det de siste tiårene blitt utviklet sjukepleiebegreper strukturert i klassifikasjoner som tar sikte på å gi standarder til bruk i sjukepleiedokumentasjon. Standardbegrepene skal beskrive fenomener i sjukepleiepraksis som omhandler det sjukepleierne arbeider med av pasientenes problemstil-

linger, sjukepleietiltak og forventede resultater

Klassifikasjonen NANDA (1), som vi undersøker i denne studien, er listebasert. Det vil si at sjukepleiediagnosene er ferdig formulert og ordnet alfabetisk etter et hovedbegrep. I tillegg er diagnosene gruppert i domener og klasser. Det er knyttet definisjoner, kjennetegn, risikofaktorer og relaterte faktorer til hver enkelt sjukepleiediagnose.

Klassifikasjonene tar sikte på å presentere et sett med faglig gyldige, pålitelige og nøyaktige begrep som skal gi sjukepleietjenesten et felles språk. Man tenker seg at et felles språk kan gi grunnlag for økt faglig utvikling. Dessuten gir det mulighet for sammenlikning og synlighet av helsedata både i et administrativt og helsepolitisk perspektiv (2-6).

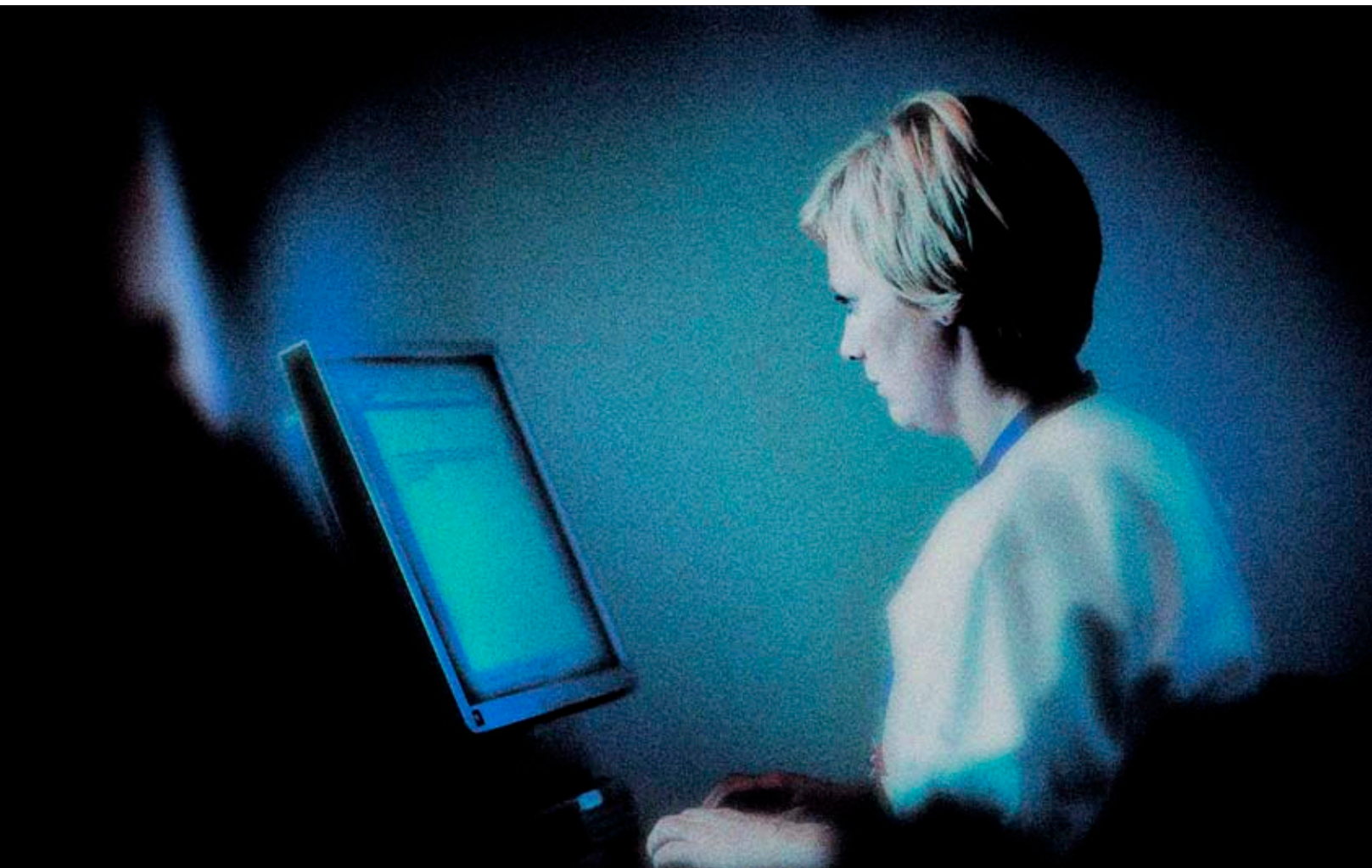
Sjukepleiedokumentasjon er pålagt oss gjennom loven om helsepersonell (7) og journalforskriften (8). Loven skal bidra til kvalitet i helsetjenesten og sikkerhet for pasientene (7, § 1). Dokumenta-

sjonen gir innblikk i kvaliteten på sjukepleievurderinger og utført sjukepleie. Klassifikasjonenes begreper skal bidra til å vise faglig standard i sjukepleiedokumentasjon og være et bidrag til kvalitet og sikkerhet i tråd med lovens hensikt.

Sjukepleiediagnose

Sjukepleiediagnose er brukt som ekvivalent til andre kjente begreper fra sjukepleiefaget som beskriver det ved eller rundt pasienten som gjør at han har behov for sjukepleie.

NSFid sier i sin veileder om elektronisk sjukepleiedokumentasjon (9, s. 14) at det er hensiktsmessig å formulere sykepleiediagnosen slik at problem, årsak og symptom framkommer i diagnosen. PES strukturen (Problem, Etiologi og Symptom) er en internasjonalt anerkjent metode for å formulere sjukepleiediagnoser. Et eksempel fra vår praksis kunne være: – *Desorientering(P) relatert til demens(E) medfører urolig vandring(S)*



FRITEKST: Hvis sjukepleieren ikke finner en dekkende diagnose i NANDA, er programvaren laget slik at man kan formulere diagnosen med egne ord i pleieplanen. Arkivfoto: Bo Mathisen

Før klassifikasjonene ble gjort tilgjengelig nedtegnet man pasientens problemstillinger med egne ord i pleieplanen. Dette medførte mye upresis ordbruk og ofte med lokal sjargong (3, 10). Avdelingsledelsen ved Spesialpsykiatrisk avdeling (SPA) ønsket å bedre denne situasjonen ved implementeringen av elektronisk verktøy og sjukepleieklassifikasjoner (11). SPA bruker DIPS elektronisk journal.

Klassifikasjonene er ikke fullstendige. De er kunnskapsbaser som hele tiden endres i tråd med utvikling av ny kunnskap og ved synliggjøring av mangler. NANDA har vært under utarbeidelse siden 1970-tallet og inneholder 155 sjukepleiediagnoser i den versjonen som ligger inne i DIPS per i dag, NANDA 2001–2002 (1). Den nyeste versjonen av NANDA fra 2007–2008 har 188 sjukepleiediagnoser, men er ennå ikke oversatt til norsk (12). Dersom pleierne ikke finner begrepene de trenger for å beskrive pasientens problem, er

programvaren laget slik at man kan bruke egne ord og formulere fritekst sjukepleiediagnoser i pleieplanen. I tillegg er det mulig å knytte utdypende fritekstinformasjon til NANDA-diagnosene.

Metode

Vi tok ut rapporter fra DIPS for å kartlegge forekomsten av NANDA sjukepleiediagnoser og fritekst sjukepleiediagnoser i to forskjellige perioder á ett år mellom 2005 og 2007. Vi tok også ut en rapport som viser fritekstkommentaren knytta til hver enkel NANDA-diagnose.

Fritekst sjukepleiediagnosene i begge periodene ble først mappet til NANDA og videre kategorisert i forhold til PES. Begge forfatterne utførte en metode med mapping hver for seg og resultatene ble sammenliknet. Deretter ble vi enige om de få tolkningene som ikke var sammenfallende (13).

Som utgangspunkt for mappingen har vi brukt følgende kategorier etter Zielstorff (14):

- **Lik** – Fritekstdiagnosen er ordrett lik NANDA-diagnosen
- **Lignende** – Fritekstdiagnosen er svært lik NANDA-diagnosen, så lik at det er usannsynlig at den ville blitt skrevet uten sterk påvirkning fra NANDA. Eksempel er «mulighet for obstipasjon» mappes til «risiko for obstipasjon»
- **Mer generell** – Fritekstdiagnosen er mer generell eller videre i omfang enn NANDA-diagnosen. Eksempel er «risiko for komplikasjoner rt veneflon» mappes til «risiko for infeksjon rt veneflon».
- **Mer spesifikk** – Fritekstdiagnosen er mer spesifikk eller smalere i omfang enn NANDA-diagnosen. I denne kategorien består vanligvis fritekstdiagnosen av symptomer eller tegn som er en del av NANDA-diagnosen, for eksempel «selvmordstanker» som mappes til «risiko for selvmord».
- **Ikke samsvar** – Fritekstdiagnoser som det ikke har vært mulig å mappe til NANDA-diagnoser.

For å finne korresponderende NANDA sjukepleiediagnoser brukte vi søkefunksjonen i DIPS behandlingsplan, boka fra NANDA (1) samt en indeksbasert søkemotor for NANDA (15). Den siste utgaven av NANDA (12) fra 2007 ble også brukt for å se om noen av de fritekstdiagnosene som ikke kunne mappes til NANDA i tilgjengelig versjon ville kunne mappes til nytilkomne diagnoser.

Intervju

Vi spurte personalet hva som avgjør om de velger standardbegreper eller fritekst når de skriver pleieplan. For å få belyst ulike holdninger, erfaringer, ferdigheter og kunnskaper om klassifikasjonen og sjukepleiedokumentasjon valgte vi en semistrukturert intervjuform framfor spørreskjema. Seks personer ble valgt ut fra kriteriene yrke, utdanning, kjønn, morsmål, erfaring i posten, kjent kunnskaps- og ferdighetsnivå, interesse for sjukepleiedokumentasjon og klassifikasjoner samt ferdigheter i

Tabell: Mapping i henhold til Zielstorff (14)

TOTALT ANTALL FRITEKSTDIAGNOSER 2007	383	100%
Lik	41	10,7%
Lignende	80	20,9%
Mer generell	24	6,3%
Mer spesifikk	124	32,4%
Ikke samsvar	114	29,8%

programvaren DIPS. Intervjuene ble innledet med informasjon om hva vi hadde funnet i tallmaterialet og analysen og tolkningen av tallene.

Litteratur

Vi har ledd etter litteratur på emnet/ søkeordene NANDA og sjukepleie-dokumentasjon. Dette har vi gjort for å se våre resultater i sammenheng med andres erfaringer når det gjelder nytte og brukervennlighet av klassifikasjoner i sjukepleiedokumentasjon. Vi fant ingen norske undersøkelser av klinisk bruk av NANDA. Men NANDA har vært i bruk lenge på Island og en undersøkelse der fant at 58 prosent av sykepleieproblemene skrevet i papirbasert dokumentasjon var lik eller lignende NANDA. 23 prosent var mer spesifikk etter Zielstorffs kategorier, slik at dekningsgraden lå på 81 prosent (16). En undersøkelse fra en kreftavdeling på Rikshospitalet viser at 92,8 prosent av sjukepleiediagnoser skrevet i fritekst kunne mappes over til NANDA (13). Ellingsen et al (17) har beskrevet hvordan standardbegreper brukes ved APP, men undersøker ikke konkret dekningsgrad for klassifikasjonene.

Statistikk/tallmateriale

I den første undersøkelsesperioden var bruk av DIPS og standardiserte begreper i pleieplaner nylig innført og pleiepersonalet var pålagt i størst mulig grad å bruke NANDA sjukepleiediagnoser. I den andre perioden var det ingen slike pålegg; personalet valgte selv om de ville bruke standardbegreper eller fri-

tekst. Antall innleggelses var størst i den andre perioden; 120 mot 98 i den første. I den første perioden var 805 sjukepleiediagnoser registrert, hvorav 6,1 prosent var fritekstdiagnoser. I den andre perioden var tallene henholdsvis 909 og 42,1 prosent. Bruken av fritekst for å spesifisere eller utdype NANDA sjukepleiediagnoser, jamfør PES, gikk opp fra 56,6 prosent i første periode til 70,0 prosent i siste. I alt ble det brukt 77 forskjellige NANDA-diagnoser i 2005/2006, mens det ble brukt 63 i 2007.

Alle fritekstdiagnosene ble mapet i henhold til Zielstorff (14), se tabell 1. (Tallene fra 2005/2006 er så små at vi ikke presenterer funn fra denne perioden.)

Rundt 70 prosent av fritekstdiagnosene i 2007 (de fire første kategoriene i tabell 1) kunne mappes til en NANDA-diagnose. Slår man disse sammen med NANDA sjukepleiediagnosene, får man at 87,5 prosent av alle sykepleiediagnosene i 2007 kunne representeres med NANDA. De resterende 30 prosent av fritekstdiagnosene (tilsvarende ikke samsvar-kategorien i tabell 1) utgjør 12,5 prosent av de totale diagnosene. Her er 4,2 prosent diagnoser relatert til stemning, aggresjon, allergi eller observasjoner av legemiddelvirksomheter, mens de siste 8,4 prosent (76 oppføringer) utgjør intervensjoner, observasjoner, medisinske diagnoser eller annet som er feilplassert som sjukepleiediagnose. Velger man å holde de 76 feiloppføringerne utenfor det totale regnskapet, får man at det i 2007 ble skrevet totalt 833 diagnoser,

hvorav 795 var enten NANDA-diagnoser eller fritekstdiagnoser som kunne mappes til NANDA. Dette gir en dekningsgrad på hele 95,4 prosent.

Diskusjon

En sammenfatning viser at informantene gjerne bruker NANDA og at begrepene ikke oppleves som vanskelige. Informantene sier det ikke betyr noe om begrepene i pleieplanene er NANDA eller fritekst. Mange hevder det er mangler i klassifikasjonen, men ingen nevner konkrete eksempler. Alle mestrer pleieplanmodulen i DIPS, men mener den er tidkrevende. Kvaliteten på dokumentasjonen oppleves som mye bedre enn tidligere på grunn av det elektroniske verktøyet og fokuset på dokumentasjonsarbeidet.

Alle informantene ga uttrykk for at det var viktig å ha en ressursperson i avdelinga som kunne veilede og motivere til endring i dokumentasjonsarbeidet. Alle understrekte at pleieplanene var blitt et dynamisk verktøy som fortløpende ble oppdatert.

Vi fant at APP hadde utarbeidet en egen ordliste med begreper til bruk i pleieplanen (18, Vedlegg 4). Denne «klassifikasjonen» er lagt inn i DIPS som en veiledende plan slik at personalet kan hente begrepene derfra inn til pleieplanen.

Tallene fra undersøkelsen viser at å beskrive pasientproblemer med NANDA sjukepleiediagnoser har stort omfang på APP, cirka 94 prosent i første periode og cirka 58 prosent i siste periode. Når vi har tolket fritekstdiagnoser og mapet disse til NANDA ser vi at dekningsgraden av NANDA er på 98 prosent for første periode og 87,5 prosent for andre periode. Ser vi bort fra feilføringer, dekker NANDA 95 prosent av de identifiserte sjukepleieproblemene i 2007. Pleierne sjøl sier de opplever sjukepleiedokumentasjonen som bedre nå, noe som indikerer at kvaliteten også har blitt bedre: «Jeg synes det er blitt betraktelig bedre enn det som var før. Nei, det som var på papir vil jeg helst bare glemme. Fortrenge det» (18, informant nr 6).

Ved tolkning av fritekst koblet til NANDA har vi tall på at pleierne i økende grad bruker kommentarfeltet for å individualisere begrepene fra NANDA; 57 prosent for første periode og 70 prosent for siste. Dette vurderer vi som uttrykk for økt kjennskap til klassifikasjonen samt bedre faglig kunnskap og ferdigheter i personalgruppen til å beskrive fenomenene i eget fag, jamfør PES-modellen (9). Undersøkelser fra pleieplaner skrevet på APP for NANDA ble innført, viser at sjukepleiediagnoser i stor grad manglet i pleieplanene og ofte bare ble antydnet med funksjonsområde (19). Utviklingen til en mer innholdsrik og faglig presis dokumentasjon er entydig.

Vår undersøkelse viste at det skal dobbelt så mange klikk til for å registrere en sjukepleiediagnose fra klassifikasjonen framfor å skrive inn en fritekstdiagnose. I 2007 er 31,6 prosent av alle fritekstdiagnosene lik eller lignende NANDA-diagnoser. Mange av disse er nok skrevet inn for å spare tid. En søkemotor som gjør det lettere og raskere å hente fram standardbegreper ville ha økt andelen NANDA-diagnoser.

Det er åpenbart at det er en sterk sammenheng mellom NANDA og fritekstsjukepleiediagnoser. Friteksten, som har økt så kraftig siste periode, kan nemlig mappes til NANDA i over 70 prosent av tilfellene og av disse er cirka 30 prosent lik eller liknende NANDA.

Informantene ga ikke støtte for at nedgangen i bruken av NANDA skyldes vanskelig ordlyd og fremmedartete begreper i klassifikasjonen. Dette kan ha noe å gjøre med at begrepene i NANDA tross alt kommer fra deres eget fagfelt. Det er gjenkjennbare begreper som gjør det lettere å formulere seg presist om pasientproblemer i en hektisk hverdag med lite tid til dokumentasjon.

Undersøkelsen viser likevel at det er enkelte begreper informantene nevner som uhensiktsmessige og posten har nedtegnet en egen ordliste med begreper som kan brukes som tillegg eller erstatning for disse. Denne ordlisten kan sees i

En sammenfatning viser at informantene gjerne bruker NANDA og at begrepene ikke oppleves som vanskelige.

lys av det som Ellingsen et. al. (17) beskriver som «co-constructive practice». Forfatterne hevder at standardisering ikke bare kan sees som et «top-down» pålegg, men at brukerne av standardbegreper bearbeider begrepene ved praktisk bruk og at dette er nødvendig for at standardisering skal lykkes. Ordlista på APP er en konkretisering av et ordforråd som posten har utviklet i arbeidet med NANDA.

Kritikk av klassifikasjoner

Bowker og Star (20) sier det er problematisk at en klassifikasjon utestenger deler av kunnskapsmassen i et fag. Vi mener det er akseptabelt å bruke klassifikasjoner så lenge programvaren legger til rette for å utforme og tillegge fritekst. På den måten vil det kun være pleierens formuleringsevne som kan begrense pasientproblemet i å bli uttalt. Klassifikasjonene er i stadig utvikling og man må være villig til å vente på at

kunnskapsmassen vokser. Ruland (5, s 133) sier til kritikken mot klassifikasjoner at sjøl om det er svakheter bør man ikke være blind for gevinstene.

Benner (21), som hevder at klassifikasjonene ikke kan favne alle aspektene ved sjukepleievurderinger og intervensjoner, har sjølsagt et godt poeng. Samtidig er all verbalisering og konkretisering en reduksjon av væren i seg selv. Sjukepleiedokumentasjonen kan aldri favne alt, men skal være et hjelpemiddel i praksis for å sikre kontinuitet og kvalitet. Og være en kilde til sjukepleieinformasjon i helsedata og forskning. Ruland (5, s 134) sier om klassifikasjoner at de ikke er ment å erstatte all kommunikasjon om pasienter, men å bedre den artikulerbare delen av sjukepleiepraksis.

Å bruke klassifikasjoner har tydeliggjort hvilke oppgaver sjukepleiere tar seg av i forhold til andre helseprofesjoner. Som eksempel vil

den medisinske diagnosen diabetes gjenspeiles i pleieplanene med ulike sjukepleiediagnoser for forskjellige pasienter; «ineffektiv mestring», «manglende samarbeidsvilje», «mangelfulle kunnskaper» og så videre, alle tilknyttet fritekstkommentaren diabetes. De ulike sjukepleiediagnosene vil kreve vidt forskjellige sjukepleieiltak, sjøl om årsaken til sjukepleiediagnosene i utgangspunktet er den samme medisinske diagnosen.

Mangler

Etter mappingen av fritekstdiagnoser til NANDA stod vi igjen med følgende reelle grupper av sjukepleieproblemer som ikke er dekket av klassifikasjonen:

- Sjukepleiediagnoser som beskriver økt stemningsleie og energinivå
- Sjukepleiediagnoser som viser behov for pleie i forhold til legemidler og observasjoner av virkninger/bivirkninger av disse.
- Sjukepleiediagnoser som kan nyttes for pasienter med behov for pleie i forhold til allergier og intoleranse

Vi vil foreslå at det opprettes nye NANDA-diagnoser som dekker dis-

se områdene. Etter vår mening ville det også være hensiktsmessig å dele opp NANDA-diagnosen «sensoriske persepsjonsforstyrrelser (syn, hørsel, smak, lukt)(spesifiser)». Flere av våre informanter nevner dette begrepet som uhensiktsmessig ved at det favner for vidt både med tanke på det somatiske ved sanseforstyrrelsene og interpretasjoner av sanseintrykk som også rommer det psykiske. Motsatt kunne man tenke seg en sammenslåing av diagnosene «håpløshet», «maktesløshet» og «manglende trivsel hos voksne». Under mappingen av fritekstdiagnoser til NANDA opplevde vi at det var vanskelig å skille mellom disse diagnosene.

NANDA har høy dekningsgrad av begreper for pasientproblemstillinger i praksisfeltet alderspsykiatri. NANDA har betydning for kvalitet i sjukepleiedokumentasjonen ved at den blir mer presis, fagspesifikk og innholdsrikk, jamfør PES-modellen.

Rapporten denne artikkelen er basert på kan leses fra www.unn.no/category11302.html

LITTERATUR

1. NANDA. NANDA Sykepleiediagnoser: Definisjoner & Klassifikasjon, 2001-2002. 2003. [Oslo], Akribe.
2. Heggdal, Kristin. Sykepleiedokumentasjon. 2006. Oslo, Gyldendal akademisk.
3. Moen, Anne. Dokumentasjon og informasjonshåndtering: faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere. 2002. Oslo, Akribe.
4. Moen, Anne, Hellesø, Ragnhild, Berge, Asbjørn, Mølstad, Kathy, and Quivey, Martha. Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering. 2008. Oslo, Akribe.
5. Ruland CM. Helse- og sykepleieinformatikk. Oslo: Gyldendal, 2000.
6. SHdir. Program for Kodeverk, Klassifikasjoner og termer i helse- og sosialsektoren. 2006. Oslo, SHdir. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00012/KoK-tiltaksplan_2006_12790a.pdf
7. HOD. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>. 2001.
8. HOD. Forskrift om pasientjournal. <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20001221-1385.html>. 2001.
9. NSFid. Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Fag/Nyprosent20veiledner.prosent201.mars.pdf>. 2007.
10. Karlsen R. Fin i kontakten. Vanlige svakheter ved sykepleiedokumentasjonen i psykiatriske sykehusavdelinger. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1062&categoryID=35>. 2004.
11. ESD-prosjektet. Prosjektrapport Elektronisk sykepleiedokumentasjon. 2005. <http://www.unn.no/article49449-11302.html>
12. NANDA. NANDA Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2007-2008. 2007. Philadelphia, NANDA International.
13. Varsi C. Samsvar mellom sykepleieproblemer i sykepleieplaner og NANDA sykepleiediagnoser. 2007.
14. Zielstorff RD, Tronni C, Basque J, Griffin LR, Welebob EM. Mapping nursing diagnosis nomenclatures for coordinated care. *Image J.Nurs.Sch* 1998; 30(4): 369-73.
15. Igesund H. Writing electronic nursing care plans: an approach to facilitate navigating the standardized nursing vocabularies NANDA and NIC. 2007. <http://www.ub.uit.no/munin/bitstream/10037/1093/1/thesis.pdf>
16. Thoroddsen A, Thorsteinsson HS. Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy. *J.Adv.Nurs* 2002; 37(4): 372-81.
17. Ellingsen, G, Monteiro, E, and Munkvold, G. Standardization of Work: Co-constructed Practice. *The Information Society* 2007; 23: 309-326.
18. Wangensteen G, Igesund H. Nyttige NANDA: Evalueringsrapport. 2008. Universitetssykehuset Nord Norge, Klinikk for rus og spesialpsykiatri. <http://www.unn.no/category11302.html>
19. Wangensteen G. Fra penn til tastatur: Kan det bli flere og bedre sjukepleiediagnoser i pleieplanene etter innføring av elektronisk dokumentasjonsverktøy? 2005 <http://www.unn.no/category11302.html>.
20. Bowker GC, Star, Susan Leigh. *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge: Mass. MIT Press, 1999.
21. Benner P. Designing formal classification systems to better articulate knowledge, skills, and meanings in nursing practice. *Am.J.Crit Care* 2004; 13(5): 426-430.