

Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem

Tensions Between Standardization, Variation And Prioritization In Norwegian Nursing Homes

SAMMENDRAG Etablering av tjenestestandarder har til hensikt å regulere, endre og forbedre fagutøveres arbeid, noe som skal føre til at tjenestene får jevnere og bedre kvalitet. Standarder i den norske helse- og omsorgssektoren er også tenkt å bidra til mer samstemte krav og forventninger til tjenestene. Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykehjem i Norge arbeider med «kvalitet» og om og i så fall hvordan dette påvirker praksiser på tvers av kommuner, sykehjem og avdelinger.

Datainnsamlingen er gjennomført i 2016 ved bruk av et spørreskjema, individuelle intervju og fokusgruppeintervjuer samt observasjoner i fem norske sykehjem.

Vi har funnet stor variasjon i praksis og rutiner knyttet til «kvalitetsarbeid», til tross for gjentatte innsatser fra myndighetene i å standardisere praksis i tjenestene. Resultatene viser variasjoner både på tvers av og innen sykehjemmene. Disse variasjonene viser til det vi oppfatter som et komplisert og varig spenningsforhold mellom standardisering, lokal autonomi og kultur og lokalt innovasjonsarbeid. Vi argumenterer for at standardisering av «beste praksis» er vanskelig forenelig med flere forhold, blant annet med; a) myndighetenes ønske om stadig innovasjon i tjenestene, samt at tjenestene skal være individuelt tilpasset, og b) kommunenes grunnleggende autonomi, lokal arbeidskultur ved sykehjemmene knyttet til denne autonomien og lokale prioriteringer.

Nøkkelord

Arbeid, tjenestestandard, tjenestekvalitet, eldreomsorg, sykehjem

ABSTRACT Service standards involve, amongst other things, an institutional aim of regulation, often through descriptions of «best practice». The aim of the introduction of service standards is to improve the overall quality of the services. The use of standards in the Norwegian healthcare sector, the empirical theme of this article, is, ultimately, a means to equate or level the expectations of the various services. The aim of this study is to explore how Norwegian nursing homes work with «quality» and if, or in what ways, this work has led to more unified practices within and across nursing homes.

This study draws on empirical material from 2016, collected through a quantitative survey, and qualitative interviews and observations from five nursing homes in Norwegian municipalities.

We found significant variation in practice and routines despite repeated efforts by the authorities to standardize practices in the services. The results show that most variables vary considerably across and within the included nursing homes. The described variation is discussed in relation to what is understood as a complex and perpetual tension between standardization, local/municipal autonomy, «workplace cultures» and the growing demand for innovative services. We argue that standardization of 'best practice' can be difficult to reconcile with (a) the desire for innovative and individually adjusted services, and (b) the fundamental municipal autonomy prevalent in Norway, and the local «workplace cultures» this autonomy is connected to.

Keywords

Labor, service standards, quality of services, elderly care, nursing home

Jørn Isaksen

NTNU – Senter for omsorgsforskning, øst, Gjøvik, Teknologivegen 2, 2815 Gjøvik

✉ jorn.isaksen@ntnu.no

Gudmund Ågotnes

Høgskulen på Vestlandet, Senter for omsorgsforskning, vest

✉ Gudmund.Agotnes@hvl.no

Anette Fagertun

Høgskulen på Vestlandet, Senter for omsorgsforskning, vest

✉ Anette.Fagertun@hvl.no

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- *Etablering av tjenestestandarder og regjeringens trygghetsstandard i sykehjem har som mål å regulere, endre og forbedre fagutøveres arbeid, noe som skal føre til at tjenestene får jevnere og bedre kvalitet. Standarder i den norske helse- og omsorgssektoren er tenkt å bidra til likere tjenester og mer samstemte krav og forventninger til tjenestene.*

Hva nytt tilfører denne studien?

- *Det er stor variasjon i arbeidsmåter, rutiner og systemer i norske sykehjem til tross for gjentatte innsatser fra myndighetene om å standardisere tjenestene. Resultatene viser variasjon på tvers av og innen sykehjemmene.*
- *Variasjonen er en indikasjon på et komplisert spenningsforhold mellom på den ene siden nasjonale retningslinjer og påtrykk om standardisering, og på den annen side lokal arbeidskultur, lokal innovasjon og kommunes autonomi.*

Introduksjon

Kvalitet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene har fått stor oppmerksomhet i Norge det siste tiåret, og en rekke reformer og tiltak både på system og praksisnivå er satt i gang (Bukve & Kvåle, 2014; Haukelien & Wyller, 2017). Den politiske målsettingen om at alle borgere skal ha lik tilgang på helse- og omsorgstjenester av samme kvalitet uavhengig av geografisk lokalisering eller økonomisk situasjon har vært ett av motivene bak det å utvikle «tjenestestandarder» som blant annet inneholder rutiner og praksisbeskrivelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, 2013, 2016). I Norge i dag råder en politisk idé om å skape «pasientens helsetjeneste», ved at pasienten skal settes i sentrum, ventetider skal ned og kvaliteten på helsetjenester skal heves.

Helsedirektoratet fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å sette i gang en pilotering av en type tjenestestandard i norske sykehjem, omtalt som «Trygghetsstandard» (Helsedirektoratet, 2017). Standarden skal i løpet av piloteringsperioden (2016–2018) utvikles til å bli et felles webbasert rammeverktøy for kvalitetsarbeid i sykehjem og kommuner. Trygghetsstandarder er beskrevet som «Et felles rammeverktøy for sykehjem og kommuner hvor målet å unngå utilsiktet variasjon i opplevd kvalitet for pasienter og pårørende» (Helsedirektoratet, 2017). Den har videre som mål å skape grunnlag for reell brukermid-

virkning på individ- og systemnivå, skape grunnlag for en åpenhetskultur blant ansatte og øke erfaringsutvekslingen mellom kommunene. Innholdet bygger på gjeldende lovkrav til helse- og omsorgstjenestene, med særlig vekt på Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2017), og består av anbefalte verktøy og metoder som pilotkommunene kan benytte. Innholdet er strukturert etter Folkehelseinstituttets modell for kvalitetsforbedring (Konsmo et al. 2015) og omfatter områdene ledelse, struktur og prosesser, kunnskapsbasert praksis, pasientresultater og innovasjon.

Standardisering kan forstås som «a process of constructing uniformities across time and space, through the generation of agreed-upon rules» (Timmermans & Epstein, 2010, s. 71). Motsatser til standardisering vil være diversitet, fleksibilitet og variasjon. Det å etablere, utvikle og ta i bruk en ny standard har på et overordnet nivå som mål å skape et mer samstemt bilde av tjenestene for deltagende aktører; ledere, helsepersonell, pasienter/brukere og pårørende, samt å avklare og tydeliggjøre krav og forventninger til tjenestene.

Implementering av kvalitetsforbedrende intervensjoner og standarder i helse- og omsorgstjenesten generelt og i sykehjem spesielt, er krevende fordi det kan involvere økte kostnader, behov for økt bemanning og flere ressurser. Det krever dessuten motivasjon for endring hos ansatte og ledelse. Standardisering av kvalitet i tjenester i sykehjem har mange dimensjoner og omhandler blant annet tjenestesystem, tjenesteutforming og tjenestelevering. Noen viktige dimensjoner kan knyttes til det å forme praksiser og å forme systemet (prosedyrer, rutiner og regler, etc.) som regulerer praksiser (Heggdal & Bukve, 2014).

Tjenestestandarder har mål om å regulere, endre og forbedre fagutøveres arbeid. I praksis vil det si at fagfolkene i «frontlinjen», i form av ufaglærte, helsefagarbeidere og sykepleiere, får nye og endrede beskrivelser av ønskelig «beste praksis». I tillegg innebærer tjenestestandarder å regulere eller endre system for, og ledelse av, helse- og omsorgstjenester, for eksempel i form av avviksrapportering og å ta i bruk nye verktøy for kvalitetsforbedring.

Målsettingen med vår undersøkelse var å studere konkrete aspekter ved praksis, forstått som den aktive utøvelsen av de ansattes arbeid, og konkrete aspekter ved rutiner, forstått som de virkemidler og verktøy ansatte bruker og forholder seg til. Dette

er gjort i et utvalg av små og store sykehjem som inngår i piloteringen av Trygghetsstandarder lokalisert i Troms, Nordland, Møre og Romsdal og Hedmark. På bakgrunn av våre funn hevder vi at standardisering av «beste praksis» kan utfordre det politiske idealet om «innovative og pasientrettede» tjenester, samt lokale arbeidskulturer og prioriteringer muliggjort gjennom kommunenes relativt store autonomi.

Bakgrunn

Med en raskt aldrende befolkning står samfunnet overfor en rekke utfordringer innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og myndighetene ønsker et større fokus på å utvikle effektive og bærekraftige løsninger for fremtiden (Matthew-Maich et al., 2016). En aldrende befolkning fører til en økende andel pleie- og omsorgstrengende, samtidig som vi vet fra befolkningsframskrivninger at helse- og omsorgssektoren vil oppleve stor mangel på helse- og omsorgsarbeidere om noen tiår (Leknes, 2016). Myndighetene sine forslag til løsninger på dette samfunnsproblemet er blant annet å satse på innovasjon innen teknologisk utvikling sammen med et fokus på aktiv aldring i hjemmet (NOU 2011:11; Forskningsrådet, 2013).

Norge har et hjelpeapparat bestående av mange ulike tjenestetilbydere, både offentlige og private, og myndighetene oppfordrer stadig flere aktører til å ta del i tjenestelevering og tjenesteutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dette kan medføre et større mangfold av organisering, faglige tilnærminger og arbeidsmåter (Sandaker, Andersen & Ree, 2016). Det kan også medføre et større fokus på individuell tilpasning til hver tjenestemottaker samt tjenestemottakerens egne ressurser. Det store mangfoldet av aktører og tjenesteutforming er en av myndighetenes begrunnelser for ønsket om samordning og standardisering på flere områder i helse- og omsorgssektoren i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Mangfoldet kan medføre utfordringer med å sammenligne tilbud på tvers av tilbydere både med hensyn til kvalitet og innhold (Ekeli, 2002).

Norges geografiske utfordringer og uttalte politisk mål om å ivareta likeverdige desentraliserte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014) viser at det er et behov for samordning innen og på tvers av de ulike nivåene av helsetjenestene.

Utviklingen av tjenestestandarder, hvis målsetting er å bidra til økt kvalitet i tjenestene, bedre pasientsikkerhet og mer effektiv bruk av fellesska-

pets midler (Ekeli, 2002), må ses i lys av «behovene» beskrevet ovenfor. Ulike former for standardiseringsarbeid har vært utbredt innen helsesektoren de siste 20 årene (Fisher et al., 2003; Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles & Grimshaw, 1999). Mye av denne standardiseringen er rettet mot å få medisinskteknisk utstyr til å kommunisere med fagsystemer og mot å etablere kunnskapsbaserte prosedyrer. Slike former for standardisering er i økende grad tatt i bruk innen kommunale helse- og omsorgstjenester.

Bakgrunnen for mye av dette standardiseringsarbeidet er lover, forskrifter og retningslinjer som stiller krav til helse- og omsorgstjenestene og myndighetenes behov for bedre kvalitetskontroll (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Timmermans & Epstein, 2010). Stortingsmeldingene *God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* (Helse og omsorgsdepartementet, 2013) og *Leve hele livet, en kvalitetsreform for eldre* (Helse og omsorgsdepartementet, 2018) samt *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (Helse og omsorgsdepartementet, 2016) eksempler på dette. Arbeidet har også medført ulike former for standardiseringer, i form av gjentakende pasientsikkerhets-kampanjer, introduksjon av nye fagprosedyrer, retningslinjer og gjennom krav til ulike sertifiseringer knyttet til arbeidsoppgaver (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004; Saunes & Krogstad, 2011). Implikasjonene av disse prosessene vil bli diskutert i det følgende og forsøkt eksemplifisert gjennom beskrivelser av erfaringer og observasjoner fra fem sykehjem i Norge.

Metode

Design

Studien baserer seg på en sekvensert tilnærming hvor kvalitative og kvantitative data blir innhentet vekselvis, og hvor innhenting av data i en fase baserer seg på erfaringer fra forrige fase (Creswell, 2013). Ansatte med ansvar for kvalitet i enheten, enten fagutviklingssykepleier eller ansatt med ansvar for kvalitet- og kvalitetssystemer, besvarte i 2016 et spørreskjema om praksis og rutiner i egen avdeling. Videre ble ansatte i kategoriene leder, sykepleier, helsefagarbeider og assistent intervjuet om sitt arbeid og sin erfaring med kvalitet og kvalitetsarbeid i sykehjem.

Deltakere og rekruttering

I alt 17 sykehjemsavdelinger, fordelt på fem sykehjem i fire ulike kommuner, deltok i undersøkelsen.

sen. Prosjektet omfatter om lag 500 ansatte, i ulike stillingsstørrelser og i ulike stillingskategorier. Sykehjemmene ga i første møte uttrykk for at de enten hadde stort fokus på kvalitetsforbedringsarbeid eller at de hadde et ønske om å øke fokuset på kvalitetsforbedringsarbeidet i sin enhet.

Kommunene ble rekruttert til deltakelse gjennom et nasjonalt pilotprosjekt i regi av Helse- direktoratet, for utvikling av en felles standard for kvalitetsforbedringsarbeid i sykehjem. De meldte aktivt sin interesse for deltakelse i pilotutprøvingen direkte til Helsedirektoratet.

Datainnsamling

Det ble utført «rapid ethnography» (Baines and Cunningham, 2011) ved alle de fem sykehjemmene. Til sammen har det blitt gjennomført 14 individuelle intervjuer og 13 fokusgruppeintervjuer med alle kategorier av ansatte. I tillegg ble det gjennomført observasjonsstudier med gjennomsnittlig varighet på to arbeidsdager ved hver institusjon.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført med ansatte ved sykehjemmene med et særlig ansvar for utvikling og oppfølging av rutiner, mens de individuelle intervjuene primært var rettet mot andre ansatte som skal anvende rutinene i hverdagen. Ansatte og ledere ble intervjuet. Basert på funn fra disse kvalitative tilnærmingene ble det sendt ut et Excel-ark, bestående av 55 spørsmål, til alle de 17 sykehjemsavdelingene. En utvalgt person, med ansvar for kvalitetsarbeid, i hver av sykehjemsavdelingene hadde ansvaret for utfyllingen av skjemaet. Det fulgte med forklaringer og eksempler på hvordan rapporteringen skulle foregå. I tillegg var forskerne tilgjengelig for oppklarende spørsmål underveis.

Målevariabler

I den kvantitative delen av undersøkelsen var spørsmålene kommunene skulle svare på satt opp med utgangspunkt i relevante lover, forskrifter og forskning på indikatorer for å måle kvalitet i tjeneste innen sykehjem (Askari et al., 2011). I tillegg til ett sett med generelle kvalitetsindikatorer (ACOVE Investigators, 2007) og Nasjonale kvalitetsindikatorer, (Helsedirektoratet, 2017) har vi inkludert indikatorer innen tre sentrale innsatsområder for evaluering av kunnskapsbasert praksis, definert i Trygghetsstandarden. Områdene som er inkludert er: (1) ernæring og måltider, (2) aktivitet og (3) omsorg ved livets slutt.

Analyser av data

Siden de kvantitative dataene er fra en punkt- måling, som kun sier noe om status på et gitt tidspunkt, ble det gjort deskriptive analyser av dette datamaterialet. Resultatene er oppgitt i prosentvis fordeling og viser andelen av sykehjemsavdelinger som rapporterer ulike praksiser.

De kvalitative dataene ble analysert ved først å transkribere opptakene og notatene fra intervjuene og observasjonene fra de korte feltoppholdene ved de fem sykehjemmene (utført høsten 2016). Siden målsettingen med denne studien var å kartlegge arbeidspraksiser, rutiner, og holdninger rundt kvalitet, ble materialet systematisert langs aksene likheter og forskjeller i system, rutiner, arbeidspraksiser samt i henhold til de ulike grupper av tilsatte sin forståelse av, og erfaring med, kvalitetsarbeid og viktigheten av rutiner for dette.

Resultater

I denne delen av artikkelen har vi valgt å beskrive et utvalg resultater som vi mener kan belyse spørsmålene vi reiser innledningsvis. Vi vil beskrive avviksrapporing og -systemer, brukermidvirkning, ernæring/mat og måltider, aktivitet og lindrende behandling ved livets slutt, og vi baserer oss på både kvantitative og kvalitative data.

Et aspekt ved tjenestestandarden var styrking av internkontrollsystemet for varsling av avvik. Dette ble for eksempel gjort ved å registrere avvik fra de beskrevne rutinene og ved oppfølging av disse gjennom spesifikke prosedyrer for avvikhåndtering. Håndteringen av «uheldige hendelser» hadde til hensikt å redusere variasjon i de ansattes arbeid, altså i praksis, samt at det kunne synliggjøre for institusjonen hvor det behøvdtes ressurser for å bedre kvaliteten på tjenestene.

Funnene fra undersøkelsen viste stor variasjon i antall rapporterte avvik per avdeling, også om en justerer for antall beboere i avdelingen (variasjonsbredde 0–2,67 avvik per beboer siste år). Til tross for denne variasjonen i antall avvik, var det et stort samsvar mellom meldte avvik og bruk av definerte rutiner for oppfølging av avvik i alle avdelinger.

I de kvalitative intervjuene fant vi også variasjon i hvordan de ulike gruppene av tilsatte relaterte seg til, og praktiserte, avvikssystemet. Ledelsen ved alle sykehjemmene uttrykte et ønske om at de tilsatte benyttet seg mer av avvikssystemet. De tilsatte på sin side hadde ulike oppfatninger av nytten av å rapportere avvik. Noen sa at de ikke

rapporterte avvik fordi de ikke visste hvordan de ble håndtert eller om det ble det, eller fordi de mente det faktisk ikke var noe å gjøre med visse typer av avvik. Andre ansatte uttrykte frustrasjon over det elektroniske systemet for føring av avvik fordi de oppfattet det som tungvint og tidkrevende, mens noen uttrykte en usikkerhet om avviksrapportering og det å bli oppfattet som en som sladdret.

Brukermedvirkning

Det å skape et grunnlag for (reell) brukermedvirkning er et viktig element i Trygghetsstandarden. En form for praktisk brukermedvirkning på individnivå ved et sykehjem kan være inntakssamtalen, som også kan fungere som en slags indikator på om brukermedvirkning er ivaretatt. Inntakssamtale med pasient og dens pårørende kan være et nyttig redskap for sykehjemmet til å kartlegge hvem pasienten er, hvilke preferanser han eller hun har og hvordan vedkommende ønsker å ha det. Det er således et standardiseringsredskap som kan bidra til at pasienten får innflytelse over behandlingstilbudet og tjenestene han eller hun mottar.

Vi fant at bruk av inntakssamtaler varierte på tvers av avdelinger også innen samme sykehjem. Det var variasjon i om inntakssamtaler fant sted, og i så fall dens form. Noen steder var inntakssamtalen en engangshendelse, mens andre steder ble den beskrevet som en prosess som løper gjennom de første ukene etter at en ny beboer har flyttet til sykehjemmet. I intervjuene kom det frem at hvem som initierte og ellers var involvert i inntakssamtaler, og hvilke rutiner som fantes og ble brukt iht. dette, varierte og at dette også varierte innen og mellom institusjonene.

Tre av 17 avdelinger hadde gjennomført brukerundersøkelse de siste seks måneder. Seks sykehjem hadde gjennomført brukerundersøkelse i løpet av de siste to årene. 13 av 17 avdelinger hadde innhentet informasjon om brukerpreferanser, gjennom bruk av «Min historie» eller lignende. Fire av 17 avdelinger (24 %) hadde gjennomført ulike typer pårørendeundersøkelse basert på spørreskjema i løpet av de siste seks måneder, flere sykehjem/avdelinger hadde gjennomført en slik undersøkelse i løpet av de siste to årene.

Organisering av bruker- og pårønderåd er en annen måte et sykehjem kan tilrettelegge for brukermedvirkning. Et brukerråd kan tenkes å kunne bidra til selve utformingen av tjenestene og vil da

ivareta brukermedvirkning på systemnivå (jf. Christensen & Fluge, 2016). Vi fant at en av fem sykehjem hadde et aktivt brukerråd. I intervjuer med ledelse og ansatte kom det frem en holdning om at samarbeid med pårørende er svært viktig, men at det også kan være krevende å mobilisere pårørende til kollektiv deltakelse i grupper eller råd.

Ernæring, mat og måltider

Det rettes i dag et større fokus mot relasjonen mellom mat, helse og trivsel ved norske sykehjem. Vi har valgt ut noen indikatorer innen dette temaområdet som kan belyse institusjonenes arbeid med kvalitet, og vi har i intervjuene spurt om arbeidsfordeling, måltidsituasjon og rutiner for mat og ernæring. Rutiner på veiing av pasienter for å følge med på vektoppgang eller vektreduksjon kan gi en indikator på pasientens helse.

Det var stor variasjon på tvers av avdelinger, også på samme sykehjem, for om mat- og måltidspreferanser var kartlagt ved inntak (f.eks. i forbindelse med inntakssamtalen). I intervjuer fant vi at noen avdelinger brukte «matkort» for hver pasients matpreferanser, mens andre ikke brukte slike fordi de mente at pasientene ble lei av alltid å få det samme til måltidene. Videre ble det ved samtlige sykehjem gitt uttrykk for at de ansatte og kjøkkenet var veldig fleksible med «ønskemat» og å tilby mat når pasienten måtte ønske det utenfor måltidene.

Det var også stor variasjon på om det settes opp en ernæringsplan for hver enkelt pasient. Sju avdelinger (41 %) hadde ikke ernæringsplaner per pasient, seks avdelinger (35 %) satte opp ernæringsplaner ved behov, og fire (24 %) avdelinger satte opp ernæringsplaner for alle beboerne.

Aktivitet

I politiske dokumenter som omfatter aldring og velferdstjenester, vektlegges det i dag en aktiv og deltakende alderdom hvor betydningen av fysisk aktivitet for eldres helse blir satt i fokus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Sudmann, 2017). Målinger av beboernes ganghastighet kan være en indikator på deres fysiske helse. Vi fant at forekomst av målinger av ganghastighet varierte på tvers av avdelinger: Om lag halvparten av avdelingene rapporterte at de hadde gjennomført målinger siste måned.

Det var også stor variasjon i om det fantes nedtegnede aktivitetsplaner for avdelingen. Fire av 17

avdelinger hadde nedtegnede individuelle aktivitetsplaner. Også når det gjelder bruk av frivillige og pårørende til å organisere aktiviteter for pasientene, var det betydelig variasjon. I intervjuene kom det frem at noen sykehjem hadde jevnlig aktivitetsopplegg i regi av pårørende og/eller frivillige, mens andre hadde mindre av dette.

15 av 17 avdelinger hadde gjort en eller annen form for kartlegging av funksjonsnivået til beboerne. Omfanget og innholdet i kartleggingene varierte. Fire av 17 avdelinger hadde individuelle aktivitetsplaner, med konkrete aktivitetsmål for hver enkelt pasient.

Det var stor variasjon i «*Antall ansatte som har mottatt opplæring i aktivitet*», fra de avdelingene som hadde gitt opplæring til mange ansatte, til avdelinger som ikke hadde gitt noen form for spesifikk opplæring til sine ansatte i det hele tatt. I intervjuene med de ansatte fremkom det et ønske om å sette mer fokus på aktivitet og å få slike tiltak inn i daglige rutiner og fagsystemer. Noen ansatte sa at de kunne ønske at det var mer å finne på for de beboerne på sykehjemmet som ønsket det, samtidig som at det ble understreket at pasientene i dag er skrøpeligere og sykere enn før og kanskje ikke i stand til å trene eller å være så mye i aktivitet. Den fremste faktoren som hindret de tilsatte i å organisere flere aktiviteter for beboerne, var mangel på tid og dernest begrensninger som følge av organiseringen av vaktskifter/turnus og måltider.

Lindrende behandling og omsorg mot livets slutt
Beboers og pårørendes ønsker om palliativ omsorg ble i liten grad diskutert i innkomstsamtaler. To av 17 avdelinger (12 %) hadde dette med som eget punkt i innkomstsamtalen - de fleste avdelinger rapporterte at de ikke tok opp dette temaet før senere i pasientforløpet.

I alt rapporteres det at 43 personer hadde mottatt opplæring i «Omsorg ved livets slutt», i gjennomsnitt 2,53 ansatte per avdeling (variasjonsbredde 0–10). Variasjonen innebærer avdelinger som ikke hadde gitt særskilt opplæring i det hele tatt, til avdelinger som hadde utdannet de fleste ansatte. 16 av 17 avdelinger rapporterte at de mangler kompetanse på området. Fra intervjuer med ansatte kom det derimot frem at enkelte ansatte, først og fremst sykepleiere, hadde tatt kurs eller videreutdanning innen temaet. Dette kan tyde på at det hersker en opplevelse om at spesialkompetansen som enkelte besitter, ikke blir delt i tilstrekkelig grad på avdelingene.

Syv av 17 avdelinger rapporterte at de hadde formelle system og rutiner for gjennomføring av forberedende samtaler, som forberedelser til livets siste fase. 10 av avdelingene hadde ikke et formalisert system. Ti av 17 avdelinger hadde et formalisert system med «palliativ plan», mens syv avdelinger ikke hadde system for dette.

Fire av 17 avdelinger hadde system og rutiner for «etterlatte-samtaler», mens 13 avdelinger ikke hadde det.

Diskusjon

Variasjon i tjenestene i eldreomsorgen generelt, samt variasjon i kvalitet på tjenestene ved norske sykehjem spesielt, har fått mye politisk oppmerksomhet de siste årene, og det som oppfattes som «utilsiktet variasjon» som fører til dårligere tjenestekvalitet (uønsket variasjon), har vært gjenstand for offentlig debatt (Solberg, 2017; Otterstad, 2004). Oppsummert viser vår undersøkelse til betydelige variasjoner i rutiner, verktøy og praksisutøvelse mellom kommuner. Variasjonen kommer også til syne mellom sykehjem i samme kommune. Ulikhetene i praksis knyttet til kvalitetsarbeid synliggjøres når vi undersøker forhold knyttet til både struktur-, prosess- og pasientresultater. Til tross for tydelige politiske målsettinger og gjentatte innsatser fra myndighetene i å standardisere praksis for å forbedre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, har vi altså funnet betydelig variasjon mellom sykehjem både når det gjelder forekomst av rutiner og verktøy som skal styre tjenesteleveringen, og i de faktiske arbeidsmåtene som anvendes. Interessant nok viser resultatene også at det er store variasjoner mellom avdelinger på samme sykehjem.

Standardisering, variasjon og innovasjon

Men hva er denne store variasjonen et uttrykk for? Hva vil lavere grad av variasjon som effekt av standardisering kunne medføre, eventuelt gå på bekostning av? Selv om noe av variasjonen kan sies å ha forståelige forklaringer, som for eksempel ulik sammensetning av beboere i ulike avdelinger, kan mye av variasjonen knyttes til valg og prioriteringer som gjøres ved institusjonene. Den relativt betydelige variasjonen mellom avdelinger viser imidlertid at det ikke nødvendigvis er de ulike institusjonsbetingelsene (for eksempel størrelse, eierskap, beliggenhet og sammensetning av ansatte) som er bestemmende for de ulike praksiser vi har avdekket. Variasjonen i

arbeidspraksiser som vi har funnet er sannsynligvis heller et uttrykk for lokale prioriteringer, valg og holdninger. Variasjon kan således, i alle fall delvis, forklares ved det vi kan kalle lokal (arbeids)kultur fremkommet og tilpasset lokale betingelser, og muliggjort blant annet av den betydelige kommunale autonomien knyttet til utforming av helse- og omsorgstjenester.

Variasjon kan også knyttes til rådende ideer om fleksibilitet, nyskapning, brukerorientering og tilpasningsmuligheter. I NOU *Innovasjon i omsorg* beskrives regelstyring og profesjonstenkning som en av flere barrierer for innovasjonstenkning (Sandaker, Andersen & Ree, 2014). Sandaker et al. (2014, s. 40) viser til følgende: «Helsedirektoratets veiledere er kjennetegnet av detaljerte beskrivelser og oppskrifter for god praksis (...). Imidlertid bør det settes spørsmålsteget ved om veilederne hemmer eller fremmer selvstendig og god fagutøvelse og muligheten for å finne innovative nye løsninger». På den ene siden ønskes variasjon, mens det på den annen side produseres direktiver, veiledere og forskrifter som er ment å regulere noe av denne variasjonen (Sandaker et al. 2014). Et slikt spenningsforhold kan forstås som forholdet mellom «standardisation» og «customization approaches», og omhandler avveininger mellom kost- og effektiviseringstiltak, på den ene siden, og tilnærminger som tar høyde for heterogenitet ved tjenesteutøver og -mottager, på den andre siden (Essèn, 2008). Forholdet kan også knyttes til ulike aktører i feltet; ledelse – som ønsker effektivitet – og tjenesteutøvere – som ønsker autonomi og fleksibilitet (Essèn, 2008).

En viss variasjon eller variabilitet i arbeidspraksis kan ses på som en forutsetning for utvikling av nye praksiser (Sandaker, Andersen & Ree, 2016), også når det gjelder helse- og omsorgstjenestene. Forutsatt at en ønsker utvikling og innovasjon kan dermed noe av variasjonen beskrives, eller forstås, som ønskelig fra myndighetenes side. Men, data fra vår undersøkelse viser at det også finnes stor variasjon på områder hvor variasjon fremstår ikke-tilsiktet for lokale og sentrale myndigheter. Eksempler på slike ikke-tilsiktete variasjoner kan være variasjon i legetilgang og variasjon med hensyn til etablering av brukerråd. Vi finner også stor variasjon i hvilken grad de ulike sykehjemsavdelingene gjennomfører bruker- og pårørendeundersøkelser og hvordan disse blir gjennomført. Wennberg (2011) beskriver studier som viser at utilsiktet variasjon i legebehandling i USA og Storbritannia i

større grad skyldes legenes villighet og deres evne til å tilby behandling heller enn ulikheter i sykdommer eller pasienters preferanse. Han hevder at for å redusere ikke-tilsiktet variasjon så blir det å identifisere slike tilfeller avgjørende for endring. Selv om Wennberg diskuterer utilsiktet variasjon ved å vise til valg gjort av den enkelte lege, mens vi i vårt materiale viser til valg gjort ved sykehjem og sykehjemsavdelinger, så kan vi trekke ut at det handler om prioriteringer gjort lokalt. Hva som ligger til grunn for slike prioriteringer, blir da viktig å få kunnskap om i en standardiseringsprosess for å kunne redusere det som anses som «uønsket eller utilsiktet» variasjon.

Variasjonen vi ser i vårt datamateriale, består altså både av det som kan anses som ønsket og uønsket variasjon i helsetjenestekvalitet vurdert etter rådende helsepolitiske føringer. Paradoksalt nok er en av byråkratiets oppgaver blant annet å begrense variasjon, mens utvikling og endring av tjenester krever nettopp variasjon.

Standardisering og bruk av måltall

En viss grad av variasjon i tjenestene ved sykehjem kan med andre ord beskrives som a) uunngåelig, b) ønskelig for visse områder av de berørte helse- og omsorgstjenestene, og c) ikke-ønskelig om variasjonen bidrar til svekket tjenestekvalitet. Dette blir, vil vi argumentere for, tydeliggjort når vi ser på implikasjonene av det faktiske standardiseringsarbeidet som gjennomføres ved arbeidsplassene: arbeid knyttet til måling og registrering. I arbeidet med standardisering av prosedyrer og praksiser vil en lett kunne rette fokus mot mål og indikatorer uten betydning for kvaliteten på det arbeidet som skal utføres i virksomheten (Sandaker, Andersen & Ree, 2014), som f.eks. antall senger i en avdeling. Standardisering medfører også en fare for å gjøre reguleringer av praksiser som i utgangspunktet ikke krever reguleringer (Høstmælingen, 2014; Sandaker, Andersen & Ree, 2016), som f.eks. praksiser som fungerer bra allerede. I arbeidet med å rapportere ulike måltall finnes det også eksempler på at en utilsiktet kan rette oppmerksomhet mot mål uten betydning for kvaliteten på det arbeidet som skal utføres (Sandaker, Andersen & Ree, 2014). Eksempel på dette kan uttrykkes i Goodharts lov (Goodhart, 1981) som går ut på at når en måling blir et mål i seg selv, opphører den å være et godt mål. Sagt med andre ord: Hvis du prøver å velge ut noen lett definerbare mål på i hvilken grad en eller annen gitt plan eller politikk er

vellykket, vil de involverte påvirke målene heller enn å fokusere på hva målingene faktisk omhandler. Det mest kjente eksemplet på Goodharts lov omhandler spikerfabrikker i gamle Sovjetunionen. Målet for sentrale planleggere var å måle produksjonen til fabrikkene, og fabrikkoperatørene ble derfor målt på å produsere et visst antall spiker. For å nå målene produserte fabrikkene millioner av små, ubrukelige spiker (Sandaker et al., 2014). Når målene ble endret til å måle totalvekten av produserte spiker, produserte fabrikkene i stedet flere enorme, tunge og ubrukelige spiker. Videre sier Goodharts lov at enhver observert statistisk regularitet vil tendere til å kollapse når «trykket er plassert på den» for *kontrollformål*. Campbell referert i Sandaker et al. (2014, s. 39) beskriver at; «...jo mer en kvantitativ sosial indikator brukes for å fatte samfunnsmessige beslutninger, jo mer utsatt er den for «korrupsjonstrykk» og jo bedre vil den egne seg til å fordreie og ødelegge de sosiale prosessene den skulle overvåke».

Nettopp det at målinger fort blir et mål i seg selv, er alltid en fare i alt kvalitetsarbeid som innebærer ulike former for målinger av kvaliteten. En slik dynamikk vil muligens gjøre seg gjeldende også i innføringen av standarder i sykehjem, og en kan komme i fare for å legge innsats i det som skal måles og neglisjere det som ikke måles. En kan også komme i fare for å for eksempel dokumentere at en har et system, eller at en har en bestemt kompetanse, heller enn å vurdere hvordan systemet eller kompetansen benyttes. Det er et uttalt politisk mål for helse- og omsorgstjenestene å tilstrebe å gi alle innbyggere så lik kvalitet og rettferdig tilgang til tjenester som mulig (Forskningsrådet, 2013). At beboere på sykehjem behandles mest mulig likt, kan bli et mål i seg selv, samtidig som kommuner og sykehjem vil ha et behov for regler og prosedyrer for å lette leveringen og dokumentasjonen av praksis. Basert på Goodharts lov ser vi likevel en fare for at innføring av tjenestestandarder med målingskomponenter kan medføre en regulering utover de delene av virksomheten hvor slik regulering er ønskelig og nødvendig. Organisasjoner med kultur for regelstyring er tilbøyelige til å etablere retningslinjer og regler også for de delene av virksomheten som vil være best tjent med friere utviklingsbetingelser (Sandaker, 2009).

Konklusjon

I denne artikkelen har vi satt fokus på hvordan å sette og ledelse ved fem norske sykehjem jobber

med kvalitetsforbedringsarbeid under piloteringen av Trygghetsstandard. Vi har beskrevet og diskutert et øyeblikksbilde, og vi har funnet relativt store variasjoner i både praksis, rutiner og systemer knyttet til «kvalitet». Til tross for et mangeårig faglig og politisk fokus på utjamning av forskjeller i helse- og omsorgstjenestene gjennom lover, forskrifter, retningslinjer, nasjonale anbefalinger og prosedyrer, finner vi stor grad av variasjon av praksis ute i ulike sykehjemsavdelinger. Vi har hevdet at variasjonen vi finner i arbeidspraksiser knyttet til «kvalitet», kan være et uttrykk for kommunal autonomi som gir grobunn for ulike arbeidskulturer som gir rom for lokale prioriteringer ved norske sykehjem, og at standardisering av arbeid (tjenestelevering) gjennom «beste praksis» potensielt står i et spenningsforhold til lokale arbeidskulturer og deres potensiale for nytenking og innovasjon i tjenestene samt til det politiske idealet om innovative og pasientrettede tjenester.

Noe av variasjonen vi har funnet, kan nok, basert blant annet på uttalte ønsker om «økt brukermedvirkning», anses som «ønskelig» for å sikre stadig utvikling og innovasjon av tjenestene. Andre deler av variasjonen vi har vist i denne artikkelen, kan sies å være utilsiktet og kan således fra myndighetenes side sees som «ikke-ønskelig» fordi den kan medføre lavere tjenestekvalitet (Lincoln & Guba, 1985; Røvik, 2007). Vi har ikke tatt stilling til «ikke-ønskelig eller ønskelig» i denne artikkelen, men pekt på noen praksiser som potensielt kan bidra til å svekke sykehjemmets arbeid med kvalitetsforbedring, som for eksempel ulik grad av gjennomførte innkomstsamtaler eller forekomst av brukerråd. «Standardiseringsarbeid» har potensiale til å minske (slike former for) variasjon. Vi har likevel pekt på en mulig fare i standardiseringsarbeid som innebærer måling av og tallfesting av kvalitet; det at målinger og registreringer blir det sentrale, heller enn innholdet av det som blir målt.

Standardisering vil kunne bidra til mer forenlige arbeidspraksiser på tvers av sykehjem, med tanke på kvalitetsforbedringsarbeid. Men kombinasjonen av standardisering på den ene siden og forventninger om innovasjon, brukermedvirkning og pasienttilpassede tjenester på den andre siden, gjør at dette kan fremstå som et vanskelig terreng for de kommunale helsetjenestene å navigere i.

REFERANSER

ACOVE Investigators. (2007). Assessing Care of Vulnerable Elders-3 Quality Indicators.

- Journal of the American Geriatrics Society*, 55, Suppl 2, 464–487. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01329.x
- Askari, M., Wierenga, P. C., Eslami, S., Medlock, S., de Rooij, S. E. & Abu-Hanna, A. (2011). Assessing quality of care of elderly patients using the ACOVE quality indicator set: a systematic review. *PLoS One*, 6(12), e28631. doi: 10.1371/journal.pone.0028631
- Baines, D. & Cunningham, I. (2011). «White knuckle care work»: violence, gender and new public management in the voluntary sector. *Work, employment and society*, 25(4), 760–776. doi:10.1177/0950017011419710
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014). Eit lokalt helse- og velferdssystem under press. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik – Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 261–277.
- Creswell, J. W. (2013). *Research designs*. London: SAGE Publications, Inc.
- Ekeli, B. V. (2002). *Evidensbasert praksis – Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Tromsø: Eureka Forlag, Høgskolen i Tromsø.
- Essèn, A. (2008). Variability as a source of stability: Studying routines in the elderly home care setting. *Human Relations*, 61(11), 1617–1644.
- Fisher, E. S., Wennberg, D.E., Stukel, T.A., Gottlieb, D.J., Lucas, F.L. & Pinder, E.L., (2003). The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med*, 138(4), 288–298.
- Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M., & Vege, A., (2015). *Modell for kvalitetsforbedring: Utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Notat om kvalitetsutvikling nr. 1. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Forskningsrådet (2013). Om HelseOmsorg 21. Hentet fra http://www.forskningsradet.no/prognett-helseomsorg21/Om_HelseOmsorg21/1253985487322
- Helsedirektoratet (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Forskrift 01.01.2017 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo.
- Goodhart, C. (1981). Problems of Monetary Management: The U.K. Experience. I A. S. Courakis (Red.), *Inflation, Depression, and Economic Policy in the West* (s. 111–146).: Rowman & Littlefield.
- Graverholt, B., Riise, T., Jamtvedt, G., Ranhoff, A. H., Kruger, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Acute hospital admissions among nursing home residents: a population-based observational study. *BMC Health Serv Res*, 11(126), 126. doi:10.1186/1472-6963-11-126
- Haukelien, H., & Wyller, T. B. (2017). *Når alle gode krefter drar i feil retning*. Oslo: Dreyer Forlag.
- Heggdal, H., & Bukve, O. (2014). *Reguleringsstrategier og kvalitetsarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2017). Trygghetsstandard i sykehjem. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/trygghetsstandard-i-sykehjem>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 2008–2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 2012–2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. (Meld. St. 10 2012–2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 2014–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. (Meld. St. 19 2014–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 2017–2018). Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Leknes, S. (2016). Regionale befolkningsframskrivninger 2016–2040: Flytteforutsetninger og resultater. *Økonomiske analyser 3/2016*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publication.
- Matthew-Maich, N., Harris, L., Ploeg, J., Markle-Reid M, V.R., Ibrahim, S., Gafni, A., & Isaacs, S. (2016). Designing, Implementing, and Evaluating Mobile Health Technologies for Managing

- Chronic Conditions in Older Adults: A Scoping Review. *JMIR mHealth uHealth*, 4(2), e29. doi:10.2196/mhealth.5127
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>.
- Otterstad, H. K. (2004). Det typiske for norsk eldreomsorg, er ulikhet. *Tidsskriftet Sykepleien* 92(14), 38–41.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og Translasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandaker, I. (2009). A Selectionist Perspective on Systemic and Behavioral Change in Organizations. *Journal of Organizational Behavior Management*, 29(3–4), 276–293. doi:10.1080/01608060903092128
- Sandaker, I., Andersen, B. & Ree, G. (2014). Byråkrati, variasjon og læring. *Norsk tidsskrift for atferdsanalyse*, 1(41), 33–43.
- Sandaker, I., Andersen, B. & Ree, G. (2016). Kontroll, kjernevirksomhet og læring. *Stat & Styring*, (04), 6–11.
- Saunes, I., S. & Krogstad, U. (2011). *Valg av innsatsområder i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2378501>
- Solberg, E. (2017). Statsministerens innledning om kvalitets- og aktivitetsreform i eldreomsorgen. Oslo: Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kvalitets-og-aktivitetsreform-i-eldreomsorgen/id2541477/>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, Helse- og omsorgsdepartementet (2004). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Steindal, S. A. & Wergeland, L. S. (2010). Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien, Forskning*, 2(5), 138–145. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/er-sykehjemmet-et-verdig-sted-do>
- Sudmann, T. T. (2017). Aktivitet og fellesskap for eldre. *Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater som del av kunnskapsgrunnlaget for Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Deloppdrag 2 fra Helse- og omsorgsdepartementet. Senter for omsorgsforskning rapportserie 6/2017.*
- Timmermans, S. & Epstein, S. (2010). A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 69–89. doi:10.1146/annurev.soc.012809.102629
- Wennberg, J. E. (2011). Time to tackle unwarranted variations in practice. *BMJ*, 342, d1513. doi:10.1136/bmj.d1513
- Woolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M. & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318(7182), 527–530. doi:10.1136/bmj.318.7182.527
- Ågotnes, G. (2016). *The Institutional Practice. Dynamics of practice at nursing homes: An ethnographic study of variation in hospitalization amidst uncertainty and continuity*. (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Bergen, Bergen. Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/15781>