

# Helsevesenet detaljstyres utenfra

Etter at pasientsikkerhetsprogrammer ble innført, bruker sykepleierne mye tid på å registrere, dokumentere og evaluere der de før kunne bruke skjønn.

## Forfattere

**Marianne Giske Holvik**  
Masterstudent i sykepleievitenskap  
Universitetet i Bergen

**Jeanne Boge**  
Førsteamanuensis  
Høgskulen på Vestlandet

**Karin Anna Petersen**  
Professor i sykepleievitenskap og dosent i pedagogikk  
Universitetet i Bergen

## Nøkkelord

Mål- og resultatstyring

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetsprogram

Dokumentasjon

Registrering

Sykepleien 2017 105  
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2017.63826

### HOVEDBUDSKAP

Det er lite hensiktsmessig å styre pleie- og omsorgssektoren ved hjelp av registrerings- og kontrollregimer. Tillitsmodellen kan være et alternativ. Men bak de ulike modellene ligger det politiske ambisjoner for hvordan praksis skal se ut.

Bakgrunnen for engasjementet vårt er sykepleier Inger Margrethe Holters bekymringer for mål- og resultatstyringsideologien, som har fått så stor plass i helsevesenet. Holter hevder at den rådende styringsideologien med mål- og resultatstyring sikter mot en profesjonsnøytral helsetjeneste.

Videre hevder hun at effektivitet og økonomi står i veien for en profesjonsutøvelse basert på fagets kjerne. Som fagets kjerne nevner Holter blant annet oppgaver som å hjelpe pasienter til å mestre og leve med sykdom og behandling samt å observere pasientens grunnleggende behov. Men hun oppfordrer også til en diskusjon rundt hva vi ønsker skal være fagets kjerne (1).

## Mangler kunnskap

Forbundsleder Eli Gunhild By i Norsk Sykepleierforbund (NSF) undrer seg over at politikerne og folk flest tilsynelatende mangler kunnskap om sykepleiernes kompetanse. Hun hevder også at sammenhengen mellom kvalitet, pasientsikkerhet og sykepleierkompetanse ikke trekkes frem av politikere eller nevnes i politiske dokumenter (2).

En liknende «profesjonsnøytralisering» kan vi også spore i de nye utdanningsstrategiene, der de fagspesifikke profesjonene som sykepleie, fysioterapi og liknende omtales som helsefag. En samlebetegnelse som helsefag svekker sykepleiefagets posisjon og fører til at allerede dominante grupper, som for eksempel medisin, odontologi og psykologi, styrkes (3).

For eksempel ser vi dette ved Universitetet i Bergen, der de gradvis har gått fra grunnfag og hovedfag i sykepleievitenskap til en mastergrad i helsefag. Riktignok har mastergraden i helsefag sykepleievitenskap som studieretning. Imidlertid er den i en omorganiseringsfase, og sykepleievitenskapens vilkår på universitetet er nå under debatt (4–8).

## Pasientsikkerhetsprogram

Pasientsikkerhet har blitt mer prioritert fra politisk hold. Helse- og omsorgsminister Bent Høie vil ta tak i problemet ved å innføre pasientsikkerhetsprogrammet i spesialist- og kommunehelsetjenesten (10). De siste stortingsmeldingene om pasientsikkerhet legger vekt på at ledelsen må ta ansvar for å ta i bruk kunnskap og systemer for å øke pasientsikkerheten (11–12).

Et eksempel på et slikt system er pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7. Det skal sikre færre pasientskader ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten, som for eksempel urinveisinfeksjon, trykksår og legemiddelfeil (13).

I trygge hender 24–7 henter inspirasjon direkte fra sikkerhetskulturen i industrien, der de sørger for sikkerhet og forutsigbarhet ved å bruke gode systemer. Programmet presiserer at ansvaret for pasientskader bare i ytterst sjeldne tilfeller kan legges på pleiepersonellet, fordi skader som oftest skyldes svikt i systemene. (14).

## Politikerne kan skryte

Pasientsikkerhetsprogrammet viderefører den bedriftsøkonomiske språkdrakten som har blitt tatt opp i helsevesenet de siste tiårene. Dette språket har en instrumentell tilnærming til sykdom og andre helsepolitiske utfordringer, og løsningene blir tilsvarende. Ved å dokumentere og måle det som foregår i klinisk praksis, kan politikere og helseledelse vise til resultater og skryte av økt kvalitetskontroll.

## «Politikerne kan i større grad styre praksisen ved å standardisere helsevesenet ved hjelp av systemer som pasientsikkerhetsprogrammet.»

Politikerne kan i større grad styre praksisen ved å standardisere helsevesenet ved hjelp av systemer som pasientsikkerhetsprogrammet. Dermed får praksisaktørene og fagfolkene mindre spillerom (15).

## Trygg Pleie

I Hordaland har pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7 blant annet resultert i programmet Trygg Pleie, utviklet av Helse Vest. Trygg Pleie går ut på at innlagte pasienter screenes for risiko for fall, trykksår og ernæringsstatus.

Alle innlagte pasienter skal screenes og dokumenteres, og tiltak skal iverksettes der risiko er til stede. Dette tiltaket er tilsynelatende velment, og sikrer en trygg tjeneste på papiret. Men det fører naturligvis med seg mer arbeid for de ansatte i form av økte dokumentasjonskrav. I tillegg kommer arbeidet med selve screeningen.

Her reiser spørsmålet seg om hvorvidt screening av for eksempel trykksår gir pasientsikkerhet fremfor pleie og omsorg. Tidligere har antakelig hver enkelt sykepleier utført grunnleggende sykepleierarbeid ut fra et skjønnsmessig behov. Nå skal arbeidet systematiseres, dokumenteres og evalueres. Vi trekker her frem Trygg Pleie som et eksempel på hvordan registrering og kontroll undergraver sykepleiernes kompetanse og handlingsrom.

## Ledelsens ansvar

Ifølge regjeringen er altså pasientsikkerheten ledelsens ansvar. Ledelsen må dermed sørge for at Trygg Pleie-programmet faktisk blir utført i praksis. Pasientsikkerhetsprogrammet har en rekke tips til lederne. De kan blant annet forsøke å motivere de ansatte til å utføre oppgavene ved blant annet å gi dem en følelse av eierskap til prosjektet.

Tiltak som opplæring, medbestemmelse i utførelsen av oppgavene, daglige fellesmøter om tematikken og uformelle konkurranser mellom ulike avdelinger anses som virkningsfulle (16). Kvalitetsbasert finansiering (KBF) av helseforetakene er et av flere tiltak for å motivere ledelsen i arbeidet med pasientsikkerhet.

## Måleindikatorer

Kvaliteten på tjenesten blir målt ut fra en rekke indikatorer og skal generere inntekt ved høy skår på de ulike indikatorene (17). Indikatorene kan være spesifikke sykdommer som hjerneslag og diabetes, overlevelse etter spesifikke sykdommer, ventetid, reinnleggelser, korridorpasienter og brukererfaringer.

På nettsiden helsenorge.no finnes en oversikt over hvordan de ulike helseregionene, foretakene og institusjonene skårer på de ulike indikatorene (18). KBF skal være til hjelp for pasienter som ønsker å benytte seg av tilbudet om fritt sykehusvalg. Samtidig opplyses det om at det er komplisert å tolke hvordan de ulike foretakene skårer på indikatorene, og at pasienter må være forsiktige med å tolke tallene for bokstavelig på grunn av en rekke fortolkningsfeil.

Det blir fristende å hevde at nettsidens funksjon som en reell informasjonskanal faller gjennom for pasienter i denne sammenhengen. Den blir mer et middel for å påvirke foretakene til å øke og forbedre rapporteringsarbeidet, noe som direktoratet argumenterer for i en avsluttende bemerkning (18).

## Må motiveres

Pleiepersonellet må altså motiveres til å vurdere hvilken risiko inneliggende pasienter har for fall, trykksår og ernæringssvikt. Vi kan anta at dette pleiepersonellet består av en stor andel sykepleiere, da de utgjør den største andelen av ansatte i offentlig spesialisthelsetjeneste (19).

Det virker merkelig at sykepleiere må motiveres og nærmest systematiseres til å utføre oppgaver knyttet til trykksår, fall og ernæring, noe som er sentrale oppgaver i grunnleggende sykepleie (20–27). Dette kan tolkes som at screeningen skal gjøres på grunn av dokumentasjonen, og ikke for at pleien av pasientene skal bli bedre.

I den nasjonale rammeplanen for sykepleierutdanningen står det at sykepleiere etter endt utdanning skal ha handlingskompetanse til å «forstå risikofaktorer av individuell og/eller miljømessig karakter og ha innsikt i tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom» (22, s. 5).

Å ha handlingskompetanse betyr at ferdig utdannede sykepleiere skal kunne foreta selvstendige observasjoner og dermed vurdere hvilken pleie og omsorg som skal iverksettes. Deretter skal de handle og evaluere samt dokumentere. I dette ligger det, ifølge rammeplanen, en moralsk og faglig plikt til å unngå komplikasjoner og tilleggslidelser, som for eksempel trykksår og fall, og et ansvar for egne vurderinger og handlinger (22).

Det faglige innholdet i Trygg Pleie-programmet – trykksår, fall og ernæring – er altså sentralt i sykepleien.

## Bedre med målinger?

I trygge hender 24–7 ser ut til å være basert på en idé om at pleien av syke og pleietrengende blir bedre ved hjelp av målinger og registreringer. Imidlertid gjøres det daglig massevis av dokumentasjon av trykksår, fall og ernæring uten at det nødvendigvis endrer praksiser. Det kan med andre ord være lang vei fra registrering til endring.

## ≡ «Det kan med andre ord være lang vei fra registrering til endring.»

Enkelte endringer er økonomisk krevende. Andre endringer kan være emosjonelt krevende fordi mennesker ofte liker å gjøre det de er vant til å gjøre. Det fikk Mohsen Jamei ved Bjørkelia bokollektiv merke da han foreslo at middagen i sykehjemmet burde serveres av ettermiddagsvakten. Ellers ble det så kort avstand mellom måltider at beboerne ikke rakk å bli sultne.

Han fikk mye motstand, men han ga seg ikke før han fikk lov til å prøve ut ideene sine. I etterkant er både pleierne, ledelsen, statsministeren og ikke minst beboerne svært glade for at han sto på sitt. Middagen ble flyttet til et senere tidspunkt. Dermed fikk de ansatte en bedre arbeidssituasjon, beboerne fikk større appetitt, og vekten gikk opp (28).

## Feilslått regime

Det kan være at beboere, pleiere og styresmakter ville fått mer valuta for pengene om det ble brukt mindre tid på registreringer og mer tid på å lytte til de ansattes vurderinger og deres «faglige skjønn», som Kari Martinsen uttrykker det (29).

I Oslo kommune mener de ansatte at registreringene og kontrollregimene er feilslåtte. Byråden for eldre, helse og sosiale tjenester vil heller gå over til en organisering av pleie- og omsorgstjenestene som er basert på tillit til fagpersonene.

Byråden ønsker mer av det ovennevnte skjønn: et faglig skjønn som innebærer vurderinger gjort av profesjonelle på bakgrunn av erfaringer over tid. I stedet for sjekklister og unødvendig registrering er det innholdet og kvaliteten på tjenestene som skal ha oppmerksomhet. Altså mer tid til brukere og mindre tid til registrering.

Kommunen vil bort fra en tenkning der fagfolkenes tid sammen med brukere blir styrt av minutt-for-minutt-vedtak. I stedet ønsker de rammevedtak der innholdet skal defineres av brukeren sammen med den ansatte. På den måten vil kommunen fremme brukermedvirkning. Ansatte får mulighet til å ta et større faglig ansvar.

For å få til slike endringer, må kommunen arbeide med å avlære gamle tankemåter blant de ansatte, ikke minst hos ledelsen. I stedet må de skape forståelse for hvorfor det er nødvendig å endre tenkning og praksiser i pleie- og omsorgssektoren (30).

## Detaljstyres utenfra

Artikkelen vår er skrevet i forlengelsen av Holters (1) bekymringer for at det er lite rom for faglig skjønn i den rådende styringsideologien med mål- og resultatstyring. I tillegg støtter vi opp om NSF's forbundsleders problematisering av manglende politisk oppmerksomhet på sykepleiernes kompetanse (2). Vi har understøttet deres bekymringer samtidig som vi har prøvd å vise at det finnes alternative styringsmodeller.

## ≡ ≡ ≡ ≡ «Helsepersonells praksiser blir detaljstyrt utenfra ved hjelp av stadig flere dokumentasjonskrav og mer kontroll.»

Uansett hvilken modell som råder, er ingen av dem politisk uskyldige. Det vil si at bak de ulike modellene ligger det politiske ambisjoner for hvordan praksis skal se ut. I modellen som dominerer i det norske helsevesenet i dag, blir helsepersonells praksiser detaljstyrt utenfra ved hjelp av stadig flere dokumentasjonskrav og mer kontroll. Denne detaljstyringen kan gjerne omtales som en form for ytre styrt disiplinering (31).

I tillitsmodellen har helsepersonell internalisert de faglige føringene for hvordan praksiser bør gjøres, og bruker skjønn for å imøtekomme forventningene som syke og styresmakter har til helsetjenesten. De faglige føringene blir internalisert gjennom utdanning – politisk sett i form av rammeplaner for utdanningen. Modellen legger opp til at helsepersonell gjør det som politikerne og storsamfunnet forventer av dem, uten kontrolltiltakene som vi ser i dagens modell. Tillitsmodellen kan kalles en indre form for disiplinering (32).

Uansett er det åpenbart at når helsepersonell utfører sine handlinger, blir handlingene tilpasset den aktuelle situasjonen, og ikke basert på forskrifter, regler og politiske styringsmekanismer.

## Referanser

1. Holter IM. Vi må snakke med en felles stemme. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/01/vi-ma-snakke-med-felles-stemme> (nedlastet 23.10.2017).
2. By EG. Vet folk hva vi sykepleiere gjør? Sykepleien 2017;105(1):84.
3. Fredriksen J. Tverrprofessionelle velfærdsprofesjoner: Tversamarbejde som en social praktik for den neolibérale velfærdstats profesjoner. (Doktoravhandling). Roskilde: Roskilde Universitet; 2016.
4. Petersen KA, Natvig GK. Det er ikke nødvendig å nedlegge sykepleievitenskap for å imøtekomme fakultetets mandat. Tilgjengelig fra: <http://pahoyden.no/debatt/2016/11/det-er-ikke-nodvendig-nedlegge-sykepleievitenskap-imotekomme-fakultetets-mandat> (nedlastet 23.10.2017).
5. Petersen KA. Mastergrader i sykepleie ved UIB og HIB er komplementære. Tilgjengelig fra: <http://pahoyden.no/debatt/2016/10/mastergrader-i-sykepleie-ved-uib-og-hib-er-komplementaere> (nedlastet 23.10.2017).
6. Brandser Y. Er sykepleievitenskap som universitetsfag i ferd med å forsvinne? Tilgjengelig fra: <http://pahoyden.no/debatt/2016/09/er-sykepleievitenskap-som-universitetsfag-i-ferd-med-forsvinne> (nedlastet 23.10.2017).
7. Rokne B, Råheim M, Lunde Å, Blystad A, Sølvi UØ, Gjengedal E. Tiden er moden for å se på hele Masterprogrammet i helsevitenskap på nytt. Tilgjengelig fra: <http://pahoyden.no/debatt/2016/10/tiden-er-moden-se-pa-hele-masterprogrammet-i-helsevitenskap-pa-nytt> (nedlastet 23.10.2017).
8. Petersen KA. Bevar sykepleie som vitenskapsfag på universitetet. Tilgjengelig fra: <http://pahoyden.no/debatt/2016/05/bevar-sykepleie-som-vitenskapsfag-pa-universitetet-i-bergen> (nedlastet 23.10.2017).
9. Helse Vest. Trygg Pleie. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/3398899/cache=20171905125309/Trygg%20pleie.pdf> (nedlastet 24.10.2017).
10. Gundersen I. Mer enn én av ti skades på sykehus. Stavanger Aftenblad 01.10.2014.
11. Meld. St. 12 (2015–2016). Kvalitet og pasientsikkerhet 2014. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.

12. Meld. St. 13 (2016–2017). Kvalitet og pasientsikkerhet 2015. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2016.
13. Helse – og omsorgsdepartementet. Kvalitet og pasientsikkerhet. 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/kvalitet/id536789/> (nedlastet 23.10.2017).
14. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Ledelse av pasientsikkerhet – hva innebærer det? 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/ledelse/ledelse-av-pasientsikkerhet/ledelse-av-pasientsikkerhet-hva-innebærer-det> (nedlastet 23.10.2017).
15. Boge J, Martinsen K. Uro kring evidens. Sykepleien 2004;(19):64–5.
16. HelseDirektoratet. 100 dager uten trykksår eller urinveisinfeksjoner. 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/resultater/lokale+resultater/100-dager-uten-trykks%C3%A5r-eller-urinveisinfeksjoner> (nedlastet 19.01.2017).
17. HelseDirektoratet. Kvalitetsbasert finansiering 2017. Rapport IS-2154. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1263/Regelverk%20kvalitetsbasert%20finansiering%202017%20IS-2565.pdf> (nedlastet 24.10.2017).
18. Direktoratet for e-helse. Oversikt over kvalitetsindikatorer. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer> (nedlastet 05.11.2016).
19. Statistisk sentralbyrå. Spesialisthelsetjenesten. 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar> (nedlastet 05.11.2016).
20. Høgskulen på Vestlandet. Studieplan – Sykepleie. 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/b2016h/grs/studieplan/> (nedlastet 21.02.2016).
21. Høgskulen på Vestlandet. BSS1AB Introduksjon til sykepleie. Tilgjengelig fra: <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/1/bss1ab> (nedlastet 21.02.2016).
22. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanningen. 2008. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (nedlastet 21.04.2016).
23. Henderson V. ICN : Sykepleiens grunnprinsipper. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 1993.
24. Krüger E, Sjaastad I, Taraldsen T. Sykepleie. Kompendium 5. 3. utg. Oslo: Medisinsk basislitteratur; 1998.
25. Grov EK, Holter IM. Sykepleieboken. 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.
26. Sjøen RJ, Thoresen L. Sykepleierens ernæringsbok. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
27. Nissen R. Lærebog i sygepleje. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2000.
28. Bergsagel I. Her serveres middagen sent, men godt. Sykepleien. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2015/10/her-serveres-middagen-sent-men-godt> (nedlastet 21.02. 2017).

29. Eriksson K, Martinsen K. Å se og å innse. Om ulike former for evidens. Oslo: Cappelen Damm; 2009.
30. Fagforbundet Pleie og Omsorg Oslo. Klare for tillitsreform i pleie og omsorg. 2015. Tilgjengelig fra: [http://avd061.fagforbundet.no/forsida/?article\\_id=133514](http://avd061.fagforbundet.no/forsida/?article_id=133514) (nedlastet 21.02.2017).
31. Foucault M. Overvåkning og straff. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1999.
32. Foucault M. Seksualitetens historie. 1: Viljen til viten. Oslo: EXIL; 1999.