

Samsvar mellom sykepleieproblemer i sykepleieplaner og NANDA sykepleiediagnoser

Cecilie Varsi



Masteroppgave i sykepleievitenskap ved Institutt for
sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2007



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Cecilie Varsi	Dato: 21.05.07
Tittel og undertittel: Samsvar mellom sykepleieproblemer i sykepleieplaner og NANDA sykepleiediagnoser	
<u>Sammendrag:</u> <u>Formål:</u> Studiens hensikt er å 1) kartlegge hvilke sykepleieproblemer som er nedtegnet i sykepleieplanene til pasienter som har gjennomgått allogen stamcelletransplantasjon, og 2) vurdere graden av samsvar mellom nedtegnede sykepleieproblemer i sykepleieplanene og NANDA sykepleiediagnoser. <u>Bakgrunn:</u> Innenfor sykepleiedisiplinen uttrykkes det et behov for å bruke standardisert terminologi med entydige begreper i sykepleiedokumentasjonen i pasientens journal. Det hevdes at standardisert språk er viktig for praksis, fagutvikling og forskning. Innføringen av elektroniske pasientjournaler har også fremskyndet utviklingen av standardiserte språk for sykepleie. NANDA er et standardisert klassifikasjonssystem for sykepleiediagnoser som vurderes innført i norsk sykepleiepraksis. For å kunne bedømme om NANDA egner seg som standardisert språk i klinisk praksis er det viktig å finne ut hva sykepleierne nedtegner i sykepleieplanene i dagens pasientjournaler, og i hvor stor grad NANDA sykepleiediagnoser er dekkende for sykepleiernes nedtegnelser. Dette kan gi verdifull bakgrunnsinformasjon til praksisfeltet før innføring av klassifikasjonssystemer i sykepleie. <u>Metode og utvalg</u> Det ble gjennomført en innholdsanalyse av 29 sykepleieplaner. Sykepleieproblemer i sykepleieplanene ble gruppert og kategorisert i henhold til NANDA sykepleiediagnoser, samt at grad av samsvar ble vurdert mellom sykepleieproblemer i sykepleieplanene og NANDA sykepleiediagnoser. <u>Resultater</u> Det ble funnet 235 unike sykepleieproblemer nedtegnet i sykepleieplanene. Disse kunne identifiseres innenfor 32 NANDA sykepleiediagnoser. Sykepleiernes nedtegnelser bar preg av å være problemfokuserte, knyttet til pasientens fysiske plager og var formulert i et uensartet og ”lokalt” språk. Det ble funnet samsvar mellom NANDA sykepleiediagnoser og sykepleieproblemer i sykepleieplanene for 92,8 % av sykepleiernes nedtegnelser. På overordnet nivå fanget NANDA dermed inn sykepleiernes nedtegnelser relativt bra. Men når nedtegnelsene ble gradert i forhold til grad av samsvar hadde kun 4,3% eksakt samsvar med NANDA sykepleiediagnoser, 37,4% var sammenfallende innholdsmessig, men synonyme begreper ble benyttet, 50,2% var mer generelle enn NANDA, 0,9% var smalere enn NANDA og 7,2% fantes det ikke samsvar for. <u>Konklusjon</u> NANDA-termer er per i dag kun dekkende på et overordnet nivå til å representere det sykepleiere nedtegner som sykepleieproblemer i sykepleieplanene i pasientens journal, men ikke på detaljnivå som er nødvendig for en mer eksakt identifisering av pasientens problemer. Videre studier med større utvalg og bredere sammensatt pasientpopulasjon vil kunne avdekke om funnene holder i et større materiale. Nøkkelord: Sykepleie, sykepleiediagnose, sykepleieproblem, sykepleiedokumentasjon, sykepleieplan, innholdsanalyse, terminologi, klassifikasjonssystem, NANDA sykepleiediagnoser.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Cecilie Varsi	Date: 21.05.07
Title and subtitle: Congruence between nursing problems in nursing care plans and NANDA nursing diagnoses	
<u>Abstract:</u> <u>Purpose:</u> The purpose of this study is to a) map which nursing diagnosis are written in the nursing care plans of patients going through allogeneic bone marrow transplant and b) assess the degree of congruence between these nursing diagnosis and NANDA nursing diagnosis. <u>Background:</u> Within nursing there is an expressed need to use standardized terminology containing clearly defined terms in documentation of nursing in the patient's journal. One claims that a standardized language is important to the clinical practice, the development of nursing as a science and for research. The introduction of Electronic Health Record (EHR) has also furthered the development of standardized language for nursing. NANDA is a standardized classification system for nursing diagnosis currently being evaluated for use in the Norwegian nursing. To be able to assess whether NANDA is applicable as a standardized language in clinical practice, it is important to find out what nurses write in care plans of patients today, and to what extent NANDA nursing diagnoses covers what these nurses write. This might give valuable background information to clinical practice prior to introduction of nursing classifying systems. <u>Method and selection</u> An analysis of 29 nursing care plans was done. The nursing diagnosis in the care plans were grouped and categorized according to NANDA nursing diagnosis. The extent of congruence between the nursing diagnosis in the care plans and NANDA nursing diagnosis was also evaluated. <u>Results</u> 235 unique nursing diagnoses were found in the nursing care plans. These could be identified within 32 NANDA nursing diagnosis. The nurses' writings could be classified as focused on problems, concerning the patients physical problems and written in a colloquial style and local dialects. Congruence was found between NANDA nursing diagnosis and the nursing diagnoses from the care plans in 92,8% of the nurses' writings. On a general level NANDA caught the nurses' writings relatively well. But when the writings were assessed according to degree of congruence only 4,3% were precisely congruent with NANDA nursing diagnosis, 37,4% were found congruent on content, but synonymous terms were used, 50,2% were more general than NANDA, 0,9% were narrower than NANDA and no congruence was found for 7,2% <u>Conclusion</u> NANDA terms are as of today only applicable on a general level when it comes to representing what nurses write as nursing diagnosis in the care plans in the patients record, but not on a detailed level which is needed for a more exact identification of the patients problem. Further studies with a wider selection and wider patient population will reveal whether the findings apply to a bigger material.	
Key words: Nursing, nursing diagnosis, nursing problems, nursing documentation, nursing care plans, content analysis, terminology, classification system, NANDA nursing diagnosis.	

FORORD

I arbeidet med denne masteroppgaven er det mange som har hjulpet meg, og som derfor fortjener en takk. Jeg vil rette en stor takk til min veileder Cornelia Ruland ved Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning på Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Hun har gitt meg kritiske og konstruktive innspill i prosessen og har hjulpet meg gjennom alle fasene i arbeidet med masteroppgaven. Jeg vil også takke henne for at jeg fikk tilgang til data gjennom et forskningsprosjekt hun leder, samt for økonomisk støtte i første del av studiet.

Prosjektmedarbeider Jørn Kristiansen fortjener også en stor takk. Han har vært en viktig støttespiller og medhjelper i innsamlingen av data til studien. Han har også hjulpet meg med oversettelsen av sammendraget til engelsk, og fortjener en takk for det.

Jeg vil også takke arbeidsgiver ved avdelingssjef Kristian Bjørø for at jeg fikk permisjon til gjennomføringen av masterstudiet. Det oppleves som positivt at Medisinsk avdeling ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF verdsetter kompetanseheving hos personalet, og dermed bidrar til fagutvikling og forskning innenfor sykepleiefaget.

Medstudentene Elin Børøsund og Lilly Marit Angeremo fortjener en stor takk. Lilly Marit har hjulpet meg med å sjekke interrater reliabilitet. De har også vært viktige diskusjonspartnere og har bidratt til økt refleksjon. De har også hjulpet meg med å holde motet oppe i perioder hvor det har gått trått.

Bærum, mai 2007

Cecilie Varsi

INNHold

INNLEDNING.....	1
BAKGRUNN OG BETYDNING	3
LITTERATURGJENNOMGANG	6
SYKEPLEIEPROSESSEN	6
SYKEPLEIEDOKUMENTASJON	7
PLANLEGGING AV SYKEPLEIEN I PASIENTENS JOURNAL.....	9
SYKEPLEIERES DOKUMENTASJONSPLIKT	10
KLASSIFIKASJONSSYSTEM.....	11
HISTORISK OM SYKEPLEIEDIAGNOSER.....	12
OPPBYGGING AV KLASSIFIKASJONSSYSTEMET NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER	13
UTVIKLING OG VALIDERING AV NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER	18
BRUK AV NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER I KLINISK PRAKSIS	20
KRITIKK AV KLASSIFIKASJONSSYSTEMENE/NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER.....	22
RELATERT FORSKNING.....	24
RELATERT FORSKNING KNYTTET TIL VALG AV METODE	27
METODE.....	29
DOKUMENTANALYSE.....	29
UTVALG.....	30
INNSAMLING OG ANALYSE AV DATA	32
GRANSKNINGSINSTRUMENT.....	35
SAMMENLIGNING AV TERMER.....	35
INTERRATER RELIABILITET	37

ETISKE OVERVEIELSER.....	38
RESULTATER.....	40
UENSARTET SPRÅK	44
AKUTT SMERTE.....	46
UBALANSE I ERNÆRING: MINDRE ENN KROPPSBEHOVET	46
KVALME	49
SVEKKET VEVSKVALITET, SVEKKET HUDKVALITET OG RISIKO FOR SVEKKET HUDKVALITET	49
SVEKKEDE MUNNSLIMHINNER	50
AKTIVITETSINTOLERANSE, RISIKO FOR INAKTIVITETSSYNDROM OG SVEKKET BEVEGELSESEVNE	51
FORSTYRRET SØVNMØNSTER OG SØVNMANGEL	52
DIARÉ, OBSTIPASJON, RISIKO FOR OBSTIPASJON, OG FORSTYRRELSE I URINELIMINASJON.....	52
RISIKO FOR INFEKSJON	53
HYPERTERMI	54
HYPERVOLEMI, RISIKO FOR FORSTYRRELSE I VÆSKEBALANSEN, RISIKO FOR HYPOVOLEMI	54
INEFFEKTIV BESKYTTELSE	55
INEFFEKTIV OPPRETHOLDELSE AV FRIE LUFTVEIER	56
MANGELFULL EGENOMSORG: PERSONLIG HYGIENE.....	56
NEDSATT VERBAL KOMMUNIKASJON	57
SENSORISKE FORSTYRRELSER/PERSEPSJONSFORSTYRRELSER	57
SVEKKET HUKOMMELSE	58
INEFFEKTIV GJENNOMFØRING AV BEHANDLINGSOPPLEGG.....	58
MANGELFULLE KUNNSKAPER	58
AKUTT FORVIRRING	59
RISIKO FOR ENSOMHET	59

SYKEPLEIEPROBLEMER SOM IKKE GIR SAMSVAR MED NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER	60
OPPSUMMERING AV RESULTATER	60
DISKUSJON	62
NEDTEGNEDE SYKEPLEIEPROBLEMER I SYKEPLEIEPLANENE	62
SAMSVAR MELLOM SYKEPLEIEPROBLEMER OG NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER	66
FAKTORER VED STUDIENS DESIGN OG METODE SOM KAN PÅVIRKE RESULTATET.....	71
STUDIENS BEGRENSNINGER	73
STUDIENS BIDRAG TIL SYKEPLEIEFAGET	73
ANBEFALINGER TIL KLINISK PRAKSIS	74
ANBEFALINGER TIL VIDERE FORSKNING.....	76
KILDELISTE.....	78

OVERSIKT OVER TABELLER

TABELL 1: NANDAS DOMENER OG DEFINISJONER AV DISSE	14
TABELL 2: NANDAS AKSER OG DEFINISJONER AV DISSE.....	16
TABELL 3: NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSEN ”KVALME”.....	17
TABELL 4: NANDA RISIKODIAGNOSEN ”RISIKO FOR INFEKSJON”.....	17
TABELL 5: SYKEPLEIEPROBLEMER HENTET FRA SYKEPLEIEPLANER	32
TABELL 6: EKSEMPLER PÅ MEDISINSKE DIAGNOSER, TILTAK, MÅL, RESULTATER OG BESKJEDER HENTET FRA SYKEPLEIEPLANENE.....	33
TABELL 7: DET SOM SAMMENLIGNES I STUDIEN.....	34

TABELL 8: EKSEMPLER PÅ HVORDAN PROBLEMFORMULERINGER I SYKEPLEIEPLANENE ER KNYTTET SAMMEN MED NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER	36
TABELL 9: OVERSIKT OVER NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER SOM BELYSER HVILKE SYKEPLEIEPROBLEMER SOM ER NEDTEGNET I SYKEPLEIEPLANENE	41
TABELL 10: EKSEMPLER PÅ VURDERING AV SAMSVAR MELLOM SYKEPLEIEPROBLEMER I SYKEPLEIEPLANER OG NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER	42
TABELL 11: VURDERING AV SAMSVAR MELLOM SYKEPLEIEPROBLEMER I SYKEPLEIEPLANER OG NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER	43
TABELL 12: SYKEPLEIERNES NEDTEGNELSER AV PASIENTENS PROBLEMER KNYTTET TIL PLAGER I MUNN OG SVELG	45
TABELL 13 SYKEPLEIERNES NEDTEGNELSER AV PASIENTENS PROBLEMER KNYTTET TIL ERNÆRING SOM GIR SAMSVAR ”LIGNENDE” MED NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSEN ”UBALANSE I ERNÆRING: MINDRE ENN KROPPSBEHOVET”	47
TABELL 14 SYKEPLEIERNES NEDTEGNELSER AV PASIENTENS PROBLEMER KNYTTET TIL ERNÆRING SOM GIR SAMSVAR ”MER GENERELL” MED NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSEN ”UBALANSE I ERNÆRING: MINDRE ENN KROPPSBEHOVET”	48
TABELL 15 SYKEPLEIERNES NEDTEGNELSER AV PASIENTENS PROBLEMER SOM GIR SAMSVAR ”MER GENERELL” MED NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSEN ”INEFFEKTIV BESKYTTELSE”	55
TABELL 16 SYKEPLEIERNES NEDTEGNELSER AV PASIENTENS PROBLEMER SOM KAN KNYTTES TIL NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSEN ”INEFFEKTIV OPPRETTHOLDELSE AV FRIE LUFTVEIER”	56
TABELL 17 SYKEPLEIERNES NEDTEGNELSER AV PASIENTENS PROBLEMER SOM GIR SAMSVAR ”MER GENERELL” MED NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSEN ”AKUTT FORVIRRING”	59

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg 1	Sykepleieplan
Vedlegg 2	Oversikt over NANDA sykepleiediagnoser i 2001-2002-utgaven

INNLEDNING

I de senere årene har det vært et økende fokus på behovet for standardisert terminologi for sykepleiedokumentasjon i pasientens journal. Det hevdes fra mange hold at standardisert språk for sykepleie er viktig for både praksis, fagutvikling og forskning (Clark, Craft-Rosenberg, & Delaney, 2000; Coenen, Weis, Schank, & Matheus, 1999; Dale & Dale, 2004; Kurihara et al., 2001; Lunney, Delaney, Duffy, Moorhead, & Welton, 2005; Moen, 1999b; Hardiker, Hoy, & Casey, 2000). Innføringen av elektroniske pasientjournaler har også fremskyndet utviklingen av standardiserte språk (Hardiker et.al., 2000; Moen, Henry, & Warren, 1999).

Utviklingen av standardiserte terminologier for sykepleie hadde sitt utspring i USA på 1970-tallet. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) var først ute med en standardisert terminologi for sykepleiediagnoser. Siden har det blitt utviklet mange standardiserte sykepleiespråk for både sykepleiediagnoser, -tiltak og -resultater. Utvikling og bruk av standardiserte språk er et viktig tema innenfor sykepleiedisiplinen.

Terminologiene er tatt i bruk ved sykehus og institusjoner over hele verden. I Norge er det også flere som har tatt i bruk de standardiserte terminologiene, spesielt etter at flere av dem er oversatt til Norsk. Både ved Akershus universitetssykehus HF og ved Ullevål universitetssykehus HF er ulike klassifikasjonssystemer tatt i bruk ved enkelte avdelinger. Likevel er det meste av sykepleiedokumentasjonen i Norge fortsatt formulert i fritekst hvor sykepleierne benytter egne ord. Det er gjort mange studier både i Norge og internasjonalt som har sykepleiedokumentasjon som tema (Bjørvell, Thorell-Ekstrand, & Wredling, 2000; Coenen et.al., 1999; Dale & Dale, 2004; Delaney & Moorhead, 1997; Ehnfors, 1994; Ehrenberg & Ehnfors, 1999; Glomsås, 2003; Griffiths, 1998; Henry, Holzemer, Reilly, & Campbell, 1994; King, Chard, & Elliot, 1997; Ogasawara et al., 2005; Stokke & Kalfoss, 1999; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002; Weis & Schank, 2000). Det er også gjort mange studier som sammenligner de ulike klassifikasjonssystemene i forhold til hverandre (Choi, Jenkins, Cimino, White, & Bakken, 2005; Zielstorff, Tronni, Basque, Griffin, & Welebob, 1998). Det er imidlertid gjort få studier i Norge som sammenligner dokumentasjon skrevet i fritekst med standardiserte klassifikasjonssystemer, og det er ikke funnet noen studier som

sammenligner sykepleiedokumentasjon med den norske oversettelsen av NANDA sykepleiediagnoser.

Hensikten med denne studien er å undersøke både hvilke sykepleieproblemer som er nedtegnet i eksisterende sykepleieplaner, og å sammenligne disse med NANDA sykepleiediagnoser. Det er av interesse både hva sykepleierne nedtegner, og i hvor stor grad NANDA er dekkende for det sykepleiere nedtegner som sykepleieproblemer i sykepleieplaner i dagens pasientjournaler. Før standardiserte sykepleieterminologier tas i bruk i klinisk praksis er det viktig å gjøre en kritisk vurdering av hvor dekkende terminologiene er for det sykepleiere dokumenterer i dag. Tidligere studier viser mangler ved sykepleieterminologiene (Ehnfors, 1994; Henry, Warren, Lange, & Button, 1998; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002). Det er viktig å kartlegge hva disse manglene består i og hvilke konsekvenser det gir for praksisfeltet å ta sykepleieterminologiene i bruk. Det er nødvendig å forsikre seg om at sykepleiedokumentasjonen ikke svekkes ved bruk av klassifikasjonssystemer og å vurdere hvilke tiltak som må gjøres slik at det ikke skjer. Det vil danne verdifull grunnlagsinformasjon når praksisfeltet skal vurdere om det er hensiktsmessig for sykepleiere i klinisk praksis å ta i bruk NANDA sykepleiediagnoser når sykepleieproblemer skal nedtegnes i pasientens journal.

I studien fokuseres det på standardisert språk for sykepleiediagnoser, det vil si er nedtegnelser av pasientens problemer som de har behov for sykepleie for å løse (Kirkevold, 1998). Dette er en kritisk og viktig oppgave for sykepleiere, fordi identifisering av pasientens individuelle behov og problemer danner grunnlag for både de sykepleietiltak som iverksettes og for fastsetting av ønskede pasientresultater og evalueringen av disse.

Gjennom denne studien søker en å få svar på om det standardiserte klassifikasjonssystemet NANDA sykepleiediagnoser kan bidra til å heve kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen, ved å undersøke om det er mulig å benytte standardiserte termer for sykepleiediagnoser i pasientens journal. Bruk av standardiserte sykepleiediagnoser kan være et utgangspunkt for sikker og individuell behandling og sykepleie til pasientene, det kan synliggjøre faget samt gi grunnlag for ressursstyring, forskning og fagutvikling.

Selv om det er mange tilhengere av klassifikasjonssystemene, er det også mange kritikere. Det hevdes at å standardisere språket til forhåndsdefinerte termer vil føre til at sykepleien mister det individuelle aspektet i forhold til pasientene, ved at terminologiene ikke er

dekkende for alle de forhold som omhandler pasientene (Førland, 1999; Lee & Chang, 2004; Lee, Yeh, & Ho, 2002). Denne studien søker å finne svar på dekningsgrad for NANDA sykepleiediagnoser i forhold til innholdet i eksisterende sykepleieplaner nedskrevet av sykepleiere for en gruppe kreftpasienter.

Følgende forskningsspørsmål undersøkes i studien:

- Hvilke sykepleieproblemer er nedtegnet i sykepleieplanene til kreftpasienter som gjennomgår allogene stamcelletransplantasjon?
- I hvilken grad samsvarer sykepleieproblemene i sykepleieplanene med NANDA sykepleiediagnoser?

Bakgrunn og betydning

Bruk av standardiserte terminologier for sykepleie er i sterk fremvekst internasjonalt og utvikling av klassifikasjonssystemer og en felles terminologi for sykepleie er et internasjonalt satsningsområde. I 2005 hadde American Nursing Association (ANA) anerkjent 10 ulike standardiserte språk for sykepleie til bruk i pasientens journal (Lunney et.al., 2005). De mest kjente er NANDA - North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2005) som er sykepleiediagnoser, NIC - Nursing Intervention Classification (Dochterman & Bulechek, 2004) som klassifiserer sykepleietiltak, NOC - Nursing Outcome Classification (Johnson, Maas, & Moorhead, 2000) som klassifiserer pasientresultater, HHCC - Home Health Care Classification (Saba, 1992) og ICNP - International Classification of Nursing Practice (ICN, 2005) som inneholder sykepleiediagnoser, -intervensjoner og -resultat. Også i Norge er det en økende interesse for å standardisere nedtegnelsene i pasientens journal. Dette har sammenheng både med innføringen av elektroniske pasientjournaler og innføringen av lovpålagt dokumentasjonsplikt for sykepleiere i 2001 (Helsepersonelloven, 2001). I tillegg har informasjonsmengden i pasientens journal økt betraktelig de senere årene, noe som har synliggjort et behov for strukturering av innholdet i pasientjournalen (Heggdal, 2006; Hardiker et.al., 2000). I Norge er ingen klassifikasjonssystemer utviklet, men flere av de internasjonale er oversatt til norsk. Praksisfeltet i Norge synes å gå mot større grad av standardisering, og flere har allerede tatt klassifikasjonssystemer i bruk (Heggdal, 2006).

NANDA står for North American Nursing Diagnosis Association og er et kodeverk og klassifikasjonssystem for sykepleiediagnoser (NANDA, 2003). NANDA betegner både

organisasjonen og klassifikasjonssystemet. Organisasjonen NANDA definerer en sykepleiediagnose som: ”En klinisk bedømmelse av reaksjoner på aktuelle eller potensielle helseproblemer/livsprosesser hos individ, familie eller nærmiljø” (NANDA, 2003). I det følgende vil NANDA benyttes om klassifikasjonssystemet NANDA sykepleiediagnoser, dersom ikke annet er angitt. NANDA er utviklet i USA hvor sykepleien er kulturelt og profesjonelt sett annerledes enn sykepleien i Norge. Det er derfor behov for å undersøke om NANDA sykepleiediagnoser egner seg for norske forhold. En studie fra Island viser at sykepleiediagnoser som er mye brukt i USA ikke benyttes på Island. Dette forklares med mulige kulturforskjeller. Sykepleieproblemer pasienter i USA har behov for sykepleie til å håndtere, er ikke fremtredende på Island (Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002). En kan spørre seg om tilsvarende forskjeller også finnes i Norge.

Behovet for å definere sykepleiens unike rolle har ledet til utviklingen av et standardisert språk for sykepleieproblemer. Det både synliggjør sykepleiens unike gjenstandsområde og avgrensner sykepleien fra andre fag, spesielt medisinen (Carpenito-Moyet, 2004).

Sykepleiediagnosene fokuserer på pasientens reaksjon på helserelaterte problemer og deres individuelle behov for sykepleie, i motsetning til de medisinske diagnosene som fokuserer på sykdommen (Carpenito-Moyet, 2004; Ehrenberg & Ehnfors, 1999). Pasienter med den samme medisinske diagnosen kan ha ulikt behov for sykepleie (Ehrenberg, Ehnfors, 1999). Medisinske diagnoser og sykepleiediagnoser utfyller hverandre, og bruk av sykepleiediagnoser kan øke kvaliteten på sykepleien ved at den enkelte pasients individuelle behov synliggjøres (Ehnfors, 1994). Å definere sykepleiediagnoser for den enkelte pasient kan dermed bidra til å synliggjøre sykepleierens fokus (Carpenito-Moyet, 2004), og for uerfarne sykepleiere kan nedtegnelsene gjort av erfarne sykepleiere være verdifulle i opplæringsøyemed (Axelsson, Björvell, Mattiasson, & Randers, 2006). Med standardiserte sykepleiediagnoser kan også sykepleien bli synlig for andre enn sykepleiere og gi en sterkere profesjonell autonomi (von Krogh & Dale, 2001; Carpenito-Moyet, 2004; Axelsson et.al., 2006). Oppsummert kan en si at sykepleiediagnosene har til hensikt å definere, strukturere, standardisere og systematisere sykepleien (Lutzen & Tishelman, 1996).

For praksisfeltet fremheves mange fordeler med et felles, standardisert språk for sykepleiediagnoser. Utvikling av sykepleiediagnoser anses som spesielt viktig fordi sykepleiediagnosen bestemmer hvilke intervensjoner som velges, og således hvilke pasientresultater som kan forventes oppnådd (Clark et.al., 2000). På den måten kan både

kontinuitet og kvalitet for pasientene fremmes (Axelsson et.al., 2006). Å identifisere og nedtegne en sykepleiediagnose er dermed ikke et mål i seg selv, men kan sees på som et beslutningsstøttesystem når hensiktsmessige tiltak skal planlegges og iverksettes. Bruk av standardiserte terminologier kan bidra til at sykepleiere legger samme innhold i begrepene slik at mulighetene for feiltolkninger begrenses (Dale & Dale, 2004). En viktig grunn til å ha et standardisert språk er å sikre at nedtegnede data om pasienten forstås likt av alle som er involvert i sykepleien. Dersom nedtegnelsene av pasientens problemer er upresise, kan valg av tiltak gjøres på sviktende grunnlag. Det kan i verste fall føre til unødvendig ubehag og mangelfull eller feil behandling og sykepleie for pasienten (Lunney, 2003), eller at pasienten utsettes for unødig risiko (Heggdal, 2006; Stokke & Kalfoss, 1999). Det hevdes videre at bruk av standardiserte sykepleiediagnoser er tidsbesparende (Dale & Dale, 2004; Moen, 1999b; Axelsson et.al., 2006), at det danner grunnlag for beregninger av ressursbruk og at det danner viktige databaser for bruk i fagutvikling og forskning (Moen et.al., 1999; Axelsson et.al., 2006). Slike databaser kan for eksempel benyttes i utviklingen av evidensbasert praksis (Hardiker et.al., 2000; Moen et.al., 1999). Ved å få kjennskap til pasientens sykepleieproblemer kan en for eksempel utvikle evidensbaserte sykepleieplaner for bestemte pasientgrupper.

Innføringen av dokumentasjonsplikt for sykepleiere i Norge har ført til et generelt økt fokus på sykepleiedokumentasjon. I tillegg definerer journalforskriften (2002) hva pasientjournalen skal innholde og hvordan strukturen skal være. Dokumentasjonen skal sikre kvalitet og kontinuitet samt pasientens rett til å vite og delta i beslutninger, behandlingsplaner og betraktninger om pleie (Moen, Hellesø, & Olsen, 1997). Flere studier viser imidlertid at lovkravet ikke er innfridd (Moen et.al., 1997; Stokke, 1999). I den forbindelse kan spørsmålet reises om innføring av klassifikasjonssystemer kan bidra til bedret kvalitet på sykepleiedokumentasjonen både slik at den er et godt arbeidsverktøy samtidig som lovkravene innfris. Det er imidlertid nødvendig å gjøre kritiske vurderinger av disse systemenes egnethet for praksisfeltet i Norge, og det vil denne studien bidra til. I neste kapittel presenteres ulike litteratur som er av relevans for studien.

LITTERATURGJENNOMGANG

I dette kapittelet presenteres aktuell litteratur om sykepleiedokumentasjon, sykepleieres dokumentasjonsplikt, klassifikasjonssystemer og NANDA sykepleiediagnoser. Tidligere studier som har analysert sykepleiediagnoser i pasientjournaler og studier hvor ulike metoder for gradering av samsvar benyttes, presenteres også.

Det kan være nyttig å plassere pasientens problemer i et teoretisk rammeverk for å få et helhetlig bilde av hvordan innsamling av data omkring pasientens sykepleieproblemer kan påvirke valg av sykepleietiltak og fastsetting av ønskede pasientresultater. I den forbindelse er sykepleieprosessen (Yura & Walsh, 1988) valgt.

Sykepleieprosessen

Begrepet sykepleiediagnose er relativt nytt i norsk sammenheng og mange sykepleiere er ikke fortrolige med begrepet. Sykepleieprosessen gir et begrepsmessig rammeverk for forståelse av pasientens problemer og symptomer, og håndteringen av disse.

Sykepleieprosessen er en systematisk metode for å identifisere pasientens helsestatus og problemer, lage en plan for å løse dem, implementere planen og evaluere om den var effektiv for å fremme velvære og løse de identifiserte problemene. Sykepleieprosessen presenteres som en sirkulær, kontinuerlig prosess bestående av fire trinn: 1) datasamling og identifisering av sykepleiediagnoser, 2) fastsetting av ønskede resultater og sykepleietiltak, 4) implementering og 5) evaluering (Yura & Walsh, 1988). Gjennom et innleggelsesopphold kan pasient og sykepleier gå flere ganger gjennom prosessen, etter hvert som problemer løses og nye dukker opp.

Den første fasen i modellen er datasamling. Gjennom samtale med og observasjon av pasienten vil sykepleieren danne seg et helhetlig bilde av pasienten. Pasientens journal og svar på prøver og undersøkelser vil også gi verdifull informasjon. Pasientens problemer og plager knyttet til helse, sykdom og behandling identifiseres. Ved å legge til ordet sykepleie fremholdes det at pasienten har behov for sykepleie for å håndtere sine plager, og at det er sykepleieren som er ansvarlig for både identifisering og løsning av problemet sammen med pasienten (Kirkevold, 1998). På bakgrunn av de innsamlede data om pasienten, kan pasient

og sykepleier bevege seg til neste trinn i sykepleieprosessen, som er å identifisere sykepleiediagnoser.

I modellen defineres en sykepleiediagnose som: *”The judgment or conclusion reached by the nurse based on assessment data that indicates the potential for or actual human need fulfillment alteration viewed as an excess, disturbed pattern of expression, or a deficit, lack, or limitation for the client as person, family, or community”* (Yura & Walsh, 1988, side 129). Definisjonen sier at en sykepleiediagnose er sykepleierens vurdering basert på innsamlede data vedrørende endring i de menneskelige behov uttrykt som overskudd, underskudd, mangel eller begrensning hos individ, familie eller samfunn. Det kan henseile på både eksisterende og potensielle problemer.

Det andre trinnet i sykepleieprosessen er å identifisere ønskede resultater og å planlegge adekvate sykepleietiltak for å nå målene. Trinn tre og fire omhandler iverksetting av sykepleietiltakene og evaluering av dem ut fra de oppsatte mål (Yura & Walsh, 1988).

Klassifikasjonssystemer i sykepleie kan legges inn i modellen som beskrivelser av det sykepleieren nedtegner i pasientens journal vedrørende sykepleiediagnoser (trinn 1), ønskede resultater og sykepleietiltak (trinn 2). Identifisering av sykepleiediagnoser (f.eks. NANDA) kan plasseres i trinn 1 i modellen. I samarbeid med pasienten vil sykepleieren kartlegge hvilke symptomer pasienten har. Symptomenes plagsomhet, intensitet og innvirkning på livet vil kartlegges og pasientens reaksjon på symptomene vil beskrives. Også risiko for å få symptomer hører inn i modellen. På bakgrunn av kartleggingen kan sykepleieren utarbeide sykepleiediagnoser både for eksisterende problemer og symptomer og for å forebygge problemer, dvs risikodiagnoser, og nedtegne disse i en sykepleieplan i pasientens journal. Sykepleiediagnosene vil være retningsgivende for hvilke sykepleietiltak som velges i trinn 3, f.eks. NIC – Nursing Intervention Classification (Dochterman & Bulechek, 2004), og dermed også hvilke resultater eller sykepleiemål som ønskes oppnådd i trinn 3 f.eks. NOC – Nursing Outcome Classification (Johnson et.al., 2000).

Sykepleiedokumentasjon

Sykepleiedokumentasjonen i pasientens journal inneholder nedtegnelser av både planlagt og gjennomført sykepleie. Dokumentasjon av sykepleie har lange tradisjoner. I de senere årene

har det blitt et økende fokus både på hva som nedtegnes i pasientjournalen, og i hvilken form (Heggdal, 2006). Dette henger sammen med at pasientenes problemer er blitt mer sammensatte og komplekse, samt at pasientene gjennomgår flere undersøkelser og får mer behandling og sykepleie mens de er innlagt. Dette gir en omfangsrik informasjon om pasientene som det er nødvendig å ha tilgjengelig til enhver tid, og som det skal være mulig å finne frem i på en enkel måte. Den skriftlige dokumentasjonen er blitt det viktigste informasjons- og kommunikasjonsverktøyet for helsepersonell. Gjennom sykepleiedokumentasjonen skal sykepleiere få nøyaktig og nødvendig informasjon om pasientene de har ansvar for (Hellesø & Ruland, 2001). Dersom dokumentasjonen har mangler knyttet til innhold og struktur, hevdes det at pasientenes sikkerhet kan stå i fare (Heggdal, 2006; Stokke & Kalfoss, 1999). Informasjon om foreskrevet og gjennomført behandling og sykepleie er således essensielt for både pasientresultatet og for liggetiden (Björvell et.al., 2000). Uten nødvendig og tilstrekkelig dokumentasjon kan pasientene motta feil behandling eller behandlingen kan bli unødvendig forsinket (Lunney, 2003; Szaflarski, 1997).

I tillegg til å være et arbeids- og kommunikasjonsverktøy mellom sykepleiere for å sikre kontinuitet (Björvell et.al., 2000; Heggdal, 2006; Hellesø, 2000; Moen et.al., 1997), har sykepleiedokumentasjonen til hensikt å fremme individuell sykepleie ved at fokus for sykepleien defineres og synliggjøres for den enkelte pasient (Björvell et.al., 2000; Heggdal, 2006; Hellesø, 2000; Stokke & Kalfoss, 1999). Sykepleiedokumentasjonen skal bidra til koordinering av tiltak og synliggjøring av effekten av de iverksatte tiltak (Hellesø, 2000; Heggdal, 2006). Sykepleiedokumentasjonen skal også sikre pasientens krav og behov for å få informasjon om beslutninger vedrørende helse, behandling og sykepleie (Moen et.al., 1997; Hellesø, 2000), samt at den skal fremme pasientens deltakelse i forhold som omhandler han selv (Björvell et.al., 2000; Heggdal, 2006). Rettspraksis viser også at dokumentasjonen er et juridisk dokument ved at den legges til grunn i tilsyns- og rettsaker hvor pasienter har klaget på behandling og pleie (Heggdal, 2006; Hellesø, 2000).

For helseinstitusjoner vil sykepleiedokumentasjonen kunne benyttes for ledelse og ressursstyring ved at dokumentasjonen danner grunnlag for rapporter og statistikk vedrørende sykepleie som er gitt til pasientene (Björvell et.al., 2000; Hardiker et.al., 2000; Heggdal, 2006). Dokumentasjonen kan også benyttes som et undervisningsmiddel ved at nye sykepleiere og sykepleierstudenter kan høste kunnskap av det erfarne sykepleiere har

dokumentert (Björvell et.al., 2000; Heggdal, 2006). På den måten blir kunnskapen delt, og kan bidra til en utvidet kunnskapsbase ved den enkelte avdeling. Sykepleiedokumentasjonen danner også grunnlag for forskning og fagutvikling (Hellesø, 2000) og kan således bidra til teoriutvikling innenfor sykepleiefaget (Björvell et.al., 2000; Meleis, 2005).

Sykepleiedokumentasjonen kan også bidra til å synliggjøre faget og dets gjenstandsområde (Heggdal, 2006).

Planlegging av sykepleien i pasientens journal

Dokumentasjonsarbeidet for den enkelte pasient starter med at sykepleieren innhenter opplysninger om pasienten, både hvordan helsetilstanden er og hvilke opplevelser pasienten har knyttet til sykdom og behandling (Heggdal, 2006). Opplysningene kan hentes fra journalen, dvs det andre har nedtegnet, og fra samtale med og observasjon av pasienten. Når sykepleieren har stadfestet pasientens problem som et sykepleieproblem, kan en sykepleiediagnose identifiseres (Eggland, 1994). På bakgrunn av identifiseringen av sykepleiediagnoser kan sykepleieren utarbeide en strukturert plan for sykepleien og gjøre nedtegnelser av dette i pasientens journal. Sykepleieplanen skal være basert på en helhetlig vurdering av pasientens behov og problemer og skal inneholde sykepleiediagnose, mål og planlagte sykepleietiltak (Björvell, 2002). Det er viktig å ikke bare dokumentere hva man gjør, det vil si hvilke sykepleieintervensjoner som iverksettes, det er også essensielt å dokumentere på hvilken bakgrunn tiltakene iverksettes for å oppnå gode resultater. Derfor må sykepleiediagnosene også nedtegnes i sykepleieplanen (Björvell, 2002; Westbrook, 2003). Sykepleieplanen kan dermed gi en organisatorisk ramme for planlegging, fastsettelse og evaluering av sykepleien (Mason, 1999). Hensikten med sykepleieplanene er å lage en plan for sykepleien, slik at sykepleien som ytes pasienten ikke blir tilfeldig og fragmentert. Den skal videre sørge for at pasienten mottar samme sykepleie uavhengig av hvem som yter den, og den skal bidra til å begrunne sykepleiehandlingene, både for sykepleiepersonalet og ovenfor pasienten (Björvell, 2002). Sykepleieplanen vil også kunne virke som dokumentasjon på hvilken sykepleie som er gitt (Mason, 1999). Planlegging av sykepleien kan gjøres både i fritekst og ved hjelp av standardiserte terminologier. Der NANDA sykepleiediagnoser er tatt i bruk i sykepleiedokumentasjonen, hører disse naturlig hjemme i sykepleieplanen.

Sykepleieres dokumentasjonsplikt

Planlegging av sykepleie og nedtegnelser av dette i pasientens journal ble lovpålagt ved innføring av ny helsepersonellov i 2001. Dokumentasjonsplikten har påvirket sykepleiedokumentasjonen i pasientens journal ved at lovverket stiller klare krav til det som dokumenteres. Tidligere stiltes det ingen formelle krav til sykepleiedokumentasjonen, verken hvordan den skulle føres eller hvordan nedtegnelsene skulle oppbevares. Ved mange institusjoner inngikk ikke sykepleiedokumentasjonen i pasientens journal, og den kunne bli makulert når pasienten ble utskrevet. Med den nye helsepersonelloven som ble innført i 2001, fikk sykepleiere dokumentasjonsplikt. I §39 heter det at den som yter selvstendig helsehjelp skal nedtegne opplysninger om pasienten og helsehjelpen i en journal (Helsepersonelloven, 2001). Når sykepleiere gjør vurderinger om pasientens problemer, og planlegger og iverksetter sykepleietiltak på selvstendig grunnlag for å møte problemene, skal dette nedtegnes i journalen. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger og skal være lett å forstå for annet helsepersonell enn de som har gjort nedtegnelsene (§40). Det understrekes også at dokumentasjonen skal føres i samsvar med god yrkesskikk (§40).

Journalforskriften (2002) omhandler også helsepersonells dokumentasjonsplikt. Forskriften sier at pasientjournalen skal være et arbeids- og kommunikasjonsredskap for helsepersonell (§8), i tillegg til å være en informasjonskilde for pasienten vedrørende undersøkelser og behandling (§11). Med dette stadfestes det at journalen er et redskap for pasientens medvirkning i forhold som omhandler behandling og sykepleie (Heggdal, 2006). Både hvilke undersøkelser, behandling og sykepleie som iverksettes samt resultatene av dette skal nedtegnes (§8). En forutsetning for å møte lovkravene er at pasientjournalen er bygd opp på en strukturert måte slik at det er lett å finne frem i den. Det er også avgjørende at språket og begrepene som benyttes er forståelige og ensartede, slik at alle som benytter journalen og gjør nedtegnelser i den, legger det samme i begrepene som brukes.

Lovverket stiller ingen krav om at dokumentasjonen i pasientens journal skal føres elektronisk, men i helsepersonellovens §46 heter det at den kan det. Sosial- og helsedepartementet har imidlertid lagt føringer for at alle nedtegnelser i pasientens journal skal foregå elektronisk innen 2007 (Helsedepartementet & Sosialdepartementet, 2004). I den forbindelse er det identifisert behov for å standardisere språket i pasientjournalen slik at de elektroniske mulighetene utnyttes, både med tanke på gjenbruk av data og ivaretagelse av

lovkrav. Det finnes mange leverandører av elektroniske journalsystemer på markedet i dag. I Norge finnes det ikke et ensartet system for journalføring, da ulike institusjoner har valgt pasientjournaler fra ulike leverandører. Det finnes imidlertid en veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie, utarbeidet av Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH, 2003). Denne tar for seg hvordan dokumentasjon av sykepleie kan gjøres, både i fritekst og ved hjelp av klassifikasjonssystemer. Der heter det at sykepleiedokumentasjonen i pasientens journal skal inneholde følgende komponenter:

- Sykepleiefaglig innkomstnotat.
- Sykepleieplan, vurderinger, sykepleiediagnose, mål, tiltak og evaluering.
- Andre sykepleienotater.
- Sykepleiesammenfatning/epikrise.

I denne studien brukes sykepleieplan, vurderinger og sykepleiediagnose under punkt nummer to i oversikten ovenfor. Det er i sykepleieplanen sykepleieproblemene er nedtegnet og det er dermed her NANDA sykepleiediagnoser også naturlig hører hjemme.

Klassifikasjonssystem

Et klassifikasjonssystem er et hierarkisk system hvor fenomener navngis og plasseres i klasser ut fra sine karakteristika. Å klassifisere er å inndele og ordne i klasser, og innenfor sykepleievitenskapen innebærer klassifisering å ordne begreper som er spesifikke for faget i klasser eller grupper på en strukturert måte (von Krogh & Dale, 2001; Gordon, 1994). Begrepene klassifikasjonssystem, taksonomi, nomenklatur og standardisert språk benyttes om hverandre, og er alle uttrykk for et felles fagspråk som har til hensikt å beskrive klinisk praksis på en ensartet måte. The American Nurses Association (ANA) har utviklet kriterier for hva et klassifikasjonssystem bør inneholde. Kravene til klassene i et klassifikasjonssystem er at de skal være gjensidig utelukkende, uttømmende og homogene (von Krogh & Dale, 2001). Gjensidig utelukkende innebærer at det ikke skal være tvil om hvilken klasse begrepet hører til i, begrepet skal ikke kunne plasseres i to klasser samtidig. Uttømmende vil si at alle begreper innenfor temaet som omhandles skal være representert i klassen. Homogen betyr at begrepene i klassen skal være variasjoner over samme tema (von Krogh & Dale, 2001).

Gjennom beskrivelser av sykepleiefaget ved hjelp av klassifikasjonssystemer kan faget og dets bidrag til pasientens helse synliggjøres (Aquilino & Keenan, 2000; Ruland, 2000). Gjennom bruk av klassifikasjonssystemer kan sykepleieren forstå pasienten og hans tilstand, forutsatt at klassifikasjonene som benyttes er forståelige og gir mening for sykepleieren. Et standardisert språk vil også begrense hverdagspråklige beskrivelser i pasientens journal (Førland, 1999). Bruk av standardisert terminologi kan dermed bidra til bedret kommunikasjon kollegaer imellom og bedret kontinuitet i pasientpleien.

Historisk om sykepleiediagnoser

Begrepet sykepleiediagnose er relativt nytt i historisk sammenheng. Det ble første gang benyttet i sykepleien til pasienter med kroniske lidelser på begynnelsen av 1960-tallet. Det ble benyttet som et pasientsevalueringsinstrument for å forutse behov for sykepleie. Det var pasientene selv som utformet sykepleiediagnosene som så ble benyttet av sykepleierne i planleggingen av sykepleien (Gordon, 1994). Parallelt med dette dukket modeller for sykepleieprosessen opp i litteraturen. Det førte med seg en endring fra å snakke om sykepleierens problemer til å snakke om pasientens problemer, med benevnelsen sykepleiediagnoser (Gordon, 1994). Tidlig på 1970-tallet ble organisasjonen North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) stiftet. Organisasjonen hadde til hensikt å besvare spørsmålet om hva som er sykepleiens gjenstandsområde og å plassere dette i en taksonomi (Kirkevold, 1998). Nå begynte utviklingen av et felles språk for pasientproblemer. NANDA hadde sin første konferanse i 1973. Diagnosenkningen var opprinnelig forbeholdt leger, og spørsmålet reiste seg hvorfor sykepleiere skulle utforme diagnoser (Gordon, 1994). Behovet for sykepleiediagnoser ble forklart med at sykepleiediagnosene har et annet fokus enn de medisinske diagnosene, og dermed var et viktig supplement. Sykepleiediagnosene ville utfylle legenes sykdomsfokus ved å ta for seg pasientens opplevelse av sykdom og behandling (Ehnfors, 1994).

Klassifikasjonssystemet NANDA er i stadig utvikling. Hvert andre år arrangeres det konferanser hvor eksisterende diagnoser forbedres og godkjennes og hvor nye presenteres (Kirkevold, 1998). NANDA-diagnosene som forelå i 2001-2002 er oversatt til norsk, og talte 155 diagnoser. Disse er alfabetisk listet opp i Vedlegg 2. Etter dette er sykepleiediagnosene revidert og nye er lagt til, slik at NANDA sykepleiediagnoser i 2005 teller 172 diagnoser

(NANDA, 2005). Disse finnes imidlertid ikke i norsk oversettelse og er derfor ikke benyttet i denne studien. Denne studien har benyttet den norske oversettelsen fra 2001-2002.

Også andre aktører enn NANDA har kommet på banen i de senere årene, og det er utviklet 13 terminologier for sykepleiediagnoser, sykepleietiltak og pasientresultater. 10 av disse er sykepleiespråk for klinisk pleie som støtter sykepleiepraksis (Aorn, 2002; Dochterman & Buleckek, 2004; Helmlinger, 1998; Huber, Schumacher, & Delaney, 1997; ICN, 2005; Johnson et.al., 2000; Martin, 2005; NANDA, 2005; Saba, 1992; Werley & Lang, 1988).

Oppbygging av klassifikasjonssystemet NANDA sykepleiediagnoser

NANDA sykepleiediagnoser er et klassifikasjonssystem for pasientens problemer som pasienten har behov for sykepleie for å håndtere. Begrepene som benyttes i klassifikasjonssystemet navngir sykepleieproblemer som sykepleiere forholder seg til i sin praksis (Kirkevold, 1998). Eksempler på sykepleiediagnoser er ”Kvalme”, ”Akutt smerte” og ”Søvnmangel”.

Klassifikasjonssystemet er gruppert og organisert etter et oppsatt regelverk. Det består av 13 domener, 106 klasser og 155 sykepleiediagnoser (NANDA, 2003). NANDA er både multiaksial og hierarkisk oppbygd. Det betyr at NANDA er bygd opp i et hierarkisk system med domener, klasser og sykepleiediagnoser. På tvers av dette finnes det også akser som kan bidra til å utfylle sykepleiediagnosene. Se nærmere beskrivelser nedenfor.

Det øverste nivået i klassifikasjonssystemet er ”domener”, som representerer overordnede menneskelige reaksjonsmønstre (functional health patterns). Domenene er kategorier som spesifiserer innenfor hvilke områder sykepleieren samler data omkring pasienten, og danner en holistisk ramme for sykepleierens vurderinger (Gordon, 1994). Tabell 1 illustrerer de 13 domenene og definisjoner av disse.

Tabell 1: NANDAS domener og definisjoner av disse

DOMENER		DEFINISJONER
Domene 1	Helsefremmende atferd	Bevisstheten om velvære eller normal fungering og strategier som brukes for å bevare kontroll og fremme velvære eller normal fungering.
Domene 2	Ernæring	Inntak av mat og næringsstoffer.
Domene 3	Eliminasjon	Sekresjon og ekskresjon av avfallsstoffer fra kroppen.
Domene 4	Aktivitet og hvile	Produksjon, bevaring, forbruk eller balanse av energi.
Domene 5	Persepsjon/kognisjon	Menneskets informasjonsbearbeidende system som inkluderer oppmerksomhet, orienteringsevne, sansning, persepsjon, kognisjon og kommunikasjon.
Domene 6	Selvoppfattelse	Bevisst på seg selv.
Domene 7	Roller og relasjoner	De positive og negative slektskap eller forbindelser mellom personer eller grupper og måter disse forbindelsene demonstreres på.
Domene 8	Seksualitet	Seksuell identitet, seksuell funksjon og reproduksjon.
Domene 9	Mestring/stresstoleranse	Evne til å stå imot vanskelige livsprosesser eller livssituasjoner.
Domene 10	Livsverdier	Prinsipper som ligger til grunn for oppførsel, tanker eller atferd rettet mot handlinger, vaner eller tradisjoner som antas å være sanne eller ha en reell verdi.
Domene 11	Sikkerhet/beskyttelse	Fravær av risiko, fysisk skade eller skade i immunsystemet, unngå tap, og ivaretagelse av trygghet og sikkerhet.
Domene 12	Velvære	Følelsen av mentalt, fysisk eller sosialt velvære eller lindring.
Domene 13	Vekst og utvikling	Økning i fysiske dimensjoner eller modning av organsystemer i samsvar med alder og/eller oppnåelse av utviklingsmessige milepæler.

Fra (NANDA, 2003).

Innenfor hvert domene finnes det 2-6 klasser, som er neste nivå i klassifikasjonssystemet. Klassene er spesifikasjoner av domenene. Innenfor domene 1 "Helsefremmende atferd" finnes for eksempel klassene 1) Helsebevissthet og 2) Helseatferd. Innenfor domene 2 "Ernæring" finnes klassene 1) Spise, 2) Fordøyelse, 3) Absorpsjon, 4) Metabolisme og 5) Væske- og elektrolyttbalanse (NANDA, 2003).

På tredje nivå i klassifikasjonen finnes sykepleiediagnosene. I klassen "spise" i eksempelet ovenfor finnes det fem sykepleiediagnoser: 1) Ineffektiv suging hos spedbarnet, 2) Svekket evne til å svelge, 3) Ubalanse i ernæring, mindre enn kroppsbehovet, 4) Ubalanse i ernæring,

mer enn kroppsbehovet og 5) Risiko for ubalanse i ernæring, mer enn kroppsbehovet (NANDA, 2003).

Hver sykepleiediagnose i NANDA består av navn, definisjon, kjennetegn, relaterte faktorer og/eller risikofaktorer.

Sykepleiediagnosens navn presenterer pasientens helserelaterte problem. Det består av ett eller flere substantiver og representerer essensen i sykepleiediagnosen (Gordon, 1994). Eksempler på NANDA sykepleiediagnoser er ”mangelfull egenomsorg: personlig hygiene”, ”nedsatt verbal kommunikasjon” og ”svekket hudkvalitet” (NANDA, 2003).

Hver NANDA sykepleiediagnose spesifiseres med en definisjon. I definisjonen oppsummeres den teoretiske kunnskapsbasen sykepleiediagnosen hviler på, og skiller sykepleiediagnosen fra andre sykepleiediagnoser (Gordon, 1994). Sykepleiediagnosen ”mangelfull egenomsorg: personlig hygiene” har f.eks. følgende definisjon: ”Svekket evne til å utføre eller fullføre aktiviteter knyttet til personlig hygiene” (NANDA, 2003).

Kjennetegn er listet opp for hver NANDA sykepleiediagnose. Disse er beskrivelser av hvilke tegn og symptomer som kan være til stede hos pasienten, og viser således på hvilken måte pasientens helseproblem kommer til uttrykk. Kjennetegnene skal alene kunne beskrive sykepleiediagnosen (Gordon, 1994). Noen av kjennetegnene for diagnosen ”mangelfull egenomsorg: personlig hygiene” er ”manglende evne til å vaske kroppen eller kroppsdeler”, ”manglende evne til å skaffe badeartikler” og ”manglende evne til å tørke kroppen” (NANDA, 2003). Sykepleiediagnosen identifiseres enten ved pasientens utsagn (jeg har vondt), pasientens observasjoner (bena mine er hovne) eller sykepleierens observasjoner. Ved sykepleiediagnoser av subjektiv karakter for pasienten, som f.eks. smerte, er pasientens verbale utsagn om smerte det viktigste kjennetegn på at problemet er til stede (Gordon, 1994).

Relaterte faktorer er beskrevet for hver NANDA sykepleiediagnose, og er indre (hos pasienten) og/eller ytre (i omgivelsene) faktorer som kan forklare årsaken til at pasientens problem er til stede (Gordon, 1994). De relaterte faktorene kan f.eks. være knyttet til sykdom, behandling, situasjonen eller pasientens alder (Carpenito-Moyet, 2004). Sykepleiediagnosen ”mangelfull egenomsorg: personlig hygiene” kan årsaksforklares med at pasienten ikke er i stand til å ivareta personlig hygiene fordi han har ”reduisert eller

manglende motivasjon”. Andre eksempler på relaterte faktorer for denne diagnosen er ”smerte” og ”alvorlig angst” (NANDA, 2003). De relaterte faktorene spesifiserer de forholdsvis generelle sykepleiediagnosene i NANDA, og danner i mange tilfeller bakgrunn for hvilke sykepleietiltak som skal iverksettes (Gordon, 1994; Heggdal, 2006). Hvis årsaken til mangelfull egenomsorg for personlig hygiene for eksempel er smerte, er det tiltak rettet mot smerten som blir sykepleierens fokus når intervensjoner skal planlegges og iverksettes.

For noen av sykepleiediagnosene er risikofaktorer beskrevet. Dette er faktorer som kan fremskynde at en sykepleiediagnose oppstår, men hvor sykepleiediagnosen foreløpig ikke er til stede (Gordon, 1994). Høy alder og immobilitet er f.eks. risikofaktorer knyttet til sykepleiediagnosen ”risiko for svekket hudkvalitet” (NANDA, 2003). Risikofaktorer finnes derfor kun i risikodiagnosene, i stedet for relaterte faktorer. Sykepleietiltakene knyttet til risikodiagnosene går derfor ut på å minske risikofaktorene og å handle forebyggende (Gordon, 1994).

I tillegg til at NANDA sykepleiediagnosene består av navn, definisjon, kjennetegn, relaterte faktorer og/eller risikofaktorer, finnes det seks andre akser, eller abstraksjonsnivåer, som sykepleieren kan benytte for å presisere sykepleiediagnosene. Tabell 2 illustrerer de syv aksene og definisjoner av disse.

Tabell 2: NANDAS akser og definisjoner av disse

AKSER		DEFINISJONER
Akse 1	Det diagnostiske konseptet	Selve sykepleiediagnosen.
Akse 2	Tid	Akutt, kronisk, intermitterende, kontinuerlig.
Akse 3	Tjenestemottaker	Individ, familie, lokalsamfunn, målgruppe.
Akse 4	Alder	Foster til eldre.
Akse 5	Helsestatus	Aktuell, risiko for, mulighet eller potensiale for vekst/forbedring.
Akse 6	Deskriptor	Bedømmelse som avgrenser eller spesifiserer betydningen av sykepleiediagnosen, f.eks. forstyrret, dysfunksjonell, truet.
Akse 7	Topologi	Deler/områder av kroppen.

Fra (NANDA, 2003).

Sykepleiere i klinisk praksis kan kombinere konsepter fra ulike akser og/eller hierarkier for å uttrykke pasientens sykepleieproblem.

Tabell 3 er et eksempel på NANDA sykepleiediagnose og tabell 4 et eksempel på NANDA risikodiagnose.

Tabell 3: NANDA sykepleiediagnosen "Kvalme"

KVALME

Definisjon: Ubehagelig, bølgende følelse bak i halsen, mellomgulvet eller hele abdomen.
Kan føre til eller ikke føre til oppkast.

Kjennetegn

- Rapporterer "kvalme" eller "uvel i magen"
 - Fører ofte til oppkast, men kan oppleves etter oppkast, eller når oppkast ikke forekommer
 - Etterfulgt av blekhet, kald og klam hud, økt spyttsekresjon, takykardi, stans i tarmfunksjon og diaré
 - Etterfulgt av svelgebevegelser påvirket av skjelettmuskulatur
-

Relaterte faktorer

- Kjemoterapi
 - Postoperativ anestesi
 - Irritasjon i mage-tarm-systemet
 - Stimulering av nevrofarmakologiske mekanismer
-

(NANDA, 2003)

Tabell 4: NANDA risikodiagnosen "Risiko for infeksjon"

Risiko for INFEKSJON

Definisjon: Økt risiko for å bli angrepet av patogene organismer

Risikofaktorer:

- Invasive prosedyrer
 - For lite kunnskap til å unngå å bli utsatt for patogener
 - Traumer
 - Vevsødeleggelser og mer utsatt for miljømessige forhold
 - Amnionruptur
 - Farmasøytiske midler (f.eks. immunosuppresiver)
 - Feilernæring
 - Mer utsatt for patogener i miljøet
 - Immunsuppresjon
 - Inadekvat primærforsvar (ødelagt hud, traumatisert vev, nedsatt ciliær aktivitet, stase i kroppsvæsker, forandring i pH i serum, forandring i peristaltikk)
 - Kronisk sykdom
-

(NANDA, 2003)

Gordon oppsummerer det essensielle i NANDA sykepleiediagnoser med tre komponenter, og kaller det PES-format:

- Problem – Sykepleiediagnosens innhold og fokus.
- Etiologi – Relaterte faktorer, dvs interne/eksterne faktorer som kan påvirke.
- Signs and symptoms – Kjennetegn, dvs subjektive og objektive symptomer (Gordon, 1994).

De fleste sykepleiediagnosene i NANDA er beskrivelser av enkeltstående problemer pasienten kan slite med. Noen av sykepleiediagnosene er imidlertid sammensetninger av flere symptomer som opptrer samtidig (symptom-clusters), utløst av én og samme faktor og som opptrer i et forutsigbart mønster. Disse diagnosene har fått betegnelsen syndromer (Gordon, 1994). Et eksempel er sykepleiediagnosen ”risiko for inaktivitetssyndrom”, hvor komplikasjoner fra immobilitet kan inkludere mange ulike symptomer, som f.eks. trykksår, obstipasjon og trombedannelse (NANDA, 2003).

NANDA sykepleiediagnoser er utviklet induktivt gjennom konsensusbeslutninger blant grupper av sykepleiere, og er således uten teoretisk rammeverk og ikke utviklet på bakgrunn av evidens (Creason, 2004; Meleis, 2005; Moen, 1999a). Sykepleiediagnosene blir imidlertid testet og validert av et stort team bestående av forskere og klinikere (Clark et.al., 2000), og kan sees på som et første steg i teoriutvikling (Meleis, 2005). Neste kapittel beskriver hvordan NANDA sykepleiediagnoser utvikles og valideres.

Utvikling og validering av NANDA sykepleiediagnoser

En klinisk valid sykepleiediagnose innebærer at den skiller seg fra andre sykepleiediagnoser selv om de deler noen av de samme kjennetegnene, at sykepleiediagnosen har gyldighet fra pasient til pasient og mellom ulike pasientgrupper, og at den inneholder alle nødvendige data (Creason, 2004). Ved universitetet i Iowa er det utviklet en metode i fem faser for utvikling og validering av standardisert terminologi. Metoden benyttes for validering av NANDA, NIC (Nursing Intervention Classification) og NOC (Nursing Outcome Classification) og kalles NDEC-prosessen (Nursing Diagnosis Extension and Classification). Den inneholder følgende faser:

1. Begrepsanalyse ved hjelp av en standardprotokoll.
2. Validering i små grupper kalt Diagnostic Work Groups (DWGs).
3. Testing for tilpasning til reglene for utvikling av standardiserte språk.
4. Validering av eksperter.
5. Validering i klinisk praksis.

(Clark et.al., 2000).

Disse fasene er linket til NANDAs egne trinn for utvikling og godkjenning av sykepleiediagnoser:

1. Mottak av forslag til sykepleiediagnose fra medlemmer i organisasjonen NANDA.
2. Aksept for utvikling.
3. Validering og testing.
4. Revisjon og forbedring.

(Clark et.al., 2000).

Utvikling av NANDA sykepleiediagnoser er en pågående prosess. Medlemmene engasjeres til å bidra i utviklingen ved å sende inn forslag til nye sykepleiediagnoser og forbedringer av eksisterende.

I tillegg til de to modellene for validering av sykepleiediagnoser som presenteres her, gjøres det mye forskning hvor sykepleiediagnoser validitetstestes, hvor også flere andre valideringsmodeller benyttes (Clark et.al., 2000; Creason, 2004). Det oppleves imidlertid som problematisk at det ikke er utviklet én standardisert protokoll for validering av sykepleiediagnoser (Creason, 2004).

Til tross for at NANDA sykepleiediagnoser er utviklet av forskere og klinikere, kan det oppfattes som et abstrakt og komplekst klassifikasjonssystem bestående av mange nivåer og akser, som det kan være utfordrende å bruke i klinisk praksis (Henry et.al., 1994; Hogston, 1997). I følgende avsnitt presenteres noen kritiske faktorer det er nødvendig å ta hensyn til når NANDA sykepleiediagnoser skal tas i bruk for første gang i en praksishverdag.

Bruk av NANDA sykepleiediagnoser i klinisk praksis

Å implementere NANDA sykepleiediagnoser i klinisk praksis innebærer for sykepleierne at de må endre dokumentasjonspraksis fra dagligspråk i fritekst til standardiserte termer. Det er derfor viktig å gjøre vurderinger av hva sykepleiere dokumenter i dag, både hvilke ord de benytter og hvor i sykepleiedokumentasjonen de skriver det ned, og så forsikre seg om at NANDA sykepleiediagnoser er dekkende for praksisfeltets dokumentasjonsbehov vedrørende pasientens sykepleieproblemer (Aquilino & Keenan, 2000).

Det hevdes at NANDA sykepleiediagnoser egner seg like godt for dokumentasjon på papir som elektronisk. Det er imidlertid kun et tidsspørsmål før all dokumentasjon foregår i elektroniske pasientjournaler, og da er det essensielt at de elektroniske systemene er tilpasset bruk av NANDA sykepleiediagnoser. Innholdskomponenten i sykepleiedokumentasjonen må være styrende og det må være gjort et valg på hvordan den ønskes, før de elektroniske løsningene velges (Westbrook, 2003), selv om det er viktig at systemene også er brukervennlige, logisk oppbygd og at det er tilstrekkelig antall PC-er tilgjengelig (Darbyshire, 2000).

Når et nytt dokumentasjons- og klassifikasjonssystem for sykepleie skal tas i bruk, må det være av en slik art at det møter profesjonelle standarder (Hellesø & Ruland, 2001). Det vil være hensiktsmessig at den enkelte avdeling bestemmer seg for hvilke NANDA sykepleiediagnoser som passer for pasientene i deres avdeling, og så kun tilgjengeliggjøre disse. Å tilgjengeliggjøre hele klassifikasjonssystemet for alle praksissteder hevdes å være u hensiktsmessig (Aquilino & Keenan, 2000; Lunney et.al., 2005). Diagnosen ”ineffektiv suging hos spedbarnet” vil for eksempel ikke ha relevans i andre avdelinger enn i barsel- og spedbarnsavdelinger. I tillegg til å ta bort u hensiktsmessige sykepleiediagnoser kan det være nødvendig å gjøre tilpasninger av andre. Det kan for eksempel være spesielle symptomer som pasientene ved en bestemt avdeling ofte har, men som ikke er listet opp under den tilhørende sykepleiediagnosen i NANDA. I tillegg kan det være nødvendig å gjøre språklige tilpasninger fra det amerikanske originalspråket til språket der NANDA sykepleiediagnoser skal benyttes. Det er ikke sikkert det er tilstrekkelig kun med direkte oversettelse, men også behov for begrepsmessig gjennomgang for å forsikre seg om at de oversatte ordene er anvendbare for sykepleierne. Å inkludere sykepleiere fra praksis i dette arbeidet gjør at deres

kunnskap blir synlig og tatt hensyn til (Westbrook, 2003; Hellesø, 2000), og vil kunne bidra til sterkere eierforhold til dokumentasjonssystemet.

Det hevdes at det beste dokumentasjonsverktøyet får man når det er rom for både standardisert og fritekstdokumentasjon (Moen et.al., 1997; Hardiker et.al., 2000). Dette kan henge sammen med at utviklingen av NANDA sykepleiediagnoser fortsatt er i en tidlig fase, slik at klassifikasjonen foreløpig ikke fanger alle tenkelige pasientproblemer (Ruland, 2000). Dermed kan det bli behov for å dokumentere i fritekst der NANDA sykepleiediagnoser ikke er dekkende. Hardiker påpeker dessuten at det er vanskelig å tenke seg at alt sykepleiere har behov for å dokumentere kan få innpass i et klassifikasjonssystem (Hardiker et.al., 2000).

Da mange sykepleiere ikke er fortrolige med bruk av standardisert språk for sykepleiediagnoser, er det nødvendig med omfattende opplæring, samt aksept for at mange sykepleiere vil bruke tid på å lære seg det standardiserte språket (Westbrook, 2003; von Krogh & Dale, 1999). Det er også essensielt at de som står for utvikling av både det faglige innholdet og de elektroniske løsningene har de nødvendige faglige kvalifikasjonene, slik at implementeringen blir så smidig som mulig, at klassifikasjonssystemet møter praksisfeltets dokumentasjonsbehov og at sykepleierne som skal benytte klassifikasjonssystemet får nødvendig oppfølging (Button et al., 1998; Hellesø & Ruland, 2001).

Å ha en plan for implementeringen av NANDA sykepleiediagnoser til praksisfeltet fremheves som nødvendig for å få valide og reliable sykepleiediagnoser, der prosessen er styrt og ledet på en god måte (Button et.al., 1998; Miranda, Fields, & Lund, 2001). Etter at et nytt klassifikasjonssystem er tatt i bruk, er det også nødvendig med evaluering etter en tid, slik at svakheter kan utbedres og sykepleiediagnosene kan oppdateres for å reflektere praksis på en enda bedre måte (Westbrook, 2003).

Axelsson, Björvell, Mattiasson, Randers 2006 gjorde en kvalitativ intervjustudie med 12 sykepleiere hvor de undersøkte hva som motiverer sykepleiere til bruk av sykepleiediagnoser i klinisk praksis. Utvalget representerte sykepleiere fra avdelinger hvor sykepleiediagnoser ble skrevet i fritekst. I forhold til pasienten mente sykepleierne at bruk av sykepleiediagnoser økte pasientdeltakelsen. Det var nødvendig å involvere pasienten for å forsikre seg om at man hadde forstått pasientens individuelle behov, noe som igjen førte til at sykepleien ble individuell og helhetlig. Bruk av sykepleiediagnoser hjalp også sykepleierne til å holde fokus når det var travelt. Når det gjaldt bruk av sykepleiediagnoser som arbeidsverktøy sa

sykepleierne at sykepleiediagnoser gjorde valg av sykepleietiltak lettere og sørget for at de riktige og mest mulig spesifikke tiltak ble valgt, noe som ga kontinuitet.

Sykepleiediagnosene forklarte bakgrunnen for valg av tiltak, og bidro til at motivasjonen for å følge tiltakene ble styrket. Dokumentasjonsarbeidet tok mindre tid når de benyttet sykepleiediagnoser og de fikk bedre oversikt over pasienter med mange problemer.

Sykepleierne mente det ble lettere å evaluere sykepleien, noe som de mente bedret pasientsikkerheten. Bruk av sykepleiediagnoser økte sykepleiernes bevissthet ved at de fikk økt refleksjon omkring pasientens behov. De økte sin profesjonelle kunnskap ved at de selv oppdaget at de trengte mer kunnskap. De leste mer litteratur og diskuterte mer med kollegaer. De fremhevet også at de lærte av å lese andres vurderinger. Sykepleierne som deltok i studien mente bruk av sykepleiediagnoser hadde innvirkning på deres profesjonelle rolle ved at sykepleiens ståsted ble styrket i forhold til andre fag og styrket sykepleiernes profesjonelle identitet. I denne studien hadde sykepleierne udelt positive erfaringer med bruk av sykepleiediagnoser skrevet i fritekst. Det ble ikke identifisert noen negative erfaringer.

Selv om det er mange som jobber for at NANDA sykepleiediagnoser skal tas i bruk i klinisk praksis, og mange har positive erfaringer med bruk av sykepleiediagnoser, er det også mange som er kritiske til bruk av klassifikasjonssystemer.

Kritikk av klassifikasjonssystemene/NANDA sykepleiediagnoser

En av de største bekymringene ved innføring av klassifikasjonssystemer i sykepleiedokumentasjonen er at det individuelle aspektet hos pasienten ikke vil fanges opp ved at systemene anses som lite fleksible (Førland, 1999). Hver pasient opplever tegn og symptomer på en individuell måte, noe som kan gjøre det vanskelig å fange det inn i et standardisert språk for sykepleiediagnoser (Moen, 1999b; Lutzen & Tishelman, 1996). Det oppleves også som en fare at pasientens synspunkter ikke inkluderes, men at det er sykepleierens vurderinger alene som danner bakgrunn for nedtegnelsen av sykepleiediagnosene (Lutzen & Tishelman, 1996; Ruland, 2001). Det stilles også spørsmålsteget ved om klassifikasjonssystemene har den nødvendige bredde og dybde for å fange opp alle pasientens problemer (Moen, 1999b; Henry et.al., 1998; Moen et.al., 1999). En konsekvens av disse faktorene kan være at alle pasientene får lik pleieplan, der det generelle er synlig mens det individuelle ikke kommer fram (Lee et.al., 2002).

Til tross for at NANDA sykepleiediagnosene har som kriterium at de skal være gjensidig utelukkende, fremheves det som et problematisk aspekt at de ikke er det (Allan & Englebright, 2000). Kjennetegnene (sign and symptoms) overlapper diagnosene og kan gjøre det vanskelig å fastsette sykepleiediagnoser (Lunney, 2003). Det mangler også kriterier for hvordan sykepleieren skal omsette sine observasjoner av pasienten inn i et klassifikasjonssystem, noe som kan føre til at en sykepleiediagnose fastsettes på sviktende grunnlag og ikke fanger opp pasientens egentlige problem (Moen, 1999b; Henry et.al., 1998).

Selv om NANDA sykepleiediagnoser kan benyttes for å beskrive pasientens ressurser, er klassifikasjonssystemet hovedsakelig problemorientert (Lutzen & Tishelman, 1996; Moen et.al., 1999). Dette kan føre til at nødvendig understøtting av pasientens ressurser neglisjeres, og at det blir et ensidig fokus på pasientens problemer.

NANDA sykepleiediagnoser oppfattes også som abstrakt og vanskelig å forstå for sykepleiere i praksis (Hogston, 1997). Dette gjør det vanskelig å bruke, da sykepleiere kan ha problemer med å skjønne oppbygningen av klassifikasjonssystemet og hvordan det skal anvendes i pasientens journal. Det påpekes også at NANDA sykepleiediagnoser er skrevet på et språk som sykepleierne vanligvis ikke benytter når de dokumenterer pasientens problemer (Henry et.al., 1998). Dette kan bidra til fremmedgjøring og at sykepleierne kan finne det vanskelig å velge en passende diagnose når språket det er skrevet på virker ukjent.

Innføring av klassifikasjonssystemer kan oppleves som en trussel mot den tause kunnskapen, da uformell kunnskapsutvikling og arbeidsprosesser som ikke kan eller bør formaliseres kan gå tapt når fokuset på standardisert språk blir stort (Sæther, 2002). Lützen & Tishelman (1996) hevder at bruk av sykepleiediagnoser ikke kan fange inn de verdiladede og subjektive prosessene som foregår mellom pasient og sykepleier. De sier at sykepleieren i sitt arbeid bruker både personlige og profesjonelle verdier, og at disse ikke vil komme frem i de objektive sykepleiediagnosene på samme måte som et dokumentasjonssystem basert på fritekstdokumentasjon.

Det påpekes også at bruk av klassifikasjonssystemer ikke nødvendigvis er så tidsbesparende og effektivt som man i utgangspunktet trodde (Coenen et.al., 1999; Førland, 1999; Ruland, 2000) Studier viser at sykepleiere bruker like mye tid på dokumentasjonsarbeidet etter innføring av klassifikasjonssystemer (Coenen et.al., 1999; Darbyshire, 2000). Et viktig

spørsmål i denne sammenhengen er om kvaliteten imidlertid blir bedre, selv om tidsbruken er den samme.

Henry et.al. (1998) har gjennomgått flere klassifikasjonssystemer og har undersøkt hvorvidt de møter nødvendige kriterier for implementering i elektroniske pasientjournaler. De konkluderer med at alle de undersøkte klassifikasjonssystemene, inkludert NANDA, må utbedres før de inneholder nødvendige komponenter for implementering i elektronisk pasientjournal. Dette kan ha sammenheng med at utviklingen av NANDA sykepleiediagnoser startet før utviklingen av elektroniske pasientjournaler, og dermed ikke uten videre møter kravene til de elektroniske systemene (Zielstorff et.al., 1998).

Et annet kritisk moment som påpekes er at NANDA sykepleiediagnoser er utviklet i USA, og ikke uten videre kan overføres til andre kulturelle settinger (Hogston, 1997; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002).

Sist, men ikke minst, understrekes det at innføring av klassifikasjonssystemer i sykepleie ikke nødvendigvis er noen garanti for at sykepleien til pasientene blir bedre (Moen, 1999b).

Relatert forskning

Det er funnet forholdsvis få studier som har undersøkt omfanget av sykepleiediagnoser i pasientens journal (Almeida & Cezaro, 2006; Courtens & Abu-Saad, 1998; Ehnfors, 1994; Ehrenberg & Ehnfors, 1999; Henry et.al., 1994; King et.al., 1997; MacAvoy & Moritz, 1992; Ogasawara et.al., 2005; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002). Noen av studiene har inkludert hele sykepleiedokumentasjonen (Courtens & Abu-Saad, 1998; Ehnfors, 1994; Ehrenberg & Ehnfors, 1999; Ogasawara et.al., 2005; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002) mens andre har inkludert kun sykepleieplanene (Almeida & Cezaro, 2006; Henry et.al., 1994; King et.al., 1997). Størrelsen på utvalgene i studiene er varierende og de er hentet fra ulike pasientgrupper. Noen av studiene har hentet materiale fra sykehus mens andre har hentet det fra kommunehelsetjeneste. Det er ikke funnet noen norske studier som har sammenlignet sykepleieproblemer med NANDA sykepleiediagnoser, verken med amerikansk eller norsk utgave av NANDA sykepleiediagnoser.

Både fordi grad av samsvar mellom sykepleieproblemer og NANDA sykepleiediagnoser er sprikende i tidligere studier og fordi det ikke er gjort lignende studier i Norge, er det viktig å gjøre denne type studie i Norge. Det vil avdekke om sykepleiere i Norge nedtegner og fokuserer på andre ting enn studier i andre land har funnet, og det vil avdekke om NANDA sykepleiediagnoser egner seg for norske forhold.

Når det gjelder hvilke sykepleieproblemer sykepleierne i overnevnte studier har nedtegnet, er de fleste knyttet til pasientens fysiske plager. I fem studier var smerte blant de hyppigst nedtegnede sykepleieproblemene (Courtens & Abu-Saad, 1998; Ehrenberg & Ehnfors, 1999; King et.al., 1997; MacAvoy & Moritz, 1992; Ogasawara et.al., 2005). Nedsatt aktivitet og svekket bevegelsesevne var også blant de hyppigst nedtegnede sykepleiediagnosene i fem studier (Almeida & Cezaro, 2006; Ehrenberg & Ehnfors, 1999; King et.al., 1997; Ogasawara et.al., 2005; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002). I fire studier var risiko for infeksjon blant de hyppigst nedtegnede sykepleieproblemene (Courtens & Abu-Saad, 1998; King et.al., 1997; MacAvoy & Moritz, 1992; Ogasawara et.al., 2005). I fire studier var også mangelfull egenomsorg blant de hyppigst nedtegnede sykepleiediagnosene (Almeida & Cezaro, 2006; Courtens & Abu-Saad, 1998; King et.al., 1997; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002). Tre studier fant ubalanse i ernæring som en av de hyppigst nedtegnede sykepleiediagnosene (Courtens & Abu-Saad, 1998; Henry et.al., 1994; MacAvoy & Moritz, 1992). I tre studier var også svekket hudkvalitet blant de hyppigst nedtegnede sykepleiediagnosene (Courtens & Abu-Saad, 1998; King et.al., 1997; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002). Hypertermi var blant de hyppigst nedtegnede sykepleiediagnosene i to studier (Henry et.al., 1994; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002). For øvrig var endret velvære og obstipasjon funnet blant de hyppigst nedtegnede sykepleiediagnosene i én studie (Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002), forstyrret søvnmønster, risiko for blødning, overhydrering, fatigue, kvalme, svekkede munnslimhinner og diaré i én studie (Courtens & Abu-Saad, 1998), risiko for skade og angst i én studie (Ogasawara et.al., 2005) gassutveksling og angst/sinne/depresjon/frykt i én studie (Henry et.al., 1994) og problemer knyttet til eliminasjon i én studie (Ehrenberg & Ehnfors, 1999).

Når det gjelder samsvar mellom nedtegnede sykepleieproblemer og NANDA sykepleiediagnoser har seks av studiene sett på dette spesielt, og funnene er sprikende (Courtens & Abu-Saad, 1998; Ehnfors, 1994; Henry et.al., 1994; King et.al., 1997; Ogasawara et.al., 2005; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002). Henry et.al. (1994) fant at 35 %

av problemformuleringene i sykepleieplanene var NANDA sykepleiediagnoser. Ehnfors (1994), King et.al. (1997) og Ogasawara et.al. (2005) fant at om lag 50 % av sykepleiediagnosene i sykepleiedokumentasjonen kunne gjenfinnes i NANDA. Thoroddsen & Thorsteinsson (2002) fant om lag 60 % sammenfall, mens Courtens & Abu-Saad (1998) fant at de fleste sykepleiediagnosene i sykepleiedokumentasjonen kunne gjenfinnes i NANDA sykepleiediagnoser. Det store spriket i resultatene for vurdering av sammenfall mellom sykepleiedokumentasjon og NANDA sykepleiediagnoser kan blant annet forklares med at flere studier ikke bare har inkludert sykepleiediagnoser i studiene, men alle problemformuleringene i sykepleieplanene. Det inkluderer også medisinske diagnoser, mål, kjennetegn, risikofaktorer og andre nedtegnelser. Dette gjelder for studiene til Henry et.al. (1994), Thoroddsen & Thorsteinsson (2002) og Ogasawara et.al. (2005). I de øvrige studiene ble kun sykepleiediagnoser hentet fra sykepleiedokumentasjonen inkludert og sammenlignet med NANDA sykepleiediagnoser, noe som gir høyere grad av samsvar mellom sykepleieproblemene og NANDA sykepleiediagnoser.

To av studiene ovenfor fant at NANDA sykepleiediagnoser enten er for generell eller for spesifikk til å dekke inn sykepleiernes nedtegnelser (Ehnfors, 1994; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002). I to andre studier, hvor sykepleierne har dokumentert sykepleiediagnoser i fritekst, kommer det frem at sykepleiere bruker andre termer enn NANDA sykepleiediagnoser for å beskrive pasientens problemer (Henry et.al., 1994; Lesh, 1997).

Thoroddsen & Thorsteinsson (2002) fant at det er kulturforskjeller mellom USA og Island, da mye brukte sykepleiediagnoser i USA ikke ble gjenfunnet i materialet fra Island.

Ut fra studiene som er presentert ovenfor kan en oppsummert si at sykepleiere ikke bare dokumenterer sykepleieproblemer i sykepleieplanene, men også medisinske diagnoser og andre nedtegnelser. Sykepleierne nedtegner flest fysiske sykepleieproblemer. Det fremkommer også fra studiene at det er varierende grad av samsvar mellom sykepleiedokumentasjonen og NANDA sykepleiediagnoser og at NANDA i mange tilfeller er enten for generell eller for spesifikk til å dekke inn det sykepleierne har skrevet.

Relatert forskning knyttet til valg av metode

Det er funnet flere studier som har benyttet ulike skalaer for å gradere samsvar mellom tekst i ulike kilder (Choi et.al., 2005; Marsi & Kraemer, 2005; Ruland, 2001; Zielstorff et.al., 1998), mens det er funnet én studie som har benyttet egendefinerte regler for vurdering av samsvar (Moorhead & Delaney, 1997). Alle studiene, bortsett fra den til Marsi & Kraemer (2005) har undersøkt sykepleiedokumentasjon eller klassifikasjonssystemer for sykepleiedokumentasjon i sine studier. To av studiene har sammenlignet ulike klassifikasjonssystemer (Choi et.al., 2005; Zielstorff et.al., 1998), mens to av dem har sammenlignet sykepleiedokumentasjon i klinisk praksis med klassifikasjonssystemer (Moorhead & Delaney, 1997; Ruland, 2001).

Zielstorff et.al. (1998) og Ruland (2001) benyttet det samme kodeverktøyet i sine studier. De sammenlignet tekst fra ulike kilder, og ga sammenligningene verdiene ”same”, ”similar”, ”broader”, ”narrower” eller ”no match”. ”Same” innebar at ord og definisjon var like i to vokabularer, ”similar” at de var like i kjernen selv om ulike ord ble benyttet, ”broader” at det ene var mer generelt, ”narrower” at det ene var mer spesifikt og ”no match” at det ikke var sammenfall i det hele tatt.

Choi et al (2005) benyttet et lignende kodeverktøy som studiene ovenfor. Det bestod av en skala fra 0-4. 0 anga ”no match”, 1 anga ”vague association”, 2 ”more broad”, 3 ”more specific” og 4 ”exact match”.

Også Marsi & Kraemer (2005) benyttet en skala for å sammenligne tekst fra to kilder i sin studie. De ga sammenligningene verdier på en skala fra 1-5. 1 anga ”Equals” hvor ordene var like men kunne ha ulik rekkefølge. 2 anga ”restates” hvor ulike ord ble benyttet, men meningen var den samme. 3 anga ”specifies” hvor den ene var mer spesifikk. 4 anga ”generalizes” hvor den ene var videre eller mer generell. 5 anga ”intersects” hvor det fantes noe sammenfallende informasjon, men hvor den ene hadde ekstra informasjon som ikke fantes i den andre.

Moorhead & Delaney (1997) benyttet ikke noen skala for å sammenligne tekst fra ulike kilder, men utviklet 10 regler for mapping.

Oppsummert kan en si at de fleste studiene ovenfor har benyttet standardiserte skalaer for å gradere samsvar mellom tekst i ulike kilder. Sammenligning av tekst kan oppfattes som

utfordrende fordi meningsinnholdet i kildene kan være vanskelig å få tak i. Derfor kan det synes som om et standardisert kodeverktøy vil gi de mest valide resultatene, fremfor å benytte et egenkomponert verktøy. Av den grunn er det i denne studien benyttet et standardisert kodeverktøy.

METODE

Denne studien er en delstudie av en større randomisert klinisk studie, CHOICE (Creating better Health Outcomes by Improving Communication about patients' Experiences) som har pågått ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF i perioden 2003-2005. CHOICE er et IT-basert støttesystem hvor pasientene benyttet en bærbar datamaskin til å oppgi sine symptomer og plager og i hvilken grad de trengte hjelp for å håndtere dem. Informasjonen ble gjort tilgjengelig for leger og sykepleiere i pasientens journal. Informasjonen kunne dermed benyttes i møtet med den enkelte pasient når behandling og sykepleie skulle planlegges og iverksettes sammen med pasienten. Hensikten med studien var å evaluere effekten av CHOICE samt å se på pasientenes plager og plagenes variasjon over tid. I hovedstudien var 286 pasienter og deres pasientjournaler inkludert. Pasientene ble behandlet for lymfom, leukemi og/eller allogen stamcelletransplantasjon (Rikshospitalet, 2003).

Denne delstudien har benyttet seg av sykepleieplanene i sykepleiedokumentasjonen til pasientene i hovedstudien som har gjennomgått allogen stamcelletransplantasjon. CHOICE-målingene pasientene har utført i hovedstudien inngår ikke i denne studien. Det har vært en fordel å benytte et allerede eksisterende datasett. Datamaterialet er rikholdig og det har ikke vært nødvendig å bruke tid på å innhente tillatelser til bruk av pasientenes sykepleieplaner til dokumentanalyser da dette inngikk i hovedstudien.

Dokumentanalyse

Studien er en dokumentanalyse (Holsti, 1969; Polit & Beck, 2004; Weber, 1990) av sykepleieproblemer i eksisterende sykepleieplaner til pasienter som har gjennomgått allogen stamcelletransplantasjon. Dokumentanalyse ble valgt som metode for å undersøke hva sykepleiere har nedtegnet av sykepleieproblemer i sykepleieplanene, å kategorisere og systematisere dette i henhold til NANDA sykepleiediagnoser, og å utføre en sammenligning mellom de nedskrevne sykepleieproblemene og NANDA sykepleiediagnoser. Studien kan dermed betegnes som en sammenlignende studie (Polit & Beck, 2004). Sykepleiernes håndskrevne formuleringer av sykepleieproblemer i sykepleieplanene blir sammenlignet med de standardiserte termene for sykepleiediagnoser i klassifikasjonssystemet NANDA sykepleiediagnoser.

Sykepleieplanene som benyttes i studien er en del av sykepleiedokumentasjonen i pasientens journal. Dokumentasjonen er dermed i utgangspunktet ikke skrevet for granskning, noe som er typisk for dokumentanalyse (Thagaard, 1998). At sykepleieplanene sekundært benyttes i denne studien gjør at studien kan betegnes som en sekundæranalyse (Polit & Beck, 2004). Bruk av sekundære data medfører at datainnsamlingen er utenfor forskerens kontroll, og krever at forskeren er spesielt observant på konteksten dokumentet er skrevet i (Reed, 1992). I denne studien kreves det blant annet nøyaktighet knyttet til hvordan sykepleieproblemene håndteres før de sammenlignes med NANDA sykepleiediagnoser, og hvordan graden av samsvar mellom problemformuleringene i sykepleieplanene og NANDA sykepleiediagnosene vurderes.

Studien er en tverrsnittsstudie ved at teksten i sykepleieplanene er samlet i en gitt periode (Polit & Beck, 2004). Det gis et bilde av hvordan sykepleiedokumentasjonen var akkurat da den ble skrevet av sykepleierne, mens prosessen rundt dokumenteringen ikke kommer fram. Typisk for tverrsnittsstudier er at sammenhenger ikke testes (Polit & Beck, 2004). Det vil for eksempel ikke forklares hvorfor sykepleierne har dokumentert det de har gjort, eller om det som er nedtegnet er i samsvar med den sykepleien som faktisk er gitt til pasientene.

Studien er heller ingen fullstendig granskning av sykepleiedokumentasjonen, da det kun er deler av dokumentasjonen, sykepleieplanen, som inngår i analysen.

Utvalg

Utvalget til studien består av 29 sykepleieplaner til pasienter som har vært innlagt for allogen stamcelletransplantasjon på Rikshospitalet i 2003 og 2004. Sykepleieplanene representerer 17 menn og 12 kvinner i alderen 18-60 år, med en gjennomsnittsalder på 40,7 år. Pasientenes medisinske diagnoser er i hovedsak akutt og kronisk leukemi, mens tre har andre alvorlige benmargslidelser. Inklusjonskriteriene for studien er at pasientene har gjennomgått allogen stamcelletransplantasjon og at det er gjort nedtegnelser i sykepleieplanen i løpet av oppholdet. Én pasientjournal møtte ikke inklusjonskriteriene fordi det manglet sykepleieplan for oppholdet. Den ble dermed ekskludert fra studien.

Behandling med stamcelletransplantasjon krever ofte flere innleggelser. Pasientene kan være innlagt før transplantasjonen for utredning eller behandling. Noen blir også innlagt etter

transplantasjonen på grunn av komplikasjoner. Det er imidlertid kun pleieplanene nedskrevet under innleggelsen knyttet til stamcelletransplantasjonen som er inkludert i studien.

Pasienter med hematologiske lidelser som gjennomgår stamcelletransplantasjon egner seg som utvalg fordi de har mange og sammensatte problemer, og på den måten blir datasettet rikholdig. Pasientene har både fysiologiske, funksjonsmessige, emosjonelle og psykologiske symptomer og reaksjoner på sykdom og behandling. Tretthet, nedsatt appetitt, munntørrehet, kvalme, søvnforstyrrelser, diaré, smaksendringer, smerte, kvalme, feber, munnsårhet, depresjon, angst, hudforandringer, konsentrasjonsproblemer, nedsatt aktivitet, skjelvinger, hoste, nedsatt hukommelse, obstipasjon, pustevansker og nedsatt velvære er problemer mange av pasientene sliter med (Larsen, Nordstrom, Ljungman, & Gardulf, 2004).

Sykepleiernes nedtegnelser av pasientens problemer kan finnes i alle deler av sykepleiedokumentasjonen i pasientens journal. Likevel er kun sykepleieplanene inkludert i studien. Begrunnelsen for dette er at i sykepleieplanene er det definert at sykepleieproblemer med tilhørende mål og tiltak skal føres. Ved avdelingen hvor studien har hentet sykepleieplanene fra, benyttes ikke NANDA sykepleiediagnoser. Dersom NANDA sykepleiediagnoser hadde vært i bruk, var det her sykepleiediagnosene ville vært nedtegnet.

Størrelsen på utvalget er, som nevnt tidligere, 29 sykepleieplaner. Dette var det materialet som var tilgjengelig når allogen stamcelletransplantasjon ble lagt som inklusjonskriterie. Grunnen til at allogen stamcelletransplantasjon ble valgt som inklusjonskriterie er at pasientene er innlagt lenge og at de har flere plager, sammenlignet med andre pasienter med hematologiske lidelser (Persson & Hallberg, 2004). For å kontrollere at det var tilstrekkelig for denne studien, ble 20 sykepleieplaner analysert først. I disse fremkom det 171 sykepleieproblemer. Deretter ble de ni siste sykepleieplanene analysert. I disse fremkom det 65 nye sykepleieproblemer som ikke allerede var fremkommet i de 20 første. Mange av de 65 sykepleieproblemene i de ni siste sykepleieplanene var variasjoner over de samme temaene som allerede var fremkommet i de 20 første sykepleieplanene. Det er for eksempel kun to nye NANDA sykepleiediagnoser som kan knyttes til materialet etter inklusjon av de siste 65 sykepleieproblemene. Dette gjelder NANDA sykepleiediagnosene ”Risiko for obstipasjon” og ”Risiko for svekket hudkvalitet”. Resultatet viser dermed at man med rimelighet kan anta at metningspunktet i stor grad er nådd. Det vil si at det ikke fremkommer mye ny informasjon ved å innhente mer data (Polit

& Beck, 2004). Datamaterialet kan betegnes som rikholdig og gjennomgangen av de sist innsamlede sykepleieplanene viser at problemformuleringene sykepleierne har nedtegnet i disse i stor grad er gjentakelser og variasjoner av det som allerede var nedtegnet tidligere. Det ble derfor besluttet å ikke inkludere sykepleieplaner fra pasienter som ikke hadde gjennomgått allogen stamcelletransplantasjon. Det kan antas at tilfanget av nye sykepleieproblemer ikke ville øke betydelig, da pasientene har de samme plagene som de som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon, og også i noe svakere grad (Larsen et.al., 2004).

Innsamling og analyse av data

Sykepleieplanene hvor data ble hentet fra var på forhånd kopiert og aidentifisert i hovedstudien. Sykepleieplanene er skrevet for hånd av sykepleiere på et fortrykt ark. Arket inneholder kolonner for sykepleieproblemer, sykepleietiltak, signatur og dato. Se vedlegg 1.

Første trinn i dokumentanalysen var å skrive det sykepleierne hadde nedtegnet i sykepleieplanens kolonne for ”sykepleieproblemer” ordrett inn i et excelark. Det utgjorde til sammen 314 nedtegnelser. Se tabell 5 for eksempler på sykepleieproblemer hentet fra sykepleieplaner.

Tabell 5: Sykepleieproblemer hentet fra sykepleieplaner

Kvalme og nedsatt appetitt.
Problemer med matinntak pga mucositt.
Har sprekker/sår mellom lilletå og den andre på begge føtter.
Nedsatt aktivitetsnivå.
Fjernet CVK pga infeksjon. Sår i innstikkstedet. 2 sting over innstikkstedet.
Tørr og flasset hud over hele kroppen.

Nedtegnelser i kolonnen for ”Sykepleietiltak” ble ikke benyttet i studien. Dato og sykepleierens signatur ble heller ikke overført til excelarket.

Andre trinn i analyseprosessen var å ta bort det som ikke var sykepleieproblemer i materialet, samt å fjerne gjentakelser. I kolonnen for ”Sykepleieproblemer” var det ikke bare sykepleieproblemer som var nedtegnet, men også medisinske diagnoser, tiltak, mål, resultater og beskjeder. Disse ble utelatt fra studien. Selv om pasientene kan ha behov for sykepleie for

å håndtere for eksempel en medisinsk diagnose, vil dette ikke finnes i NANDA sykepleiediagnoser, og ble derfor ekskludert fra studien. Noen av nedtegnelsene kunne kanskje vært oppfattet som sykepleieproblemer, men slik de var skrevet var de ikke det, og ble dermed utelatt. En sykepleier med kunnskaper om sykepleiedokumentasjon og sykepleiediagnoser bidro i arbeidet med å ”vaske” materialet. Sykepleieren ble presentert for et forslag til nedtegnelser som ikke var sykepleieproblemer. Hver enkelt problemformulering ble gjennomgått og gjennom konsensus ble det besluttet hvilke nedtegnelser som var sykepleieproblemer og hvilke ikke. Denne prosedyren ble gjort for å sikre begrepsvaliditet (Polit & Beck, 2004), slik at det faktisk var sykepleieproblemer som ble undersøkt i studien. På denne måten ble systematiske målefeil forsøkt begrenset, samtidig som reduksjonen av materialet ville sikre at kjernen i det som er skrevet beholdes, slik Graneheim & Lundman (2004) presiserer som viktig. Se tabell 6 for eksempler på nedtegnelser som ikke er sykepleieproblemer, og som dermed ble utelatt fra studien.

Tabell 6: Eksempler på medisinske diagnoser, tiltak, mål, resultater og beskjeder hentet fra sykepleieplanene

Nedtegnelser i sykepleieplanene	Beskrivelse
Hemoragisk cystitt	Medisinsk diagnose
E-coli-bakterier i blodkultur	Medisinsk diagnose
Forberede overflytting	Sykepleietiltak
Adm TPN 100 ml/time	Sykepleietiltak
Diurese skal være over 150 ml/time	Mål
Ikke infeksjonstegn ved CVK-innstikkssted	Resultat
Donorsted (hud) er helet	Resultat
Har stomi som pasienten steller selv	Beskjed
Har behov for to venfloner	Beskjed
Innlagt dialysekateter	Beskjed

Ved noen anledninger var sykepleiernes håndskrift ikke mulig å tyde, noe som resulterte i at nedtegnelsen ble ekskludert fra studien. I noen tilfeller var det heller ikke mulig å oppfatte meningen i det som var nedtegnet, noe som også førte til eksklusjon fra studien.

Nedtegnelsene ”Reagerer veldig på Sendoxaninfusjon”, ”Ang temperatur” og ”CVK innstikkssted” er eksempler på nedtegnelser som er for uspesifikke til at de ble inkludert i studien.

Problemformuleringer som ble funnet ordrett flere ganger i materialet ble kodet kun én gang. Det ble funnet 22 gjentakelser av formuleringer, som dermed ble utelatt fra analysen.

Etter at materialet var gjennomgått som beskrevet ovenfor, var de 314 opprinnelige nedtegnelsene i sykepleieplanene redusert til 207 sykepleieproblemer. I flere av de resterende 207 nedtegnelsene sykepleierne har gjort, er to eller tre ulike problemstillinger skrevet i samme setning eller avsnitt, og får dermed flere ulike NANDA sykepleiediagnoser knyttet til seg senere i analyseprosessen. I én sykepleieplan er det for eksempel skrevet ”Hyppig vannlating og blir sliten av toalettbesøk + dårlig nattesøvn”. Denne nedtegnelsen gir samsvar for de tre NANDA sykepleiediagnosene *Forstyrrelse i urineliminasjonen*, *Aktivitetsintoleranse* og *Forstyrret søvnmønster*. Resultatet av dette er at flere av sykepleiernes nedtegnelser er splittet opp, slik at det til sammen er 236 ulike sykepleieproblemer i pleieplanene som skal analyseres og sammenlignes med NANDA sykepleiediagnoser.

Det tredje trinnet i analyseprosessen var å knytte hver nedtegnelse av sykepleieproblemer i sykepleieplanene til én eller flere NANDA sykepleiediagnoser. Noen nedtegnelser var det imidlertid ikke mulig å finne noen NANDA sykepleiediagnose som kunne samsvare med det sykepleierne hadde nedtegnet. Den norske utgaven av NANDA sykepleiediagnoser (2003) ble benyttet. Fordi denne ikke finnes i elektronisk versjon var det nødvendig å bla frem og tilbake i en bok for å finne egnede sykepleiediagnoser.

I dette trinnet i analyseprosessen ble sykepleieproblemene hentet fra sykepleieplanene sammenlignet med NANDA sykepleiediagnoser og grad av samsvar ble vurdert. Datamaterialet som sammenlignes i denne fasen av studien er (a) sykepleieproblemer i sykepleieplanene og (b) ordet eller ordene i det diagnostiske konseptet i NANDA sykepleiediagnoser, som består av 1) navn på sykepleiediagnosen, 2) definisjon, 3) kjennetegn, 4) relaterte faktorer og/eller 5) risikofaktorer. Se tabell 7.

Tabell 7: Det som sammenlignes i studien

(a) Sykepleieproblem nedtegnet av sykepleierne i sykepleieplanene	Sammenlignes med	(b) NANDA sykepleiediagnose
	↔	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosenavn - Definisjon - Kjennetegn - Relatert faktor - Risikofaktor

Granskningsinstrument

Instrumentet som er benyttet i studien for sammenligning og vurdering av samsvar mellom sykepleieproblemer og NANDA sykepleiediagnoser er utviklet av Zielstorff et.al. (1998).

Det er tilpasset denne studien og er benyttet for å gradere samsvar mellom sykepleieproblemene i sykepleieplanene med NANDA sykepleiediagnoser på en skala fra 0-4. Samsvar mellom sykepleieplanene og NANDA er kategorisert som:

- 1 – **Like (same)**. Nedtegnelsen i sykepleieplanen er identisk med NANDA sykepleiediagnosens (1) navn, (2) definisjon, (3) kjennetegn, (4) relaterte faktorer og/eller (5) risikofaktorer. Rekkefølgen på ordene kan være forskjellig.
- 2 – **Lignende (similar)**. Nedtegnelsen i sykepleieplanen er har samme mening som NANDA sykepleiediagnosens (1) navn, (2) definisjon, (3) kjennetegn, (4) relaterte faktorer og/eller (5) risikofaktorer, men andre ord benyttes. Kjernen i beskrivelsene er den samme.
- 3 – **Mer spesifikk (narrower)**. NANDA sykepleiediagnosens (1) navn, (2) definisjon, (3) kjennetegn, (4) relaterte faktorer og/eller (5) risikofaktorer er mer spesifikk, smalere i omfang, enn nedtegnelsen i sykepleieplanen.
- 4 – **Mer generell (broader)**. NANDA sykepleiediagnosens (1) navn, (2) definisjon, (3) kjennetegn, (4) relaterte faktorer og/eller (5) risikofaktorer er mer generell, videre i omfang, enn nedtegnelsen i sykepleieplanen.
- 0 – **Ingen samsvar (no match)**. Beskrivelsen i sykepleieplanen passer ikke med noen av kategoriene ovenfor.

Begrunnelsen for å benytte dette kodeverktøyet er at det er funnet egnet og lett å bruke i arbeidet med å sammenligne fritekstdokumentasjon med standardiserte termer i to tidligere studier (Ruland, 2001; Zielstorff et.al., 1998). Kodeverktøyet oppfattes dermed også som egnet for å sammenligne sykepleieproblemer i sykepleieplaner med NANDA sykepleiediagnoser.

Sammenligning av termer

I den tredje fasen i dataanalysen ble hver problemformulering i sykepleieplanene knyttet til en NANDA sykepleiediagnose. Ved å stille spørsmålet ”Når jeg har en pasient med dette

problemet, hva er den nærmeste termen i NANDA sykepleiediagnoser som kan beskrive problemet?”. Dersom sykepleieproblemet fra sykepleieplanen ikke kunne knyttes direkte til navnet på en NANDA sykepleiediagnose, var det neste spørsmålet ”Kan sykepleieproblemet knyttes til definisjon, kjennetegn, relaterte faktorer og/eller risikofaktorer for NANDA sykepleiediagnosen”. Nedtegnelsen ”Mucosittmerter” i en sykepleieplan kan for eksempel knyttes til NANDA sykepleiediagnosen ”Svekkede munnslimhinner”. Samsvar mellom nedtegnelsen og navnet på NANDA sykepleiediagnosen gir ikke godt samsvar. Men ved å inkludere kjennetegnet ”Smerte eller ubehag i munnen” kan samsvar betegnes som godt. Et annet eksempel er nedtegnelsen ”Spontan oppkast” som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen ”Kvalme”. Når kjennetegnet ”Fører ofte til oppkast” tas med når grad av samsvar skal vurderes, endres samsvar fra ”mer generell” til ”lignende” fordi termene ”spontan oppkast” og ”fører ofte til oppkast” kan sies å være like i kjernen, selv om ulike ord benyttes. Se eksempler i tabell 8 for hvordan problemformuleringer i sykepleieplanene ble knyttet til NANDA sykepleiediagnoser.

Tabell 8: Eksempler på hvordan problemformuleringer i sykepleieplanene er knyttet sammen med NANDA sykepleiediagnoser

Sykepleieplan	NANDA sykepleiediagnose					Samsvar – NANDA er:
	Diagnosenavn	Definisjon	Kjennetegn	Relatert faktor	Risiko-faktor	
Drikker lite	Risiko for hypovolemi				Avvik som påvirker tilgang på, inntak eller absorpsjon av væske	Lignende
Mye seigt slim som pasienten har vanskelig for å få opp	Ineffektiv opprettholdelse av frie luftveier	Manglende evne til å kvitte seg med sekret	Ekspektorat-produksjon	Sekret-stagnasjon		Lignende
Nedsatt/uklart syn	Sensoriske forstyrrelser/ persepsjonsforstyrrelser		Synsforstyrrelser			Mer generell
Slapp og føler seg i dårlig form. Ligger mye	Aktivitetsintoleranse	Manglende fysisk eller psykisk energi	Verbal rapport om utmattelse eller svakhet	Sengeleie eller immobilitet		Lignende

Dataanalysen avdekket at sykepleierne i liten grad formulerer pasientens problemer som sykepleiediagnoser, slik NANDA gjør. Sykepleierne skriver ofte sykepleieproblemet for eksempel i form av kjennetegn. Dersom sykepleiernes nedtegnelser kun hadde blitt

sammenlignet med diagnosenavnet til de enkelte NANDA sykepleiediagnosene ville samsvar blitt lavt. Derfor ble det nødvendig å ha med kjennetegn, definisjon, relaterte faktorer og risikofaktorer for NANDA sykepleiediagnosene når samsvar med sykepleiernes nedtegnelser skulle vurderes. For om lag 32% (n=76) av nedtegnelsene ble derfor kjennetegn i NANDA sykepleiediagnosen tatt med da samsvar ble vurdert. Definisjon ble tatt med i sammenligningen for om lag 27% (n=64) av sykepleiernes nedtegnelser, relatert faktor for 15% (n=36) og risikofaktor for 6% (n=15).

I mange av nedtegnelsene sykepleierne har gjort har de angitt hvor på kroppen problemet manifesterer seg. Eksempler på slike nedtegnelser er ”nakkesmerter” og ”øemme kuler under venstre armhule”. Disse angivelsene er det ikke tatt hensyn til, slik at nedtegnelsene ovenfor er redusert til ”smerter” og ”øemme kuler”. Begrunnelsen for dette er at det er en akse i NANDA sykepleiediagnoser som heter ”Topologi”, som sykepleiere kan benytte for å angi sted på kroppen problemet gjelder for. Aksen ”Topologi” inngår ikke i analysen i denne studien. I mange tilfeller er imidlertid organsystem inkludert i sykepleiediagnosen, som f.eks. NANDA sykepleiediagnosene ”Ineffektiv opprettholdelse av frie luftveier” og ”Svekkede munnslimhinner”, og der er også sted på kroppen inkludert i analysen.

Interrater reliabilitet

Flere tidligere studier har benyttet skalaer for å gradere samsvar mellom tekst i ulike kilder (Choi et.al., 2005; Marsi & Krahmer, 2005; Ruland, 2001; Zielstorff et.al., 1998). Det fremheves at mapping kan være en krevende prosess, at det er nødvendig at forskerne har inngående kjennskap til klassifikasjonssystemet som blir benyttet og at validitet og reliabilitet av kodeverktøyet må vurderes kritisk (Delaney & Moorhead, 1997).

Reliabilitet viser til om to eller flere uavhengige målinger gir samme resultat (Neuendorf, 2002; Weber, 1990; Holsti, 1969). Høyest mulige verdi for interrater reliabilitet er 1, og oppnås når to eller flere personer gjennomfører koding av de samme data, og alle får likt resultat. I denne studien ble interrater reliabilitet sjekket ved at en annen person fikk utlevert 10% av sykepleieproblemene (n=30) og den norske utgaven av boken NANDA sykepleiediagnoser. Utvalget ble trukket ved hjelp av randomisering. Hver åttende unike nedtegnelse ble tilfeldig trukket til å inngå analysen av interrater reliabilitet. Vedkommende som utførte analysen har kjennskap til NANDA sykepleiediagnoser og har benyttet et

tilsvarende kodeverktøy som ble benyttet i denne studien i en egen studie. Undersøkelsen av interrater reliabilitet viste samsvar på .73 og kan betegnes som godt.

En trussel mot reliabiliteten er forhold hos forskeren. Vedkommende kan være trett, ukonsentrert, unøyaktig i analyseprosessen eller ikke følge kodeboken nøyaktig (Neuendorf, 2002). I denne studien ble dette forsøkt motvirket ved at analyseprosessen ble gjort over et lengre tidsrom, slik at materialet ble analysert i korte intervaller, og kun små deler ble gjennomgått hver dag. Materialet ble til sammen gjennomgått tre uavhengige ganger før de endelige verdiene ble akseptert.

Andre trusler mot reliabiliteten er at kategoriene som dataene deles inn i ikke er entydige og gjensidig utelukkende eller at reglene som veileder bruk av kategoriene ikke er klare (Holsti, 1969). Dette ble forsøkt motvirket i denne studien ved at verktøyet som ble benyttet for koding av tekst er utviklet og brukt av andre som har funnet kodeverktøyet reliabelt (Marsi & Krahmer, 2005).

Det fremheves at trening for de som skal gjennomføre kodingen kan øke reliabiliteten (Holsti, 1969). I denne studien ble det ivaretatt ved at sykepleieren som gjennomførte reliabilitetstesten har benyttet et lignende kodeinstrument i egen studie, og dermed hadde trening i bruk av kodeverktøy.

Etiske overveielser

Pasientene hadde gitt skriftlig informert samtykke til bruk av deres journal til dokumentanalyse i hovedstudien. Andre nødvendige forespørsler, som til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) og avdelingene respondentene ble rekruttert fra, ble foretatt av prosjektleder Cornelia Ruland for hovedprosjektet samt delstudiene knyttet til dette. Prosjektet har vært vurdert og tilrådet av REK (Regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk).

Journalene som inngår i studien var på forhånd kopiert og avidentifisert i hovedstudien. Alle opplysninger som gjelder pasient og pårørende er fjernet fra journaldokumentene og i denne studien var det ikke tilgang til navnelister. Hver journal er gitt en studie-ID og arkivert i mapper i et låst arkivskap på forskningssenteret hvor hovedstudien utgår fra.

Personopplysninger om pasientene er oppbevart et annet sted. ID-nummerne til journalene som inngår i studien ble overlevert av en prosjektmedarbeider i hovedprosjektet slik at journaler kunne hentes ut av arkivet. Det var ikke mulig å koble studie-ID-nummeret til pasientens navn eller andre personopplysninger. Pasientenes alder og medisinske diagnose ble hentet fra et oversiktsark utviklet i hovedprosjektet. Heller ikke på dette skjemaet var pasientens navn eller andre personopplysninger identifisert.

Pasientgruppen som har deltatt i denne studien er en sårbar gruppe. Pasientene er livstruende syke og har betydelige plager av både fysisk og psykososial karakter under sykdomsperioden. At deres data kan benyttes i flere delstudier er derfor positivt. Gjenbruk av data medfører maksimal utnyttelse av datamaterialet og ny kunnskap kan hentes ut av datakildene uten ytterligere belastning for respondentene.

RESULTATER

I dette kapitlet presenteres resultatene av dataanalysen. Det redegjøres for noen generelle betraktninger som kjennetegner resultatene. Videre presenteres resultatene i henhold til forskningsspørsmålene.

I de 29 sykepleieplanene som inngår i studien er det nedtegnet 236 unike sykepleieproblemer. Det er en variasjon på 1-19 sykepleieproblemer i hver sykepleieplan, noe som gir et gjennomsnitt på 8,1 unike sykepleieproblemer pr sykepleieplan.

For å besvare forskningsspørsmål 1 ”Hvilke sykepleieproblemer er nedtegnet i sykepleieplanene?” ble nedtegnelsene organisert i henhold til NANDA sykepleiediagnoser. Sykepleieproblemene i sykepleieplanene ble sortert under 32 ulike NANDA sykepleiediagnoser. I tabell 9 er det angitt i antall og prosent hvor stor andel av sykepleieproblemene i sykepleieplanene som ble knyttet til hver av de 32 NANDA sykepleiediagnosene.

Tabell 9: Oversikt over NANDA sykepleiediagnoser som belyser hvilke sykepleieproblemer som er nedtegnet i sykepleieplanene

NANDA sykepleiediagnose	Antall	%
Akutt smerte	26	11,0
Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet	24	10,2
Kvalme	24	10,2
Svekket vevskvalitet	20	8,5
Svekket hudkvalitet	17	7,2
Svekkede munnslimhinner	12	5,1
Aktivitetsintoleranse	11	4,7
Risiko for infeksjon	9	3,8
Diaré	9	3,8
Risiko for inaktivitetssyndrom	7	3,0
Forstyrret søvnmønster	6	2,5
Nedsatt verbal kommunikasjon	6	2,5
Hypervolemi	6	2,5
Ineffektiv opprettholdelse av frie luftveier	5	2,1
Risiko for forstyrrelse i væskebalansen	4	1,7
Risiko for hypovolemi	3	1,3
Forstyrrelse i urineliminasjon	3	1,3
Akutt forvirring	3	1,3
Mangelfulle kunnskaper	3	1,3
Ineffektiv beskyttelse	3	1,3
Ineffektiv gjennomføring av behandlingsopplegg	2	0,8
Risiko for ensomhet	2	0,8
Svekket hukommelse	2	0,8
Mangelfull egenomsorg: personlig hygiene	2	0,8
Hypertermi	2	0,8
Søvnmangel	2	0,8
Risiko for svekket hudkvalitet	2	0,8
Risiko for obstipasjon	1	0,4
Svekket bevegelsesevne	1	0,4
Sensoriske forstyrrelser/ persepsjonsforstyrrelser	1	0,4
Obstipasjon	1	0,4
Ikke samsvar	17	7,2
Totalt	236	99,7

Av de 32 NANDA sykepleiediagnosene som kunne knyttes til sykepleieproblemene i sykepleieplanene omfattet 27 (84,4 %) av NANDA sykepleiediagnosene pasientens fysiske plager, mens fem (15,6 %) omfattet problemer knyttet til det psykososiale aspektet.

Forsknings spørsmål 2 lyder: ”I hvilken grad samsvarer sykepleieproblemene i sykepleieplanene med NANDA sykepleiediagnoser?”. For å besvare dette spørsmålet ble hver unike nedtegnelse i sykepleieplanene sammenlignet med NANDA sykepleiediagnosene og

gitt verdiene ”like”, ”lignende”, ”mer spesifikk”, ”mer generell” eller ”ingen samsvar” (Zielstorff et.al., 1998).

Sykepleierne har i liten grad formulert sykepleieproblemer som kan knyttes direkte til navnet på NANDA sykepleiediagnosene. De beskriver for eksempel ofte sykepleieproblemet i form av kjennetegn. Av den grunn er samsvar vurdert også i forhold til NANDA sykepleiediagnosens definisjon, kjennetegn, relatert faktorer og risikofaktorer. NANDA sykepleiediagnosens definisjon er inkludert i samsvarsvurderingen for om lag 27% av nedtegnelsene, kjennetegn for om lag 32 %, relaterte faktorer for om lag 15 % og risikofaktorer for om lag 6 %.

Se tabell 10 for eksempler på hvordan samsvar er gradert og på hvilket nivå i NANDA sykepleiediagnoser samsvar er funnet.

Tabell 10: Eksempler på vurdering av samsvar mellom sykepleieproblemer i sykepleieplaner og NANDA sykepleiediagnoser

Nedtegnelse i sykepleieplan	Navn på NANDA sykepleiediagnose	Nivå i NANDA hvor samsvar er identifisert *		Samsvar
Kvalme	Kvalme	D	Kvalme	Like
Tørr og flasket hud over hele kroppen	Svekket hudkvalitet	Def	Endret epidermis og/eller dermis	Mer generell
Holder seg mye i sengen	Aktivitetsintoleranse	Rel	Sengeleie eller immobilitet	Lignende
Tapt vekt på kort tid	Ubalanse i ernæring: Mindre enn kroppsbehovet	K	Kroppsvekt 20% eller mer under idealet	Mer spesifikk
Ikke lyst på drikke	Risiko for hypovolemi	Ris	Avvik som påvirker tilgang på, inntak eller absorpsjon av væske	Mer generell
Sure oppstøt				Ingen samsvar

*: D=Diagnosenavn, Def=Definisjon, K=Kjennetegn, Rel=Relaterte faktorer, Ris=Risikofaktorer

Samsvar mellom sykepleieproblemene i sykepleieplanene og NANDA sykepleiediagnoser betegnet som ”Like” dekker 4,2 % av sykepleiernes nedtegnelser, ”Lignende” dekker 37,9 %, ”mer generell” dekker 49,4 % og ”Mer spesifikk” dekker 0,8 %. Det ble ikke funnet samsvar i det hele tatt for 7,2 % av sykepleieproblemene i sykepleieplanene sammenlignet med NANDA sykepleiediagnoser. Se tabell 11.

Tabell 11: Vurdering av samsvar mellom sykepleieproblemer i sykepleieplaner og NANDA sykepleiediagnoser

NANDA sykepleiediagnose	Like		Lignende		Mer spesifikk		Mer generell	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Akutt smerte			9	3,8			17	7,2
Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet			12	5,1	1	0,4	11	4,7
Kvalme	6	2,5	7	3,0			11	4,7
Svekket vevskvalitet			1	0,4			19	8,1
Svekket hudkvalitet							17	7,2
Risiko for svekket hudkvalitet							2	0,8
Svekkede munnslimhinner			12	5,1				
Aktivitetsintoleranse			9	3,8			2	0,8
Risiko for inaktivitetssyndrom			6	2,5			1	0,4
Svekket bevegelseevne			1	0,4				
Forstyrret søvnmønster			5	2,1			1	0,4
Søvnmangel	1	0,4	1	0,4				
Diaré	2	0,9	1	0,4			6	2,5
Obstipasjon			1	0,4				
Risiko for obstipasjon							1	0,4
Forstyrrelse i urineliminasjon			3	1,3				
Risiko for infeksjon							9	3,8
Hypertermi			2	0,8				
Hypervolemi			6	2,5				
Risiko for forstyrrelse i væskebalansen			3	1,3			1	0,4
Risiko for hypovolemi			2	0,8			1	0,4
Ineffektiv beskyttelse							3	1,3
Ineffektiv opprettholdelse av frie luftveier	1	0,4	3	1,3	1	0,4		
Mangelfull egenomsorg: personlig hygiene			2	0,8				
Nedsatt verbal kommunikasjon			3	1,3			3	1,3
Sensoriske forstyrrelser/ persepsjonsforstyrrelser							1	0,4
Svekket hukommelse							2	0,8
Ineffektiv gjennomføring av behandlingsopplegg							2	0,8
Mangelfulle kunnskaper							3	1,3
Akutt forvirring							3	1,3
Risiko for ensomhet			1	0,4			1	0,4
Ikke samsvar		7,2% (n=17)						
Totalt	10	4,2	90	37,9	2	0,8	117	49,4

Ved ti tilfeller (4,2 %) finnes eksakt samsvar, ”like”, mellom sykepleieproblemer i sykepleieplanene og NANDA sykepleiediagnoser. Dette omfatter de fire NANDA sykepleiediagnosene *Kvalme*, *Diaré*, *Ineffektiv opprettholdelse av frie luftveier* og *Søvnmangel*.

Samsvar betegnet som ”lignende” representerer 21 NANDA sykepleiediagnoser og dekker 37,9 % (n=90) av sykepleieproblemene i sykepleieplanene. De hyppigst forekommende er *Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet*, *Svekkede munnslimhinner*, *Aktivitetsintoleranse*, *Akutt smerte* og *Kvalme*.

Ved to tilfeller (0,8 %) finnes samsvar mellom sykepleieproblemer i sykepleieplanene og NANDA sykepleiediagnoser betegnet som ”mer spesifikk”. Dette omfatter NANDA sykepleiediagnosene *Ineffektiv opprettholdelse av frie luftveier* og *Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet*.

Samsvar betegnet som ”mer generell” omfatter 22 NANDA sykepleiediagnoser og dekker 49,4 % (n=117) av sykepleieproblemene i sykepleieplanene . De hyppigst forekommende er *Svekket vevskvalitet* *Svekket hudkvalitet*, *Akutt smerte*, *Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet* og *Kvalme*.

Uensartet språk

Avhengig av hvilke ord sykepleierne benytter for å beskrive pasientens sykepleieproblemer og hvor utfyllende beskrivelsen er, gir sykepleiernes nedtegnelser ulik grad av samsvar med den enkelte NANDA sykepleiediagnose. Nedtegnelsen ”Diaré etter to ukers obstipasjon” i sykepleieplanen gir for eksempel samsvar ”Mer generell” mot NANDA sykepleiediagnosen *Diaré*, i motsetning til nedtegnelsen ”Diaré”, som får samsvar ”Like”. Den første nedtegnelsen har mer utfyllende opplysninger om diareen enn NANDA sykepleiediagnosen fanger inn, og NANDA sykepleiediagnosen er dermed av mer generell karakter. Tilsvarende eksempel finnes for NANDA sykepleiediagnosen *Kvalme* hvor sykepleierens nedtegnelse ”Bevegelseskvalme” gir samsvar ”Mer generell” mens ”Kvalm” gir samsvar ”Like”.

I tillegg til at sykepleierne benytter ulike ord for å beskrive det samme problemet for ulike pasienter, er det også forskjell på hvor utfyllende pasientens problem er beskrevet. Noen har

kun skrevet ett ord for problemet, som f.eks. ”Kvalme”. Andre har beskrevet problemet med mange ord, som f.eks. ”Blir lett kvalm av ulike lukter og medisiner” og ”Akutt kvalm ved rask infusjon av antibiotika”.

Sykepleiernes nedtegnelser av pasientens problemer i sykepleieplanene bærer også preg av lokalt språk. Ved flere anledninger er for eksempel uttrykkene ”mucosittsmerter”, ”samler på seg væske” og ”legger på seg væske” benyttet.

Tabell 12 viser eksempler på alle de ulike måtene sykepleierne har beskrevet pasientens problemer knyttet til spiseproblemer, smerter og annet ubehag i munn og svelg.

Tabell 12: Sykepleiernes nedtegnelser av pasientens problemer knyttet til plager i munn og svelg

Problemer med matinntak pga mucositt
Såre slimhinner . Begynnende mucositt relatert til cellegiftbehandling
Mucosittsmerter
Problemer med matinntak på grunn av mucositt i slimhinnene
Smerter i munn og svelg
Økende mucosittsmerter. Klarer ikke svelge. Ikke mat/drikke po.
Store skorper/sår på hele tunga
Belegg og sår i munnen
Smerter i munn og slimhinner pga cellegift
Soppbelegg i munnen
Matinntak hemmes av sår munn og smerter fra sår v side av tungen
Begynnende mucosittsmerter. Øm/sår i halsen. Vanskelig å svelge mat
Kraftig økte mucosittsmerter
Kan nesten ikke snakke pga mucosittslim og smerter
Mucosittsmerter
Smerter i hals/svelg ved prating, svelging
Mucositt og smerter
Er i aplasi og har mye mucositt
Mucosittsmerter. Klarer ikke spise/drikke
Smerter i munn og svelg pga såre slimhinner
Hvitt belegg i munnen
Begynnende mucositt pga cellegift. Fører til smerter og redusert matinntak
Har begynt å spise, men sår i munn/svelg
Vanskelig for å spise pga mye slim og mucosittsmerter

I de følgende avsnitt vil det redegjøres for funn knyttet til de enkelte NANDA sykepleiediagnosene. Sykepleieproblemer knyttet til pasientenes fysiske plager presenteres først. Deretter presenteres funn knyttet til psykososiale sykepleieproblemer.

Akutt smerte

Akutt smerte er den NANDA sykepleiediagnosen som i flest tilfeller kan knyttes til sykepleiernes nedtegnelser av pasientens sykepleieproblemer i sykepleieplanene. Pasientens problemer knyttet til smerte finnes for 11,1 % (n=26) av sykepleieproblemene i sykepleieplanene. Ingen av sykepleiernes nedtegnelser får samsvar ”Like” med NANDA sykepleiediagnosen *Akutt smerte*, fordi ordet akutt ikke ble benyttet av sykepleierne i dette materialet. Ni (3,8 %) av nedtegnelsene får samsvar ”Lignende”. Flesteparten av sykepleiernes nedtegnelser får imidlertid samsvar ”Mer generell”. Dette er hovedsaklig fordi den relaterte faktoren, ”Utløsende skadeårsaker (biologiske, kjemiske, fysiske, psykologiske)”, er for uspesifikk i forhold til sykepleiernes nedtegnelser. Sykepleierne har for eksempel relatert smertene til hoste, cytostatikabehandling og slimhinneskade. Sykepleierne har også beskrevet hvordan pasienten opplever smerten på en mer utfyllende måte enn NANDA sykepleiediagnosen. De har for eksempel skrevet knipsmerter, muskelspenninger, diffuse smerter og øm og sår i hele kroppen. Disse spesifikasjonene finnes ikke i NANDA sykepleiediagnosen *Akutt smerte*.

Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet

NANDA sykepleiediagnosen *Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet* kan knyttes til 10,2 % (n=24) av sykepleieproblemene i sykepleieplanene. Det er om lag like mange av nedtegnelsene som får samsvar ”Lignende” (5,1 %) som ”Mer generell” (4,7 %) knyttet til NANDA sykepleiediagnosen. Nedtegnelsen ”Vanskelig for å få i seg tilstrekkelig næring” i sykepleieplanen er et eksempel på samsvar ”Lignende” med definisjonen for NANDA sykepleiediagnosen som er ”Inntak av næringsstoffer som er utilstrekkelig for å dekke metabolske behov”. Mange av nedtegnelsene som gir samsvar ”Lignende” kan knyttes til kjennetegnet ”Sår, betent munnhule”. Sykepleierne har for eksempel skrevet ”Problemer med matinntak på grunn av mucositt i slimhinnene” og ”Matinntak hemmes av sår munn og smerter fra sår v side av tungen”. Et annet eksempel fra sykepleieplanene som gir samsvar ”Lignende” er nedtegnelsen ”Blir fort mett ved inntak av mat” som kan sies å ha samme meningsinnhold som kjennetegnet ”Metthetsfølelse umiddelbart etter inntak av mat”. Se tabell 13.

Tabell 13 Sykepleiernes nedtegnelser av pasientens problemer knyttet til ernæring som gir samsvar "Lignende" med NANDA sykepleiediagnosen "Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet"

Nedtegnelse i sykepleieplan	Nivå i NANDA	hvor samsvar er identifisert*
Problemer med matinntak pga mucositt	Def K	Inntak av næringsstoffer som er utilstrekkelig for å dekke metabolske behov Sår, betent munnhule
Problemer med matinntak pga mucositt i slimhinnene	Def K	Inntak av næringsstoffer som er utilstrekkelig for å dekke metabolske behov Sår, betent munnhule
Matinntak hemmes av sår munn og smerter fra sår v side av tungen	Def K	Inntak av næringsstoffer som er utilstrekkelig for å dekke metabolske behov Sår, betent munnhule
Mucosittsmerter. Klarer ikke spise/drikke	K K	Opplevelse av manglende evne til å innta mat Sår, betent munnhule
Nedsatt ernæring	Def	Inntak av næringsstoffer som er utilstrekkelig for å dekke metabolske behov
Vanskelig for å få i seg tilstrekkelig næring	Def	Inntak av næringsstoffer som er utilstrekkelig for å dekke metabolske behov
Vanskelig å få i seg mat	K	Opplevelse av manglende evne til å innta mat
Bli fort mett ved inntak av mat	K	Metthetsfølelse umiddelbart etter inntak av mat
Nedsatt ernæringstilstand	Def	Inntak av næringsstoffer som er utilstrekkelig for å dekke metabolske behov
Vanskelig for å få i seg nok næring	Def	Inntak av næringsstoffer som er utilstrekkelig for å dekke metabolske behov
Drikker og spiser lite	Def	Inntak av næringsstoffer som er utilstrekkelig for å dekke metabolske behov
Nedsatt væske- og næringsinntak	K	Rapportert matinntak mindre enn RDA (recomended daily allowance)

*: D=Diagnosenavn, Def=Definisjon, K=Kjennetegn

Ved flere anledninger benytter sykepleierne ord som ikke finnes i NANDA sykepleiediagnosen *Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet*. "Nedsatt appetitt" og "Nedsatt matlyst" er eksempler på ord sykepleierne ofte benytter for å beskrive pasientens problemer knyttet til ernæring. Disse kjennetegnene finnes ikke i NANDA sykepleiediagnosen. Det fører til lav grad av samsvar mellom sykepleiernes nedtegnelser og NANDA sykepleiediagnosen. Sykepleierne beskriver også kvalme i mange tilfeller som en relatert faktor til problemer med matinntak, mens kvalme ikke finnes under denne sykepleiediagnosen i NANDA. For noen av nedtegnelsene i sykepleieplanene er det funnet delvis dekning i NANDA sykepleiediagnosen *Ubalanse i ernæring: mindre enn*

kroppsbehovet. Men fordi sykepleierne i tillegg har skrevet ned elementer som ikke finnes i NANDA sykepleiediagnosen, blir samsvar betegnet som ”Mer generell”. Et eksempel er sykepleierens nedtegnelse ”Nedsatt matlyst pga kvalme og mucositt” som delvis sammenfaller med NANDA sykepleiediagnosen fordi NANDA inneholder kjennetegnet ”Sår, betent munnhule”. Men fordi det ikke finnes noe i NANDA som samsvarer med ”nedsatt matlyst” og ”kvalme” betegnes samsvar likevel som ”Mer generell”. Se tabell 14.

Tabell 14 Sykepleiernes nedtegnelser av pasientens problemer knyttet til ernæring som gir samsvar ”Mer generell” med NANDA sykepleiediagnosen ”Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet”

Nedtegnelse i sykepleieplan	Nivå i NANDA hvor samsvar er identifisert*	
Nedsatt appetitt	D	Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet
Lite matlyst grunnet kvalme	D	Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet
Nedsatt matlyst	D	Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet
Pas har nedsatt matlyst pga forandret smak i munnen og kvalme	D K	Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet Rapportert endret smakssans
Ikke spist på flere uker	K	Rapportert matinntak mindre enn RDA (recomended daily allowance)
Nedsatt matlyst - spiser og drikker lite	K	Rapportert matinntak mindre enn RDA (recomended daily allowance)
Nedsatt matlyst pga kvalme og mucositt	D K	Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet Sår, betent munnhule
Noe nedsatt matlyst pga periodevis kvalme	D	Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet
Stadig mindre matlyst	D	Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet
Nedsatt matlyst	D	Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet
Vanskelig for å spise pga mye slim og mucosittmerter	D K	Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet Sår, betent munnhule

*: D=Diagnosenavn, K=Kjennetegn

I ett tilfelle (0,4 %) kan samsvar ”Mer spesifikk” benyttes for å beskrive sammenfallet av nedtegnelse i sykepleieplanen med NANDA sykepleiediagnosen *Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet*. I sykepleieplanen står det ”Tapt vekt på kort tid” mens det er et kjennetegn under NANDA sykepleiediagnosen som heter ” Kroppsvekt 20 % eller mer under idealet”. NANDA sykepleiediagnosen er i dette tilfellet mer spesifikk enn nedtegnelsen i sykepleieplanen, ved at vekttap er angitt i prosent.

Kvalme

Sykepleiernes nedtegnelser som omhandler pasientenes problemer knyttet til kvalme teller 10,2 % (n=24) av sykepleieproblemene i sykepleieplanene. Seks (2,5 %) av nedtegnelsene består av ordet "kvalm" eller "kvalme" og får dermed samsvar "Like" med NANDA sykepleiediagnosen *Kvalme*. Også nedtegnelsen "fare for kvalme" får samsvar "Like" fordi beskrivelsen "Risiko for" under aksen "Helsestatus" i NANDA sykepleiediagnoser kan benyttes for å angi at dette er en risikodiagnose.

Sju av nedtegnelsene (3 %) knyttet til kvalme får samsvar "Lignende" med NANDA sykepleiediagnosen *Kvalme*. Det henger sammen med at sykepleierne i mange tilfeller har relatert kvalmen til cytostatikabehandling, og at det er en relatert faktor i NANDA sykepleiediagnosen som heter "Kjemoterapi", som kan sies å ha samme betydning selv om andre ord benyttes. Sykepleierne har også ved to anledninger knyttet oppkast til kvalmen. I definisjonen av NANDA sykepleiediagnosen *Kvalme* heter det "Kan føre til eller ikke føre til oppkast" og under kjennetegn "Fører ofte til oppkast". Dette gir derfor samsvar "Lignende".

11 av nedtegnelsene (4,7 %) av sykepleieproblemer knyttet til kvalme får samsvar "Mer generell" fordi sykepleierne har gjort mer presise beskrivelse av pasientens problemer enn NANDA sykepleiediagnosen *Kvalme* fanger inn. Sykepleierne har for eksempel skrevet "Bevegelseskvalme", "Småkvalm" og "Kvalm om morgenen". NANDA sykepleiediagnosen gir dermed en mindre spesifikk beskrivelse av kvalmen enn sykepleierne gjør, og resultatet blir samsvar "Mer generell".

Svekket vevskvalitet, Svekket hudkvalitet og Risiko for svekket hudkvalitet

16,5 % (n=39) av sykepleieproblemene i sykepleieplanene omhandler pasientenes problemer knyttet til hud og vev. 20 av disse (8,5 %) kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Svekket vevskvalitet*, hvor de fleste (n=19) gir samsvar "Mer generell". Det kan forklares med at kjennetegnene under NANDA sykepleiediagnosen er sparsomt beskrevet og at beskrivelsen "Skadet eller ødelagt vev" blir for uspesifikk til å fange inn det sykepleierne har beskrevet som pasientens problemer innenfor området. Sykepleierne har for eksempel skrevet "Har sprekker/sår mellom lilletå og den andre på begge føtter", "Sår i håndflater og fotsåler, har røde og såre områder" og "Pasienten har sår etter abcess på høyre lår". Én

nedtegnelse gir imidlertid samsvar ”Lignende”. Det står ”Pasienten har trykksår på begge heler/føtter etter lang tids sengeleie” i sykepleieplanen. Nedtegnelsen gir samsvar ”Lignende” fordi de to punktene ”Mekanisk (f.eks. trykk, forskyvning, friksjon)” og ”Svekket fysisk mobilitet” under relaterte faktorer i NANDA sykepleiediagnosen *Svekket vevskvalitet* kan sies å ha samme meningsinnhold som det sykepleieren har nedtegnet.

7,2 % av sykepleieproblemene i sykepleieplanene (n=17) kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Svekket hudkvalitet*. Alle gir samsvar ”Mer generell”. På samme måte som i sykepleiediagnosen *Svekket vevskvalitet* er definisjonen for *Svekket hudkvalitet* av generell karakter, hvor det heter ”Endret dermis og/eller epidermis”. Også kjennetegnene i sykepleiediagnosen er lite spesifikke beskrivelser, noe som resulterer i at sykepleiediagnosen blir videre enn det sykepleierne har beskrevet i sykepleieplanene. Rødhet, utslett og tørr hud er for eksempel problemer som er gjentakende i det sykepleierne har skrevet, men som ikke finnes i NANDA sykepleiediagnosen *Svekket hudkvalitet*.

NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for svekket hudkvalitet* passer med 0,8 % (n=2) av sykepleieproblemene i sykepleieplanene. Disse får samsvar ”Mer generell” med NANDA sykepleiediagnosen. I den ene nedtegnelsen i sykepleieplanen har sykepleieren skrevet ”Utsatt for sår/tørr hud relatert til kjemoterapi” mens den mest passende risikofaktoren i NANDA sykepleiediagnosen ”Risiko for svekket hudkvalitet” er ”Medisinering”, noe som er en mer generell beskrivelse enn den sykepleieren har nedtegnet. I den andre nedtegnelsen heter det ”Rød tørr hud. Fare for sår”. Her er definisjonen ”Risiko for at huden blir skadet” også av mer generell karakter enn det sykepleieren har nedtegnet.

Svekkede munnslimhinner

Sykepleiernes nedtegnelser av pasientens problemer som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Svekkede munnslimhinner* er det funnet 12 nedtegnelser for (5,1 %) i sykepleieplanene. Alle sykepleieproblemene i pleieplanene gir samsvar ”Lignende” med NANDA sykepleiediagnosen. Mucositt, såre slimhinner, smerter og problemer med matinntak er beskrivelser som preger sykepleiernes nedtegnelser innenfor dette området. Kjennetegnene ”Smerte eller ubehag i munnen”, ”Lesjoner eller sår i munnen”, ”Vansker med å spise eller svelge” og ”Ødem” i NANDA sykepleiediagnosen passer godt med sykepleiernes nedtegnelser i sykepleieplanene.

Aktivitetsintoleranse, Risiko for inaktivitetssyndrom og Svekket bevegelsesevne

NANDA sykepleiediagnosen *Aktivitetsintoleranse* kan knyttes til 11 (4,6 %) av sykepleieproblemene i sykepleieplanene. Flesteparten av disse (n=9) gir samsvar ”Lignende”. Nedtegnelsene ”(Nesten) totalt sengeliggende”, ”Ligger mye i senga. Er passiv” og ”Holder seg mye i sengen” gir for eksempel godt samsvar med den relaterte faktoren ”Sengeleie eller immobilitet” i NANDA sykepleiediagnosen *Aktivitetsintoleranse*. To nedtegnelser (0,8 %) får samsvar ”Mer generell” fordi sykepleierne har gjort mer spesifikke beskrivelser av pasientens problem enn NANDA sykepleiediagnosen fanger inn. Sykepleierne har for eksempel skrevet at pasienten blir sliten av hyppige toalettbesøk, mens det i definisjonen for NANDA sykepleiediagnosen heter ”Manglende fysisk eller psykisk energi til å utføre eller gjøre seg ferdig med nødvendige eller ønskede daglige aktiviteter”. Definisjonen blir dermed mer generelle enn det sykepleierne har nedskrevet.

Syv nedtegnelser i sykepleieplanene (3 %) kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for inaktivitetssyndrom*. Seks av disse gir samsvar ”Lignende”. Definisjonen for NANDA sykepleiediagnosen er ”Risiko for svekkelse av kroppssystemer forårsaket av foreskrevet eller uunngåelig inaktivitet i muskel-skjelett-systemet”. Denne definisjonen samsvarer godt med de fleste av sykepleiernes nedtegnelser. De har for eksempel skrevet ”Fare for immobilisering. Ligger mye i sengen” og ”Inaktivitet fører til økt problem/smerter i høyre hofte”. For det siste eksempelet finnes det også godt samsvar med kjennetegn som er ”Sterke smerter” og ”Redusert leddbevegelse”. Én nedtegnelse i sykepleieplanene gir imidlertid samsvar ”Mer generell”. Sykepleieren har skrevet at pasienten ikke skal være mye i aktivitet pga CVK. I NANDA sykepleiediagnosens relaterte faktorer står det ”Foreskrevet immobilisering”, men siden årsaken til immobiliseringen mangler, blir samsvar betegnet som mer generelt enn det sykepleieren har nedskrevet.

Det ble funnet én nedtegnelse av pasientens sykepleieproblemer (0,4 %) i sykepleieplanene som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Svekket bevegelsesevne*. Samsvar blir betegnet som ”Lignende”. Sykepleieren har skrevet ”Skjelvinger + ustøhet”, noe som samsvarer godt med kjennetegnene ”Ukoordinerte eller rykkvise bevegelser” og ”Ustabil postural kroppsholdning” i NANDA sykepleiediagnosen.

Forstyrret søvnmønster og Søvnmangel

Pasientenes sykepleieproblemer knyttet til søvn var nedtegnet åtte ganger (3,3 %) i sykepleieplanene. NANDA sykepleiediagnosen *Forstyrret søvnmønster* kan knyttes til 2,5 % (n=6) av nedtegnelsene. Fem av disse gir samsvar ”Lignende”. Én av nedtegnelsene er for eksempel ”Våknet med kvalme de siste netter”. Denne beskrivelsen av pasientens problem kan sies å ha samme meningsinnhold som kjennetegnet ”Oppvåkning tidligere enn ønsket” og relatert faktor ”Kvalme” i NANDA sykepleiediagnosen. ”Sovet lite” og ”sovet dårlig” er nedtegnet flere ganger av sykepleierne. Dette dekkes inn av definisjonen for NANDA sykepleiediagnosen, som er ”Tidsbegrenset forstyrret søvn (naturlig, periodisk avbrytelse av bevissthet) mengde og kvalitet”, og samsvar kan betegnes som godt. I ett tilfelle ble det imidlertid funnet samsvar ”Mer generell”. Sykepleierens beskrivelse av årsaken til søvnmangelen, som var at pasienten ikke klarte å svelge sovetablett, blir ikke fanget inn av NANDA sykepleiediagnosen *Forstyrret søvnmønster*.

I sykepleieplanene ble det funnet to nedtegnelser av pasientens sykepleieproblemer (0,8 %) som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Søvnmangel*. Den ene nedtegnelsen gir samsvar ”Like”. Beskrivelsen i sykepleieplanen ”Pasienten er døs og trøtt” er eksakt lik ”Døsighet på dagtid” og ”Tretthet” under kjennetegn i NANDA sykepleiediagnosen. Den andre nedtegnelsen gir samsvar ”Lignende”. Sykepleieren har skrevet ”Avbrutt søvn over lang tid, kan være medvirkende årsak til forvirring. Søvnmangel”. NANDA sykepleiediagnosen har definisjonen ”Forlengede perioder uten søvn” og kjennetegnet ”Akutt forvirring”, og samsvar kan dermed betegnes som ”Lignende”.

Diaré, Obstipasjon, Risiko for obstipasjon, og Forstyrrelse i urineliminasjon

Sykepleierne har nedtegnet diaré som et sykepleieproblem i 3,8 % (n=9) av nedtegnelsene i sykepleieplanene. To får samsvar ”Like” og én får samsvar ”Lignende” med NANDA sykepleiediagnosen *Diaré*. De øvrige seks (2,5 %) får samsvar ”Mer generell”. Dette forklares med at sykepleierne har gitt grundigere beskrivelser av både kjennetegn og relaterte faktorer enn NANDA sykepleiediagnosen gir. Sykepleierne har for eksempel skrevet ”Hyppig diaré”, ”Kraftig diaré” og ”Grønn, gulaktig diaré”, noe det ikke finnes beskrivelser for i NANDA sykepleiediagnosen *Diaré*.

I sykepleieplanene finnes det én nedtegnelse (0,4 %) som passer med NANDA sykepleiediagnosen *Obstipasjon*. Sykepleieren har nedtegnet ”Treg i magen”, noe som har samme meningsinnhold som ”Dårlig fordøyelse” under kjennetegn i NANDA sykepleiediagnosen *Obstipasjon*. Dette gir samsvar ”Lignende”.

Én nedtegnelse i sykepleieplanene (0,4 %) kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for obstipasjon*. I sykepleieplanen har sykepleieren relatert risiko for obstipasjon til nedsatt aktivitet, nedsatt drikke og legemiddelet Zofran. I NANDA sykepleiediagnosens risikofaktorer finnes punktene ”For lite fysisk aktivitet” og ”Utilstrekkelig væskeinntak”. Fordi legemidler mangler som risikofaktor, betegnes samsvar som ”Mer generell”. Sykepleierens nedtegnelse er mer spesifikk enn beskrivelsen i NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for obstipasjon*.

NANDA sykepleiediagnosen *Forstyrrelse i urineliminasjonen* kan knyttes til tre (1,3 %) av sykepleierens nedtegnelser i sykepleieplanene. Alle får samsvar ”Lignende”. To av nedtegnelsene omhandler urinretensjon mens den tredje omhandler hyppig vannlating. Både ”Retensjon” og ”Hyppighet” finnes som kjennetegn i NANDA sykepleiediagnosen *Forstyrrelse i urineliminasjonen*, og samsvar betegnes dermed som ”Lignende”.

Risiko for infeksjon

Sykepleierne har gjort ni nedtegnelser (3,8 %) i sykepleieplanene som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for infeksjon*. Alle nedtegnelsene får samsvar ”Mer generell”. I tre av nedtegnelsene hvor sykepleierne har identifisert at pasienten er utsatt for å få infeksjoner, har de relatert dette til at pasienten har CVK eller venflon. Risikofaktoren ”invasive prosedyrer” i NANDA sykepleiediagnosen kan knyttes til nedtegnelsene, men blir likevel for uspesifikk til å eksakt forklare risikofaktoren. I tre andre nedtegnelser er symptomer på infeksjon ved CVK-innstikkssted beskrevet, men heller ikke dette finnes det tilsvarende beskrivelse for i NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for infeksjon*. To nedtegnelser for infeksjonsrisikoen har sykepleierne relatert til aplasi/neutropeni, og disse kan passe med risikofaktoren ”mer utsatt for patogener i miljøet”, men samsvaret blir også her for generelt til å beskrive pasientens problem presist. Resultatet er at alle nedtegnelsene sykepleierne har gjort som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for infeksjon* får samsvar ”Mer generell”.

Hypertermi

To nedtegnelser i sykepleieplanene (0,8 %) kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Hypertermi*. Sykepleierne har i den ene nedtegnelsen skrevet at pasienten har fått feber og i den andre at pasienten er febril-høyfebril. Begge nedtegnelsene samsvarer godt med definisjonen ”Kroppstemperatur over normalt nivå”, og samsvar betegnes dermed som ”Lignende”.

Hypervolemi, Risiko for forstyrrelse i væskebalansen, Risiko for hypovolemi

5,4 % (n=13) av sykepleiernes nedtegnelser av pasientens sykepleieproblemer i sykepleieplanene omhandler pasientens problemer knyttet til væskebalanse. 2,5 % (n=6) av nedtegnelsene kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Hypervolemi*. Alle nedtegnelsene omhandler væskeretensjon, ødemer eller vektøkning. De samsvarer godt med definisjonen ”Økt isoton væskeretensjon” og kjennetegnene ”Ødem, som kan utvikle seg til meget store generelle ødemer” og ”Vektøkning på kort tid”. Resultatet er at alle får samsvar ”Lignende”.

Fire av nedtegnelsene (1,7 %) i sykepleieplanene kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for forstyrrelse i væskebalansen*. Tre av disse gir samsvar ”Lignende”. I den ene nedtegnelsen heter det ”Mulig problem: Forstyrrelser i væskebalansen”. Dette samsvarer godt med navnet på NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for forstyrrelse i væskebalansen*. I de to andre nedtegnelsene som gir samsvar ”Lignende” heter det ”Utsatt for væskeansamling” og ”Fare for overhydrering og ødemer”. Begge nedtegnelsene kan knyttes til definisjonen ”Risiko for reduksjon, økning eller rask svingning fra det ene til det andre i intravaskulær, interstitiell og/eller intracellulær væske. Dette refererer til tap eller økning av kroppsvæske, eller begge deler”, og gir samsvar ”Lignende”. Den fjerde nedtegnelsen som knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for forstyrrelse i væskebalansen* får samsvar ”Mer generell”. Det henger sammen med at sykepleieren har relatert risikoen for væskeoppbygging til kontinuerlig intravenøs infusjon, noe det ikke finnes beskrivelse for i NANDA sykepleiediagnosen.

1,3 % (n=3) av sykepleieproblemene i sykepleieplanene kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for hypovolemi*. To av disse gir samsvar ”Lignende”. Sykepleierne har nedtegnet at pasienten drikker lite, noe som samsvarer godt med risikofaktoren ”Avvik

som påvirker tilgang på, inntak eller absorpsjon av væske”. Én nedtegnelse som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for hypovolemi* gir samsvar ”Mer generell”.

Sykepleieren har skrevet at pasienten ikke har lyst på drikke relatert til kvalme.

Risikofaktoren beskrevet ovenfor blir for uspesifikk til å fange inn det sykepleieren har nedtegnet, noe som resulterer i samsvar ”Mer generell”.

Ineffektiv beskyttelse

1,3 % (n=3) av nedtegnelsene i sykepleieplanene kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Ineffektiv beskyttelse*. Alle gir samsvar ”Mer generell”. Selv om det er delvis samsvar mellom sykepleiernes nedtegnelser og NANDA sykepleiediagnosen, er det momenter som ikke finnes i NANDA eller er for generelle, slik at samsvar betegnes som ”Mer generell”. Se tabell 15.

Tabell 15 Sykepleiernes nedtegnelser av pasientens problemer som gir samsvar ”Mer generell” med NANDA sykepleiediagnosen ”Ineffektiv beskyttelse”

Nedtegnelse i sykepleieplan	Nivå i NANDA hvor samsvar er identifisert*
Mulig problem: Skader/sår i huden pga nedsatt allmenntilstand, nedsatt Hb og cytostatikabehandling	D Redusert evne til å beskytte seg mot interne eller eksterne trusler, slik som sykdom eller skade
	K Svekket tilheling
	K Trykksår
	R Unormale blodverdier(f.eks. leukopeni, trombocytopeni, anemi, koagulasjon)
Tidligere reagert med pustebesvær i forbindelse med trombocytinfusjon	R Medikamentell behandling (f.eks. antineoplastika, kortikosteroid, immunpreparater, antikoagulantier, trombolytika)
	D Redusert evne til å beskytte seg mot interne eller eksterne trusler, slik som sykdom eller skade
	K Dyspné
Tidligere vært hoven, sår, blødningstendens ved stomien ved lave blodverdier	R Behandlinger (f.eks. kirurgi, stråleterapi)
	D Redusert evne til å beskytte seg mot interne eller eksterne trusler, slik som sykdom eller skade
	K Svekket tilheling
	K Endret koagulasjon
	R Unormale blodverdier(f.eks. leukopeni, trombocytopeni, anemi, koagulasjon)

*: D=Diagnosenavn, K=Kjennetegn, R=Relaterte faktorer

Ineffektiv opprettholdelse av frie luftveier

NANDA sykepleiediagnosen *Ineffektiv opprettholdelse av frie luftveier* kan knyttes til 1,7 % (n=4) av sykepleieproblemene i sykepleieplanene. Én nedtegnelse gir samsvar ”Like” med NANDA sykepleiediagnosen, to gir samsvar ”Lignende” og én gir samsvar ”Mer spesifikk”. Se tabell 16. Årsaken til samsvar ”Mer spesifikk” for den ene nedtegnelsen er at sykepleieren har skrevet ”Hoste”, mens kjennetegnet for NANDA sykepleiediagnosen er at hosten er ineffektiv, noe som gir en mer presis beskrivelse enn sykepleieren har nedtegnet.

Tabell 16 Sykepleiernes nedtegnelser av pasientens problemer som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen ”Ineffektiv opprettholdelse av frie luftveier”

Nedtegnelse i sykepleieplan		Nivå i NANDA hvor samsvar er identifisert*	Grad av samsvar
Fare for sekretstagnasjon	R	Sekretstagnasjon	Like
Oksygenerer dårlig. Rtg viser fortetninger	D	Manglende evne til å kvitte seg med sekret eller obstruksjoner i respirasjonsorganene for å opprettholde frie luftveier	Lignende
Mye seigt slim som pas har vanskelig for å få opp	D	Manglende evne til å kvitte seg med sekret eller obstruksjoner i respirasjonsorganene for å opprettholde frie luftveier	Lignende
	K	Ekspektoratproduksjon	
	R	Sekretstagnasjon	
Hoste og gult ekspektorat	K	Ineffektiv hosting eller fravær av hosting	Mer spesifikk
	K	Ekspektoratproduksjon	

*: D=Diagnosenavn, K=Kjennetegn, R=Relaterte faktorer

Mangelfull egenomsorg: personlig hygiene

To nedtegnelser i sykepleieplanene (0,8 %) kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Mangelfull egenomsorg: personlig hygiene*. Begge nedtegnelsene beskriver at pasienten trenger hjelp til å ivareta personlig hygiene, og får samsvar ”Lignende” i forhold til NANDA sykepleiediagnosen *Mangelfull egenomsorg: personlig hygiene*.

Nedsatt verbal kommunikasjon

Sykepleierne har gjort 6 nedtegnelser (2,5 %) som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Nedsatt verbal kommunikasjon*. Tre av disse gir samsvar ”Lignende”. Den ene nedtegnelsen beskriver at pasienten har liten stemme og nesten hvisker. Den gir godt samsvar med kjennetegnet ”Vansker med å forme ord eller setninger (afoni, dyslali, dysartri). Den andre nedtegnelsen beskriver at pasienten har vanskeligheter med å forstå vanskelige ord og uttrykk. Den nedtegnelsen gir godt samsvar med definisjonen ”Redusert, forsinket eller fraværende evne til å motta prosessere, sende og bruke symbolsystemer”. Den tredje nedtegnelsen beskriver at pasienten har dårlig uttale. Den gir godt samsvar med kjennetegnet ”Utydelig uttale” i NANDA sykepleiediagnosen *Nedsatt verbal kommunikasjon*.

De tre andre nedtegnelsene (1,3 %) som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Nedsatt verbal kommunikasjon* gir samsvar ”Mer generell”. I den ene nedtegnelsen har sykepleieren skrevet ”Hun bruker en del tid på å svare på spørsmål mulig relatert til tidligere kramper og ødem i hjernen”. Nedtegnelsen kan knyttes både til definisjonen ”Redusert, forsinket eller fraværende evne til å motta prosessere, sende og bruke symbolsystemer” og den relaterte faktoren ”Reduksjon i hjernesirkulasjon”. Den relaterte faktoren er imidlertid for generell til å fange inn det sykepleieren har beskrevet som relatert faktor. I de to andre nedtegnelsene som gir samsvar ”Mer generell” har sykepleierne beskrevet at pasienten har problemer med å snakke pga smerter og slim i halsen, mens et kjennetegn i NANDA sykepleiediagnosen er ”Snakker eller uttrykker seg med vanskelighet”. Alle disse tre nedtegnelsene er mer eksakte beskrivelser av pasientens sykepleieproblemer enn NANDA sykepleiediagnosen fanger inn, og samsvar betegnes dermed som ”Mer generell”.

Sensoriske forstyrrelser/persepsjonsforstyrrelser

I én nedtegnelse (0,4 %) i sykepleieplanene har sykepleieren skrevet at pasienten har nedsatt/uklart syn. Det gir samsvar Mer generell” i forhold til NANDA sykepleiediagnosen *Sensoriske forstyrrelser/persepsjonsforstyrrelser*, hvor det i ett av kjennetegnene heter ”Synsforstyrrelser”. Dette er en mindre spesifikk beskrivelse enn den sykepleieren har nedtegnet, og samsvar betegnes dermed som ”Mer generell”.

Svekket hukommelse

Sykepleierne har gjort to nedtegnelser (0,8 %) som omhandler at pasienten trenger påminnelse i å ta medisiner eller utføre handlinger. Begge nedtegnelsene får samsvar ”Mer generell” i forhold til NANDA sykepleiediagnosen *Svekket hukommelse*. I definisjonen til NANDA sykepleiediagnosen heter det ”Manglende evne til å huske eller gjenkalle deler av informasjon” og ett av kjennetegnene er ”Glemmer å utføre en handling på et planlagt tidspunkt”. NANDA sykepleiediagnosen fanger ikke inn det spesifikke i det sykepleieren har skrevet, som for eksempel er ”Minne på tarmbakteriekapslene før hvert måltid”, og samsvar betegnes dermed som ”Mer generell”.

Ineffektiv gjennomføring av behandlingsopplegg

To nedtegnelser i sykepleieplanene (0,8 %) kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Ineffektiv gjennomføring av behandlingsopplegg*. I den ene nedtegnelsen har sykepleieren skrevet at pasienten er engstelig for ikke å få i seg nok drikke, noe som kan knyttes til kjennetegnet ”Gir uttrykk for vansker med å regulere/integrere en eller flere forordnede tiltak for å forebygge komplikasjoner og behandling eller sykdommen og dens effekter”. Beskrivelsen i NANDA sykepleiediagnosen er mindre spesifikk enn sykepleierens nedtegnelse, slik at samsvar betegnes som ”Mer generell”. Også den andre nedtegnelsen i sykepleieplanen gir samsvar ”Mer generell” med NANDA sykepleiediagnosen *Ineffektiv gjennomføring av behandlingsopplegg*. Sykepleieren har skrevet at opptrening til hjemreise kan bli utfordrende, noe som kan knyttes til definisjonen ”Mønstre som skal regulere og integrere behandlingsregimer for sykdom og ettervirkningene av sykdom i dagliglivet er ikke tilfredsstillende for å møte spesifikke helse mål”. Også i dette tilfellet er NANDA sykepleiediagnosen mindre spesifikk enn sykepleierens nedtegnelse.

Mangelfulle kunnskaper

1,3 % (n=3) av sykepleiernes nedtegnelser av pasientens problemer i sykepleieplanene kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Mangelfulle kunnskaper*. Sykepleierne har skrevet ”Behov for informasjon om forløpet”, ”Vanskelig å skjønne viktigheten av alt som skjer (sitte oppe)” og ”Har en del spørsmål”. Alle gir samsvar ”Mer generell” fordi verken

definisjon eller kjennetegn tilhørende NANDA sykepleiediagnosen ”Mangelfulle kunnskaper” har elementer som passer med det sykepleierne har skrevet.

Akutt forvirring

1,3 % (n=3) av sykepleiernes nedtegnelser i sykepleieplanene kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Akutt forvirring*. Alle får samsvar ”Mer generell” fordi sykepleiernes nedtegnelser er mer spesifikke enn NANDA sykepleiediagnosen. Se tabell 17.

Tabell 17 Sykepleiernes nedtegnelser av pasientens problemer som gir samsvar ”Mer generell” med NANDA sykepleiediagnosen ”Akutt forvirring”

Nedtegnelse i sykepleieplan	Nivå i NANDA hvor samsvar er identifisert*	
Tiltakende uklar, mulig nedsatt toleranse for medikamenter	K	Svingende bevissthetsnivå
Uklar, hallusinert i både syn og hørsel. Uro. Mulig medikamentbettinget (V Fend)	K	Svingende bevissthetsnivå
	K	Hallusinasjoner
	K	Økt opphissethet eller rastløshet
Bivirkn av PCA: Uro, uklar i fht tid, sted, rom, fantaserer.	K	Svingende bevissthetsnivå
	K	Hallusinasjoner
	K	Økt opphissethet eller rastløshet

*: K=Kjennetegn

Risiko for ensomhet

Sykepleierne har gjort to nedtegnelser (0,8 %) som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for ensomhet*. Den ene gis samsvar ”Lignende” fordi sykepleierens nedtegnelse ”Isolert” gir godt samsvar med risikofaktoren ”Sosial isolasjon”. Den andre nedtegnelsen som kan knyttes til NANDA sykepleiediagnosen *Risiko for ensomhet* gis samsvar ”Mer generell”. Sykepleierens nedtegnelse ”Hjemlengsel. Fare for isolasjon” inneholder mer informasjon enn risikofaktoren ”Sosial isolasjon” i NANDA sykepleiediagnosen.

Sykepleieproblemer som ikke gir samsvar med NANDA sykepleiediagnoser

For 7,2 % (n=17) av nedtegnelsene av pasientens sykepleieproblemer i sykepleieplanene er det ingen grad av samsvar med NANDA sykepleiediagnoser. Åtte (3,4 %) av disse er knyttet til at pasienten føler ubehag, blir uvel eller har negative opplevelser knyttet til behandlingen. Av de øvrige er én knyttet til sure oppstøt, én til svimmelhet, én til at pasienten er spent og føler dette er tøft, én til engstelse for å miste kontroll gjennom angstanfall, én til ønske om begrenset besøk, én til stomistell, én til at pasienten må ofte på toalettet én til risiko for abstinenser ved seponering av smertebehandling og én til at pasienten synes det er vanskelig å be sykepleierne om hjelp.

Oppsummering av resultater

I denne undersøkelsen er pasientens sykepleieproblemer nedskrevet i sykepleieplaner undersøkt. Sykepleiernes nedtegnelser av sykepleieproblemer kan knyttes til 32 NANDA sykepleiediagnoser.

Sykepleieproblemene som er nedtegnet omhandler i hovedsak pasientens fysiske problemer. Problemer knyttet til det psykiske og sosiale aspektet er lite fremtredende. Sykepleiernes nedtegnelser er videre problemfokuserte. Det finnes ingen nedtegnelser for understøtting av pasientens ressurser. Sykepleieproblemene som er nedtegnet er også behandlet hver for seg. De er i liten grad sett i sammenheng med hverandre, slik at det ikke kommer frem hvordan ulike problemer virker på hverandre.

Sykepleieproblemene er sammenlignet med diagnosebegrep, definisjon, kjennetegn, relaterte faktorer og/eller risikofaktorer i NANDA sykepleiediagnoser. Samsvar er gitt verdiene ”Like”, ”Lignende”, ”Mer spesifikk”, ”Mer generell” eller ”Ingen samsvar”.

Det ble funnet samsvar mellom NANDA sykepleiediagnoser og sykepleieproblemene i sykepleieplanene for 92,8 % av sykepleiernes nedtegnelser. For 7,2 % av sykepleiernes nedtegnelser ble det ikke funnet samsvar i det hele tatt med NANDA sykepleiediagnoser. Selv om NANDA sykepleiediagnoser på overordnet nivå kunne fange inn sykepleiernes nedtegnelser, kan samsvar betegnes som godt, dvs ”Like” og ”Lignende”, for kun 41,8 % av

sykepleiernes nedtegnelser i sykepleieplanene. For de resterende 58,2 % var samsvaret dårlig, dvs ”Mer spesifikk”, ”Mer generell” eller ”Ingen samsvar”.

For de nedtegnelsene i sykepleieplanene som gir samsvar ”Like” og ”Lignende” er 21 NANDA sykepleiediagnoser representert. De hyppigst forekommende er *Kvalme* 5,5 % (n=13), *Svekkede munnslimhinner* 5,1 % (n=12), *Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet* 5,1 % (n=12) *Aktivitetsintoleranse* 3,8 % (n=9), og *Akutt smerte* 3,8 % (n=9).

Sykepleiernes nedtegnelser kunne i liten grad knyttes direkte til navnet på NANDA sykepleiediagnosene. Derfor er samsvar vurdert også i forhold til NANDA sykepleiediagnosens definisjon, kjennetegn, relatert faktorer og risikofaktorer.

Noen NANDA sykepleiediagnoser gir hovedsakelig godt samsvar med sykepleiernes nedtegnelser. Dette omfatter for eksempel NANDA sykepleiediagnosene *Svekkede munnslimhinner*, *Aktivitetsintoleranse*, *Forstyrret søvnmønster* og *Hypervolemi*. Noen NANDA sykepleiediagnoser gir hovedsakelig dårlig samsvar med sykepleiernes nedtegnelser. Dette omfatter for eksempel NANDA sykepleiediagnosene *Risiko for infeksjon*, *Svekket hudkvalitet* og *Svekket vevskvalitet*. Andre NANDA sykepleiediagnoser gir godt samsvar med noen av sykepleiernes nedtegnelser og dårlig samsvar for andre av sykepleiernes nedtegnelser. Dette omfatter NANDA sykepleiediagnosene *Ubalanse i ernæring: Mindre enn kroppsbehovet*, *Akutt smerte* og *Kvalme*.

Oppsummert kan en videre si at sykepleiernes nedtegnelser av pasientens problemer i sykepleieplanene er preget av et uensartet og til dels lokalt språk. Det er også stor variasjon i hvor godt pasientens problem er beskrevet og hvor mange ord som er benyttet.

DISKUSJON

I dette kapitlet vil studiens resultater drøftes i lys av relevant litteratur og forskning. Studiens forskningsspørsmål vil diskuteres i lys av ovennevnte. Det vil redegjøres for studiens bidrag til sykepleiepraksis og sykepleievitenskapen. Det vil gjøres en vurdering av undersøkelsens metode og instrumenter. Anbefalinger til klinisk praksis og videre forskning vil presenteres.

Nedtegnede sykepleieproblemer i sykepleieplanene

I denne studien ble det funnet at sykepleieproblemene i sykepleieplanene kunne sorteres under 32 ulike NANDA sykepleiediagnoser. De sykepleieproblemene som var oftest nedtegnet var innenfor områdene smerte, kvalme, ernæringsproblemer, problemer med hud og vev samt fysisk aktivitet. Dette samsvarer godt med funn i andre studier som har undersøkt hvilke plager pasienter med hematologiske lidelser sliter med (Courtens & Abu-Saad, 1998; Larsen et.al., 2004).

Resultatene fra studien viser at sykepleierne nedtegner forholdsvis mange sykepleieproblemer i sykepleieplanen til den enkelte pasient. Dette kan tale for at sykepleierne i denne studien ser verdien av å nedtegne pasientens problemer i en sykepleieplan og at de opplever det som en hjelp for dem i det kliniske arbeidet med pasientene. Det kan også antas at det er et fokus på sykepleiedokumentasjon i avdelingen hvor sykepleieplanene er hentet fra. Andre studier har kommet frem til at uten engasjement og fokus fra både sykepleiere og ledelse, vil ikke sykepleiedokumentasjonen utvikles til et praktisk arbeidsredskap ved den enkelte avdeling (Axelsson et.al., 2006). Et annet element som kan forklare at det ble funnet så mange sykepleieproblemer i hver sykepleieplan, er at pasientene har mange plager de sliter med og at de er innlagt over lang tid. Pasienter som behandles med stamcelletransplantasjon kan ha sykehusinnleggelse som strekker seg over uker og måneder. Uten en plan for sykepleien kan dokumentasjonen bli uoversiktlig, noe som kan forklare sykepleiernes behov for å strukturere den. Resultatene fra denne studien viser at de har gjort det gjennom nedtegnelser av pasientens sykepleieproblemer i sykepleieplanen. Også andre studier har funnet at det er samsvar mellom lengden på

innleggelsen og antall nedtegnede sykepleieproblemer (Drange, 2002; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002).

Resultatene fra studien viser kompleksiteten i sykepleie ved at pasienter med den samme medisinske diagnosen har mange ulike sykepleiediagnoser som bidrar til å gi et helhetlig bilde av pasienten. Alle pasientene i materialet har alvorlige benmargslidelser, dvs beslektede medisinske diagnoser, mens antall nedskrevne sykepleieproblemer varierer mellom én og 19 for hver pasient. Thoroddsen & Thorsteinsson (2002) forklarer en slik variasjon med at pasientene kan ha ulik livsstil samt ulik fysisk og psykososial status selv om de har den samme medisinske diagnosen. Dette gir støtte for behovet for sykepleiediagnoser som et supplement til de medisinske diagnosene. Sykepleiediagnosene fokuserer på hvordan pasienten håndterer sykdom og behandling, mer enn de medisinske diagnosene, som fokuserer på sykdommen. Ved bruk av sykepleiediagnoser kan sykepleiernes bidrag til pasientresultatet synliggjøres ved at det synliggjøres hva pasientene har behov for sykepleie til i håndteringen av sine problemer og symptomer.

Resultatene fra denne studien viser videre at språket sykepleierne benytter når de nedtegner pasientens sykepleieproblemer er uensartet. De benytter ulike ord i beskrivelsen av problemer det kan synes som om mange av pasientene sliter med. Noen beskriver pasientens problem utfyllende mens andre nedtegner enkle problemformuleringer. Det er ikke noe mønster i hvordan sykepleieproblemer er nedtegnet. Dette kan forklares med at sykepleierne mangler kunnskaper om hvordan sykepleieproblemer bør nedtegnes for å gi retning for de sykepleietiltakene som skal velges. Også en annen studie har funnet at sykepleiere er usikre på hvordan sykepleieproblemer skal beskrives i pasientens journal (Drange, 2002). En annen mulig forklaring på det uensartede språket i sykepleieplanene er at det ikke er kommet frem til konsensus for hvilke ord som bør benyttes for best å få fram pasientens problem, eller hvor utfyllende problemet bør beskrives. Det kan synes som om den enkelte sykepleiers kunnskaper om både sykepleie til pasientgruppen og sykepleiedokumentasjon blir styrende for hva som nedtegnes i pasientens sykepleieplan. En rådende oppfatning ved mange avdelinger er at dokumentasjonsarbeid er vanskelig, og at det derfor er bedre å skrive noe enn å ikke nedtegne noen ting. Slike holdninger kan føre til at nye sykepleiere ikke har gode rollemodeller å forholde seg til, og mangelfull dokumentasjonspraksis får muligheten til å utvikle seg.

Sykepleieproblemene som ble funnet i sykepleieplanene i denne studien viser at sykepleierne i liten grad formulerer sykepleieproblemene som sykepleiediagnoser. Gordon (1994) viser til tre innholdskomponenter i en sykepleiediagnose. Det er Problem (sykepleiediagnosens innhold og fokus), Etiologi (relaterte faktorer) og Sign and symptoms (Kjennetegn). Hun kaller det PES-format (Gordon, 1994). Nedtegnelsene i sykepleieplanene i denne studien inneholder sjelden alle tre komponentene i PES-formatet. Noen ganger er det kun en nedtegnelse av problemet, og andre ganger er også relaterte faktorer og kjennetegn nedtegnet. Dette viser at til tross for at noen av nedtegnelsene i sykepleieplanene beskriver pasientens problem detaljert, er det likevel komponenter som mangler for å gi retning for sykepleietiltakene som skal velges. En mulig forklaring på dette kan være at sykepleierne ikke har kunnskaper om rammeverk som sykepleieprosessen (Gordon, 1994) som de kan basere sin dokumentasjon av sykepleie på. Hvis sykepleierne har grunnlagskunnskap om disse modellene, vil utarbeidelsen av sykepleiediagnoser, mål og tiltak ha et fundament å stå på og kan danne bakgrunn og støtte for valg av sykepleietiltak.

Det fremkommer også i studien at de nedtegnede sykepleieproblemene ofte står alene. Det fremkommer ikke hvordan de ulike problemene pasientene sliter med har innvirkning på hverandre, eller hvordan de kan sees i sammenheng. En mulig forklaring på det kan være at sykepleiere ikke tenker helhetlig omkring pasientens sykepleieproblemer. I klinisk praksis har det vært vanlig å stykke opp pasientens problemer når de skulle nedtegnes i en sykepleieplan, og så nedtegne sykepleietiltak knyttet til hvert problem. Det er først i de senere årene tenkningen har fått mer preg av helhet. Dette kan være en grunn til at sykepleierne i denne studien har nedtegnet problem for problem uten å knytte de sammen i en større helhet. På den annen side kan det være at sykepleierne tilbyr helhetlig sykepleie selv om det ikke fremkommer i pasientens sykepleieplan, slik at selv om de er nedtegnet oppstykket og fragmentert, kan den sykepleien som er gitt til pasientene være helhetlig. Resultatene i studien viser også at sykepleierne utelukkende har nedtegnet pasientens problemer. Pasientens ressurser synliggjøres ikke i sykepleieplanene i denne studien. Det kan stilles spørsmålsteget ved om understøtting av pasientens ressurser har fokus hos sykepleierne, selv om de ikke er nedtegnet i sykepleieplanene. Både medisin og sykepleie har tradisjon for å være problemfokuseret, og med fokus på å løse problemer. Understøtting av ressurser, og dermed også forebygging av problemer, har ikke hatt stort fokus i medisinsk behandling og sykepleie til pasienter innlagt i sykehus.

Sykepleierne har i denne studien nedtegnet flest problemer knyttet til pasientenes fysiske plager. Kun et fåtall av nedtegnelsene er beskrivelser av pasientenes psykososiale problemer. Et relevant spørsmål er derfor om pasientene opplever kun fysiske problemer i denne fasen av forløpet. I en studie hvor 18 pasienter som har overlevd lymfom eller leukemi forteller om sine erfaringer med sykdom og behandling, støttes imidlertid ikke dette (Persson & Hallberg, 2004). Mens pasientene gjennomgikk behandlingen opplevde de både fysiske og psykososiale plager. Mulige forklaringer på at sykepleierne likevel har nedtegnet flest sykepleieproblemer av fysisk karakter kan være at sykepleiere på sykehus har et høyere fokus på fysiske plager enn på psykososiale. Allogen stamcelletransplantasjon er for eksempel en omfattende behandling med mange forordnede tiltak fra lege som skal følges opp, samt omfattende observasjon og overvåkning. Mangel på tid kan også være en forklaring på at psykososiale problemer ikke prioriteres, men at det fokuseres på fysiske plager når tiden er knapp. Tilsvarende er funnet i en annen studie (King et.al., 1997). Samtale omkring pasientenes psykiske og sosiale bekymringer krever tid og ro for at sykepleier og pasient skal opprette et nødvendig tillitsforhold som er en forutsetning for slike samtaler. Det er også mulig at pasientansvarlig sykepleier har eneansvar for å følge opp pasientens psykososiale problemer, og dermed ikke ser behov for å nedtegne de i en sykepleieplan, siden det ikke skal følges opp av andre sykepleiere. En annen faktor som kan bidra til at det er nedtegnet få psykososiale problemer er at sykepleierne kan mangle kunnskaper både om hvordan slike sykepleieproblemer skal nedtegnes og hvordan de skal håndteres. Også andre studier har kommet frem til at sykepleiere mangler kunnskap om psykososiale forhold hos pasientene og hvordan disse kan nedtegnes (Axelsson et.al., 2006; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002). De fysiske plagene er ofte mer konkrete og dermed både lettere å identifisere og også lettere å iverksette adekvate intervensjoner for. Courtens & Abu-Saad (1998) fant i sin studie at sykepleiere har vansker med å skrive ned sykepleiediagnoser for de problemene de finner det vanskelig å løse, slik som for eksempel benekting, seksuelle problemer, ineffektiv mestring og kommunikasjonsproblemer mellom pasient og familie. Heller ikke i denne studien er det nedtegnet sykepleieproblemer innenfor disse områdene. Psykososiale problemstillinger er av mer subjektiv karakter hvor pasientenes egne utsagn om hvordan de har det må inkluderes for å validere sykepleieproblemet. Det er ikke undersøkt i denne studien i hvor stor grad pasientene bidrar i utformingen av sykepleieplanene, og heller ikke hvor stort fokus sykepleierne har på psykososiale problemer selv om de ikke er nedtegnet. Griffiths studie (1998) støtter imidlertid ikke at sykepleiere ikke er opptatte av psykososiale

problemstillinger. Hennes studie viser at psykososiale problemstillinger ofte kommer frem i den muntlige rapporten, selv om de ikke er nedtegnet i pasientens journal. Sykepleie har en sterk muntlig fortellertradisjon, som kan bidra til å forklare at det er nedtegnet få sykepleieproblemer av psykososial karakter i sykepleieplanene. Pasientene kan ha fått hjelp til å håndtere psykososiale problemer selv om de ikke er nedtegnet. Det er ikke nødvendigvis samsvar mellom det som er nedtegnet i pasientens journal og den sykepleie som faktisk er gitt til pasientene.

Samsvar mellom sykepleieproblemer og NANDA sykepleiediagnoser

Resultatene fra studien viser at sykepleieproblemene i sykepleieplanene i stor grad (92,8 %) kan gjenfinnes i NANDA sykepleiediagnoser. For om lag 40 % av sykepleiernes nedtegnelser er NANDA sykepleiediagnoser godt egnet til å representere det sykepleierne har nedtegnet. For 50 % av sykepleiernes nedtegnelser er NANDA sykepleiediagnoser enten for generell eller for spesifikk til å fange inn det sykepleierne har nedtegnet. Om lag 7 % av sykepleiernes nedtegnelser kunne ikke gjenfinnes i NANDA sykepleiediagnoser i det hele tatt. Dette viser at NANDA sykepleiediagnoser på overordnet nivå fanget inn sykepleiernes nedtegnelser relativt bra. NANDA er derimot godt egnet til å fange inn sykepleiernes spesifikke nedtegnelser i mindre enn halvparten av tilfellen. Der samsvar er godt, gir NANDA sykepleiediagnoser et godt bilde på sykepleiernes nedtegnelser. For de nedtegnelsene der NANDA derimot viser seg å være for generell eller for spesifikk til å fange inn sykepleiernes nedtegnelser, vil ikke NANDA sykepleiediagnoser kunne skape et helhetlig bilde av pasientens problemer, og kan dermed vanskelig skape retning for de sykepleietiltakene som skal velges. At NANDA sykepleiediagnoser er dekkende på overordnet nivå innebærer at det synliggjøres hva problemene handler om, men uten at de er spesifikke nok til å skape et helhetlig og uttømmende bilde av pasientens sykepleieproblemer.

Den sprikende detaljeringsgraden i utformingen av sykepleieproblemene i sykepleieplanene, samt at PES-formatets innholdskomponenter i varierende grad inngår i problemformuleringene, får konsekvenser for grad av samsvar med NANDA sykepleiediagnoser. Nedtegnelsene som gir samsvar kun på overordnet nivå preges av at ordvalgene til sykepleierne i mange tilfeller skiller seg fra NANDA sykepleiediagnosene.

Sykepleierne skriver i disse tilfellene spesifikt med til dels utdypende beskrivelser av pasientens problemer. Sykepleiernes språkbruk er nyansert og får fram mange ulike aspekter ved pasientens problem som NANDA sykepleiediagnoser ikke fanger inn. Da sykepleierne ikke har standardisert måten å skrive sykepleieproblemer i sykepleieplaner på, blir nedtegnelsene påvirket av den enkelte sykepleiers ordvalg. I tillegg benytter sykepleierne andre ord enn NANDA sykepleiediagnoser når de beskriver pasientens problemer. Årsaken til at sykepleiernes nedtegnelser i så stor grad skiller seg fra NANDA sykepleiediagnoser kan være at sykepleierne i liten grad fokuserer på å formalisere språket. Som nevnt tidligere er sykepleiefaget preget av en muntlig fortellertradisjon med upresise og uklare begreper, noe som også synes å prege deres skriftlige dokumentasjon. Denne studien viser at sykepleierne har utviklet ”språkslang” og at deres personlige kunnskaper og erfaringer påvirker det de nedtegner. Det er mulig at dersom sykepleierne var kjent med NANDA sykepleiediagnoser, ville språket deres vært mer formalisert og også mer i samsvar med NANDA sykepleiediagnoser. Noen tidligere studier støtter imidlertid ikke denne antakelse. Selv der NANDA sykepleiediagnoser er implementert og tilgjengelig for bruk i pasientens journal, er det funnet at sykepleierne benytter egne ord som gir mening for dem, i stedet for å bruke det presise språket i NANDA sykepleiediagnoser (King et.al., 1997; Courtens & Abu-Saad, 1998; Henry et.al., 1994).

Nøyaktighet i utforming av sykepleiediagnoser fremheves som viktig for å få fram det individuelle aspektet ved pasienten (Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002), og for å velge de best egnede sykepleietiltakene (Björvell, 2002). Sykepleieprosessen (Yura & Walsh, 1988) synliggjør behovet for at pasientens problemer kartlegges grundig med tanke på plagsomhet, intensitet og innvirkning på dagliglivet. I samarbeid med pasienten kan det så gjøres bestemmelser for hvilke problemer sykepleieren skal hjelpe pasienten med å mestre, det vil si hvilke sykepleiediagnoser som skal nedtegnes i pasientens journal. På den måten skapes det retning for sykepleietiltakene, og de øvrige trinnene i sykepleieprosessen kan håndteres på en målrettet måte. Det er imidlertid behov for en diskusjon vedrørende hvor nøyaktig og utfyllende pasientens problem både kan og bør nedtegnes i pasientens sykepleieplan. På den ene siden kan det hevdes at detaljrikdommen i dagens sykepleiedokumentasjon er for stor, og at viktige opplysninger blir borte blant alle ordene. På den andre siden kan det hevdes at det er nødvendig med en detaljert beskrivelse for å få fram det individuelle ved hver enkelt pasient. Resultatene fra denne studien kan gi støtte for at det er behov for en mer

standardisert måte å formulere sykepleieproblemene på. Det er en mulighet for at dokumentasjonen av sykepleie ville bli bedre og mer spisset dersom sykepleiere ble tvunget til å forholde seg til en mindre detaljert og mer standardisert beskrivelse av pasientens sykepleieproblemer. Det er mange som argumenterer for at dokumentasjonen blir bedre med et standardisert språk for sykepleiediagnoser. Fordeler som trekkes frem er blant annet at sykepleierne legger det samme i begrepene som brukes, at det gir støtte for valg av sykepleietiltak, at det fremmer kontinuitet og kvalitet for pasientene, at det er tidsbesparende, at det synliggjør sykepleie som en profesjonell aktivitet og at det danner bakgrunn for fagutvikling og forskning (Axelsson et.al., 2006; Clark et.al., 2000; Dale & Dale, 2004; Hardiker et.al., 2000; Heggdal, 2006; Lunney, 2003; Moen, 1999b; Moen et.al., 1999; Stokke & Kalfoss, 1999; von Krogh, Dale, & Naden, 2005). Likevel har noen funnet at bruk av standardisert språk kan føre til at det individuelle ved den enkelte pasient blir borte, og at alle pasientene får lik sykepleieplan (Lee & Chang, 2004; Lee et.al., 2002). Resultatene fra denne studien viser at pasientene har individuell sykepleieplan, hvor den enkelte pasients problemer synliggjøres i sykepleieplanen. Lee et.al. (2002) intervjuet sykepleiere i sin studie, og fant at sykepleierne mener sykepleieplanene blir for generelle når de skal lage sykepleieplaner ut fra forhåndsdefinerte termer. Det er også uttrykt bekymring for at innføring av standardisert språk innenfor sykepleie vil redusere pasientene til et sett kategorier (Brown & Crawford, 1999), og at bruk av sykepleiediagnoser kan føre til en oppstykket og fragmentert presentasjon av pasientens problemer. Andre understreker at å standardisere språket ikke er det samme som å standardisere sykepleien (Clark, 1999). Denne studien viser at selv om pasientene har en individuell sykepleieplan, fremstår likevel fremstillingen av pasientens problemer som oppstykket. Dette kan gi støtte for at bruk av standardisert språk ikke nødvendigvis fører til en mer oppstykket presentasjon av pasientens problemer enn om de utelukkende ble nedskrevet i fritekst. En måte å møte denne utfordringen på er å gi rom for å dokumentere i fritekst i tillegg til bruk av standardiserte termer. Lee et.al. (2002) fant imidlertid at selv om sykepleierne hadde mulighet til å supplere i fritekst, gjorde de det i liten grad. Det må kanskje aksepteres både at alt sykepleiere har behov for å dokumentere ikke kan fanges i et standardisert dokumentasjonssystem, eller at alt sykepleiere beskjefter seg med kan få plass i pasientens journal. Det understrekes at et klassifikasjonssystem ikke må bli for stort og omfattende. Da blir det uoversiktlig (Hardiker et.al., 2000). Det er imidlertid behov for stadig utvikling og revidering av eksisterende sykepleiediagnoser i NANDA, samt en vurdering av om nye sykepleiediagnoser bør

inkluderes. Dette er også noe organisasjonen NANDA tar hensyn til i sitt arbeid med å videreutvikle klassifikasjonssystemet (NANDA, 2003).

Som nevnt i forrige kapittel viser resultatene fra denne studien at sykepleierne benytter et uensartet språk, som det kan være vanskelig å utnytte informasjonen fra i et elektronisk system. Hvilke standardiserte språk for sykepleie som er de best egnede finnes det i dag ingen evidens for. International Council of Nurses (ICN) har hatt et ønske om å utvikle én felles internasjonal terminologi for sykepleie, men har foreløpig ikke lyktes (Clark et.al., 2000). De ulike klassifikasjonssystemene synes å ha ulike styrker og svakheter. Hvorvidt NANDA er det best egnede standardiserte klassifikasjonssystemet er det ikke tatt stilling til i denne studien. Men NANDA sykepleiediagnoser er oversatt til norsk, og det kan være et utgangspunkt.

Resultatene fra studien viser at det er en betydelig overvekt av nedtegnede sykepleieproblemer knyttet til fysiske aspekter, sammenlignet med psykiske og sosiale. I NANDA sykepleiediagnoser (2003) er det en liten overvekt av sykepleiediagnoser knyttet til fysiske problemer. Av 155 sykepleiediagnoser om lag 55 % av fysisk karakter, mens 45 % er knyttet til psykososiale problemstillinger. NANDA sykepleiediagnoser burde dermed være tilrettelagt for nedtegnelse av problemer både av fysisk så vel som av psykososial karakter. Dette støttes imidlertid ikke av Thoroddsen & Thorsteinsson (2002), som mener at NANDA er ufullstendig hva angår pasientens emosjonelle og psykososiale problemer.

I denne studien ble det tydelig at det er variasjon mellom de ulike NANDA sykepleiediagnoser hva angår detaljeringsgrad. Noen NANDA sykepleiediagnoser er detaljerte og inneholder et rikt sett med kjennetegn og relaterte faktorer, mens andre er mer generelle med få beskrivelser for kjennetegn og relaterte faktorer. Dette gir utslag når sykepleiernes nedtegnelser sammenlignes med NANDA sykepleiediagnoser. NANDA sykepleiediagnosen *Svekkede munnslimhinner* er for eksempel en detaljert sykepleiediagnose, og gir hovedsakelig godt samsvar med de nedtegnelsene i sykepleieplanene som kan knyttes til denne sykepleiediagnosen. NANDA sykepleiediagnosene som omhandler hud og vev er mer generelle, og gir hovedsakelig samsvar på generelt nivå med sykepleiernes nedtegnelser. Det innebærer at NANDA er mer generell og overordnet enn det sykepleierne har nedtegnet. For NANDA sykepleiediagnosen *Ubalanse i ernæring: mindre enn kroppsbehovet* er det like mange av sykepleiernes

nedtegnelser som får samsvar ”Lignende” som ”Mer generell”. Det kan indikere at denne NANDA sykepleiediagnosen i stor grad inneholder den informasjonen sykepleierne har bruk for, mens det er sykepleiernes detaljeringsgrad i det de nedtegner som er utslagsgivende for grad av samsvar. Studien avdekker også at noen begreper som sykepleierne ofte benytter ikke finnes i NANDA sykepleiediagnoser. Eksempler på det er nedtegnelsene ”nedsatt matlyst”, ”nedsatt appetitt”, ”tørr hud”, ”utslett”, ”sure oppstøt” og ”svimmelhet”. Dette kan oppfattes som en svakhet ved NANDA. Noen av NANDA sykepleiediagnosene dekker dermed sykepleiernes behov for nedtegnelse av pasientens sykepleieproblemer, mens noen ikke gjør det. En kan stille seg spørsmålet om NANDA sykepleiediagnoser ville vært rikere og bredere sammensatt dersom sykepleiediagnosene var evidensbaserte. Ved å gå til forskningen for å finne frem til sykepleieproblemer som ulike pasientgrupper sliter med, kan en anta at svakheter som finnes ved NANDA i dag, kunne vært utbedret. Å kun basere seg på konsensusbeslutninger fra en gruppe sykepleiere, slik NANDA sykepleiediagnoser utvikles i dag, synes å være mangelfullt.

Resultatene fra studien viser videre at sykepleierne har nedskrevet sykepleieproblemer som gjensidig påvirker hverandre og som kan ha felles relaterte faktorer. Disse sykepleieproblemene kunne med fordel vært samlet i syndromdiagnoser, i stedet for å stykke de opp i flere sykepleiediagnoser slik NANDA i dag legger opp til. Ved å samle sykepleieproblemene i syndromdiagnoser ville sammenhengen mellom plagene synliggjøres og valg av tiltak bli lettere. Problemene med å plassere problemet som en sykepleiediagnose, kjennetegn eller relatert faktor ville også elimineres bort ved bruk av syndromdiagnoser. Flere fremhever at ved å vise hvordan pasientens problemer har en sammenheng med hverandre, vil det synliggjøre pasientens totale situasjon (Ehrenberg & Ehnfors, 1999; Gordon, 1994).

Et annet forhold som kan ha påvirket grad av samsvar mellom sykepleieproblemer og NANDA sykepleiediagnoser, er at NANDA er utviklet i USA. Sykepleie arter seg ulikt over landegrensene, og både lovverk, yrkesutøvelse og tradisjoner påvirker sykepleiefaget i ulike retninger. Disse kulturelle og språklige forskjellene kan gi utslag ved sammenligning av sykepleieproblemer nedtegnet i norske sykepleieplaner og det amerikanske klassifikasjonssystemet NANDA sykepleiediagnoser. Den norske oversettelsen av NANDA sykepleiediagnoser inneholder for eksempel ord og uttrykk som synes uvante i forhold til hvordan sykepleiere vanligvis uttrykker seg på norsk. Flere NANDA sykepleiediagnoser

inneholder både flere begreper som vanligvis ikke benyttes på norsk og setninger som kan være vanskelige å forstå. Den norske oversettelsen inneholder ord og formuleringer som kan synes uvante, og det kan stilles spørsmålsteget ved om oversettelsen er tilstrekkelig gjennomarbeidet og tilpasset norske forhold. Også den amerikanske utgaven av NANDA sykepleiediagnoser er kritisert for å være skrevet i et uvant språk (Hogston, 1997), slik at det er ikke bare den norske utgaven som ser ut til å ha disse svakhetene. Det må imidlertid kunne forventes og aksepteres at terminologiene beveger seg bort fra dagligspråket og inn i mer formelle termer.

Faktorer ved studiens design og metode som kan påvirke resultatet

I denne studien ble sykepleieproblemer som var nedtegnet i sykepleieplanene gjennomgått og sammenlignet med NANDA sykepleiediagnoser. Å gjennomføre denne type undersøkelse, med manuell koding av sykepleieproblemer er oppfattet av noen som en vanskelig oppgave (Burkhart, Konicek, Moorhead, & Androwich, 2005; Delaney & Moorhead, 1997). Data i sykepleiedokumentasjonen oppleves ofte som uspesifikk og bare forståelig for de som jobber der den er skrevet, slik at det er en fare for at analysen vil vise variasjoner dersom flere personer utfører den samme analysen (Delaney & Moorhead, 1997). For denne undersøkelsen ble det forsøkt motvirket ved at det ble utviklet regler for kodingen samt at en standardisert skala for vurdering av samsvar ble benyttet. Interrater reliabilitet ble også sikret ved at en annen person utførte analyse for deler av materialet. En styrke er også at forskeren tidligere har jobbet med pasientgruppen, og dermed kjenner den og dens problemområder, noe som var nyttig i analyseprosessen i denne studien.

Utvalget til studien består av eksisterende sykepleieplaner, slik at dataene er å betrakte som sekundære. De tilgjengelige dataene som inngår i studien er utenfor forskerens kontroll, noe det er viktig å ta med i betraktning når dataene analyseres (Reed, 1992). Denne utfordringen vil alltid være til stede når sykepleiedokumentasjon skal undersøkes. En styrke ved utvalget i denne studien er at det var rikholdig. Det kan gi støtte for at kreftpasienters sykepleiedokumentasjon egner seg for denne type studier, fordi pasientene sliter med mange og sammensatte problemer, slik at materialet som undersøkes blir rikholdig. Symptomene kan vare over lang tid og kan skrive seg både fra selve sykdommen, fra den medisinske behandlingen, og som bivirkninger til denne.

Denne studien er gjennomført for et begrenset antall sykepleieplaner knyttet til en bestemt pasientgruppe på et bestemt sykehus. Dersom resultatene benyttes for andre pasientgrupper må det vurderes på denne bakgrunn. Datamaterialet er rikholdig, men sykepleieproblemene for denne pasientgruppen kan være annerledes enn for den generelle hospitaliserte pasientpopulasjonen. Resultatene for grad av samsvar mellom sykepleieplaner og NANDA sykepleiediagnoser kan imidlertid være representative for pasienter med hematologiske lidelser da pasientene sliter med mange av de samme problemene som pasienter som gjennomgår allogene stamcelletransplantasjon.

Ved flere tilfeller i analyseprosessen i denne studien var det vanskelig å velge hvilken NANDA sykepleiediagnose som best beskriver pasientens problem. Sykepleiediagnosene *Svekket hudkvalitet* og *Svekket vevskvalitet* synes å overlappe hverandre, og det var problematisk å utpeke hvilken som var best egnet for det enkelte pasientproblem. De fire NANDA sykepleiediagnosene *Aktivitetsintoleranse*, *Risiko for aktivitetsintoleranse*, *Risiko for inaktivitetssyndrom* og *Utmattelse (fatigue)* innen for domenet ”Aktivitet og hvile” kan også være problematisk å skille fra hverandre. Utmattelse er for eksempel både en egen diagnose og også et kjennetegn under diagnosen ”Aktivitetsintoleranse”. Også andre har funnet at sykepleiediagnosene i klassifikasjonssystemet NANDA ikke er gjensidig utelukkende (Allan & Englebright, 2000; Gordon, 1994) og at det kan være vanskelig å fastsette sykepleiediagnoser fordi kjennetegnene overlapper hverandre (Lunney, 2003). Dette viser at NANDA sykepleiediagnoser ikke innfrir ANAs krav om at et klassifikasjonssystem skal ha sykepleiediagnoser som er gjensidig utelukkende.

En annen ting som også skapte forvirring under arbeidet med å finne samsvar mellom sykepleieplanene og NANDA sykepleiediagnoser er at innenfor noen domener finnes det risikodiagnoser, mens det ikke gjør det innenfor andre. Innenfor væske- og elektrolyttbalanse finnes for eksempel diagnosene *Hypervolemi* og *Risiko for forstyrrelse i væskebalansen*, som synes å være overlappende i definisjonene.

Å skille mellom hva som er problemet og hva som er årsaken er heller ikke alltid lett. ”Smerte” er både en egen sykepleiediagnose i NANDA, og er presentert under relaterte faktorer i flere andre NANDA sykepleiediagnoser. Dette gir støtte for at pasientens problemer må presenteres i en kontekst for å gi mening, og at problemene ikke kan presenteres i punktvisse lister. Da mister en helhetsperspektivet.

At NANDA sykepleiediagnoser kun finnes i bokform, og ikke elektronisk med muligheter for elektroniske søk, har bidratt til vanskeligheter i analyseprosessen. Ved muligheter for elektroniske søk på NANDA sykepleiediagnoser kunne det ha bidratt til en lettere analyseprosess, og med mulighet for større oversikt over de ulike NANDA sykepleiediagnosene og deres innholdskomponenter.

Studiens begrensninger

Denne studien har undersøkt nedtegnede sykepleieproblemer i sykepleieplaner til en gruppe kreftpasienter. Det må tas hensyn til at pasientperspektivet ikke er undersøkt i studien. Det er ikke undersøkt med pasientene om de mener de nedtegnede sykepleieproblemene reflekterer det de faktisk opplever som sine plager og behov. Det er heller ikke undersøkt med sykepleierne om de har håndtert andre sykepleieproblemer enn de som er ned tegnet i pasientenes sykepleieplaner. Det er en mulighet for at både sykepleierne og pasientene ville presentere andre sykepleieproblemer enn de som er nedtegnet i sykepleieplanene som inngår i studien dersom de ble spurt. Det kan dermed ikke trekkes noen slutninger om hvorvidt det som er nedskrevet i sykepleieplanene i denne studien representerer den fulle bredde av pasientens sykepleieproblemer. Det er ikke gjort noen evaluering av kvaliteten på det som er nedtegnet, og andre studier har vist at det som er nedskrevet ikke alltid reflekterer pasientens problemer og behov (Griffiths, 1998; Courtens & Abu-Saad, 1998).

Studiens bidrag til sykepleiefaget

Identifisering av pasientens sykepleieproblemer og nedskrivning av disse i pasientens journal er en viktig oppgave for sykepleiere. Resultatene fra denne studien gir innsikt i sykepleieproblemene og sykepleiebehovet til pasienter som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon. Vet å få økt kunnskap om disse forholdene vil sykepleieren kunne bli mer målrettet i samtale med og observasjon av pasienten, og planlegging og gjennomføring av sykepleietiltak vil dermed også kunne bli mer målrettet. Denne kunnskapen kan bidra til å skape et rammeverk for utviklingen av evidensbaserte sykepleieplaner til denne pasientgruppen og kan benyttes i utviklingen av en

dokumentasjonsmodell i EPJ, uavhengig om det velges et klassifikasjonssystem som basis for dokumentasjonen eller ikke.

Resultatene fra studien viser også i hvilken grad NANDA sykepleiediagnoser er dekkende for sykepleieproblemene til denne pasientgruppen. Det gir kunnskap om hvilke NANDA sykepleiediagnoser som er godt egnet til å beskrive denne pasientgruppens sykepleieproblemer og hvilke NANDA sykepleiediagnoser som har svakheter. Denne studien bidrar til kunnskap om hvordan NANDA sykepleiediagnoser kan egne seg for norske forhold. Da det ikke er gjort tilsvarende studier i Norge tidligere, er dette viktig grunnlagsinformasjon som kan danne bakgrunn både for endringer i praksis samt nye studier som kan bygge videre på resultatene fremskaffet i denne studien.

Anbefalinger til klinisk praksis

Dersom klinisk praksis i Norge ønsker å ta i bruk NANDA sykepleiediagnoser anbefales det en utvidet oversettelse av sykepleiediagnosene, der også de sist utviklede sykepleiediagnosene inkluderes. En ny oversettelse bør også i større grad enn den foreliggende fokusere på å benytte ord og begreper som er familiære for sykepleiere i Norge. Det anbefales videre at den enkelte avdeling velger hvilke sykepleiediagnoser de mener egner seg for deres pasienter og som dermed tilgjengeliggjøres for sykepleierne. Det anbefales ikke at hele klassifikasjonssystemet tilgjengeliggjøres. Det er omfattende og komplekst, og kan føre til at sykepleierne ikke får oversikt over de sykepleiediagnosene de har bruk for. Det anbefales også at det gjennom konsensus i avdelingene besluttes hvordan den enkelte NANDA sykepleiediagnose skal forstås og benyttes dersom de skal tas i bruk. Dette fordi diagnosene ikke er entydige og kan være vanskelige å skille fra hverandre. Det bør også vurderes om det er hensiktsmessig å samle kjennetegn, relaterte faktorer og/eller sykepleiediagnoser i grupper (clusters). Det anbefales også at de NANDA sykepleiediagnoser som tas i bruk tilpasses den praksishverdag de skal inngå i. Dette kan for eksempel gjøres ved at hver sykepleiediagnose gjennomgås på avdelingsnivå og at det tas bort og legges til elementer slik at sykepleiediagnosene oppleves som relevante og spesifikke for sykepleierne som skal bruke dem. At sykepleierne i praksis deltar i dette arbeidet fremheves som en viktig suksessfaktor (Westbrook, 2003). Det standardiserte språket man velger å bruke må oppdateres kontinuerlig for å reflektere virkeligheten slik den arter seg i praksis.

Sykepleiefaget er i stadig utvikling, og det må også sykepleiedokumentasjonen være. Det er et kritisk punkt å få sykepleiediagnosene til å reflektere sykepleiepraksis.

Studiens resultater avdekker behov for undervisning og opplæring i bruk av sykepleiediagnoser, uavhengig av om det velges bruk av en standardisert terminologi som for eksempel NANDA sykepleiediagnoser eller formulering av sykepleiediagnoser i fritekst. Det kan synes som om sykepleiere trenger mer kunnskap om datasamling vedrørende pasienten og hans problemer og behov, og om hvordan disse kan nedtegnes for at de skal være til hjelp i planlegging, utførelse og evaluering av sykepleien. Dette arbeidet må evidensbaseres. Da NANDA sykepleiediagnoser oppfattes av sykepleiere som abstrakt og komplisert (Hogston, 1997), er det nødvendig med omfattende undervisning og opplæring dersom det er det klassifikasjonssystemet som velges for praksis. I en tidligere studie er det funnet at sykepleiere dokumenterer sykepleiediagnoser i større grad ved institusjoner som har formaliserte opplæringsprogrammer for hvordan sykepleiediagnosene skal inngå i pasientens journal (Higuchi, Dulberg, & Duff, 1999).

Standardiserte terminologier for sykepleie er på fremvekst både i Norge og internasjonalt. Flere leverandører av journalsystemer har også integrert klassifikasjonssystemer i sine løsninger. Det er derfor av betydning at det gjøres bevisste og kritiske valg for hvilke sykepleiespråk den enkelte institusjon velger å benytte. At en leverandør tilbyr det, er ingen garanti for verken kvaliteten på terminologien eller at det passer for den enkelte institusjon. Det må også gjøres bevisste valg for på hvilken måte det inkluderes i pasientens journal og hvordan det implementeres i praksis. Det er nødvendig å være kritisk til både de tekniske løsningene som velges og til innholdet i den enkelte klassifikasjon. At systemene er lette å forstå og lette å navigere i kan påvirke i hvilken grad de benyttes i praksis. I tillegg må de elektroniske systemene være raske og tilgjengelige. De må ikke ha ”nedetid”, sykepleierne må ha tilstrekkelig antall PC-er tilgjengelige og det må være utviklet et system for brukerstøtte som kan hjelpe sykepleierne når de står fast.

Det påhviler ledere et spesielt ansvar i å skape rammer for arbeidet med sykepleiedokumentasjon, etterspørre kvalitet på det som dokumenteres, avsette nødvendig tid til arbeidet, velge dokumentasjonssystemer samt sørge for opplæring og implementering av de løsninger som velges.

Anbefalinger til videre forskning

Antall sykepleieplaner som inngikk i denne studien var relativt få, og resultatene viste at det antall NANDA sykepleiediagnoser som representerte sykepleiernes nedtegnelser i studien også var relativt få. Lignende analyser i studier med flere sykepleieplaner for denne pasientgruppen vil kunne se nærmere på om resultatene fra studien holder seg også i et større materiale. Det vil være interessant å se på om et større materiale gir samsvar med flere NANDA sykepleiediagnoser, eller om de NANDA sykepleiediagnosene i dette materialet er representative for sykepleieproblemene til denne pasientgruppen.

Det anbefales også for videre forskning at sykepleiere og pasienter intervjues for å finne ut om de mener funnene fra denne og lignende studier faktisk representerer pasientens problemer og behov. Det vil være interessant å se på hva sykepleiere vil beskrive at pasientgruppen sliter med av sykepleieproblemer, og det vil være interessant om pasientene beskriver de samme problemene som sykepleiere. På den måten vil en finne ut i hvilken grad de nedtegnede sykepleieproblemene faktisk representerer pasientens behov for sykepleie, sett fra både sykepleier- og pasientperspektivet. Det vil også avdekke om det som er nedtegnet i pasientens journal representerer den sykepleie som tilbys pasientene.

Det anbefales også at tilsvarende studier som dette gjennomføres for større utvalg og en bredere sammensatt pasientpopulasjon. Andre pasientgrupper vil sannsynligvis ha andre sykepleieproblemer, og det vil være av interesse å undersøke samsvar mellom disse sykepleieproblemene og NANDA sykepleiediagnoser.

Det er også behov for eksperimentell forskning der NANDA sykepleiediagnoser testes i klinisk praksis som en integrert del av den elektroniske pasientjournalen. Slike studier vil avdekke om sykepleiere finner NANDA sykepleiediagnoser egnet i sin praksis, og i hvilken grad de har behov for å formulere seg i fritekst ved siden av for å få frem pasientens sykepleieproblemer.

Det anbefales også at det gjennomføres studier der det undersøkes hvilken betydning sykepleiedokumentasjonen i pasientens journal har for pasientresultatet. Det vil være interessant å se på i hvilken grad nedtegnelser av sykepleieproblemer i pasientens journal har betydning for den sykepleie som ytes til pasientene, og om det vil påvirke pasienttilfredshet

og resultatet av medisinsk behandling og sykepleie. Slike studier er det gjort få av, både i Norge og internasjonalt.

Den lave forekomsten av sykepleieproblemer knyttet til det psykososiale aspekter bør også undersøkes nærmere. Likeså bør fraværet av ressursdiagnoser undersøkes nærmere.

Denne og lignende studier viser viktigheten av å foreta analyser av de foreliggende klassifikasjonssystemene, både før de tas i bruk i klinisk praksis og gjennom evalueringsstudier etter implementering.

KILDELISTE

Reference List

Helsedepartementet & Sosialdepartementet. (2004). *S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Helsedepartementet & Sosialdepartementet.

Allan, J. & Englebright, J. (2000). Patient-centered documentation: an effective and efficient use of clinical information systems. *Journal of Nursing Administration*, 30 (2). 90-95.

Almeida, M. D. & Cezaro, P. D. (2006). NANDA and NIC linkages in the care of orthopedic patients in a Brazilian university hospital. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17 (1). 19-20.

Aorn (2002). *Perioperative nursing data set: the perioperative nursing vocabulary*. (2nd ed.) Denver, Colorado: Aorn Inc.

Aquilino, M. L. & Keenan, G. (2000). Having our say. Nursing's standardized nomenclatures. *American Journal of Nursing*, 100 (7). 33-38.

Axelsson, L., Björvell, C., Mattiasson, A. C., & Randers, I. (2006). Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (8). 936-945.

Björvell, C. (2002). *Sygeplejerskens dokumentation: en praktisk håndbog*. Lund: Studentlitteratur.

Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I., & Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care*, 9 (1). 6-13.

Brown, B. & Crawford, P. (1999). Putting the debate on nursing language in context. *Nursing Standard*, 14 (1). 41-43.

Burkhart, L., Konicek, D., Moorhead, S., & Androwich, I. (2005). Mapping parish nurse documentation into the Nursing Interventions Classification: a research method. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 23 (4). 220-229.

Button, P., Androwich, I., Hibben, L., Kern, V., Madden, G., Marek, K. et al. (1998). Challenges and issues related to implementation of nursing vocabularies in computer-based systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 5 (4). 332-334.

Carpenito-Moyet, L. J. (2004). *Nursing diagnosis : application to clinical practice*. Philadelphia: Lippincott.

Choi, J., Jenkins, M. L., Cimino, J. J., White, T. M., & Bakken, S. (2005). Toward semantic interoperability in home health care: formally representing OASIS items for integration into a concept-oriented terminology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12 (4). 410-417.

Clark, J. (1999). A language for nursing. *Nursing Standard*, 13 (31). 42-47.

Clark, J., Craft-Rosenberg, M., & Delaney, C. (2000). An international methodology to describe clinical nursing phenomena: a team approach. *International Journal of Nursing Studies*, 37 (6). 541-553.

Coenen, A., Weis, D. M., Schank, M. J., & Matheus, R. (1999). Describing parish nurse practice using the Nursing Minimum Data Set. *Public Health Nursing, 16* (6). 412-416.

Courtens, A. M. & Abu-Saad, H. H. (1998). Nursing diagnoses in patients with leukemia. *Nursing Diagnosis, 9* (2). 49-61.

Creason, N. S. (2004). Clinical validation of nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 15* (4). 123-132.

Dale, J. G. & Dale, B. (2004). Fra fri tekst til faste former. *Sykepleien, 92* (21). 63-67.

Darbyshire, P. (2000). User-friendliness of computerized information systems. *Computers in Nursing, 18* (2). 93-99.

Delaney, C. & Moorhead, S. (1997). Synthesis of methods, rules, and issues of standardizing nursing intervention language mapping. *Nursing Diagnosis, 8* (4). 152-156.

Dochterman, J. M. & Bulechek, G. M. (2004). *Nursing interventions classification (NIC)*. St. Louis, Mo.: Mosby.

Drange, B. B. (2002). Kvalitet, eller...? *Sykepleien Fag, 90* (21b). 42-44.

Eggland, E. T. (1994). *Nursing documentation : charting, recording, and reporting*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

Ehnfors, M. (1994). Dokumentation of patient problems and nursing diagnoses in a sample of Swedish nursing records. *Vard I Norden. Nursing Science and Research in the Nordic Countries, 14* (4). 14-18.

Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (1999). Patient problems, needs, and nursing diagnoses in Swedish nursing home records. *Nursing Diagnosis*, 10 (2). 65-76.

Førland, O. (1999). Mellom klassifikasjon og fortelling. *Sykepleien*, 87 (10). 51-54.

Glomsås, H. S. (2003). ICNP ikke god nok for bruk i klinisk praksis. *Sykepleien*, 91 (4). 44-48.

Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: process and application*. St. Louis: Mosby-Year Book.

Griffiths, P. (1998). An investigation into the description of patients' problems by nurses using two different needs-based nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (5). 969-977.

Hardiker, N. R., Hoy, D., & Casey, A. (2000). Standards for nursing terminology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7 (6). 523-528.

Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hellesø, R. (2000). Elektronisk sjukepleiedokumentasjon - visjon eller realitet. *Sykepleien*, 88 (10). 60-63.

Hellesø, R. & Ruland, C. M. (2001). Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. *Journal of Clinical Nursing*, 10 (6). 799-805.

Helmlinger, C. (1998). ANA resources. New classification system recognized... Ozbolt Patient Care Data Set. *American Journal of Nursing*, 98 (12). 63.

Helsepersonelloven, 2001. Lov om helsepersonell m.v av 02.07.1999 nr. 64.

Henry, S. B., Holzemer, W. L., Reilly, C. A., & Campbell, K. E. (1994). Terms used by nurses to describe patient problems: can SNOMED III represent nursing concepts in the patient record? *Journal of the American Medical Informatics Association, 1* (1). 61-74.

Henry, S. B., Warren, J. J., Lange, L., & Button, P. (1998). A review of major nursing vocabularies and the extent to which they have the characteristics required for implementation in computer-based systems: focus on implementation of nursing vocabularies in systems. *Journal of the American Medical Informatics Association, 5* (4). 321-328.

Higuchi, K. A., Dulberg, C., & Duff, V. (1999). Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada. *Nursing Diagnosis, 10* (4). 137-147.

Hogston, R. (1997). Nursing diagnosis and classification systems: a position paper. *Journal of Advanced Nursing, 26* (3). 496-500.

Holsti, O. R. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Huber, D., Schumacher, L., & Delaney, C. (1997). Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS). *Journal of Nursing Administration, 27* (4). 42-48.

ICN (2005). *ICNP Version 1: international classification for nursing practice*. Geneva: International Council of Nurses.

Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2000). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. (2nd ed.) St.Louis: Mosby.

King, V. M., Chard, M. E., & Elliot, T. (1997). Utilization of nursing diagnosis in three Australian hospitals. *Nursing Diagnosis*, 8 (3). 99-109.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

KITH. (2003). *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. KITH.

Kurihara, Y., Kusunose, T., Okabayashi, Y., Nyu, K., Fujikawa, K., Miyai, C. et al. (2001). Full implementation of a computerized nursing records system at Kochi Medical School Hospital in Japan. *Computers in Nursing*, 19 (3). 122-129.

Larsen, J., Nordstrom, G., Ljungman, P., & Gardulf, A. (2004). Symptom occurrence, symptom intensity, and symptom distress in patients undergoing high-dose chemotherapy with stem-cell transplantation. *Cancer Nursing*, 27 (1). 55-64.

Lee, T. & Chang, P. (2004). Standardized care plans: experiences of nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1). 33-40.

Lee, T. T., Yeh, C., & Ho, L. (2002). Application of a computerized nursing care plan system in one hospital: experiences of ICU nurses in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (1). 61-67.

Lesh, K. (1997). Use of nursing diagnosis in public health nursing. I Rantz MJ et al ed., 161-172.

Lunney, M. (2003). Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 14 (3). 96-107.

Lunney, M., Delaney, C., Duffy, M., Moorhead, S., & Welton, J. (2005). Technology. Advocating for standardized nursing languages in electronic health records. *Journal of Nursing Administration*, 35 (1). 1-3.

Lutzen, K. & Tishelman, C. (1996). Nursing diagnosis: a critical analysis of underlying assumptions. *International Journal of Nursing Studies*, 33 (2). 190-200.

MacAvoy, S. & Moritz, D. (1992). Nursing diagnoses in an oncology population. *Cancer Nursing*, 15 (4). 264-270.

Marsi, E. & Krahmer, E. (2005). Classification of semantic relations by humans and machines. Proceedings of the ACL 2005 workshop on Empirical Modeling of Semantic Equivalence and Entailment, University of Michigan, Ann Arbor, USA .

Ref Type: Abstract

Martin, K. S. (2005). *The Omaha System: a key to practice, documentation, and information management*. (2nd ed.) St.Louis: Elsevier Inc.

Mason, C. (1999). Guide to practice or "load of rubbish"? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2). 380-387.

Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing : development and progress*. Philadelphia: Lippincott.

Miranda, D., Fields, W., & Lund, K. (2001). Lessons learned during 15 years of clinical information system experience. *Computers in Nursing*, 19 (4). 147-151.

Moen, A. (1999a). *Informasjonsteknologi i sykepleietjenesten : muligheter og utfordringer*. Oslo: Akribe.

Moen, A. (1999b). Klassifikasjonssystemer i sykepleie. *Sykepleien*, 87 (2). 50-53.

Moen, A., Hellesø, R., & Olsen, M. F. (1997). Nursing documentation - beyond the question of structure. *Vard I Norden. Nursing Science and Research in the Nordic Countries*, 17 (4). 26-29.

Moen, A., Henry, S. B., & Warren, J. J. (1999). Representing nursing judgements in the electronic health record. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (4). 990-997.

Moorhead, S. & Delaney, C. (1997). Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions Classification (NIC): process and rules. *Nursing Diagnosis*, 8 (4). 137-144.

NANDA (2003). *NANDA sykepleiediagnoser : definisjoner & klassifikasjon, 2001-2002*. Oslo: Akribe.

NANDA (2005). *NANDA nursing diagnoses : definitions and classification, 2005-2006*. Philadelphia,PA: North American Nursing Diagnosis Association.

Neuendorf, K. A. (2002). *The content analysis guidebook*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Ogasawara, C., Hasegawa, T., Kume, Y., Takahashi, I., Katayama, Y., Furuhashi, Y. et al. (2005). Nursing diagnoses and interventions of Japanese patients with end-stage breast cancer admitted for different care purposes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16 (3-4). 54-64.

Persson, L. & Hallberg, I. R. (2004). Lived experience of survivors of leukemia or malignant lymphoma. *Cancer Nursing*, 27 (4). 303-313.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing research : principles and methods*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.

Reed, J. (1992). Secondary data in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (7). 877-883.

Ruland, C. (2000). *Helse- og sykepleieinformatikk : hvordan IKT kan bidra til utvikling av en bedre helsetjeneste*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ruland, C. M. (2001). Evaluating the Beta version of the International Classification for Nursing Practice for domain completeness, applicability of its axial structure and utility in clinical practice: a Norwegian project. *International Nursing Review*, 48 (1). 9-16.

Saba, V. K. (1992). The classification of home health care nursing: diagnoses and interventions. *Caring*, 11 (3). 50-57.

Sæther, E. W. (2002). Kulturer, prosesser og medvirkning ved innføring av elektronisk pasientjournal. *Sykepleien*, 90 (15). 36-40.

Rikshospitalet. (2003). *Årsrapport 2002-2003, Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning*. Oslo: Rikshospitalet.

Stokke, T. A. (1999). Sykepleiedokumentasjonen holder sjelden mål. *Sykepleien*, 87 (10). 48-50.

Stokke, T. A. & Kalfoss, M. H. (1999). Structure and content in Norwegian nursing care documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13 (1). 18-25.

Szaflarski, N. L. (1997). Diagnostic reasoning in acute and critical care. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute and Critical Care*, 8 (3). 291-302.

Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Thoroddsen, A. & Thorsteinsson, H. S. (2002). Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (4). 372-381.

von Krogh, G. & Dale, C. (1999). *Klassifikasjonssystemer i sykepleie*. Oslo: Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning.

von Krogh, G. & Dale, C. (2001). Klassifikasjonssystemer i sykepleie. I E.Gjengedal & R. Jakobsen (red.), *Sykepleie - praksis og utvikling*. 145-167. Oslo: J.W. Cappelens forlag a.s.

von Krogh, G., Dale, C., & Naden, D. (2005). A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC terminology in electronic patient records. *Journal of Nursing Scholarship*, 37 (3). 275-281.

Weber, R. P. (1990). *Basic content analysis*. (vols. Newbury Park).

Weis, D. & Schank, M. J. (2000). Use of a taxonomy to describe parish nurse practice with older adults. *Geriatric Nursing*, 21 (3). 125-131.

Werley, H. H. & Lang, N. M. (1988). *Identification of the nursing minimum data set*. New York: Springer Publishing Co.

Westbrook, A. (2003). Incorporating nursing diagnosis into a hospital information system. I J.Clark (red.), *Naming nursing : proceedings of the first ACENDIO Ireland/UK*

conference held September 2003 in Swansea, Wales, UK. 225-230. Bern: Verlag Hans Huber.

Yura, H. & Walsh, M. B. (1988). *The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating*. Connecticut: Appleton & Lange.

Zielstorff, R. D., Tronni, C., Basque, J., Griffin, L. R., & Welebob, E. M. (1998). Mapping nursing diagnosis nomenclatures for coordinated care. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30 (4). 369-373.

NANDA sykepleiediagnoser 2001-2002

Mangelfulle **atspredelselsaktiviteter**

Aktivitetsintoleranse

Risiko for **aktivitetsintoleranse**

Allergisk reaksjon på lateks

Risiko for **allergisk reaksjon** på lateks

Ineffektiv **amming**

Avbrutt **amming**

Effektiv **amming**

Angst

Dødsangst

Risiko for **aspirasjon**

Avføringsinkontinens

Effektiv gjennomføring av **behandlingsopplegg**

Ineffektiv gjennomføring av **behandlingsopplegg**

Ineffektiv gjennomføring av **behandlingsopplegg**; familie

Ineffektiv gjennomføring av **behandlingsopplegg**; lokalsamfunn

Ineffektiv **benekting**

Ineffektiv **beskyttelse**

Beslutningsvansker (spesifiser)

Svekket **bevegelsesevne**

Desorientering

Diaré

Autonom **dysrefleksi**

Risiko for autonom **dysrefleksi**

Mangelfull **egenomsorg**: kle på seg

Mangelfull **egenomsorg**: personlig hygiene

Mangelfull **egenomsorg**: spising

Mangelfull **egenomsorg**: toalett

Forstyrret **energifelt**

Risiko for **ensomhet**

Ubalanse i **ernæring**: mer enn kroppsbehovet

Ubalanse i **ernæring**: mindre enn kroppsbehovet

Risiko for ubalanse i **ernæring**: mer enn kroppsbehovet

Risiko for **fall**

Mulighet for forbedret **familiemestring**

Truet **familiemestring**

Uhensiktsmessig **familiemestring**

Avbrutte **familieprosesser**

Dysfunksjonelle **familieprosesser**: alkoholisme

Konflikt i **foreldrerolle**

Mangelfull **foreldrefunksjon**

Risiko for mangelfull **foreldrefunksjon**

Svekket **forflytningsevne** i rullestol

Svekket **forflytningsevne** i seng

Risiko for **forgiftning**
Akutt **forvirring**
Kronisk **forvirring**
Ineffektiv opprettholdelse av **frie luftveier**
Frykt
Nedsatt **gangfunksjon**
Forstyrrelse i **gassutveksling**
Svekket evne til å opprettholde **helse**
Helsesøkende atferd (spesifiser)
Svekket evne til å holde **hjemmet** i stand
Svekket **hudkvalitet**
Risiko for svekket **hudkvalitet**
Svekket **hukommelse**
Hypertermi
Hypervolemi
Hypotermi
Risiko for **hypovolemi**
Håpløshet
Identitetsforstyrrelse
Risiko for **inaktivitetssyndrom**
Risiko for **infeksjon**
Sosial **isolasjon**
Nedsatt verbal **kommunikasjon**
Forstyrret **kroppsbilde**
Mangelfulle **kunnskaper** (spesifiser)
Kvalme
Risiko for **kvelning**
Risiko for perioperativ **leiringskade**
Maktesløshet
Risiko for **maktesløshet**
Forsvarspreget **mestring**
Ineffektiv **mestring**
Ineffektiv **mestring** hos lokalsamfunnet
Mulighet for forbedret **mestring** hos lokalsamfunnet
Redusert **minuttvolum**
Svekkede **munnslimhinner**
Unilateral **neglekt**
Risiko for perifer **nevrovaskulær** dysfunksjon
Obstipasjon
Opplevelse av **obstipasjon**
Risiko for **obstipasjon**
Overbelastning hos **omsorgsgiver**
Risiko for overbelastning hos **omsorgsgiver**
Posttraumatisk reaksjon
Risiko for **posttraumatisk** reaksjon
Ineffektivt **respirasjonsmønster**
Dysfunksjonell **respiratoravvenning**
Forsinket kirurgisk **restitusjon**

Inadekvat **rolleatferd**
Manglende **samarbeidsvilje**
Forstyrret sosial **samhandling**
Kronisk lavt **selvbilde**
Situasjonsbetinget lavt **selvbilde**
Risiko for situasjonsbetinget lavt **selvbilde**
Risiko for **selvmord**
Selvskade
Risiko for **selvskade**
Ineffektive **seksualmønstre**
Seksuell dysfunksjon
Sensoriske forstyrrelser/persepsjonsforstyrrelser (spesifiser)
Risiko for **skade**
Akutt **smerte**
Kronisk **smerte**
Dysfunksjonell **sorg**
Kronisk **sorg**
Sorg over forventet tap
Disorganisert **spedbarnsatferd**
Mulighet for bedre organisert **spedbarnsatferd**
Risiko for disorganisert **spedbarnsatferd**
Stressyndrom: flytting/omplussing
Risiko for **stressyndrom**: flytting/omplussing
Ineffektiv **suging** hos spedbarn
Svekket evne til å **svelge**
Søvnmangel
Forstyrret **søvnmonster**
Tankeforstyrrelser
Svekket **tannstatus**
Risiko for ubalanse i kroppstemperatur
Ineffektiv **temperaturregulering**
Risiko for svekket foreldre/spedbarn/barn-**tilknytning**
Svekket **tilpasningsevne**
Risiko for **traume**
Manglende **trivsel** hos voksen
Forstyrrelse i **urineliminasjon**
Funksjonell **urininkontinens**
Reflektorisk **urininkontinens**
Risiko for urge-**urininkontinens**
Stress**urininkontinens**
Total **urininkontinens**
Urge **urininkontinens**
Urinretensjon
Utmattelse (fatigue)
Risiko for forsinket **utvikling**
Vandring
Forsinket **vekst og utvikling**
Risiko for unormal **vekst**

Svekket spontan **ventilasjon**

Svekket **vevskvalitet**

Ineffektiv **vevsperfusjon** (spesifiser)

Risiko for **vold** rettet mot andre

Risiko for **vold** rettet mot seg selv

Voldtektssyndrom

Voldtektssyndrom: sammensatt reaksjon

Voldtektssyndrom: innadvendt reaksjon

Risiko for forstyrrelse i **væskebalansen**

Redusert reguleringssevne for intrakranielt **væsketrykk**

Mulighet for forbedret **åndelig** velvære

Åndelig nød

Åndelig nød, risiko for