

Dokumentasjon av helsehjelp fra sykepleiere

Michael 2023; 20: Supplement 31: 152–61.

For å kunne vurdere om kvalitetskravet til helsehjelp er innfridd, må hjelpen være dokumentert. Helsehjelp som ikke er dokumentert, er juridisk sett ikke utført. Sykepleiere har et selvstendig ansvar for å dokumentere sitt arbeid i pasientjournalen. De juridiske kravene til journalføring samsvarer med trinnene i sykepleieprosessen.

Innføring av elektroniske pasientjournaler forutsetter integrert terminologi og standardisert språk og er krevende for mange sykepleiere. Oppløring i bruk av slike journaler bør inn i sykepleierutdanningen.

Dokumentasjon i helsetjenesten er underlagt både generelle og spesielle krav. De generelle kravene innebærer at alle pasienter som mottar helsetjenester, skal ha en egen journal. I denne journalen skal helsepersonell dokumentere både planlagt og gitt helsehjelp. De spesielle kravene innebærer at den enkelte pasient skal ha en behandlingsplan som synliggjør den individuelle helsehjelpen.

Dokumentasjonsplikten er hjemlet i lov om helsepersonell § 39 (1). I samme lov, § 40, fremgår kravene til journalens innhold. Disse kravene er ytterlig presisert i journalforskriften (2).

Journalen skal være et redskap for ytelse av forsvarlig helsehjelp. Videre skal journalen også kunne være et dokument til bruk i tilsynssaker, erstatningssaker og rettssaker (3).

Det er viktig at de elektroniske verktøyene som benyttes, er tilpasset dokumentasjonsprosessen. Informasjon i pasientjournalen ved ett sykehus er ofte utilgjengelig for helsepersonell ved andre sykehus eller i kommunehelsetjenesten. Informasjonen er også ofte vanskelig tilgjengelig for de som bruker tjenestene.

Når helsepersonellet ikke har tilgang til oppdatert og relevant informasjon, er det sårbart for pasientsikkerheten og mulighetene til å gi god behandling. Og når innbyggerne ikke har denne tilgangen, blir det vanskeligere å ta en aktiv rolle i egen helse.

Det er viktig at vi fortsetter arbeidet med å skape gode og trygge systemer for informasjonsutveksling på tvers av Helse-Norge (4).

I *Hurdalsplattformen*, regjeringsplattformen for Jonas Gahr Støres regjering, presiseres målet om at pasientjournalssystemer skal være sømløse i overgangene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (5). For å kunne gi best mulig helsehjelp, er det en forutsetning at relevante og nødvendige opplysninger om sykdomshistorie og legemiddelbruk følger pasienten gjennom hele pasientforløpet, og forvaltes og lagres på en trygg måte (5). I det nasjonale pilotprosjektet *Helseplattformen* i Midt-Norge utprøves en slik løsning (6).

Utvikling og innføring av nye digitale systemer i helsesektoren forutsetter endringskompetanse hos de ansatte. Etablerte rutiner må justeres og legges om, og dette krever mye opplæring og oppfølging. For at faglige og juridiske kvalitetskrav skal innfris, må helsepersonell arbeide bevisst for å etablere kvalitetssikrede prosedyrer og rutiner.

Nødvendige pasientsikkerhetshensyn skal ivaretas. Kommunesektorens arbeid med bedre journalløsninger må stimuleres, og de nasjonale e-helseløsningene må videreutvikles (4, 5).

Synlig dokumentasjon er avgjørende for kvalitetssikring, eller som Clark & Lang formulerer det: *If you cannot name it, you cannot control it, finance it, research it, teach it or put it into public policy* (7).

Et historisk bakteppe

Sykepleie som profesjon og sykepleiedokumentasjon som tema har en forholdsviss kort historie. Florence Nightingale (1820–1910) så hensikten med og viktigheten av å dokumentere arbeidet som ble utført (8). Spesielt var hun opptatt av å observere pasientene.

I Norge har vi historiske nedtegnelser om sykepleie fra ca. 1870. Dia-konissen Rikke Nissen (1834–1892) ga ut den første norske læreboken i sykepleie i 1877. Om sykepleiedokumentasjon («sygeberetningene»), skriver hun: «*Er det saaledes av vigtighed at kunne anstille en paalidelig iagttagelse, saa er det ikke mindre vigtigt at kunne afgive en sand, korrekt og kortfattet sygeberetning*» (9).

Etter 1880-årene ser det ut til at de fremskrittene som skjedde innen medisinen, resulterte i at sykepleieren fikk en mer assisterende funksjon. I lærebøker fra den tiden, som for det meste er skrevet av leger, beskrives

det hva sykepleieren måtte observere og dokumentere mens hun ventet på lege (10). Temaet dokumentasjon av sykepleie ble ikke nevnt. Sykepleierne så tidlig betydningen av å dokumentere sykepleie, men legene vektla ikke dette i lærebøker de skrev for sykepleiere. I legen Hans R. Waages (1864–1915) første utgave av *Lærebog i sygepleie* fra 1901 presiseres følgende:

«Sygepleiersken har hovedsagelig to Pligter, nemlig for det første *at pleie syge* og for det andet *at give Lægen Besked om den syges Tilstand*» (11).

Vi må til 1940-årene før det blir mer oppmerksomhet på sykepleierens rolle i møte med pasienter og dokumentasjon av sykepleie. Det ble da presisert at sykepleier rapporten skulle være nøyaktig og formidle faktainformasjon, uten syensing og tolkning, og signeres med fullt navn (12).

Det at sykepleierens arbeidsoppgaver ble mer synlige, resulterte i retningslinjer for sykepleiedokumentasjon. I 1950-årene ble det gjennomført en studie ved Yale University School of Nursing i USA (13). Studiens formål var å få frem prinsippene for effektiv sykepleie i praksis. Resultatet danner bakgrunnen for «sykepleieprosessen», den problemløsende arbeidsmetoden det arbeides ut fra, også i dag (14). Dette gjelder både ved planlegging og gjennomføring av sykepleien og som ramme for dokumentasjon.

Dokumentasjon av sykepleie er i dag en sentral del av sykepleierens hverdag.

Sykepleierens dokumentasjonsprosess

Sykepleieren har et selvstendig ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov og å støtte den medisinske behandlingen. Dette krever gode faglige kunnskaper slik at han/hun evner å «fange» situasjonen, og ikke minst registrere endringer hos pasienten.

Det er «beste praksis» som gjelder, og det å være oppdatert på kunnskap og forskning er avgjørende for å kunne gi helsehjelp av god kvalitet.

Sykepleieren skal møte pasientene ut fra et helhetlig menneskesyn, uavhengig av kulturelle, religiøse og etniske forhold. For å sikre god kvalitet på helsehjelpen, er det avgjørende at den er dokumentert (2, 7).

Sykepleierens arbeidsverktøy er en prosess med fem trinn.

1. Kartlegge pasientens situasjon (datasamling). Det brukes ulike kartleggingsverktøy. Sykepleieren har ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov, og derfor må disse vurderes og ressursene kartlegges.
2. Ut fra kartleggingen defineres pasientens *behov eller problem*.
3. Når sykepleieren har fått tak i hva pasientens spesielle behov eller problem er, kan han/hun *sette mål* for pleien.

4. Denne delen i sykepleieprosessen er å *velge aktuelle tiltak* for å nå målet. Her er kartleggingen viktig fordi den kan benyttes som en «disposisjon» for valg av tiltak.
5. Sykepleieren må *daglig og kontinuerlig evaluere* det som blir gitt av helsehjelp. Fører tiltakene mot en forbedring eller en løsning av problemet, eller er behovet for helsehjelp dekket?

Når de fire første trinnene er gjennomført, er pasientens plan klar til bruk. Denne planen skal brukes som et arbeidsredskap i det daglige arbeidet med pasientene. Det er her endringer skal dokumenteres, problemstillinger justeres eller avsluttes. Noen ganger vil observasjoner føre til at nye problemstillinger må registreres. Da må dette inn i planen og håndteres i videre behandling. Situasjonen knyttet til pasienten er ofte preget av tett samarbeid med lege og øvrig tverrfaglig team med fysioterapeut, ergoterapeut osv. Sykepleieren har ansvar for den planen som er utviklet av sykepleieren. De andre profesjonene har ansvar for sin del av det tverrfaglige samarbeidet.

Både i den kommunale helsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten er det viktig å understøtte den kirurgiske eller medisinske behandlingen. Dette vil alltid påvirke pasientens behandlingsplan. Sykepleieren har et spesielt ansvar for å dekke de grunnleggende behovene, mens legene har ansvaret for den medisinske behandlingen. Der skal sykepleieren bidra med sine observasjoner, delegerte oppgaver og registreringer.

Sykepleieprosessen er en dynamisk prosess. Utviklingen av behandlingsplanen skal, om mulig, skje i samarbeid med pasienten, som skal samtykke til alle tiltak. Dersom pasienten ikke kan delta, er lovverket tydelig på at nærmeste pårørende skal involveres.

Denne prosessen pågår til målene for helsehjelpen er innfridd, eller av ulike grunner avsluttes.

De juridiske kravene i journalforskriften stemmer med trinnene i sykepleieprosessen. I journalforskriften § 6 presiseres viktigheten av å beskrive pasientens situasjon og ønsker fra pasienten, og opplysninger fra sykehistorie, pågående behandling, opplysninger om symptomer, observasjoner og funn ved undersøkelser, diagnostiske overveielser og andre medisinske opplysninger og vurderinger. Dette samsvarer med sykepleieprosessens trinn 1, kartlegging av situasjon. I henhold til § 6 skal journalen beskrive «behandlingsplan for pasienten, og status i gjennomføringen av planen». Det samsvarer med sykepleieprosessens trinn 2, 3, 4 og 5.

Pasientjournalen skal inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte pasient. I kapittel 3 i lov om pasient- og brukerrettigheter er det beskrevet hvilke rettigheter pasientene

har til medvirkning og informasjon (15). Det vesentlige for pasientene er at det som er journalført, er presist og forståelig og tar med det som er nødvendig.

Hver eneste dag skriver sykepleiere mye tekst i pasientjournaler. Dette har hovedsakelig, spesielt i kommunehelsetjenesten, vært fritekst. Vi vet lite om disse tekstene fordi det ikke har vært retningslinjer for struktur og språk. Men sommeren 2018 fikk vi retningslinjer fra Direktoratet for e-helse (16, 17).

Anbefalingen om referanseterminologien SNOMED CT er aktuell for en rekke ulike typer e-helseløsninger inkluderer systemer for elektronisk pasientjournal, fagsystemer og nasjonale e-helseløsninger. Direktoratet ser minst fem funksjonsområder for SNOMED CT. Referanseterminologien vil kunne fungere som kodeverk for utveksling av helseinformasjon, som kodeverk i fagsystem, som termer i brukergrensesnitt, som terminologi for strukturert dokumentasjon og som en referanseterminologi (16).

I henhold til nasjonal e-helsestrategi er kodeverk og terminologier helt avgjørende for å støtte utvikling av nye e-helseløsninger. Basert på vurderingene som er gjort, vurderes en kombinert løsning bestående av International Classification for Nursing Practice (ICNP) og SNOMED CT som det beste alternativet. Denne kombinasjonen vil utnytte fordeler ved begge terminologiene. Den dekker behov for arbeidsstøtte innen sykepleiepraksis (ICNP) og ivaretar det overordnede behovet for bedre informasjonsutveksling og samhandling på tvers av faggrupper ved bruk av SNOMED CT som referanseterminologi (17).

Elektronisk pasientjournal

Elektronisk pasientjournal (EPJ) har hatt en lang innføringsperiode, og i dag foregår all dokumentasjon digitalt. Dessverre understøtter ikke de elektroniske EPJ-plattformene sykepleieprosessen.

Et prosjekt gjennomført i fire kommuner i Norge (2010–2013), viste en betydelig sårbarhet knyttet til bruk av EPJ-system. EPJ-systemet i kommunene manglet et integrert sykepleiefaglig innhold. Kommunene definerte selv dette innholdet, noe som førte til stor ulikhet i dokumentasjonen av helsehjelpen (18, 19).

I spesialisthelsetjenesten har DIPS (Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus)-systemet vært i utbredt bruk. I dette systemet har dokumentasjonskravene vært mulig å innfri både faglig og juridisk. Pasienten blir kartlagt opp mot funksjonsområdene fra innkost i sykehus. Funksjonsområdene omhandler de grunnleggende behov. Disse områdene er integrert i DIPS-løsningen. Videre behandlingsplan blir utviklet ut fra denne

kartleggingen. Til tider er det krevende å få helsepersonell til å følge opp planene og holde dem oppdatert. Dette går igjen utover pasientsikkerheten. Vi ser dessverre medieomtaler av hendelser der mangelfull dokumentasjon har ført til fatale konsekvenser. En hendelse der en 62-åring ble funnet død i sin omsorgsbolig, ble omtalt i NRK høsten 2021 (20). Årsaken var en betydelig svikt i hvordan pasienten var fulgt opp og mangelfull dokumentasjon i behandlingsplanen av hjemmesykepleien. I januar 2022 publiserte Statens helsetilsyn en tilsynsrapport etter en alvorlig hendelse som førte til død. Igjen var det mangelfulle oppfølginger knyttet til dokumentasjon og journalføring (21).

Pasientjournalloven trådte i kraft 1. januar 2015. Formålet er at helseopplysninger som nedtegnes, skal sikre pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet. Det innebærer at nødvendige og relevante opplysninger blir effektivt tilgjengelig for helsepersonell. Pasienten og brukerne av helse-tjenester skal sikres at opplysninger ikke kommer på avveie. Endelig skal pasientens rett til medvirkning og retten til informasjon (15) om journalens innhold ivaretas (4, 22).

Stortingsmelding 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal* beskriver hvordan sykepleietjenesten skal organiseres med tanke på dokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ) (4). I meldingen trekkes det frem flere målsetninger som vil være viktige i årene som kommer:

- EPJ-systemer som har integrerte beslutnings- og prosess støttefunksjoner
- muligheter for strukturering av data
- sentraliserte løsninger

Disse målene er også tatt inn i Hurdalsplattformen (5).

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har arbeidet for at sykepleietjenesten i Norge skal benytte et standardisert felles språk i pasientjournalen, basert på en sykepleiefaglig terminologi (4, 16).

Direktoratet for e-helse har utarbeidet en nasjonal e-helsestrategi 2017–2022 (23) og en handlingsplan (24) der det heter:

«For sykepleie skal kodeverk for problembeskrivelse (fokusområde), tiltak og resultat utredes. Standardene skal også anvendes i prosess- og beslutningsstøtte. I den forbindelse skal det utredes organisatoriske og tekniske mekanismer for å utforme, formidle og anvende felles kliniske retningslinjer, regelsett og andre kunnskapsressurser» (24).

Handlingsplanen for e-helse er utarbeidet for å tydeliggjøre tiltak som skal iverksettes for å nå målene i nasjonal e-helsestrategi.

Terminologi er *de ord og uttrykk (termer) som er typiske for en virksomhet, et fag eller en vitenskap* (25). Et klassifikasjonssystem er *et system der unike begrep eller termer med tilhørende koder er samlet i hierarkier eller strukturer på grunnlag av likheter* (26, 27). Terminologiens formål er å lette kommunikasjonen mellom personer som arbeider innenfor det samme fagfeltet, og ivareta det tverrfaglige samarbeidet med andre faggrupper.

Klassifikasjonssystemet innen sykepleie (ICNP) bidrar til å strukturere informasjon i pasientjournalen og medvirker til at dokumentasjonen blir standardisert (26).

I spesialisthelsetjenesten har det i mange år vært integrerte klassifikasjonssystemer, North American Nursing Diagnosis Assosiation (NANDA) og Nursing Intervention Classification (NIC) i den elektroniske pasientjournalen (DIPS EPJ). Disse systemene er grunnlaget for termene i behandlingsplanene i mange av sykehusene i dag. Det har vært mulig å benytte veiledende behandlingsplaner som gir mulighet for å velge forhåndsdefinerte termer, og samtidig mulighet for fritekst. I dag er det SNOMED CT referanseterminologi som skal benyttes (16), og systemene NANDA og NIC fases ut. Høsten 2020 inngikk SNOMED International og International Council of Nurses (ICN) en samarbeidsavtale. I norsk sammenheng innebærer det at ICNP-klassifikasjonen skal være en integrert del av SNOMED CT-terminologien (14).

Dokumentasjon av helsehjelp skal være digitalisert, og det er i dag nasjonale føringer for bruk av terminologier og standardisert språk i pasientjournalene (16, 17).

Fremdeles en vei å gå

Digitalisering av helsehjelp forutsetter EPJ-systemer med integrert terminologi og bruk av standardisert språk. I Norge er det utviklet nasjonale veiledende behandlingsplaner (28) der forhåndsdefinerte termer er brukt. Ideen er at sykepleieren skal kunne velge termer som er aktuelle for den enkelte pasient, ut fra kartlegging av pasientens situasjon ved innkomst i sykehus, eller i behandling ute i en kommune.

For sykepleiere, spesielt i kommunehelsetjenesten, vil det medføre betydelige endringer. Fritekst-tradisjonen har skapt barrierer for bruk av digitale verktøy. Det å venne seg til å bruke standardiserte termer oppleves fremmed og vil kreve opplæring (28).

Alle helseinstitusjoner skal ha en journalansvarlig i henhold til § 39 i lov om helsepersonell. Denne personen *«skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.»*

Det er fremdeles en vei å gå før vi har integrert terminologi med standardisert språk for all sykepleiepraksis. Det viktigste for helsepersonell med lovpålagt dokumentasjonsplikt, er å ta ansvar for at den nødvendige informasjonen for å få frem bakgrunn, innhold og vurdering av helsehjelpen til enhver tid, er dokumentert. Det er avgjørende for kvaliteten i sykepleien at planene som er utviklet for å ivareta den helsehjelpen sykepleieren har ansvar for å gjennomføre, blir fulgt opp. Dette skal etter loven om mulig gjøres i samarbeid med pasientene.

Krav som skal innfris i sykepleierutdanningen, står i læringsutbyttebeskrivelsene (29). Halvparten av studiet gjennomføres i praksisfeltet, og der er det betydelige endringer i bruk av teknologi. Vellykket innføring av terminologier og standardisert språk i EPJ-systemene for dokumentasjonspraksis krever at sykepleierne har kunnskap og ferdigheter. Det er viktig at utdanningsinstitusjonene sørger for opplæring som gir studenter mulighet til å være forberedt på det de møter i praksis.

Det er viktig at alle sykepleiere tenker på at helsehjelp som ikke er dokumentert, juridisk sett ikke er utført.

Litteratur

1. *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (12.10.2022).
2. *Forskrift om pasientjournal* (pasientjournalforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168> (12.10.2022).
3. *Helsepersonelloven med kommentarer*. Helsedirektoratet. Først publisert 28.6.2018. Sist faglig oppdatert 21.10.2022. <https://www.helseDirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer> (12.12.2022).
4. Meld. St. 9 (2012–2013). *En innbygger – én journal*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/> (12.10.2022).
5. *Hurdalsplattformen 2021–2025*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/> (12.10.2022)
6. *Helseplattformen*. <https://helseplattformen.no> (12.10.2022).
7. Clark J, Lang N. Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice. *International Nursing Review* 1992; 39: 109–11, 128.
8. Nightingale F. *Notater om sykepleie*. Revidert med tillegg, samlede utgaver. Universitetsforlagets sykepleieklassikere. Oslo: Universitetsforlaget, 1997. <https://www.nb.no/items/02a96b4d13319d9ad0e8f5c25fb6d73f?page=0> (12.12.2022).
9. Nissen R. *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Gyldendals sykepleieklassikere. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000. <https://www.nb.no/items/98c745d295fdd3a357b9e586e147d8ba?page=0> (12.12.2022).
10. Martinsen K. *Freidige og uforsagte diakonisser: et omsorgsyrke vokser fram 1860–1905*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli, 1984. <https://www.nb.no/items/503542f41bd14ff5c73f4f6e68648fee?page=0> (12.12.2022).

11. Waage HR. *Lærebog i sygepleie*. Kristiania: Aschehoug, 1901. <https://www.nb.no/items/6b654930afc731672a0b4fa506e7ad1d?page=0> (12.12.2022).
12. Jervell A. *Lærebok for sykepleiersker*. Bind 1. Oslo: Fabritius, 1941. <https://www.nb.no/items/457aa81c7b214e57bb830bf6d4d4174a?page=0> (12.12.2022).
13. Orlando IJ. *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. New York: G.P Putnam, 1961.
14. Vabo G. *Dokumentasjon av helsehjelp*. 4. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2022. <https://www.nb.no/items/ba0e939e68470490fc8600c63a77b910?page=0> (12.12.2022).
15. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (12.10.2022).
16. *Retningslinje for bruk av Snomed CT i Norge*. Oslo: Direktoratet for e-helse, 2021. <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/retningslinje-for-bruk-av-snomed-ct-i-norge> (12.10.2022).
17. *Terminologi for sykepleiepraksis*. Konseptutredning. Oslo: Direktoratet for e-helse, 2018. <https://www.ehelse.no/publikasjoner/terminologi-for-sykepleiepraksis> (12.10.2022).
18. Vabo G. *Dokumentasjon av sykepleie: et aksjonsforskningsprosjekt i Setesdal*. Rapportserie nr. 1/2013. Grimstad: Senter for omsorgsforskning sør, 2013. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmliui/handle/11250/144348> (12.10.2022)
19. Vabo G, Slettebø Å, Fossum M. Participants' perceptions of an intervention implemented in an Action Research Nursing Documentation Project. *Journal of Clinical Nursing* 2017; 26: 983–93. <https://doi.org/10.1111/jocn.13389>
20. Haagensen VW. *Her sov 62-åringen*. NRK 20.11.2021. <https://www.nrk.no/innlandet/xl/grue-kommune-har-i-flere-ar-fatt-kritikk-for-uverdige-behandling-av-eldre-1.15673431> (12.10.2022)
21. *Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. Svikt i håndtering av akutt forverring hos pasient i kommunal akutt døgnenhet (KAD) i Oslo kommune*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2022. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/2022/svikt-i-haandtering-av-akutt-forverring-hos-pasient-i-kommunal-akutt-doegnenhet-kad/> (12.10.2022)
22. *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38> (12.10.2022)
23. *Nasjonal e-helsestrategi*. Direktoratet for e-helse. Sist oppdatert 27.10.2022. <https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi> (12.12.2022)
24. *Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017–2022*. Oslo: Direktoratet for e-helse, 2017. <https://www.ehelse.no/publikasjoner/nasjonal-handlingsplan-for-e-helse-2017-2022> (12.10.2022).
25. Nordbø B. Terminologi. I: *Store norske leksikon*. <https://snl.no/terminologi> (12.10.2022).
26. Bjørnnes AK, Gjevjon ER, Grov EK et al, red. *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament*. 6. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2022.
27. Ådland MK. Klassifikasjon. I: *Store norske leksikon*. <https://snl.no/klassifikasjon> (12.10.2022).

28. Børmark SR. *Veileder for utvikling, kunnskapsbasering og forvaltning av veiledende planer i sykepleie. med internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis (ICNP)*. Oslo: Helse sør-øst, 2020. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/141599> (12.10.2022)
29. *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412> (12.10.2022)

Grete Lund Vabo
grete.vabo@uia.no
Kystveien 212
4639 Kristiansand

Grete Vabo er førstelektor ved Universitetet i Agder. Hun er utdannet sykepleier med hovedfag i pedagogikk fra Universitetet i Oslo. Høsten 2022 utga hun læreboken Dokumentasjon av helsehjelp (14).