

Språklige og verdimessige utfordringer ved innføring av klassifikasjonssystemet NANDA.

Lisa Øien og Ole Greger Lillevik

Lisa Øien, høghskolelektor ved Høghskolen i Narvik. E-post lisoie@hin.no

Ole Greger Lillevik, høghskolelektor ved Høghskolen i Narvik, E-post oleli@hin.no

Sammendrag

Artikkelen setter fokus på sykepleielederes opplevelse av språk og innhold i kodeverket NANDA (North American Nursing Diagnoses Association), et klassifikasjonssystem for sykepleiediagnoser. Funnene som presenteres er framkommet gjennom semistrukturerte intervju med tre sykepleieledere fra tre ulike avdelinger innen samme helseforetak. Det er brukt fenomenologisk hermeneutisk metode i analysen. Studien viser at språket oppleves som fremmed og stigmatiserende, og at det derfor finnes motstand mot å ta klassifiseringsverktøyet i bruk. Det foreligger en verdikonflikt mellom sykepleierens humanistiske grunnsyn og den grunnlagstenkningen sykepleieren opplever i møte med NANDA. Funnene blir viktige med tanke på utvikling og videreutvikling av klassifikasjonssystemer for bruk av sykepleiere i Norge. Videre arbeid med standardisering av sykepleiedokumentasjon må ta hensyn til at klassifikasjonssystemer ikke er verdinøytrale.

FOU-artikkel

Nøkkelord

EPJ, klassifikasjon, NANDA, helse, kunnskapssyn, DIPS

Bakgrunn og problemstilling

NANDA er et klassifikasjonssystem for sykepleiediagnoser. Kodeverket ble utgitt på norsk første gang i 2004 (Gordon et al. 2003). Klassifikasjonssystemet ble utviklet med den hensikt å synliggjøre sykepleiens kompleksitet på en mer målrettet og aktiv måte gjennom en standardisert

dokumentasjonsform (DIPS 2006a, Gordon et al. 2003). Det framholdes et behov for å skape et felles begrepsapparat som er forståelig for alle, slik at det blir enklere å synliggjøre ovenfor samfunnet for øvrig hva det er sykepleiere gjør. Klassifisering og registrering av pasientdata vil i følge

utviklerne være nyttig, med tanke på gjenbruk av data til statistikk og forskning (Gordon et al. 2003).

Behov for mer lik praksis, økt pasientsikkerhet, kvalitetskontroll, bedre og mer oppdatert dokumentasjon, lik forståelse og begrepsbruk mellom helsefaggruppene er argumenter man finner igjen i norsk litteratur på temaet sykepleiedokumentasjon (Moen et al. 2002). I tillegg tilsier et større fokus på økonomi og knappe ressurser, et behov for kartlegging av reelle behov, med hensyn til bemanning og kompetansesammensetning i den enkelte avdeling. En bedre strukturering av sykepleiedokumentasjonen ved bruk av klassifikasjonssystemer, er en måte å tilnærme seg disse utfordringene.

DIPS ASA (selskapet bak DIPS, et system for elektronisk administrasjon og journalføring) har valgt å integrere NANDA som en del av det elektroniske journalføringssystemet. DIPS består av ulike delsystemer som skal ivareta de ulike funksjonene ved sykehusdrift, og skal kunne ivareta alt fra administrasjon til dokumentasjon. Sykepleiedokumentasjonen er en del av dette. DIPS benyttes i dag på de fleste norske sykehus (DIPS 2006b).

Vi har liten erfaring med bruk av klassifikasjonssystemer så langt her i Norge. Vi har heller ikke fram til nå hatt konsensus for hvilke klassifikasjonssystem vi bør anvende, og videreutvikle for bruk i norsk sykepleiedokumentasjon (Normann et al. 2007). Det som til nå har vært gjort av forskning, har primært vært knyttet opp mot innføring av elektronisk pasientjournal generelt, og ikke klassifikasjonssystem spesielt.

En evalueringsrapport fra 2008 viser at personalet ved en klinikk for rus og spesialpsykiatri ikke opplever begrepene i NANDA som fremmedartede eller vanskelige å forstå. I begynnelsen opplevde de begrepene som uvante, men etter en tid tenkte de ikke over språket. Enkelte begreper

ble imidlertid opplevd som uhensiktsmessige, og er blitt erstattet av andre tilpassede begreper lokalt, og avdelingen har utviklet en ordliste med egne begreper (Wangensteen & Igesund 2008).

Innføring av NANDA medfører bruk av et ferdig definert språk og felles terminologi ved sykepleiediagnostisering. Dette skiller seg fra bruk av fritekst, som til nå har vært mest vanlig. Denne artikkelen søker å belyse hvordan sykepleiere opplever og forholder seg til språket i standardisert klassifikasjonssystem, og hvilke konsekvenser dette kan ha for praksis.

Metode

Kvalitative metoder er hensiktsmessige når en skal undersøke hvordan mennesker, også i en faglig kontekst, opplever og ser på verden rundt seg (Fog 1992, Kvale 2004). Slike metoder er velegnet når det gjelder å få fram kunnskap om hvordan sykepleiere opplever et fenomen, som anvendelse av klassifikasjonssystemer. Når helsepersonell forteller om sine erfaringer, kan det bidra til faglig innsikt. På den måten kan erfaringene representere et bidrag og et utgangspunkt for kunnskapsutvikling (Lindseth & Norberg 2004). Dette har vært styrende for metodevalget.

For å få tilgang på erfaringer med bruk av klassifikasjonssystemet, ble det planlagt og gjennomført intervju av tre sykepleieledere, som på ulike måter har vært sentrale i implementeringen av elektronisk pasientjournal ved helseforetaket de er ansatt i. Informantene ble rekruttert gjennom direkte kontakt.

To intervju ble gjennomført på et lånt kontor ved en undervisningsinstitusjon, og ett ble gjennomført på informantens eget kontor. Målet for intervjuprosessen var å la informanten fortelle fritt om sin erfaring (Kvale 2004). Det ble stilt åpne spørsmål, og

det ble brukt en åpen intervjuguide. Intervjuene varte i ca 1 ½ time. Informantene delte sine erfaringer og refleksjoner på en avslappet måte, og ga inntrykk av å være åpen, trygg og engasjert i spørsmål omkring bruke av klassifikasjonssystemet. Det var i stor grad tilstrekkelig for intervjuer å ha en lyttende holdning. Intervjuene ble tatt opp digitalt på en diskre mp3 spiller. Intervjuene ble senere transkribert i sin helhet, og hvert intervju ga ca 25-30 sider tekst

Det ble benyttet fenomenologisk hermeneutisk metode (Lindseth & Norberg 2004) for å analysere og utforske informantenes erfaringer. Analysen foregikk i tre trinn. Først ble teksten lest igjennom for å få en helhetsforståelse av tekstmaterialet. Deretter ble det gjort en strukturanalyse, hvor teksten ble delt inn i meningsenheter som ble diskutert mellom forfatterne, for derigjennom å identifisere tema og undertema. Gjennom den første lesningen, strukturanalysen og relevant teori har en helhetlig forståelse utviklet seg.

Når vi i artikkelen presenterer sitater fra intervjuene, er disse omskrevet til bokmål. I tillegg er det utelatt en del ord og uttrykk, der formuleringene har vært særlig karakteristiske. Dette er gjort som ledd i å sikre informantene anonymitet.

Kildematerialet i artikkelen representerer tre ansattes refleksjoner og erfaringer med bruk av klassifikasjonssystemet. Det er et begrenset antall informanter, og kildematerialet gir ikke grunnlag for generalisering. Ved å diskutere denne erfaringen med annen forskning og litteratur kan studien allikevel antyde et problemområde, og derigjennom gi en form for gyldighet.

Resultat og diskusjon

Analysen av de transkriberte intervjuene resulterte i to hovedtema. Temaene knytter

seg til informantenes møte med språket i NANDA: 1. Språket som fremmedgjørende. 2. Språket som holdningsbærer. Hovedtemaene vil i det videre bli utdypet og diskutert.

Språket som fremmedgjørende

Informantene uttrykker en opplevelse av språket i klassifikasjonssystemene som fremmed. Meningsinnhold i enkelte av de begrepene NANDA anvender, synes uklare for informantene, men også setningskonstruksjoner og ordvalg blir oppfattet som fremmed. I NANDAs ordliste over "uttrykk med forklaring", finner vi blant annet begrepet, "God helse" -sykepleiediagnoser". Dette forklares slik: "Beskriver menneskelig reaksjon på nivåer av god form hos et individ, en familie eller et lokalsamfunn som er klare for forbedringer" (Gordon et al. 2003:243).

Informantene viser til begreper og formuleringer de ikke forstår. En av informantene uttrykte seg slik: "Når vi slo opp på... når jeg slo opp... 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."

Det kan se ut som om oversetterne av NANDA har vektlagt å oversette selve ordene i klassifikasjonssystemene, og ikke "meningen" eller "ideen" i teksten. Å tilnærme seg en tekst uten å inkludere meningsinnholdet er ikke uvanlig. I følge Eugene A. Nida er dette en svakhet i mange oversettelser. Det er viktig å få fram meningsinnholdet i en tekst på en slik måte at man oppnår ønsket endring i handlingsmønster og overbevisning hos mennesker med en annen språkkultur (Nida, 2004). Dette kan kun oppnås ved å formidle innholdet i teksten på en måte som oppfattes som naturlig og kjent for leseren. (Flores 2006, Nida 2001)

En av informantene sier: ”*Det er da litt sånn rart oppstilt, ubalanse i ernæring – mer enn kroppsbehovet... jeg må rett og slett le litt av det fordi det er en litt morsom oppstilling..(...) noe av problemet ligger i at språket er helt fjernt (...)*” Denne uttalelsen indikerer at oversettelsen ikke har lyktes med å ”fornorske” språket på en slik måte at informantene føler seg ”hjemme” i det. Dette har ført til at noen sykepleiere kvier seg for å ta i bruk klassifikasjonssystemene. En av informantene forteller at enkelte som har valgt å ta i bruk NANDA etter en tid finner det tiltagende vanskelig å finne ”*noe som passer*”. De velger oftere og oftere å bruke fritekst, ikke motsatt, som man kanskje kunne forvente ved en gradvis tilvenning til språket.

”*I begynnelsen var det et oppstyltet språk... vanskelig å forholde seg til, men man venner seg til det etter hvert.*” Informanten kommer ikke inn på hva det er ved språket som opplevdes som ”oppstyltet”, men sier også: ”*Jeg synes språket er veldig fremmed, det kunne godt ha vært mye mer... ha vært fornorsket.*” Informantene påpeker altså språklige utfordringer ved de oversatte klassifikasjonssystemene.

Funnene i studien er ikke spesifikt unike for disse klassifikasjonssystemene. Erfaring fra oversettelse av andre klassifikasjonssystemer, og også andre typer standardiserte kartleggings- og dokumentasjonsverktøy, har de samme problemene informantene snakker om. VIPS – systemet (en dokumentasjonsmodell som er utviklet i Sverige) er oversatt fra svensk til norsk. Norge og Sverige har språklig og kulturell nærhet, og en skulle derfor tro at en oversettelse ville medføre få utfordringer. Det har likevel vist seg i ettertid at det ikke ble så uproblematisk som på forhånd antatt. Problemer knyttet til begrepenes semantiske innhold påpekes i en artikkel som omhandler utviklingen av sykepleiedokumentasjon knyttet opp mot Elektronisk pasientjournal (Hellesø et al. 2003), og handler nettopp om språklige og kulturelle forskjeller.

The National Child Traumatic Stress Network i USA har erfaring med oversettelse av engelsk materiale til spansk. Uten å ta hensyn til kultur og språk, står en i fare for å tape meningsinnholdet i teksten. Dette kan føre til forvirring for den som skal bruke materialet, og på denne måten kunne påvirke selve kvaliteten i omsorgen, påpekes det (Flores 2006).

I 2004 kommenterte Norsk Ergoterapeutforbund et klassifikasjonssystem for prosedyrekoder for spesialisthelsetjenesten. Det er i liten grad tilpasset norske forhold og språket bærer preg av å være oversatt ”ord for ord”(Liabø & Johansen 2004). Dette sammenfaller godt med den opplevelsen informantene i studien tilkjennega.

Bakgrunnen for å utvikle klassifikasjonssystemer handler om flere ting. Fagutvikling, og et ønske om mest mulig lik praksis er argumenter vi finner igjen hos mange (Dale & Dale 2004, Krogh et al. 2005, NANDA 2006, Nursing 2003). Lik praksis over hele landet, på tvers av institusjonelle skiller, nevnes av informantene som ønskelig:

”*Det går veldig mye på ulik praksis blant sykepleierne... 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... det samme burde gjelde for sykepleiere.*”

En felles praksis, basert på felles kunnskap, er ønskelig. Felles språk gir bedre forutsetninger for felles praksis (Sandhaug & Mygland 2008). Kvalitetssikring av dokumentasjonen ved bruk av fritekst, forutsetter gode språklige ferdigheter hos den enkelte sykepleier. Gjennom presis angivelse av problemområder og tiltak, vil en kunne oppnå bedre kontinuitet i pleie og behandling. Dette kan bruk av felles terminologi bidra til. Bruk av fritekst hindrer språklig fremmedgjøring, men kan skape ulik praksis.

Ved bruk av klassifikasjonssystemer vil sykepleieren kunne ta vare på sine egne vurderinger av det hun observerer, men spørsmålet blir om hun makter å ta vare på subjektiviteten i pasientens liv.

Klassifikasjoner fratar oss ”rom” til å ivareta subjektiviteten (Martinsen & Eriksson 2009). Dette kan forklare informantenes følelse av å være utilpass ved bruk av NANDA.

Språket som holdningsbærer

Helsebegrepet betraktes vanligvis i vid forstand. Slik det defineres i WHO's vedtekter (1946), er helse fravær av lyte, og innebærer fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære. Dette er et helsebegrep som er svært idealistisk. Problemet med en slik vid definisjon av helse, er at de fleste personer vil falle utenfor, og derved kan betraktes som i en tilstand av uhelse eller helsesvikt (Hummelvoll 2004). Det samme problemet oppstår når diagnoser blir så vide at svært mange vil falle innenfor. En av diagnosene som nevnes spesielt er ”kode 00099: Svekket evne til å opprettholde helse”. Under ”kjennetegn” står blant annet å lese: *”Mangelfull helsefremmende atferd i fortiden. Ikke uttrykt interesse for å forbedre helseatferd”* (Gordon et al. 2003). En av informantene kommenterte det på denne måten: *”Du kan stigmatisere folk skikkelig, og det tror jeg er en viktig diskusjon å ta i forbindelse med å skulle bruke slike systemer”*. Denne diagnosen ble opplevd som stigmatiserende av informantene. Pasienter som røyker, er overvektige eller ikke trener jevnlig, vil kunne plasseres innenfor diagnosen. Vi beveger oss inn i et landskap hvor normalen framstår som smalere og smalere, og alle som faller utenfor idealet skal kategoriseres og diagnostiseres.

Mennesker som blir klassifisert gjennom ulike kategorier, blir påvirket av klassifiseringen. Det er ikke slik at pasienter har et ønske om å betrakte seg selv som syke. Klassifikasjonene er ferdiglagede

terapeutiske forklaringer på menneskets plager, og når en diagnose blir systematisk brukt som fortolkning av pasientens plager, blir pasienten mer tilbøyelig til å betrakte seg selv som syk (Furedi 2004). Kategorisering har også den egenskapen at sykepleiere lett kan komme til å se alle uttrykk hos pasienten som bekreftelse på sin kategori, som for eksempel: ”ikke interessert i å bli frisk”. Dette er den problematiske kjernen ved stigmatisering.

Noen diagnoser betegnes som krenkende og menneskefiendtlige av informantene, og derfor velger mange å ikke ta klassifikasjonssystemene i bruk.

”(...) det smerter meg at vi tar i bruk et dataprogram som har dette inne (...) 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.(...) altså.. her er et sånn ovenfra perspektiv.. og vi vet hva som feiler deg, du er ikke tilpasningsdyktig.”

Pleiekulturen i Norge og i USA er forskjellig. NANDA er utviklet på bakgrunn av amerikansk helsevesen. Det kan argumenteres for likheter og ulikheter i det norske og det amerikanske helsevesenet, men med tanke på hvordan informantene opplever klassifikasjonssystemene, antyder studien at forskjellene kan være større enn det ved første øyekast kan se ut til. Som en av informantene så sterkt uttrykker det: *”(...) det er et språk som er så krenkende... for meg er det så krenkende at det går kaldt nedover ryggen på meg (...).”*

Når et språk som oppleves som krenkende tas i bruk og etter hvert blir en del av pleiekulturens ståsted, kan dette føre til holdningsendringer som vi kanskje ikke ønsker. Vi vil kunne få en endring i måten vi ser på pasienten og måten vi utøver faget vårt på. En sykepleier sier: *”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 klassifikasjonssystemene.”

I samhandlingen mellom sykepleier og pasient kan sykepleieren velge å engasjere seg i pasientens problem og opplevelse. Dette vil gi en relasjon hvor begge har oppmerksomheten vendt mot pasientens opplevelse og situasjon. Når sykepleierens fokus blir rettet mot ferdigformulerte diagnoser vil følgelig pasientens perspektiv bli borte, og en står tilbake med en relasjon der sykepleieren blir beskriveren av det som oppfattes å være faktiske forhold. Dette er et utenfraperspektiv, der sykepleieren blir stående utenfor pasienten, og derved betrakter pasienten som en objektiv størrelse, ikke som et subjekt (Skjervheim 1996). Dette gjenspeiler en tradisjonell medisinsk forståelsesmodell. Det biomedisinske kunnskapssynet hviler på en positivistisk vitenskapstradisjon. I dag brukes begrepet ”evidensbasert medisin” for å beskrive dette kunnskapsgrunnet, som bygger på statistikk og randomiserte forsøk (Martinsen & Eriksson 2009). I evidensbasert medisin brukes ”disease” - begrepet som utgangspunkt for handling. Disease refererer til patologiske prosesser som utgangspunkt for problemforståelsen, og problemet betraktes derved fra terapeuten eller hjelperens synsvinkel (Toombs 1993), og kunnskapen om pasienten baseres på gjennomsnittspasienten, der individuelle forskjeller ikke tas hensyn til (Martinsen & Eriksson 2009).

Norsk sykepleie tilhører en holistisk humanistisk tradisjon, hvor pasienten forstås ut fra dennes livssituasjon. ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (Sykepleierforbund 2007:7) Det innebærer at en søker inn mot den erfaringen og opplevelsesverden hvor pasienten lever sitt liv. Dette er en kjerneverdi i sykepleien. Det tas utgangspunkt i ”illness”- begrepet, som refererer til det enkelte menneskets

opplevelse og reaksjon på symptomer og plager (Toombs 1993). Derved tas det utgangspunkt i det pasienten opplever. Dette representerer et innenfraperspektiv, og er en forståelsesmodell som skiller seg fra den evidensbaserte biomedisinske (Ekeli 2002). Helsefagene i Norge, også sykepleie, har imidlertid i det siste 10-året i stadig større grad tatt det evidensbaserte medisinske idealet som utgangspunkt for sin forskning, og helsefagene beskriver dette som evidensbasert praksis (Martinsen 2005). I NANDA fremholdes blant annet behovet for å standardisere praksis, og at klassifisering og registrering av pasientdata vil være nyttig med tanke på gjenbruk av data til statistikk og forskning (Gordon et al. 2003) Dette tilhører evidensialismens ideal.

Informantene opplever deler av terminologien i NANDA som fremmed, og mener det ville vært bedre om den var ”fornorsket”, eller tilpasset det ”språket” de anvender i sin kliniske hverdag. Noen ganger trenger sykepleierne å uttrykke seg på en annen måte enn hva klassifikasjonene gir rom for, nettopp for å ivareta det individuelle ved hver enkelt pasients opplevelse av sin situasjon. I evalueringsrapporten til Wangensteen og Igesund (2008) framkommer det at pleiepersonalet valgte å lage egne ordlister med erstatningsbegreper, fordi enkelte begrep ble opplevd som ”uhensiktsmessige”. Slik språklig frigjøring kan forstås som uttrykk for en motstand mot evidensialismen. Martinsen sier at livet er konkret her, og livet og de levende og sansende kroppene motsetter seg den instrumentaliseringen som evidensbasert praksis representerer. Det skapes motstand og det utvikles egne lokale praksiser (Martinsen & Eriksson 2009). Problemet med at det etableres terminologiske subkulturer vil være at muligheten for gjenbruk av data til statistikk og forskning forringes.

Konklusjon

Studien viser at informantene opplever språket i NANDA som fremmedgjørende, og at det ikke oppleves som direkte overførbart til sykepleiernes morsmål og deres kliniske hverdag. Dette fører til at noen sykepleiere vegrer seg mot å bruke systemene, hvilket videre vil ha konsekvenser for gjenbruk av pasientdata til statistikk og forskning.

NANDA er i bruk ved flere sykehus. Det som blir viktig på bakgrunn av dette, er at vi må være bevisst at et klassifikasjonssystem ikke utelukkende er å regne som et redskap – som ”kniv og gaffel”, for å sitere en av informantene. Det representerer også et kunnskapsgrunnlag som hviler på bestemte verdimeslige antakelser, som kan gi kraft til endring av praksis, og en endring i måten å tenke om pasienten.

Det foreligger en verdikonflikt mellom språkets biomedisinske utenfraperspektiv og sykepleiernes holistiske humanistiske innenfraperspektiv. Det vil alltid være mulig å oversette ordene og ordenes betydning, men kanskje er det ikke mulig, eller ønskelig, å fornorske slik som informantene etterspør. Det dreier seg ikke om en ren språklig konflikt, men en konflikt mellom ulike perspektiver på mennesket og helse. Ved å fornorske ”grunnlagsperspektivet” vil en gjøre forfatterne av NANDA urett, fordi tekstens opprinnelige mening vil bli endret i den forstand at den vil dreie fra et evidentbasert vitenskapsperspektiv til et humanistisk vitenskapsperspektiv. Dette taler for at det er behov for et system for dokumentasjon som kan ivareta den humanistiske sykepleiefaglige grunnlagstenkningen.

Et interessant spørsmål studien ikke gir svar på er om, eventuelt i hvilken grad, sykepleiedokumentasjon i fritekst ivaretar og bringer med seg de verdiene denne artikkelen antyder at det standardiserte språket i klassifikasjonssystemene mangler.

Litteratur

- (1946) Constitution of the World Health Organization, New York, USA, pp. 1-19.
- Dale JG & Dale B (2004): Fra fri tekst til faste former. *Sykepleien - fag*, 63-65.
- DIPS (2006a) Klassifikasjonssystemet NANDA. DIPS ASA. Available (accessed 13. september 2006).
- DIPS (2006b) Sykepleiedokumentasjon i DIPS. DIPS ASA. Available (accessed 01.02.06).
- Ekeli B-V (2002) *Evidensbasert praksis Snublesten i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?*, 1 edn. Eureka forlag, Tromsø.
- Flores L (2006) Culture and Trauma Brief. Translation of English Materials to Spanish, p. 4.
- Fog J (1992) Factors associated with the knowledgegetting process. In *Artikler om interviews* (J. Fog, S. Kvale & (red.), eds). Aarhus Universitet, Psykologisk institutt, Aarhus.
- Furedi F (2004) *Therapy Culture. Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. Routledge, London.
- Gordon M, Avnat K, Herdman H, Hoskins L, Lavin MA, Sparks S, Warren J & Red. (2003) NANDA *Sykepleiediagnoser: definisjoner og klassifikasjon 2001-2002*, 1 edn. Akribe Forlag, Philadelphia.
- Hellesø R, Hjortnæs A-K, Holm R, Husby EH & Børmark S (2003): Godt samarbeid bærer frukter- utvikling av sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal. *Sykepleien* 4, 34-38.
- Hummelvoll JK (2004) *Helt - ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Akademisk.
- Krogh Gv, Dale C & Nåden D (2005): A Framework for Integrating NANDA, NIC, and NOC Terminology in Electronic Patient Records. *Journal of Nursing Scholarships* 37, 275-281.
- Kvale S (2004) *Det kvalitative forskningsintervju*, 6 edn. Gyldendal Akademisk, Gjøvik.
- Liabø KM & Johansen M (2004) *Komplettering av medisinske*

- prosedyrekoder for spesialisthelsetjenesten, Kommentarer fra Norsk Ergoterapeutforbund(NETF). NETF, Oslo. Available at: <http://www.netf.no/politikk/prosedyrekoder.htm> (accessed 22.03 2007).
- Lindseth A & Norberg A (2004): A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Nordic College of Caring Sciences* 18, 145 - 153.
- Martinsen K (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*, 1 edn. Akribe as, Oslo.
- Martinsen K & Eriksson K (2009) *Å se og å innse: om ulike former for evidens*. Akribe, Oslo.
- Moen A, Hellesø R, Quivey M & Berge A (2002) *Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere.*, 1 edn. Akribe Forlag, Oslo.
- NANDA I (2006) Help Define the Future of Nursing. Available (accessed 13. september 2006).
- Nida EA (2001) *Contexts in Translating*. John Benjamins Publishing Company, Amsterdam/Philadelphia.
- Normann L, Bang K, Mølsted K & Dale C (2007): Presisering om NIC. *Sykepleien* 3, 73-73.
- Nursing DUSo (2003) Nursing Interventions Classification (NIC). Duke University School of Nursing. Available (accessed 13.september 2006).
- Sandhaug M & Mygland Å (2008): Rehabilitering etter traumatiske hjerneskade - hvorfor ikke bruke standardiserte funksjonsmål i klinikken? *Klinisk Sygepleje* 1, 4 - 9.
- Skjervheim H (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug, Oslo.
- Sykepleierforbund N (2007) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler. Norsk Sykepleierforbund, pp. 1 - 45.
- Toombs SK (1993) *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Kluwer Academic Publishers, London.
- Wangensteen G & Igesund H (2008) *Nyttige NANDA! Evalueringsrapport klassifikasjonen NANDA*. Klinikk for rus og spesialpsykiatri, Universitetssykehuset i Nord Norge, Tromsø, p. 35.