

Strammere journalføring gir bedre pasientoppfølging

Systematisk journalføring, hvor tilfeldig og unødvendig informasjon lukes bort, danner et godt utgangspunkt for tiltak for pasienter med demens.

Forfattere

Rune Karlsen

Førstelektor
Nord universitet

Karoline Johnsen

Sykepleier
Mørkved sykehjem

Nøkkelord

journalføring

Dokumentasjon

Sykehjem

Rapportering

tiltaksplan

Sykepleien 2018 106(70135)(e-70135)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70135>

HOVEDBUDSKAP

På et sykehjem for pasienter med demens var dokumentasjonen av pasientene ofte irrelevant og tilfeldig. I samarbeid med en forsker gransket personalet sin egen journalføringspraksis og analyserte styrker og svakheter. Et forbedringsarbeid ble iverksatt, og personalet er nå mer oppmerksomme på at de bare dokumenterer det vesentlige. Dette har ført til tiltaksplaner hvor problem-, ressurs-, mål- og tiltaksbeskrivelser er blitt konkrete, tydelige og tilstrekkelig detaljerte.

Artikkelen beskriver kriteriene vi bruker for å analysere journalene. Vi gir en detaljert bruksanvisning på hvordan man kan gå frem for å få til ønskede forbedringer, og diskuterer hvilke faktorer som må være til stede for at vi skal lykkes. Håpet er at vi kan inspirere andre arbeidssteder til å forsøke noe liknende.

Sykepleiedokumentasjonen er en beskrivelse av den selvstendige helsehjelpen som sykepleieren har ytet i samarbeid med den enkelte pasient. I pasientjournalen viser vi frem hvordan vi utfører faget vårt, og lesing av journaler kan si oss mye om våre faglige prioriteringer. Journalen er en indikator på kvaliteten av sykepleien som utføres (1–6).

Vi vet at sykepleiedokumentasjonen til tider kan være både usystematisk og innholdsmessig ustrukturert. Det kan være vanskelig å trekke ut konkret informasjon om sykepleiens innhold i pasientjournaler.

Journalføringen er også kritisert for ikke å fange opp pasientenes egne opplevelser og behov. Vi har dessuten hatt en tendens til å fokusere mye på sykdom, og har vært mindre opptatt av å kartlegge og anvende pasientenes ressurser (2–6).

DOKUMENTASJONEN I PASIENTJOURNALEN

Journalføringen følger opplegget som er vanlig de fleste steder, det som kalles sykepleieprosessen. Formålet med dokumentasjonen er å synliggjøre sykepleierens faglige vurderinger. Alt foregår digitalt.

Først lager vi en plan som inneholder disse overskriftene: problem, ressurser, mål, tiltak og evaluering. Deretter skrives det rapporter, som skal ta utgangspunkt i planen.

Innholdet i **pasientjournalen** består vanligvis av en del faktaopplysninger om den gjeldende pasienten. Deretter kommer **pleieplanen**. Den har fått forskjellige navn forskjellige steder. Noen kaller den for **behandlingsplan**, mange kaller den for **tiltaksplan**. Sistnevnte betegnelse er den vanlige i Bodø kommune.

I tiltaksplanen defineres og prioriteres pasientens problemer, behov og ressurser. Sykepleieren angir hvilke mål som settes for pleien, og redegjør for hvilke tiltak han eller hun ønsker å iverksette. Tiltaksplanen skal følges opp av en evaluering. Det er ønskelig at planen utformes i samarbeid med pasienten.

Med utgangspunkt i tiltaksplanen skrives det rapporter. Høy kvalitet på rapportene kan (og bør i mange tilfeller) gjøre at vi må foreta endringer i tiltaksplanen.

Rapportene tar utgangspunkt i tiltaksplanen. Rapportene er sykepleiernes daglige nedtegnelser av pasientens tilstand. Personalet nedtegner relevante og nødvendige observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger.

Rapporten skal beskrive pasientens daglige tilstand, gi en oversikt over hvilke sykepleietiltak som er iverksatt, og samtidig inneholde en vurdering av hvordan sykepleieren og pasienten mener tiltakene har virket.

Tiltaksplanen er altså en del av journalen. Tiltaksplan pluss rapporter utgjør hoveddelen av journalen. Det er svært viktig med systematiske evalueringer, slik at tiltaksplanen kan justeres når det er nødvendig.

Hva skal dokumenteres?

Det kan være ulike oppfatninger innenfor ett og samme personal om hva som er viktig å dokumentere. Det kan tyde på at det mangler en gjennomtenkt og gjennomdiskutert plan for hva den enkelte medarbeider skal prioritere i utførelsen av den daglige pleien (2–4, 8, 9).

Dette har en del fagmiljøer tatt konsekvensen av, og jobber systematisk med forbedring av dokumentasjonen i pasientjournalen. Et slikt forbedringsarbeid kan bidra til en faglig bevisstgjøring, slik at kvaliteten på helsehjelpen forbedres (1, 6, 7, 9, 10).



«Personalet har kritisk gransket pasientjournaler som de selv har skrevet.»

I perioden oktober 2015 til juni 2017 har vi gjennomført et slikt prosjekt på et sykehjem for pasienter med demens. Personalet har, i samarbeid med en forsker, kritisk gransket pasientjournaler som de selv har skrevet. Deretter gjennomførte de et systematisk forbedringsarbeid. Det ga resultater.

I det følgende gjør vi rede for hva vi fant i dokumentasjonen som burde forbedres, og gir en detaljert beskrivelse av hvordan vi gikk frem for å få til forbedringer. Det kan forhåpentligvis gi inspirasjon til andre sykehjem om å ta liknende grep.

Fremgangsmåte

Vi startet med to pasientjournaler. Disse ble analysert av forskeren (førsteforfatter) alene. Deretter gjennomførte vi en undervisningsdag.

Forskeren gikk gjennom hvilke kriterier han hadde brukt i analysen, og gjorde rede for hvilke styrker og svakheter han mente å ha funnet i deres journaler. Dette gjorde han ved å vise til konkrete eksempler i journalene.

Deretter ble personalet delt inn i grupper. De gjorde selv analyse av journal nr. 3. Funnene ble presentert i plenum.

I plenumsdiskusjonen ble vi enige om hva vi skulle ha fokus på i forbedringsarbeidet. Den enkelte ansatte skulle forsøke å forbedre sin måte å skrive journal på. Samtidig ble det opprettet en gruppe med superbrukere bestående av åtte sykepleiere. Deres jobb er å bistå sine kolleger når de opplever at de ikke helt finner løsninger de er fornøyde med.



«Den enkelte ansatte skulle forsøke å forbedre sin måte å skrive journal på.»

Superbrukerne gjorde noen uker senere, i samarbeid med forskeren, analyse av en fjerde journal. Hensikten var å få trening i analyse, og å danne seg et enda klarere bilde av hva deres arbeidssted bør bli bedre på. Deretter startet hver enkelt ansatt sitt forbedringsarbeid.

Til slutt gjorde vi en evaluering. Evalueringen er todelt. Del 1 består av analyse av forbedrede versjoner. To journaler er analysert av forskeren og en av superbrukerne (andreforfatter). Hensikten har vært å vise hvilke fremskritt vi mener er gjort, og også påpeke hva som enda kan bli bedre. Del 2 av evalueringen består av personalets vurderinger av prosjektet.

Analysen

Da vi analyserte journalene, undersøkte vi i hvilken grad disse kriteriene ble fulgt:

TILTAKSPLANEN skal i så stor grad som mulig utformes og evalueres sammen med pasient og pårørende (1, 9). Planer laget over hodet på dem det gjelder, aksepteres ikke.

- **Problemformuleringen** i planen skal gi en beskrivelse av problemet i konkrete vendinger, og skal angi hvilke konsekvenser problemet har for pasienten (1). Vage og uklare formuleringer godtas ikke (1, 5, 6, 8).
- **Ressurskartleggingen** skal beskrive den enkeltes potensielle mestringskapasitet. Den skal si noe om hva den enkelte pasient og vedkommendes nettverk kan bidra med for å nå målene (5, 8). Ressurser skal gis like stor oppmerksomhet, og ha like stor plass i journalen, som problemer (1, 5–8, 12–14).
- **Målformuleringene** skal beskrive den konkrete forandringen som ønskes oppnådd, eller konkret og detaljert beskrive hvilket funksjonsnivå det er som ønskes vedlikeholdt. Målet skal beskrive pasientens atferd etter at det er nådd (1, 6, 14).
- **Muntlige rapporter** skal gjennomføres, men tiltak skal være så tydelig beskrevet at den som kommer på jobb, egentlig skal kunne utføre jobben sin uten en

muntlig rapport (6, 8). Tiltaksplaner som er avhengige av muntlige tilleggsopplysninger, er ikke gode nok.

- Journalen skal inneholde **planlagte sammenfattende evalueringer** på fastsatte tidspunkter. Her skal opprinnelig problemformulering, ressurskartlegging og forslag til tiltak evalueres. Endringer som gjøres på evalueringsmøtet, skal ende opp i ny og revidert plan (3, 8, 14, 15).

RAPPORTENE skal

- få frem pasientens opplevelse av sin tilstand, og pasientens respons på tiltak som gjennomføres (3, 6, 14, 16)
- inneholde relevante og nødvendige opplysninger (17). Irrelevant informasjon skal lukes bort eller plasseres på bedre egnet sted (3, 6)
- først og fremst ta utgangspunkt i tiltaksplanen. Observasjoner som ikke har direkte sammenheng med tiltaksplanen, skal skrives ned, men relevansen skal vurderes i etterkant
- i størst mulig grad beskrive atferd (for eksempel: «Pasienten sier ...»). Vi skal unngå å bruke adjektiver som kan tolkes, for eksempel ord som «ukritisk» og «aggressiv». Hvis slike begreper brukes, skal de følges opp av en konkret beskrivelse av hvilken atferd det er vi mener er ukritisk eller aggressiv (8, 9)
- inneholde daglige evalueringer. Ansvarlig personell gjennomfører tiltakene som står i planen, og gir deretter en vurdering av hvordan han eller hun mener tiltakene har virket: Hvordan gjennomførte vi tiltakene? Hadde tiltakene ønsket effekt? Dette gjøres, så fremt det er mulig, i samarbeid med pasient og pårørende (14, 16, 17)
- vise at pasientens ressurser anvendes i det daglige arbeidet (6, 7)

Funn

Vi fant fem områder som pekte seg ut som satsingsområder i forbedringsarbeidet:

Vage formuleringer. Formuleringene i tiltaksplanen var til tider utydelige og for lite konkrete. Man kunne ikke umiddelbart lese seg til hva som skulle gjøres, og hvordan. Det ble vanskelig å gjøre jobben uten å ha fått muntlige avklaringer og tilleggsopplysninger. Når det for eksempel står i planen at «Hun trenger hjelp av personalet til å ivareta sin egen helse», blir det for generelt, og derfor lite håndterbart for den enkelte medarbeideren.

Uklart om ressurser. Pasientenes ressurser var ikke tilstrekkelig synliggjort i journalen, og ble altfor sjelden anvendt i den daglige pleien. Ressurskartlegging var ikke på noen måte like grundig gjennomført som kartlegging av problemer.

Utenfra-perspektiv. I journalen kunne man stort sett bare lese om hvordan personalet vurderte hendelsene. Pasientens subjektive opplevelser og reaksjoner var lite synlige.

Ubrukte pårørende. Pårørende var stort sett usynlige i rapportene. Det manglet systematiske rutiner for hvordan den enkelte sykepleieren skulle samarbeide med pårørende.

Irrelevant informasjon. Det var dårlig sammenheng mellom tiltaksplaner og rapporter. Det var tilfeldig hva den enkelte sykepleieren eller hjelpepleieren valgte å trekke frem i de daglige rapportene.

Mange glemte å skrive rapport som var knyttet til det som sto i tiltaksplanen. I stedet rapporterte de om hendelser som ikke hadde noen forbindelse med prioriteringene angitt i planen. I mange tilfeller rapporterte personalet om problemer som faktisk ikke var problemer for pasienten:

Rapporter om matinntak

Det var vanlig å beskrive i detalj hvilken mat pasienten hadde spist, også når pasienten spiste normalt og ikke viste noen tegn på å ha ernæringsproblemer. Rapporter som denne dukket stadig opp i journalene: «Nora har spist en halv skive med leverpostei, en skive med jordbærsyltetøy; og har drukket et halvt glass melk.»

Slike rapporter dukket opp på tilfeldige tidspunkter. Det kom mest an på hvem som var på jobb den dagen, og hva denne personen mente var viktig å gi rapport om. Det var derfor umulig å se om Nora spiste hver dag, eller om hun bare spiste de dagene det ble rapportert. I så fall ville hun hatt et ernæringsproblem. Men det sto det ingenting om i tiltaksplanen.

Feil hovedperson

En annen gjenganger var nattevaktenes rutinemessige rapport om sovetilstand på det tidspunktet de var innom pasientens rom. «Tilsynelatende sovet ved tilsyn» var den vanligste måten å rapportere slike situasjoner på.

Hensikten var å vise at sykepleieren hadde gjennomført sikkerhetsrutinene på enheten – at hun eller han hadde gjort sine plikter. Derfor ble slike rapporter gitt både om pasienter med søvnproblemer, men også om pasienter som hadde normal søvn.

Manglende systematikk

I analysearbeidet lette vi etter rapporter som tok utgangspunkt i tiltaksplanen, og som beskrev tiltakene som var gjennomført, og også inneholdt en vurdering av hvilken effekt tiltakene hadde hatt. Slike rapporter forekom av og til, men også her var det personavhengig.

Mange prioriterte heller irrelevant informasjon, som for eksempel matinntak hos personer uten spiseproblemer. Rapportsystemet som helhet viste i liten grad sammenhengen mellom iverksatt tiltak og oppnådd eller ikke oppnådd ønsket effekt.



«Mange prioriterte heller irrelevant informasjon.»

Det ble holdt en fast evaluering hver måned for alle pasientene. Men systematikken var ikke god nok. Evalueringsmøtene ble ikke alltid fulgt opp av nødvendige endringer i tiltaksplanen.

Forbedringsarbeid

Med utgangspunkt i funnene har personalet gjennomført et målrettet forbedringsarbeid. Det har medført merkbare kvalitetsforbedringer.

Tiltaksplanene er forandret. Problem-, ressurs-, mål- og tiltaksbeskrivelser er nå blitt konkrete, tydelige og tilstrekkelig detaljerte.

Et typisk eksempel er journalen til pasienten Håkon. Et av hans behov er at han trenger hjelp og tilrettelegging ved måltider. Tiltaket beskrives slik: «Vi følger ham til kjøkkenet til hans faste plass. Han smører brødkiver og forsyner seg selv av fremsatt mat. Husk DIA-syltetøy og egen dessert.»

En av sykehjemmets målsettinger er at den enkelte pasient i størst mulig grad skal få dekket sine sosiale, kulturelle og åndelige behov. I arbeidet med å nå dette målet gjennomfører primærteamet, i samarbeid med de pårørende, en grundig kartlegging av den enkelte pasients interesser og ressurser.



«Det skrives nå like mye om ressurser som om problemer.»

Et slikt samarbeid er blitt vanlig prosedyre. Det har bidratt til at vi har kunnet formulere konkrete beskrivelser av hva som er hver enkelte pasients behov.

Det skrives nå like mye om ressurser som om problemer. Ta pasienten Ragnhild. I kartleggingen ved innkomst kom det frem at Ragnhild hadde pleid å gå på bingo. I planen er deltakelse på bingo blitt et tiltak som skal gjennomføres, og det gis konkrete føringer for hvordan effekten av tiltaket skal evalueres.

Konkrete og håndterbare

Pasientens egen opplevelse er blitt en naturlig del av dokumentasjonen. I planen står dette:

«Tilby Ragnhild å være med på bingo. Hun mestrer det selv. Dokumenter hvordan Ragnhild opplevde aktiviteten, smilte, klappet, syntes det var gøy, viste engasjement og deltakelse. For eksempel om Ragnhild ba om å få gjøre det om igjen.»



«Irrelevant informasjon er (nesten helt) borte fra rapportene.»

Konkrete og håndterbare tiltaksbeskrivelser som dette har ført til at samtlige ansatte følger opp tiltaksplanen i rapporten.

Irrelevant informasjon om for eksempel matinntak og tilsynelatende sovetilstand ved tilsyn er (nesten helt) borte fra rapportene. Rapportene handler i stedet om de relevante utfordringene som den enkelte pasient har. Rutineoppgaver er fjernet fra den daglige rapporten og satt inn i tidsplaner, hvor personalet krysser av når de har gjort jobben sin.

Det som gjenstår i dag, er en mer systematisk evaluering av hele planen. Det handler om å stoppe opp, se gjennom både problem-, ressurs-, mål- og tiltaksformuleringer, og deretter eventuelt gjøre justeringer.

Personalets evaluering

Personalet har oppsummert evalueringen i fire punkter:

1. Vi er blitt mye mer «spissa», både skriftlig og muntlig, på hva vi dokumenterer.
2. Vi har mye mindre oppmerksomhet på uvesentlige ting. Dette er tidsbesparende.
3. Den kognitive delen av vårt arbeid, som jo er den viktigste ved demens, får mye mer oppmerksomhet.
4. Mestring og opplevelsen av tiltak er mer nøye beskrevet.

Diskusjon

Hensikten med prosjektet var å forbedre kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen i pasientjournalen. Det har vi lyktes med. Ressurser kartlegges og anvendes. Pårørende er aktivt med. Det gjennomføres daglige evalueringer. Pasientens perspektiv er med i rapportene. Irrelevant informasjon er luket bort. Rapportene handler nå om de relevante utfordringene som den enkelte pasienten har.

Dette siste kan ha betydning for pasientsikkerheten. Et eksempel er når det gjelder rapporter om matinntak. Faktum er at beboere på sykehjem er utsatt for underernæring. Vi har behov for rutiner for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet, og pasienter med demens er en gruppe med særlig risiko for underernæring (19, 20).

Da er det viktig at de pasientene som har reelle problemer, blir fulgt opp systematisk. Problemet var at rapporter om matinntak kom til tilfeldige tidspunkter, og ble gitt for pasienter som ikke hadde ernæringsproblemer også. Man sto derfor i fare for å overse det vesentlige.



«Hensikten med prosjektet var å forbedre kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen i pasientjournalen. Det har vi lyktes med.»

Før forbedringsarbeidet ble satt i gang, var rapportene dominert av informasjon som kunne vært effektivt plassert et annet sted. Risikoen er da at viktig informasjon forsvinner (3). Nå setter man rutineoppgaver inn i tidsplaner hvor personalet krysser av når jobben er gjort.

Ved å fjerne slikt fra den daglige tekstbaserte rapporten er journalene blitt lettere å lese. Det er blitt lettere å finne den relevante informasjonen. Det gir et bedre grunnlag for å vurdere om helsehjelpen som er gitt, har vært faglig forsvarlig (5, 6, 8, 15).

Ved å fjerne irrelevant informasjon, og systematisk følge opp den enkeltes individuelle behov, har personalet sørget for å forbedre pasientsikkerheten. Det handler om å skille klinten fra hveten.

Personsentrert omsorg

Systematisk vektlegging av perspektivet til personen med demens, og denne personens ressurser, samt anvendelse av ressursene i den daglige pleien, er sentrale elementer i personsentrert omsorg (14). Mange vil hevde at dette er kjernen i sykepleiefaget (21, s. 107).

Denne kunnskapen er ikke ny for alle som jobber på sykehjemmet. For noen har den vært en del av deres faglige ståsted lenge. Men ikke alle ansatte har samme utdanningsbakgrunn.

Et viktig mål ble å få med alle ansatte. Det har vi lyktes med, og superbrukerne har hatt en viktig rolle her. Det er ikke lenger personavhengig hva man velger å være opptatt av. Idealet om personsentrert omsorg blir i større grad enn før fulgt opp i praksis.

Aksjonslæring

Man kan spørre seg hvordan det kan gå an å oppnå så store forandringer som vi faktisk fikk til. En mulig årsak kan være effektive undervisningsprinsipper.

For å lære må vi ha analytiske redskaper som kan hjelpe oss til å bearbeide erfaringer, slik at vi bedre kan se alternative måter å handle på. Vi har knyttet teorien til deres egen praksis.

Abstrakt innhold er konkretisert ved bruk av eksempler hentet fra deres egne journaler. Personalet har gått inn i sin egen hverdag og begynt å stille spørsmål til og ved systemet, slik at det er blitt satt i bevegelse. Det kalles aksjonslæring: en lærings- og refleksjonsprosess støttet av kolleger, der intensjonen er å forandre situasjonen til noe bedre (22).

Referanser

1. Karlsen R. Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjonen i pasientjournalen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2005;2:24–37.
2. Hyde A, Treacy M, Scott A, Butler M, Drennan J, Irving K, et al. Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the «voice of nursing». *Nursing Inquiry*. 2005;12:66–77.
3. Jeffries D, Johnson M, Griffiths R. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*. 2010;16:112–24.
4. Coffey M, Hannigan B, Simpson A. Care planning and coordination: imperfect solutions in a complex world. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2017;24:333–4.
5. Moen A, Hellesø R, Berge A. Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering. Oslo: Cappelen Damm; 2012.
6. Karlsen R. Improving the nursing documentation: professional consciousness-raising in a Northern-Norwegian psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007;14:573–7.

7. Karlsen R. Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2012;2:3–15.
8. Olsen RM. Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter. (Doktoravhandling.) Sundsvall: Institutionen för hälsovetenskap, Mittuniversitetet Sundsvall; 2013.
9. Torbjørnsen ABE, Kinn Aasland AM. Behandlingsplan. I: Strømstad JV, Torbjørnsen ABE, Kinn Aasland AM, red. Hvem er du? Miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid. Stavanger: Hertervig Forlag; 2016.
10. Johansen A. Skriftspråket som tenketeknologi. Norskklæraren. 2012;2:21–8.
11. Skogen K, Sørli AM. Innføring i innovasjonsarbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 1992.
12. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 06.04.2018).
13. Kristoffersen NJ. Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA, Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
14. Røsvik J, Mjørud M, Mørk Rokstad AM, Munch M, Røen J. Implementering av personsentrert omsorg. Tønsberg: Forlaget aldring og helse; 2016.
15. Vabo G. Dokumentasjon i sykepleie. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.

16. Skaug EA. Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA, Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
17. Forskrift 21. desember 2000 om pasientjournal. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385> (nedlastet 16.01.2018).
18. Helsedirektoratet. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Oslo; 2017. IS-2587. Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/P%C3%A5r%C3%B8rendeveileder.pdf> (nedlastet 21.11.2017).
19. Aagaard H. Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal undersøkelse. Sykepleien forskning. 2010;1:36–43. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/03/mat-og-maltider-i-sykehjem-en-nasjonal-kartleggingsundersokelse> (nedlastet 06.04.2018).
20. Carlsson E, Ehnfors M, Eldh AC, Ehrenberg A. Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating difficulties after stroke. Journal of Clinical Nursing. 2012;21:21–31.
21. Meleis AI. Theoretical nursing. Development & progress. 5. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2012.
22. Tiller T. Aksjonslæring – forskende partnerskap i skolen. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2006.