



# VISER HVA OPERASJONS-SYKEPLEIERE GJØR

**Sykepleiedokumentasjon.** Å prøve ut en elektronisk veiledningsplan for dokumentasjon, ga gode resultater.

**SAMARBEIDSPROSJEKT:**

Artikkelen bygger på  
50 % praksis  
50 % teori



**DOI-NUMMER:**

10.4220/sykepleiens.2014.0137



**Liv-Marie E. Loraas,**  
Fagutviklings-  
sykepleier, N3,  
Operasjons-  
avdelingen,  
Akuttikliniken/  
Avdeling for kli-  
niske systemer,  
OUS

**D**okumentasjon av all helsehjelp er lovpålagt for sykepleiere (1–5). Formålet med dokumentasjonen er primært at behandlings- og pleiepersonalet til enhver tid har relevante bakgrunnsopplysninger for å sikre optimal pleie (6). I hovedkonklusjonen til rapporten «Bak lukkede dører 1», hevdes det at «det er et stort gap mellom hvilken helsehjelp operasjons- og anestesigruppen selv mener blir utført – og hva som ble dokumentert» (7). Tradisjonelt var sykepleiedokumentasjonen i fritekst, uten felles faglig sykepleiespråk (8).

**BAKGRUNN.** Helseinformasjonssystemet DIPS med modulen for elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS) var innført ved Aker universitetssykehus, HF. Denne modulen hadde integrert klassifikasjonssystemene North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (9) og Nursing Intervention Classification (NIC) (10). Klassifikasjonssystemene har standardbegreper med definisjoner som beskriver fenomener hos pasientene. Evaluering av sykepleieintervensjonene kan i tillegg gjøres i notatmalen, kalt operasjonssykepleierapport, som inneholder tolv definerte funksjonsområder (FO). Operasjonsavdelingen

ønsket å starte med EDS i elektroniske pasientjournal (EPJ) for å bidra til kontinuitet og forbedring av dokumentasjonen. Samtidig startet videreutdanningen i operasjonssykepleie ved Høgskolen i Oslo undervisning om standard sykepleiespråk og klassifikasjonssystemene NANDA og NIC.

Det ble etablert et samarbeidsprosjekt mellom disse to institusjonene hvor hensikten var: «Utvikling, implementering og utprøving av en elektronisk veiledende behandlingsplan til dokumentasjon av operasjonssykepleie i DIPS, med North American Nursing Diagnosis (NANDA) og Nursing Intervention Classification (NIC)». Artikkelen belyser ulike faser i samarbeidsprosjektet. Studien omfattet utprøving av den utviklede veiledende behandlingsplanen (VBP).

## ULIKE FASER.

**Utvikling og opplæring.** Prosjektgruppen utviklet en VBP med utvalgte NANDA sykepleiediagnoser og NIC sykepleieintervensjoner for pasienter som gjennomgikk kirurgisk behandling, uavhengig av type kirurgi. Denne inneholdt 26 NANDA sykepleiediagnoser og 43 NIC sykepleieintervensjoner, som var hierarkisk oppbygd, etter hva som kom først og sist i en pasientrelasjon, samt tre resultatmål.

Individualisert VBP tydeliggjorde forskjellene.

Implementeringen av VBP med operasjonssykepleierapport samt kontroll og klargjøring av pc-ene inne på operasjonsstuene, ble ivarettet av prosjektgruppen med bistand fra EDS-konsulenter i sykehuset. Prosjektgruppen informerte samarbeidsavdelingen skriftlig om at operasjonsavdelingen tok i bruk EDS fra en bestemt dato.

Opplæringen ble gjennomført i følgende rekkefølge: Prosjektgruppen, operasjonssykepleiestudenter, instruktører, operasjonssykepleiere. Selve opplæringen omfattet teoretisk og praktisk bruk av EDS.

Operasjonssykepleierapporten evaluerte sykepleieintervensjonene, samt dokumenterte områder som ikke var dekket i VBP, for eksempel kontrollrutiner. Denne ble godkjent av journalkomiteen.

**Studentmedvirkning.** Studentkullet fra høyskolen fikk undervisning i klassifikasjonssystemene. Tre studenter hadde praksis ved operasjonsavdelingen. Disse studentene prøvde ut VBP med operasjonssykepleierapport, i tre dager, på dagtid, under veiledning. Etter utprøvingen hadde prosjektleder og prosjektansvarlig en samtale med studentene, som blant annet ga

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

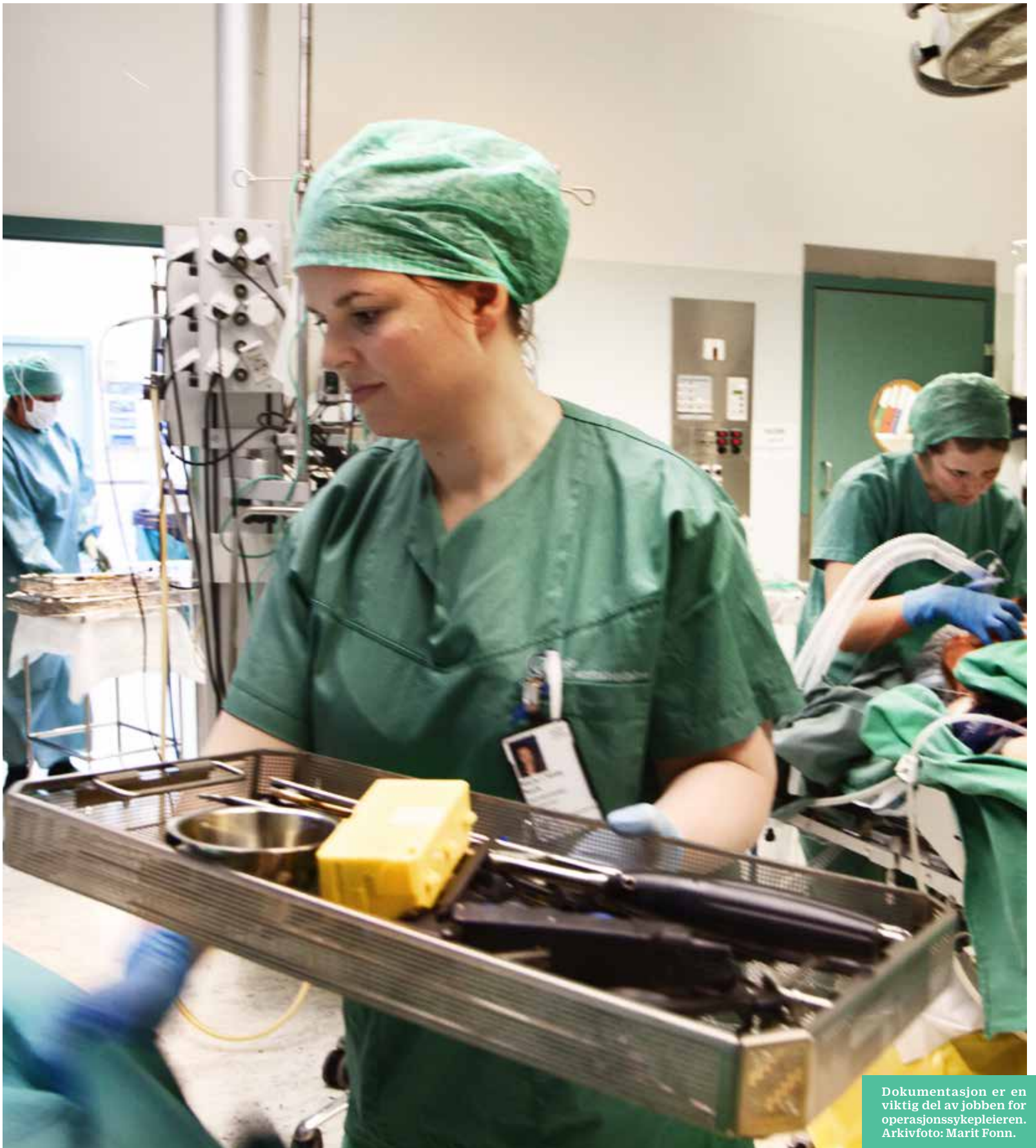
Artikkelen handler om elektronisk dokumentasjon av operasjonssykepleie ved bruk av én veiledende behandlingsplan (VBP), som besto av klassifikasjonssystemene NANDA og NIC. Det viste seg at VBP var i samsvar med den operasjonssykepleien som ble utøvd i praksis.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på vår nettsider.

- Dokumentasjon
- Operasjon
- Sykepleie





Dokumentasjon er en viktig del av jobben for operasjonssykepleieren. Arkivfoto: Marit Fonn.



følgende tilbakemeldinger: «NANDA og NIC ga mulighet til kontinuitet i sykepleiedokumentasjonen», og: «VBP er et godt redskap til å planlegge, iverksette og evaluere pleien til operasjonspasienten, selv om den var lang».

Utsagnene viser at deltakelsen ga positiv læring. Junttila mener at teoretisk kunnskap og praktisk erfaring i standard sykepleiespråk er noe som bør inkluderes i utdanningene (11). Studentenes innspill resulterte i en revidert VBP. NANDA sykepleiediagnoser ble redusert fra 26–16 og NIC sykepleieintervensjoner ble redusert fra 43–30. Operasjonssykepleierapporten forble uforandret.

**HENSIKT OG METODE.** Studien hadde til hensikt å prøve ut den utviklede VBP med tilhørende operasjonssykepleierapport og undersøke om den var i samsvar med operasjonssykepleien som ble utøvd i praksis.

Studien hadde et eksplorativt, deskriptivt design, og vi benyttet kvalitativ metode med fokusgruppeintervju (12–14). Studien ble godkjent av Personvernombudet. Utprøvningsperioden var i to måneder, på dagtid, hverdager og omfattet fem kirurgiske fagspesialiteter inklusiv øyeblikkelig hjelp. Studentene var ikke en del av populasjonen til fokusgruppeintervjuene, da de ikke var i praksis under hele utprøvningsperioden. Av en populasjon på 54 operasjonssykepleiere, ble det ved tilfeldig sannsynlighetsutvelgelse valgt 18 operasjonssykepleiere, fordelt på tre grupper. 16 operasjonssykepleiere deltok, to var syke. Skriftlig informert samtykke ble innhentet. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble registrert på lyd-bånd, og det ble skrevet notater. Den enkelte gruppe kom frem til «sin» VBP. Hver VBP ble analysert. Sluttproduktet ble én VBP som ble implementert i EDS-modulen i DIPS. Anonymiserte data i studien var uttalelser og betraktninger fra fokusgruppeintervjuene. De ble innhentet med nøyaktighet og

var gyldige i den konteksten de ble innhentet i. Dataene ble forvaltet med respekt og slettet etter analysen. Utfordringene til kvalitative analyser er at det ikke finnes en standard analyseprosedyre (15). Resultatene etter kvalitative studier kan ikke generaliseres, men gi en pekepinn om hva som kan være interessant å undersøke videre (16).

Vi søkte etter litteratur i databasene ved Høgskolen i Oslo, Aker universitetssykehus, HF og Helsebiblioteket: Embase, Cinahl, Medline, Cochrane Library og Ovid Nursing. Søkeordene var: NANDA, NIC, operasjonssykepleie, sykepleie, elektronisk dokumentasjon, DIPS. I det følgende vil vi presentere funn i form av utsagn og resultater.

**NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER.** I utprøvningsperioden besto VBP av 16 NANDA sykepleiediagnoser. For operasjonssykepleierne var risikodiagnosene sentrale, for å avdekke risikofaktorer som pasienten kunne utsettes for. Dette reflekteres i disse uttalelsene: «Vi jobber i stor grad innenfor den forebyggende funksjon», og: «sykepleiediagnosen som heter risiko for leiringsskade er viktig å holde aktuelt når pasienten forlater operasjonsavdelingen».

Spjelkavik beskriver at operasjonssykepleierne gjennomgående vurderer risikofaktorer (7). Pasienten er i en sårbar og utsatt situasjon, dette krever at operasjonssykepleieren påser at pasienten ikke utsettes for ytterligere påkjenninger.

Innhenting av opplysninger og datasamling blir gjort i møtet med pasientene. Dette møtet er begrenset i tid. Det stilles krav til god kommunikasjon, og den må bære preg av at hver pasient er unik (17). Operasjonssykepleierens faglige ansvar innebærer å ha kunnskaper om og evne til å vurdere den situasjonen operasjonspasienten befinner seg i (17,18).

**TRUET PÅ LIVET.** Operasjonspasienten befinner seg i en situasjon

som oppleves som en trussel mot eget liv, helse og velvære, med liten eller ingen mulighet til å mestre situasjonen på egen hånd, noe som understøttes av følgende utsagn: «Frykt og angst har de aller fleste pasientene som skal opereres». Pasienter kan oppleve situa-

sjonen som belastende, selv om inngrepet ikke er omfattende sett fra et medisinsk ståsted (17). Operasjonssykepleieren fokuserer på å fremme helse og lindre lidelse ved å redusere stress og angst, samt begren-

se omfanget og styrken i de belastningene pasientene utsettes for (17,19). Av den grunn mente informantene at NANDA sykepleiediagnosene frykt og angst kunne fjernes fra VBP. Det var også sykepleiediagnoser som ble tolket som basiskunnskaper for sykepleiere, for eksempel mangelfull egenomsorg (NANDA 00090). Denne sykepleiediagnosen ble vurdert som mest aktuelt for sengeposten.

Noen NANDA sykepleiediagnoser ble tolket likt og brukt på samme problemområde, for eksempel: Svekket bevegelsesevne (NANDA 00085) og svekket forflytningsevne (NANDA 00090). En av årsakene til dette var at ikke alle var kjent med kjennetegnene til disse to sykepleiediagnosene. Svekket forflytningsevne (NANDA 00090) ble beholdt som det mest relevante. Etter analysen ble NANDA sykepleiediagnoser redusert til 8.

**RESULTATMÅL.** Det ble utviklet tre resultatmål formulert i fritekst. Resultatmålet: «Pasienten er smertefri under inngrepet», ble tatt ut med begrunnelse i at det ble ansett som anestesiens ansvarsområde i denne sammenhengen. Resultatmålene: «Pasienten er rolig og trygg» og «Pasientens funksjonsnivå er ikke redusert på andre områder enn et som kan forventes relatert til inngrepets art», ble stående.

## «NANDA og NIC ga mulighet til kontinuitet i sykepleiedokumentasjonen.»

**NIC SYKEPLEIEINTERVENSJONER.** I utprøvningsperioden besto VBP av 30 NIC sykepleieintervensjoner. Det er faglige og juridiske grunner til hvorfor operasjonssykepleierne skal dokumentere utførte tiltak. Men «er det naturlig å dokumentere selvfølgeligheter?» var et spørsmål som kom opp. For å utøve faglig forsvarlig og trygg operasjonssykepleie kreves kontinuitet og systematikk i utvekslingen av informasjon om pasienten og den helsehjelpen som er gitt. Molven hevder at hensikten med sykepleiedokumentasjonen er å bidra til pasientens sikkerhet, gjennom å kommunisere med annet helsepersonell, bidra til kontinuitet og kvalitet i pasientens behandling og pleie. Videre kan dokumentasjonen sees på som limet i samhandlingen mellom helsepersonell (20). Ifølge helsepersonelloven skal pasientrettete data dokumenteres i pasientjournalen i den hensikt å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp (1). I pasientrettighetsloven gis pasienten rett til innsyn i sin journal (3).

Forberede til kirurgisk inngrep (NIC 2930), ble tolket og brukt likt med forholdsregler ved kirurgisk inngrep (NIC 2920). Etter faglige diskusjoner som besto av hvilket tiltak hver av de to NIC-intervensjonene inneholdt, ble forholdsregler ved kirurgisk inngrep (NIC 2920) beholdt. Denne intervensjonen inneholdt tiltak som utføres under inngrepet, for eksempel kontroll av diatermi og tilhørende medisinskteknisk og annet utstyr.

Det er kirurgen som dokumenterer hvilket inngrep som er utført. Dette gjør kirurgen i det han eller hun går ut av operasjonsstuen og dokumenter det som er gjennomført. I forkant gjør operasjonssykepleierne vurderinger, planlegger og utfører tiltak relatert til det kirurgiske inngrepet pasienten skal gjennomgå. Molven hevder at det kan oppstå problemer når flere dokumenterer det samme. Dobbeltføring øker risikoen for inkonsistente data (21). Behovet for å dokumentere type kirurgisk inngrep

pasienten gjennomgikk var faglig begrunnet. Begrunnelsen var at det utløser mange av tiltakene operasjonssykepleieren utfører, slik denne uttalelsen viser: «Operasjonen utløser på mange måter hva vi skal og må gjøre for pasienten».

Intervensjonen Behandling av insisjonsstedet (NIC 3440) ble valgt, med forordning: snitt og lokalisasjon. Sykepleieintervensjonen Overvåke vitale tegn (NIC 6680) med tiltakene blodtrykk og puls ble fjernet. Dette ble hovedsakelig vurdert som anestesiansvar i denne sammenheng. Sykepleieintervensjonen Behandling av sirkulatorisk tilstand (NIC 4066) ble vurdert som mest aktuelt for karkirurgiske pasienter, og ble fjernet fra VBP. NIC sykepleieintervensjoner ble redusert til 20.

**VBP SOM GRUNNLAG.** Operasjonssykepleierne mente det var behov å få en rask oversikt over hvilke risikofaktorer pasienten hadde eller kunne utsettes for, og hvilke sykepleietiltak som skulle eller burde planlegges og iverksettes. Dette behovet reflekteres ved følgende utsagn: «Det som er viktigst må komme først» og: «VBP gir oss en god struktur for dokumentasjon

## «Frykt og angst har de aller fleste pasientene som skal opereres.»

og får frem hvordan vi jobber».

NANDA og NIC synliggjorde noe av operasjonssykepleierens tause kunnskap. Kunnskap og forståelse for klassifikasjonssystemet økte med øvelse. For enkelte operasjonssykepleiere var det som ble dokumentert selvfølgeligheter, men for andre var VBP et verktøy som samsvarte med det arbeidet de utførte. Operasjonssykepleierne utfører selvstendig, samarbeidende og delegerte oppgaver. I §

39 i helsepersonelloven skal den som har utført selvstendig helsehjelp, dokumentere dette (1). VBP er en preformulert oversikt, men ved individualisering framkommer det tydelig hva som er aktuelt for den enkelte pasient. I de tilfellene der operasjonssykepleieren mener det mangler en sykepleiediagnose eller en sykepleieintervensjon, søkes dette opp i EDS-modulen. Dette krever kunnskaper om og bevisste holdning til pasienten, det kirurgiske inngrepet, sykepleiediagnosen og sykepleieintervensjonen som skal brukes.

Plassering av PC-skjerm og tastatur på operasjonsstuen medførte at den koordinerende operasjonssykepleieren ble stående med ryggen mot operasjonsfeltet. Dette forstyrret oppmerksomhet og konsentrasjon, noe disse uttalelsene vitner om: «Vi står for lenge med ryggen til pasientene og får ikke fulgt med i feltet» og: «konsentrasjonen om å dokumentere korrekt, forstyrret fokuset på pasienten».

Når pc-utstyret var ute av funksjon og DIPS ikke kunne brukes, var motivasjonen til å ta i bruk VBP dalende. Det gamle dokumentasjonskjemaet ble brukt i de tilfellene der IT-støtten var mangelfull. Det var også krevende når IKT-utstyret ikke fungerte. Innføringen av EDS førte til endringer av innarbeidete arbeidsrutiner. Både å dokumentere elektronisk og ta i bruk VBP, var en barriere.

**OPERASJONSSYKEPLEIERAPPORT.** Evalueringen av iverksatte tiltak ble gjort i notatmalen, operasjonssykepleier rapporten, i henhold til de tolv funksjonsområdene. Notatmalen ble brukt i tillegg til behandlingsplanen. Innholdet var blant annet en sjekkliste som besto av kontroll og klargjøring av medisinske-teknisk utstyr, kontrolltelling av kirurgisk utstyr og kompresser.

**KONKLUSJON.** Den utviklede VBP med NANDA sykepleiediagnoser og NIC sykepleieintervensjoner ga et faglig godt bilde av operasjonssykepleierens funksjon og ansvarsområder. Videre var VBP i samsvar

med operasjonssykepleierens observasjoner, vurdering, tiltak og evalueringer. Informantene hevdet at operasjonssykepleierens faglige perspektiv kom tydelig frem. Prosjektgruppen konkluderte med ytterligere behov for oppfølging og veiledning i bruk av EDS. ●

### REFERANSER:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1999.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om spesialisthelsetjenesten m.v. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1999.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1999.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2000.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2000.
6. Moen A, Hellesø R, Berge A. Sykepleierens journalføring, Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Oslo: Akribe forlag, 2007.
7. Spjelkevik ML, Nerdal E, Rønningen K, Lia I, Kjelberg E. Bak lukkede dører I. Prosjekt rapport. Samarbeidsprosjekt mellom ansatte ved Sykehuset i Telemark HF, Høgskolen i Telemark og Norsk Sykepleierforbund, 2004.
8. von Krogh G, Dale C, Nåden D. A framework for Integrating NANDA, NIC and NOC Terminology in Electronic Patient Records. Journal of Nursing Scholarship. Third Quarter 2005; 37:275-281.
9. Gordon M. (red) NANDA – Sykepleiediagnoser: Definisjoner & klassifikasjon 2001-2002, Philadelphia, USA; Norsk utgave, Oslo: Akribe forlag, 2003.
10. Dichtermand JM, Bulechek GM. (red) (2004). Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC), 4. utg, New York, USA; Norsk utgave, Akribe forlag; 2006, 2. opplag 2008
11. Junntila K, Salanterä S, Hupli M. (2005). Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. Journal of Advanced Nursing 2005; 52: 271-280.
12. Krueger RA. Focus groups – a practical guide for applied research. 2. Utg. Thousands Calif: Sage Publications, 1994.
13. Tillgren P, Walling E. Fokusgrupper – historisk, struktur og tilpassning. Soc Med Tidsskrift 1999; 3:12-21.
14. Morgan DL. Focus Groups as Qualitative Research. London: Sage Publications, 1990.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Eighth Edition. USA: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
16. Kvale, S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utgave. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 2009.
17. Dävøy G, Eide P, Hansen I. Operasjonssykepleie. Gyldendal Akademiske Forlag, 2010.
18. Utdyping av operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse. Oslo: Norsk Sykepleierforbund Landsgruppen av Operasjonssykepleiere.
19. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammepan for videreutdanning i operasjonssykepleie. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005.
20. Molven O. Helse og jus. En innføring for helsepersonell. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
21. Molven O. Sykepleie og jus. Oslo: Gyldendal akademisk, 2005.

### FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)