

Kodeverk i sykepleiedokumentasjonen - ja takk?



Masteroppgave i Helsefag

Lisa Øien

Avdeling for Sykepleie og Helsefag
Institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø

Mai, 2007

Sammendrag

Denne oppgavens tema er bruk av kodeverk i sykepleiedokumentasjonen. Den presenterer argumenter noen sykepleieledere gir - for å anvende kodeverk, andre - for å avstå fra bruk av de samme kodeverkene. Argumentene for og imot, blir så drøftet i lys av den teoretiske – og politiske debatten rundt samme tema.

Kodeverkene oppgaven omhandler er NANDA – kodeverk for sykepleiediagnoser og NIC – kodeverk for sykepleieintervensjoner. Disse innføres i dag gjennom helseinformasjonssystemet DIPS, - et helhetlig databehandlingssystem for både administrativ – og direkte pasientrettet virksomhet i sykehus. DIPS tilbyr en egen modul for sykepleiedokumentasjon, og har i denne lagt inn brukerstøtte for bruk av kodeverkene NIC og NANDA.

En del av argumentasjonen rundt sykepleieklassifikasjoner omhandler praktiske konsekvenser, knyttet til optimal utnyttelse av mulighetene et elektronisk databehandlingssystem tilbyr, og gjennom dette - en forenklet hverdag for sykepleierne samt et bedre, kvalitetssikret tilbud til pasienten. Andre argumenter er av en litt annen karakter, og kan relateres til en pågående fagdebatt. Disse påpeker en mer langsiktig, forventet effekt av bruk av kodeverk. De dreier seg om en fagutvikling som noen påstår er av det gode, mens andre ser som bekymringsverdig.

Forventede positive effekter av bruk av kodeverk er blant annet; kvalitetssikrede og oppdaterte prosedyrer, mer ensartet praksis, raskere- og bedre behandlingstilbud samt mindre misforståelser behandlerne imellom. Synliggjøring av sykepleien som fag og et tilskudd til profesjonaliseringen av sykepleiefaget ved at kodeverkene forventes å være egnet for bruk i statistikk og forskning, m.a.o. forenklet gjenbruk av data, framholdes også som argumenter. En annen viktig faktor er at sykepleieren forventes å bli faglig dyktigere på bakgrunn av tilgangen til sykepleiediagnoser og -intervensjoner henholdsvis NANDA og NIC tilbyr, og derved bidrar til bedret fagopplæring. På den andre siden i debatten presenteres en fare for et svekket tilbud til pasienten, grunnet manglende individuell tilpasning ved å anvende predefinert og kodet tekst, og endret ”holdning” til pasienten bruk av disse vil kunne føre med seg. Kodeverkene vil, mener kritikerne, bidra til at vi fjerner oss fra den ”menneskenære”

tilnærmingen vi har hatt tradisjon for i sykepleien, til fordel for et stadig økende fokus på effektivitet og økonomi. På sikt vil dette føre til en utarming av de grunnleggende kvaliteter sykepleien bygger på, mener noen.

NIC og NANDA er per i dag de kodeverkene som påpekes av flere som det mest lovende, velutviklede og egnet for klinisk bruk. Disse to er oversatt til norsk, og er allerede i bruk ved flere av landets sykehus. Studien viser altså til noen sykepleielederes opplevelse av, og reaksjoner på, disse kodeverkene. Selv om de har valgt forskjellig med hensyn til å bruke – eller ikke bruke kodeverkene, er de samstemte i sin dom over arbeidet som er gjort med oversettelse av NIC og NANDA. De burde vært mer ”fornorsket”. Tilpasning av kodeverkene i henhold til norsk praksis og norsk lov er ennå ikke gjort, til tross for at de allerede er i bruk flere steder.

Studien setter fokus på hvordan språk og kultur kan ha betydning for disse sykepleieledernes vurdering av NIC og NANDA. Den diskuterer også mulige konsekvenser av hva de prioriteringene som er gjort i arbeidet med å oversette disse kodeverken vil kunne føre til på sikt, for praksisutøvelsen, men også for selve bruken av kodeverkene.

Nøkkelord:

Elektronisk sykepleiedokumentasjon, kodeverk, klassifikasjonssystem, NIC, NANDA, språk, autorisert oversettelse, DIPS, EPJ, kvalitetssikring, profesjonalisering.

Abstract

This master thesis presents arguments given by a few nursing leaders – for using nursing classification systems, others – for not using the same systems. Their arguments are then debated up against the ongoing theoretical and political debate regarding the same subject – use of nursing classifications.

The classification systems presented in this thesis are NANDA (North American Nursing Diagnoses Association), and NIC (Nursing Interventions Classification). These classification systems are introduced to Norwegian nurses through a system for Electronic Patient Record system (EPR) called DIPS. DIPS offer, among other things, a module for nursing documentation that is adapted for the use of NIC and NANDA.

Some arguments regarding these systems concern practical consequences. It is claimed that the use of classifications will make documenting more sufficient, and by that, help increase the quality on patient care. Other arguments concerns an ongoing debate on how nursing in general, should be organized in the future. An occupational debate where some nurses see the consequence of classification systems as beneficiary for future nursing, while yet others, feel the consequences will be more profound and even damaging, than we as of now, seem to realise.

Examples on expected positive effect of nursing classifications are; up-to-date procedures and more unified nursing practise, better- and more rapidly outset treatment and less danger of unclear reports leading to misunderstandings between the health-workers. More efficient use of data for statistics and research are presumed to make nursing more “visible” to the public and help even further professionalise it, making it less marginalized by producing a scientific body of knowledge about nursing. The use of classification systems are also expected to have positive effect on the skills of the nurses, through the improved access to nursing diagnoses and –interventions NANDA and NIC will provide, and thereby help improve the vocational training. On the other hand, the sceptics point out the danger of a reduced quality in patient treatment, through lack of individual adjustment of procedures due to predefined and coded language, in addition to a change in the very attitude towards the patient. Classification systems are based on an increasing focus on efficiency and economy, contrary to the

“humanistic” approach nursing traditionally has been based on. In other words, some feel that in long term, the use of nursing classifications will undermine the fundamental qualities nursing are based upon.

NIC and NANDA are currently, by several contributors to the development of electronic nursing documentation systems, described as the most developed, and the generally best classification systems available. These two are translated into Norwegian, and are currently used by nurses in several Norwegian hospitals. This thesis presents, as mentioned before, some nursing leaders experience with, and reactions to, these classification systems. Even though these leaders have made different priorities regarding use of the systems, they are unanimous in their judgement on the translations of NIC and NANDA. It should have been more “Norwegianised”. An adjustment to Norwegian conditions has still not been done; even they are already in use in several hospitals across the country.

The thesis focus on, in what way we can argue that language and cultural factors play a role in how NIC and NANDA are valued by these leaders. It will also present possible consequences to the fact that NIC and NANDA are merely translated, and not at all adjusted to the Norwegian nursing culture, nor Norwegian law, -consequences on practical issues, as well as consequences on the future use of NIC and NANDA.

Keywords:

Electronic documentation, classification systems, NIC, NANDA, language, authorised translation, DIPS, EPR, quality of nursing, nursing knowledge, professionalize.

Forord

Så var det gjort...

- og jeg har ett år bak meg med temaet kodeverk i sykepleiedokumentasjon surrende i hodet.

Arbeidet har vært spennende, morsomt, lærerikt, og til tider fryktelig kjedelig. Det er for eksempel mye morsommere å intervju, enn å skrive ut samtalen i etterkant. Jeg angret bittert alle mine hmm, og mmm.. Men det å jobbe med dette intervjumateriale, når den kjedelige jobben var gjort - var utrolig gøy. Det har vært en spennende reise i egen forforståelse rundt alle de mange aspektene som berører – og berøres av – valg av dokumentasjonsverktøy. Arbeidet har gitt meg innsikt i mange flere sider ved sykepleiedokumentasjon, og de utfordringer vi står overfor nå og i årene som kommer, enn de jeg har valgt å forsøke formidle gjennom denne oppgaven.

Jeg kunne vandret så uendelig mange veier, men har altså endt opp her, med denne oppgaven, som berører bare en fraksjon av alle problemstillingene jeg har møtt på underveis. Jeg mener likevel den berører de elementene som framsto som de viktigste for meg, etter møte med akkurat de informantene jeg møtte. Hadde informantene vært andre, er sannsynligheten for at veien med oppgaven også hadde blitt en annen. Jeg føler at informantene hjalp meg til å orientere meg i jungelen av argumentasjon, - hjalp meg til å sette fokus. En stor takk til dem, for deres engasjement, velvilje, og åpenhet.

I mitt søk etter litteratur har jeg i enkelte tilfeller måttet ta kontakt med de som har skrevet doktoravhandling eller masteroppgave på tema som berører det jeg har valgt å skrive om. Også her har jeg blitt møtt med pur velvilje og imøtekommenhet. Tusen takk til alle dere som direkte- og indirekte har bidratt.

Som de fleste andre har jeg i perioder slitt med manglende motivasjon, med tanker om at jeg ikke har noe som helst å ”bidra med” i verden, med en følelse av å befinne meg i fullkomment kaos og mangel på struktur. Min veileder har vært en fantastisk støttespiller, med en utrolig evne til å formidle entusiasme og tro på at jeg ville finne innsikt, og forhåpentlig også evne å formidle denne innsikten videre. Hun har presset meg til å strukturere, når kaoset har vært på det mest påtrengende. Hun har dyttet meg bakover, når jeg har sittet fastlåst i detaljene, og

hatt behov for å innta et mer overordnet perspektiv på ting. Men viktigst av alt - hun har løftet meg framover, gjennom hele prosessen med sin egen entusiasme, og sin evne til å "smitte" denne over på andre. Tusen takk, Aud!

Takk til dere som har orket å lese – og kommentere – et mer eller mindre uferdig produkt underveis. Dere har satt fingeren på uklart språk, og uklare framstillinger på en måte jeg umulig kunne gjort på egen hånd. Man blir fort "blind" i forhold til det man selv skriver.

Takk til helsetilsynet, som ikke har inspisert kjøkkengulvet mitt i løpet av denne siste innspurten. Og takk til mine barn, Dina og Trym, som har holdt ut med ryggen min, og fraværende svar fra en mamma med fjeset i en PC. Takk til "gubben", som var alenepappa det meste av det første studieåret i Tromsø, mens jeg fikk lov til å være student på heltid! Dette hadde vært helt umulig uten deg, Leif!

Lisa☺

Liland, 4.mai 2007

Innholdsfortegnelse

Kap.1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema	9
1.2 For ordens skyld	13
1.3 Innføringen av DIPS	14
1.4 Oppgavens oppbygging	17
Kap.2 Teoretisk grunnlag for oppgaven	19
2.1 Den skriftlige rapporten – historisk tilbakeblikk	19
2.2 Utviklingen av NANDA,- og så – NIC	22
2.3 Sykepleier rapportens mange roller	24
2.4 Teknologioptimisme versus teknologipessimisme – eller handler det om noe annet?	26
2.5 For og imot kodeverk i litteraturen – hva dreier argumentene seg om?	27
2.6 Språk og kultur	30
2.7 Sykepleierens kunnskapsgrunnlag og utøvelsen av skjønn	32
Kap.3 Metode	35
3.1 Temaet for oppgaven - bakgrunn for metodevalg	35
3.2 Forberedelse til intervju	36
3.3 Informantene	39
3.4 Gjennomføringen av intervjuene	41
3.5 Analyseprosessen	45
Kap. 4 Drøfting rundt informantenes fremstilling av NIC og NANDA	48
4.1 Argumenter av praktisk art	48
4.2 Informantenes forhold til språket og holdninger de mener kommer til uttrykk i kodeverkene	55
4.3 Fagutviklende utsikter ved bruk av NIC og NANDA	63
4.4 Hvordan formidler informantene sine tanker rundt kunnskapssyn, kontekst og skjønnsutøvelse?	70
4.5 Hvordan kommer den ulike prioriteringen i forhold til bruk av NIC og NANDA til uttrykk hos informantene?	75

Kap. 5 Kodeverk og standardformuleringer i sykepleiedokumentasjonen? – Tja 78

Litteraturliste 83

Vedlegg:

1. Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave med tittel:
Kodeverk og standardformuleringer i sykepleiedokumentasjonen. Ja takk..?
2. Samtykkeerklæring i forbindelse med deltakelse på intervju
3. Intervjuguide

Kap.1 Innledning

1.1 *Bakgrunn for valg av tema*

Mitt første møte med en standardformulert tekst i sykepleien var gjennom en sykepleier rapport som fulgte med en pasient som ble overflyttet fra sykehus til sykehjemmet jeg arbeidet ved. Jeg opplevde rapporten som kald, saklig, ”fjernt” fra pasienten den var ment å skulle beskrive. Jeg tror ikke dette hadde sammenheng med at den var maskinskrevet. Det var formuleringene som for meg framsto som ”kalde”. Senere rapporter av tilsvarende karakter har jeg mottatt, lest og forholdt meg til uten at jeg har reagert. Man venner seg raskt til nye ting, og disse ”korrekte” skrivene ble straks helt naturlig å forholde seg til. Informasjonen i dem har vært relevante og, slik jeg har opplevd det, tilstrekkelig til at jeg har kunnet ivareta pasienten på en god måte. Det er tross alt i selve relasjonen man lærer pasienten å kjenne, ikke primært gjennom et skriv fra en annen sykepleier som har dannet seg sitt bilde av pasienten. Den spontane opplevelsen av ubehag i møte med denne første rapporten har likevel fulgt meg, og ble vekket til live da temaet elektronisk databehandling i sykepleien ble diskutert ved masterutdanningen jeg startet på, få år senere.

Elektronisk Pasient Journal (heretter kalt EPJ) er på full fart inn i norsk helsevesen. Mange helseinstitusjoner har allerede i flere år hatt tilgang til elektroniske hjelpemidler for dokumentasjon. Andre står nå i ferd med å innføre dette som ledd i en nasjonal strategi med målsetting å få hele helse- og sosialsektoren ”på nett” innen år 2007 (Helsedirektoratet 2004:52). Hensikten er å stimulere til økt samhandling og kommunikasjon mellom avdelinger, yrkesgrupper og etater. For EPJ spesielt, har i tillegg Helsepersonelloven hatt betydning for utvikling og implementering av teknologien. I kap. 8, § 39 står det at alle som yter selvstendig helsehjelp har dokumentasjonsplikt. Dette innebærer blant annet at sykepleiernes dokumentasjon, som tidligere primært var sykepleiernes arbeidsredskap, nå må ses på som en del av pasientjournalen. Videre i § 40 står det at språket skal være av en slik karakter at alle helsepersonellgrupper skal kunne forstå det som er skrevet. Et ønske om en økt standardisering av selve språket i rapporten er nærliggende på bakgrunn av denne paragrafen.

Sykepleiedokumentasjonen blir nødvendigvis berørt av føringene som ligger i helsepolitikken så vel som Helsepersonelloven §§ 39 og 40. Sosial- og Helsedirektoratet mener at gode kodeverk og klassifikasjoner er en forutsetning for å sikre en god og enhetlig registrering av

informasjon (Sosialdepartementet 2006). Dette må kunne antas å veie tungt på vektskålen i argumentasjonen for innføring – og bruk av kodeverk i sykepleiedokumentasjonen.

Kodeverk og klassifikasjoner, og med dette standardformuleringer, blir også sett på som positivt av en annen premissleverandør for EPJ, Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og dokumentasjon (NSfID). De skriver i sin handlingsplan for 2005-2006 under delmål 4 at NSfID skal: *”Gi råd i forhold til strukturering, standardisering og bruk av terminologier” (NSfID)*. Hva slags råd, får man en viss ide om når en leser veilederen *”Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen” (2004)* fra NSfID. I kapittelet som omhandler terminologi- og klassifikasjonssystemer står det: *”Anbefalinger:*

- *Sykepleiere må skaffe seg kunnskap om klassifikasjonssystemer*
- *Sykepleiere bør engasjere seg i videreutviklingen av klassifikasjonssystemer og kodeverk ved å teste dem ut og melde tilbake forslag, endringer, tilføyelser.*
- *Deltar i utprøving av klassifikasjonssystemer” (Mølstad, Lyngstad et al. 2004:40).*

Dette er en noe moderert anbefaling i forhold til veilederen som kom ut to år tidligere. Da kunne man lese i tilsvarende kapittel: *”Anbefalinger:*

- *Sykepleiere bør tilstrebe økt bruk av standardiserte begreper i tillegg til fritekst.*
- *Sykepleietjenesten nasjonalt bør i størst mulig grad benytte felles klassifikasjonssystemer, foreløpig ser NANDA, NOC og NIC ¹ mest aktuelle ut. (Det pågår for tiden (juli 2002) et arbeid for å oversette disse)*
- *Sykepleiere bør engasjere seg i videreutviklingen av klassifikasjonssystemer ved å teste dem ut og melde tilbake forslag, endringer, tilføyelser” (Mølstad, Lyngstad et al. 2002:41).*

Tross at det nå anbefales å ”sette seg inn i” i stedet for å ”ta i bruk” systemene, er det lett å få inntrykk av at det er bred enighet om at slike standarder og klassifikasjonssystemer anses å være et framskritt for den elektroniske sykepleiedokumentasjonen.

Sykepleierne blir får i dag introdusert disse kodeverkene i sin praksis, uten egentlig på forhånd å ha måttet ta stilling til om de ønsker dem eller ikke, ved at de distribueres ut via et Elektronisk system for dokumentasjon og administrasjon i sykehus, nemlig DIPS.

Jeg har hørt løsrævne kritiske kommentarer fra sykepleiere som, enten av omtale eller av egen erfaring, kjenner til disse kodeverkene. Kritikkk som gjerne har vært ytret med et glødende

¹ Se redegjørelse for disse forkortelsene (NANDA – North American Nursing Diagnosis Assosiation, NOC – Nursing Outcome Classification og NIC – Nursing Intervention Classification) under kap. 1.1.

engasjement. Av mer markante personligheter innenfor sykepleiefaget har det i mange år vært, og er fortsatt, noen kritiske røster til den økende standardiseringen av sykepleiedokumentasjonen. En av disse er Kari Martinsen, som påpeker en dreining bort fra det menneskenære, over mot en sykepleie med objektive, målbare data i fokus, og med økonomistyring og rasjonalisering som retningsgivende elementer også i helsefagene. Kodeverkene kommer som et symptom på denne utviklingen med sitt ”monologiske begrepsutredningsspråk”, fjernt fra den virkelighet de er satt til å skulle beskrive (Martinsen 2003).

Likevel er det jeg har funnet av litteratur angående kodeverk og standardformuleringer i all hovedsak av positiv karakter. Klarest kommer dette til uttrykk i et tilfeldig valgt nummer av et elektronisk tidsskrift utgitt av NANDA International, hvor systemene, kanskje ikke overraskende, får omtale som: ”(...)extremely useful(..)”(Date 2003), ”(...)lead the institution into the next step of patient outcome successes”(Frederick and Watters 2003). “(...)increase the probability of producing effective outcomes.”(Johnson 2003). Disse artiklene er skrevet av sykepleiere som har brukt systemene, og på bakgrunn av disse og mange andre lovord, ytret i forhold til Nursing Intervention Classification (NIC), North American Nursing Diagnosis Assosiation (NANDA) og Nursing Outcome Classification (NOC), kan man forstå at mange ønsker å ta systemene i bruk, også her i Norge. NOC er per i dag ikke oversatt til norsk og vil derfor ikke bli omtalt nærmere i denne oppgaven.

Bruk av kodeverk og standardformuleringer er et aspekt jeg syns er spennende. Kanskje nettopp fordi det er et tema som ser ut til å vekke begeistring hos noen, forargelse hos andre. Dette, i sammenheng med min egen spontane opplevelse i møte med en standardformulert sykepleierapport, har vekket min nysgjerrighet. Hvorfor velger noen sykepleierledere å ikke ta i bruk NIC og NANDA når de får dem med som del av et nytt elektronisk dokumentasjonssystem, og hvordan argumenterer disse lederne, i forhold til de som har valgt å ta i bruk kodeverkene?

Jeg stiller i oppgaven ikke spørsmålstegn ved intensjonene ved innføringen av kodeverk i sykepleiedokumentasjonen, men jeg vil stille spørsmål ved framdriften i arbeidet. På bakgrunn av mine funn synes den å ha vært raskere enn den burde vært, i forhold til å sikre at kodeverkene virkelig vil bli det positive tilskuddet til dokumentasjonsarbeidet de forventes å skulle få.

Helseinformasjonssystemet DIPS² har lagt til rette for bruk av NIC og NANDA i sykepleiedokumentasjonssystemet. Begrepene er lagt inn i ”Medisinske kodeverk” (DIPS 2003). Koding av diagnoser og standarder for tiltak blir altså introdusert i store deler av helsesektoren som del av et omfattende system for elektronisk dokumentasjon. Hvis det er sånn at argumentene for å innføre standardisert språk i dokumentasjonen er gode nok, må man anta at det er til forringelse for de deler av helsevesenet som ikke tar dem i bruk. Det motsatte ville være enda mer betenkelig, tatt i betraktning at DIPS per i dag er den største leverandøren av systemer for elektronisk pasientjournal til sykehusene i Norge (DIPS 2007). Som sagt har DIPS integrert NANDA og NIC i sitt system, og det kan derved synes som flere og flere faktisk takker ja til bruk av kodeverk i sykepleiedokumentasjonen, sannsynligvis – siden debatt om å bruke eller ikke bruke kodeverk synes å være mer eller mindre personavhengig - etter varierende grad av debatt i forkant av implementeringen.

Ved at DIPS har valgt å legge inn NIC og NANDA som del av sitt system, har vi nå en situasjon hvor sykepleieledere blir tvunget til å ta stilling til bruk av kodeverk på en helt annen måte enn om system for sykepleiedokumentasjonen primært var basert på bruk av fritekst. DIPS har mulighet for begge deler, men fritekst formateres automatisk i kursiv (skrå tekst), hvilket tyder på en prioritering av kodet tekst framfor fritekst fra programutviklernes side. Det skal spesielt engasjement til å stille spørsmålstegn ved denne prioriteringen, og eventuelt velge å anvende fritekst til fordel for standardisert tekst tross at man har innført et system som så tydelig legger opp til bruk av NIC og NANDA.³

Ingen ønsker et system til forringelse. Intensjonene er, velger jeg å tro, de aller beste, både fra de som selger DIPS og de som har utviklet DIPS og gjort et valg i forhold til å legge til rette for bruk av NIC og NANDA. Det samme gjelder de som tar i bruk sykepleieklassifikasjonssystemene som følger med, eller eventuelt velger å avstå fra å bruke dem.

Jeg mener ikke at jeg gjennom denne oppgaven skal komme fram til en fasit på hva som er rett og galt, men snarere presentere argumentene fra mine informanter, for så å drøfte dem i lys av litteratur om bruk av kodeverk i sykepleiedokumentasjonen.

² Se nærmere omtale av DIPS i kap. 1.2

³ Argumentasjonen DIPS anvender til fordel for bruk av NIC og NANDA vil bli presentert i kap.1.2.

Problemstillingen min blir som følger:

Hvilke argumenter for og imot bruk av kodeverkene NIC og NANDA presenteres av sykepleielederne, og hvilke konsekvenser ser disse for seg bruk av NIC og NANDA vil kunne få for sykepleiefaget på sikt?

Kan disse argumentene forklare hvorfor de prioriterer forskjellig med hensyn til bruk av kodeverk?

1.2 For ordens skyld

Aller først vil jeg bare klargjøre noen begreper og forkortelser jeg vil bruke videre i oppgaven. Forkortelsene er brukt i litteraturen, og det er ikke alltid presisert hva de står for. For ordens skyld vil jeg likevel kort presentere dem her.

I litteraturen, som også i denne oppgaven, blir begrepene kodeverk og klassifikasjonssystem brukt om hverandre når NIC og NANDA omtales. Jeg vil derfor presentere en kort definisjon på betydningen av dem.

Kodeverk: En samling av begreper eller en klassifikasjon hvor hver tilhørende begrepsdefinisjon er tilknyttet en unik kode innenfor samlingen eller klassifikasjonen (Volven 2007). Begrepet kodeverk brukes om klassifikasjonssystemene NIC og NANDA i litteraturen.

Klassifikasjonssystemer: Et klassifikasjonssystem består av sykepleiebegreper som er klassifiserte, eller satt sammen i grupper/klasser på en strukturert måte (Dale and Dale 2004).

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association. Klassifikasjonssystem for sykepleiediagnoser. Oversatt til norsk i 2003, og brukes ved flere av landets sykehus. Framholdt som ”lovende” av Norsk Sykepleieforbund (NSF)

NIC: Nursing Interventions Classification. Klassifikasjonssystem for sykepleieintervensjoner som kom ut på norsk, våren 2006. NIC er et av klassifikasjonssystemene som er påpekt som

”det mest lovende” av NSF, og som sammen med NANDA, er tatt i bruk ved flere sykehus over hele landet.

NOC: Nursing Outcome Classification. Klassifikasjonssystem for å kartlegge effekten av sykepleietiltak, og er ment brukt sammen med NIC og NANDA. NOC er per jan 2007 ikke oversatt til norsk, og derved i liten grad berørt i denne oppgaven.

Brukerstøttesystem(BSS): Systemer som baserer seg på å koble sammen relevante intervensjoner med diagnoser. Man kan også tenke seg utvikling av BSS som har aktuelle sykepleiediagnoser knyttet opp mot medisinske diagnoser. I praksis vil et BSS kunne bidra til å forenkle en kartlegging av en pasients behov, og muligens bidra til et videre fokus i tilnærmingen til pasienten. Man kan også tenke seg et fagutviklende potensial ved bruk av BSS. NIC og NANDA anses som egnet for bruk til utvikling av et slikt/slike system(er).

1.3 Innføringen av DIPS

NIC og NANDA blir som nevnt distribuert ut til landets sykepleiere via et elektronisk journalsystem med egen modul for sykepleiedokumentasjon. Mine informanter har fått kjennskap til kodeverkene gjennom innføringen av nytt system for elektronisk informasjonsbehandling – DIPS, ved sitt helseforetak.

DIPS er navnet på et helhetlig system for administrasjon og journalføring. Det markedsføres som ”(...) et (...) slagkraftig helseinformasjonssystem for sykehus”, og ”(...) det objektivt beste systemet for norske sykehus” (DIPS 2003). DIPS-systemet består av flere moduler eller del - systemer som skal ivareta de ulike funksjonene ved en sykehusdrift. Et enhetlig system med alt fra administrasjon til sykepleiedokumentasjon. Sykepleiedokumentasjonen utgjør en modul i dette systemet, som inneholder moduler for dokumentering, administrering og registrering på alle nivå i et helseforetak. DIPS har støtte for bruk av NIC og NANDA og har lagt begrepene inn i ”medisinske kodeverk”.

Man kan registrere henholdsvis NANDA-diagnoser og NIC-tiltak i dokumenter med pleieplanformat, og vise disse i pleie-/behandlingsplan.



Det er lagt til rette for å hente ut ”veiledende behandlingsplan” som er lagt inn i DIPS-systemet.



Nordmann, Ola F. 27.03.55* (k) Notat evaluering, sykepleie

14.06.2003 14:09 Notat-evaluering sykepleie, Kåre Flø, Kir 1f A6 D1

3 Åndedr./sirk.: Brystermerter kl 10. God effekt av Morfin 10mg i.v. Har fått konstatert et lite hj. infarkt antroseptatt. Skal ta EKG ved smerter - forordn av dr Flakk.

4 Ernær./væskø/el.bal.: Drukket lite. Henger opp 1000ml Ringer (dr.Flakk) som skal gå inn i løpet av dagen.

10 Sos./planl. utskr.: Kona har vært på besøk i hele dag.

Ny diagnose... Nytt tiltak... Nye forordn... Rediger... Avslutt Opp Ned Vel. plan... Tidl. plan Åpne dok Vis avsluttede Vis forslag

Behandlingsplanellementer	FD	Frekvens/situasjon	Start	Status	Slutt
Sykepleiediagnoser					
Mangelfull egenomsorg: Personlig hygiene	7		14.05.03	Avsluttet	14.05.03
Risiko for obstruksjon	5		14.05.03	Aktivt	
Redusert minuttvolum	3		14.05.03	Aktivt	
Akutt smerte -- Kardiale	8		14.05.03	Aktivt	
Sykepleietiltak/sykepleieforordninger					
Pleie ved hjerteinfarkt	3		14.05.03	Aktivt	
Evaluer evt brystsm: Intensitet, varighet, lokalisasjon, utløsende fakt., - dokumenter		V smert	14.05.03	Aktivt	
Adm smertetilstande - PAS SKAL VÆRE SMERTEFRI		S forordn	14.05.03	Aktivt	
Ta EKG		V smert	14.05.03	Aktivt	
Frittstående sykepleieforordninger					

Pos: 1: 4 71 Innselt Dato: 14.05.03 Avd: KIR 1f Kan redigeres Ikke ferdig

(<http://www.dips.no/dipsnew.nsf/> 2006).

Det er fortsatt fullt mulig å anvende kun fritekst i DIPS-dokumentene. Fritekst er som tidligere påpekt skråstilt, og skiller seg på denne måten fra preformulert tekst.

Argumentasjonen for å ha lagt inn mulighet for bruk av kodeverk presenteres på denne måten på DIPS ASA sine nett - sider:

”Sykepleiedokumentasjon i Norge har tradisjonelt vært bare fritekst, og det systemet som vi har laget vil være mulig å bruke med fortsatt bruk av kun fritekst. I prosjektet har vi imidlertid kommet til at det er mange gode grunner til å innføre mer bruk av standardisert og preformulert tekst i sykepleiedokumentasjonen. En av fordelene er at det vil være raskere og mer lettvint å hente ferdigformulerte begreper fra en meny enn å skulle skrive det i fritekst. En annen ting er at med et felles sett av begreper vil man kunne hente data ut av systemet til bruk i statistikk og forskning. Man tror at bruk av NANDA og NIC kan føre til mer presis dokumentasjon og planlegging av pleien” (DIPS 2006).

DIPS ASA har valgt å legge inn NIC og NANDA fordi disse synes å være de mest velutviklede kodeverk på markedet per i dag. Muligheten for å bytte ut disse med eventuelt andre kodeverk, hvis dette skulle vise seg ønskelig på sikt, påpekes (DIPS 2006).

Som nevnt innledningsvis i kap 1.0 har det fra statlig hold vært framholdt et behov for enhetlig rapportering og bedret informasjonsflyt mellom etater innen helse- og sosialomsorgen (Helsedirektoratet 2004; KITH 2005). Ved helseforetaket jeg har hentet mine informanter fra, ble sykepleiemodulen i DIPS innført en god stund etter at administrasjonen og legene tok systemet i bruk. DocuLive var et system deler av helseforetaket tok i bruk da EPJ først ble innført, noen år tidligere. Dette ble etter få år erstattet av DIPS-systemet. DIPS ble i følge en av mine informanter innført nettopp som ledd i et ønske om et enhetlig system for å lette informasjonsflyt, men også for å lette vedlikehold og oppdatering av systemet ved å anvende et helhetlig system for hele helseregionen.

DIPS ble som sagt i følge informanten valgt som system for hele helseregionen primært av administrative hensyn. I dokumenter som informerer om at det er inngått rammeavtale om IT-pasientsystemer med DIPS ASA, er enklere og sikrere informasjonsflyt framholdt som

argument for å inngå felles pasientsystem i hele helseregionen.⁴ Sykepleiemodulen kom som ”vedheng” uten at det, i forkant av implementeringen, har vært fokus på om det eventuelt var behov for endring i rapporteringssystemet på dette nivået.

NIC og NANDA fulgte med DIPS, men etter en avgjørelse tatt av sykepleielederne, har de fleste avdelinger ved dette helseforetaket valgt å ikke ta klassifikasjonssystemene i bruk. Avgjørelsen ble tatt av sykepleielederne i fellesskap, men selve problematiseringen av valget om å ta i bruk kodeverk ble lagt fram av en enkelt sykepleier som hadde lest NANDA på norsk, og spontant reagerte på deler av innholdet. Dette ville altså neppe skjedd, i hvert fall ikke så umiddelbart, uten denne ene personens engasjement.

1.4 Oppgavens oppbygging

Som det framkommer i det jeg har skrevet så langt, vil oppgaven omhandle NIC og NANDA, selv om det i litteraturen ofte refereres til kodeverk som sådan. For å kunne si noe om utvikling av kodeverk spesielt har jeg følt det nødvendig å først ta for meg sykepleiedokumentasjon generelt. Jeg har så sagt litt om bakgrunnen for klassifikasjonssystemene mine informanter omtaler ved at jeg har gitt en forenklet presentasjon av prosessen ved innføring av EPJ og valg av dokumentasjonssystem (DIPS).

Videre, i kapittel 2 vil jeg forsøke å legge grunnlaget for å forstå litt av debatten rundt sykepleiedokumentasjon ved å presentere et kort historisk tilbakeblikk på utviklingen av sykepleiedokumentasjonen. Jeg vil så presentere bakgrunnen for utviklingen av de aktuelle kodeverkene, NIC og NANDA. Jeg vil også si litt om sykepleierapportens mange roller og oppgaver i en klinisk hverdag, hva slags ulike roller sykepleiedokumentasjonen tradisjonelt har hatt, og hvilke roller den har fått etter innføring av EPJ.

Jeg vil vise til litteratur om sykepleiedokumentasjon, og kort presentere argumenter som anvendes der for og imot bruk av kodeverk i sykepleiedokumentasjonen. Jeg vil også presentere teori som kan belyse noe av språkets betydning for hvordan vi tenker og handler; teori som vil kunne belyse hvordan språk og kultur kan ha betydning for hvordan mine informanter omtaler NIC og NANDA.

⁴ Av hensyn til anonymiseringen av mine informanter velger jeg å utelate referanse her.

I kapittel 3 vil jeg belyse metode og refleksjoner over min egen forskningsprosess, hvordan jeg har gått fram for å analysere mine data.

Kapittel 4 vil bli viet informantene, deres tanker rundt NIC og NANDA, og rundt kodeverk generelt. Jeg vil presentere det informantene har formidlet tematisk, og drøfte deres argumenter i lys av litteraturen.

Kapittel 5 er forbeholdt oppsummering, avsluttende betraktninger, og noen ord om hva jeg ser som spesielt viktige utfordringer rundt kodeverk for bruk i sykepleiedokumentasjon.

Kap.2 Teoretisk grunnlag for oppgaven

2.1 Den skriftlige rapporten – historisk tilbakeblikk

For å skjønne bakgrunnen for debatten om utviklingen av sykepleier rapporten, som argumentene rundt bruk av kodeverk også er en del av, vil jeg sette den inn i et historisk perspektiv. Dette for å kunne vise hvilke elementer i en rapport som tradisjonelt har vært ansett som viktig, og hvordan dette har utviklet seg igjennom historien, fram til hvordan sykepleier rapporten har framstått de senere år, hva angår både form og innhold.

Kari Dahl antyder at det allerede på 1920-tallet ser ut til at rapporten befinner seg i spenningsfeltet mellom skjønn på den ene siden, og faktakunnskap på den andre. Medisinsk terminologi og idealer i skrift. Vektlegging av skjønn var samtidig påpekt som viktig i den praktiske utøvelsen av sykepleie (Dahl 2002). Dette spenningsfeltet synes fortsatt å være gjeldende. Utøvelse av skjønn er et av elementene i debatten rundt kodeverkene som for meg synes viktig. På 1940-tallet var det framhevet at skriftlig rapport skulle være nøyaktig, formidle fakta uten ”syensing” og tolkning. Rapportene var skrevet i egne rapportbøker, og ble nedtegnet fortløpende. Kardex-systemet kom på 70-tallet, og tillot en mer individuell, kontinuerlig og oversiktlig rapport for hver enkelt pasient. Samtidig kom pleieplanen på banen (Dahl 2002).

I 1977 var en høyesterettsdom startskuddet til at pasientene i 1980 fikk lovfestet rett til journalinnsyn, som resultat av at sykepleier rapporten nå ble ansett som et offentlig dokument som følgelig kunne leses av andre enn sykepleierne selv, opplevde sykepleierne behovet for en mer formalisert dokumentasjonsform. I 1986 kom NSF med retningslinjer for føring, bruk og oppbevaring av rapporter (Dahl 2002). Samtidig er det i 80-årene fokus på å synliggjøre sykepleien. Måten dette tenkes bedret er gjennom bruk av narrativer i sykepleiedokumentasjonen. Narrativer tenkes å få fram kompleksiteten i sykepleiefaget, og sykepleierens rolle i forhold til pasienten, på en helt annen måte enn før. Begreper som ”” eller ”uartikulert kunnskap” blir brukt, og narrative er ment å skulle gi tilgang til dette ”tause” sykepleieren så langt ikke har hatt tradisjon for å formidle, og spesielt ikke skriftlig. 80-årene var preget av debatt rundt sykepleieprosessen. Kari Martinsen var særlig kritisk. I sin bok ”Fra Marx til Løgstrup” sier hun på side 42:

”Metoden til å rive i stykker og dele opp for å kunne beherske, har lenge vært sykepleieprosessen, en problemløsende metode. Den har også vært sett på som selve sykepleien, det vil si at sykepleien i sitt vesen er problemløsning. Deri ligger det problematiske, og sykepleieprosessen er blitt den nye positivismen i sykepleien” (Martinsen 1993)

Utviklingen de siste tre tiår presenteres av Kari Dahl på denne måten:

”70-tallet bar preg av entusiasme for den ”nye” sykepleieprosessen (sammen med primærsykepleie, behovstenkning og egenomsorgsmodellen), mens det på 80-tallet var en klar uenighet om sykepleieprosessens ideologi (rfr.). På 90-tallet kom kritikken om at sykepleierens dokumentasjon ikke holdt mål (rfr.). Dette kan ses i sammenheng med utviklingen av sykepleieteori, fra naturvitenskapelig til hermeneutisk/fenomenologisk forståelse av sykepleie på 80-tallet” (Dahl 2002)

Egne erfaringer og litteratur tilsier at en travel klinisk hverdag de fleste steder, ikke tillot bruk av skriftlige narrativer i sykepleiedokumentasjonen. Tross en sykepleiedebatt hvor enkelte tok til orde for en mer utfyllende rapportering, ble det i praksis fortsatt skrevet korte, objektive rapporter med fokus på målbare fakta og av og til referanse til hvordan pasienten uttrykker sin opplevelse av sine plager. Dette har jeg sett i egen praksis, og finner også støtte for dette i litteraturen (Grønvold 2000; Ruland 2000). Andre grep må med andre ord til for skriftlig å ”synliggjøre sykepleien”.

På 1990-tallet ble det snakk om at sykepleiedokumentasjonen skulle betraktes som en del av pasientjournalen, og arbeidet med å forbedre dokumentasjonen fikk igjen et ”dytt” (Moen, Hellesø et al. 2002). I 1994 ble det utarbeidet forslag til organisering av pasientjournalen i dokumentgrupper. ”Enhetlig praksis” ble da som nå sett på som viktig, og lå til grunn for dette arbeidet. Sykepleiedokumentasjonen(G) er en av hovedgruppene i pasientjournalen, og inndeles igjen i tre dokumenttyper som minstekrav. (G1: pasientopplysninger, G2: inkomstrapport/sykepleienotater, G3: sykepleieplan) (Moen, Hellesø et al. 2002)

Retningslinjene for dokumentasjon har omhandlet struktur, og kun vært retningsgivende. Det har med andre ord vært rom for ulike tolkninger, og derved fortsatt ulik praksis (Moen, Hellesø et al. 2002). Nye lover, forskrifter og retningslinjer har fulgt. Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven (2001) stadfestet endelig sykepleiedokumentasjonen som en del av

pasientjournalen. Utviklingen i retning av et stadig større fokus på sykepleiedokumentasjonen ser ut til å ha mer eller mindre toppet seg ved innføringen av EPJ. Fokuset på sykepleiedokumentasjonen ser ut til å ha økt - muligens som resultat av at sykepleiedokumentasjonen på en helt annen måte enn tidligere, angår også andre helsepersonellgrupper, på bakgrunn av den økte tilgjengeligheten til dokumentasjonen.

Elektronisk rapportering er et faktum vi må forholde oss til som sykepleiere i dag. Hva som så skjer ved i tillegg å innføre standardisert og kodet språk, ser ut til å påvirke den delen av debatten som omhandler sykepleiefagets utvikling. Argumentene dreier seg blant annet om hva vi vinner og hva vi taper ved å bruke mindre fritekst, og hvilke konsekvenser det vil kunne få på sikt, på godt og vondt. Er vi i ferd med å la pendelen svinge tilbake til 40-tallet, der kalde fakta var det eneste "tillatte" i en rapport, fjernt fra 80-tallets "idealer"? Mister vi sykepleierens nærhet til pasienten til forringelse for begge? Eller er vi i ferd med å innta den "vitenskapelige" arena på en mer målbevisst og systematisk måte enn vi som sykepleiere hittil har hatt tradisjon for, gjennom standarder og koder som er ment brukt som redskap i forskning og statistikk, og som skal sikre en bedre, mer enhetlig sykepleie, og som i tillegg hjelper oss med å formulere det vi til nå har funnet vanskelig å sette ord på?

Debatten rundt sykepleiens kunnskapsgrunnlag er altså et element som ser ut til å vitaliseres gjennom debatten om sykepleier rapportens innhold og funksjon. Hva vi vinner og hva vi taper ved å gå bort fra den håndskrevne rapporten over til elektroniske system kan diskuteres, og sikkert belyses fra flere sider. Debatten slik den framstår i dag synes likevel ikke å handle om papirbasert rapport versus elektronisk rapport, men hvordan denne elektroniske rapporteringen skal utføres. Skillet mellom elektronikk og dokumentasjon ser ut til å være mer eller mindre fraværende i dagens debatt. Skal man som før bruke fritekst og definere bruk av terminologi selv, eller skal man anvende kodeverk med klassifikasjoner bestående av et predefinert, standardisert språk? Men hvorfor trenger vi sykepleieklassifikasjoner? Jeg vil først si litt om bakgrunnen for at NIC og NANDA ble utviklet i USA.

2.2 Utviklingen av NANDA - og så - NIC

The future of nursing practice is in our hands. It's up to us to define our own work. We need to make sure that the important judgements we make and the language that expresses them are deeply valued. That's what NANDA International is all about (NANDA 2006).

NANDA er et klassifikasjonssystem utviklet av sykepleiere. Tanken bak er at sykepleiepraksis ikke i første omgang dreier seg om en medisinsk diagnose, men snarere om pasientens reaksjon på, og opplevelse av diagnosen. Sykepleie er ansett som egen profesjon, ikke lengre bare en assistentfunksjon for legene. Som ledd i profesjonsutviklingen starter i 1973 de første spede skritt i retning utvikling av egne sykepleiediagnoser. Sykepleien skal synliggjøres også skriftlig, på en mer målrettet og aktiv måte enn tidligere. I 1982 blir NANDA formelt etablert, med medlemmer fra USA og Canada. I 1986 blir det etablert formelle retningslinjer for utarbeidelse og inkludering av sykepleiediagnoser i "Taksonomi I". Samme år sender ANA(Det amerikanske sykepleierforbundet) NANDA's klassifikasjonssystem inn til WHO(the World Health Organization) og foreslår å inkludere taksonomien som eget kapittel i ICD(the International Classification of Diseases)(NANDA 2006). Som kjent ble dette ikke gjort. NANDA-klassifikasjonssystemet er nå lisensbelagt (DIPS 2006).

Etter hvert har argumenter som man kan knytte til et ønske om en mer utstrakt vitenskapeliggjøring av sykepleien kommet til. "(...)*without a standard language to describe nursing interventions, there would be no way of producing a scientific body of knowledge about nursing*" (Bowker and Star 1999:235). Behovet for å kunne sammenligne behandling innad i avdelingen, mellom avdelinger, mellom institusjoner og på tvers av landegrenser anses som viktig. Et klassifiseringsverktøy vil kunne sikre at man sammenligner på like vilkår.

Synliggjøring av arbeidet er et annet argument for å innføre standardiserte klassifikasjonssystem. Mye av arbeidet sykepleierne utfører, har vi ikke hatt tradisjon for å dokumentere skriftlig. Å få satt ord på noe av dette "usynlige" arbeidet, er et argument for å innføre klassifiseringsverktøy. Rammeverket NANDA bygger på ni dimensjoner. Choosing,

communicating, exchanging, feeling, knowing, moving, perceiving, relating og valuing (Marchione 1993).

Kontroll er et tredje argument. En sykepleier arbeider med stor grad av frihet. Frihet til å velge hva hun skal gjøre og hvordan i forhold til sine oppgaver overfor pasienten. Hvordan hun utøver sitt skjønn vil avhenge av kunnskap og erfaring. En novise vil ha behov for større kontroll enn en ekspert, som har et stort erfaringsreservoar å øse av. (Bowker and Star 1999) Hvor sterk grad av kontroll et klassifikasjonssystem bør inneha er et vurderingsspørsmål. *"(...)the(...) trick is to measure the degree of control required to get the job done well, for most people, most of the time"* (Bowker and Star 1999:232).

NIC et klassifikasjonssystem for å beskrive sykepleieaktivitet, eller – intervensjoner. Arbeidet med å utvikle denne taksonomien startet i 1987. Klassifikasjonene bygger på den gjeldende sykepleiepraksis, sykepleielitteratur og pleiestandard (Nursing 2003). Første utgave av NIC kom i 1992. Fjerde, og nåværende utgave kom ut i USA i 2004, og det er denne utgaven som nå foreligger på norsk (Dochterman, Bulechek et al. 2006). NIC kan brukes i bokform, eller legges inn som del av et elektronisk dokumentasjonssystem.

"When nurses can describe what they do in terms that the public and others can understand, they begin measuring it, evaluating it, and validating its impact on the nation's health, research and public policy. Norma Lang, 1995" (Nursing 2003:why bother?).

Hensikten med å utvikle NIC hadde altså sammenheng med et ønske om å gjøre sykepleie synlig. Å få et felles begrepsapparat som er forståelig for alle, slik at det blir enklere å kommunisere til samfunnet for øvrig hva det er sykepleiere gjør. NIC har ifølge utviklerne mange fordeler. Det nevnes fire fordeler knyttet til selve sykepleiepraksis: Unikt bidrag til sykepleie (altså styrkende på fagutøvelsen), tildeling av ressurser (kap.6 har oversikt over beregnet medgått tid for ulike intervensjoner), sykepleieforskning (kodet tekst forenkler gjenbruk av data) og sykepleieutdanning (NIC inneholder en rekke tiltak knyttet opp til bestemte situasjoner, og kan derfor bidra til å utvide perspektivet på tilnærmingen og utvide handlingsrepertoaret til en sykepleierstudent, så vel som en sykepleier). Fordeler for pasienten påpekes å være bedret dokumentasjon av pasientomsorgen, kontinuitet, kvalitet og pasientsikkerhet. Det påpekes også helsepolitiske og administrative fordeler gjennom bedre

og mer presis informasjonsflyt og presisering av behov på bakgrunn av standardiserte data (Nursing 2003). NIC kan kobles opp mot NANDA, NOC og noe som heter ”Omaha System problems” (NANDA 2006). I Norge er det foreløpig bare NANDA som er oversatt og i bruk i tillegg til NIC. Det arbeides med å oversette også NOC til norsk.

2.3 Sykepleier rapportens mange roller

En sykepleier rapport har mange funksjoner. Den skal være et arbeidsredskap for sykepleieren til gode for pasienten gjennom at den sikrer en kontinuitet i behandlingen (Hamran 1994); som rettssikkerhet, for både pasient og pleier, ved at det man har gjort er nedskrevet og kan hentes opp som dokumentasjon på et hendelsesforløp hvis det skulle vise seg nødvendig (1999); som ”lim” i avdelingen, hvor alle funksjoner og aktiviteter skal planlegges og sikres gjennom hele døgnet; som kunnskapsformidling pleierne imellom og som medium for refleksjon rundt egen og andres praksis (Hamran 1994).

For å fylle alle disse oppgavene har sykepleierne hatt en bestemt måte å organisere rapporteringen på. En ”offisiell” skriftlig del, primært i en rapportbok, senere i kardex; en uoffisiell skriftlig del, ”lappen” som de fleste sykepleiere går rundt med i lommen; og en muntlig del, hvor man også formidler de tingene man ikke finner dekning for å skrive i pasientens papirer, men som man likevel aner kan være relevant og derfor trenger spesiell oppmerksomhet fra de andre pleierne. Den muntlige rapporten blir også brukt til å planlegge vekten og fordele arbeidsoppgaver mellom pleierne, med andre ord en viktig bestanddel i ”limet” jeg allerede har nevnt (Hamran 1994; Sexton, Chan et al. 2004).

Etter innføringen av EPJ har den skriftlige rapporten fått enda flere roller. Den skal fungere som redskap for tverrfaglig informasjonsformidling, og ved bruk av kodeverk kan man også anvende rapporten som utgangspunkt for statistikk over aktivitet, og derved planlegging av ressurstildeling for den enkelte avdeling. Det sykepleieren skriver er gjennom den umiddelbare tilgangen til dokumenter EPJ kan tilby, på en annen, og en mer umiddelbar måte enn tidligere, ”synlig” for andre yrkesgrupper.

Hva som rapporteres vil være styrende for ”blikket vårt” (Ruland 2000; Thornquist 2003; Heggdal 2006), hva vi ser etter, hva vi har fokus på. Kortfattet, presist språk med kvantifiserbare data, har vært ansett som korrekt måte å skrive en sykepleier rapport på. Den

objektive rapporten ses fortsatt som et ideal av mange (Person and Nilsen 2006). Det er viktig å påpeke at kravet om objektivitet ikke betyr at vi ikke skal rapportere pasientens subjektive opplevelse av ting, men det innebærer at ”synsing” og ”magefølelse” en sykepleier måtte ha i forhold til en gitt situasjon ikke skal skriftliggjøres i en sykepleier rapport. Det hender den subjektive opplevelsen en sykepleier har likevel er viktig informasjon å gi andre sykepleiere for å sikre en god videre oppfølging av en pasient. Opplysninger av slik karakter har vi så langt hatt rom for å dele med våre kolleger gjennom den muntlige rapporten. Eksempel på opplysninger av en slik art kan være at vi ber sykepleieren som kommer på vakt holde et ekstra ”øye med” ”Jensen”, uten at vi verken kan eller behøver å forklare denne foreløpige, udefinerbare ”uroen” nærmere. Det kan være en endring i ”Jensens” ”uttrykk”, i pusten, hudfargen, men så vag at man ikke er sikker, men likevel mener det bør følges opp, i tilfelle det skulle vise seg at dette ”vage” er starten på en mer alvorlig endring i ”Jensens” helsetilstand.

Sykepleie har gradvis tilkjempet seg status som selvstendig profesjon (NSF 1983). Sykepleieren bruker den medisinske diagnosen som veileder for medisinsk behandling, mens hovedfokus skal være på pasientens reaksjon på, og opplevelse av, sin diagnose (Heggdal 2006). Hvis man leser i NANDA ser man at krav om empiriske data kun utgjør en liten del av diagnosen. Det er et større fokus på også subjektive data, dvs. pasientens opplevelse, enn vi til nå har vært vant til å få presentert i en tradisjonell medisinsk diagnose. Dette har helt klart sammenheng med at det er sykepleiediagnoser, til forskjell fra en medisinsk diagnose hvor kravet til målbare data er et helt annet. Som det står på side 240 i ”Sorting things out. Classifications and its consequences”: *“NIC is associated with the traditionally “invisible work” which is often gender and status-linked, while the ICD is linked with highly visible medical knowledge (...)”* (Bowker and Star 1999). Kanskje har NIC egenskaper som kan være til hjelp i å synliggjøre også den delen av sykepleien vi så langt har funnet vanskelig å sette ord på. Hvis bruk av NIC og NANDA kan bidra til en grundigere og ikke minst bredere vinkling på et pasientproblem må vel det være til fordel for pasienten?

Sykepleier rapporten skal fylle mange og ulike roller/funksjoner, muntlig og skriftlig. Den formelle delen vi finner i pasientjournalen utgjør bare en liten del. Men det er altså denne lille delen jeg vil konsentrere meg om videre i oppgaven.

2.4 Teknologioptimisme versus teknologipessimisme – eller handler det om noe annet?

Jeg hadde inntil jeg startet arbeidet med denne oppgaven en forestilling om en splittelse i syn på teknologi som hjelpemiddel til dokumentasjon av sykepleie. Den klare delingen med ”teknologifrykt” på den ene siden og ”teknologioptimisme” på den andre, ser derimot ut til å ha forsvunnet de siste årene. Det finnes veldig mye litteratur som omhandler sykepleiedokumentasjon, og jeg har derfor forsøkt å begrense meg til å bruke ny litteratur. Det i seg selv kan i hvert fall delvis forklare hvorfor denne forventede todelingen synes fraværende. De fleste bøker og artikler jeg har valgt å lese er gitt ut etter årtusenskiftet. I en tidsalder hvor datateknologi har vært barnelærdom i godt og vel en halv generasjon, er det kanskje naturlig at motstanden mot selve datateknologien som sådan er mindre framtredd. Debatten om bruk av elektroniske hjelpemidler i dokumentasjonssammenheng, synes å ha beveget seg over på et mer detaljert plan. Det ser ut til at det enkelte dataprogram, og det enkelte kodeverk blir gjenstand for drøfting, altså: ”- hvilket system skal vi velge?”, til forskjell fra: ”- skal vi velge et databasert system?”.

Den teoretiske debatten rundt kodeverk og standardformuleringer ser altså ut til å være bare delvis tosidig. Jeg var likevel nokså sikker på å finne en klar todeling mellom de som ønsker å bruke NIC og NANDA og de som har valgt å ikke bruke kodeverkene hos mine informanter. Men heller ikke her er skillet mellom tilhenger og motstander riktig så kategorisk som jeg hadde forventet å finne.

Litteratur av nyere dato som omhandler sykepleiedokumentasjon behandler temaet kodeverk i sykepleiedokumentasjonen på en balansert måte. Både fordeler og ulemper presenteres i skjønn forening. Man kan likevel snakke om en form for todeling i den teoretiske debatten, selv om den som sagt ikke synes å handle om motvilje til bruk av teknologi som sådan. Jeg vil komme tilbake til hvordan jeg tenker meg denne todelingen. I varierende grad tar forfatteren i litteraturen jeg har gjennomgått, stilling til om kodeverk er noe som bør inn som en naturlig del av sykepleiedokumentasjonen. Ofte presenteres fordeler og eventuelle betenkeligheter uten at argumentasjonen fører fram til en klar konklusjon. Jeg vil presentere litt av det jeg opplever som essensen i den teoretiske debatten, de delene jeg ser kan få betydning for å belyse mine informanters argumentasjon.

2.5 For og imot kodeverk i litteraturen – hva dreier argumentene seg om?

Litteraturen jeg har funnet bærer preg av en positiv grunntone i forhold til elektronisk dokumentasjon generelt. Når det gjelder kodeverk og standardformuleringer blir bildet straks litt mer nyansert. Betenkningsrunder rundt bruk av dette, hvorfor det skal brukes, hvordan, og hva vi bør være særlig oppmerksom på i forbindelse med utvikling og bruk av slike systemer, svakheter ved dem, men også fordeler, mange fordeler, finnes i skjønn forening i litteraturen.

Argumentasjonen rundt sykepleieklassifikasjoner handler på den ene siden om alt fra rent datatekniske problemstillinger man tenker løst ved hjelp av kodeverk, til den andre siden som presenterer mer overordnede betraktninger, som omtaler dreiningen bort fra det menneskenære, det rike hverdagspråket til et "(...) *monologisk begrepsutredningsspråk, der livet ikke når oss*" (Martinsen 2003). Mellom disse "ytterpunktene" i debatten befinner det seg et bredt spekter av argumenter man kan relatere til den ene eller den andre "siden".

I litteraturen finner man argumenter av praktisk art, som hevder at bruk av kodeverk vil få direkte innflytelse på det daglige kliniske arbeid ved raskere informasjonsinnhenting og – formidling, på tvers av avdelinger, institusjoner og etater, og gjennom dette bedret tilbud til pasienten. Tilbudet tenkes bedret ut fra en tanke om at raskere informasjonsflyt, og bedre oppdaterte data vil sikre en raskere igangsetting av et behandlingstilbud, samt en bedre oppfølging i behandlingsforløpet. Kontinuitet i behandlingen er også et stikkord i denne forbindelse. Sykepleierapporten før EPJ har av flere vært beskrevet som til dels mangelfull, tilfeldig og lite strukturert (Ruland 2000; Hellesø and Ruland 2001; Dale and Dale 2004; Sexton, Chan et al. 2004; Heggdal 2006). Selve innføringen av EPJ forventes altså å avhjelpe disse problemene, mens bruk av kodeverk framholdes som viktig for å sikre at utnyttelsen av et elektronisk dokumentasjonsverktøy blir optimalisert.

Den bedrede informasjonsflyten som etterlyses via statlige dokumenter tenkes løst gjennom at alle avdelinger som er underlagt helse- og sosialomsorgen skal ha tilgang til bruk av elektroniske databehandlingsverktøy, og nettbaserte informasjonssystemer (Helsedirektoratet 2004). Den kodete teksten tenkes som nevnt tidligere, å ytterligere forenkle blant annet informasjonsinnhenting. Kodeverk er altså ment å skulle lette maskinens arbeid med å finne opplysninger som er relevante, og i tillegg sørge for en raskere og bedre

informasjonsspredning og bidra til å unngå missforståelser forårsaket av lokal sjargong (Procter 1992; Moen, Mølsted et al. 2003). Det påpekes at man gjennom bruk av felles klassifikasjonssystem vil ha et potensial for større klarhet i rapportene gjennom et mer ensartet språk og bruk av fagterminologi (Ruland 2000) - altså økt kvalitet ved tilgang til informasjon som er lik over alt, og som alle forstår. I tillegg er et felles kodeverk forventet å skulle bidra til lik praksis over hele landet, også dette til beste for pasienten (Dale and Dale 2004). Det tenkes også at selve behandlingen vil bedres gjennom at prosedyrer vil være kvalitetssikrede og oppdaterte, og dokumentasjonen forventes å bli mer nøyaktig.

Som dette siste argumentet antyder ønskes ikke NIC og NANDA innført utelukkende som et praktisk egnet verktøy for å lette informasjonsflyt, men tenkes også, kanskje først og fremst, brukt i en fagutviklende sammenheng. NIC og NANDA inneholder roller og rolleforventning, etisk og moralsk standard og norm, og gir mulighet til å beskrive fysiske omgivelser. I tillegg knyttes sosialt miljø opp mot familie (Krogh, Dale et al. 2005). I henhold til dette vil kodeverkene NIC og NANDA med andre ord kunne bidra til et bredt fokus i tilnærmingen til pasienten. De vil i følge enkelte bidra til å synliggjøre hva sykepleierens bidrag til helsehjelp består av, og derved være viktige verktøy for sykepleierne i deres profesjonsutvikling og definering av kompetanse i forhold til andre helsefaggrupper (Moen, Mølsted et al. 2003). Som vist i kapittel 2.1, er synliggjøring og profesjonsutvikling stikkord for tidligere forsøk på å endre struktur og innhold i sykepleiedokumentasjonen.

Den positive fagutviklende effekten av kodeverkene er ikke selvsagt for alle. *"Kvalitet utarmes fordi det allerede er gjort valg i forhold til hvilken type informasjon man tillegger betydning, i hvert fall skriftlig"* (Ruland 2000:133). Ruland viser også til Patricia Benner som i sin bok *"From novice to expert"* (1984) advarer mot at *"(...)nøkkelinformasjon og nyansene i beskrivelsen av praksis blir borte når sykepleierne skal måtte beskrive sin praksis med et vokabular innenfor klassifikasjonssystemers ordforråd"* (Ruland 2000:133). Også Hamran (1988) deler frykten for at bruken av klassifikasjonssystemer vil medføre for mange restriksjoner, at fenomener må beskrives i en ny "teknologisk" språkdrakt, og at uttrykksformer som både sykepleiere og pasienter benytter, går tapt gjennom innføring- og bruk av kodeverk (Ruland 2000). I tillegg til denne bekymringen blir det hevdet at det er store innslag i praksis vi ikke kan, vil eller skal sette faste uttrykk på (Moen, Mølsted et al. 2003).

Argumentene jeg her viser til handler om de tingene noen sykepleiere frykter vil gå tapt ved innføring - og bruk - av kodeverk. De forholder seg ikke til eventuelle positive effekter på rapporten ved innføring av kodeverk, men påpeker elementer i sykepleiedokumentasjonen de mener vil stå i fare ved at den individuelle, frie uttrykksformen erstattes med en standardisert, formalisert terminologi.

Kari Martinsen er en av dem som sterkest fronter tanker om at der er viktige elementer i sykepleiefaget vi er i ferd med å miste. Elementer som av noen karakteriseres som det menneskenære, det individbaserte og omsorgsrelaterte et kodeverk ikke kan og heller ikke skal favne, og som vi i følge Martinsen er i ferd med å fjerne oss fra ved en stadig økende standardisering, også av selve språket i sykepleien. Som vi tidligere har sett blir standardformuleringer i sykepleiedokumentasjonen gjennom bruk av kodeverk, av mange sykepleiere framholdt som et gode. I dialog med Jens Bydam skriver Martinsen i et åpent brev i dansk sykepleietidsskrift om sine bekymringer for den stadig økende standardisering i sykepleiefaget. De refererer her begge til en utvikling i retning bort fra det menneskenære, fra åpenheten mot pasientens opplevelser, mot en økonomistyrte sykepleieutøvelse. En praksis som styres mot resultatmålinger og effektivitet i stedet for behov og individuell tilpasning. Kari Martinsen er redd for et fastlåst språk, der opplevelsen, virkeligheten eller "livet", som hun selv uttrykker det, ikke når inn (Bydam 2003; Martinsen 2003).

Koblingen mellom kodeverk og økonomistyring finnes igjen i argumentasjonen for bruk av kodeverk i sykepleiedokumentasjonen. Som vi ser ovenfor, drar blant andre Martinsen fram dette økonomistyrede elementet inn som bekymringsverdig, og et ledd i det hun opplever som en utvikling som berører grunnleggende elementer i sykepleiefaget. Elementer hun mener står i fare ved et stadig økende fokus på økonomi (Martinsen 2003). Som jeg vil vise senere bærer kodeverket NIC i seg elementer for nettopp bedre økonomistyring på avdelingsnivå.

Redaktøren i det danske magasinet "Klinisk Sygepleie" refererer til Kari Martinsens brev når hun i nr.4, 2003 sier: "*Sproget refererer ikke lenger til eksistensen og den daglige omgang med tingene, men er blevet et abstrakt og stedsløst begrebssprog*" (Eeg 2003). Dette handler om kontekst, og påpekes som et problem i forhold til bruk av kodeverk av flere. Språket i kodeverkene betegnes som kontekstløst (Ruland and Hoy 1993; Blix 2005), og i dette ligger en fare for at individualisering av pleien ikke vil bli godt nok ivaretatt. Den påståtte

kontekstløsheten i dokumentasjonen påpekes også som et potensielt problem ved eventuell gjenbruk av data, hvor blant annet kulturelle forskjeller ikke blir tatt høyde for (Ruland 2000).

Som vist ovenfor kan man snakke om en form for todeling i argumentasjonen. På den ene siden er argumentene som er av teknisk og praktisk karakter, med mer eller mindre umiddelbar gevinst. På den andre siden ser vi en fagdebatt som kommer med betraktninger i forhold til hvordan en utstrakt bruk av kodeverk vil kunne påvirke sykepleiefaget på sikt, en påvirkning som anses som uheldig. Som jeg vil vise senere i oppgaven kommer begge disse sidene til uttrykk gjennom mine informanter.

2.6 Språk og kultur

Som jeg vil komme tilbake til etter hvert, ser det ut til at språket i kodeverkene kan være av betydning for hvordan de oppleves av noen sykepleiere, og videre for om de blir/vil bli brukt eller ikke. Som nevnt i forrige kapittel viser enkelte i litteraturen til språket i kodeverkene som kontekstløst og ”fastlåst” (Eeg 2003; Martinsen 2003). Jeg vil i dette kapittelet gå dypere inn i teori jeg ser er av betydning for å forstå hvilke mekanismer som kan gjøre seg gjeldende når sykepleierne blir presentert for språket i kodeverkene NIC og NANDA.

Betydningen av sosial kontekst som avgjørende for språkforståelse, framholdes som viktig av blant annet Ludwig Wittgenstein(1889-1951) (Thornquist 2003). Thornquist skriver at Wittgenstein hadde det man i dag betegner som et ”pragmatisk språkperspektiv”. Med det menes at man legger vekt på bruk og funksjon når man skal studere språk. Wittgenstein mente, i følge Thornquist, at uten å forstå hvilken sammenheng språket inngår i, kan man ikke forstå hele betydningen av det. Han betraktet språket, ikke som en avspeiling av verden, ei heller som en ytring av mentale forestillinger, men som konstituerende for virkeligheten. Språket er med og former virkeligheten for oss. Dette innebærer at man kan ikke forstå et utsagn, uten å se det i sammenheng med den sosiale kontekst det brukes i (Thornquist 2003).

”Det fins ikke noe ståsted eller betraktningsspunkt utenfor samfunnet, kulturen og historien” (Thornquist 2003:49). Thornquist framholder videre at vår kulturelle ballast er avgjørende for vår forståelse og vår fortolkning av omgivelsene. Verdier og normer ligger innebygd i språket, og i selve opplæringen man møter som student, påpeker hun. I dette ligger det at *”I en hver spesialutdanning ligger det en fare for å utvikle et gap mellom spesialisert kunnskap, med en*

tilhørende virkelighetsforståelse, og en mer allmennmenneskelig kunnskapsverden og livserfaring” (Thornquist 2003:50). Dette sitatet syns jeg er spennende tanker i forbindelse med kodeverktøvikling. Språkets iboende kraft til endring av holdninger, hvordan vi tenker om pasienten og som resultat av dette, måten vi behandler pasienten.

Det er ikke bare hos Thornquist vi finner henvisning til at ”kulturell ballast” har noe å si for hvordan vi forholder oss til, for eksempel en NANDA-diagnose, eller som det påpekes her - om en NIC-intervensjon anses for å være god eller ikke. I følge Bowker and Star har politiske, kulturelle, etiske, sosiale, religiøse, økonomiske og institusjonelle faktorer alle vært del i utviklingen av NIC. Det har vært diskusjoner også stater imellom innad i USA hvor enkelte NIC-intervensjoner (bl.a. definisjonen på dødfødsel) har vært underlagt heftig debatt på bakgrunn av ulik religiøs orientering statene imellom (Bowker and Star 1999).

June Clark nevner i en artikkel tre grunner til at hvert land bør utvikle sin egen taksonomi, og at NIC og NANDA følgelig ikke bør tas i bruk i andre land en USA der de er utviklet. For det første har det vist seg problematisk å bruke NANDA også i andre engelsktalende land. Westminster Hospital i London så seg nødt til å tilpasse NANDA til engelske forhold, da enkelte av begrepene som ble brukt opplevdes som fremmedartede og unaturlige. For det andre må oversettelsen i følge Clark også omfatte meningen bak selve ordene, en mening som vil være en selvfølge og lett gjenkjennelig i en kultur, men totalt fremmed i en annen. For det tredje reflekterer taksonomien årsaken til at det i første omgang ble utviklet i USA, og det reflekterer det systemet det er et produkt av, nemlig det amerikanske samfunn og -helsevesen (Clark 1998).

I et klassifikasjonssystem har man en gang for alle slått fast at bestemte begreper skal knyttes opp mot andre. Man har lagt til grunn kriterier for hvilke faktorer som skal plasseres hvor, og hvordan disse skal forstås og behandles. Systemene er ment å legge føringer for vårt blikk, og våre handlinger. Spørsmålet blir da i hvilken grad vi lar oss styre, mer eller mindre bevisst eller ubevisst, og om kodeverkene innebærer en mer omfattende og dyptgripende innvirkning på praksis enn utviklerne, eller her i landet - oversetterne, av NIC og NANDA har ment de skulle få.

Thornquist viser til at språkfilosofen Paul Ricoeur (1913-) påpeker for oss skillet mellom talt språk og skrevet tekst. Muntlig tekst (samtalen) er i følge Ricoeur preget av situasjonen, av

samspeilet mellom to mennesker, av tid og sted, en felles situasjon, en direkte relasjon. Tekst fikserer derimot meningen. Meningen blir ikke formidlet direkte av et annet menneske, men løsrives fra tidsdimensjonen og overbringes uavhengig av tid og sted. De skrevne tegnene skal overbringe budskapet. Teksten er distansert fra situasjonen den ble skapt i, dialogen forsvinner, og man sitter igjen med en dekontekstualisert rekke med tegn som framstår som mer eller mindre meningsfulle for oss. Teksten står åpen for fortolkninger på en helt annen måte enn den muntlige formen for tekst man har i dialogen i følge Ricoeur (Thornquist 2003). Ideen om kodeverk som entydige, klare og derved mer egnet for bruk i dokumentasjonen for å unngå misforståelser helsepersonell i mellom, som vi har sett brukes som argumenter av praktisk art, blir utfordret på bakgrunn av denne framstillingen av språk i kontekst.

2.7 Sykepleierens kunnskapsgrunnlag og utøvelsen av skjønn

Vitenskapeliggjøring av sykepleie, finner vi igjen i argumentasjonen for arbeidet med å utvikle kodeverk for sykepleiedokumentasjon.⁵ Også her i landet ser det ut som om vitenskapeliggjøring oppleves som viktig. Både som ledd i en profesjonskamp, altså en form for stadfesting av sykepleierens unike og viktige rolle i et tverrfaglig miljø rundt pasienten, men også som ledd i en kvalitetssikring av behandlingen pasienten tilbys. Samtidig er det også her en debatt som omhandler - ikke argumenter for eller imot Evidence Based Praksis (heretter kalt EBP) - men hvor stor plass denne forskningsbaserte kunnskapen skal få. Kritikerne av EBP framholder denne form for kunnskap som kun en liten del av sykepleieres (og andre helsearbeideres) kunnskapsgrunnlag. Uten å egentlig nedvurdere EBP's betydning for helsefagene, kritiseres altså det omfang EBP ser ut til å få til fordel for, og gjennom nedvurdering av, den erfaringsbaserte kunnskapen som tradisjonelt har vært svært viktig for også sykepleiefaget (Ekeli 2002; Lian 2003).

Vi kan kanskje gjennom den store tilliten til EBP, se tendensen til et ønske om å skulle "bevise" effekten av sykepleiepraksis, og på bakgrunn av disse "bevisene" – helst skaffet til veie gjennom randomiserte, kontrollerbare forsøk - skal vi basere "all" sykepleiepraksis. Kari Martinsen stiller spørsmålstegn ved kvaliteten på forskning som baserer seg på tanker om "gjennomsnittspasienten" som grunnlag for tilnærming til det individuelle. *"Det er en maktfull disiplinering bare å ta hensyn til gjennomsnittsmennesket"* (Martinsen 2005:94). Martinsen snakker om ulike former for evidens, og påpeker at *"(...)det evidente blir en*

⁵ Jfr. Kap. 2.2.

overbevist om på forskjellige måter alt etter hva det spørres om” (Martinsen 2005:88). Martinsen viser til Ekeli(2002) når hun stiller seg kritisk til at *”Kunnskap settes inn i et evidenshierarki for å måle effekt av forebyggende, behandlende eller rehabiliterende tiltak der systematiske oversikter og meta-analyser over flere godt utførte randomiserte studier settes øverst og egen klinisk erfaring nederst*” (Martinsen 2005:90).

Bengt Molander setter ord på den type kunnskap som av enkelte i debatten rundt EBP settes ”nederst” i hierarkiet, nemlig den praksisbaserte kunnskapen. Den kunnskapen som kommer til syne i handlingen, som læres inn gjennom å utføre en handling igjen og igjen, under kyndig veiledning fra ”eksperten” - den erfarne praktiker, som har denne kunnskapen ”integret” gjennom erfaring og overført kunnskap fra en annen ”ekspert”(Molander 1996). Molander påpeker refleksjon i handling som avgjørende for å lære. For å lære et praktisk yrke godt, må en være i en stadig veksling mellom å handle, observere og reflektere. En kyndig praktiker kan i følge Molander reflektere, eksperimentere og improvisere. Refleksjonen i handlingen er ikke alltid bevisst, og ikke alltid aktiv, men den kyndige praktiker vil alltid være i beredskap til å reflektere hvis noe uforutsett skulle inntreffe. *”(...)uppmærksamt handlande med beredskap för förändring*” (Molander 1996:141). Vil et for ensidig fokus på evidens forrykke denne evnen til ”refleksjon i handling” Molander snakker om her? Eller vil sykepleieren i møte med pasienten fortsatt utvikle sin evne til å utvise skjønn, til å anvende sin kunnskap på en relevant og adekvat måte i den individuelle situasjonen hver enkelt pasient vil fordre?

Skjønnsutøvelse må skje på bakgrunn av flere typer kunnskap. Den teoretiske kunnskapen legger grunnlaget for tilnærming til, og forståelse av en pasientsituasjon. På den andre siden er det bare erfaring som kan gi sykepleieren det grunnlaget som kreves for å anerkjenne det brede spekter av variasjon normalitet utgjør, og på bakgrunn av dette vurdere best mulig tilnærming til hver enkelt pasient.

Dette med erfaring og skjønn er slik jeg oppfatter et av Molanders hovedpoeng når han snakker om ”den levende kunnskapen”. Kunnskapen utvikles og endres for hver gang en handling utføres. Praksis, refleksjon og endret tilnærming, i en evig runddans. Dette skjer etter hvert mer eller mindre automatisk. Molander omtaler denne reflekterende praktiker som en ”forsker i praksiskontekst”. Gjennom refleksjon i handling skapes i følge Molander en ny teori om det unike tilfellet (Molander 1996:140-141).

Kari Martinsen er også opptatt av skjønn. "Å overbevise ut fra skjønn er en nødvendig rasjonell tilgang for å komme til evidente innsikter, både i en forskningssammenheng og i klinisk praksis." sier hun, og refererer til EBP's manglende anerkjennelse av skjønn "(...)*som en viktig forskningsholdning*" (Martinsen 2005:91). Gjennom denne tilsidesettelsen av skjønn blir forskningen ikke lengre "*(...)empirisk forskning på praksis (...men..) empirisk kontroll av praksis*" (Martinsen 2005:92). Martinsen ser med betenkt mine på en utvikling som går i retning av at evidensbasert forskning blir brukt som mål for god praksis (Martinsen 2003).

Kap.3 Metode

3.1 Temaet for oppgaven - bakgrunn for metodevalg

Argumentasjon for og imot sykepleieklassifikasjoner består av mange elementer, og framstår som nokså uoversiktlig og vanskelig å få ”grep om”. Jeg har derfor valgt en åpen problemstilling, og har funnet det naturlig å benytte en kvalitativ tilnærming. Ved å gå ut med mer eller mindre åpne spørsmål til informantene håpet jeg å få tak i hva som er mest sentralt for dem, i deres opplevelse av bruk av kodeverk, for på denne måten å finne et slags mønster i den tilsynelatende kaotiske strømmen av argumenter for og imot kodeverk og standardformuleringer i sykepleiedokumentasjonen.

Materialet jeg har brukt er en kombinasjon av litteratur og intervju. Litteraturen har jeg brukt til å skaffe meg kunnskap om bakgrunnen for at sykepleiedokumentasjonen er i endring, og hvilke argumenter man kan finne for og imot bruk av kodeverk og standardformuleringer, samt gjøre meg kjent med kodeverkene NIC og NANDA. Informantene har satt fokus, og gitt et bilde av hvordan de vurderer argumentasjonen jeg har funnet i teorien i forhold til sin praksiserfaring med kodeverkene. De argumentene fra litteraturen jeg har valgt å presentere i oppgaven er de jeg har funnet relevante å ta med på bakgrunn av informantenes uttalelser.

I og med at jeg forsøker å få tak i andre menneskers opplevelse av noe, det de opplever som sentralt, knytter jeg meg uvilkårlig til den fenomenologisk-hermeneutiske tradisjonen. Denne tradisjonen karakteriseres ved at man som forsker går ut for å finne virkeligheten, ikke en universell, altomsluttende virkelighet, men et fenomen, slik det framstår i en gitt situasjon eller en gitt sammenheng. Mine informanters opplevelse i møtet med kodeverkene NIC og NANDA har vært fokus for mitt arbeid. Hans-Georg Gadamer snakker på side 154, i Gulddal og Møllers oversettelse, om den hermeneutiske regel om at man skal ”(...) forstå helheden ud fra delene og delene ud fra helheden” (Gulddal and Møller 1999). Som jeg vil vise senere er det akkurat det jeg har forsøkt å gjøre i arbeidet med mitt materiale.

Hans-Georg Gadamer (1900-2002) utviklet teorien om fordommer som en videreføring eller konkretisering av Heideggers ”forståelsens forstruktur” (red.Gulddal and Møller 2002). Vår forståelseshorisont kan karakteriseres som summen av våre erfaringer, våre kunnskaper, våre holdninger og våre tanker, noen av dem samfunnsskapt og historisk fundamentert. Alt som

utgjør basen for vår evne til å gjenkjenne og assosiere. Fordommer er vår umiddelbare forståelse av noe, basert på denne forståelseshorisonten. Gadamer snakket om fordommer som vår forforståelse, også i positiv forstand. Begrepet har altså en videre betydning enn vi vanligvis tillegger det. Han mente ingen forståelse kan oppstå av ingenting. Vi må ha med oss en viss ballast i form av fordommer for at forståelse skal være mulig å oppnå.

Som helsearbeidere har vi en kunnskapsbase som vi har tilegnet oss gjennom grunnutdanning, praktisk erfaring gjennom yrkesutøvelse, erfaringsutveksling med kolleger, kurs, eventuell videreutdanning, artikler i fagtidsskrifter og mye annet som til sammen utgjør basisen for våre *fordommer* innen yrket vi utøver. Vår ballast er grunnlaget for at vi oppfatter bestemte ting på en bestemt måte. Vår umiddelbare oppfatning av noe, kalles en fordom, denne fordommen endrer vi ettersom vi får tilført ny informasjon. Disse fordommene, positive og negative basert på vår "horisont", bringer vi med oss inn i praksissituasjonene i forhold til våre pasienter, og utgjør rammen for hvordan vi oppfatter en situasjon, eller et sykdomsbilde. På samme måte har jeg hatt min forståelse, mine fordommer med inn i arbeidet med denne oppgaven.

Jeg har opplevd hvordan min forståelseshorisont har vært i stadig endring. Jeg har opplevd å se nye ting gjennom å lese de samme tekstene om igjen. Gjennom å ta for meg intervjuene slik jeg valgte å gjøre, mener jeg å ha anvendt en hermeneutisk metode gjennom å la teksten "tale" til meg. Jeg har forsøkt å lese med et åpent sinn, for så å gå mer systematisk til verks for å etterprøve mine førsteinntrykk. I hermeneutikken snakkes det om en "hermeneutisk sirkel, eller spiral" (red.Gulddal and Møller 2002). Denne spiralen innebærer at man tar med seg de nye elementene til "utgangspunktet", leser de samme tekstene om igjen, for stadig å utvide egen forståelse og oppdage nye elementer ved det man leser. Jeg vil si mer om min arbeidsmetode i kap. 3.5.

3.2 Forberedelse til intervju

Agendaen med dette arbeidet har primært vært å få oversikt over hvordan argumentasjonen for og imot bruk av kodeverk kommer til uttrykk hos noen sykepleieledere. Ved gjennomgang av litteratur har jeg kartlagt argumentasjonen jeg har funnet ved systematisk å notere dem ned etter hvert som de har framkommet i materialet jeg har gjennomgått. Jeg har brukt to dokumenter, ett for positive argumenter, ett for negative. Disse har jeg så gjennomgått med tanke på å gruppere og forsøke å få en best mulig oversikt over argumentene, for så å anvende

dem som grunnlag for å utarbeide intervjuguide. Det var også gjennom dette arbeidet jeg fikk mitt første grunnlag til en foreløpig ide om hvorfor kodeverkene NIC og NANDA møter motstand hos noen sykepleiere, motstand i en så utstrakt grad at de velger å avstå fra å bruke dem.

I god tid før intervjuene fant sted utarbeidet jeg som sagt en intervjuguide, med punkter jeg ønsket å belyse, og jobbet med denne med håp om å kunne løsrive meg nok fra teksten til å få en god flyt i samtalen uten brudd og oppstyking, samtidig som fokus var der det skulle være. Som Jan Trost sier det: *"(...) lära sig listan utantill, inte som en psalmvers utan "på riktig", den skall finnas i "rygmärgen", den skall vara internaliserad"* (Trost 2005:50).

Jeg forsøkte å strukturere intervjuguiden på en sånn måte at jeg ville sikre at alle informantene i hovedsak forholdt seg til temaet jeg ønsket å se nærmere på. Noen spørsmål skrev jeg helt ut, mens andre holdt jeg i stikkordsform. Dette for ytterligere å motvirke en for sterk styring av meg selv som intervjuer, både hva angikk formulering av hvert enkelt spørsmål og rekkefølgen av spørsmålene. Jeg ville med andre ord bestrebe en høy grad av strukturering, men en lav grad av standardisering (Trost 2005). Dette kalles også "semistrukturert intervju" (Malterud 2004).

Parallelt med arbeidet med intervjuguiden brukte jeg tid på å kartlegge min egen forutinntatthet⁶ i forhold til temaet kodeverk og standardformuleringer. Det følte som jeg gjennom å skrive ned mine tanker rundt temaet ved flere anledninger, og etter å ha lest litteratur som omhandler dette, hadde et tryggere og bedre utgangspunkt for å skulle gå inn i en intervjusituasjon. Tankene mine har vært av både negativ og positiv karakter, og ønsket var at jeg skulle være i stand til å argumentere godt for begge ståsted i debatten. Ikke utelukkende fordi jeg etter hvert ble kjent med flere argumenter både for og imot, men fordi jeg faktisk opplevde å kunne relatere meg personlig til flere av argumentene på begge "sider".

Det at jeg gjennom arbeidet i forkant følte at jeg fikk mer klarhet i mine egne tanker og følelser i forhold til temaet, mente jeg ville gjøre meg mer åpen også for de argumentene som ville framkomme i en intervjusituasjon. Jeg håpet på å bli bedre i stand til å håndtere eventuelle negative reaksjoner hos meg selv på det som ble sagt i løpet av intervjuene, og

⁶ Se kap. 3.1 side 26-27.

unngå at jeg i for sterk grad skulle prege spørsmålsstillingen, og derved resultatet av intervjuet, med min egen forståelse av temaet (Thagaard 2003; Malterud 2004). Tanken var at hvis jeg gikk inn i en intervjusituasjon med mange og uavklarte følelser i forhold til et tema var faren for å stille spørsmål på en måte som kunne virke støtende på informanten sterkere til stede. Innsikt i, og erkjennelse av egen forforståelse var derfor viktig.

Det å kjenne emneområdet man vil belyse er viktig for å få til et godt intervju (Kvale 2004; Trost 2005). I følge Thagaard (2003) er det å oppleve å bli forstått av forskeren en viktig forutsetning for at informanten skal være åpen i en intervjusituasjon. Spørsmålsstilling og kroppsspråk er avgjørende for hvordan informanten opplever å bli ivaretatt under intervjuet. Det "(...) å stille spørsmål som oppleves som relevante for informanten" (Thagaard, 2003:86), er en utfordring. Dette var også en grunn til å sette meg så godt som mulig inn i problematikken på forhånd.

Forberedelse til intervjuet innbefatter også å opparbeide seg en genuin nysgjerrighet i forhold til temaet. Det å greie å lytte til det som blir sagt, kunne stille de nødvendige oppfølgingsspørsmål, oppfordre til utdyping krever engasjement og konsentrasjon, men også interesse for å få fram et så nyansert og godt bilde som mulig (Kvale 2004). Engasjement og interesse var for meg en selvfølge, tatt i betraktning at temaet for oppgaven er selvvalgt.

Det ligger alltid en fare i at intervjuer ubevisst påvirker svarene gjennom spørsmålsstilling og måten man reagerer på svarene. Denne mekanismen, intersubjektivitetsproblematikken, er viktig å være klar over. Jeg måtte sørge for å være så tydelig som mulig i spørsmålsstillingen. Jeg måtte være presis i forhold til ordvalg. Mens jeg jobbet med intervjuguiden tenkte jeg også på å spørre slik at jeg skulle få svar på det jeg faktisk ønsket å få svar på. Når jeg var ute etter informasjon om et "program", måtte jeg ikke spørre etter et "system". Terminologien jeg brukte skulle være forståelig for informanten. Jeg måtte sørge for å bruke de betegnelsene som vanligvis anvendes i forbindelse med EPJ, og å avklare hvis jeg opplevde at informanten misforstod.

Jeg bestemte meg for å ta opp intervjuene på bånd. Fordelene ved dette er flere. Å lytte til tonefall og ordvalg i ettertid kan gi nyttig informasjon. Man hører seg selv "utenfra", og vil på den måten lettere kunne oppdage eventuelle feil eller mangler ved en selv som intervjuer. Man kan ha fokus på informanten, uten å anstrenge seg for å få med alt som blir sagt på

papiret. Man kan notere småting som skjer i løpet av samtalen i stedet for alt som blir sagt. Man får kort sagt et grundigere, mer utfyllende materiale å jobbe videre med (Troost 2005). Analysen av materialet starter allerede mens man intervjuer. Ved bruk av opptaker vil en kunne notere også tanker som dukker opp underveis. En ulempe ved å ha intervjuene på bånd er at utskrivning og analysing av materialet er svært tidkrevende. Jeg planla kun fire (som endte opp med å bli bare tre) informanter, og så derfor ikke dette som et problem for gjennomføringen av mitt prosjekt.

Noen mennesker føler ubehag ved å bli tatt opp på bånd, og man vil kunne oppleve at samtalen ikke blir så utvunget og naturlig som man kanskje ønsker. De fleste vil "glemme" båndspilleren etter kort tid, det er derfor viktig å planlegge intervjuet på en slik måte at man gradvis introduserer spørsmål som man mener har størst betydning et stykke ut i intervjuet (Troost 2005). Hovedkriteriet for at informanten skal kunne slappe av ved en båndopptaker er at intervjuer gjør det. Jeg "øvde" derfor meg selv i å samtale med båndopptaker på. Hvis jeg hadde hatt et anstrengt forhold til opptakeren, ville dette med stor sannsynlighet preget intervjusituasjonen på mer enn en måte.

Jeg ønsket så langt mulig å unngå oppfølgingsintervju, men valgte likevel å holde muligheten åpen. Det er mye som kan gå galt under et intervju. Dagsform er avgjørende, både for intervjuer og informant. I tillegg kan man oppleve uforutsette ting som virker forstyrrende inn, og som gjør oppfølging ved en senere anledning nødvendig. Jeg anså det som viktig at jeg hadde mulighet til å stille spørsmål til informanten hvis jeg oppdaget gjennom arbeidet med intervjuene at jeg hadde overhørt eller missforstått noe informanten sa.

3.3 Informantene

Jeg planla i forbindelse med prosjektet fire intervju med sykepleieledere. Primært søkte jeg to informanter for bruk av kodeverk og standardformuleringer i sykepleiedokumentasjonen, nærmere bestemt NIC og NANDA, to informanter skeptiske til bruk av NIC og NANDA. En av informantene trakk seg så sent i prosessen at det ikke var mulig for meg å skaffe en ny informant. Jeg var skeptisk til denne utviklingen til å begynne med, men jeg så snart at de tre jeg satt igjen med utgjorde en gruppe med svært god bredde i argumentasjonen. Disse sykepleierlederne gav meg innsikt i en problematikk som jeg ikke tror ville blitt grunnleggende annerledes med en informant ekstra.

Informantene jeg valgte er ledere. Fagpersoner som potensielt vil ha innflytelse i beslutningsprosesser, og som derved kan påvirke avgjørelser som tas på vegne av en organisasjon eller institusjon. Jeg hadde en tanke om at det er de som sannsynligvis har mest kunnskap om bakgrunnen for valg av dokumentasjonsform. De har sannsynligvis hatt mulighet til å sette seg inn i tankegangen rundt innkjøp av dokumentasjonssystem, og kunne ha vært toneangivende for valgene som er gjort og, til en viss grad, gjøres fortsatt. Dette viste seg bare delvis å stemme. Ingen av mine informanter var med i prosessen forut for implementeringen, men alle hadde tanker rundt de valgene som var gjort med hensyn til system for EPJ. Jeg hadde i utgangspunktet valgt informanter fra to ulike helseforetak, men den ene informanten trakk seg for sent til at det var mulig å skaffe en erstatning. Jeg endte derfor opp med ledere fra tre ulike avdelinger i samme foretak, men likevel forskjellig syn på og erfaring med NIC og NANDA. To fra psykiatrisk praksis, en fra somatisk praksis. En var tydelig mot, en tydelig for, den tredje i utgangspunktet mot, men framsto likevel litt mer villig til også å se på positive sider ved bruk av NIC og NANDA.

Alle tre informanter var dyktige brukere av DIPS, og alle tre var/hadde vært involvert i opplæring av de ansatte ved sine respektive institusjoner/avdelinger. Mine informanter var primært kjent med NANDA, da dette klassifikasjonssystemet har vært tilgjengelig på norsk i flere år. NIC var de ikke så godt kjent med. En av dem hadde lest, og forsøksvis brukt, NIC på engelsk.

Informantene blir referert til uten kjønn som ledd i et ønske om anonymisering. Ved bruk av sitater har jeg valgt å ikke bruke dialekt. For å klargjøre hvem som har ytret hva vil jeg referere til dem som Informant 1,2 og 3, forkortet til: I:1, I:2 og I:3.

I:1 og I:3 kjente til NANDA (og NIC) gjennom presentasjon av systemene fra andre, og gjennom å ha lest NANDA-diagnoser på eget initiativ før implementeringen av DIPS. De hadde på bakgrunn av denne gjennomgangen av NANDA valgt å benytte utelukkende fritekst ved "sine" avdelinger. I:2 var kjent med NANDA gjennom bruk av kodeverket i sin avdeling, og NIC gjennom forsøksvis bruk av den engelske versjonen gjennom et prosjektarbeid som gikk ut på å se om det var mulig å anvende NIC i praksis. Dette ble gjort ved at gamle pleieplaner ble "oversatt" i NIC-terminologi. Dette viste seg i følge I:2 fullt mulig. Informanten tok ikke stilling til om det ble bedre eller dårligere rapporter, kun det faktum at

det viste seg praktisk gjennomførbart. I:1 var den informanten som var minst kjent med NIC og NANDA, og derved omhandlet mye av det vi snakket om under intervjuet DIPS, altså problemer tilknyttet innføring av EPJ generelt – ikke kodeverk spesielt. I:2 var den informanten som hadde praktisk erfaring med bruk av begge kodeverkene. I:3 var den som hadde de sterkeste motforestillingene til bruk av NIC og NANDA, men hadde samtidig brukt tid på å lese spesielt NANDA, og referere konkret til flere av diagnosene, og også enkelte NIC-intervensjoner, i løpet av intervjuet.

3.4 Gjennomføringen av intervjuene

Jeg gikk inn i intervjusituasjonen med en frykt for å ikke være godt nok forberedt, for å ikke huske hva jeg skulle spørre om, for å bli ”låst” til intervjuguiden på en uhensiktsmessig måte. Men straks jeg satte på opptakeren var alt dette glemt. Min styring av intervjuet, og rekkefølgen på spørsmålene varierte fra informant til informant. En informant svarte på det jeg spurte om, uten for mye utenomsnakk, og det falt seg derfor naturlig å følge rekkefølgen av tema og spørsmål i henhold til intervjuguiden. En av de andre informantene svarte på flere spørsmål samtidig ut fra egne assosieringer rundt et enkelt spørsmål, og rekkefølgen av spørsmålene dreide derfor mer med samtalen, og intervjuguiden ble mer et verktøy for å sjekke ut at alle tema ble berørt i løpet av samtalen. Jeg brukte intervjuguiden i mindre grad enn jeg hadde fryktet. Den var en støtte og veiledning underveis, og jeg leste raskt gjennom den for meg selv ved slutten på hvert intervju for å forsikre meg om at de fleste punktene var berørt i løpet av intervjuet.

Jeg brukte en sort MP3-opptaker, 8x4 cm og ½ cm bred. M.a.o. mindre enn en standard mobiltelefon. I tillegg slukker lyset i displayet etter få sekunder når den ligger i ro. Den var så unnselig at den ikke så ut til å virke forstyrrende inn. Både jeg og informantene så ut til å ”glemme den” så å si umiddelbart. Lydopptakene ble straks etter intervjuet lagt over på CD og slettet fra MP3-spilleren. Lydkvaliteten var god. Bare enkelte ganger opplevde jeg å måtte spole tilbake for å få tak i hva informantene sa.

Det første intervjuet bar noe preg av å være nettopp det, det første intervjuet. Jeg oppdaget selv i løpet av intervjuet at jeg hadde en tendens til å ”overformulere” spørsmålene mine. I stedet for å stille et spørsmål, og så avvente svar, stilte jeg gjerne spørsmålet ved å benytte 2 eller 3 ulike formuleringer på det samme. Det er en uvane jeg er alltid har hatt, spesielt når jeg

er litt nervøs, og jeg prøvde å begrense lengden på spørsmålene etter hvert som jeg selv ble oppmerksom på dette. Jeg var nok også veldig opptatt av å framstå som spørrende og uvitende, for mot slutten av intervjuet sa informanten noe som tydet på at hun trodde jeg var ”ny” som sykepleier. Jeg fryktet da at jeg ikke hadde greid å stille spørsmål som ”opplevdes som relevant for informanten” som jeg tidligere har snakket om, jeg var redd jeg framsto nærmest som ignorant i stedet for nysgjerrig spørrende. Ved første gjennomgang av intervjuet i etterkant ble jeg imidlertid beroliget med hensyn til dette. Svarene jeg har fått fra informanten tyder på at hun absolutt opplevde det som relevant og innimellom også utfordrende og interessant. Jeg har i etterkant tenkt at det at jeg framsto på en slik måte delvis kan ha hatt sammenheng med at intervjuet ble foretatt på informantens kontor. Med informanten på hjemmebane, og jeg som gjest fikk hun muligens et slags mentalt ”overtak” som resulterte i at jeg framsto som mer uvitende enn det sannsynligvis var behov for. Jeg opplevde helt klart en bedre balanse mellom informantene og meg som intervjuer i de andre intervjuene, som ble gjort på et kontor ved universitetet. I tillegg var som sagt dette det første intervjuet. Det i seg selv var nok heller ikke helt uten betydning.

Bruk av ”støttelyd”, som jeg har valgt å kalle bruken av ”mmm” og ”mhmm” osv, viste seg å være et tveegget sverd. Ved gjennomgang av intervjuene i etterkant oppdaget jeg hvor forskjellig mine ”støttelyder” innvirket på informantene. Den ene av dem avbrøt konsekvent sin påbegynte setning, og forventet tydelig at jeg skulle komme med innspill. Informanten tolket, bevisst eller ubevisst, min ”mmm” som en høflig avbrytelse. Noen ganger oppdaget jeg det som skjedde, og kunne sette informanten i gang igjen med oppfølgingsspørsmål, mens andre ganger hørte jeg ikke hva som skjedde før i etterkant, og gikk nok glipp av en del informasjon på denne måten. Intervjuene ble holdt så tett på hverandre, at jeg ikke fikk tid til å gjennomgå hvert intervju før jeg foretok neste, så jeg brukte ”mmm” som ”støtteord” i de to neste også. Her så det derimot ut til at mine ”mmm” hadde den effekten det var ment å ha, som støtte og oppmuntring til det informanten sa.

I alle livets situasjoner har man ”roller” man enten påtar seg, men også blir tildelt av andre rundt en. Selv hadde jeg med meg mange ulike roller inn i intervjusituasjonen. Eksempler på rollene jeg hadde med meg inn i samtalene med sykepleielederne jeg intervjuet var: rollen som sykepleier, som sykepleieleder, som student og også som forsker. I tillegg vekslet jeg mellom rollen som tilhenger av- og motstander til NIC og NANDA. To roller som tilsynelatende er motstridende, men alt i alt kanskje ikke så langt fra hverandre likevel. Det er

i etterkant spennende å se dynamikken i intervjuene, og min egen "rollevandring" underveis i hvert enkelt intervju, men kanskje spesielt mellom de ulike intervjuene, avhengig av informantenes holdning til bruk av standardformuleringer i elektronisk sykepleiedokumentasjon. Ved å ha satt meg grundig inn i begge "leire" hadde jeg ikke noe problem med å forstå, og til en viss grad sympatisere med både motstandere og tilhengere av NIC og NANDA. Jeg ser av spørsmålsformuleringene mine, og måten jeg har respondert på mine informanternes innspill at jeg har evnet å framstå som støttende og interessert til det de har fortalt slik jeg hadde som intensjon. Jeg ser hvordan jeg intuitivt har formulert spørsmålene slik at jeg ikke uintendert har virket støtende eller provoserende. Måten informantene har svart på gir meg en forståelse av at jeg har forholdt meg til intersubjektivitetsproblematikken jeg tidligere har vært inne på mer eller mindre ubevisst gjennom samtalene jeg har hatt. Svarene jeg fikk var grundige, og vel gjennomtenkte for det meste. Der de fikk spørsmålsstillinger de ikke tidligere hadde reflektert over svarte de spontant, og helt i tråd med det synet de til da hadde lagt for dagen. Noen ganger framsto svarende som overraskende. Det var ingenting som tydet på at informantene forsøkte å tilpasse seg meg og mine forventninger. Ved et par anledninger stilte jeg spørsmål som jeg så i etterkant var direkte ledende. Likevel var svarene jeg fikk i en annen retning enn spørsmålsstillingen kunne tilsi. Jeg tolket det som tegn på at informantene jeg hadde valgt ut følte seg trygge på at det de mente om temaet var solid fundamentert i dem selv som fagpersoner, og at de hadde de personlige egenskapene som skal til for å hevde sitt syn, tross uenighet fra andre. Det virket dessuten som informantene forventet å få "inkvisitoriske" spørsmål. En av informantene sa rett ut: " *Kom med noe skikkelig provoserende nå.*" Hun var helt klart rustet til kamp for sitt syn, og synes kanskje jeg var for "snill" i spørsmålsstillingen.

Jeg opplevde intervjusituasjonen som spennende. Dialogen gikk stort sett lett, og jeg opplevde informantene som åpne og ærlige i forhold til de svarene jeg fikk, og deres tanker rundt problematikken. Temaet for min oppgave handler om informantenes tanker og meninger basert på erfaring med kodeverk og ikke, slik jeg så det, om informantene personlig. Jeg tok dette som sannsynlig medvirkende årsak til at de så ut til å være svært åpne om tanker og meninger de hadde i forhold til tematikken. Samtidig var de opptatt av anonymisering, og det kom tydelig fram at de ikke ønsket å framstå som gjenkjennbar i den ferdige oppgaven. Dette tok jeg som et tegn på at temaet kun tilsynelatende er overflatisk og saksbetinget. Det så altså likevel ut til at også følelser og personlige betraktninger spiller inn når temaet sykepleiedokumentasjon er på banen. Før jeg gikk ut og intervjuet hadde jeg en tanke om at

personlige egenskaper og interesser, samt tidligere erfaringer med papirbasert dokumentasjonssystem kunne være av betydning for holdninger til standardformuleringer og kodeverk i den elektroniske journalen. Den umiddelbare opplevelsen i etterkant av intervjuene var at denne antakelsen ble styrket. "Følelser" ser ut til å være et element ikke helt uten betydning når det gjelder holdninger til NIC og NANDA. Samtidig er faglige argumenter av rent praktisk art framtreddende på begge sider i debatten.

Intervjuene var lange, det lengste på 1 time og tre kvarter, det korteste på en time og et kvarter. Samtalen gikk som sagt greit gjennom alle intervjuene, og temaet for intervjuet gikk hele tiden som en rød tråd gjennom samtalen. Noen ganger måtte jeg presisere eller avklare nærmere hva jeg mente med et spørsmål, jeg kunne da omformulere eller utdype noe. Jeg forsøkte så godt jeg formådde å la informanten assosiere fritt rundt spørsmålene fra meg, og i minst mulig grad "styre" informantene ved for entydige og retningsgivende spørsmålsformuleringer. Lengden på intervjuene sier også noe om engasjementet fra mine informanter. Det er stort sett de som snakker, jeg spør og gir feed-back med mmm, hm, jaha, osv. Innimellom er der pauser, hvor informanten tenker seg om, for så å fortsette.

Intensjonen var å konsentrere fokus om prosessen forut for valg av system. Det viste seg derimot å bli svært vanskelig, enn si unaturlig. Mye av det informantene snakket om var basert på erfaringer i etterkant av implementeringen. Jeg var primært interessert i syn på NIC og NANDA spesielt, men ofte var det DIPS generelt som var omtalt. Dette har helt klart sammenheng med at informantene i ulik- og til dels liten grad har brukt NANDA (og NIC) i sitt arbeid. Dette gjorde analysearbeidet i etterkant utfordrende. Jeg måtte hele tiden holde fokus på det jeg skulle, og prøve å sortere ut hvilke kommentarer som gjaldt hva. Samtidig var dette til hjelp i mitt videre arbeid ved at denne "sorteringen" faktisk kom i fokus ved hjelp av informantene.

Kirsten Malterud sier om den kvalitative forskningstradisjonen at: "(...) *forskeren anses som en aktiv deltaker i en kunnskapsutvikling som aldri kan bli fullstendig, men som handler mer om nye spørsmål enn om universelle sannheter*" (Malterud 2004:31).

Dette utsagnet har jeg opplevd som sant mange ganger underveis i arbeidet med oppgaven. Spørsmålene har vært, og er fortsatt mange. Likevel føler jeg at intervjuene satte ting i perspektiv i forhold til den litteraturen jeg hadde lest i forkant. Enkelte elementer framsto som

viktigere enn andre, og muliggjorde en bedre avgrensning med hensyn til hva jeg skulle ta med, og hva jeg helt skulle utelate.

3.5 Analyseprosessen

Jeg gikk, som det framgår av informasjonsskriv til informantene⁷, ut med agenda om å kartlegge prosessen i forkant av implementeringen av DIPS. Allerede tidlig i det første intervjuet forsto jeg at dette ikke ville bli så enkelt som jeg først hadde trodd. Informantene snakket alle om sine opplevelser med DIPS, og NIC og NANDA, og da de ikke hadde vært involvert i beslutningsprosessen rund valg av dokumentasjonssystem, kunne de heller ikke i særlig grad klargjøre for de prioriteringer som ble lagt til grunn i forkant for valgene som var gjort. Debatten i forkant kom derved litt i bakgrunnen i mitt videre arbeid med materialet, og ble erstattet med det som etter hvert framsto som essensielt for de tre informantene.

Utskriving av intervju var som ventet et møysommelig og langvarig arbeid. At skriftlig gjengivelse av muntlig kommunikasjon tar tid og fyller mange sider med tekst, er noe også jeg fikk erfare. Steinar Kvale påpeker faren i å miste det opprinnelige innholdet i en fortellende tekst som et åpent intervju er, ved å dele opp i biter eller elementer som det å analysere innebærer (Kvale 2004). Som tidligere nevnt ønsket jeg å bruke informantene til å forsøke å få oversikt over hvilke elementer jeg skulle fokusere på i oppgaven. Jeg hadde en tanke om å bruke det som gjennom intervjuene framsto som mest sentrale for mine informanter som utgangspunkt for drøfting. Allerede i løpet av intervjuene trådte det fram en foreløpig forståelse av hva som framsto som mest sentralt i informantenes syn på NIC og NANDA. Analysen startet allerede i løpet av intervjuene. Mitt foreløpige inntrykk skrev jeg så ned. Jeg var litt overasket over hvor enige informantene egentlig hadde framstått. Jeg følte at de hadde brukt de samme argumentene mot NIC og NANDA, og de samme for. Likevel ønsket den ene å bruke NIC og NANDA, den andre ikke. De vektla altså likevel betydningen av argumentene forskjellig. For å finne balansen i argumentasjonen valgte jeg å dele et A-3 ark til hvert intervju inn i 16 ruter. Hver rute fikk sin overskrift: Kvalitetssikring, Rasjonalisering, Standarder, Faglig utvikling, Papirbasert system, DIPS/EPJ, NIC, NANDA, Personlig ståsted, Kunnskapssyn, BSS (Brukerstøttesystem), Avdelingskultur, Språket, Muntlig rapport, Erfaring med bruk, Motargumenter/kritikk. Jeg hadde under gjennomlesningen av intervjuene allerede streket under de stedene der informanten uttalte seg

⁷ Se: vedlegg 1

om temaene jeg hadde som utgangspunkt, og angitt i margen hvilke tema som ble berørt. Temaene var de jeg hadde i intervjuguiden. Jeg startet med andre ord med en temastyrt analyse. Enkelte nye momenter framsto som viktige ved gjennomlesing, og ble markert på samme måte. I tillegg til den tematiske analysen forsøkte jeg med andre ord å la empirien ”tale” til meg for å få tak i elementer jeg ikke allerede hadde med meg inn i intervjuene. Jeg dreide altså over til en mer empiristyrte tilnærming. Understreket tekst ble så plassert inn i A-3-arkene, et for hvert intervju. Jeg fikk på denne måten mulighet til både å sammenligne punkt for punkt, men også som helhet mot hverandre.

Noen argumenter jeg først trodde angikk bruk av kodeverk viste seg å handle om innføring av DIPS, uavhengig av NIC og NANDA. Ikke alltid var det mulig å skille, andre ganger kom dette skillet mer tydelig fram. Motargumentene til I:1 var mer knyttet opp mot DIPS enn NIC og NANDA, som ikke var i bruk ved I:1’s avdeling. Det at I:1 snakket mest om DIPS generelt, og lite om NIC og NANDA viste seg å ha større betydning for mitt videre arbeid enn jeg ved første gjennomgang av intervjuet hadde trodd. Dette fordi jeg på bakgrunn av I:1’s uttalelser fant det enklere å skille problematikk og argumenter knyttet spesifikt opp mot kodeverk fra problematikk og argumenter knyttet opp mot elektronisk dokumentasjon generelt. Argumenter knyttet EPJ versus kodeverk hadde til nå hatt en tendens til å ”flyte sammen” for meg.

Det var et vanskelig og møysommelig arbeid å plassere fragmentert tekst i rett rubrikk. Enkelte utsagn kunne passe like godt under ”Erfaring med bruk” eller ”Språk” som under ”Motargumenter/kritikk”. Men da dette arbeidet var gjort satt jeg igjen med en visualisering av hva informantene hadde snakket om, og hvor mye de hadde snakket om hva. Jeg følte jeg nå satt med et godt utgangspunkt for videre analyse av materialet.

Jeg overførte innholdet på hvert A-3 ark inn i hvert sitt elektroniske tanke-kart som jeg så skrev ut på papir. Ved å ha disse arkene foran meg fikk jeg en mer helhetlig, visuell oversikt som for meg forenklet prosessen med analyse. Den videre analysen var empiristyrte. På bakgrunn av gjennomlesing av tanke-kartene trakk jeg ut 9 nye punkter jeg brukte som bakgrunn for å lese intervjuene på nytt. Disse var som følger: Fremmed språk(1), For lite styring(2), Skjønn(3), Stygt/krenkende/stigmatiserende(4), Kontekst(5), Forskning(6), Fag(7), Formulering(8) og Språk(9). Dette var ord/begreper som syntes å være brukt hyppig av informantene.

Jeg leste intervjuene i på nytt, og noterte hvor mange gang disse begrepene framkom i tekstene. Jeg benyttet fargekoder for å forenkle arbeidet. Jeg fant det naturlig å gjøre dette som en ytterligere kontroll på at informantene virkelig var så opptatt av det jeg trodde de var opptatt av. Etter hver ”fragmenteringsprosess” leste jeg gjennom intervjuene i fulltekst for å se om arbeidet hadde gitt meg ny innsikt i forhold til utgangspunktet.

Framgangsmåten for analyse som jeg har valgt blir betegnet i litteraturen som en kombinasjon av helhetsanalyse og delanalyse. Helhetsanalysen gjøres, veldig forenklet, ved at man kategoriserer og teller opp utsagn fra informantene på bakgrunn av et valg av tema og problemfelt som man har kommet fram til gjennom en grundig gjennomlesning av den transkriberte teksten. Etter optellingen får man så bekreftet, avkreftet eller revurdert den teoretiske forforståelse en har av de data som er samlet inn. Delanalysen består i korte trekk i at man teller opp antall (bestemte) ord eller utsagn fra informanten, dette for å få et inntrykk av hva informanten synes å ha vektlagt i sine uttalelser (Brekke 2006).

Kap. 4 Drøfting rundt informantenes fremstilling av NIC og NANDA

4.1 Argumenter av praktisk art

Alle informantene påpeker den umiddelbare oversikten over opplysninger som god etter innføringen av DIPS. Dette gjelder både de som bruker kodeverk og de som har valgt å ikke gjøre det. Det er i følge I:3 fullt mulig å gjøre søk på bestemte begreper eller ord i stedet for koder i sykepleiemodulen i DIPS, så argumentet med å forenkle gjenbruk av opplysninger ved bruk av kodeverk vi finner i litteraturen får altså ikke full tilslutning hos alle mine informanter. I tillegg påpekte I:3 at informasjon fysisk må skrives inn i det dokumentet man ønsker de skal framkomme. Det er ikke slik at man kan skrive inn en kodet tekst, og så legger denne informasjonen seg automatisk inn i de dokumentene den bør framkomme. Ønsker man at informasjon skal gjenfinnes i ulike dokument må man med andre ord fortsatt notere dette flere steder. Riktignok har både sykepleierne og andre helsegrupper rask tilgang til dokumenter en tidligere ikke umiddelbart fikk se, og på bakgrunn av det kan det hende behovet for å skrive samme informasjon i mange ulike dokument likevel ikke er så påkrevd som det kanskje var i papirbasert dokumentasjonssystem.

Informasjonsutveksling og oppdatering av pleieplaner er to områder mine informanter påpeker som positivt. Dette er igjen elementer informantene ser ut til å knytte til EPJ generelt, og handler ikke om NIC og NANDA. Negative element i kjølvannet DIPS handler tilsynelatende om avdelingsavhengige behov. Psykiatrien savner mulighet for å dokumentere, og lagre informasjon om behandlingsteamet til den enkelte pasient på en måte som sikrer at denne informasjonen er tilgjengelig også ved reinnleggelser. Somatisk avdeling savner det som i kardex het hovedkort, og som inneholdt en del sentral informasjon om alt fra kost til tidligere diagnoser. Det at tidligere diagnoser ikke etterspørres i DIPS ses som en stor svakhet, og en betydelig kvalitetshemming i forhold til tidligere system. Både somatisk – og psykiatrisk avdeling snakker om at *”(...)de har valgt å skille diagnoser fra tiltak..det er noe av det dummeste de har gjort!”* (I:2), men også dette handler om DIPS, ikke NIC og NANDA.

Tidsbesparende effekt av kodeverk er et argument vi finner igjen hos flere. Den påståtte tidsbesparelsen er som vi har sett fra litteraturen ikke selvsagt. Det samme inntrykket gir mine informanter. Opplæringsfasen anses av informantene som lang, og ved lang tids fravær opplever personalet ifølge I:2, at de har en opplevelse av å måtte lære seg ”systemet” på nytt. Oppbyggingen av DIPS, med eller uten NIC og NANDA, oppleves med andre ord ikke som like logisk av alle.

Informantene bestrider påstanden om at det brukes mindre tid til rapportering, men gir i hovedsak støtte til påstand om raskere informasjonstilgang. Som nevnt må man i DIPS skrive informasjon i det dokumentet de skal framkomme, men da dokumentet man skriver også vil være tilgjengelig for andre grupper enn ens egen, er det kanskje likevel tilstrekkelig å dokumentere et sted, en gang. Det ligger muligens en viss tidsbesparelse i dette. I:2 påpeker at det etter innføring av nytt dokumentasjonssystem brukes mindre tid på å rapportere fra sykepleiedokumentasjonen til lege og psykolog i tverrfaglige møter. De har allerede lest denne dokumentasjonen, og på denne måten frigis det mer tid til planlegging av behandlingsoppfølging på pasienten. Dette er derimot et resultat av EPJ, og heller ikke dette kan altså tilskrives bruk av kodeverk.

I:2 er den eneste av informantene med erfaring med praktisk bruk av NIC og NANDA, og derved den eneste som sier noe om tidsbruk ved anvendelse av kodeverk kontra fritekst spesielt.

”Det jeg har sett av også utenlandske journalsystemer, så er det veldig dårlig støtte for å finne frem i diagnosesystemene.(...)Det burde vært et sånn nedendra- og oppsøket metode, slik at du for eksempel kunne søke på sår, så fikk man opp problemstillinger knyttet opp mot det. Vi hadde en del sårstell, og de som skulle sette opp pleieplan, de fant ikke noen diagnose som passet(...)Det er en bratt læringskurve for å ta kodeverkene i bruk når du har såpass dårlig tilpassede system som vi har i DIPS” (I:2).

I:2 etterlyser altså bedre brukerstøtte i DIPS, og antyder behov for utvikling av brukerstøttesystemer for å gjøre anvendelsen av kodeverkene mer hensiktsmessig. Tid som personalet må bruke for å lære seg å bruke koder i stedet for fritekst kommenteres på denne måten: *”Sykepleierne skal ikke sitte i timevis og lete, men hvis de innen rimelig tid finner noe som passer, synes vi folk skal bruke det til fordel for fritekst” (I:2).* Gjennom denne uttalelsen

signaliseres det tydelig at det å skulle anvende kodete diagnoser og intervensjoner til fordel for fritekst nødvendigvis vil ta tid. I hvert fall i en tilvenningsfase, og med bakgrunn i den påstått svake støtten DIPS per i dag kan tilby for bruk av NIC og NANDA, og kommentarer i forhold til at sykepleierne opplever at de må *"(...) lære seg systemet på nytt når de ikke har brukt det på en stund (...)"* (I:2) vil denne tilvenningsfasen sannsynligvis være relativt lang. *"Hadde vi visst..hadde jeg visst hvor mye tid det ville ta..hvor mye tid, og opplæring det ville ta å bruke det her, å begynne og bruke pleieplaner, så tror jeg kanskje jeg hadde gitt opp i utgangspunktet (...)"* (I:2)

Som nevnt i kapittel 1.2 kan man registrere henholdsvis NANDA-diagnoser og NIC - tiltak i dokumenter med pleieplanformat, og vise disse i pleie-/behandlingsplan. Det er lagt til rette for bruk av veiledende behandlingsplan, som også er ment å skulle forenkle rapporteringsarbeidet samtidig som man får hjelp med å formulere tiltak man finner relevante til hver enkelt pasient. Dette systemet er i følge denne uttalelsen fra I:2 ikke så enkelt og logisk oppbygd som man skulle ønske. Men, som I:2 påpeker, handler dette om dårlig brukerstøtte i DIPS, og ikke svakheter ved selve kodeverkene.

Den praksis I:2 viser til, at sykepleierne bruker koder hvis de finner en som passer relativt raskt men ellers fortsatt anvender fritekst kan, slik jeg ser det, forsvares i en overgangsfase. På sikt derimot, vil det ikke være holdbart å drive en slik praksis, skal man forsvare bruk av kodeverk på bakgrunn av gjenbruk av informasjonen gjennom statistiske beregninger og til forskning. Brukes ikke klassifikasjonssystemene konsekvent, kan man heller ikke kjøre ut rapporter som er anvendbare. Dette vil igjen være forskningsmessig ugunstig.

Argumenter som tilsier at den tidsbesparende effekten ved bruk av kodeverk muligens ikke vil være så stor som enkelte har håpet på finnes som nevnt også i litteraturen. Heggdal påpeker at i tillegg til at det brukes mye tid på å finne *"riktig diagnose"*, som likevel blir for generell til å fange opp det spesielle med akkurat denne situasjonen med akkurat denne pasienten, hvilket innebærer at sykepleieren i tillegg må bruke tid på fritekst, som vel i og for seg kodeverkene er ment å erstatte. Den tidsbesparende effekten kan man ut fra dette vanskelig se for seg. Heggdal tar til orde for en treleddet formulering i fritekst, med innhold:

1. Pasientens reaksjon
2. Årsak eller innvirkende faktorer
3. Konsekvenser

Hun mener man gjennom dette straks vil fange opp det individuelle (Heggdal 2006:151).

Denne tilnærmingen vil innebære en form for standardisering av rapporten, men uten at en "låser" en formulering, slik Martinsen advarer mot (Martinsen 2003). Også I:3 snakker om en standardisering med et åpnere tilsnitt enn NIC og NANDA kan tilby som ønskelig.

"Når du har en prosedyre må du jo tilpasse det du gjør etter situasjonen med akkurat denne pasienten. Noen mener du ikke trenger å skrive rapporter så lenge du skriver det som står der (i NIC og NANDA – min tilføyelse). Men - da må du jo skrive avvik på den der, og endre det, all den tid akkurat denne situasjonen er sånn at det ikke egner seg å gjøre sånn, men kanskje akkurat i kveld egner det seg likevel, hvis du skjønner... det her er så mye tettere opp i selve pasientsituasjonen enn en prosedyre. (...) En åpen, veiledende plan, der du formulerer, bruker språket, slik at det passer..i relasjonen på en måte..Ikke fratar den enkelte sykepleier ansvaret for å tenke igjennom hva hun eller han egentlig holder på med.." (I:3).

Denne siste setningen bringer oss over på neste argument, som dreier seg om pasientens og sykepleierens rettssikkerhet, og om bruk av kodeverk vil ha betydning i forhold til dette.

I:2 framholder pasientens innsynsrett i journalen som et viktig poeng i forhold til å sørge for at dokumentasjonen til en hver tid er oppdatert og derved gyldig. NIC og NANDA vil slik I:2 ser det være med på å bedre oppdatering av pleieplaner og ellers dokumentasjon av pasientens behandling og utvikling.

"Det har jo noe med rettsikkerhet å gjøre at de skal ha innsyn..i hva helsevesenet gjør, og det tror jeg faktisk er mye enklere å få til med et standardisert språk.. altså.. det fantes jo pleieplaner før, men de var jo ikke gyldige pga manglende oppdatering" (I:2).

I:2 framholder her en erfaring med at bruk av kodeverk har bidratt til å gjøre rapportene bedre, og mer oppdaterte enn de tidligere har vært. Om denne forbedringen skyldes at pleierne likevel, tross at de klager på at det tar lang tid til å lære dette systemet, opplever at pleieplanene er enklere å oppdatere enn de var i det tidligere rapporteringssystemet, eller om dette handler om en selvdisiplinerings-effekt på bakgrunn av at også manglende oppdatering blir synlig på en annen måte enn før, kommer ikke fram av det I:2 forteller.

Argumentene jeg har funnet i litteraturen synes å omhandle kodeverkens potensial som utgangspunkt for utvikling av brukerstøttesystemer og framholdes som et poeng av betydning for pasientenes rettssikkerhet. Dette gjennom at disse systemene antas å skulle bidra til at pasienten får den beste, mest oppdaterte behandling til en hver tid.

Bruk av kodeverk påstås i mye av litteraturen å ha avgjørende betydning for forskning der man må operere med lik kriteriebakgrunn for å sammenligne resultat av klinisk forskning på et visst antall pasienter med tilsvarende forskning i klinisk praksis andre steder, og som til sammen kan gi resultater som er gjort på et så stort antall pasienter at resultatet kan sies å være gyldig. Dette hevdes med stor overbevisning, og møtes med knusende kritikk fra mine informanter. Gjentatte ganger, og med forskjellige vinklinger, avvises statistikk- og forskningsargumentene av samtlige av mine informanter. Jeg må få presisere at det er NANDA informantene kjenner til, da NIC ikke kom ut på norsk før våren 2006. En av informantene har lest NIC på engelsk og tror disse er bedre egnet med hensyn til forskning fordi de synes mer *"(...) konkret beskrivende til det du faktisk gjør"* (I:2).

Mine informanter påpeker at der er mange bias knyttet til forskning på bakgrunn av klassifikasjonssystemene NIC og i følge I:2 kanskje i særlig grad NANDA, slik de framstår i dag. Mange diagnoser og intervensjoner vil slik I:2 har påpekt, fortsatt betegnes og beskrives i fritekst. Ved rapportkjøring vil kun kodede diagnoser og intervensjoner framkomme, og derved vil vi få et skjevt bilde av den egentlige aktiviteten i ei avdeling, mener I:3. Som følge av dette ser vi at kontekst er viktig å få fram, også innad i avdelingen. Dette får betydning for den muntlige rapporten, som på ingen måte blir overflødiggjort ved bruk av EPJ, med eller uten kodeverkene NIC og NANDA.

Informantene beskriver diagnosene i NANDA som *"sekkebegrep"* (I:2) og *"høyst uklare"* (I:1). En informant sa det slik: *"..hvis vi var fem stykker som leste den samme diagnosen kunne vi legge fem ulike ting i den"* (I:1). *"(...) disse diagnosene skal jo på en måte utelukke hverandre da, men det gjør de ikke alltid. Man må gå inn og se på friteksten også"* (I:2). Diagnosene er altså ikke alltid gjensidig utelukkende, med de problemer dette vil kunne medføre med tanke på forskning og statistiske oversikter. Når diagnosene oppleves så uklare som informantene signaliserer, vil det innebære at man ikke vil sikre en så ens dokumentasjonspraksis at man uten videre vil kunne bruke det i forskningsøyemed.

I:1 framholder at man slett ikke er avhengig av kodeverk for å føre statistikk eller drive forskning.

"(...) du kan lage dine egne koder og for eksempel registrere forekomst av hodelus i ei avdeling. Så kan du kjøre rapporter på det etter et år. Det er fullt mulig uten bruk av kodeverk, hvis man er bevisst på hvordan du vil bruke systemet. Men når man er så stormannsgal at man sier man skal kjøre rapport på hele sykepleien... da må du jo ha hundretusenvís av varianter å velge i, for pasientene framstår jo som veldig forskjellig.." (I:3).

I:3 får gjennom denne uttalelsen fram flere momenter. For det første tilkjennegis en holdning til enkelte tanker rundt etterbruk av dokumentasjon gjort ved bruk av kodeverk som "stormannsgalskap" ut fra en tanke om å skulle kunne kartlegge alle mulige detaljer i forskningsøyemed, bare man anvender predefinert tekst når man dokumenterer. For det andre synliggjør informanten at det faktisk er fullt mulig å etterbruke informasjon gjennom å være bevisst hvilken informasjon som er ønskelig å gjenfinne senere, og derved være bevisst på begrepsanvendelse knyttet opp mot disse spesielle tilfellene. For det tredje sier informanten noe om manglende mulighet for formulering av individuelle hensyn ved bruk av kodeverk. Dette siste handler også om kontekst.

Alle tre informanter påpekte NANDA-diagnosene som "for" upresise. De ble beskrevet som "sekkebegrep" (I:3), "ikke alltid gjensidig utelukkende" (I:2), "(...) høyst uklare, fem personer kan jo legge fem ulike ting i en og samme diagnose" (I:1). Heller ikke disse uttalelsene fra mine tre informanter gir støtte til tanken om at NANDA vil forenkle grunnlaget for forskning, ved at man raskt kan få overblikk over forekomst av en bestemt sykepleiediagnose ved en eller flere gitte avdelinger/institusjoner. Hvem som plasseres i hvilken kategori må man anta vil være høyst tilfeldig, skal man ta informantenes beskrivelse av kodeverket på alvor. I:2 tror NIC vil være mer egnet for bruk i forskningssammenheng fordi det framstår som mer spesifikt og detaljert enn NANDA.

I følge en undersøkelse gjort i 2006 (Angeremo) er det kun 20 % av sykepleietiltak som er beskrevet i dokumentasjonen, som er mulig å gjenfinne i klassifikasjonssystemet NIC (NSfID 2007). En total oversikt over sykepleieutøvelsen i landets sykehus, ved hjelp av statistiske oversikter på bakgrunn av NIC, er med andre ord ikke realistisk, i hvert fall ikke på langt nær enda.

Diagnoseklassifiseringssystemet NANDA ser, i følge det informantene sier, ut til å være for upresist som grunnlag for statistikk og forskning. I hvert fall ikke uten en forbedring i graden av entydighet og gjensidig utelukkelse kodene imellom, i forhold til det kodeverket ser ut til å ha per i dag.

En fare ved bruk av kodeverk er at det blir ”for enkelt” å fylle ut en pleieplan og skrive denne ut, uten å tilpasse den spesielt for hver enkelt pasient (Timmons 2003). I:1 påpeker: *”Hvis vi skal bruke pasienten og hans opplevelse av sine plager, så ender vi opp med en beskrivelse som er såpass lang, at det går rett og slett ikke. Det er ikke plass til alle ordene”*. Ved selv å ha gjennomgått NIC og NANDA i bokform finner jeg at dette ikke nødvendigvis er tilfelle. Ved å finne en egnet kode, vil en ha definisjon på selve diagnosen, og en liste over mulige relaterte faktorer hva gjelder både målbare og ikke målbare kjennetegn. Det er sykepleierens ansvar å plukke ut de faktorene som er naturlig å ha med i hvert gitte tilfelle. Ved å ha med kun de punktene som er aktuelle for hver enkelt pasient, begrenses antall ord betraktelig. For det andre etterspør systemet selv individuell tilpasning, gjennom begrepsbruken og oppbyggingen, av både diagnoser og intervensjoner. NIC-intervensjonene er bygd opp med tiltakene sortert ut fra de antatt mest aktuelle øverst. De fleste tiltak gir en påpeking av at de skal vurderes individuelt, ved at hver setning slutter med: ”om relevant”, eller ”kun når relevant” (Dochterman, Bulechek et al. 2006).

I:2 mener brukerstøtten for bruk av kodeverkene i DIPS er for dårlig. Det er i følge I:2 alt for tungvint å lete etter diagnoser som passer, spesielt hvis man ikke kjenner til alle diagnosene fra før. Dette innebærer at i en travel hverdag vil sykepleierne oftere enn kanskje nødvendig ty til fritekst i rapporten. Timmons frykt for at det blir for enkelt å anvende kodeverkene i en pleieplan, er altså i følge I:2 ikke et problem slik det teknisk er lagt til rette for bruk av NIC og NANDA i DIPS. Om dette likevel vil vise seg å bli et problem på sikt, gjenstår å se.

4.2 Informantenes forhold til språket og holdninger de mener kommer til uttrykk i kodeverkene

Informantene er unison i sine kommentarer i forhold til det de refererer til som ”språket” i kodeverkene. *”Når vi slo opp på..når jeg slo opp på psykiatri..jeg kjente ikke igjen veldig mange av disse begrepene, hva de faktisk betyr..det var ikke norske ord, altså ikke begrep som jeg er fortrolig med.” (I:1)*

”Det er da litt sånn rart oppstilt, ubalanse i ernæring – mer enn kroppsbehovet..altså..jeg må rett og slett le litt av det fordi det er en litt sånn morsom oppstilling..(...) noe av problemet ligger i at språket er helt fjernt (...)” (I:3)

”I begynnelsen var det et oppstyltet språk..vanskelig å forholde seg til (...)” (I:2) Informanten kommer ikke inn på hva det er ved språket som oppleves som ”oppstyltet”, men sier også tidligere i intervjuet: *”Jeg synes språket er veldig fremmed, det kunne godt ha vært mye mer..ha vært fornorsket.” .*

Alle informantene opplever altså at terminologien er fremmed, og at den med fordel kunne vært ”fornorsket”, eller tilpasset den terminologien de er vant til å både lese og bruke i sin kliniske hverdag. Dette handler neppe om at NANDA eller NIC bruker flere medisinskfaglige termer enn norske sykepleiere er vant til å anvende. Jeg fikk ingen konkrete eksempler på dette ”fremmede” gjennom mine intervjuer, men ved å lese i NIC og NANDA synes det for meg å handle om at kodeverkene bærer preg av å være oversatt, mer eller mindre direkte, uten omarbeiding i henhold til norske forhold i noen grad. La meg komme med et konkret eksempel: Et begrep som ”betydningsfulle andre” er ikke hentet fra norsk språk, verken norsk hverdagsspråk eller - sykepleieterminologi. I min praksis har begrepet ”påførende” blitt brukt om personer som står pasientene nær, gjerne uavhengig av slektskap. Det er pasienten selv som definerer hvem som skal føres opp som påførende, altså den de anser for å være sin ”nærmeste”.

Amerikansk språk har begrepet ”significant others” som klart skiller mellom den opplevde nærhet en pasient har til et annet menneske, og den mer juridisk bindende nærheten ”relatives” innebærer. Men gjør ikke vi den samme distinksjonen i norsk språk mellom ”påførende” og ”slektsning”? Kanskje ikke. Oversetterne har i hvert fall valgt å ta i bruk dette

”betydningsfulle andre” vi finner brukt i både NIC og NANDA i norsk oversettelse. Muligens på bakgrunn av en vurdering av dette begrepet som mer dekkende enn vårt tradisjonelle ”påførende”. Poenget er likevel at da jeg leste dette opplevde jeg umiddelbart denne begrepsbruken som nettopp ”fremmed”.

Som nevnt i kap. 1.3 er bakgrunnen for utviklingen av kodeverk til bruk i sykepleiedokumentasjon basert i blant annet et ønske om å synliggjøre, og også å vitenskapeliggjøre sykepleien på en bedre, mer tydelig måte enn hva sykepleiere tidligere har hatt tradisjon for å gjøre. I:3 uttrykker sin opplevelse av denne motivasjonen på denne måten: *”(...) det er så teknisk..så formulert for å..for å være noe... for å være et dokument du kan se på i ettertid...ikke som en formidling av noe til de som skal komme etter deg og videreføre arbeidet du har påbegynt.”* I:3 synes å være skeptisk til denne ”teknisk” pregete uttrykksformen, som ser ut til å føre til en avstand til den gjeldende situasjonen, og ikke en klarere definering av den som man kanskje kunne forvente.

Et viktig poeng er at rapport basert på fritekst vil ha en kvalitet som til en hver tid avhenger av den enkelte sykepleiers evne til skriftlig formidling. Hva som skrives vil bære preg av den enkelte sykepleiers skjønnsutøvelse og faglige styrke, men også av sykepleierens norskkunnskaper. Som en av mine informanter sa det:

”Det er på en måte lett for folk som er faglig sterke, og som er veldig...vel, som har lett for å sette ord på ting og som kanskje klarer å uttrykke det de mener med å skrive fritekst. Men jeg tro at for den jevne sykepleier – og hjelpepleier, som oftest bruker dette systemet, så bedrer det kvaliteten å bruke standardisert språk. Totalt sett blir det presentert et bedre bilde av pasienten” (I:2).

Denne informanten har nettopp snakket om faren for stigmatisering av pasienten ved bruk av enkelte av diagnosene man finner i NANDA, men synes likevel at det alt i alt er blitt mindre ”stygge” rapporter. Det er blitt mer struktur på hva som skrives og hvordan, etter at de tok i bruk kodeverk i avdelingen. Kvaliteten på rapporten er altså i følge I:2 blitt bedre på bakgrunn av kodeverkene NIC og NANDA.

I:2 framholder som nevnt likevel enkelte diagnoser som stigmatiserende, som bærer av et potensial til å gi et uheldig og skjevt bilde av pasienten utad. Dette påpeker informanten som et spesielt problem med tanke på gjenbruk av data i forsikringssammenheng, hvor

journalnotat vil kunne brukes som vurderingsgrunnlag av en person som for eksempel ønsker å tegne livsforsikring. ”Jeg tror dette er viktig å diskutere i forbindelse med å skulle bruke slike systemer” (I:2). På den andre siden framholder I:2 den klart hyppigere oppdateringen av pasientens pleieplan etter innføringen av DIPS som positivt. Om I:2 mener dette også har sammenheng med deres bruk av NANDA kommer ikke fram.

”I begynnelsen var det et oppstylda språk.. vanskelig å forholde seg til, men du venner deg litt til det altså...(..)det er jo et veldig omfattende språk også.. jeg tror jo de fleste avdelinger vil utforme sin egen... de har sitt språk lokalt.. det er visse ting du skriver og sier på spesielle måter.. forskjeller fra sted til sted.. jeg tror ikke det er en ulempe å få standardisert ting.. også syns jeg det er viktig å bruke dette systemet, følge det opp..” (I:2).

I:2 får fram viktige poeng her. En mer lik praksisutøvelse er et av argumentene for en økt standardisering av rapportene. Samtidig er denne tanken en anerkjennelse av at språket du anvender, formuleringene du bruker i skriftlig rapport slett ikke er likegyldig. Hvordan du rapporterer, har betydning for hvordan du utøver sykepleie. Et annet poeng man kan dra ut av dette sitatet er å finne i den siste setningen. Det er viktig å bruke systemet – og følge det opp.

I forordet til NANDA i norsk oversettelse, skrevet av redaksjonsutvalget står det en oppfordring til sykepleiere om å anvende NANDA i praksis, og melde inn forslag til endring. En tilsvarende oppfordring kunne vært ønskelig i forordet til NIC, men her er intensjonen om utvikling av kodeverket og tilpassing til norsk praksis og norsk lovverk på sikt mer uklart formulert. ”Det er NSF’s intensjon at boken skal brukes aktivt av sykepleiere i klinisk praksis, i sykepleierutdanningen, forskning og i andre sammenhenger der sykepleie og sykepleiedokumentasjon blir diskutert og utviklet” (Dochterman, Bulechek et al. 2006: Norsk forord).

Heggdal (Heggdal 2006) forteller at en undersøkelse gjort av Ehnfors m.fl (2004) sier at når språk og kultur framstår som fremmed, unngår man også å bruke det. Oversettelse er altså i følge denne undersøkelsen ikke nok. Man må omskrive og tilpasse, ikke bare til et språk, men også en terminologi og en kultur som ligger så tett opptil det vi bruker til daglig i norsk klinisk praksis. Kan det være slike mekanismer som gjør seg gjeldende når man opplever en entusiasme og positiv forventning til bruk av NIC og NANDA i en avdeling, og så etter hvert

opplever (i følge I:3) at pleierne skriver mer og mer "på skrått" (skrifttype for fritekst kontra standardisert språk). Problemene med å finne "noe som passer" oppleves som økende etter en tids bruk sier I:3, etter samtale med sykepleiere som har brukt NANDA. – Altså ikke motsatt, som man skulle kunne forvente som effekt av en tilvenning til språket og bedre kjennskap til kodeverket.

Kan man tolke dette som et uttrykk for at et av de viktigste problemene hva NIC og NANDA angår er at de ikke er norske, og at dette er et problem som forsterkes ved at de ikke i det hele tatt er forsøkt tilpasset norske forhold?

Språkbruk betegnes altså av noen som avgjørende for om sykepleiere vil anvende diagnoser i et kodeverk eller ikke. Heggdal refererer til en undersøkelse som viser at språk og kulturelle variasjoner har betydning for om sykepleiere vil anvende klassifikasjoner i et kodeverk, og at dette er av særlig betydning i forhold til oversettelse av kodeverk til et annet språk(Heggdal 2006). Det faktum at NIC og NANDA begge er preget av en mer eller mindre direkte oversettelse taler med andre ord ikke til deres fordel. NIC er ikke forsøkt oppdatert mht norsk lovverk og praksis. Dette etter "(...) *tunge faglige vurderinger (...)*" bestående av et ønske om å få boken ut på markedet så raskt som mulig, samt en frykt for at andre, useriøse aktører, ville komme ut med en oversettelse man fryktet ville være mangelfullt kvalitetssikret. "(...) *svært viktig å sikre en autoritativ norsk oversettelse, for å unngå ulike uautoriserte versjoner av NIC*" (Normann, Bang et al. 2007).

Forskningskvaliteten ved å hente ut data som bygger på et mangelfullt, enn si feilaktig utgangspunkt (det er en del vesentlige forskjeller på oppbyggingen av helsevesenet og de ulike yrkesgruppers kompetansenivå i USA og i Norge), kan man trygt påstå blir ytterligere forringet med tanke på den av Heggdal, nevnte undersøkelsen. Statistikk- og forskningsgevinst som følge av utstrakt bruk av kodeverk tror jeg med andre ord det ennå må mange år med utvikling til før vi kan oppnå.

While attending a special meeting of the ICN in Paris, I was naturally at once struck by the fact that the methods and the ways of regarding nursing problems were...as foreign to the various delegations as were the actual languages, and the thought occurred to me that ... sooner or later we must put ourselves upon a common basis

and work out what may be termed a “nursing esperanto” which would in the course of time give us a universal nursing language (Hamton Robb, 1909)” (Clark 1998).

Clark bruker dette sitatet for å illustrere en tankegang som har vist seg vanskelig å leve opp til. Det er ikke unaturlig å tenke at siden amerikanerne har arbeidet med kodeverk så lenge som de har, ville den enkleste og mest naturlige måten for andre land være å etablere en felles taksonomi for sykepleiepraksis ved å oversette amerikansk kodeverk.

Problemet ved oversettelse kontra utvikling av eget kodeverk basert på nasjonalt sett naturlige begreper i hvert enkelt land, påpekes også, som vist i kap. 2.6, av June Clark. Hun argumenterer for at hvert land, med hver sin pleiekultur må utvikle sitt eget klassifikasjonssystem. Dette på bakgrunn av erfaring som viser at oversettelse av så dyptgripende sykepleiefaglige elementer et kodeverk er bærer av, ikke uten videre er overførbart fra et land til et annet, tross tilsynelatende likheter ved de to landenes pleiekultur. (Clark 1998).

Eline Thornquist viser til at verdier og normer ligger innebygd i språket. Dette finner jeg støtte for gjennom informantene 2 og 3 sine uttalelser. Deres opplevelse av enkelte diagnoser som ”krenkende” og ”stigmatiserende” kan muligens forklares på bakgrunn av en anerkjennelse av en kulturforskjell mellom hvordan vi ser vår rolle overfor pasienten her i Norge, i forhold til hvordan amerikansk helsevesen er organisert og drevet. En kulturforskjell som kommer til uttrykk gjennom språket i NIC og NANDA, og som så oppleves som ”fremmed”, ”stigmatiserende” osv. av mine informanter.

Man kan selvsagt gå inn i en diskusjon på hvor likt eller ulikt det norske og det amerikanske helsevesenet er, men med tanke på hvordan mine informanter opplever NIC og NANDA tør jeg påstå at forskjellene er større enn man kanskje ved første øyekast kan se. *”(...) altså, det er et språk som er så krenkende..for meg er det så krenkende at det går kaldt nedover ryggen (...)*” (I:3). Man må kunne anta at svært mange sykepleiere på bakgrunn av slike opplevelser, vil unnlate å benytte de kodene som framkaller slike følelser. Igjen et forskningsmessig bias.

Vi har alltid tilpasset oss det medisinskfaglige språket, det språket vi møter i utdanningen vår, og det språket vi møter i vårt daglige arbeid. Dette er snakk om en vanesak, og vil neppe by på store problemer for noen. Som I:2 uttrykker det: *” I begynnelsen opplevdes det som et*

oppstyttet språk, det var vanskelig å forholde seg til det. Men.. du venner deg til det... etter hvert.” Hvis man ser for seg at sykepleierne på sikt vil ”lære seg” dette ”nye språket” vi møter i NIC og NANDA slik I:2 antyder, vil dette bare delvis løse ”språkvanskene” knyttet til kodeverkene. Vi jobber ofte og mye tverrfaglig. Det er med andre ord flere faggrupper som må gjennom en ”tilvenningsfase” til dette ”nye språket”. Journalen er i tillegg pasientens dokument, ikke bare vårt. I:2 påpeker behov for å oversette eller forenkle når pasient eller pårørende skal framlegges journalen, og foreslår utvikling av et dataprogram som kan ”fornorske og forenkle” NIC og NANDA før det framlegges for pårørende og/eller pasient. Mitt spørsmål er snarere: hvorfor ikke ”forenkle” NIC og NANDA? Det ville da gjøre det hele betraktelig enklere for de av oss som har tro på en framtidig gevinst av bruk av kodeverk. På den måten slipper sykepleierne å legge om sin naturlige måte å uttrykke seg på, og sjansen for at de vil anvende kodet tekst i stedet for fritekst vil trolig øke.

Informantene mener altså at NIC og NANDA framstår som vanskelig å forstå, men I:2 påpeker at man venner seg til det, og sykepleierne vil lære seg dette språket etter hvert. Men hva da med § 40 i Helsepersonelloven som påpeker at journalen skal være lett å forstå helsepersonell imellom? Hvis dette ”språket” må ”læres” av sykepleierne før de føler de kan ta i hvert fall deler av kodeverket i bruk, må man anta at også andre helsefaggrupper må gjennomgå den samme ”læringsprosessen”.

I:3 betegner NANDA-diagnoser som bærer av en måte å betrakte pasienten, som ikke er forenelig med ”vår”. *”(...) det smerter meg at vi tar i bruk et dataprogram som har dette inne(...)*” (I:3). Norske sykepleieres tilnærming til pasienten oppleves for I:3 som forskjellig fra det informantene mener blir formidlet via NANDA-diagnosene. Til min overraskelse formidles det samme av I:2. Som sagt er det de samme diagnosene som ble framholdt som eksempel på denne ”krenkende” eller ”stigmatiserende” måten å framstille pasientene på.

I:3 framholder at NANDA-diagnosene bærer preg av et menneskesyn som går på at - vi som fagpersoner vet best. Pasienten må pent gjøre som vi sier. *”(...) fullt oppegående mennesker, som har et annet syn på saken enn legen og takker nei til behandling. Da skal vedkommende altså få en diagnose. Manglende samarbeidsvilje. NANDA - diagnose nummer 00079*” (I:3). Denne diagnosen framholdes av en av de andre informantene også som eksempel på en mindre heldig side ved NANDA. Jeg må i dette tilfelle gi min fulle tilslutning. Selve diagnoseteksten framstår som svært negativt vinklet. Manglende samarbeidsvilje. Dette

handler om pasientens personlighet. Det er pasienten som blir stemplet som uvillig til samarbeid. Hvis man derimot leser definisjonen ser en at det likevel ikke nødvendigvis er pasienten som er ”problemet”.

Denne diagnosen kan en altså sette – på pasienten, i pasientens journal – hvis *”En persons og/eller omsorgsgivers atferd (ikke) sammenfaller (...) med den helsefremmende plan eller behandlingsplan som personen (og/eller familien og/eller lokalsamfunnet) og helseprofesjonen er enige i”* (Gordon, Avanat et al. 2003:163). Man skal altså sette en diagnose på pasienten med en ordlyd som ikke umiddelbart setter pasienten i et gunstig lys, på bakgrunn av en sykepleier eller annen omsorgsperson som ikke vil, eller evner å samarbeide. Det eneste positive jeg kan si om kode 00079 er at den under ”relaterte faktorer” åpner opp for tanken om at samarbeid krever innsats fra flere enn en, og at årsaken til et manglende samarbeid svært sjelden handler om en av partene, men snarere et dårlig samspill mellom to eller flere bestemte aktører. At det derimot skal skrives i pasientens journal som en diagnose, oppleves som sagt som et ”overtramp” av mine informanter. Som I:3 sier: *” (...) altså..her er et sånn utenfra perspektiv..og vi vet hva som feiler deg, du er ikke tilpasningsdyktig, bæng”*.

En annen diagnose som ble framholdt som ”stigmatiserende” er kode 00099: svekket evne til å opprettholde helse. Under ”Kjennetegn” sorterer: *”Mangelfull helsefremmende atferd i fortiden. Ikke uttrykt interesse for å forbedre helseatferd”* (Gordon, Avanat et al. 2003:109). Røkere, overvektige, alle som ikke trener jevnlig, kan i teorien plasseres i denne diagnosen. Vi beveger oss inn i et landskap hvor ”normalen” stadig blir smalere, og alle som faller utenfor idealet skal kategoriseres og diagnostiseres. Som I:2 sa det: *”Du kan på en måte stigmatisere folk skikkelig altså, ..og det tror jeg er en viktig diskusjon å ta i forbindelse med å skulle bruke slike systemer.”*

Enkeltdiagnosene som framholdes som ”stigmatiserende” av I:2, nevnes også av I:3 og betegnes av denne som *”krenkende og menneskefiendtlige”*. I:3 som sterkest fronter sin missnøye med NIC og NANDA påpeker at det ikke er standarder generelt som er problemet. Det er NIC og NANDA spesielt. Det menneskesynet informantene mener ligger til grunn for utvikling av disse diagnosene og disse sykepleieintervensjonene, og som NIC og NANDA er *”gjennomsyret av”* (I:3), er det som får denne informantene til å velge bort disse klassifikasjonssystemene.

Kanskje kan man snakke om NIC og NANDA som ”kart” i det norske ”helseterrenget”?

”(...) the medical record does not simply describe a patient’s body; it structures the way the patient’s body is rewritten. (...) the patient’s body is reconfigured so that it matches the map” (Berg and Bowker 1997:520).

Hvis dette er tilfelle er det ikke uten betydning hvile ”kart” vi anvender i sykepleien. Hva som rapporteres vil være styrende for blikket vårt. Hva vi ser etter, hva vi har fokus på. En av informantene mine refererte til en sykepleier som uttalte etter å ha forsøkt å bruke NANDA over en tid: *”(...) det er jo ikke bare å skulle presse pasientene inn i det der systemet da. Jeg syns faktisk det er ganske vanskelig å finne det som passer.” (I:3)* Denne uttalelsen kan man tolke som et uttrykk for at ”kartet ikke passer til terrenget”, for å bruke Eline Thornquists terminologi. Thornquist sier: *”Sykdomskategorier er laget av mennesker i bestemte historiske epoker og under bestemte sosiokulturelle forhold. Derfor er det viktig å reflektere systematisk over hvilke ”kart” helsepersonell selv utvikler og benytter seg av” (Thornquist 2003:52).* Videre påpeker hun at vår kulturelle ballast *”(...) er bestemmende for hvordan vi forstår og fortolker det vi ser og hører. Den fører for eksempel til at vi har en tendens til å oppfatte dem som ikke tenker og handler slik vi gjør, som spesielle og rare” (Thornquist 2003:49).* Hvis vi ser på NANDA -diagnosene er de direkte oversatt til norsk fra amerikansk. Kan det være det Thornquist refererer til her som gjør at informantene oppfatter enkelte diagnoser som ”oppstyttet” eller ”rare”? Er det kulturen og tenkningen bak utviklingen av diagnosene som gjør at enkelte av dem blir oppfattet som uforenelige med vår måte å tenke i forhold til pasienten på?

Informantene mine synes ikke å ha forstått at de ved å ta i bruk NANDA og snart også NIC er med på det Normann, Bang, Mølstad og Dale i et debattinnlegg i Sykepleien betegner som ”utviklingsprosjekter”. For å sitere:

”(..det finnes ikke) noe vedtak fra helsepolitiske myndigheter eller sykeleiefaglig konsensus om at NIC skal brukes i norsk sykepleiepraksis. Derfor er all bruk av NIC, og andre sykepleieklassifikasjoner, å betrakte som utviklingsprosjekter (...)” (Normann, Bang et al. 2007:73).

Mine informanter framsto for meg som uvitende til dette. Det var ingenting i deres omtale av NIC og NANDA som gav inntrykk av at de betraktet bruken av dem som prosjektbasert.

Begrepet ”utviklingsprosjekt” er nytt også for meg. Ikke noe sted så langt verken i statlige dokumenter, i informasjon om bruk av NIC og NANDA i DIPS, eller i litteraturen for øvrig har jeg sett antydning at det som for mange sykepleiere er blitt en del av hverdagen faktisk er prosjektbasert, og derfor i prinsippet når som helst kan tilbakekalles og endres. Hvem som står ansvarlig for å innhente resultater, og evaluere disse ”prosjektene” kommer derimot ikke fram av debattinnlegget.⁸

4.3 Fagutviklende utsikter ved bruk av NIC og NANDA

I:2 framholder NIC og NANDA’s fagutviklende egenskaper på denne måten:

”(...)det finnes enormt mye i det standardiserte språket de burde brukt ved for eksempel (nevner bestemt avdeling). De driver mye med å .. de underviser pasienter... ved å , helt bevisst... i forhold til å utvikle seg i bestemte retninger.. det burde vært beskrevet.. både for personalets del, og for pasientens del.. å registrere, hva de egentlig jobber med..”

Uttalelsen kan leses på flere måter. Det ene, og kanskje mest nærliggende er det fagutviklende potensialet I:2 mener ligger i disse kodeverkene. Et annet aspekt er det juridiske, ved at man gjennom bruk av kodeverk får hjelp til å dokumentere hva som blir gjort i forhold til pasienten på en bedre måte enn mange fikk til ved bruk av fritekst. I tillegg viser I:2 til erfaring med at dokumentasjonen er bedre oppdatert enn før. Et tredje element handler om synliggjøringen av sykepleien. I:2 påpeker at det er mye sykepleiefaglig som bare blir gjort, målrettet, men helt uten at det blir skrevet ned noe sted. Synliggjøringen av sykepleien framholdes som vist tidligere også i litteraturen som et sentralt argument for bruk av kodeverk i dokumentasjonen. Likeledes var dette et argument for utviklingen av kodeverk i USA tidlig på 1970-tallet.⁹

⁸ Det eneste stedet jeg har funnet en uttalelse som sier noe om at disse kodeverkene formelt sett ikke er klarert for bruk i klinisk praksis fant jeg den 25.april 2007 i et møtereferat fra Referansegruppe for KoK(Kodeverk, klassifikasjoner og termer i helse- og sosialsektoren) KoK er opprettet av Sosial- og helsedirektoratet, med KiTH(Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren) som sekretariat. Jeg viser til dette referatet avslutningsvis i oppgaven.

⁹ Jfr. Kap. 2.2

I:3 påpeker at NANDA og NIC er systemer som gir retningslinjer for tiltak *”helt oppi pasientsituasjonen”*, og påpeker dette som bekymringsverdig.

”(...) det gjør noe med vår faglighet å legge inn en kultur via et hjelpeverktøy på den måten vi gjør ved å bruke NIC og NANDA(...)hvordan vi skal tenke, hvordan vi skal handle i bestemte situasjoner er fagspørsmål som bør besvares gjennom faglige diskusjoner ved avdelinga, ikke ligge i ferdige oppskrifter fra USA (...)” (I:3).

I:3 setter her fingeren på noe viktig. I USA, der NIC og NANDA er utviklet, har hver enkelt kode/diagnose/intervensjon vært gjort gjenstand for grundig gjennomgang og siling på bakgrunn av gitte premisser og kriterier for godkjenning. Denne prosessen har vi ikke hatt her i Norge. Vi har tatt i bruk et system som i følge I:3 vil bidra til den retning utviklingen av sykepleiefaget vil få. En kurs som ikke er peilet ut av norske sykepleiere.

Det kanskje viktigste ved kodeverkene NIC og NANDA, slik I:2 framstiller det, er at de har et bredt fokus, som søker å ta med flere dimensjoner i pasientens liv enn det rent medisinskfaglige. Gitt at *”Det sykepleiefaglige perspektivet innebærer at vi ikke har hovedfokus på den medisinske diagnosen i seg selv, men på pasientens reaksjoner på sykdommen”* (Heggdal 2006:65) er dette ikke så unaturlig. I:2 mener om en bestemt somatisk avdeling at

”(...) de kunne hatt godt av å bruke pleieplaner, slik at de fikk et litt videre perspektiv(...)med NIC og NANDA kan du være mye mer detaljert. Jeg tror at på sikt vil det komme systemer som gjør det mulig å følge en utvikling i en pasientproblematikk, og at man gjennom det vil lære mye om hva vi gjør feil, og hva vi gjør rett. Det vil ikke være mulig hvis vi ikke bruker et standardisert språk.” (I:2)

I:2 tilkjennegir her en tro på et fagutviklingspotensial gjennom bruk av kodeverk til fordel for fritekst. Det kan på bakgrunn av dette synes som om *”(Kravet om) synlige, objektive sykdomstegn”* (Martinsen 2003), slik Kari Martinsen uttrykker det, ikke er en beskrivelse som er dekkende for kodeverkene NIC og NANDA.

”Sykepleiere trenger forskning som viser at det vi gjør fungerer. Jeg håper en sann form for forskning vil være med på å endre praksis” (I:2). I:2 gir her inntrykk av et syn på EBP som et nødvendig, og høyst ønskelig tilskudd til sykepleiepraksis. I:2 sier videre at bruk av kodeverk vil kunne muliggjøre en mer utstrakt forskning på klinisk praksis. NIC ser ut til å egne seg

bedre enn NANDA, som I:2 framholder som uegnet til bruk i forskning pga at diagnosene er for ”vide”.

Ens praksis og oppdaterte prosedyrer, ses som viktig av flere i litteraturen, og framholdes også som et poeng av I:2:

”Det går veldig mye på individuell tenkning blant sykepleierne. Jeg tror.. det er jo på en måte som å gå til legen.. man vil jo gjerne at legen skal være oppdatert.. ha lest..siste forskning om medisinen, eller hva som virker.. og ..og det samme burde gjelde for sykepleiere..”

Dette er et tema som kunne vært behandlet for seg. Hva er god praksis? For hvem? Er: Lik praksis = God praksis? Hva med individuelle hensyn, vil de bli godt nok ivaretatt?

Ens praksis og lik behandling på tvers av landegrenser har altså vært framholdt som argument ved utvikling og innføring av kodeverk. Ideen om at man skal kunne universalisere sykepleie blir hoderystende mottatt av en av informantene. *”Vi møter store forskjeller bare mellom avdelinger innen en og samme institusjon”* (I:3). Forskjeller som ikke går på rett og galt, men som går på ulike kulturer, et mangfold på basis av normvariasjoner fra sted til sted vi må ivareta og som er ønskelig, i følge I:3.

I:2 ser derimot som vist i sitatet ovenfor, en mer ens tilnærming som et gode. *”Det er visse ting du skriver og sier på spesielle måter. Og så har du på en måte forskjeller fra sted til sted..jeg tror ikke det er en ulempe om du får standardisert ting..”* (I:2). Denne informanten har opplevd NANDA som i hovedsak et positivt tilskudd til sykepleiedokumentasjonen. *”Ufine”* rapporter i fritekst er nå ikke så vanlig lengre, mener I:2. Alt i alt opplever informanten at presentasjonen av pasienten er bedre etter at de tok i bruk NANDA ved avdelingen. Kritikken fra denne informanten handler som vist tidligere, om enkeltdiagnoser, fremmed språk samt dårlig støtte for bruk av kodeverk i DIPS. Selv om også I:2 reagerer på elementer i NIC og NANDA, er dette siste punktet en kritisk bemerkning som tilkjenner en holdning om at kodeverk absolutt bør anvendes, og at forholdene må legges til rette på best mulig måte for å sikre at de faktisk blir brukt.

I:2 presenterer sin opplevelse av å ta i bruk kodeverk på denne måten: *”(...) for første gang i mitt liv forsto jeg hva sykepleie var, NIC og NANDA beskriver på en måte hva som er spesielt*

sykepleiefaglig, i forhold til resten..” Synliggjøring av sykepleien (Moen, Mølsted et al. 2003) er et viktig argument for å utvikle og ta i bruk kodeverk. I henhold til det I:2 forteller greier NIC og NANDA å gjøre nettopp dette.

Synliggjøring av sykepleien blir også framholdt som viktig i forbindelse med profesjonsutvikling og profesjonskamp. NSF’s slagord er som kjent: *”Tydelig, modig, stolt”*. Tydelighet utad fordrer at man som sykepleier opplever at faget framstår som tydelig og begripelig for en selv i første omgang. Hvis det er sann at sykepleiefaget for mange sykepleiere oppleves som diffust og litt uhandgripelig, er det helt klart en positiv effekt om NIC og NANDA kan bidra til en større forståelse for eget fag blant sykepleierne selv.

Martinsen snakker med bekymring om en økonomistyrte sykepleieutøvelse. NIC har i kapittel 6 en oversikt over kode for intervensjon, utdanningsnivå som er påkrevd for å utføre intervensjonen, samt antatt tidsforbruk. Her i ligger nok noe av det Martinsen setter fokus på i sin kritikk. Denne muligheten til finansiell kontroll, som gjennom NIC ser ut til å kripe nærmere og nærmere den direkte pasientsituasjonen. En bekymring som også formidles av I:3 på denne måten:

”(...) alle de vanskelige tingene i sykepleie, alle de tingene vi ikke får uttelling for og som vi ikke får vist..de skal vi nå vise med dette (NANDA og NIC)..jeg tror ikke det.. vi er naive hvis vi ikke ser hvordan denne gjenbrukssiden ..hvordan den.. hva slags konsekvenser den kan få..for praksis.. (...)”

Et argument brukt til fordel for NIC er, som vi finner i litteraturen, kartlegging av pasientens behov for hjelp, og gjennom dette, muligheten til å oppnå bedre ressursplanlegging (Procter 1992; Dale and Dale 2004). Denne effekten av NIC vil vi derimot ikke umiddelbart kunne gjøre nytte av her i landet. Kapittel 6 i NIC-boka knytter intervensjoner opp mot krav til kompetansenivå hos den som skal utføre dette, samt forventet medgått tid for hver angitte intervensjon. Man kan tenke seg at en slik oversikt ville kunne lette arbeidet med å planlegge bemanningsstruktur, ressursbehov, og gjennom det, bedre den finansielle kontrollen i den enkelte avdeling. NICs kapittel 6 er derimot ikke bearbeidet ved oversettelse til norsk. Dette innebærer at det per i dag står at for eksempel kateterisering av menn, intermitterende kateterisering av barn - samt opplæring av foreldre i denne sammenheng, assistering ved kirurgiske inngrep – inklusive informasjon til pårørende i den forbindelse, all medikamentadministrasjon med noen få unntak, sorterer under de naturlige arbeidsoppgavene

til en hjelpepleier uten spesialkompetanse. Dette kapittelet er med andre ord per i dag ikke anvendbart her i landet. Det må store endringer til for å kvalitetssikre og lovfeste innholdet.

Ruland tilkjenner som nevnt i teorikapittelet, skepsis til at valg i forhold til hvilken type informasjon som tillegges betydning i skriftlig dokumentasjon allerede er gjort før møtet med pasienten. Dette er etter mitt skjønn ikke nytt for EPJ. Pleieplan i papirbasert system hadde også en styrende effekt. Fokus på objektive, målbare data var som tidligere påpekt minst like framtreddende i papirbasert rapporteringssystem. Det framheves altså at det samme gjelder for papirbaserte systemer – men dette er helt klart nok et bias i forskningssammenheng. Spesielt med tanke på de uklarheter som er påpekt tidligere i spesielt NANDA.

NIC og NANDA synes for meg å inneholde mange svært gode elementer i forhold til at de har en bred vinkling i sin tilnærming til en angitt utfordring. Fysiske, psykiske og sosiale elementer blir berørt. Pasientens omgivelser og faktorer knyttet til pasientens private sfære likeså (Gordon, Avanat et al. 2003; Dochterman, Bulechek et al. 2006). Dette blir indirekte påpekt av I:2 gjennom en betraktning av hvordan rapporter utarbeides ved andre avdelinger. *”(...) de kunne godt brukt pleieplaner altså..slik at de fikk et litt videre perspektiv..”*.

Ruland snakker om nyanser i beskrivelse av praksis hun er redd forsvinner ved bruk av kodeverk. Martinsen snakker om en fastlåsing av språket, der ”opplevelsen”, selve ”livet” blir borte. De tingene det her refereres til – har det noen sinne vært satt ord på skriftlig? Handler dette om de tingene man muligens formidler muntlig, men sjelden skriftlig fordi det blir for diffust, for vagt til at man vil sette det ned på papiret som et faktum? Man finner ellers mange ting i NIC som ikke kan betegnes som ”fastsatt”, men mer som en generell tilnærming, en bestemt holdning. Jeg kan prinsipielt ikke se noe galt i dette, gitt at holdningen som kommer til uttrykk er i tråd med det vi som norske sykepleiere oppfatter som etisk forsvarlig og god sykepleiepraksis. Måten informantene omtaler kodeverkene tyder på at holdningen som kommer til uttrykk så langt, ikke helt samsvarer med deres grunnholdning til hvordan sykepleierens tilnærming til pasienten bør være.

I:2 snakker altså om å få et ”videre perspektiv” gjennom bruk av pleieplan og NANDA. Dette står i kontrast til Ruland og Martinsens frykt for en mindre nyansert skriftlig rapport. Det ”presise”, det ”entydige” i kodeverkene etterlyses av informantene. De påpeker kodene i NANDA snarere som det motsatte av presise og entydige. Dette er helt klart ugunstig med

tanke på å anvende disse diagnosene som utgangspunkt for forskning, men kan kanskje ses som gunstig med tanke på at de gjennom å være så "upresise" som informantene påpeker, vil åpne for innspill fra andre som Grønvold (i det hun viser til Martinsen) framholder som et gode, ved det hun omtaler som det mer upresise dagligspråket (Grønvold 2000).

I følge Ricoeur's teori om at teksten står åpen for fortolkninger på en helt annen måte enn den muntlige formen for tekst man har i dialogen, er den opplevelsen informantene av NANDA-diagnosene som åpne for fortolkning, helt naturlig. Man tolker en tekst på basis av ens egen forforståelse og ens egen erfaring og kunnskap. Den kulturen man er bærer av vil prege hvordan en opplever en tekst (Thornquist 2003). Hvis en tekst er skrevet i en annen kultur, med en annen vurderingsbakgrunn enn den som leser teksten, kan det fort oppstå missforståelser. NIC og NANDA er bærer av den amerikanske pleiekulturen. På enkelte områder må man anta at den vil skille seg fra vår. Leser man kodeverkene på bakgrunn av at de forventes å skulle representere norsk pleiekultur, er det naturlig å anta at mange vil kunne reagere på bakgrunn av disse forskjellende som kommer til uttrykk, gjennom formuleringer og definisjoner i kodeverkene.

Problemet med de papirbaserte dokumentasjonssystemene og også elektronisk dokumentasjon uten bruk av kodeverk, har i følge alle mine informanter dreiet seg om manglende dokumentasjon, og manglende oppdatering av informasjon. Dette er helt i tråd med funn i litteraturen. Det påpekes spesielt av I:2 at NIC og NANDA kan være til hjelp med nettopp å sette ord på noe av det "diffuse", "tause", "relasjonelle" vi finner så vanskelig å beskrive med egne ord. Men at det kreves en språklig tilpasning av NIC og NANDA ser ut til å være klart. Alle informanter påpeker det "fremmedartede" i språket.

Mer alvorlig slik jeg ser det, enn at den forskningsmessige verdien av bruk av kodeverk forringes, er at kodeverkene bærer med seg elementer av en kultur og en tenkning vi ennå ikke har tatt stilling til om vi ønsker å innføre. Riktignok ser det ut til, i følge det informantene signaliserer, at de diagnosene som i sterkeste grad avviker fra den kulturen norsk sykepleie er bærer av, ikke blir brukt. *"(...) jeg vet ikke – hvor vidt språket..jeg mener – kritisk sans må du alltid ha med deg. Språket er jo noe du bruker for å beskrive hva du har tenkt å gjøre.. vi må prøve å være bevisst på.. i hvilken grad vi blir styrt (...)"* (I:2)

På sikt derimot, når denne måten å omtale pasienten på blir mer kjent, når vi vinner oss til terminologien i (NIC) og NANDA, og nye generasjoner sykepleiere kommer til og møter disse diagnosene (og intervensjonene) mine informanter nevner, vil man måtte anta at flere sykepleiere etter hvert vil ta, også de diagnosene som mine informanter reagerer spesielt på, i bruk. Jeg vil påstå det er sannsynlig at så lenge disse diagnosene får stå, så lenge de er tilgjengelige for bruk, vil de i løpet av relativt kort tid også bli brukt. Som I:3 uttrykker det: *”Når ledelsen sier dette er en ok måte å uttrykke seg på, sier de samtidig dette er en ok måte å tenke på, dette er en ok måte å behandle pasienten (...) på sikt vil praksis endre seg etter disse kodeverkene.”*

Noen av NANDA-diagnosene framholdes slik tidligere påpekt, som krenkende av informantene. Det er de samme diagnosene I:3 og I:2 framholder som uheldige. I:2 ser i motsetning til I:3 ikke det faktum at disse er tilgjengelige for bruk som et problem. Man kan jo bare velge å ikke bruke de diagnosene man mener ikke er gode nok. Samtidig gir I:2 uttrykk for at det kan være en viss fare for uheldige konsekvenser for pasienten hvis noen likevel skulle ta i bruk disse diagnosene. For I:3 er derimot framtidsutsiktene dystre ved at disse diagnosene i det hele tatt er mulig å ta i bruk. Denne informanten ser for seg en holdningsendring på sikt ved at disse diagnosene er tilgjengelige. Ved at kodeverk allerede er i bruk i flere sykehus over hele landet, er man kanskje allerede i ferd med å endre en pleiekultur, uten at man i utgangspunktet har tenkt over, eller tatt standpunkt til, om man virkelig ønsker å endre den i den retning man faktisk gjør.

I:3 er altså tydelig på at NIC og NANDA vil ha en uheldig styrende effekt. I:2 ser ikke den samme faren, og ser den positive effekten av NIC og NANDA som større enn den eventuelt negative.

Også I:2 påpeker uheldige formuleringer, men ser ingen umiddelbar sammenheng mellom formuleringer i kodeverkene og praksisutøvelsen. Man skriver det man gjør – ikke omvendt, mener I:2.

Kari Martinsen er redd et språk der ”livet” ikke når inn. Martinsen påpeker noe viktig her, men er det hun snakker om knyttet opp mot den *skriftlige* rapporten? Har rapport noen sinne vært noe annet enn preget av fagterminologi, og ”fastlåste” termer? Når man binder språket, binder man også refleksjonen. Man låses fast i et språk fjernt fra dagligtalen (Martinsen

2003), og gjennom det mister man det dagligdagse, det særegne, det som er viktig for den enkelte pasient, her og nå. Bare det kontekstløse, allmenne står igjen. Det vi kan veie, måle, beskrive i generelle fraser kommer i fokus. Det diffuse, det vi mer "kjenner" enn ser mister sin arena. Vel og merke ikke ved innføringen av en elektronisk til fordel for en papirbasert rapport, men ved den samtidige fjerningen av den muntlige rapporten (Blix 2005).

I litteratur omhandlende sykepleiedokumentasjon, av både eldre og nyere dato, er det mye som tyder på at den "ideelle" skriftlige rapporten skal være objektiv, kortfattet og konkret, og at det er slik den skriftlige rapporten også framstår i praksis (Grønvold 2000; Dahl 2002). Grønvold påpeker riktignok at rapportskrivningen bør forbedres i retning av mer innhold. Refleksjoner og tanker rundt samhandling med pasienten holdes utenom den skriftlige rapporten. Formidling av skjønnsutøvelse, etiske vurderinger, faglig forståelse og praktisk kunnskap blir i liten grad skriftliggjort. Grønvold etterlyser en endret skriftlig praksis, og Martinsen advarer mot en skriftlig praksis som i enda sterkere grad fjerner oss fra det Grønvold etterlyser. Gjør vi det ved bruk av NIC og NANDA? I følge I:2 har NIC og NANDA en videre tilnærming enn vi tidligere har hatt tradisjon for å få fram, i hvert fall skriftlig. NIC og NANDA hjelper oss i følge I:2, med å sette ord på flere dimensjoner i pasientrelasjonen. Er dette tilfellet vil kodeverkene kunne bidra til å bedre rapporten i den retning Grønvold og Martinsen ønsker.

4.4 Hvordan formidler informantene sine tanker rundt kunnskapssyn, kontekst og skjønnsutøvelse?

"Vi har en tendens til å tro at – hvis vi bare lærer oss dette språket, så blir vi så mye mer faglig dyktig- Det er ikke sikkert det er den kunnskapen man trenger for å ivareta pasienten på best mulig måte(...) det er en viss fare for at man plukker inn det som passer, det som er lettvent. Man plukker inn noe som er lettvent, og med at man har plukket det inn fra dette her(vifter litt i luften med NANDA i bokform) har man på en måte ryggen fri" (I:3)

I:3 snakker her om kunnskap som mer enn faktabasert kunnskap. Hun signaliserer at det i en utstrakt bruk av kodeverk ligger en fare knyttet til et overdrevet fokus på de fagtermene som

anvendes i kodeverkene, og at man ved å fokusere på disse, står i fare for å miste pasienten av syne. Hun påpeker et syn på sykepleiefaglig kunnskap som mye mer enn bare den medisinskfaglige, evidensbaserte hun mener ligger i NIC og NANDA. Hun er redd sykepleiere kan bruke kodeverkene til å definere hva som er nødvendig behandling av pasienten, i stedet for å la egen faglighet, egen erfaring, eget skjønn være retningsgivende for tilnærming.

I:1 snakker om den erfaringsbaserte kunnskapen. Det vi lærer i møtet med nye pasienter. Det vi lærer i møte med kolleger og andre faggrupper som viktig for utviklingen av seg selv som fagperson. I:1 snakker om kommunikasjon som vesentlig i møte med pasienten, men også i samhandling med de andre pleierne i avdelingen. Det å skulle la et kodeverk styre denne kommunikasjonen, at den frie uttrykksformen skal bli borte på bakgrunn av bruk av et standardisert språk framholder I:1 som en merkelig utvikling. I:1 uttrykker bekymring for at et klassifikasjonssystem skal kunne legge føringer for handlinger i pasientsituasjonen, der man må *"(...) bruke seg selv"* (I:1), og ikke kan stole på en predefinert retningslinje som ikke har forutsetninger for å ivareta det individuelle i akkurat denne bestemte situasjonen.

I:1 snakker om møte med et kunnskapssyn, uforenelig med sitt eget, i ei somatisk avdeling på denne måten: *"(...) de trenger psykiatrickunnskap der oppe, men..det var alt det tekniske..det som vist, som tok plass.."* (I:1) I:3 formidler en tro på at kodeverkene vil være med på ytterligere å forsterke dette "tekniske" fokuset I:1 refererer til.

Innføringen av EPJ ser ut til å ha bidratt til en mer tydelig strukturering av rapporteringen, i følge både I:1 og I:2. *"(...)innholdet er blitt mer adekvat..er blitt..bedre"* (I:1). *"Det er blitt lettere for folk å finne fram..til hva som er gjort, hva som er planlagt(...)"* (I:2).

Kritiske røster hevder at streng struktur rundt rapporten i for stor grad legger premissene for hva som anses som gyldig kunnskap. Når man styrer hva man ønsker dokumentert, og på hvilken måte man ønsker det dokumentert, helt ned til språkbruk og ordvalg, hemmes sykepleierens fagutvikling. (I motsetning til tilhengerne, som hevder EPJ vil være et forum for fagutvikling). Sykepleierens evne til å utøve skjønn, til å se pasientens individuelle behov, til å reflektere over yrkesutøvelsen generelt og - spesielt knyttet til enkelthendelser, forringes. Dette på bakgrunn av at skriftliggjøring av fagutøvelsen ses på som et viktig redskap for refleksjon.

Kontekst framstår som viktig. Kontekstløshet er likevel ikke et problem som utelukkende er knyttet til kodeverkene. Kristin Heggdal sier på side 19 i sin siste bok om skriftlig rapport: ”*Det spesielle med pasienten blir ofte ikke dokumentert, og dokumentasjonen blir dermed ikke opplevd som aktuell og brukbar i praksis*” (Heggdal 2006). Hun refererer her til skriftlig rapport generelt, og man kan derved si at skriftlig rapport har vært å betrakte som mer eller mindre ”kontekstløs” også før EPJ, og med den NIC og NANDA.

”Den objektive kunnskapen har uten tvil en viktig plass i sykepleien. Mye av kunnskapen sykepleiere anvender i sin praksis er kunnskap om det som ikke kan være annerledes. Dette er kunnskap som lar seg favne i ”eksakte og dekkende begreper”. Poenger er at dette bare gjelder en del av den kunnskap som lever i sykepleiepraksis. Det kan imidlertid se ut som om nyere forståelse av dokumentasjon forutsetter at all kunnskap i sykepleiepraksis er av en slik karakter” (Blix 2005:31).

”*Man vil jo ikke at det skal dras ut av sin kontekst(...)*” sier I:2 og refererer til faren som ligger i gjenbruk av data, og ikke til en opplevelse av at kodeverkene i seg selv framstår som fjern fra pasientsituasjonen man ønsker å formidle.

Det kontekstuelle aspektet ved en rapport blir påpekt av en annen informant også. ”*Det å bruke et standardisert språk, det å lage setninger som skal kunne passe over hele verden til visse situasjoner, det er.. det synes jeg er direkte farlig*” (I:3) Ved å innhente en kode, får en kanskje en statistisk oversikt over antall pasienter med en gitt sykepleiediagnose, men hvilke utslag denne diagnosen får for hver enkelt pasient, og med det ressursbruk i forhold til hver enkelt pasient, vil ikke framkomme av en slik statistikk. Særlig skeptisk er I:3 med tanke på at opplysninger av denne art skal brukes som bakgrunn for ressurstildeling i ei avdeling. Vi har allerede sett opplag i media i forhold til hvilke utslag det å knytte en bestemt pengesum opp mot en bestemt diagnose kan få. I Helse Sør ble en lege anklaget for å ”tøye” diagnostisering av ”snorke-pasienter” i en prisgunstig retning. Bevisst valg av diagnose ut fra økonomisk gevinst for sykehuset har altså vist seg å være et reelt problem i praksis (Johansen 2006). I:3 frykter at de samme mekanismene vil gjøres gjeldende blant sykepleierne, ved at man legger opp til å skulle anvende koder brukt i sykepleiedokumentasjonen som bakgrunn for en ressursplanlegging i ei avdeling.

I:3 påpeker den manglende verdien av å utelukkende se på koder, når konteksten er så avgjørende som den faktisk er i relasjonen til en pasient. *"Jeg tror ikke en forsker kan forstå konteksten ved å få opp bare koder på diagnoser. De kan du nappe ut, de andre tingene kommer ikke med."* Informanten viser også til at det å finne "noe som passer" ikke alltid er en selvfølge. *"Det blir mye skråstilt"* sier en av dem, og refererer til at det går for mye tid bort i "å sitte og lete" etter noe som "passer", i tillegg er det ikke alltid lett å finne noe som dekker akkurat *denne* pasienten, og fritekst benyttes derved ofte. I:3 mener sykepleierne som bruker kodeverk oftere og oftere velger å formulere problemstilling med egne ord framfor å finne egnet NANDA-diagnose. Nettopp fordi kontekst er så viktig, og denne ikke fanges av de standardiserte formuleringene. Noe av det samme formidles av I:1: *"Ingen ønsker seg tilbake til gammelt system, men mange er missfornøyd med NIC og NANDA"*.

Heggdal hevder Kari Martinsen ser sykepleieprosessen som uegnet som ramme for sykepleiedokumentasjon, nettopp fordi hun mener dens middel – mål skjema *"stenger ordene inne"*, og kun tillater det uspesifikke, kontekstløse i situasjonen. Mens sykepleie for Martinsen dreier seg om det spesifikke, *"(...) den konkrete situasjonens kompleksitet"* (Heggdal 2006:137). Men samtidig som Martinsen kritiserer dagens rammer for dokumentasjon gir hun ingen forslag på alternative måter å dokumentere sykepleie (Heggdal 2006)

Kirsten Heggdal presiserer: *"Faren ligger (altså) i at vi oppfatter NANDA-systemet som en total taksonomi for å beskrive sykepleie, og at vi bruker sykepleiediagnosene ukritisk"* (Heggdal 2006:158).

Utøvelsen av skjønn vil alltid være sentralt i sykepleien. Praksiskunnskap kan ikke erstattes av en maskin. Ingen av de jeg har snakket med, og ikke noe av den litteraturen jeg har lest antyder at fagkunnskap vil bli overflødiggjort ved bruk av kodeverk eller i neste omgang, brukerstøttesystemer.

I:3 forteller om en opplevelse som nyutdannet sykepleier, i forhold til å skulle følge en angitt plan for behandling av en pasient. Opplevelsen av å nå frem til pasienten på en helt annen - og bedre måte, ved å forholde seg til de tingene pasienten uttrykte i relasjonen, og ikke slavisk følge en plan utarbeidet av en annen sykepleier. Denne opplevelsen er nok ikke unik. Skjønnsutøvelse, individuell tilpasning og endring av planer hører med til en sykepleiers

hverdag. Når så planen er knyttet direkte mot et forventet tidsforbruk, og ved det en gitt ressurs, er saken kanskje en litt annen? Vil det i framtiden, gitt at denne muligheten til tidsplanlegging som ligger i NIC virkelig blir brukt aktivt, være like enkelt å endre tidsplan der og da, inne hos pasienten? Eller vil vi være mer nølende med å utvise skjønn, når alt allerede er planlagt, helt ned på vaktplannivå ut fra beregnet ressursbehov basert på et kodeverk?

”(...) du må på en måte faglig vurdere det. Du må stå inne for de valgene du gjør, bruke tid, hele tiden være bevisst. Det er ikke det standardiserte språket som skal styre deg, det er du som skal styre, og så får du bruke det i den grad det er mulig, også får du bruke fritekst i tillegg. (...) kritisk sans må man ha med seg, uansett” (I:2).

I:1 sier om NANDA-diagnosene: *”(...) de er ikke klart formulert. For meg er de høyst uklare. Jeg kan tolke dem som jeg vil, og når jeg bruker fritekst så må jeg jo på en måte tolke”*. I følge det I:1 og I:2 sier her er altså behovet for skjønnsutøvelse minst like viktig ved bruk av kodeverk som ved bruk av fritekst. Det kan stilles spørsmålsteget ved det å presentere et system som tydelig, presist, laget for å fremme lik behandling og ens tilnærming, når det av brukerne oppfattes som nærmest det motsatte. Samtidig klarer jeg ikke helt å opprøres over at systemet likevel ser ut til å kreve skjønnsutøvelse fra sykepleierens side. Skjønn, individuell tilpasning og faglige prioriteringer vil kanskje likevel være essensielle elementer i sykepleien, tross bruk av kodeverk?

Heggdal påpeker at det er i møtet med den enkelte pasient praksis får sin retning. Det er her dynamikken tvinger seg fram. Innebærer dette at premissene for den skriftlige rapporten ikke er styrende på selve pleiesituasjonen? Er det slik at møtet med pasienten vil overstyre det skriftlige mediums retningsgivende effekt? Jeg har ikke noe svar på dette. Jeg håper bare ikke den graden av styring som eventuelt er der, styrer oss i feil retning.

4.5 Hvordan kommer den ulike prioriteringen i forhold til bruk av NIC og NANDA til uttrykk hos informantene?

Informantene har tydelig svært forskjellige erfaringer med tidligere rapporteringssystem. I:2 er den av informantene som tydelig omtaler svakheter ved det gamle systemet for rapportering. Denne informanten er også mest positiv til bruk av kodeverk. Det synes for meg som om dreiningen bort fra de ”stygge” rapportene I:2 refererer til, tillegges innføring av kodeverk, og ikke innføringen av DIPS. Effekten av det faktum at EPJ sørger for at rapportene blir mer ”synlig” for andre enn tidligere, at tekst på trykk oppleves som sterkere enn håndskrevet tekst, og at dette har betydning for hvordan pleierne faktisk velger å formulere seg, snakket vi ikke om i løpet av intervjuet. Det kan godt hende bruk av kodeverk er et viktig element i den endringen I:2 påpeker, og at innføring av DIPS ikke ville vært tilstrekkelig for å oppnå dette. Men jeg ser likevel også her at det å skille effekten av DIPS fra effekten av bruk av kodeverk ikke alltid er enkelt, enn si mulig.

Det er naturlig å anta at man vil være mer tilbøyelig til å ønske velkommen nytt rapporteringssystem når man gjennom sin praksis har opplevd behov for endring. Det er også trolig at en vil være innstilt på å finne løsninger på eventuelle problemer knyttet til dette nye systemet, snarere enn helt avskrive bruk av det, når en ser at de tingene en har opplevd som mangler faktisk bedres. Dette kommer sterkt til uttrykk når I:2 foreslår utvikling av et eget databasert ”forenklingsprogram”, som skal gjøre sykepleiedokumentasjonen skrevet med terminologi fra NIC og NANDA mer forståelig, slik at også pasienten skal kunne lese dem.

Som tidligere fortalt er I:2 positivt innstilt til kodeverkene. Endring av praksis, bort fra alle de individuelle, personavhengige vurderingene fra sykepleier til sykepleier, over til en mer ens praksis. Mer forskning på klinisk praksis. Færre ”stygge” rapporter og krenkende omtale av pasienten. Alle disse elementene ser I:2 for seg på bakgrunn av bruk av kodeverk. Den siste ser allerede ut til å være et faktum. Denne informanten opplever et behov for endring, og ser at bruk av kodeverk kan bidra til denne endringen på en god måte. De mindre heldige aspektene ved NIC og NANDA prøver denne informanten å finne løsninger på, framfor å avskrive dem helt. *”Det burde forskes mer på dette. Det må forskes på bruken, og om det eventuelt vil gjøre noe med praksis på sikt”* sier I:2, og framholder med dette en optimisme for fremtiden med kodeverk, og en vilje til å løse de språklige og holdningsmessige problemene også denne informanten opplever ligger i NIC og NANDA slik de framstår i dag.

I:3 har derimot valgt å avstå fra å bruke kodeverkene. Dette synes delvis å handle om en generell skepsis til kodeverk som uttrykkes på denne måten:

”Det lukker for, ved å diagnostisere på dette nivået..å diagnostisere..å gi en diagnose..det blir for lettvint..det skaper ikke rom for undring i situasjonen.. (...)”

”I det ene øyeblikket kan ordet stå her og ha en mening, i det neste står det der og betyr noe annet. Det der med å være presis..å formulere presist..da skal du virkelig sitte og jobbe med en setning..du kan ikke universalisere sånt..”

Men heller ikke denne informanten avviser kategorisk økt standardisering på enkelte områder.

”Jeg er ikke imot standardisering. Vi trenger standardisering på noen områder. Man kan godt lage veiledende planer, men det må være i termer som brukes i avdelingen, som er kulturnært. ..men jeg tror at uansett..om man lager et system som er basert på diagnoser og ferdigformulerte tiltak som NIC og NANDA er basert på, så vil du uansett få ting som ikke passer fordi vi har så mange forskjellige kulturer..”

Noe av hensikten med å utvikle klassifikasjoner spesifikt for sykepleiefaget må være å gripe nettopp de fenomener vi hittil ikke har vært dyktige nok på å synliggjøre skriftlig. Gripe det som handler om mer enn en medisinsk diagnose, nemlig pasientens opplevelse av sin medisinske diagnose. Dette innebærer at ikke bare målbare faktorer skal berøres, men pasientens opplevelse og omgivelsenes betydning for denne opplevelsen. NANDA og også NIC har tatt konsekvensen av dette. Likevel oppleves det altså som ”fremmed” for mine informanter. Det er lett å forestille seg at bruken av fritekst til fordel for kodet tekst vil bli utstrakt, og stadig økende, når sykepleierne ikke opplever språket og begrepsbruken i NIC og NANDA som fjernt fra deres fagspråk og dagligspråk. Eller vil man etter hvert bli fortrolig med ”språket” i kodeverkene, og la innholdet prege praksis slik I:3 frykter?

Det synes som den ulike vinklingen fra spesielt I:2 og I:3 handler om flere ting. Opplevelse av rapporter skrevet i fritekst som utilfredsstillende og til tider krenkende har hatt betydning for I:2. Det er forståelig at bekymringen for ”krenkende” NANDA-diagnoser ikke er like stor som hos I:3 som ikke har hatt den samme opplevelsen av ”krenkende” rapporter tidligere. Vektlegging av argumenter er et annet element.

I:2 fokuserer på de positive, rent praktiske fordelene ved kodeverk. Hjelp til å formulere, hyppigere oppdatering, bedret tverrfaglig arbeid pga umiddelbar tilgang til andre faggruppers vurdering av pasienten for å nevne noe. I:3 er mer opptatt av det fagutviklende aspekt, og fare for en praksisendring styrt av utenforstående, inn i en kultur vi ikke egentlig ønsker. På denne måten kan en se at det samme skille jeg syntes å identifisere i litteraturen også kommer til uttrykk hos mine informanter. På den ene siden de praktiske argumentene, på den andre siden de litt mer dyptgripende argumentene som handler om endrede holdninger og endret praksis. En fagdebatt som dreier seg om grunnleggende elementer i sykepleiefaget.

Informantene framstår ikke for meg som egentlig uenige. De ser rett og slett ut til å prioritere forskjellig. Bakgrunnen for denne forskjellen i prioritering har jeg så vidt vært inne på. Det ville kreve en egen oppgave å skulle gå inn på alle de elementene en kan se for seg kan ha betydning for ulikhetene som tross alt er tilstede hos spesielt I:2 og I:3. Personlig ståsted, faglig bakgrunn og –interesse for ikke å glemme kunnskapssyn, er noen få eksempler på faktorer som kan ha betydning. Noen av disse elementene har ført til at de tross mange felles referansepunkt, faktisk har valgt hver sin diametralt motsatte tilnærming til NIC og NANDA. I:2 bruker dem gjerne. I:3 vil ikke bruke dem, i hvert fall ikke slik de framstår i dag, med fremmed språk, gjennomsyret av en holdning vi har sett også I:2 reagerer på.

Kap. 5 Kodeverk og standardformuleringer i sykepleiedokumentasjonen? – tja..

Min problemstilling var å finne svar på hvordan sykepleieledere som har gjort ulike valg med hensyn til å bruke – eller ikke bruke – NIC og NANDA, argumenterer for sine valg. Ved å sette meg inn i det jeg har ment var relevant litteratur og – teori, og ved å gjøre intervju, har jeg skaffet meg grunnlaget for å sette meg inn i dette. Ved å bearbeide materialet slik jeg har beskrevet i kapittel 3, har jeg greid å få grep om argumentene jeg tidligere opplevde som vanskelig å ”plassere”. Jeg har konsentrert meg om de argumentene som gjennom det informantene har formidlet, framsto som de mest sentrale for nettopp disse sykepleielederne. Ved å lese NIC og NANDA, og ved å drøfte argumentene i lys av teori knyttet til språk og kultur, kunnskapsgrunnlaget i sykepleien, og utøvelsen av skjønn, har jeg svart på problemstillingen. Det mest sentrale ”funnet” er informantenes reaksjon på det ”språket” som brukes i NIC og NANDA, og den individuelle tilpasning til hver enkelt pasientsituasjon som spesielt I:3 påpeker blir skadelidende gjennom bruk av et standardisert språk. De var alle enige i at formuleringene i diagnosene og intervensjonene vil få betydning for sykepleiefaget på sikt. På hvilken måte dette vil få betydning, var de forøvrig noe uenige i.

“As Nursing education becomes more sophisticated and nursing research activity develops and spreads nurse managers and policy makers want to be able to compare nursing activities and performance across time and place and nurse researchers are increasingly frustrated by their inability to compare their results” (Clark 1998:3).

Man kan se av dette at det er naturlig at ønsket om innføring av klassifikasjonssystemer er stort. Ønske om også å ha slike systemer i bruk så raskt som mulig synes også naturlig. Frykten for å bli hengende etter faglig har nok vært en viktig drivkraft for arbeidet med å innføre sykepleiekodeverk også i norsk praksis. Men så får norske sykepleiere det altså så travelt med å ”henge med” i den rivende faglige utviklingen, at vi tross erfaringer som viser at det ikke er lurt å oversette klassifikasjonssystem fra et annet land, gjør nettopp det. Vi oversetter. Det blir ikke gjort forsøk på å tilpasse taksonomien til våre forhold, ikke engang tilpasning til norsk lovverk blir gjort. Så blir disse uferdige kodeverkene lagt inn i et system for elektronisk behandling av sykepleiedokumentasjon, og på denne måten distribuert ut til sykepleiere i en travel klinisk hverdag. På bakgrunn av dette kan neppe, verken de som står

ansvarlig for oversettelsen, eller forhandlerne av DIPS, forbauses over at så mange er skeptiske, og at - som I:1 og I:3 påpeker, de som i utgangspunktet er positivt innstilt ser ut til å falle fra etter kort tid.

Den delvise todelingen i argumentasjonen i litteraturen med praktiske fordeler på den ene siden, og kritiske betraktninger i forhold til sykepleiefaglige konsekvenser på sikt på den andre, var som vist ikke like klar hos mine informanter. Det jeg hadde trodd var en kategorisk motstand mot kodeverk hos den ene informanten, så i stedet ut til å handle om NIC og NANDA spesielt. Heller ikke denne informanten tok kategorisk avstand fra eventuelle fordeler ved bruk av kodeverk, men følte at NIC og NANDA, kodeverk som verken er utviklet av - eller tilpasset til norsk sykepleiepraksis, ville føre til en uheldig faglig utvikling på sikt. I følge informanten er det snakk om en utvikling i retning en "ovenfra-og-nedholdning" til pasientene - en menneskefiendtlig og stigmatiserende måte å omtale pasienten, som i sin tur vil føre til en menneskefiendtlig og stigmatiserende behandling av pasienten. De samme bekymringer kom delvis til uttrykk hos informanten som i utgangspunktet var positivt innstilt til bruk av disse kodeverkene. Behovet for en "fornorskning" ble sterkt formidlet av alle informantene. Et kodeverk basert på norsk helsevesens praksis, lovverk og ikke minst etisk grunntanke vi baserer vår praksis på, ville muligens ikke fått den massive motstanden man i dag finner hos enkelte i forhold til de oversatte kodeverkene. Som sagt framsto ingen av mine informanter som kategoriske motstandere av kodeverk og standardiseringer generelt.

I en datamaskin vil emosjonell intelligens være fraværende. Dette innebærer at evnen til å fatte fornuftige beslutninger vil være nedsatt (Goleman 1996, Polanyi 1962, Damasio 1994). Dette vil ha betydning for beslutningsstøttesystemer som kan utvikles ved å koble bestemte intervensjoner til bestemte diagnoser, men i liten grad for NIC og NANDA i seg selv (Ruland 2000). Det vil neppe være et stort problem med fraværet av emosjonell intelligens, så lenge kodeverkene benyttes som "kart" og ikke "fasit". De må alltid brukes i kombinasjon med sykepleierens egen vurdering. Det er hun som skal stå for de egenskapene en maskin ikke har forutsetning for å inneha. Det er på bakgrunn av dette en maskin i svært mange tilfeller aldri kan erstatte mennesket. Selv ved bruk av kodeverk er det fortsatt sykepleieren selv, hennes fagkunnskap og evne til kritisk tenkning og skjønn som er viktigst og som skal, og må, være toneangivende for tilnærming. Dette vurderende, skjønnsutøvende elementet må på sin side ikke miste sin naturlige arena for utvikling og utveksling pleierne imellom, nemlig den muntlige rapporten.

Ved å ta i bruk et bestemt kodeverk, innfører man et verktøy som er med på å legge premisser for sykepleiefagets utvikling. Debatten rundt NIC og NANDA synes å være lokal, personavhengig og tilfeldig. Dette til tross for at det per i dag pågår forskning knyttet til bruk av kodeverk av flere. Jeg er redd frykten for å bli ”hengende etter” i forhold til faglig utvikling i andre land, har ledet oss til å kaste oss på hodet inn i en strøm som til dels fører oss inn i ukjent farvann, dels inn i farvann vi allerede nå kan si vi ikke ønsker å bevege oss inn i.

Det mine informanter formidler, har gitt meg en følelse av at de gode intensjonene, ønsket om å forbedre sykepleiedokumentasjonen, og gjennom dette bidra til en bedre sykepleiepraksis, ikke har fått lov å modne ordentlig før de blir satt ut i praksis. Man har hatt det for travelt med å innføre kodeverk, og har derved ikke fått kvalitetssikret det man innfører i henhold til norske forhold. De gode intensjonene ser ut til å stå i fare for å slå feil, fordi man har forhastet seg i en prosess som burde vært langsom og veloverveid.

Kvalitetssikring må til i alle ledd, på alle nivå. Et system som man ser vil kunne få vidtrekkende konsekvenser på praksis, burde være kvalitetssikret *før* det tas i bruk. I en travel klinisk hverdag har sykepleierne ofte mer enn nok med å komme gjennom alle gjøremål før arbeidssdagens slutt. Det er slik jeg ser det for mye forlangt at de i tillegg skal ha ansvar for å evaluere og kvalitetssikre det som blant annet er ment som et arbeidsredskap for nettopp å sikre kvalitet på pleien. For meg framstår en slik tilnærming nærmest som en selvmotsigelse.

Jeg mener en grundig avveining og avklart retning for fagutviklingen burde vært på plass før vi tok i bruk kodeverk. Det har vi nå ikke mulighet til. Det som blir ekstra viktig på bakgrunn av dette, er at vi må være bevisst at et kodeverk ikke utelukkende er å regne som et redskap – som ”kniv og gaffel”, for å sitere en av mine informanter, men inneholder kraft til endring av praksis, endring i måten å tenke om pasienten. Dette gjør at vi må være bevisst hva slags endring det her er snakk om, og om vi ønsker denne endringen. Jeg kan ikke se at dette har vært gjenstand for god nok utredning i forkant av implementeringen av kodeverkene NIC og NANDA.

Vi har allerede tatt i bruk kodeverk. Håpet mitt er at bruken ikke vil forsinke den påkrevde endringen av kodeverkene til et språk, en terminologi og en etisk standard de som skal bruke dem føler seg komfortable med, og at endringen vil gi oss kodeverk med diagnoser og

intervensjoner som stiller krav til individuell tilpasning og utøvelse av skjønn, i minst like stor grad som NIC og NANDA tross alt gjør allerede i den form de i dag foreligger.

Faglig ståsted, kunnskapssyn og personlige interesser er elementer jeg tenker kan være avgjørende for hvordan man vektlegger argumentasjonen i forhold til bruk av kodeverk i sykepleiedokumentasjonen. Det er, slik jeg ser det, sannsynlig at en annen gruppe informanter ville gitt et noe annet bilde enn det jeg har fått her. Informantene mine var dyktige PC-brukere og de var blitt engasjerte i forbindelse med innføring av EPJ, delvis på grunn av denne kunnskapen. De framsto som svært samstemte i sine vurderinger av begrepene jeg på forhånd hadde trodd ville vise seg essensielle i definering av forskjellene mellom informantene. Det som ser ut til å gjenstå som det springende punkt i forhold til min gruppe informanters forskjellige vektlegging, og ved det, forskjellige syn på NIC og NANDA, er erfaring med tidligere rapporteringssystem. Hadde jeg hatt en annen gruppe informanter kan det hende resultatet hadde blitt et helt annet. Jeg tror ikke mine informanter er representative for alle landets sykepleieledere. Jeg mener likevel de argumentene de la fram gjennom intervju har hjulpet meg å navigere gjennom det ulendte, uoversiktlige og stadig skiftende landskapet jeg har opplevd argumentasjonen for og imot bruk av kodeverk i sykepleiedokumentasjonen har vært.

Jeg har, gjennom arbeidet med denne oppgaven, sett mange viktige tema som burde vært avklart før kodeverkene NIC og NANDA ble tatt i bruk. De utfordringene knyttet til disse spesifikke kodeverkene som vi i dag står overfor kan, slik jeg ser det, få to helt forskjellige utfall. Det ene er at sykepleierne som bruker disse systemene vil bruke stadig mer fritekst i rapportene, og at bruken av kodeverkene på bakgrunn av dette gradvis vil avta. (Slik I:3 antyder allerede er i ferd med å skje). På den andre siden kan det hende det etter hvert vil komme krav om at disse skal anvendes. Krav fra myndigheter og ledelse, som sannsynligvis har brukt store ressurser på å innføre dem. Kanskje vil vi da få den endringen i praksis som I:2 påpeker som gunstig; ens praksis, bedre oppdatering av pleieplaner og mindre ”stygge” framstillinger av pasienten - en endret praksis som I:3 mener vil kunne føre virkelig galt av sted; endret holdning, ansvarsfraskrivelse og manglende skjønnsutøvelse.

Språket i kodeverkene framstår som særlig viktig. Dette kunne det med fordel vært forsket videre på. En grundig tekstanalyse av de diagnosene som sykepleierne ser ut til å reagere negativt på, ville muligens kunne avdekket en del viktige elementer for videre arbeid med

kodeverk, og en grundig og god tilpasning til norske forhold. Fagutvikling og mulig endret praksis i kjølvannet av de samme kodeverkene, burde også vært gjort til gjenstand for videre forskning. Slik spesielt NANDA presenteres av mine informanter, syns jeg det er betimelig å spørre om forventningene om ”enhetlig registrering” slik Sosial- og helsedirektoratet etterlyser, er realistisk slik som kodeverkene framstår per i dag. Jeg finner ikke det sannsynlig.

Alle informantene mener det må et arbeid til for å fornorske NIC og NANDA. Jeg må i aller høyeste grad si meg enig. Og som sagt – at disse kodeverkene, helt uten bearbeiding er tatt i bruk her i landet syns jeg er kritikkverdig.

Hvis det er slik at NIC og NANDA vi få så vidtrekkende og alvorlige konsekvenser for praksis som I:3 frykter, og at vi ”venner oss” til språket slik I:2 hevder, er det viktig at de som reagerer på innholdet i NIC og NANDA sier fra nå, mens de enda reagerer, og husker hvorfor.

Som en kuriositet helt til slutt, et utdrag fra møtereferat om kodeverk, klassifikasjoner og termer i helse- og sosialsektoren (KoK), fra juni 2006, skrevet om sykepleiekodeverkene:

”NANDA og andre sykepleiefaglige kodeverk er oversatt og oversettes til norsk. Det gjenstår mye arbeid og det er ikke konsensus om kodeverkene skal brukes. Det hersker en del uklarheter om hvorvidt disse kodeverkene er pålagt fra myndighetene. Man er opptatt av å nå ut med mer informasjon (ev. via konferanser og annet). Noen leverandører har implementert kodeverkene i sine systemer. Det trengs mer forskning og prosjekter for å kunne dokumentere egnethet for norske forhold.

Merknad fra Asbjørn Haugsbø: *Staten har ikke planer om å innføre disse kodeverkene nå. Sykepleiediagnoser vil heller ikke inngå i ISF” (KITH 2006).*

Litteraturliste

(1999). Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven med forskrifter. 02.07.99.63 og 64: 57.

Berg, M. and G. Bowker (1997). "The multiple bodies of the medical record: Toward a Sociology of an Arifact." The Sociological Quarterly **38**(3): 513-537.

Blix, B. H. (2005). "Korthuset" Sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis. Avdeling for sykepleie og helsefag. Tromsø, Universitetet i Tromsø. **Master**: 99.

Bowker, G. C. and S. L. Star (1999). Soring things out classification and its consequences. Massachusetts, Massachusetts Institute of Technology.

Brekke, M. (2006). Å begripe teksten.
Om grep og begrep i tekstanalyse. Kristiansand, Høyskoleforlaget A/S.

Bydam, J. (2003). "Kære Kari." Klinisk Sygepleje **17**(4): 47-48.

Clark, J. (1998). "Development of Standardized Terminology." Online Journal of Issues in Nursing
Nursing Classification II: 4.

Dahl, K. (2002). "Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv."
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=667>.

Dale, J. G. and B. Dale (2004). "Fra fri tekst til faste former." Sykepleien - fag(21): 63-65.

Date, M. (2003) "Use of Standardized Nursing Languages in the Documentation of Tenal Dialyses, Services." **Volume**, 25-25 DOI: 10.1111/j.1744-618X.2003.023_4.x

- DIPS. (2006). "Klassifikasjonssystemet NANDA." <http://www.dips.no/dipsnews.nsf/>
Retrieved 13. september, 2006.
- DIPS. (2006, 01.02.06). "Sykepleiedokumentasjon i DIPS." <http://www.dips.no/dipsnew.nsf/>.
- DIPS. (2007). "Dipsnews - startside." <http://www.dips.no/dipsnew.nsf/Display/Startside>.
- DIPS, A. (2003). "DIPS-systemene." <http://www.dips.no/dipsnew.nsf/> Retrieved 13.
september, 2006.
- Dochterman, J. M., G. M. Bulechek, et al. (2006). Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC), Akribe Forlag.
- Eeg, K. (2003). "Leder." Klinisk sygepleje **17**(4): 3.
- Ekeli, B.-V. (2002). Evidensbasert praksis
Snublesten i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten? Tromsø, Eureka forlag.
- Frederick, J. and M. Watters (2003) "Intrgrating Nursing Acuity, NANDA, NIC and NOC
Into an Automated Nursing Documentation System." **Volume**, 26-26 DOI:
10.1111/j.1744-618X.2003.023_5.x
- Gordon, M., K. Avanat, et al. (2003). NANDA Sykepleiediagnoser: definisjoner og
klassifikasjon 2001-2002. Philadelphia, Akribe Forlag.
- Grønvold, L. (2000). Rapport handler om at noe er viktig. en kvalitativ studie av hvordan
sykepleierne rapporterer og hva som kjennetegner innholdet i de muntlige og skriftlige
rapportene. Avdeling for sykepleie- og helsefag, Embedsstudiet i sykepleievitenskap.
Tromsø, Universitetet i Tromsø. **Hovedfag**, : 117.
- Gulddal, J. and M. Møller (1999). Hermeneutik. En antologi om forståelse, Gyldendalske
Boghandel, Nordisk Forlag A.S.

- Hamran, T. (1994). Plejekulturen. omsorg og pleje med højt teknologien som partner. Gylling, Borgens forlag 1994.
- Heggdal, K. (2006). Sykepleie-dokumentasjon. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Hellesø, R. and C. M. Ruland (2001). "Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record." Journal of Clinical Nursing(10): 799-805.
- Helsedirektoratet, S.-o. (2004). S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren. H.-o. Sosialdepartementet, Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning: 24.
- Johansen, D. (2006). "Sykehusreformen - fire år etter." Sykepleien - jobb **94**(4): 28-29.
- Johnson, C. (2003) "Nursing Care Documentation Using NANDA, NIC and NOC." **Volume**, 26-26 DOI: 10.1111/j.1744-618X.2003.023_6.x
- KITH (2005). Program for kodeverk, klassifikasjoner og termer i helse- og sosialsektoren
- KOK 2005, KITH informasjonsteknologi for helse og velferd
Sosial- og helsedirektoratet: 22.
- KITH. (2006). "KOK - referat." <http://kith.no/upload/1314/20060608%20Kok-referat%20-%20godkjent.pdf> Retrieved 25. April, 2007.
- Krogh, G. v., C. Dale, et al. (2005). "A Framework for Integrating NANDA, NIC, and NOC Terminology in Electronic Patient Records." Journal of Nursing Scholarships **37**(3): 275-281.
- Kvale, S. (2004). Det kvalitative forskningsintervju. Gjøvik, Gyldendal Akademisk.
- Lian, O. S. (2003). Når helse blir en vare. Kristiansand, HøgskoleForlaget.

- Malterud, K. (2004). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Otta, Universitetsforlaget AS.
- Marchione, J. (1993). Margareth Newman: Health as Expanding Consciousness. Newbury Park, SAGE Publications, Inc.
- Martinsen, K. (1993). Fra Marx til Løgstrup. Oslo, Tano.
- Martinsen, K. (2003). "Talens åpenhet og evidens - dialog med Jens Bydam." Klinisk sygepleje 17(4): 36-45.
- Martinsen, K. (2003). "Talens åpenhet og evidens - dialog med Jens Bydam." Klinisk Sygepleje 17(4): 36-46.
- Martinsen, K. (2005). Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo, Akribe as.
- Moen, A., R. Hellesø, et al. (2002). Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere. Oslo, Akribe Forlag.
- Moen, A., K. Mølstad, et al. (2003). "Den problematiske sjukepleiedokumentasjonen." Sykepleien - fag(5): 40-44.
- Molander, B. (1996). Kunnskap i handling. Göteborg, Bokförlaget Daidalos AB.
- Mølstad, K., M. Lyngstad, et al. (2002). Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. N. S. f. f. I. o. Dokumentasjon: 56.
- Mølstad, K., M. Lyngstad, et al. (2004). Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen, Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon: 1-56.
- NANDA, I. (2006). "Help Define the Future of Nursing."
http://www.nanda.org/html/member_brochure.html Retrieved 13. september, 2006.

- NANDA, I. (2006). "History & Historical Highlights 1973 Through 1998."
<http://www.nanda.org/html/history1.html> Retrieved 13. september, 2006.
- Normann, L., K. Bang, et al. (2007). "Presisering om NIC." Sykepleien 3(95): 73-73.
- NSF. (1983). "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere." Retrieved 28. April, 2007.
- NSfID. "NSfID's Handlingsplan 2005 - 2006."
<http://www.sykepleierforbundet.no/category.php?categoryID=669>.
- NSfID. (2007). "Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal
En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon."
<http://www.sykepleierforbundet.no/> Retrieved 10.04.07, 2007.
- Nursing, D. U. S. o. (2003). "Nursing Interventions Classification (NIC)."
<http://www.duke.edu/~goodw010/vocab/NIC.html> Retrieved 13. september, 2006.
- Person, L. and M. Nilsen (2006). "Noe å rapportere?" Sykepleien(5).
- Procter, P. M. (1992). Nurses, computers and information technology. London, Chapman & Hall.
- red. Gulddal, J. and M. Møller (2002). Hermeneutik
En antologi om forståelse. Haslev, Gyldendal.
- Ruland, C. and D. Hoy (1993). Datateknologi og sykepleie, Ad Notam Gyldendal AS.
- Ruland, C. M. (2000). Helse- og sykepleie-informatikk
Hvordan IKT kan bidra til utvikling av en bedre helsetjeneste. Gjøvik, Gyldendal Akademisk.
- Sexton, A., C. Chan, et al. (2004). "Nursing handovers: do we really need them?" Journal of Nursing Management(12): 37-42.

Sosialdepartementet. (2006). <http://www.shdir.no/kodeverk> Retrieved 17. April, 2006.

Thagaard, T. (2003). Systematikk og innlevelse, Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2003). klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thornquist, E. (2003). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen, Fagbokforlaget.

Timmons, S. (2003). "Nurses resisting information technology." Nursing Inquiry **10**(4): 257-269.

Trost, J. (2005). Kvalitative intervjuer. Lund, Studentlitteratur.

Volven. (2007). <http://www.volven.no/categoryres.asp?catID=3> Retrieved 18.04.07.

Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave med tittel: Kodeverk og standardformuleringer i sykepleiedokumentasjonen. Ja takk..?

Jeg er student på Master i Helsefag ved Universitetet i Tromsø, og planlegger intervju i forbindelse med tema for min oppgave i løpet av september - 2006.

Tema for min masteroppgave vil være elektronisk sykepleiedokumentasjon, og da med særlig fokus på kodeverk og standardformuleringer, argumentasjon for og imot – hva handler uenighetene egentlig om?

Jeg ønsker å problematisere dette blant annet på bakgrunn av intervju med representanter for begge sider i debatten. Jeg er i utgangspunktet ute etter de vurderinger som ble gjort/gjøres i forkant av implementeringen av systemene, ikke erfaringer gjort i etterkant. Det er diskursen som sådan jeg ønsker å sette fokus på, og forsøke å forstå.

Intervjuet vil foretas til tid og på sted etter avtale og dine ønsker. Jeg vil ta opp samtalen på bånd, og ønsker å kunne avholde eventuelt oppfølgingsintervju hvis det skulle vise seg nødvendig. Alle lydfiler vil bli oppbevart innelåst, og slettet etter avsluttet arbeid med masteroppgaven.

Hvis du sier deg villig til å delta på intervju ber jeg deg skrive under på vedlagte samtykkeerklæring. Denne sendes til meg i ferdig frankert konvolutt. Jeg vil så ta kontakt for nærmere avtale.

Med vennlig hilsen

Lisa Øien

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring i forbindelse med deltakelse på intervju

Jeg sier meg herved villig til å delta på intervju i forbindelse med masteroppgave med tema: Kodeverk og standardformuleringer i sykepleiedokumentasjonen.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet.

Jeg er inneforstått med at jeg når som helst kan trekke meg fra prosjektet, og at alle opplysninger jeg har gitt da vil bli slettet.

Dato – Sted:

Signatur:

Intervjuguide

1. Innledning til intervjuet

Takk for at du ville stille til intervju, hvem jeg er, kort presentasjon/innramming av prosjektet

Ikke meningen å kunne si noe om absolutt alt jeg spør om. Helt greit å ikke vite, eller ikke gjort seg opp mening osv. Spørsmålene er laget ut fra funn i litteraturen. Hvis ikke samsvar – et poeng i seg selv..!

2. Litt om deg(informanten)

Utdannelse, når? Praksis? Videreutdanning? Kurs? Spesielle interesser i forbindelse med sykepleiefaget?

3. Din rolle

Hvordan ble du involvert i innføringen av systemene ved din arbeidsplass?

Frihet i forhold til valg av system, innføring av system?

Påvirkning i forhold til valg?

Enig i valg?

4. Prosessen forut for valg av dokumentasjonssystem.

5. Egenskaper ved systemet man gikk inn for

Hva ble ansett for å være viktig?

Hva ble ansett som mindre viktig?

6. Begrepene

- ”kvalitetssikring”
- ”rasjonalisering”
- ”standardisering”

7. Ditt syn på sykepleiedokumentasjon

8. Begrepene **kodeverk og standardformuleringer i sykepleiedokumentasjonen**, hva tenker du på da?

9. Sykepleiepraksis i dag