

Sjukepleiedokumentasjon - eit politisk perspektiv

Ein dispositivanalyse av normene for sjukepleiedokumentasjon.

Hilde Karin Storum



Masterprogram i helsefag,
Faggruppe sjukepleievitskap
Forslingsgruppe Praxeologi
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
Våren 2014

Forord

Arbeidet med denne oppgåva har vore ei stor øving i motivasjon. Det har ikkje handla om å koma raskt til målet, men om å snu og venda på kvar ein stein, og undersøkje samanhengar som ikkje ligg like lett tilgjengeleg. Det har også handla om å finna fram til ein metodologi som har gagna oppgåva best. Læringsutbyttet har difor vore stort. Dette hadde ikkje vore mogeleg utan god støtte frå rettleiaren min 1. amanuensis Jeanne Boge. Ho introduserte meg for Foucault sine teoriar og tende gnisten i meg til å velja hans perspektiv som bakgrunn for studien. Jeanne har rettleia meg med både hovud og hjarte. Med stor kunnskap og kløkt har ho gitt konstruktive tilbakemeldingar og utfordringar i vidare arbeid. Ho har også gitt meg dei rette oppmuntringane når mismotet dominerte.

Eg vil også rette ein stor takk til birettleiar og professor Karin Anna Petersen. Ho har introdusert meg for eit heilt nytt og for meg ukjendt forskingsfelt. Takk også til medstudentar i forskingsgruppa i Praxeologi ved Universitetet i Bergen. Det har hatt ei avgjerande betydning for meg å tilhøyra eit fellesskap og henta inspirasjon og gode råd frå medstudentar. Ein varm takk også til professor Staf Callewaert som har vist interesse for studien og som har kome med gode innspel og konstruktiv kritikk.

Eg hadde ikkje kome i hamn med oppgåva hadde det ikkje vore for gode hjelparar i mitt nærmiljø. Os folkebibliotek har velvillig lagt seg i selen for å skaffa til veie litteratur frå fjern og nær. Arbeidsstaden min har lagt til rette, slik at eg har kunna halda på med arbeidet ved sida av jobb. Vener har bidrege med hjelp og oppmuntrande ord. Både sambuaren min Gunnar og borna våre Joakim, Marianne og Sigrid, har bidrege som diskusjonspartnarar og gitt meg oppmuntrande ord når eg har hatt bruk for det. Tusen takk alle saman!

Os, mai 2014

Hilde Karin Storum

Innholdsliste

1	INNLEIING.....	1
1.1	Mange pleiarar er misnøgde med dei elektroniske dokumentasjonsverktøya.....	1
1.1.1	Andre studiar om sjukepleiedokumentasjon.....	3
1.2	Formål.....	4
1.3	Studien si oppbygging	4
1.4.	Myndighetene sine forventningar til det elektroniske dokumentasjonsverktøyet	5
1.5	Undring.....	8
2	Teoretisk perspektiv og metodologi.....	8
2.1	Inspirasjon frå tidlegare studiar	9
2.2	Antaking	10
2.2.1	Makt og viten	12
2.3	Metodologi, analyseteknikkar og materiale	16
2.3.1	Dispositivanalyser.....	16
2.3.2	Analyseteknikkar	17
2.3.3	Dokumentanalyser	19
3	Perioden 1877 – 1974: Dokumentera objektive styringsdata	25
3.1	1877 – 1941: Sjukepleiarane skulle observera og rapportera biologiske data om den sjuke .	26
3.2	Den moderne samfunnsordninga som mogeleggjorde ei forventning om at sjukepleiarane skulle dokumentera objektive data.....	31
3.2.1	Liberalistisk økonomi med tilhøyrande store klasseforskjellar	31
3.2.2	Auka kontroll med folkehelsa.....	32
3.2.3	Legen skulle førebyggja sjukdom, overvaka folkehelsa og rapportera til statsmakta....	33
3.2.4	Fagutdanna sjukepleiarar skulle hjelpa legen med å overvaka folkehelsa	34
3.3	Perioden 1941-1974: Effekt av sjukepleie vart viktig å dokumentera.....	38
3.3.1	Eit sjukepleiekollektiv skulle observera og rapportera objektive data om sjukdomsutvikling, behandling og behov for sjukepleie	39
3.4	Endringar ved samfunnsordninga som gjorde dokumentasjonsnormene mogeleg.....	42
3.4.1	Bygging av velferdstaten.....	43
3.4.2	Legar i leiande posisjonar skulle gjenreisa folkehelsa og sikra velferda	43
3.4.3	Ønske om å profesjonalisera sjukepleia	44
3.4.4	Dokumentasjon av sjukepleie vart sett på dagsorden.....	46
3.5.	Biologisk viten om kropp og sjukdom understøtta dokumentasjonsnormene frå perioden 1877-1974.....	47
3.5.1	Den biologiske kroppen sin plass i moderne samfunn	47

3.5.2	Moderne sjukepleie si fundering i den biologiske kroppen	50
3.5.3	Sjukepleie som behandling	54
4	Dokumentera subjektive styringsdata	55
4.1	Perioden 1974 – 1995: Sjukepleiarane skulle dokumentera subjektive data om pasientane sine opplevingar av sjukdom og helsesvikt.	56
4.2	Tilhøve i samfunnskonteksten som mogleggjorde ei forventning om at sjukepleiarane skulle dokumentera subjektive data.....	61
4.2.1	Ein stat i krise	62
4.2.2	Frå fagleg styring til folkestyrt helsestell	62
4.2.3	Maktforskyving i helsevesenet	64
4.2.4	Pasientperspektivet i dokumentasjonen skulle gjera profesjonell sjukepleie synleg	65
4.3	Perioden 1995 – 2014: Verktøya skulle sikra dokumentasjon av subjektive data	66
4.4	Tilhøve i samfunnskonteksten som mogleggjorde ei forventning om standardiserte data... ..	73
4.4.1	New Public Management gjer inntog i offentleg verksemd	74
4.4.2	Samhandlingsreforma	75
4.4.3	Sentral styring av normene for sjukepleiedokumentasjon.....	79
4.4.4	Sjukepleiedokumentasjonen si juridiske og kvalitetsforbetrande funksjon.....	82
4.5	Viten som kunne understøtta dokumentasjonsnormene i perioden 1974 og fram til i dag ...	84
4.5.1	Nyliberalistisk ideologi	85
4.5.2	Antimedisinsk rørsle	86
4.5.3	Behovs og eigenomsorgsteori.....	87
4.5.4	Sjukepleie som ein mellommenneskeleg og problemløysande prosess	90
	Nokon refleksjonar til slutt.....	93

Samandrag

Bakgrunn: Studien tek utgangspunkt i ei undring over korleis det har blitt mogeleg med så tilsynelatande sterke politiske føringar for korleis sjukepleiarane skal dokumentera sjukepleiepraksis. Undringa har leia fram til ei *Antaking*: Sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis er politisk interessant, fordi sjukepleiarane bør dokumentere data som styremaktene kan bruka i si overvaking og styring av befolkninga.

Antakinga er inspirert av Michel Foucault sine utleggingar om korleis sosiale praksisar er kopla saman med politiske interesser, og vert undersøkt ved hjelp av ein dispositivanalyse. Analyser av dokumentasjonsnormene sin oppkomst har teke utgangspunkt i norske lærebøker i sjukepleie frå 1877 og fram til i dag. Historiske kjelder er blitt brukt til å analysere fram den norske samfunnskonteksten, som kan ha disponert for korleis normene er blitt forma.

Resultat og drøfting: Analysene viser at i perioden 1877 til 1974 vart sjukepleiarane opplært til å rapportera biologiske og fysiologiske data om kropp og sjukdomsforlaup. Den politiske interessa for data om kropp og sjukdom kan forståast i lys av dei store samfunnsomveltingane rundt hundreårsskiftet, der objektiv viten vart brukt til å styra folk utanfrå (ytre disiplinering). Frå 1974 vart sjukepleiarane først og fremst opplært til å dokumentera subjektive data om pasientane sine eigne opplevingar av sjukdom og helsesvikt. Dette må sjåast i lys av dei samfunnsmessige endringane som oppstod i kjølvatnet av velferdsstaten, der subjektiv viten vart brukt, og framleis vert brukt, til sjølvdisiplinerande praksisar. Analysene viser at i perioden 1877 til 1974 vart biologisk viten brukt til å understøtta normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis. Humanistisk viten har blitt brukt til å støtta opp under dokumentasjonsnormene etter 1974.

Konklusjon: Studien får fram dei tette banda mellom sjukepleiedokumentasjon og samfunnsnyttig overvaking av folkehelsa. Sjukepleiedokumentasjon har også hatt betydning i legitimeringa av profesjonell sjukepleie.

Nøkkelord: sjukepleiedokumentasjon, politisk, Foucault, oppkomst, herkomst, disiplinering, objektive styringsdata, subjektive styringsdata.

Abstract

Background: The background for this thesis is how it has been made possible with such strong political management regarding how nurses document their practice. This has led me to the *assumption:* The nursing documentation is politically relevant, because nurses should document data the authorities can use in their supervision and governing of the population.

The assumption is inspired by Michel Foucault and his account of how social practices are connected with political interests, and are examined with the help of dispositive analysis. Analyses of the origin of the documentation norms are based on Norwegian nursing textbooks from 1877 until modern literature. Historical references have been used to analyze forth the Norwegian social context, which would have been responsible for how the norms have been formed.

Results and discussion: The analyses show that in the period from 1877 to 1974, nurses were taught to report biological and physiological data of the body and the progress of illnesses. The political interest in data of illness and body, can be seen in the light of the great social revolution around the change of the century, where objective knowledge was used for disciplinary practices. From 1974 nurses were primarily taught to document subjective data of the patients own experiences of illness and lack of health. This must be seen in the light of social changes, which occurred as a result of the welfare state, and where subjective knowledge was used and is still used for selfdisciplinary practices. The analysis show that between 1877 and 1974 biological knowledge was used to support the norms of nursing documentation practices. Human knowledge has been used to support the norms of nursing documentation after 1974.

Conclusion: This thesis shows the tight connection between nursing documentation and useful social supervision of public health. Nursing documentation has also been important in making professional nursing legitimate.

Keywords: nursing documentation, political, Foucault, origin, genealogy, discipline, objective governmental data, subjective governmental data

1 INNLEIING

Det fins normer for korleis sjukepleiar bør dokumentera arbeidet sitt. Desse normene er nedfelt i lærebøker i sjukepleie og i egne bøker om sjukepleiedokumentasjon. Dei siste 10-15 åra har pleiarane brukt elektroniske dokumentasjonsverktøy. I dette forskingsarbeidet har eg analysert dokumentasjonsnormene i sjukepleiefaget og undersøkt føresetnadane, eller det som har vore disponerande faktorar for at normene for elektronisk dokumentasjon av sjukepleie er som dei er. Desse føresetnadane eller disponerande faktorane vert seinare i studien kalla *mulighetsbetingelsar*.

1.1 Mange pleiarar er misnøgde med dei elektroniske dokumentasjonsverktøya

Bakgrunnen for undersøkinga er fem års erfaring som ansvarleg for det elektroniske dokumentasjonsverktøyet (Profil) i pleie og omsorgssektoren i ein større norsk kommune. Eg har hatt ansvar for opplæring og oppdatering av dokumentasjonssystemet, og eg har hatt ansvar for å utvikla det elektroniske verktøyet slik at det, i den grad det er mogeleg, er blitt tilpassa kommunen sine arbeidsprosessar og mål. Dette ansvaret har vore knytt til stillinga eg har hatt som nestleiar for Pleie og Omsorgstenesta (PLOM).

Sjølv om Profil allereie hadde fungert som dokumentasjonsverktøy i sju år då eg vart systemansvarleg, var det mange tilsette som framleis var usikre og trong opplæring. Det var mykje motstand og nokon vegra seg for å bruke verktøyet fordi dei var utrygge på korleis dei skulle dokumentera elektronisk. Verktøyet gav heller ikkje rom for å dokumentere på den måten dei gjerne ville. Eg har samtidig i den tida eg har vore systemansvarleg, sett at innhald og rammene for korleis sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis vert forma, i større og større grad er blitt styrt frå sentralt hald. Innføring av elektronisk dokumentasjon har mellom anna fremja standardiseringa av sjukepleiedokumentasjonen. Den nasjonale standarden for elektronisk dokumentasjon av sjukepleie byggjer på sjukepleieprosessen¹ som grunnlag for dokumentasjon (KITH, 2003). Også NSF sin rettleiar for dokumentasjon av sjukepleie i elektronisk pasientjournal tilrår sjukepleieprosessen som struktur for sjukepleiarane si journalføring. Dette vert begrunna med at sjukepleieprosessen bidreg til å ivareta pasientane sine behov, og fyller krava i lovverket om sjukepleiarane si journalføring (NSFID, 2007: 7-

¹ Sjukepleieprosessen vert her beskriven som ein gjentakande prosess, der pasientane sine ressursar, behov og problem vert kartlagd, vurdert og identifisert. Ut frå desse data skal ein beskriva ønska resultat eller mål for behandlinga, kva intervensjonar og tiltak som skal setjast i verk, og til slutt ei evaluering på grunnlag av dette (KITH, 2003).

19). Noko som medfører at sjukepleiarane ikkje lenger berre kan skriva ein kronologisk rapport, slik dei har vore vand med å gjera før sjukepleieprosessen vart innført som standard. Sjukepleiarane har vore opplært i å skriva pleieplanar heilt sidan 1970-talet, og er også blitt oppmoda til å dokumentera desse i sjukepleiedokumentasjonen (truleg meir ideal enn praksis). Pleiarar som ikkje har meistra pleieplanskriving, har derimot kunna unngått denne måten å dokumentera på ved å berre skriva fortløpande rapport frå vakta si. Etter innføringa av elektronisk dokumentasjon har dette blitt vanskelegare å praktisere. No må alle sjukepleienotat først i høve til ein fast struktur basert på trinna i sjukepleieprosessen. Den elektroniske løysinga medfører også at ein må klikke seg inn og ut av enkeltdokument. Det er eit innfløkt elektronisk system som krev både fagleg innsikt og teknisk kompetanse for å meistra. Framleis er det mange pleiarar som ikkje har tilstrekkeleg kunnskap til å orientera seg i og utnytta dei funksjonane som systemet inneheld. Nye versjonar krev også ny opplæring av personale. Vi har sett eit behov for generell opplæring i skriving av pleieplanar og skriftleg rapportering. Ved innføring av elektronisk pasientjournal (EPJ) har den skriftlege rapporteringa fått forrang framfor munnleg rapportering, som i mange høver er blitt rasjonalisert bort. Då lov om helsepersonell vart innført 01.01.2001, fekk sjukepleiarar saman med alle andre helsearbeidarar ei juridisk dokumentasjonsplikt (HOD, 2001). Medan det tidlegare i hovudsak var ansvarshavande på vakt som førte den skriftlege rapporten på bakgrunn av ei oppsummering av munnlege rapportar, set lova frå no av krav om at alle som utfører sjølvstendig helsehjelp skal dokumentera. Dette krev også auka krav til dokumentasjonskompetanse hjå kvar enkelt helsearbeidar.

Opplevingane mine vert i stor grad understøtta av det som kjem fram i ein studie frå Tromsø (Blix, 2005). Mastergradstudien til sjukepleiar Bodil Hansen Blix: *«korthuset» Sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis* er basert på intervju med seks sjukepleiarar som nyttar elektronisk sjukepleiedokumentasjon i praksisen sin ved ei medisinsk avdeling.

Studien konkluderer med at overgangen til elektronisk sjukepleiedokumentasjon medfører oppstyking av den sjuke. Pleia står fram som fråskilde oppgåver og gjer pasientforlaupet oppstykket. Fenomen som fortløpande dokumentasjon av enkelthendingar, fjerning av informasjon som ikkje lenger vert sett på som relevant, lagring av rapportar som enkeltdokument og auka bruk av funksjonsområder, kan resultera i ei fragmentert framstilling av pasienten. Det er vanskeleg å danna seg eit heilskapleg bilete av pasientforlaupet når ein må klikka seg inn og ut av enkeltdokument. Sjukepleiarane opplever at informasjon forsvinn i

det «store intet». For å demma opp om dette vert papirbaserte støttesystem etablert, der t.d. sentrale personopplysningar og dei viktigaste punkta i pleieplanen vert samla. I dei daglege rapportane vert sjukepleia presentert ved hjelp av funksjonsområder inspirert av VIPS – modellen². Bruken av funksjonsområder skaper orden og systematikk i framstillinga som ikkje nødvendigvis samsvarer med det verkelege liv. Funksjonsområda er konstruksjonar, men vert framstilt som «naturgitte» og allmenngyldige. Dette kan føra til at det er desse konstruksjonane og ikkje situasjonane som styrer kva som skal skrivast ned. Data kan difor bli utelatt fordi dei ikkje er i tråd med dokumentasjonssystemet sitt omgrepsapparat. Dette er eit omgrepsapparat som ikkje vert endra gjennom påverknad av den verkelegeheita den er meint å dokumentera. Oppdeling i funksjonsområder gir ei oversiktleg og forståeleg framstilling av pasienten og den situasjonen pasienten er i. Evaluering og rapportering i høve til dei enkelte funksjonsområda får derimot dokumentasjonen til å stå fram som instrumentelle handlingar. Pleia vert konstruert som enkeltstående hendingar som kan kvantifiserast og standardiserast.

Overgangen til elektronisk dokumentasjonssystem medfører andre organisatoriske endringar som Blix kallar «*treenighet*» (elektronisk sjukepleiedokumentasjon, stille rapport og primærsjukepleie). Sjukepleiarane nyttar ord som einsemd og korthus for å beskriva følgjene av denne «*treenigheten*». Det vert skapt ein dissonans mellom sjukepleiarane si oppleving av kunnskap og ansvar, og det kunnskapssynet og forståinga av ansvar som ligg til grunn for desse nye organiseringsformene. Denne dissonansen prøver sjukepleiarane å vega opp for ved å innføra nye «private» praksisar som skriftlege støttesystem, munnleg rapportering i garderoben, eller ved å dokumentera etter at arbeidstida er slutt (Blix, 2005).

1.1.1 Andre studiar om sjukepleiedokumentasjon

Ved søk i den norske databasen BIBSYS³ og den internasjonale basen Cinahl⁴ fann eg ingen andre studiar som var relevant for min studie. Dei fleste omhandla funksjonalitet i høve til EPJ, evalueringar av sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis i høve til normerte standardar som sjukepleieprosessen, eller klassifiseringssystem for sjukepleie. Fleire konkluderte med at sjukepleiedokumentasjonen var ufullstendig i høve til desse standardane, og hevda at sjukepleiarane hadde mykje å henta på å betra dokumentasjonspraksisen sin (Gjevjon &

² VIPS modellen er ein modell som er laga med tanke på å etablere ein felles struktur for sjukepleiarane sin dokumentasjon og tek utgangspunkt i menneskelege behov. VIPS står for Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhet. (Moen et al., 2008)

³ Søkjarord sjukepleiedokumentasjon ga 28 treff i BIBSYS. Søkjarord sjukepleiedokumentasjon i kombinasjon med pasientjournal ga ingen treff. Heller ikkje kombinasjonane sjukepleiedokumentasjon – styringsdata ga nokon treff.

⁴ Søkjarord nursing documentation i kombinasjon med patient record ga 2454 treff (Cinahl). Ved å velje ut frå årstal (1990-2012) og brukte referansar, gjekk eg gjennom 10 abstracts.

Hellesø, 2010; Jefferies et al., 2010; Laitinen et al., 2010; Prideaux, 2011). Felles for alle desse studiane er ei beskriving av korleis sjukepleiedokumentasjon fungerer eller burde fungere. Det er ingen som gir svar på korleis det kan ha seg at dokumentasjonsverktøyet er blitt forma slik det er, eller kva som har gjort det mogeleg at normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis er slik dei er i dag. Dette står framleis for meg som eit spørsmål eg ikkje har fått svar på.

1.2 Formål

Formålet med denne studien er difor ikkje å generera fleire data om korvidt sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis samsvarer med nasjonale normer. Det er heller ikkje å generera fleire data om sjukepleiarane sine erfaringar med dokumentasjonsverktøyet, eller å undersøkje korleis det kan ha seg at mange sjukepleiarar opplever det som lite føremålstenleg. Formålet er heller ikkje å undersøkje om verktøyet eignar seg eller ikkje, men å undersøkje kva som har gjort det mogeleg for sjukepleiedokumentasjon å oppstå og få den forma den har. Eg ønskjer å setja søkelys på samfunns- og fagpolitiske konteksten der desse normene oppstod, og avdekka *mulighetsbetingelsane* for at bestemte normer for sjukepleiedokumentasjon har oppstått.

1.3 Studien si oppbygging

Kapittel 1 er ei utlegging av bakgrunn og formål med studien. Her har eg presentert nokre av forventingane sentrale myndigheiter har til sjukepleiarane sin dokumentasjon av sjukepleie. Kapitlet avsluttar med undringa eg hadde på førehand, og som har danna bakgrunn for studien.

I kapittel 2 presenterer eg først tre studiar som har inspirert meg og ført meg fram til antakinga som studien tek utgangspunkt i. Antakinga er fundert i Michel Foucault sine utleggingar om korleis moderne vestlege demokrati vert styrt gjennom såkalla «stumme strategiar, og i hans utleggingar av ytre og sjølvstyrt disiplinering. Kapitlet viser også korleis eg har gått fram ved å nytta ein dispositivanalyse for å analysera fram oppkomst (når oppstår det?) og herkomst (kva har gjort det mogeleg?) til normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis. Kapitlet presenterer også kva kjelder eg har brukt i analysene av oppkomst og herkomst, og korleis eg har gått fram i kjeldegranskinga.

Kapittel 3 er ei utlegging av normene for sjukepleiedokumentasjon, slik dei vert omtala i norske lærebøker i sjukepleie i perioden 1877 til 1974. Vidare drøfter eg normene i lys av dei samfunnsmessige betingelsane som gjorde det mogeleg for desse bestemte normene å oppstå (mulighetsbetingelsar). Kapitlet omhandlar også ei drøfting av understøttande viten.

Kapittel 4 er ei utlegging av normene for sjukepleiedokumentasjon slik dei vert omtala i norske lærebøker i sjukepleie i perioden 1974 og fram til dagens lærebøker i sjukepleie. Også i dette kapittelet drøftar eg normene i lys av dei samfunnsmessige føresetnadane og understøttande viten. Avslutningsvis drøfter eg tilhøvet mellom undring, antaking og funn, studien sin relevans og nytte, samt forslag til vidare studiar.

1.4. Myndigheitene sine forventningar til det elektroniske dokumentasjonsverktøyet

Bakgrunnen for sjukepleiarane si misnøye med elektronisk pasientjournal (EPJ) eller manglande dokumentasjonspraksis i høve til sentrale normer og krav, kan ha samband med det faktum at desse føringane kolliderer med sjukepleiarane sine eigne ønskjer, vanar og forventningar til kva funksjon og innhald sjukepleiedokumentasjon bør ha. Ein skulle kanskje tru at kvar enkelt sjukepleiar har høve til å dokumentera og forma sjukepleiedokumentasjonen ut frå det dei vurderer som fagleg naudsynt. Slik er det ikkje. Merksemda rundt sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis har berre auka på dei siste 25 åra. Dette ser ein mellom anna i formaliseringa av både faglege og juridiske krav. Allereie frå slutten av 80-talet vart det publisert ei rekke dokument frå både myndigheitene si side og sjukepleiarane si eiga fagforeining, i form av rettleiarar, handlingsplanar og lover med forskrifter. Desse vil bli nærare presentert i kapittel 4. Nedanfor skal vi sjå på kva forventningar myndigheitene har til elektronisk journalføring.

Etter at informasjonsteknologien gjorde sitt inntog i helsevesenet på 1970- 80-talet, har det frå myndigheitene si side vore ei uttalt forventning om at IKT (Informasjons- og kommunikasjonsteknologi) i helsesektoren skal kunna forenkla dokumentasjon og informasjonsutveksling. Det skal bidra til meir effektiv kommunikasjon, koordinering og samhandling. Samtidig er EPJ eit eineståande verktøy til å registrera, lagra og finna att data. Det er også eit eineståande verktøy i høve til samanstilling og gjenbruk av data. Dette skal kunna nyttast til statistiske analyser og lett tilgjengelege informasjonsoversikter til bruk i forskning, helseovervaking og ressursstyring. I eit styringsperspektiv er dette sentralt, då slik informasjon ligg til grunn for korleis helsetenestene vert prioritert og fordelt i samfunnet vårt (Moen, Hellesø, & Berge, 2008: 189; NSFID, 2007: 19).

Forventinga er at alle data om personar som tek i mot helse- og sosiale tenester skal samlast i eitt dokument. Journalforskrifta seier at det som hovudregel skal vera ein samla journal for kvar enkelt pasient, sjølv om det vert ytt helsehjelp frå fleire innan same verksemd eller andre deltenester (HOD, 2000). Her skal saksbehandlingsdata, sosiale tilhøve, assistansebehov,

tenester som vert motteke, medisinske opplysningar og kontakt mellom ulike tenestnivå samlast. Innføring av EPJ har gjort det enklare å få dette til. Dokumentasjonen vert meir rasjonell, ved at same data ikkje treng dobbeltførast i ulike fagjournalar. I tillegg har alle som deltek i behandlinga av pasienten ein lettare tilgang til dei same relevante data. Ei slik elektronisk samling av pasientdata legg også betre til rette for samanstilling av informasjon på meir fleksible, rasjonelle og føremålstenlege måtar enn det papirdokumentasjon gav. Eit sentralt føremål med elektronisk dokumentasjon er å gjera direkte rapportering til helsemyndighetene mogeleg. I følge kommunelova frå 1992, plikter kommunar og fylkeskommunar å gi styrande myndigheiter informasjon om ressursbruk og tenesteyting til bruk i nasjonale informasjonssystem (Kommunal og moderniseringsdepartementet, 1992). I 2006 vart IPLOS⁵ rapportering pålagd. Desse data er ein del av KOSTRA (kommune- Stat-rapportering), som er eit nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal verksemd (Moen et al., 2008: 189-193; NSFID, 2007: 48). I IPLOS rettleiaren står det at føremålet med IPLOS-registeret er å samla inn og behandla data frå kommunane om personar som har søkt, mottar eller har mottatt pleie- og omsorgstenester for å:

- gi grunnlag for overvaking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordna styring av sosial- og helseforvaltninga.
- gi grunnlag for forskning

(Helsedirektoratet, 10/2009)

IPLOS inneheld individbaserte data, der 52 ulike variablar vert registrert. Dette er personlege data, data om bustadtilhøve, om brukar er vurdert av tannhelsepersonell eller lege siste år, samt 15 bistandsvariablar, der det skal gis data om brukaren sine ressursar og behov for tenester. Desse siste variablane skal registrerast med ein skår frå 1 til 5. I tillegg skal det gis opplysningar om syn og hørsel, samfunnsdeltaking og eventuelle behov for assistanse, kommunale tenester, opplysningar om bruk av tvang og opplysningar om døgnopphald i spesialisthelsetenesta. IPLOS vert i hovudsak oppfatta som eit objektivt registreringssystem, men ettersom forskrifta seier at opplysningane skal registrerast i dialog med tenestebrukar, betyr dette i realiteten at registreringa gjeld subjektive data om korleis tenestebrukaren opplever og definerer sin situasjon. Det er brukaren sine opplevde behov som skal registrerast.

⁵ Alle kommunar i landet pliktar (innført i 2006) å rapportera opplysningar om søkjarar og mottakarar av kommunale helse- og sosialtenester i form av standardisert IPLOS informasjon (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk).

IPLOS⁶ er integrert i den elektroniske pasientjournalen og vert difor ein del av informasjonsgrunnlaget for denne (Christensen, 2012: 60; Helsedirektoratet, 10/2009).

Samanstilling av data krev eintydige omgrep. Elles vert det som å samanlikne epler med pærer. Det er ei klar forventning om at elektroniske dokumentasjonsverktøy skal gjera det lettare å ta i bruk eit standardisert språk og eintydige omgrep enn det som var mogeleg ved papirdokumentasjon. Dersom alle som yter helsehjelp dokumenterer i same struktur og ved hjelp av eit felles omgrepsapparat, gjer dette tilhøva for bearbeiding og samstilling av data enklare. Det er også ei forventning om at slik standardisering skal sikra samhandling mellom ulike yrkesgrupper og ulike tenestenivå. Tverrfagleg dokumentasjon vert sett på som eit viktig verktøy i ein slik samanheng. Standardiseringa skal sikra at alle går i takt, både når dei utfører og dokumenterer helsetenester. Ei anna forventning frå politisk og fagleg hald, er at strukturering av innhaldet i dokumentasjonen skal sikra at sjukepleiarane dokumenterer i høve til juridiske og faglege krav (NSFID, 2007; KITH, 2003). Dokumentasjonen skal synleggjera at krav om fagleg forsvarlege tenester og omsorgsfull hjelp vert teken i vare (HOD, 2001). Brukarmedverknad er eit slikt fagleg og juridisk krav som er regulert gjennom eigen lov om pasientrettar (HOD, 1999). På denne måten vert standardisering og strukturering av all dokumentasjon av helsetenester, inkludert sjukepleie, eit sentralt virkemiddel i å nå helsepolitiske mål. I dag har dei fleste helseinstitusjonar gått over til EPJ (HOD, 2009). Det fins ulike fagsystem som kan nyttast til dette føremålet. Sjølv om det fins ulike variantar, byggjer dei likevel på dei same overordna prinsippa (Mekki et al., 2011). Mine erfaringar og referansar er knytt opp til fagsystemet Profil, som eg har erfaring med, og mest kunnskap om.

Eit standardisert språk og omgrep kan opplevast som lite eigna til å beskriva pasienten som den individuelle personen han/ho er, og korleis vedkomande opplever sin sjukdom. Fritekst kan derimot i større grad individualiserast og tilpassast den enkelte pasient. Standardisering ved bruk av klassifikasjonssystem⁷ kan også gjera det vanskeleg å beskriva alle aspekt ved sjukepleie. Den elektroniske strukturen, ved at ein klikkar seg inn og ut av enkeltnotat, kan i tillegg bidra til at data som har ein naturleg samanheng vert splitta opp. Det kan difor oppstå

⁶ Medan IPLOS er eit system for å rapportera data frå kommunehelsetenesta er SAMDATA eit rapporteringssystem for spesialisthelsetenesta. Dette er styringsdata som skal visa utviklingstrendar og nøkkeltal om pasientar sitt forbruk av medisinske eller psykiatriske tenester i spesialisthelsetenesta (Moen et al., 2008: 191).

⁷ Klassifikasjonssystem er utvikla for å skapa eit felles språk med eintydige definisjonar på sjukepleie som beskriv til dømes sjukepleiediagnose, sjukepleietiltak og sjukepleieresultat (NSFID, 2007: 25)

eit spenningstilhøve mellom myndigheitene sine forventningar, slik dei materialiserer seg i verktøy, lovverk og forskrifter, og sjukepleiarane sine egne forventningar til kva sjukepleiedokumentasjonen skal innehalda og kva form han skal ha (Blix, 2005; NSFID, 2007). Undersøkingar attende til 1980-talet viser mangelfull rapportering i høve til normene for sjukepleiedokumentasjon (Moen et al., 2008). Sjukepleiarane sin dokumentasjon bar preg av ei uformell og fortellande form i staden for kortfatta og faktaorientert dokumentasjon slik idealet var. Dokumentasjonen sitt innhald var også prega av medisinsk fagleg informasjon, framfor sjukepleiefaglege opplysningar. Det var til dømes mangelfull dokumentasjon i høve til trinna i sjukepleieprosessen. Sjukepleiefaglege opplysningar vert her forstått som skriftlege sjukepleieplanar⁸ med utgangspunkt i pasientane sine opplevde behov for sjukepleie. Dette er både det fagpolitiske og helsepolitisk synet på sjukepleiefaglege opplysningar (KITH, 2003; NSFID, 2007). Andre undersøkingar har vist det same, også etter at EPJ vart innført (Gjevjon et al., 2010; Laitinen et al., 2010; NSFID, 2007; Prideaux, 2011). Så seint som i 2014 konkluderer ein pilotstudie ved St Olavs Hospital HF mellom anna med at sjukepleiarane framleis vel å dokumentere fortløpande sjukepleienotat i staden for å utarbeida sjukepleieplanar (Nøst, Blekken, & Andrè, 2014). I perioden frå slutten av 1990-talet til i dag, er krava til struktur og innhald i sjukepleiedokumentasjon blitt utsett for sterkare helsepolitisk og fagpolitisk styring. Det kan sjå ut som at mangelfull dokumentasjon er blitt møtt med enda tydelegare krav og forventningar både frå myndighetene og frå sjukepleiarane sin eigen interesseorganisasjon NSF. Krava og forventningane kjem til uttrykk gjennom lovgiving, nasjonale standardar og rettleiarar. Dette kjem eg attende til i kap. 4.4.3.

1.5 Undring

Det som har undra meg er det at det fins så tilsynelatande sterke politiske føringar for korleis sjukepleiarane bør dokumentera sjukepleiepraksis. I denne studien har eg prøvd å finne ut korleis dette kan ha seg. Kva har gjort desse føringane mogeleg?

2 Teoretisk perspektiv og metodologi

Undringa over dette fagpolitiske og storpolitiske engasjementet har eg utforska i lys av den franske filosofen Michel Foucaults (1926-1984) sine utleggingar om moderne styringsformer (jf. kap. 2.2). Bakgrunnen for at eg har vald å analysere dokumentasjon i sjukepleiefaget i lys av Foucault, har samband med Foucault inspirerte forskingsarbeid som eg har blitt kjend med

⁸ Ein sjukepleieplan er ein plan som inneheld tiltak og mål med utgangspunkt i ein sjukepleiediagnose, og der tiltaka vert kontinuerlig evaluert i høve til måloppnåing.

i forskingsmiljøet kring professor Staf Callewaert, professor Karin Anna Petersen og 1. amanuensis Jeanne Boge. Dette er eg blitt kjend med i forskingsgruppa Praxeologi ved Universitet i Bergen.

2.1 Inspirasjon frå tidlegare studiar

Eg er spesielt inspirert av tre studiar frå dette forskingsmiljøet (Boge, 2008; Sundal, 2014; Frederiksen, 2005).

Jeanne Boge (2008) si doktoravhandling omhandlar kroppsvask i sjukepleie og korleis ein sjukepleiepraksis har vore medverkande i eit omfattande politisk disiplineringsarbeid. Med utgangspunkt i Foucault sin teori om at moderne samfunn vert styrt ved hjelp av samankoplingar mellom kroppselege praksisar og vitskap, argumenterer Boge for at overgangen frå folkeleg reinsemd til borgarleg reinsemd siste halvdel av 1800 –talet, er resultat av disiplinering. Ho stiller med dette spørsmål ved kva som har vore *mulighetsbetingelsane* for normene for kroppsvask i sjukepleia. Med utgangspunkt i lærebøker i sjukepleie og studiar i reinsemd i fortid og notid, analyserer ho tilhøvet mellom kroppsvask i sjukepleie og politiske interesser. Ho grip fatt i tre tidsepokar; frå om lag 1860 til i dag, og viser korleis vitskapelege teoriar og ideologiar har vore med på å understøtta politisk interessante vaskepraksisar. Det handlar om å yta omsorg for den samfunnsnyttige kroppen og førebygga det som eventuelt måtte truga ein produktiv og nyttig kropp. Boge diskuterer ikkje om kroppselege sjukepleiepraksisar er gode eller dårlege, men argumenterer for at sjukepleiefaget har blitt, og blir forma av politiske føringar som vert legitimerede ved hjelp av vitskap.

Hildegunn Sundal tek for seg foreldre si rolle i klinikken (2014⁹). Ho stiller spørsmål ved korleis det kan ha seg at foreldre av barn innlagd på sjukehus på visse tidspunkt er inkludert, medan dei på andre tidspunkt er ekskludert. Til liks med Boge, argumenterer Sundal for at inklusjon- og eksklusjonspraksisane vert forma av politiske føringar og understøtta ved hjelp av ulike former for viten.

Eg vil også nemne Kirsten Frederiksen sin studie som tek føre seg framveksten av sjukepleiefaget, og korleis sjukepleiarar gjennom si utdanning er blitt forma til ordentlige hjelparar i den medisinske klinikken (Frederiksen, 2005). Hennar studieobjekt er å sjå på

⁹ Sundal er immatrikulert ved institutt for global helse og samfunnsmedisin, universitetet i Bergen. Doktoravhandlinga *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus* vart levert februar 2014, og planlagd disputas er 30. mai 2014.

korleis det har seg at relasjonen mellom den sjuke og den pleiande på eit gitt tidspunkt vart til ein relasjon mellom ein pasient og ein utdanna sjukepleiar. Frederiksen tek for seg perioden frå klinikkens oppkomst på 1800-talet og fram til år 2000. Med avsett i Foucault sine analyser av den moderne medisinen sin oppkomst, beskriv ho korleis hospitalet vert omdanna til ein behandlingstinstitusjon og den sjuke til ein hospitalpasient. Legane forlet dei private heimane og trer inn i sjukehusa som behandlingsagentar som skal gjera fattiglemmar til arbeidsdugelege og dydige borgarar. I denne samanhengen vert stuekonene (ufaglærte pleiarar) sin kompetanse og eigenskapar problematisert og føreslått avløyst av danna kvinner frå borgarskapet, som står betre rusta til denne danningprosessen. Stuekona vert gradvis omforma til sjukepleiar som resultat av koplinga mellom sjukepleiefaget og hygieneteori, smittespreiing og sjukdomsbehandling, samt måten den moderne sosialmedisinen styrer og regulerer befolkninga på. Ho argumenterer for at sjukepleie ikkje har sin oppkomst i omsorg, men innfor det behandlingmaskineriet som har sin oppkomst på starten av 1800-talet. Her trer ho inn som ein av reguleringsagentane og blir ein del av den biomakta som skal regulere befolkninga sine liv. Slik er sjukepleiepraksis blitt forma ut frå samfunnet sine behov, og ut frå den rolla sjukepleiaren er blitt tildelt i maktapparatet.

2.2 Antaking

Etter inspirasjon frå dei ovanfor nemnde studiane, som argumenterer for at ulike sosiale praksisar (vaskepraksisar i sjukepleia, eksklusjon- og inklusjon av foreldre i klinikken og sjukepleiepraksis) er blitt forma ut frå samfunnsmessige behov og politiske føringar, ønskjer eg å undersøkje om og eventuelt korleis sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis er blitt forma ut frå samfunnsmessige behov. Undersøkinga har vore basert på ei antaking:

Sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis er politisk interessant, fordi sjukepleiarane bør dokumentera data som styresmaktene kan bruka i si overvaking og styring av befolkninga.

Eg antek såleis at sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis inngår i ein helsepolitisk styringsstrategi, der målet er å oppnå ei sunn og samfunnsnyttig befolkning, og dermed også eit bærekraftig samfunn. Med dette som bakgrunn, har eg prøvd å finna ut kva som har gjort dei tilsynelatande sterke politiske føringane for sjukepleiedokumentasjon mogeleg.

Både Boge, Sunndal og Frederiksen sine studiar har vore analysert i forlenginga av Foucault sine utleggingar om disiplinering. Ved å lese desse studiane har eg blitt inspirert til å analysere sjukepleiedokumentasjon i lys av disiplinering.

Foucault har vore oppteken av korleis moderne vestlege demokrati vert styrt gjennom såkalla «stumme strategiar». Dette er strategiar eller anordningar som er integrert i samfunnskonteksten som ei skjult form for makt, og som får folk til å oppføre seg, tenke og handle på ein bestemt måte utan at det står ein markant maktfigur bak. Foucault kallar dette disiplinering (Schaanning, 1993). Det som fasinerer meg mest med Foucault er at han går bak det openbare og avdekkjer det som skjuler seg under overflata. Han tek slik eit oppgjjer med vedtekne sanningar. Når eg dokumenterer sjukepleie, har eg ei formeining om at dei data eg skriv ned vert prioritert ut frå medvitne sjølvstendige vurderingar av kva som er viktige data å dokumentera. Er det eigentleg slik, og korleis har det seg at vi dokumenterer akkurat slik vi gjer? Kanskje er dokumentasjonspraksisen ein del av denne «stumme strategien» som Foucault refererer til, der målet er å overvaka, kontrollera og forma nyttige samfunnslekamar ved hjelp av disiplinerte tiltak. Ved å stilla dette spørsmålet går eg bak det openbare, og tek slik eit oppgjjer med vedtekne sanningar.

Foucault utfordrar notida med innsikt frå fortida for å visa at det som i samtida vår vert rekna som sjølvstendig, naturleg og naudsynt, og som også vert definert som sanning, er historisk og kontekstuelet føreset. Han tek i tillegg eit oppgjjer med det evolusjonistiske perspektivet som byggjer på teoriar om at sosiale praksisar vert utvikla og endra gjennom prøving og feiling. Foucault hevdar tvert om at mennesket ikkje er klokare enn før. Det berre tenker annleis. Det er ikkje snakk om ein læringsprosess, men at historia føreset ulike måtar å oppfatta og løysa nye utfordringar på (ibid.). For meg har det vore sjølvstendig at normene for korleis sjukepleiarane dokumenterer sjukepleie er resultat av ein forbettringsprosess med bakgrunn i kritiske vurderingar og evalueringar av dokumentasjonspraksisen. Etter at eg vart kjend med Foucault sine teoriar om disiplinering, har eg derimot fått nye briller på, og ein annan optikk har opna seg. Med avsett i Foucault sine teoriar, har eg ein tanke om at normene for sjukepleiedokumentasjon er blitt forma ut frå samfunnet sitt behov for å løysa slike nye samfunnsmessige utfordringar, og ikkje som resultat av ein kontinuerleg utviklings- eller læringsprosess.

Sjukepleiarane og anna helsepersonell er overvakarar av samfunnslekamar med behov for medisinsk hjelp eller andre helse- og omsorgstenester. Antakinga mi går ut frå at dei sit på nøkkelinformasjon og viktige styringsdata, som myndighetene er avhengig av for å kunne forvalte ein berekraftig helsepolitikk. Det dei observerer og formidler vidare gjennom sine rapporteringar, kan vera avgjerande data for sikring av kvalitet, planlegging, utvikling og overordna styring og forvaltning av sosial- og helsetenestene (Moen et al., 2008: 190). IPLOS

og SAMDATA rapporteringa «forsyner» styresmaktene med data som dei til ei kvar tid har interesse av å vita (jf kap. 1.4). I tillegg kan sjukepleiarane si datasamling og dokumentasjon nyttast i forskning og utvinning av strategisk kunnskap om samfunnsborgarane. Desse data kan difor nyttast som sentrale styringsdata i høve til helsefaglege spørsmål, og i disiplinering av befolkninga. I denne samanhengen er EPJ eit sentralt verkemiddel, då slike styringsdata kan hentast direkte herfrå. Antakinga mi går difor ut på at dokumentasjonspraksisen til sjukepleiarane samsvarer med politiske interesser, og at sjukepleiarane til ei kvar tid dokumenterer det som er relevante helsepolitiske data. Antakinga spring ut frå Foucault sine utleggingar om korleis menneskelege kroppar vart gjenstand for politisk interesse, og korleis viten vart brukt til temja og kontrollera desse kroppane.

2.2.1 Makt og viten

I følgje Foucault vart den biologiske kroppen eit interessant objekt på slutten av 1700-talet i samband med kapitalismen sin framvekst. Ei sterk befolkning vart rekna som staten sin styrke, og det vart viktig å regulera den demografiske reproduksjonen. Alle statane i Europa vart difor oppteken av helsetilstanden i befolkninga. Å beherska ei befolkning vart viktigare enn å kontrollera territorier (Foucault, 2002: 37-72). Befolkninga hadde allereie vore overvaka ei tid i høve til fødsjar og mortalitet, men utan at noko organisert helsefremjande arbeid var sett i verk. Det vart utvikla ein biopolitikk, der den biologiske kroppen var det biologiske målet, og medisinen den biopolitiske strategien (Foucault, 1994b: 137).

Samtidig med at kroppen vert eit politisk interessant objekt mot slutten av 1700-talet, skjer det eit brot med ei dominant makt slik den vart utøvd t.d. i føydal tid. Ein går frå ei negativ makt karakterisert ved herredøme, underkuing og straff, til ei positiv maktform karakterisert ved produktivitet og maksimal utnytting av dei menneskelege kroppane. Dette vert gjort gjennom ulike maktteknologiar. Foucault tek i bruk regjeringsomgrepet i eit forsøk på å forma ein teori omkring den moderne staten og dei maktteknikkane som vert nytta. Han set spørsmål ved korleis menneska klarer å danna og styra seg sjølv utan ein dominant maktfigur. Denne regjeringa eller styringa det her er snakk om er knytt opp til den måten dei styrande og dei styrte tenker på, ei form for styringsmentalitet (Foucault, 2002b). Fokus vert retta mot den styrte og spørsmålet vert kor «viljen» til å bli styrt har sitt opphav (ibid.: 11). Objektivierende viten vert brukt til å styra individa utanfrå, noko Foucault kallar disiplinering (Foucault, 2002). Subjektivierende viten vert brukt til å få individ til å styra seg sjølv innafrå. Dette kallar Foucault sjølvdisiplinering eller sjølvdanning (Foucault, 1999). Slik vert samfunnslekamane gjort til gjenstand for ei rekke objektivierende og subjektivierende teknikkar som har til hensikt

å utvinna viten om kroppane som i neste omgang vert nytta i styringa og disiplineringa av dei same kroppane. Disiplinering handlar om å få overblikk og herredøme over samfunnslekamane. Dette vert gjort ved å organisera mangfaldet og gi det ein orden via prinsipp som klassifisering, differensiering, hierarkisering, samanlikning, spesialisering og homogenisering, det Foucault kallar *inndelingens kunst* (Foucault, 2002: 157).

Menneskelekamane vert gjort til objekt gjennom ei intens overvaking av detaljar. I boka *Overvågning og straf* (dansk utgåve), forklarar Foucault det slik:

En minutiøs iagttagelse af detaljen og samtidig en politisk hensyntagen til disse små ting med henblik på at kontrollere og bruke menneskene er et stadigt stigende fænomen i løpet af den klassiske periode, idet den fører med sig en lang række teknikker, et korpus af fremgangsmåder og viden, beskrivelser, oppskrifter og data. (Foucault, 2002: 157)

Disiplinering har som endelege mål å forma menneska til å tenka dei korrekte tankane, ta dei politisk rette vala og utføra dei rasjonelle og nyttige handlingane.

I overvakinga og produksjonen av denne forma for viten det er snakk om, får legane ein sentral posisjon og makt (Heede, 1992: 63). På 1700-talet var hospitalet ein oppbevaringsplass for unyttige samfunnslekamar. Dette var i hovudsak sjuke og fattige lekamar som kunne truga den produktive delen av befolkninga. Det var desse gruppene som først vart underlagt ulik medisinsk kontroll. Eit av vilkåra for endringa av legevitskapen sitt kunnskapsgrunnlag som fann stad på slutten av 1700-talet, var i følgje Foucault organiseringa av hospitalet som eit eksamensapparat. Gjennom visittritualet fekk legen ein større plass i sjukehuset si drift. Den tidlegare meir sporadiske inspeksjonen vart forvandla til regelmessig observasjon som plasserte lekamane i ein kontinuerlig overvakingssituasjon. Det disiplinerte og klassifiserende blikket hadde behov for eit kommunikasjonsnett som best kunne organiserast via ein pyramidal struktur, utført av hjelpearar i ulike posisjonar. Hjelpearane får ei underordna rolle i høve til observasjons- og undersøkingsteknikkane, og i denne samanhengen oppstår sjukepleie som fag. Sjukehuset vert forvandla frå ein «*forsorgsinstitution*» til ein utdanningsinstitusjon og stad for innsamling av viten (Foucault, 2002: 202). Denne samlinga av viten etterlet seg eit arkiv av detaljerte registreringssystem og kronologiske beskrivingar av pasientane si sjukehistorie. Det vert ei akkumulering av viten om mennesket som art og kategori, og ein kultur der informasjon vert samla, nedteikna og arkivert. Denne forma for kunnskapsproduksjonen skyt fart i ei tid der trua på sikker og objektiv viten veks fram. (Juritzen, 2013: 25). Kan dette overførast til dagens kontekst? Kan det vera at sjukepleiarane ved å observera og dokumentera data om pasientane, deltek i den same produksjonen og akkumuleringa av viten Foucault snakkar om? I følgje Foucault er det snakk om eit

styringskretsloop, der profesjonar som høyrer til i ulike overvakande institusjonar (legar, pedagogar, sjukepleiarar, fysioterapeutar, sosialarbeidarar osv.) produserer kunnskap om feil og manglar ved befolkninga. Dette er kunnskap som myndigheitene nyttar til å utvikla forslag til løysingar (t.d. sunnare kosthald, meir aktivitet osv), og som deretter vert implementert ute i dei same institusjonane, og av dei same profesjonane som befinn seg der (Aakvaag, 2008: 314-321). Føremålet er å leia samfunnslekamane til politisk korrekte praksisar og forma dei til samfunnsnyttige individ. Slik vert dei produktive kroppane styrt i den retninga som gangner samfunnet best.

I vår tid har vi som resultat av objektiv viten, mellom anna oppdaga at røyking disponerer for lungekreft. På bakgrunn av dette har samfunnet sett inn disiplinerande tiltak for å få folk til å slutta å røyka (røykelov, informasjonskampanjar, nikotinsubstitutt osv.) Ved hjelp av subjektiv viten har ein også fått kunnskap om kva som motiverer samfunnslekamane til sjølv å ta avgjerda om å slutta å røyka. I høve til dette siste seier Foucault at styring og kontroll av ei veksande befolkning krev ei anna form for maktutøving, der individa i større og større grad tek ansvar for å styra seg sjølv innafrå gjennom sjølvdisiplinerande praksisar. Dette vert gjort ved hjelp av subjektiverande viten og innsetting av viten. Menneskelekamane oppfattar seg sjølv som eineståande individ, med eiga historie og særpreg, ved å internalisera subjektiverande viten som vert produsert om dei (Aakvaag, 2008: 319-321). Ein viten som vert utvunnen på bakgrunn av erkjenningar om menneska sine indre tankar, drifter og behov. I denne samanhengen vert skriftemålet eit sentralt virkemiddel.

I kapittelet *Technologies of the Self* frå bokserien *The essential works of Michel Foucault*, Volum 1 (Foucault, 1994: 223-247), gjer Foucault greie for korleis individet heilt frå antikkens dagar har praktisert sjølvomsorg i form av ulike formar for sjølvransaking og gransking. Det er i denne samanhengen skriftemålet oppstår.

Leiing av den enkelte, krev viten om den enkelte. I *Forelesninger om regjering og styringskunst* (Foucault, 2002b), legg Foucault ut om den pastorale maktforma. Skriftemålet gir meisteren kunnskap om den som erkjenner og kan gi gode råd om rett livsførsel og vegen til evig frelse. Pastoralen si oppgåva er å rettleia og å styra menneska sitt liv i minste detalj. Det handlar om å ta vare på både det enkelte individ og den større samanhengen det er ein del av.

Gjeteren må kjenne til hvilke behov hvert enkelt medlem av flokken hadde, og kunne hjelpe ved behov. Han må vite hva som skjer, hva hver enkelt av dem gjør- deres åpenbare synder. Last

and not least må han vite hva som skjer i hin enkeltes sjel, forstå deres skjulte synder, deres utvikling på frelsens vei (Foucault; 2002b: 90-91)

Frå 1700-talet og fram til i dag har desse skriftemålsteknikkane blitt reinsatt i nye kontekstar. Legar, sjukepleiarar og lærarar er døme på moderne skriftefedre og på forvaltarar av den pastorale makta. Saman med det eksaminerande blikket har vi også fått eit eksaminerande øyre (Frederiksen, 2005: 47). Den pastorale maktforma er dermed spreidd utover i samfunnet, og innlemma i ein hærsikare av institusjonar som ei «*utsivande pastoralmakt*» (Martinsen, 2007: 328). Helsepersonell er blitt omforma til prosessleiarar. Prosessen handler ikkje lenger om å leia individa til frelse i det neste livet, men om å leia det fram mot optimal helse, velferd, tryggleik og eit meningsfullt liv. Noko som utgjer ei produktiv kraft ut frå eit samfunnsøkonomisk perspektiv.

Ved å vera delaktig i den pastorale forvaltninga, kan sjukepleiarane gjennom tillitsfulle samtalar og intervju med pasientane sine, bidra i genereringa av subjektive data. Det vil difor vera politisk interessant å styra sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis, slik at sjukepleiarane til ei kvar tid produserer relevant viten som myndigheitene i neste omgang kan nytta som subjektiverande viten. Dette kan mellom anna gjerast ved å styra innhald og form i det sjukepleiarane dokumenterer av data om pasientane.

Oppsummering av antakingar

Eg har her gjort greie for korleis eg etter inspirasjon frå Foucault sine teoriar om korleis moderne samfunn vert styrt via ulike disiplineringsteknologiar (ytre disiplinering og sjølvdisiplinering), har kome fram til ei antaking om at sjukepleiarane gjennom å dokumentera viktige og relevante data om pasientane, tek del i ein slik maktteknologi. Gjennom sine observasjonar og rapporteringar kan dei forsyne myndigheitene med viktig viten. Dette er viten som både sentrale og lokale myndigheiter kan nytta i overvakinga og disiplineringa av samfunnslekamane, slik at dei vert forma til samfunnsnyttige individ og kan dermed fylla dei rollene og oppgåvene samfunnet pålegg dei. Dette sikrer eit bærekraftig samfunn. I ein slik samanheng er både objektiverande og subjektiverande viten viktig. For å sikra seg at sjukepleiarane verkeleg observerer og dokumenterer data som myndigheitene har nytte av, må sjukepleiarane sitt blikk og dokumentasjonspraksis styrast. Nedanfor vil eg gjera greie for korleis eg vil finna argument for desse antakingane ved hjelp av dispositivanalyse.

2.3 Metodologi, analyseteknikkar og materiale

I dette kapittelet vil eg først gjera greie for den dispositive metodologien med tilhøyrande analyseteknikkar som eg har undersøkt antakingane mine med. Deretter vil eg gjera greie for korleis eg har granska dokumenta som dannar det empiriske grunnlaget for studien.

2.3.1 Dispositivanalyser

Eg har valt å nytta ein dispositivanalyse for å undersøka antakingane mine. Nedanfor vil eg gjera greie for kva ei slik analyse er, og forklara korleis eg konkret har gått fram i analysane mine.

Ein dispositivanalyse er ein måte å beskrive eit fenomen som til dømes sjukepleiedokumentasjon slik det står fram, utan å visa til bestemte årsakssamanhengar. Dispositivet avdekker i staden eit mellomliggande nivå, eller ein strategisk logikk. Det er ei form for underliggande, erkjennande fornuft som ligg bak all handling, og som trenger gjennom alle samfunnsinstitusjonar og sosialt samkvem. Logikken eller fornufta fordrar ein understøttande viten, samtidig som den gjer det mogeleg for bestemte former for viten å oppstå. Logikken oppstår som svar på eit *sosialt fordøyelsesproblem*, der ein bestemt praksis, handlingsmønster eller gjeldande doxa på eit gitt tidspunkt ikkje lenger vert sett på som føremålstenleg. Dispositivet viser seg fram i korleis løysingane kjem i stand og korleis problematiseringa rundt *fordøyelsesproblemet* føregår. Slik disponerer dispositivet for bestemte måtar å oppfatta og finna løysingar på det sosiale problemet som oppstår (Raffnsøe, Gudmand-Høyer, & Thaning, 2008: 217-225). Dispositivet dannar dermed ei overbygning eller «*disposisjonering*» som gjer visse handlingsalternativ meir sannsynleg enn andre. Samtidig let dispositivet seg påverke av dei same mekanismane som det er retningsgivande for. Det handler om ein kontinuerlig feedback prosess, der sosiale hendingar oppstår ut frå det dispositivet som dei samtidig er med på å skapa (Raffnsøe et al., 2008: 222; Villadsen i Gytz Olesen og Blok Johansen, 2011: 291). I min dispositivanalyse har føremålet vore å analysera fram eit dispositiv som er retningsgivande for korleis ein dokumentasjonspraksis vert forma. Eg vil prøva å avdekka eit gjentakande mønster som kan identifiserast både i normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis, og i samfunnskonteksten der desse normene vart forma. Ved å analysera fram eit slikt dispositiv, vil eg også avdekka føresetnader for at normene vart slik dei vart i den historiske konteksten dei vart skriven i, det Foucault kallar *mulighetsbetingelsar* (Foucault, 1994b: 225). I boka *Foucault* vert Foucault sitt dispositiv utlagt som:

et afgjort heterogent hele eller sammenspill. Det inneholder diskurser, institusjoner, arkitekturindretninger, regulative beslutninger, love, administrative forholdsregler, videnskapelige ytringer, filosofiske, moralske, filantropiske forslag og påstande. Det udsagte så vel som det ikke uttalte er, kort sagt, dele af dispositivet. Dispositivet selv er det netverk af forbindelseslinjer som man kan etablere imellom disse elementer (Raffnsøe et al., 2008: 217).

Foucault seier at dispositivet kan kun analyserast fram i ein konkret historisk undersøking som framstiller dispositivet sin oppkomst, utbreiing i det sosiale rom og samspel med andre dispositiv. Hovudintensjonen er å kunna forstå og forklara notida sine fenomen ut frå korti fenomenet oppstod (oppkomst) og under kva omstende, og å gjera greie for føresetnadane (herkomst) for at notida sine fenomen står fram slik som dei gjer (ibid.: 225). Ved å trekka på historisk materiale kan ein skriva notida si historie, og finna forklaringar på kvifor ting vart som dei er; *eit vorden og ikkje eit væren*. Det er dette Foucault kallar eit geneologisk arbeid (Gutting, 2005: 43-53).

2.3.2 Analyseteknikkar

Eit studie av ein sosial praksis må i følgje Foucault (jf. kap. ovanfor) omfatta analyser av oppkomst og herkomst. Gjennom analyser av oppkomst prøver ein å finna fram til korti praksisar oppstod, medan analyser av herkomst inneberer analyser av dei samfunnspolitiske betingelsane som gjorde det mogeleg for praksisar å oppstå. Analyser av herkomst inneber også analyser av viten som kunne vera med på å understøtta praksisane (Foucault, 1994b: 225). For å analysera fram *mulighetsbetingelsar* for korleis normene for sjukepleirane sin dokumentasjonspraksis er blitt forma, har eg først undersøkt korti det oppstod ein bestemt dokumentasjonspraksis, for så å undersøkje kva føresetnader som gjorde det mogleg for denne bestemte praksisen å oppstå og ha den forma den hadde. Slik har eg prøvd å rekonstruera både oppkomst (korti oppstod det?) og herkomst (kva gjorde det mogeleg?), og dermed prøvd å analysera fram eit dispositiv. Det har ikkje vore mitt ønskje å gi eit komplett bilete av sjukepleiedokumentasjonen si historie eller den konteksten normene vart skriven i. Eg har villa analysera fram nokre gjennomgåande og gjentakande mønstre som verkar som disponerande faktorar på korleis normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis er blitt forma. Eg har difor vore selektiv i utval av kjelder, då eg har søkt kjelder som kan hjelpa meg å identifisera slike gjentakande mønstre. Det eg presenterer er såleis eksempel på kva som kjem fram når kjeldene vert analysert gjennom bestemte briller eller perspektiv. Kjeldene eg har brukt vert beskriven nedanfor.

Analyser av oppkomsten til normene for sjukepleiedokumentasjon

Foucault baserte sine studiar på analyser av ei rekke historiske og notidige kjelder. Når han analyserte praksisar, var ikkje dette på bakgrunn av observasjon, men på bakgrunn av tekstar

som både omtalte korleis praksis burde vera (preskriptivt materiale), og korleis bestemte praksisar vart praktisert ut frå slik det vart framstilt i beskrivande tekstar om praksis (Foucault, 1994b: 223-238). Denne studien avgrensar seg til å omfatta preskriptivt materiale om korleis ein dokumentasjonspraksis bør vera. Ut frå det preskriptive materiale (lærebøker i sjukepleie), har eg studert normene for sjukepleiesjukepleiedokumentasjon, og prøvd å finna fram til korti bestemte dokumentasjonspraksis oppstod innfor sjukepleievirket (oppkomstanalyse). Eg har også sett etter brot eller transformasjonar i normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis. Analyser av oppkomst er eit arkeologisk arbeid der ein grev seg nedover i kjelder frå ulike tidsepokar og identifiserer endringar, transformasjonar eller brot. Målet med Foucault sine arkeologiske arbeid var ikkje objektet eller fenomenet i seg sjølv, men heile konteksten rundt arnestaden der objektet vart gravd fram (Gutting, 2005: 32-42).

Analysar av herkomsten til normene for sjukepleiedokumentasjon

For å avdekka herkomsten, det vil seia mulighetsbetingelsane for normene, har eg spesielt retta blikket mot den storpolitiske og helsepolitiske konteksten der normene oppstod. Kva bestod dei befolkningsmessige utfordringane i, og kva var «fordøyelsesbesværa» som gjorde det mogeleg for ein bestemt styringsideologi å oppstå? Eg har også retta blikket mot den fagpolitiske konteksten. Kven var aktørane, korleis posisjonerte dei seg og kven var produsentar av dominerande viten? Det har til dømes vore viktig å få fram kva viten som var rådande og som kunne bli brukt til å understøtta normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis. I denne samanhengen har eg sett det som viktig å analysera fram samanhengar mellom det som var definert som viktige data for sjukepleiarane å dokumentera, og dei storpolitiske, helsepolitiske og sjukepleiefaglege strøimmingane i dei ulike tidsepokane. Nedanfor er det ein oversikt over undring, antakingar og forskingsspørsmål.

Undring	<i>Korleis har det blitt mogeleg med så tilsynelatande sterke politiske føringar for korleis sjukepleiarane skal dokumentera sjukepleiepraksis.</i>
Antaking	<i>Sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis er politisk interessant, fordi sjukepleiarane bør dokumentere data som styremaktene kan bruka i si overvaking og styring av befolkninga.</i>
Spørsmål i høve til oppkomst	<i>Når oppstod sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis og korleis bør sjukepleie dokumenterast?</i>
Spørsmål i høve til herkomst	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Korleis var sentrale <u>storpolitiske</u> strøimmingar i Noreg på den tida dokumentasjonsnormene oppstod og endra seg?</i> • <i>Korleis var sentrale <u>helsepolitiske</u> strøimmingar i Noreg på den tida dokumentasjonsnormene oppstod og endra seg?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Korleis var sentrale <u>sjukepleiefaglege</u> strøimmingar i Noreg på den tida dokumentasjonsnormene oppstod og endra seg?</i> <p>Understøttande viten</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Var det bestemt viten/teoriar/ideologiar som kunne støtta opp under dokumentasjonsnormene?</i>
--	--

Nedanfor vil eg gjera greie for korleis eg har gått fram og kva tekstar eg har nytta i analysenen mine.

2.3.3 Dokumentanalyser

Denne studien er basert på ei analyse av ei rekkje dokument. Foucault var ikkje spesielt selektiv i høve til kva kjelder han brukte. For han var alt kjelder og kjeldene hadde lik status uavhengig av kva kjelda var. Eg har derimot sett det som nyttig å sjå korleis historikarar arbeider med kjelder. Dette har eg gjort ved hjelp av Knut Kjeldstadli sine utleggingar om å analysera skriftlege kjelder. Nedanfor vil eg først gjera greia for kva dokumentanalyse (tekstanalyse) er. Deretter vil eg beskriva dei tekstane eg har brukt i analysene mine.

I boka *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolking av kvalitative data*, argumenterer den norske historikaren Knut Kjeldstadli for at analyse av skriftlege kjelder kan vera nyttig å bruka av andre faggrupper enn berre historikarar (Kjeldstadli i Fossaskaret, Fuglestad, & Aase, 1997: 207-233). Det er restar frå fortida som blir til kjelder i det dei gir svar på spørsmål vi har omkring tidlegare tider. Kjeldegransking handlar om korleis vi undersøker kjelda for å sjå kva informasjon vi kan få ut av ho. I ei kvar kjeldegransking er det viktig å stilla nokre kritiske spørsmål til det materialet ein har føre seg. Kjelda si truverd og om den er representativ må leggest vekt på. Kva slag dokument er dette, og skal det tena eit offentleg eller privat føremål? Dersom det har fleire opphavspersonar, kan vi truleg feste større lit til det. Det vert også viktig å vurdera om kjelda er førstehands eller andrehands (ibid.: 211). Kjeldekritikk kviler på *sannsynlighetsresonnementer* (ibid.: 214). Ein ønskjer gjerne å ha fleire kjelder til eit datum. Ei utsegn står sterkare dersom det vert bekrefte frå fleire uavhengige hald. Eit anna viktig spørsmål er: Korleis kan eg bruka opplysningane i kjelda for å svara på problemstillinga mi? Ei kjelde kan brukast som ei forteljing eller som ei normativ beskriving. For å kunna nytta kjelda som ei forteljing, må den i følge Kjeldstadli fylla visse krav. Den må vera forteljande, beskrivande og ikkje normativ, og ho må referera til noko som har skjedd i fortid. Ei normativ kjelde representerer derimot kva teoretikarar eller myndigheitspersonar tenker omkring eit fenomen. Ho seier noko om korleis ting bør vera. Overført til denne studien, seier lærebøker i sjukepleie noko om korleis ein tenkte seg at

sjukepleiedokumentasjon burde gjerast. I kjeldekritikk av historiske kjelder som til dømes sjukepleia eller helsevesenet si historie, må ein ta stilling til opphavspersonen og hans/hennar evne og vilje til å formidla eit riktig bilete av det som vert beskrive. Kva tilgang hadde forfattern til det feltet som vert skildra? Er det ei augnevitnebeskriving eller andrehands opplysningar? Er han/ho ein kompetent observatør, og kan vi eventuelt spora ein tendens i forteljinga? Her kan bruk av fleire bekreftande kjelder som beskriv same historiske kontekst vera til stor nytte.

Kjelder som danna grunnlag for analyser av oppkomst

Før ein kan undersøkje *mulighetsbetingelsane* for sjukepleiedokumentasjon, må ein finna ut korleis sjukepleiefaget faktisk har tenkt at slik dokumentasjon bør gjerast. I denne studien er lærebøker i sjukepleie blitt brukt som primærkjelder om dokumentasjonsnormer. Lærebøkene i sjukepleie representerer den sjukepleiefaglege tenkinga på det tidspunktet dei vart utgiven. Det er difor grunn til å tru at dei representerer dei «offisielle» normene som eksisterte i høve til sjukepleiedokumentasjon på utgivingstidspunktet (også sygeberetning, rapport).

Lærebøkene representerer perioden frå den første læreboka kom ut i 1877 og fram til dei lærebøkene som vert nytta i dagens opplæring av sjukepleiarstudentar. Som lærebøker vert desse sett på som offentlege dokument. Dei er skriven av profesjonelle legar eller sjukepleiarar, og har blitt brukt av mange og revidert i pakt med nye normer. Dei fleste lærebøkene som vert analysert i denne studien har vore einerådande i sitt slag i sine respektive epokar. Bøkene er slik representative og til å stola på i høve til dei normene som kjem til uttrykk om sjukepleiedokumentasjon. Eg har også lest offentlege, normative skriv om korleis sjukepleiarane bør dokumentera, og brukt dette som understøttande dokumentasjon på det som kjem fram i lærebøkene.

I perioden 1877 til 1932 kjem det ut fire lærebøker i generell sjukepleie (Nissen & Martinsen, 2000/1877; Kaurin, 1879; Waage, 1901; Grøn & Widerøe, 1921). To av desse vert revidert og kjem ut i fleire utgåver (Waage 1901, 1905/1901, 1911/1901, 1914/1901, Grøn & Widerøe 1921, 1926/1921, 1932/1921). I analysene mine har eg nytta tredje utgåve av Waage si lærebok (1911) og første utgåve av Grøn og Widerøe si lærebok (1921) som primærkjelde. Det var desse utgåvene eg hadde tilgjengelege kopiar av. Ut frå analysane mine konkluderer eg med at dei andre utgåvene ikkje representerer vesentlige endringar i beskrivinga av normene for sjukepleiedokumentasjon som ville hatt avgjerande betydning for utkoma av studien.

I perioden 1877 til 1967, er det kun Nissen si lærebok som er skriven av ein sjukepleiar (diakonissa Rikke Nissen). Dei andre lærebøkene er skriven av legar, med innslag frå sjukepleiarar i kapitla som omhandlar alminneleg sjukepleie (Grøn & Widerøe, 1921; Jervell 1941; Kaurin, 1879; Waage, 1911). Kapitla i Nissen si lærebok som omhandlar *Iagttagelse av den syke og rapportgiing* er skriven av dr. Carl Myller. Bøkene vert omtala som Nissen og Martinsen, Kaurin, Grøn og Widerøe, Waage, saman med årstal for utgiving. I perioden 1941 og fram til 1974, kjem det ut to lærebokseriar i sjukepleie. Den første som også er skriven av ein lege, vert utgiven i 1941 og består av tre bind som vert revidert i 1951 (Jervell 1941, 1951/1941). I 1960 vert serien utvida til 10 bind (Jervell 1960/1941). Frå denne serien har eg nytta den første utgåva som primærkjelde (Jervell, 1941). I studien vert bøkene omtala som Jervell saman med årstal for utgiving. I 1967 vert ein lærebokserie på 12 bind utgitt (Lerheim & NSF, 1967), der Norsk Sykepleierforbund er redaktør. Bind 1 (2.opplag, 1969) som eg har analysert, er skriven av sjukepleiar Anne Elisabeth Hauen. Denne vert omtala som Hauen i Lerheim og NSF, saman med årstal for utgiving. I perioden 1974 og fram til dagens lærebokserie, har eg nytta 3 lærebokseriar i sjukepleie som primærkjelde (Mitchell, 1974; Kristoffersen, 1995; Mekki & Pedersen, 2007). Både Mitchell og Kristoffersen sine lærebøker kjem ut i berre ei utgåve, medan Mekki (som hovudredaktør) sine bøker kjem ut i 4 utgåver (Mekki m.fl. 2004, 2005/2004, 2007/2004, 2011/2004). Nina Jahren Kristoffersen kjem ut med ein ny lærebokserie i 2005 og i 2011, saman med Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. Då denne læreboka i stor grad representerer dei same normene i høve til sjukepleiedokumentasjon som dei andre bøkene utgitt på same tid, har eg vald å berre bruke den som supplerande kjelde. Læreboka til den amerikanske sjukepleiaren Pamela Mitchell kom ut i 1973 og vart omsett til norsk i 1974. Den vart brukt ved fleire utdanningsstader, mellom anna i Bergen der eg sjølv er utdanna (1982-84) og på Elverum der hovudrettleiar Jeanne Boge vart utdanna (1978-80). Kapittel 6 og 7 i denne boka som eg har analysert, har Mitchell som forfattar. Boka vert omtala som Mitchell saman med årstal for utgiving. Den neste boka som kom ut i 1995 har sjukepleiar Nina Jahren Kristoffersen som redaktør, og kapittel 9 som omtalar sjukepleiedokumentasjon, har sjukepleiar Irene Dahl Andersen som forfattar. Denne vert omtala som Andersen i Kristoffersen (ved referi til forfattar) og Kristoffersen (ved referi til lærebok), saman med årstal for utgiving. Den siste lærebokserien eg har analysert er *Sykepleieboken* bind 1 (Mekki & Pedersen, 2007), kapittel 13, utgåve 3 (2.opplag, 2008). Denne serien kom ut i 2004 og vert framleis nytta ved fleire høgskular som til dømes Høgskulen Stord Haugesund og Høgskulen i Bergen. Kapittel 13 *Pasientjournalen og sykepleieresjournalføring* er skriven av sjukepleiar Ragnhild Hellesøe, og vert omtala som

Hellesøe i Mekki og Pedersen (ved referi til forfattar)/Mekki og Pedersen (ved referi til lærebok), saman med årstal for utgiving. Å dokumentera sjukepleie har etter kvart blitt ein del av læreplanen i sjukepleie (Kunnskapsdepartementet, 2005), og det har kome ut eigne lærebøker i sjukepleiedokumentasjon. Eg har vald å bruka to av desse som supplerande kjelder (Heggdal, 2006; Moen et al., 2008). I tillegg til lærebøkene har eg analysert lovverk, rettleiarar, handlingsplanar og stortingsmeldingar. Dette er normative skriv som har blitt brukt til å stadfesta/avkrefta normene som vert presentert i lærebøkene.

Kjelder som danna grunnlag for analyser av herkomst

Kjelder om generell historie, sjukepleia si historie og helsevesenet si historie er blitt brukt til å analysera fram *mulighetsbetingelsane* for korleis normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis er blitt forma. *Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år* (Lund, 2012; Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012), Kari Martinsen sine historisk- filosofiske essays, (2008), helsevesenets historie (Schiøtz & Skaset, 2003) og generell historie (Furre, 2000; Nerbøvik, 1999) er kjelder som fortel om den historiske konteksten sjukepleie oppstår i og seinare utviklar seg i. Gjennom å analysera denne litteraturen har eg fått eit overblikk over kronologien og har kunna velja ut og sett nærare på dei epokane der eg har oppdaga endringar, brot eller transformasjonar i måten sjukepleiarane dokumenterer på (Kropp, 2009: 183). Kjeldene beskriv utfordringar ein har hatt i høve til folkehelsa, korleis ein har prøvd å løysa desse, ideologiske vegval, fagpolitiske og helsepolitiske prioriteringar og kampsaker, og eventuelle kunnskapssyn desse er grunna på. Eg har også vald å bruka Foucault sine tekstar som ein del av den ramma eg prøver å forstå funna mine ut frå. Foucault sine analyser vert såleis brukt til å underbygga antakingane mine. Ved å lesa desse tekstane har eg prøvd å analysera fram herkomst til sjukepleiedokumentasjon, eller *sygeberetningen* som det vart kalla i starten.

Som samfunnspolitisk og fagpolitisk bakgrunn har eg konsentrert meg om helsevesenet sin framvekst i perioden 1850 – 2012. Denne perioden samsvarer med perioden frå den første læreboka i sjukepleie som kom ut i 1877 og heilt fram til lærebøkene som vert brukt i dagens bachelorutdanning av sjukepleiarar. Skal ein analysera fram tilhøve som har gjort normene mogeleg, må ein gå eit stykke attende i tid. Difor startar dei historiske analysene mine av herkomst allereie i 1850. Her har eg nytta bokverket *Det offentlege helsevesen i Norge 1603 – 2003*, bind 2 av Aina Schiøtz og Maren Skaset (2003), som tek for seg perioden 1850 – 2003, bokverket *Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år* (Lund, 2012; Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012) og Kari Martinsen sine historisk- filosofiske essays (2008). Alle

desse forfattarane overlappar kvarandre i stor grad i høve til dei hendingane som har funne stad i denne tidsepoken. Noko som har vore fruktbart i høve til kjeldekritisk gransking, som til dømes å kunna avdekka eventuelle tendensar i forteljingane.

I følgje Aina Schiøtz er det viktig å prøva å gripa *tidsånden* i denne type historiske studiar. Det er difor viktig å supplera med anna historisk litteratur (Schiøtz, seminar i praxeologi ved Universitetet i Bergen: 05.02.2013) Her har eg nytta *Norsk historie 1860-1914. Et bondesamfunn i oppbrot* (Nerbøvik, 1999) og *Norsk historie 1914-2000. Industrisamfinnet – frå vokstervisje til framtidstvil* (Furre, 2000). Eg har også hatt nytte av å lesa skjønnlitteratur frå dei aktuelle epokane. Her har romanserien *Det store århundret* av Jan Guillio vore spanande lesing (2011). Sjølv om ikkje den siste kan sjåast på som vitskapeleg arbeid, har det likevel med sine skildringar av samfunnskonteksten rundt byrjinga av 1900-talet, bidrege til å føra meg inn i det Schiøtz refererer til som *tidsånden*.

Felles for dei historiske kjeldene er at det er vitskapeleg arbeid. Forfattarane er alle faghistorikarar. Aina Schiøtz er historikar og dr.philos i medisinsk historie. Ho har tidlegare gitt ut *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900-1984* og har vore medforfattar i fleire bøker som mellom anna *Kvinnemedisin* (1993). Bokverket *Det offentlege helsevesen i Norge 1603 – 2003* var eit bestillingsverk frå Helsedepartementet i høve 400 års markeringa av den første offentleg tilsette legen i Norge (Villads Nielsen i Bergen i 1603), og er det første i sitt slag i norsk og nordisk samanheng (Schiøtz & Skaset, 2003: 9-11). Det siste kapittelet i boka er skriven av medisinar og statsvitar Maren Skaset, og omhandlar perioden frå 1985 til 2003. Også Jostein Nerbøvik og Berge Furre er professorar i historie. Berge Furre er den første forfattaren som fører norsk historie heilt fram til 1000 års skiftet.

Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år bind 1 er skriven av historikarar Ole Georg Moseng som er professor i eldre historie og har helsehistorie som sitt spesialområde. Bind 2 er skriven av Ellen Cathrine Lund, som har ein ph.d i historie og har vore spesielt engasjert i høve til samtidshistorie og kvinnehistorie. Kari Martinsen si dr. philos avhandling hadde oppkomsten av diakonissesjukepleie som tema (1984). Ho har også utforska oppkomsten av moderne medisin og sjukepleie. Alle desse forfattarane har prioritert analyser av primærkjelder framfor det som allereie er gjort av historisk arbeid. Forfattarane av *Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år* seier at tidligare arbeid har vore viktige referansar, men at historiefaget er en kontinuerlig prosess som heile tida må skrivast om igjen (Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 9). Dette bokverket er eit bestillingsverk frå NSF i samband med

100-års jubileet for stiftinga av Norsk Sykepleierforbund. På bakgrunn av dette vurderer eg kjeldene som pålitelege og representative i høve til dei data eg treng om den fagpolitiske konteksten.

Kjelder som danna grunnlag for understøttande viten

I denne studien har det også vore viktig å analysera fram eventuell viten som kan ha blitt brukt til å støtta opp under dokumentasjonsnormene. I tillegg til dei allereie nemnde lærebøkene i sjukepleie og tekstane som har danna grunnlag for herkomst, har læreboka til Mette Karoliussen og Kari Lislrud Smebye (1981): *Sykepleie –fag og prosess*, saman med heftet *Sykepleiens grunnprinsipp* utarbeidd av Virginia Henderson og utgitt av Norsk sykepleierforbund (1961/1960), blitt brukt til å analysera fram viten som kan ha understøtta normene. Avhandlinga til Jeanne Bøge (2008) og Kari Marinsen (1984), samt ein artikkel av Tone Sydnes som tek for seg Florence Nightingale sin sjukepleiefilosofi (2001), er også blitt brukt til dette føremålet. Karoliussen og Smebye si lærebok, Nightingale sine teoriar om sjukepleie, samt Henderson sin teori om sjukepleia sine grunnprinsipp var pensum den tida eg utdanna meg på 1980-talet. Tema dei beskriv er framleis ein del av pensum i dagens bachelorutdanning i sjukepleie. Kari Martinsen er truleg den mest kjende norske sjukepleiaren og filosofen som har retta merksemda si mot teoriar omkring sjukepleie. Mykje av hennar arbeid er historisk arbeid (jf. kap. ovanfor). Jeanne Bøge legg også ut om understøttande viten for sjukepleiepraksis i si avhandling.

Nedanfor er det ein oversikt over kva kjelder som har danna grunnlag for analyser av oppkomst og herkomst, samt understøttande viten til normene for sjukepleiedokumentasjon.

Kjelder som danna grunnlag for oppkomstanalyser:

Lærebok i Sygepleie for Diakonisser (Nissen & Martinsen, 2000/1877)
Sygepleiersken. Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd (Kaurin, 1879)
Lærebok i Sykepleie (Waage, 1911)
Haandbok i Sykepleien (Grøn & Widerøe, 1921)
Lærebok for Sykepleiersker (Jervell 1941)
Lærebok for sykepleieskoler (Lerheim & NSF, 1967)
Grunnleggende sykepleie 1 (Mitchell, 1974)
Generell sykepleie 2 (Kristoffersen, 1995)
Sykepleieboken bind 1 (Mekki & Pedersen, 2007)

Kjelder som danna grunnlag for herkomstanalyser

Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (Lund, 2012; Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012)
Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays (Martinsen, 2008)
Det offentlege helsevesen i Norge 1603-2003 bind 2 (Schiøtz & Skaset, 2003)
Norsk historie 1860-1914. et bondesamfunn i oppbrot (Nerbøvik, 1999)
Norsk historie 1914-2000. Industrisamfunnet – frå vokstervisse til framtidstvil (Furre, 2000)

Kjelder som danna grunnlag for analyse av understøttande viten**I tillegg til dei ovanfor nemnde kjeldene:**

Kroppsvask i sjukepleie (Boge, 2008)

Sykepleiens grunnprinsipper (Henderson & Norsk sykepleierforbund (1961/1960)

Sykepleie – fag og prosess (Karoliussen & Smebye, 1981)

Freidige og uforsagte diakonisser: et omsorgsyrke vokser fram, 1860-1905 (Martinsen, 1984)

Centrale ideer i Florence Nightingales sygeplejefilosofi (Sydnes i Birkelund, 2001)

Nokon sentrale bekreftande/avkreftande kjelder til oppkomst- og herkomstanalysene

Sykepleiedokumentasjon (Heggdal, 2006)

Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering (Moen et al., 2008)

Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie (KITH, 2003)

Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen. En veileder fra Norsk sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon (NSFID, 2007)

Helselover:

Lov om pasientrettigheter av 02.07.1999 nr. 63 (HOD, 1999)

Forskrift om pasientjournal (HOD, 2000)

Lov om helsepersonell av 02.07.1999 nr. 64 (HOD, 2001)

3 Perioden 1877 – 1974: Dokumentera objektive styringsdata

Analysene mine av lærebøker i sjukepleie viser at heilt frå den første kom ut i 1877, har det blitt forventa at sjukepleiarane sine observasjonar av sjuke samfunnslekamar skulle kunna danna grunnlag for dokumentasjon av helsetilstanden i den norske befolkninga. I dette kapitlet skal vi sjå nærare på dokumentasjonsnormene i norsk sjukepleie slik dei vert omtala i lærebøkene frå perioden 1877 og fram til 1974 (Nissen & Martinsen, 2000/1877; Kaurin, 1879; Waage, 1911; Grøn & Widerøe, 1921; Jervell, 1941; Lerheim & NSF, 1967). Perioden vert delt i to (1877-1941 og 1941-1974), då analysene viser at normene for kva sjukepleiarane skal dokumentera endrar seg litt i dei to siste lærebøkene som kjem ut i perioden 1941 - 1967. Kring midten av 1970-talet ser det ut til å skje ein transformasjon i høve til kva data som vert viktig for sjukepleiarane å dokumentera. Dette skal eg kome attende til i kapittel 4.

Analysane tek utgangspunkt i antakinga eg presenterte innleiingsvis (jf. kap. 2.2):

Sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis er politisk interessant, fordi sjukepleiarane bør dokumentera data som styremaktene kan bruka i si overvaking og styring av befolkninga.

For å undersøkjia antakinga har eg analysert og drøfta dokumentasjonsnormene slik dei vert omtala i lærebøkene i lys av herkomst. Herkomst vil seia dei samfunnsmessige mulighetsbetingelsane og understøttande viten (jf. kap 2.3.2). Analysene og drøftingane er gjort i forlenging av Foucault sine dispositiv analysar (jf. kap. 2.3.1).

I dette kapitlet argumenterer eg for at føremålet med sjukepleiarane sine rapporteringar i perioden frå 1877 og heilt fram til 1974, først og fremst var å forsyna legane med biologiske og fysiologiske data om pasientane og sjukdomsforlaupa deira. Slike data kunne legane nytta til forskning og konstruksjon av objektiverande viten, og som underlag for sine rapporteringar til sentrale styresmakter. Legane forsynte myndigheitene med viktige data om den problematiske delen av befolkninga (dei sjuke og fattige), samtidig som dei i praksis representerte myndigheitene i helsefaglege spørsmål. I dette viktige arbeidet vart dei assistert av faglærte sjukepleiarar. Det oppstod såleis ei forventning om at sjukepleiarane skulle rapportera objektive data som i neste instans kunne nyttast som styringsdata.

3.1 1877 – 1941: Sjukepleiarane skulle observera og rapportera biologiske data om den sjuke

Den første norske læreboka i sjukepleie vart skriven av diakonissa Rikke Nissen (1834-1892). Nissen var også ein sentral initiativtakar til oppretting av ein diakonisseanstalt i Noreg i 1886. Ho var også «læresøster» ved anstalten i mange år. *Lærebog i Sygepleie* kom ut i 1877 under pseudonymet R.N. Nissen var utdanna i Tyskland og dei fleste kjeldene til boka er henta derifrå. Nissen henta også inspirasjon frå Florence Nightingale og hennar lærebok *Notes on nursing* (Nissen & Martinsen, 2000/1877).

I læreboka til Nissen kjem arbeidsdelinga og posisjoneringa mellom lege og sjukepleiar tydeleg til uttrykk i måten sjukepleiaren dokumenterer sitt virke på. Sjukepleiaren skulle vera legen sine auger, ører og nase i hans fråvær, og rapportera til han det ho observerte i klinikken. Desse overføringane var i hovudsak munnlege, med det vart også sett krav om skriftlege ferdigheiter i dei høva det var naudsynt. *Sygeberetningane* vart på den måten ein del av legen sin journal og understøtta først og fremst legen sitt virke, men kan også seiast å vera forløparen til vår tids dokumentasjon. Rikke Nissen vier eit heilt kapittel i læreboka si til *Sygeberetningen*. Kapitlet og sjølv omgrepet *sygeberetning* ligg tettast opp til det vi som sjukepleiarar er vand med å kalla rapport, og i nyare tid dokumentasjon. Her tek Nissen utgangspunkt i observasjonar av den sjuke og betydninga av å skilja det vesentlege frå det uvesentlege. Sjukepleiaren som heile tida er rundt dei sjuke, har som si viktigaste oppgåve å observera og gi legen ei fullstendig skildring av dei enkelte symptom ved sjukdomane som pasientane er ramma av. I Rikke Nissen si skildring er dette ein rapport frå sjukepleiar til lege, der sjukepleiaren sin lojalitet ovanfor legen og hans verksemd vert framheva. I kapitlet *Sygepleie* beskriv ho dette lojalitetstilhøvet slik:

Som Sygepleierske fordres her desuden af en Diakonisse punktlig og ubetinget lydighed mod Lægen i alt, hvad der vedkommer den Syges Pleie. Hun maa ikke tillade sig nogensomhelst egenraadig Forandring deri, selv ikke i Tilfælde, hvor hun mener at kjende den Syges tilstand bedre, og derfor anser det af Lægen Anordnede for utilraadeligt. Hun kan i saa Tilfælde gjøre Lægen opmærksom paa, hvad hun synes at have iagttaget; men sååfremt lægen gjentager sin anordning, maa hun punktlig opfylde den. Skulde maaske undertiden et uheldig Udfald tyde paa, at hun havde Ret, kan hun trøste sig med, at hun i det Stykke har gjort sin Pligt, og at lægen bærer Ansvaret (ibid.: 23).

For å kunna gi ein fullstendig *Sygeberetning*, må diakonissa som sjukepleiar øvast opp i evna til å observera eller *iagtta*. Hovuddelen av kapittelet om *Sygeberetningen* er via dette tema. *Iagttagelsen* må vera objektiv. Sjukepleiaren si beretning må vera basert på det ho har sett og observert, og ikkje det ho meiner og antar. Denne evna til å *iagtta* kan øvast opp og er ein vesentlig føresetnad for praktisering av sjukepleie. Ho refererer til Miss Nightingale (jf. kap. 3.5.2) som seier:

Den i Praktisk Henseende viktigste Undervisning, som man kan give en Sygepleiersek er at lære hende, hvorpaa hun har at rette sin Iagttagelsesevne, hvorledes hun bør gjøre det, hvilke Symptomer vise en Bedring, hvilke det modsatte, hvilke symptomer ere af Vigtighed, hvilke ikke, hvilke tyde på Forsømmelse og på hvilken Forsømmelse. Alt dette burde utgjøre en Del, og det en væsentlig del af enhver Sygepleierskes Opplærelse (ibid.: 189).

På bakgrunn av ein påliteleg *iagttagelse* må *sygeberetningen* vere sann, korrekt og kortfatta. Sjukepleiarane vert med dette opplærd til å sjå på den sjuke med eit bestemt blikk, som i neste omgang vert formidla vidare i ei bestemt språkdrakt. Det er dette Foucault skriv om i boka *Klinikkens fødsel* (Foucault, 2000). Oppkomsten av den moderne medisinen fordra eit klassifiserande blikk som kunne gi eit objektivt og komplett bilete av tilfellet, og som også kunne formulerast gjennom ein bestemt form for vitskapleg diskurs. *Sygeberetningen* skal presenterast som ei kjensgjerning og ikkje som sjukepleiaren si formeining av situasjonen. Den skal leggest fram for legen på hans premissar, slik at han kan utretta gjerninga si best mogeleg. Ein skal ikkje villeia legen med å la si «*Inbildningskraft få mere eller mindre frit Løb*» (Nissen & Martinsen 2000/1977: 188) og «*Hvad han ønsker at vide, er ikke din formening, hvor beskjedent den enn fremsættes, men de Kjendsgjæringer, du kan berette.*» (ibid.: 193). Nissen seier vidare at diakonisse-elevane bør anvende all flid på å tileigna seg ferdigheter i både skriftleg og munnleg *sygeberetning*. Det kan difor vera ei føremon å øva seg på og skriva *Sygejournaler*. Sjølv om det å skriva ein fullstendig sjukejournal vil vera å gå ut over sitt eige kompetanseområde, vil det kunna gi diakonissa ei auka forståing og betre evne til å skilja det vesentlege frå det uvesentlege. På denne måten ville diakonissa få betre kjennskap til legen sitt kunnskapsfelt, og kunna gi han dei tilbakemeldingane som støtta opp

under hans gjerning. Samtidig var det viktig å vera bevisst sine faglege grenser og ikkje opptre som ein «kvasilege».

På bakgrunn av ei rivande medisinsk utvikling spesielt innan mikrobiologi, og også nyvinningar innan kirurgi, vart etter kvart læreboka til Nissen utdatert (Schiøtz & Skaset, 2003). Dei neste lærebøkene vart skriven av legar. Den første; *Lærebok i sykepleie*, kom ut i 1901 og var skriven av legen Hans Riddervold Waage. Riktig nok gir distriktslegen Edvard Kaurin ut læreboka *Sygepleiersken* berre to år etter utgivinga av Nissen si lærebok. Dette var ei lita bok på berre 60 sider, og var mynta på pleiarar i distrikta som han meinte ikkje hadde det same utdanningsbehovet som dei som arbeidde ved sjukehusa i byane (Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 104-109).

Kaurin hevda at det var kvinna som var best eigna til å utføra sjukepleie. Det var kvinna som var rundt pasienten på sjukeleiet, og det var ho som må assistera legen i hans gjerning og gi tilbakemelding når tilstanden endrar seg: «*Enhver viktig Forandring med den Syge bør snarest mulig, naar dertil er Anledning, meddeles Lægen av Sygepleiersken*» (Kaurin, 1879: 15) I eit eige kapittel om *Sygebud* legg Kaurin fram ei oppskrift på kva kva *sygebudet* bør formidla legen. Det omhandlar 12 punkt om personalia ved den sjuke: namn, alder stilling, sjukehistorie og forlaup, samt det vi i dag kallar fysikalske data. Dette er data om sjukdomsteikn (matlyst, brekningar, karakteristika ved urin og avføring, tunga sin utsjånad, puls, medvitsnivå, utslett osv.) og smerter, og eventuelt deira plassering. Dersom pasienten er kvinne, er det viktig å få fram opplysningar om «*Renselse*» (menstruasjon), tid for siste barselseng og om ho ammer. Dersom årsaken til sjukdomen er kjend, er dette viktige data saman med data om andre som er ramma. Det er også viktig å rapportera om den sjuke har brukt legemiddel og eventuelt kva legemiddel. Dersom den sjuke er blitt utsatt for *udvortes Beskadigelse* må dette gjerast nøye greie for.

Dette skal vera ei rettleiing for sjukepleiaren og «*Sygepleiersken eller en annen skrivekyndig person bør helst skriftlig meddele de fornødne Oplysninger*» (ibid.: 60). I tillegg til å formulera krav om kva observasjonar som bør inngå i rapporten, vert også krav til skriftlege ferdigheter formulert. Sjukepleiaren skal dermed kunna rapportera til legen dei data han treng i både munnleg og skriftleg form. Dette fordra skrivekyndige pleiersker, ein kompetanse som ikkje var sjølvstøtt i alle sosiale lag på den tida.

Lærebøkene som kjem ut etter 1901 og heilt fram til 1940-talet, ber preg av legane sitt behov for lojale hjelpearar (Waage, 1911; Grøn & Widerøe, 1921). Legane definerte langt på veg

opptakskriteria til sjukepleiarutdanninga, dei rekrutterte elevar, underviste og skreiv lærebøkene som vart brukt i undervisninga (Schiøtz & Skaset 2003: 158-171). Det er framleis objektive data om hygiene- og helsetilstanden i befolkninga, samt korleis sjukdomane manifesterer seg i dei enkelte sjukdomsramma kroppane legane trong hjelp til å innhenta.

Læreboka til legen Hans Riddervold Waage (1911) innleier med *Sygepleierskens pligter*. Sjukepleiaren, seier han, har i hovudsak to plikter; Den eine er å pleia den sjuke, den andre er å gi legen beskjed om den sjuke sin tilstand. Denne læreboka kjem ut i 3 utgåver, den siste i 1911 og er den eg har brukt i mine analyser. I den andre utgåva vert avsnittet om sjukepleierska si plikt å gi legen beskjed om den sjuke ein del utvida. Elles skriv Waage i forordet til den første utgåva at han ikkje har lagt vekt på uttømande og detaljerte beskrivingar av det som angår den praktiske sjukepleia. Dette vil ho få praktisk opplæring i under det daglege arbeide. Da «*hver doktor vil ha det paa sin maate*» (i forordet), meinte han det hadde liten hensikt med vidløftige oppskrifter og beskrivingar. Han seier vidare at sjukepleiaren er til «*overordentlig*» stor nytte for legen ved at ho gir sannferdige opplysningar på bakgrunn av god observasjonsevne. På grunn av arbeidsmengde og reisetid vert kvart enkelt sjukebesøk kort og skjeldan utført. Informasjonen frå pasienten sjølv og pårørande kan dessutan vera mangelfull og misvisande.

Derimot har sykepleiersken, som alltid er i den sykes nærhet, anledning til å lære ham nøye at kjende, og kan stadig kontrollere ham og legge merke til de forandringer som indtreder i hans tilstand (ibid.: 7).

Vidare gir Waage nøye direktiv på kva som kan vera av interesse for legen å få beskjed om. Dette er i hovudsak biologiske data basert på pasienten sine klager, status i høve til søvn, ernæring, eliminasjon, temperatur, lunge-hjertefysikalia osb. Det er sjukepleiarane sine data som er til å lita på og ikkje pasienten eller pårørande sine egne utsegn. Det er viktig at sjukepleiaren har tilstrekkeleg med innsikt, slik at ho forstår kva som er av interesse for legen å få rapport om i dei enkelte tilfella. Ho skal skriva rapport til legen i punkt, men ikkje på nokon måte føra sjukejournal (ibid.: 7-15).

Neste lærebok i sjukepleie; *Haandbok i sykepleien*, som også utgitt av legar, kjem ut i 1921. Utgivarane er dr. med Kr. Grøn og Sofus Widerøe. Dei fleste bidragsytarane til boka er legar, men også forstanderinna ved Ullevål sjukehus og oversjukepleiar ved Kristiania kommunale sjukehus bidreg med kapittel om sjukepleierska sine eigenskapar og plikter, samt alminneleg sjukepleie. Sjukepleiaren si rolle som medhjelpar til legen si verksemd vert også presisert i denne boka. Ho skal ha dei naudsynte eigenskapane «*Saa hun kan bistaa lægen saavel i hans*

forebyggende som i hans helbredende gjerning» (Grøn & Widerøe, 1921: 2). Observasjon av den sjuke vert i stor grad utført av sjukepleiaren; «*og ved siden av den egentlige sykepleie er dette hendes viktigste og vanskeligste opgave»* (ibid.: 78). Riktige opplysningar kan vera til uvurderleg nytte for legen, medan feilaktige opplysningar kan føra legen på feil spor. Denne evna til å *iagtta* kan òvast opp, og observasjon av pasienten bør skje så ubemerka som mogleg, hand i hand med det daglege arbeidet ved sjukesenga. Sjukepleiaren sitt «*usynlege blikk»* vert styrt mot det som legane treng av objektive data og rapporteringa skal utførast etter detaljerte føreskrifter:

Denne maa være klar og grei, fulstændig og paa same tid saa kort som mulig; den maa fremføres med tydelig tale. Rapportens indhold maa altid være gjennomtenkt paa forhaand. Bedst er det å gjøre sine notater i en notisbok (ibid.: 79).

Skriftlege notat ser ikkje ut til å utgjera ein sjukepleiedokumentasjon eller vera til nytte for sjukepleiaren sjølv, utanom det å kunna gi legen ein rapport slik han ønskjer den.

Sjukepleiarane sine observasjonar og munnleg rapport vil difor ligga til grunn for legen sin journal. Det er også legen som gir nødvendig rettleiing i kva som skal observerast i høve til kvar enkelt sjukdom. Ikkje i nokon av desse første lærebøkene (Nissen & Martinsen 2000/1877; Kaurin, 1879; Waage, 1911; Grøn og Widerøe, 1921) kjem det eksplisitt fram om *sygeberetningane* bør vera munnlege eller skriftlege. Mest truleg dominerte den munnlege rapporten. Noko Kristin Heggdal også hevdar i læreboka si *Sykepleiedokumentasjon*:

Det har tradisjonelt vært den muntlige rapporten som har hatt størst betydning i praksis. Den muntlige rapporten fungerte spesielt godt i en tid med få pasienter, få behandlingsmetoder, få medikamenter og få yrkesgrupper i helsevesenet (Heggdal, 2006: 17).

Både Nissen og Kaurin trekker fram skriftlege ferdigheiter som ei føremon (jf. ovanfor).

Waage nemner skriftlege føringar i form av kurver (Waage, 1911: 14). Ut frå dette vil eg anta at det også vart stilt krav til ein viss grad av skriftleg dokumentasjon, sjølv om dette omgrepet ikkje var teke i bruk på den tida. I dei fleste høva fekk legen mest truleg ei munnleg *beretning* om pasienten sin tilstand under stuegang eller visitt. I den grad sjukepleiaren gjorde skriftleg notat, vart det brukt som hjelp til å hugsa det vesentlege som skulle formidlast til legen.

Sygeberetningen skulle leggast fram for legen på hans premissar, rapporten måtte vera godt førebudd og nokon notat i ei notisbok kunne vera til god hjelp. Sjukepleie var legane sitt prosjekt og den eigentlege sjukepleia skulle gå hand i hand med legen si verksemd. Sjukepleia si viktigaste oppgåve var difor å overvaka pasientane og blikket deira var styrt av legen sitt behov for å generera objektiverande viten. Ei oppgåve storsamfunnet påla han som ledd i

disiplineringa av befolkninga (jf. kap. 2.2.1). Kva sjukepleiaren skulle observera og rapportera tilbake var i mange høver opp til kvar enkelt lege å definera.

Nedanfor viser eg ein oversikt over normene for sjukepleiedokumentasjon (rapport) slik dei vert omtala i norske lærebøker i sjukepleie i perioden 1877 til 1941.

Kva skal rapporterast?	I kva form?	Kva føremål?
<p>Det ein kunne sjå ved det blotte auge.</p> <p>Biologiske og fysiologiske data om den sjuke kroppen og sjukdomen sine teikn og forlaup; ernæringsstatus, avfallstoffa sin utsjånad, hjerte- og lunge fysikalia, smerter og eventuell plassering, skader osb.</p> <p>Eventuelle data om sjukdomen si utbreiing i nære omgivnader; kven er ramma?</p>	<p>Hovudsakleg munnleg. Sjukepleiaren skulle også meistre skrivekunsten. Skriftlege notat kunne hjelpe sjukepleiaren med å huske detaljar som var vesentleg å rapportera til legen</p> <p>Objektiv, sann, korrekt og kortfatta.</p> <p>Skal presenterast som ei kjensgjerning og ikkje som sjukepleiaren si tolking</p> <p>Skal presenterast lege på legen sine premissar og innafor legen sitt kunnskapsfelt</p> <p>Kurver</p>	<p>Halda legen oppdatert med observasjonar som vart gjort av pasientane (både i sjukehuset og i heimane).</p>

3.2 Den moderne samfunnsordninga som mogeleggjorde ei forventning om at sjukepleiarane skulle dokumentera objektive data

Då den fyrste norske læreboka i sjukepleie vart gitt ut i 1877, gjekk det føre seg store omveltingar i Noreg. Desse omveltinga la grunnlaget for at moderne sjukepleie med tilhøyrande dokumentasjonsnormer kunne oppstå. Nedanfor skal me sjå nærare på storpolitiske -, helsepolitiske- og fagpolitiske tilhøve som kunne gjera det mogeleg for dei aktuelle dokumentasjonsnormene å oppstå.

3.2.1 Liberalistisk økonomi med tilhøyrande store klasseforskjellar

1800 talet hadde ein betydeleg befolkningsvekst som la grunnlaget for nokre av dei sosiale og økonomiske trekka som kjenneteiknar dette hundreåret: urbanisering, industrialisering, emigrasjon, og auka sosial mobilitet. Europeiske byar vart smeltedigel for sosial uro og naud. I Noreg vart folketalet dobla frå 1801 til 1875, og det var spesielt i siste halvdel av 1800-talet at industrialiseringa skaut fart. Dei tradisjonelle næringsvegane som jordbruk og fiske vart differensiert og spesialisert ved at ein produserte det som løna seg best. Sjølvbergingssamfunnet endra seg til eit produksjonssamfunn som genererte behov for

marknader sentralt plassert i byar og tettstadar. Her flytta den jordlause underklassa og tok seg arbeid i handverks- og industriverksemder som etter kvart vaks fram. Arbeid med lav status hadde flest innslag med innflyttarar frå landsbygda. Det gamle standsamfunnet vart forvandla til eit klassesamfunn; overklasse, mellomklasse og arbeidarklasse. Sosial tilhøyrande var ikkje lenger avhengig av sosial stand, men av dugleik og evne til å produsera og tena pengar. (Nerbøvik, 1999: 19-36, 85-94).

Penge- og marknadsøkonomien førte til aukande klasseskilnader og dårlege kår for fattigfolk. I siste halvdel av hundreåret utvikla det seg eit alvorleg fattigdomsproblem, spesielt lokalisert til desse sentrale strøka. Fattigvesenet sine utgifter mot slutten av 1860-åra vekte bekymring. I 1870 hadde byen Kristiania 11 000 fattige. Dette utgjorde 17% av folketallet i byen, og sosialpolitikk vart eit viktig tema på den politiske dagsorden (ibid.: 217). Dei fattige var blitt eit fattigvesensproblem (Martinsen, 1984: 61). Landdistrikta sine kulturelle og hygieniske vanar vart brakt med til byane der smitte og spreing av sjukdom hadde heilt andre føresetnader enn på landsbygda. Spesielt var kolerautbrotet i Kristiania i 1853 avgjerande for det offentlege helsevesenet sin ekspansjon i Noreg (Schiøtz & Skaset, 2003: 26-30). Epidemiar og sosial naud var ein trussel mot sosial orden. Samfunnslekamane sine levevanar og helseåtfærd måtte difor overvakast og temjast. «*Folkeviljen var i teorien akseptabel, men måtte styrast, temjast og foredlast - «luttret og modereret» - ved elitens leiarskap*» (Nerbøvik, 1999: 98). I den liberalistisk ideologien som rådde på denne tida, var idealet at storsamfunnet skulle gripa minst mogleg inn i folk sin fridom til å tenka og gjera som dei ville. Individet hadde sjølv ansvar for å ta hand om eventuelle sosiale kriser (Schiøtz & Skaset, 2003: 28,29).

3.2.2 Auka kontroll med folkehelsa

Koleraepidemiane på 1840- og 50 talet medførte ein ny type tenking om eit kollektivt ansvar som også munna ut i praktisk politikk. Synet på at helsetilhøva kunne påverkast endra seg, og god helse vart sett på som eit velferdsgode. Dette vart ein viktig del av det store «Nasjonsbyggingsprosjektet» etter lausrivinga frå Danmark i 1814. Målet vart å bygga ein sterk og sjølvstendig nasjon både kulturelt og økonomisk (Schiøtz & Skaset, 2003: 42). På bakgrunn av koleraepidemiane, samt internasjonal lovgiving, kom det i gang eit lovarbeid mot slutten av 1850 som leidde fram til *Sunnhetsloven* i 1860. *Sunnhetslova* medførte ein kraftig reorganiseringa av det norske helsevesenet. Den var også retningsgivande for primærhelsetenesta, den lokale helseadministrasjonen og det førebyggjande arbeidet heilt fram til 1986. Som følgje av eit omfattande lepraubrot på Vestlandet, vart det i 1857 også oppretta *Sunnhetskommisjoner* langs heile kysten. I distrikta skulle desse kommisjonane vera legen sitt

fremste verkemiddel i arbeidet med å spreia kunnskap om generell sunnheitspleie (ibid.: 41). Noko dei gjorde ved hjelp av kunnskap (viten) om kva som kunne fremja helse og motverke sjukdom.

3.2.3 Legen skulle førebyggja sjukdom, overvaka folkehelsa og rapportera til statsmakta

Med innsettinga av Sunnheitslova fekk legen ei betydingsfull rolle. Lova understrekte den offentlege legen si rolle i høve til det helseførebyggjande arbeidet. Sivilisasjonen hadde sine baksider i form av uføresette og alvorlege problem, noko som bekymra lovkommissjonen. Til å motverka desse skadeverknadane meinte kommissjonen at legevitskapen hadde viktig kunnskap å bidra med.

Legen, som lenge hadde høyrd til embetsstanden hadde til no hatt lite makt samanlikna med juristane, teologane og dei militære. Gjennom heile 1800-talet hadde legane eit mindreverds kompleks i høve til sine embetsbrør. Medisinsk kunnskap var ennå ikkje utvikla slik at den hadde tillit korkje i embetsverket eller i befolkninga. Sunnheitslova skulle bli redninga. Legane skulle bidra i det store nasjonsbyggingsprosjektet og dei skulle styrka sin posisjon både fagleg og sosialt. Sunnheitslova bidrog til at begge måla kunne realiserast. Embetslegen vart eit sentralt formidlingsledd mellom stat, kommune og befolkninga i alt som handla om helsespørsmål. Fleire legar vart utdanna og legestanden auka frå 315 i 1854 til 2357 i 1940 (Schiøtz & Skaset, 2003: 41-50,142).

Til tross for auka status som følgje av lovverk og legane sin posisjon i sunnheitskommissjonane rundt omkring i landet, opplevde legane ei haltande organisering og dårlege lønsvilkår. Protestar og debattar førte til *Lov om de offentlige legeforretninger* i 1912. Debatten bygde på erkjenninga av folkehelsa si betyding for nasjonen sin framgang og vekst. Lova skulle betra den offentlege legeadministrasjonen og bøta for legemangelen. Det vart mellom anna vedteke ei formidabel utbygging av det offentlege legevesen med å auka talet på legedistrikt frå 161 til 355. Ordninga skulle i hovudsak finansierast av staten. Staten gjekk dermed i kompaniskap med legeprofesjonen og vart heilt avhengig av den i arbeidet med å fremja folkehelsa (ibid.: 150-155).

Allereie frå 1803 hadde legane ei plikt til å senda inn årlege beretningar om helsetilstanden i landet. Først i siste halvdel av århundret vart det systematikk i dette arbeidet, og frå 1853 vart det utgitt landsomfattande *Beretninger om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge*. Desse omfatta etter kvart fleire og fleire detaljar om epidemiske sjukdomar og folka som vart ramma. Desse beretningane hadde i følgje Schiøtz tre føremål;

de var viktig for hele samfunnets trygghet, for hver enkelt families beroligelse og de var av størst nytte for legekunsten og dens dyrkere (ibid.: 35).

Beretningane viste også kva myndighetene var oppteken av i høve til befolkninga si helse. Statistikk vart eit viktig hjelpemiddel i å peika ut innsatspunkta. Statistikk som talvitskap vaks fram allereie på byrjinga av 1800-talet og vart brukt til å avdekka samanhengar og utleia årsaksforklaringar blant norske medisinarar. Både kvalitative og kvantitative data var ein del av medisinalberetningane frå 1803. Desse vart meir og meir nyansert og kunne forsyna helsereformatorane med «*ammunisjon*». Slik vart dei avgjerande for utviklinga av det helseførebyggjande og helsefremjande arbeidet (ibid.: 38). Meldeplikt av poliotilfelle vart innført i 1909 som ei tilføyning til Sunnheitslova. Seinare (1942) fekk også tuberkuloselova av 1900 eit omfattande tillegg. Skjermbildefotograferinga av lungene vart tvungen og alle teikn på tuberkulosesmitte skulle meldast til helseråda (ibid.: 403). Slik resulterte overvakinga også i ein dokumentert individualitet. I si innsamling av objektive og biologiske data om befolkninga vart legane heilt avhengig av god hjelp frå lojale sjukepleiarar. Det oppstod ein skriftkultur og behov for skrivekyndige sjukepleiarar. På denne tida var det ikkje sjølv sagt at alle kvinnene meistra skrivekunsten. Det var først i 1860 at krav om allmenn skulegang vart innført (Boge, 2008: 53). Slike skrivekyndige sjukepleiarar kunne lettast rekrutterast frå høgare sosiale lag.

3.2.4 Fagutdanna sjukepleiarar skulle hjelpa legen med å overvaka folkehelsa

Dei nye samfunnsordningane (jf. kap. 3.2.1), saman med stor utvandring av unge menn til Amerika, førte til at det vart eit stort kvinneoverskot særleg i byane (Nerbøvik, 1999: 19-36, 85-94). Eit kvinneoverskot med behov for underhald fall saman med legane sitt behov for faglærte assistentar og dermed også samfunnet sitt behov for faglærte sjukepleiarar. I denne konteksten oppstod sjukepleie som eit eigna yrke som ga kvinner som ikkje var forsørgra av menn, moglegheit til underhald. Det var derimot fleire vegar til sjukepleia sin oppkomst. Desse vert nærare beskriven i kap. 3.5.2

Det var ei allmenn haldning i samfunnet på denne tida at det var kvinnene som var best eigna i å utføra pleie- og omsorgsoppgåver. Helst burde dei vera frå høgare sosiale lag, då det private borgarlege hushaldet var modellen for den hjelpa legane trong i den moderne medisinske klinikken (Hedegaard Larsen, 2006: 155; Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 49, 140). Legane trong hjelp frå lojale og danna kvinner som kunne observera dei utsette lekamane i befolkninga, og gi legane den informasjonen dei trong for å kunna utvinna viten som var til hjelp i utviklinga av legevitenskapen. Legane hadde med andre ord ønske om

assistanse frå «*Overordnede, Fruentimmer af større Dannelse og bedre Oppdragelse*» (Lund, 2012: 136). Sjukepleiedokumentasjon hadde difor sin oppkomst samtidig med den faglærte sjukepleia sin oppkomst. Behovet for faglærte sjukepleiarar grunna nettopp i behovet for kompetent personale som kunne observera pasientane i legen sitt fråvær og rapportera viktige data som han trong vite for å kunna utføra legegjerninga si.

I boka som vart skriven si samband med Norsk sykepleieforbund (NSF) sitt 100 års jubileum, skriv forfattaren Ole Gunnar Moseng om samfunnstilhøva som gjorde det mogeleg for moderne sjukepleie å oppstå i Noreg. Dette var tilhøve som bidrog til å forme den faglærte sjukepleiaren og den posisjonen ho fekk i helsefeltet. Han innleier slik:

Å skape en sykepleierske er ikke gjort på en dag. Et par tiår rundt midten av 1800-tallet representerer en avgjørende periode for utviklingen av sykepleie som et nytt fagfelt. Sammenhengene er komplekse, men noen av de sentrale var knyttet til sykehuset. Da legene begynte å etterspørre nye former for fagkunnskap hos pleiepersonalet, var det indremisjonsbevegelsen som kunne komme med et fruktbart tilbud, i form av diakonisser med skoloring. Et stykke på vei ble utgangspunktet for norsk sykepleie formet i et skjæringspunkt mellom Rikshospitalet og Diakonissehuset. Enslige kvinner fra øvre sosiale lag kunne der finne en vei inn i et selvstendig yrke. Medisin, sosialt ansvar, kjønn, kompetanse og samfunnsforhold var faktorer som bidro til å skape sykepleiersken og klargjøre hennes plass i helsefeltet. Det var snakk om et kall – men også om et fag, med egen verdi og egne normer (Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 38).

Moseng skriv vidare i denne boka at den siste halvdel av 1800-talet representerte den mest grunnleggande omdanninga av medisinsk praksis, teori og sjukdomsforståing. Sjukehusa fekk etter kvart ei meir sentral rolle i det offentlege helsevesenet (ibid.: 24). Den moderne medisinen sitt positivistiske syn på sjukdom fremja behov for å overvaka sjukdomane sin etiologi. Til no hadde eit tenarskap i form av gang- og vågekoner haldt oppsyn med og ivareteke den daglege omsorga for pasientane i hospitalet. Transformasjonen frå allmennhospital til sjukehus som skulle driva med forskning, utdanning og etter kvart også behandling, gjorde krav på eit utdanna og påliteleg personale, som i større grad kunne assistera legane i deira arbeid. I Noreg oppstod behovet for faglært sjukepleie på midten av 1800 talet, då direktøren på Rikshospitalet uttrykte eit behov for skrivekyndige hjelpearar i samband med skriving av kostlister. Dette var kimen til oppkomsten av ei ny yrkesgruppe, og i 1855 vart tre kvinner sendt til Diakonissestiftinga i Kaiserswerth i Tyskland for å ta utdanning i sjukepleie (ibid.: 53-60). Då den første læreboka i sjukepleie vart skriven i 1877, vart sjukepleiarane sine observasjonar og tilbakerapporteringar til legen definert som ei av sjukepleia sine sentrale oppgåver (jf. kap. 3.1) Sjukepleiarane skulle letta legane sitt arbeid,

samtidig som dei skulle betra tilhøva for pasientane i hospita. Moseng skriv at legane føretrakk å nytta sjukepleiarar av fleire grunnar. Dei godtok den underordna rolla og trua heller ikkje legen sin posisjon. Dei hadde kompetanse, utdanning og ferdigheiter, samtidig som dei godtok dårleg betaling (ibid.: 20,25).

Det er grunn til å tru at sjukepleiarane i sjukehusa, og spesielt dei mange reisesøstrene som var engasjert i tuberkulosearbeidet rundt byrjinga av 1900-talet, bidrog i kontrollen av folkehelsa gjennom sine rapporteringar til legane (Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 238; Schiøtz & Skaset, 2003: 210). Reisesøstrene hadde eit stort ansvar i høve til folkehelsearbeidet. Dei representerte Nasjonalforeininga mot Tuberkulose og hadde oppfølging av lokalforeiningar og helselag i kvar krok av landet (Schiøtz & Skaset 2003: 70). Dei var norsk folkehelse sine fotsoldatar, samtidig som dei representerte spydspissen i dei frivillige organisasjonane sitt opplysningsarbeid. Dei utgjorde ein stor del av det utdanna og erfarne sjukepleiekorpset i Norge på denne tida (Moseng & Norsk sykepleierforbund 2012: 300).

Som lekk i storsatsing på folkehelsearbeid og utbygginga av det offentlege helsevesenet, vart det frå legehald ytra behov for å utdanna fleire sjukepleiarar (Schiøtz & Skaset 2003: 161-171). Ved hundreårskiftet hadde Diakonisseanstalten i Kristiania utdanna 484 systre. Av desse var 70 menigheitsystre som arbeidde på landsbygda i fattig- og sjukepleia. Sjukepleiarane var kraftig underrepresentert på landsbygda, då dei fleste fann seg arbeid ved sjukehus i byane. Dette vart ei skeivfordeling av ressursar, ettersom nær 70% av befolkninga i 1900 budde på landsbygda. Edvard Kaurin som sjølv arbeidde i distriktet, tok til orde for å styrka sjukepleietenesta i landdistrikta. Han tok også initiativ ovanfor legeföreininga til å oppretta sjukepleieföreiningar i alle kommunar i landet. Desse skulle rapportera om verksemda si og på denne måten vart kvar sjel og krok i landet objekt for eit overvakande blick (ibid.: 162-164).

Rundt 1900-talet var sjukepleiesaka inne i ei rivande utvikling. I tillegg til Diakonisseanstalten var det kome 5 nye utdanningsinstitusjonar. Det aukande behovet for sjukepleiarar skuldast i følgje Schiøtz fleire tilhøve; befolkningsauke, betre offentleg og privat økonomi, medisinsk fagutvikling, sterkare fokusering på folkehelse spørsmål og utbygging av sjukehussektoren (ibid.: 166). Sjukepleie som fag stod i ei særstilling i høve til andre kvinnedominerte yrker som t.d. læraryrket og jordmoryrket som allereie var forma. Sjukepleie var eit nytt fag, hovudsakleg teken i vare av kvinner, og eit felt der kvinnene kunne optre

sjølvstendig. Både Schiøtz og Moseng peikar på koplinga mellom sjukepleiesaka og kvinnesaka.

Selv om arbeidsoppgavene til forveksling lignet dem kvinner alltid hadde hatt ansvar for, innebar både det å søke utdanning og det å forsørge seg selv på basis av formell opplæring, brudd med den rådende kjønnsideologien. Slik ble datidens sunnhetsvesen, klart utilsiktet, arena for kvinnefrigjøring (Schiøtz & Skaset 2003: 170).

Moseng hevdar at det ikkje rår tvil om at sjukepleie var eit feministisk prosjekt. Difor vart også profesjonalisering og fagautorisering eit viktig prosjekt framover. Då NSF vart danna i 1912 var kvalitetssikring av sjukepleiarutdanninga ein av dei viktigaste kampsakene. Forbundet tok til orde for ei treårig utdanning. Dette skulle styrka utdanning til det beste for pasienten, men også markera eit markant skilje til dei ufaglærte søstrene som dei meinte var uskikka for arbeidet (Moseng & Norsk sykepleierforbund 2012: 168). Oppkomsten av faglært sjukepleie kan karakteriserast som både profesjons- og klassekamp, då pleiarbeidet fordra danna og skrivekyndige kvinner. Noko som i realiteten betydde rekruttering frå høgare sosiale lag.

Kampen om minimum 3-årig utdanning og autorisering av sjukepleiarar hang nøye saman. Det tok 30 år før spørsmålet vart løyst på ein tilfredstillande måte for sjukepleiarane sjølv. Kampen vart ført på fleire frontar, men først og fremst i høve til *Den norske lægeforening* (ibid.: 181). Spesielt var det usemje om det var naudsynt med like lang utdanning for sjukepleiarane som skulle arbeide i distrikta. Ein var redd for at dette var eit urealistisk krav og at det ville tømme bygdene for sjukepleiarar (ibid.: 181-213). Det var i legeforeninga si interesse å utdanna fleire kompetente sjukepleiarar. Det var også i legeforeninga si interesse at staten tok styring med sjukepleiarutdanning, eksaminering og autorisasjon. Legeforeninga var derimot meir oppteken av arbeids-, løns- og helsetilhøva for sjukepleiarane enn krav om 3-årig utdanning. Tvert imot vart det formelt signalisert at 1 ½ år var tilstrekkeleg for å kunna virka som legen sin assistent. Både Waage og Kaurin fremja dette synet. Utsagnet frå Stadsfysikus i Stavanger, Thomas C Wyller er karakteristisk for kva haldning legane hadde til utdanninga av sjukepleiarar:

Det var viktigere med det hjertet sykepleierskene hadde for sitt arbeid enn den mengde teori – som gikk inn det ene øret og ut det andre. Den mengden lærdom som skulle presses inn i sykepleierskene i løpet av tre år, var død ballast; hjernen deres var ikke innstilt på å ta imot den (ibid.: 207).

Dette var ein hårfin balanse og ein profesjonsstrid som stod mellom legar og sjukepleiarar. Birthe Hedegaard Larsen skriv i si doktoravhandling *Anerkendelse og krænkelser* (2006) at

legane var redd for at sjukepleiarar med for mykje utdanning kunne bli ein konkurrent til legen på behandlingsområdet, og at dei ville kunna komplementera legen sitt fag og dermed truga legen sin posisjon (ibid., 2006: 165). Sjølv om dette er beskrive ut frå danske tilhøve, er det ingen grunn til å anta at dei norske legane hadde eit avvikande syn. Det var difor fleire årsaker til at legane ville kontrollera både utdanninga til sjukepleiarane og sjukepleiarane sitt kunnskaps- og virkeområde. Balansen stod mellom kva sjukepleiarane trong for å kunna vera legen sine auger, øyrer og nase i klinikken og det kunnskapsnivået som kunne utgjera ein trugsel mot legen sin monopolstilling i helsevesenet og samfunnet forøvrig.

Til tross for aukande ønskjer frå NSF si side om å gjera sjukepleiefaget synleg og utdanna «*profesjonelle sykepleiersker*» (Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 223), var sjukepleie i enda sterkare grad enn før blitt legane sitt prosjekt. Dei skulle assistera legane i overvakinga av pasientane og forsyna dei med viktige data som dei trong for å utøva legegjeringa. Difor la også legane premissa for kva sjukepleiarane skulle dokumentera.

Å gjera sjukepleiefaget synleg som eit eige sjølvstendig og avgrensa fag frå medisin, kjem delvis til uttrykk i lærebøkene som kjem ut i 1941 (jf. kap. 3.3), men først i 1974 får dette dominera lærebøkene. Dette får i høgste grad konsekvensar for normene for sjukepleiedokumentasjon. Dette vert omtala i kapittel 4.

3.3 Perioden 1941-1974: Effekt av sjukepleie vart viktig å dokumentera

I lærebøkene som kjem ut i 1941 har det skjedd ei endring med tanke på at sjølve sjukepleia får plass i sjukepleiarane sin dokumentasjon. Lærebokserien som er skriven av legen Anton Jervell (1941) oppstår i etterkant av sjukepleieutdanninga si langvarige kamp om å bli treårig. Denne læreboka har eit sterkare innslag av sjukepleie enn dei tidlegare bøkene. Innleiingsvis står det mellom anna at «*I en lærebok for sykepleiersker bør sykepleien være det sentrale*» (mi utheving, ibid.). I følgje Jervell er legegjeringa og sjukepleia no intimt knytt saman og oppgåvene grip meir og meir over i kvarande. Sjukepleiaren har etter kvart overteke ein del oppgåver frå legen og sjølve sjukepleia har fått ein behandlande funksjon:

Denne daglige sykepleie er i seg selv å anse som en behandlingsmetode, og den måte den gjennomføres på, kan få avgjørende betydning for sykdommens forløp, for sykeleiets varighet og for pasientens velbefinnende (ibid.: 2).

Sjølve stellet, som vert sett på som ein sentral del av sjukepleia, har ei avgjerande betydning for sjukdomsforløpet. Måten eit godt stell vert utført på og effekten av dette, vert difor like viktig å dokumentera som anna medisinsk behandling. Samtidig har sjukepleiekollegiet vakse

seg stort og rapporten skal fungera som eit nødvendig bindeledd mellom vaktskifta for å sikra kontinuitet. I kapittelet som følgjer har eg analysert oppkomsten til denne endringa.

3.3.1 Eit sjukepleiekollektiv skulle observera og rapportera objektive data om sjukdomsutvikling, behandling og behov for sjukepleie

Boka til Jervell vart gitt ut i 3 bind, der bind 1 har eit eige kapittel om rapportgiving under *Alminnelig sykepleie*. Kapittelet er skriva av *instruksjonssykepleierske* ved Røde Kors` klinikk, Oslo. Ho innleier med betydinga av sjukepleiaren sine nøye observervasjonar av alle endringar i pasienten sin tilstand. I denne læreboka byrjar ein å snakke om rapport til andre utanom legen. Rapporten til sjukepleiaren som løyser ein av med neste skift, må ha opplysningar om pasienten sin tilstand gjennom vakta, i tillegg til rapport om alle detaljane i stellet. Ein stor del av kapittelet om rapportgiving vert via betydinga av detaljerte rapportar mellom sjukepleiarane og mellom dei ulike vaktskifta. Å gi avløyseren sin ei nøyaktig beskriving av alt som gjeld pasienten, er like så viktig som å utføra god pleie. Desse beskrivingane gjeld i hovudsak legen sine forordningar omkring medisinsk behandling, men også opplysningar i høve til stell «*En velskrevet rapport vil foruten å gi beskjed om pasientens tilstand, medikamenter og behandlinger, gi detaljene i det vanlige stell*» (Jervell, 1941: 89). Rapporten skal difor vera så grundig at stellet til pasienten vert utført på same vis uavhengig av kven som utfører det.

Boka har eit eige kapittel om *Iakttakelse av pasienten*. Her vert detaljerte beskrivingar av sentrale observasjonar i høve til pasienten sin *mentale* og *legemlige* tilstand presentert. Viktige observasjonar av biologiske og fysiologiske data som væskeinntak og diurese, puls, temperatur, søvn og ernæring skal gjerast skriftleg. Kvar einskild behandling, både medikamentell og anna behandling, skal førast inn med klokkeslett og hakast av for at det er gitt. Vi ser eit gryande bilete av systematikk i form av utstrakt bruk av observasjons- og behandlingskurvar. Den skriftlege dokumentasjonen vert framheva framfor den munnlege, då slike data lett kan misforståast eller gløymast i ein travel kvardag dersom dei ikkje vert skriven ned.

Rapporten skal omhandla reine objektive fakta og ikkje antakingar. Respekten for legen sitt virke kjem også tydeleg til uttrykk:

Sykepleierskens rapport til lægen gis muntlig. Hun må konsentrere sine tanker om det som skal sies, så hun kan gi ordentlig og grei beskjed. Hun skal åndelig og legemlig være i «giv akt» stilling – skal snakke tydelig og konsist. Hun skal rapportere alt saklig og vokte seg vel for å si noe som kan oppfattes som forslag til diagnose eller behandling. Når lægen gir sine

ordrer, må hun være ytterst oppmerksom og straks notere hva som blir sagt. Ordrene må snarest innføres i en bok som er tilgjengelig for alle sykepleierskene (ibid.: 87).

Objektive data om pasienten vert framleis formidla frå sjukepleiar til lege i munnleg form. Kommunikasjonen mellom sjukepleiarane skal helst gå føre seg skriftleg. Dette er fordi sjukepleiegruppa er blitt mykje større, det har kome skiftordningar og den skriftlege dokumentasjonen sikrar at vesentlege ting ikkje vert gløymd. Som ein kvalitetssikring vert system for rapportgiving innført ved å ta i bruk standardiserte spørsmål for kva ein ønskjer svar på i rapporten. Dette sikrer at alle i sjukepleiekollegiet utfører lik praksis i høve til legen sine forordningar, samtidig som det sikrer at dei rette observasjonane vert utført og dokumentert. Den skriftlege rapporten skal vera tilgjengeleg for alle sjukepleiarane i avdelinga, den skal vera eit bindeledd mellom vaktene, og sikra kontinuitet i pasientomsorga. Behovet for eit effektivt internt kommunikasjonsverktøy mellom alle som bidreg i pasientomsorga vert meir og meir aktualisert då sjukepleiarane arbeider i skiftordningar og pasientane flyttar mellom ulike avdelingar. «*Rapporten må være så omhyggelig at stellet av pasienten fortsetter uforandret*» (ibid.: 89).

Under professor Jervell sin redaksjon kom *Lærebok for sykepleiere* ut i ny utgåve i 1960, men allereie i 1964 vart det sett i gang eit arbeid med ein ny serie lærebøker for grunnskulane i sjukepleie. Denne lærebokserien har NSF som redaksjon og kjem ut i 1967. Årsaka til dette er at sjukepleieskulane i mellomtida har fått eit nytt undervisningsopplegg med betydeleg utvida pensum. Som følgje av auka medisinsk spesialisering er teoriomfanget dobla i sjukepleiarutdanninga. Praksis er blitt redusert frå høvesvis 45 timar i veka til 30 timar i veka (Lund, 2012: 100; Sortland, 2011: 35). Dette krov nye lærebøker. Serien omfatta heile 12 bind, der bind 2 har eit eige kapittel om observasjon og rapport. Sjukepleiarane sine observasjonar vert vektlagt som grunnlag for både behandling og pleie. I eit eige kapittel vert det lista opp kva som er viktig grunnlag for rapporten. Dette er pasienten sin fysiske og psykiske helstetilstand, naturlege funksjonar, spesielle symptom, reaksjonar på undersøkingar og behandling, samt pasienten sitt behov for hjelp. Andre grunnlag for rapporten er meldingar frå legen, funn ved prøvar og undersøkingar, samt konferansar. Også samtalar med pårørande og medpasientar vil kunna ha betyding for rapporten. Men ein skal vera merksam på: «*den subjektive oppfatning slike uttalelser kan gi uttrykk for*» (Hauen i Lerheim & NSF, 1967: 99). Ut frå denne uttalinga kan det verka som om objektive data vert prioritert framfor subjektive data. Subjektive data kan tvert om vera misvisande.

I tillegg til objektive observasjonar av sjukdomsutviklinga skal sjukepleiarane vurdere pasientane sine hjelpebehov og dokumentera desse. Den enkelte sjukepleiar sine observasjonar skal formidlast vidare til andre i pleie- og behandlingsgruppa i form av munnleg eller skriftleg rapport. Dess fleire som har med pasienten å gjera, dess viktigare er rapportssystemet. Dette vert definert som all systematisk kommunikasjon, både munnleg og skriftleg. Rapporten skal vera eit bindeledd mellom vaktene og bidra til *trygg sjukepleie*

Et godt rapportsystem er et middel som øker den enkeltes kjennskap til pasienten, slik at vedkommende til enhver tid kan være orientert. Jo flere som har med pasienten å gjøre, jo viktigere er rapportsystemet. Et godt rapportsystem er en forutsetning for trygg sykepleie. Rapporten er bindeleddet mellom vaktene. Selv om sykepleierne skifter, vil en god rapport ved vaktskiftene gi kontinuitet. Når pasienten merker at alle er godt orientert, opparbeides trygghet og tillit (ibid.: 97).

Læreboka formulerer krav til korleis ein rapport skal førast og kva den skal innehalda. Pasienten skal omtalast med respekt og rapporten skal innehalda alt det som er viktig for at den som tek imot rapport skal kunna overta «*den totale pleien*» av pasienten. Den skal vera sann og objektiv, klar og konsis, basert på fakta og ikkje personlege tolkingar. Det vert også sett krav til ortografi og systematikk. Det vert gitt eksempel på rapportsystem som systematiserer og deler inn data i høve til både rom, tid og handlingane sitt forløp. Ikkje ulikt det Foucault beskriv i boka *Overvågning og straf* (Foucault, 2002: 157-178, jf. kap. 2.2.1). Det skal vera tydeleg skilje mellom rapport frå dei ulike vaktskift og kvart enkelt døger. Kurva skal gi ei oversiktleg «*fremstilling av vesentlege opplysninger fra dag til dag eller med en annen bestemt tidsavstand*» og kardex-systemet skal innehalda; «*personalia, diagnose, undersøkelser og behandling, diett og spesielle pleiemessige tiltak*» (Hauen i Lerheim & NSF, 1967: 105- 106). Hauen gir også eksempel på korleis ein ved hjelp av symbol og fargar kan gi ein rask oversikt og spara både plass og tid. Kardex- kortet skal «*føres à jour hver dag og så ofte som nødvendig*». Systematikken gir grunnlag for standardisering av data, samtidig som den skal gi raske oversiktlege data.

Også i NSF sitt læreverket frå 1967 vert det lagt vekt på at legen er avhengig av sjukepleiarane sine observasjonar og rapporteringar. Likevel vert dette samarbeidet tona ned i høve til tidlegare læreverk. Samarbeidet i pleiegruppa vert framheva og eit godt rapportsystem fremmer kjensla av deltaking og medansvar. Pleia av pasienten står fram som eit kollektivt ansvar. Rapportssystemet kan gi grunnlag for undervisning og kan dermed bidra til å betra kvaliteten i sjukepleia. Kvalitet vert her forstått som trygg pleie basert på tilstrekkeleg kunnskap om pasienten og pasienten si sjukdomsanamnese. Det handlar om både kunnskapsutveksling og kunnskapsutvikling. Sjukepleiekvalitet og utvikling av

sjukepleiefaget vert sett i tale, og ser ut til å ha fått ein høgare status enn tidlegare (Lund, 2012: 25-34). I denne læreboka endrar også pasienten sin status seg frå å vera ein reduserbar kasustikk til å bli ein person som skal omtalast med respekt. Dette gjeld også for rapporten. Lærebokserien ser såleis ut til å representere ein introduksjon til nye teoriar som etter kvart skal koma til å prega sjukepleiedokumentasjonen i større og større grad i tida framover. Dette kjem eg attende til i kapittel 4.

Nedanfor er ein oversikt over normene for sjukepleiedokumentasjon (rapport) slik dei vert omtala i norske lærebøker i sjukepleie i perioden 1941 til 1974.

Kva skal rapporterast?	I kva form?	Kva føremål?
Pasienten sin tilstand, behandling og effekt av behandling. Observasjonar av: Pasienten sin fysiske og psykiske tilstand. Biologiske og Fysiologiske data (ernæring, naturlege funksjonar, puls, temp, søvn, osv.) Funn ved prøvar og undersøkingar. Pasientane sine reaksjonar på behandling og undersøkingar Detaljar i stellet Pasienten sitt behov for sjukepleie All behandling som er gitt	Munnleg frå sjukepleiar til lege Sann objektiv, klar, konsis og basert på fakta Skriftleg mellom sjukepleiarane Krav til ortografi og systematikk (inndeling i høve til rom, tid og forlaup) Ei gryande standardisering av data og bruk av behandlingsskurver	Halde legen oppdatert om den sjuke kroppen og sjukdomen si utvikling Sikra kontinuitet i sjukepleiegruppa slik at gruppa står fram som ei samstemt eining Gi raske oversiktlege data Kvalitetsikre behandlinga ved å dokumentera at den er gitt Gi grunnlag for undervisning og kvalitetsforbetring

3.4 Endringar ved samfunnsordninga som gjorde dokumentasjonsnormene moglege

I dette kapitlet skal vi stoppa opp ved den samfunnspolitiske konteksten som gjorde det moglege at sjølve sjukepleia og opplysningar omkring stellet vert presentert som viktige data å dokumentera, i tillegg til biologiske og fysiologiske data om den sjuke kroppen og sjukdomen si utvikling. Oppbygging av velferdsstaten etter krigen, nye helsemessige utfordringar, ekspansjonen i sjukehussektoren, spesialisering og auken i medisinsk personell var viktige *mulighetsbetingelsar* som eg vil koma nærare inn på i kapitla som følgjer.

3.4.1 Bygging av velferdstaten

Den andre verdskrigen vart ei stor utfordring for det norske samfunnet. Den norske stat skulle gjenreisast og målet var full sysselsetting, økonomisk vekst, utdanning og gode bustadtilhøve for alle. Velferdsstaten skulle ha hovudansvaret for finansiering og produksjon av sosiale ytingar, og økonomisk velferd skulle sikrast gjennom statleg industrireising. Samfunnet skulle formast om. Målet var eit sosialistisk Noreg bygd på verdigrunnlaget; tryggleik, fridom og likskap. Verkemidla var statleg styring gjennom eit offentleg plansystem leia frå sentralt hald. Arbeiderpartiet som hadde regjeringmakta, hevda at fagekspertane var ein naudsynt føresetnad for å kunna gjennomføra planpolitikken. Difor fekk fagekspertar som til dømes legar, økonomar, ingeniørar og arkitektar stor mynde i høve til å meisla ut og setja i verk offentleg politikk.

Det var tiden da en hel generasjon intellektuelle – i nært samarbeid med den politiske ledelse og til dels under vide fullmakter – ledet gjenreisningen av landet og satte sitt preg på etterkrigstidens Norge. I over 20 år representerte denne generasjonen «teknokrater» et hegemoni i norsk samfunnsliv (Schiøtz & Skaset, 2003: 312).

3.4.2 Legar i leiande posisjonar skulle gjenreisa folkehelsa og sikra velferda

Også folkehelsa måtte gjenreisast. Mange sjukdomar som ein hadde kvitta seg med kom attende med full kraft. Legane sine medisinalberetningar fortel om ein sterk auke i meldepliktige smittsame sjukdomar. Nye sjukdomar oppstod i kjølvatnet av krigen, slik som veneriske sjukdomar og psykiske lidingar. Det hadde føregått ei «*foruroligande nedbryting av etiske retningslinjer på det seksuelle området*», melder ein distriktslege frå Oppland (Schiøtz & Skaset, 2003: 294). Også kroniske lidingar og livsstilssjukdomar får ein merke i etterkrigstida, sjølv om desse får ei kraftig oppblomstring tiåra etter (ibid.: 329,395).

Medisinaren og helsedirektør Karl Evang fekk som oppgåve å gjenreisa folkehelsa og å forma norsk helsevesen i etterkrigstida. Dette gjorde han med fritt spelerom og med tette band til Den norske Lægeforening. Evang bygde opp eit stort byråkrati som i hovudsak bestod av medisinarar med kompetanse innan leing og administrasjon. Mange legar tok leiarutdanning i USA og kom seinare til å utgjera eliten i den norske helseadministrasjonen. Føresetnadane for ei effektiv og rasjonell helseteneste, meinte Evang, var at tenesta vart styrt av kunnskapsrike leiarar med fagleg kompetanse (ibid.: 309-318). *Evang perioden* i etterkrigstida skulle i endå sterkare grad styrkja legehegemoniet. Karl Evang fungerte som helsedirektør i perioden 1938 og heilt fram til 1972, der ein trer inn i ein ny epoke i helsevesenet si historie.

Som lekk i gjenoppbygginga etter 2.verdskrig, vart ein offentleg velferdsstat danna og trua på samfunnsstyring stod sterkt. I tiåret frå 1950 til 1960 vart det sett i verk ei storstilt utbygging

av sjukehussektoren (Martinsen, 2008: 120; Schiøtz & Skaset, 2003: 329). Sjukehusa vart sentrum for de medisinsk verksemd, med høg differensiering mellom dei ulike sengeavdelingane. Mykje av den medisinske forskinga føregjekk ved sjukehusa. Sjukehusa vart også utdanningsinstitusjonar for helsepersonell, og sjukepleiarane vart ein naudsynt føresetnad for retninga sjukehusvesenet tok (Schiøtz & Skaset, 2003: 320). Spesielt frå byrjinga av 1960 utvikla det seg ei spesialisering og ein høg tekniske standard ved sjukehusa. Talet på helseinstitusjonar vaks, og talet på medisinsk personale vaks enda meir (ibid.: 381). Behandlingsmedisinen fekk ein ny epoke med kjemoterapien sitt inntog, og sjølve sjukepleia vart sett på som ein viktig føresetnad for pasientane si helbreding (Jervell, 1944: 2; Martinsen, 2008: 124, jf. kap. 3.5.3). Ei heil rekke infeksjonssjukdomar forsvann, men helsepersonell skulle få stå ovanfor nye utfordringar i form av livstilssjukdomar og degenerative lidingar. (Schiøtz & Skaset, 2003: 394) Befolkninga si helse vart enda meir viktig som samfunnskapital. Schiøtz refererer til Karl Evang som seier at:

Gjenreisingen av det norske folks helse og arbeidskraft er en nødvendig betingelse for den materielle og økonomiske gjenreising. De pengemidler som nedlegges på dette felt er ikke død kapital, men i alleregentligste forstand produktiv kapital (ibid.: 309).

3.4.3 Ønske om å profesjonalisera sjukepleia

Sjukepleiarane søkte sin identitet ved å knyta tettare band til legane og den etter kvart så avanserte sjukehusmedisinen, men kom i staden opp i ei identitetskrise. Sjukepleiarane fekk problem med å avgrensa sitt myndigheitsområde vis à vis legane og hjelpepleiargruppa som var komen til i pleia. Denne gruppa hadde overteke arbeidsoppgåver som tidlegare var ein del av den generelle omsorga i sjukepleia (Martinsen, 2008: 125). Som resultat av aukande spesialisering og fleire legedelegerte oppgåver i sjukepleia, vart det mangel på personale som kunne ta seg av dei mindre spesialiserte oppgåvene innan pleie. Saman med redusert praksis for sjukepleieelevane (elevane sin praksis skulle ikkje lenger reknast som arbeidskraft), bidrog dette til frykt for sjukepleiemangel innafor NSF. Hjelpepersonell som tidlegare ikkje var ønska av sjukepleiarane, vart no ynskt velkomen (Lund, 2012: 133-138,174). Utdanning av hjelpepleiarar tok til i 1963, som ei midlertidig ordning med sjukepleiarar som undervisarar. Sjukepleiarane kom i ein mellomposisjon mellom legane og hjelpepleiarane, og det vart viktig å finna eit eige område der sjukepleiarane kunne legitimera sjukepleie som eige sjølvstendig fag. Sjukepleiedokumentasjonen kunne mellom anna bidra til dette, ved at sjukepleiarane dokumenterte data som angjekk sjukepleia.

Identitetskrisa prøvde dei mellom anna å demma opp ved å legitimera faget ved hjelp av samfunnsvitskap som pedagogikk og psykologi, og ved å akademisera faget. (ibid.: 96,120). I Amerika hadde det utvikla seg eigne sjukepleieteoretiske miljø, og mange norske sjukepleiarar reiser etter kvart dit for å hente inspirasjon. NSF hadde så tidleg som i 1918 knytt kontakt med Columbia University i New Yourk. Dei delte ut såkalla Florence Nightingale stipend, som skulle stimulera sjukepleiarar til studieopphald i utlandet. Målet var å auka den faglege kvaliteten. Samtidig fekk ein styrkja lærarstaben, noko som spesielt *Fortsettelsesskolen*, seinare kalla Norges Høyere Sykepleierskole (NHS), fekk nytte av. Helga Dagsland (1910-2003) var ein av sjukepleiarane som hadde to studieopphald i USA. Ho tok fatt i gamle idear om å løfta sjukepleiaryrket inn i profesjonane sine rekker gjennom forskning. Noko som kunne gjerast ved å knyta sjukepleiarutdanninga til universitetet. Da ho overtok stillinga som leiar for NSF i 1967, vart dette NSF si fagpolitiske linje (ibid.: 25-34). At sjukepleieskulane vart statleg finansierte og statleg styrt (som følgje av sjukepleielova av 1960), medførte at skulane vart sjølvstendige pedagogiske institusjonar, og ikkje underlagt sjukehusa slik som tidlegare. Dette ga NSF eit høve til å påverka sjukepleiarutdanninga og den faglege utviklinga. Det var i høg grad lærargruppa ved NHS, med utdanning frå USA, som la grunnlaget for sjukepleiarutdanningane og utdanningspolitikken i NSF utover 1960-åra (ibid.: 25-38). Den nye lærebokserien NSF ga ut i 1967 (Lerheim og NSF, 1967) markerte at sjukepleie skulle vera hovudfaget og ikkje ein under disiplin til medisinen. Normene for kva sjukepleiarane skulle dokumentera speila dette synet. Sjukepleiarane skulle i tillegg til å dokumentera biologiske, fysiologiske og medisinske data, også dokumentera den daglege sjukepleia, i form av detaljerte data om stellet. God sjukepleie bidrog til fremjing av medisinsk behandling, og var nå blitt anerkjend også blant legane (jf. kap. 3.3.1 og 3.5.3).

Profesjonaliseringstanken til Dagsland skulle få mykje motbør opp gjennom 1960-åra. Støttespearane hennar var i hovudsak meiningsfeller frå NHS. Dei fleste sjukepleiarane meinte visjonane hennar var urealistiske, samtidig som språkbruken var framand og akademisk. Forståeleg nok, fekk ikkje sjukepleiarane noko gehør frå legehald i sitt forsøk på å psykologisera og sjølvstendigjera sjukepleiefaget. Overlege Frøshaug formidla i samband med ein nordisk kongress i sjukepleie sine tankar omkring dette nye tankegodset. Han meinte sjukepleiaren si rolle var å vera koordinator i sjukehuset, og bindeleddet mellom lege og pasient. Dei var legen sin forlengte arm, og deira viktigaste oppgåve var å observera pasientane i klinikken og rapportera vidare til legen det dei såg. Utover dette krevjande sjukepleiararbeidet ville dei ikkje ha kapasitet til å opptre som både sjelesørgjar og

psykoterapeut (Lund, 2012: 73-78). Sjukepleie var i praksis framleis sterkt knytt til medisin, og objektive data som kunne understøtta legen sitt virke var framleis det sentrale i sjukepleiarane sin dokumentasjon. I den grad sjølve sjukepleia vart dokumentert, var det fordi god og trygg sjukepleie vart oppfatta som behandling i seg sjølv, og bidrog til å støtta opp under medisinsk behandling. Samtidig var det viktig at sjukepleiekollektivet og sjukepleieoppgåvene var bunde saman gjennom eit rasjonelt og effektivt dokumentasjonssystem.

Sjukepleiarane sitt nye humanistiske tankegods skulle få betre vekstvilkår utover 1970-talet. Dette nedfeller seg i nye normer sjukepleiedokumentasjon. Dette vil eg koma attende til i kapittel 4.

3.4.4 Dokumentasjon av sjukepleie vart sett på dagsorden

Den storstilte utbygginga av norsk helsevesen etter 2.verdskrig kom spesielt sjukehusa til gode, og sjukepleiarane følgde legane inn i sjukehusa. I 1955 var 70,5% av dei yrkesaktive sjukepleiarane tilsett i sjukehus, mot 85% i 1964. Lærebøkene som vart skriven tilpassa seg denne verkelegheita (Martinsen, 2008: 121). Frå midten av 1900-talet vart sjukepleiarane mange fleire. Dei var no blitt til ei stor sjukepleiegruppe som skulle støtta opp under legen sitt virke. Det var viktig å sikra kontinuitet, og eit godt rapportsystem kunne vera eit hjelpemiddel til å oppnå det.

Når det gjelder å planlegge og evaluere sykepleien for pasienten er en helt avhengig av et godt rapportsystem, da det ikke er en sykepleier, men en pleiegruppe som tar seg av pasienten i løpet av døgnets 24 timer (Hauen i Lerheim & NSF, 1969/67: 98)

Sjukepleieregisteret i Helsedirektoratet hadde 15 000 registrerte sjukepleiarar i 1958-59, men berre 10 000 var aktive (Melby, 2000: 165). Dette var eit resultat av fleire tilhøve.

Sjukepleiarane sine arbeidstilhøve og lange arbeidsdagar hadde vore på sjukepleiarforbundet sin agenda heilt attende til 1918, men hang saman med den viktigaste kampsaka for NSF; utdanning og autorisasjon (Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 341). Helsetilstanden hjå sjukepleiarane og langtids sjukefråvær hadde lenge vore eit problem, og det hadde interesse langt utover sjukepleiarane sine rekker. Det hadde også ei nasjonaløkonomisk betyding. (Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 360; Schiøtz & Skaset, 2003: 197). Dersom ein skulle gå over til åttetimars vakter, ville dette innebera 3 skift. Noko som ville få følgjer for kontinuiteten i omsorga og pleia til pasientane. Ein av sjukepleiarane som bidrog i læreboka til Jervell; Andrea Arntzen, hadde rekna på at overgangen til ei ordning med tre skift ville innebera 30 prosent auke i bemanninga. Den let seg gjennomføra, men var avhengig av

eit omstendeleg rapportsystem (Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 346).

Rapportskriving vart no innlemma som fag i *Fortsettelseskurset* i sjukepleie (Schiøtz & Skaset, 2003: 249).

I denne perioden får også sjukepleiedokumentasjon ein juridisk funksjon. Læreboka til Jervell framhever dette. I tillegg til si moralske ansvarskjensle bør sjukepleiaren dessutan «*regne med det juridiske ansvar som meir og meir blir gjort gjeldende overfor læger og sykepleiersker*» (Jervell, 1941: 85). Dersom det til dømes skulle bli saksmål på grunn av ein skade, kunne detaljerte og korrekte opplysningar i sjukepleiedokumentasjonen vise til at sjukepleiaren hadde teke sine førehandsreglar. Sjukepleiedokumentasjonen vart sett på dagsorden som følgje av endra arbeidstid og eit større sjukepleiarkorps, men også fordi sjukepleiarane kunne risikera å bli stilt til ansvar for sine handlingar, eller mangel på handling.

Sjukepleiedokumentasjonen si betydning hadde dermed endra fokus frå å berre vera eit reint arbeidsverktøy for rapportering til legen, til også å vera:

- eit internt kommunikasjonsverktøy for sjukepleiarane
- eit juridisk verktøy for dokumentasjon av forsvarleg gjennomført behandling og pleie

Samtidig hadde synet på sjukepleie endra seg, også blant legane. Sjukepleie av høg kvalitet var eit viktig bidrag til pasientane si helbreding, og legane meinte difor at data om stellet eller sjølve pleia var relevante data å dokumentera (jf. kap. 3.3.1). Dette var viktige *mulighetsbetingelsar* for at detaljar omkring sjølve pleia vart sett på som viktige data i sjukepleiarane sin dokumentasjon.

3.5. Biologisk viten om kropp og sjukdom understøtta dokumentasjonsnormene frå perioden 1877-1974

Hos Foucault er det eit sentralt poeng at viten har blitt brukt til å understøtta ulike former for politisk interessante praksisar (Foucault, 1999: kap. 2 og 3, jf. kap. 2.3). I dette kapittelet skal me undersøkje om og eventuelt kva form for viten som kunne vere med på å understøtta dokumentasjonsnormene som er skildra i læreboka til Nissen frå 1877, og som stod ved lag heilt fram til 1974.

3.5.1 Den biologiske kroppen sin plass i moderne samfunn

I følgje Foucault oppstod kroppen som eit interessant politisk objekt allereie på slutten av 1700-talet (jf. kap. 2.2.1). I samband med kapitalismen sin framvekst, vart befolkningskvalitet og befolkninga si helse eit målebarometer på staten sin styrke. Sunne og produktive kroppar

skulle sikrast gjennom ein biopolitisk strategi, der biologisk kunnskap om kroppen vart brukt til å forma samfunnsnyttige individ (Foucault, 1994b: 137). Det oppstår ei omhyggeleg overvaking av deltaljar, der kroppen vart gjennomgranska, plukka frå kvarandre og sett saman igjen. Saman med nyvinningar innan det medisinske kunnskapsfeltet bidrog dette til at det vaks fram ei sterk tru på sikker og objektiv viten om den biologiske kroppen. Det kan sjå ut som at eit slikt naturvitskapleg syn på kropp og natur er einerådande heilt fram til siste halvdel av 1900-talet.

Koplinga mellom klinisk observasjon og patologi medførte ny teknologi som kunne demystifisera mennesket meir og meir. Allereie i 1815 vart stetoskopet teke i bruk, og i 1845 vart rutina med å telle puls akseptert. Mikroskop, stetoskop, otoskop og røntgen, samt kjemiske og bakteriologiske testar for identifisering av sjukdomsframkallande mikrobar, gjorde det lettare for legane å stilla diagnosar (Schiøtz & Skaset, 2003: 52). I byrjinga var den moderne medisinen mest oppteken av koplinga mellom kliniske observasjonar og patologi, med føremål om å kunna skilja dei ulike sjukdomane frå kvarandre. Lita interesse vart vist for dei aukande epidemiane som ramma store lag av befolkninga. Desse vart rekna som fattigmannssjukdomar, og i ei tid med liberalistisk samfunnsideal og trua på at sjukdom var sjølvforskyld, var dette lite interessant. Først når epidemiane ramma og trua eit breiare lag av befolkninga, vart dette sett på dagsorden. Individet som subjekt kjem i fokus og vert gjenstand for disiplinerte tiltak. Bakteriologien sitt inntog og den mikrobiologiske læra sitt gjennomslag, bidrog til at epidemiar slik som kolera kunne bekjempast ut frå moderne bakteriologiske og epidemiologiske prinsipp (ibid.: 52). Det oppstod ein hygieneteori retta mot sjukdomsutrydding meir enn mot generelle miljøomsyn. Når mikrobane vart oppdaga rundt 1870, vart behandlinga medikalisert. Det skjer ein overgang frå konservative til radikale strategiar, der ein ser på miljøet som eit univers av enkeltfaktorar ein kan intervensera i høve til. Desse intervensjonane eller inngrepa var naturvitskapleg fundert. Ved å gripa inn i enkeltfaktorar i miljøet kunne ein gjera det mindre farleg og meir nyttig for individa. Det handla om å avskjera sjukdomsagentar eller å utrydda dei fullstendig. Dette var ein strategi som tok utgangspunkt i doktrinen om sjukdomen sin spesifikke etiologi (spesifitetsdoktrinen). Denne seier at ulike sjukdomar har bestemte (mikrobielle) årsaker, og at dei ulike sjukdomsagentane produserer den same sjukdomen hjå alle den angrip. For den radikale medisinen var miljøet eit univers av enkeltfaktorar som av den grunn krev enkeltinngrep mot avgrensa fenomen (Martinsen, 2008: 149-166). Ei slik forståing ga grunnlag for ei systematisk og detaljert overvaking av sjukdomane sin etiologi, korleis sjukdomane

manifesterte seg i menneskekroppane og kva faktorar som var til stades når sjukdom oppstod eller ikkje oppstod.

Hygiene og hygieneteori vart interessant også for andre enn fattiglegane. Det vart eit moralsk fokus på reinsemd som også vart forbunden med orden og puritansk moral. I eit liberalistisk perspektiv såg ikkje staten det som si oppgåve å ha ansvar for medborgarane si helse.

Sjukdom vart sett på som sjølvforskyldt og som ein del av naturen sin orden. Moralisering ovanfor dei som vart ramma var eit meir legalt virkemiddel (Schiøtz & Skaset, 2003: 28, 29). Samfunnslekamane skulle disiplinera til å utføra hygieniske rette praksisar, og det vart utarbeidd detaljerte føreskrifter på korleis den enkelte si reinsemd skulle takast i vare (Boge, 2008: 52). Til dette trong ein detaljerte data om sjukdomsagentane sin fysiologi og kva konsekvensar den enkelte sjukdom fekk for den biologiske kroppen. Slike viten vart brukt til å understøtta politisk korrekte praksisar.

Ein liberalistisk politikk gjorde det vanskelig å koma med påbod via lov som kunne truga individa sin fridom. For å styra folk i rett retning og til å gjera dei retta vala, brukte ein i staden moralisering. Denne moraliseringa skjedde gjennom folkeopplysning. I høve til helse vart legen og legevitskapen brukt til å legitimera dei rette levevanane. I kjølvatnet av dei store epidemiane som kolera, lepra og tuberkulose, vart det sett i gang eit omfattande opplysnings- og hygienearbeid. Folkeopplysning skulle redda folket frå sjukdom og lidingar, og ukunna skulle erstattast med kunnskap (Schiøtz & Skaset, 2003: 29-30, 45). Dette var ein objektiviserande kunnskap som tok sikte på å styra folk utanfrå gjennom moraliserande opplysning og detaljerte oppskriftar på korleis ein best kunne forvalta eige liv.

Opplysningstanken bygde på ideen om det rasjonelle mennesket som tek dei rette vala når dei berre veit kva som er rett. Meir opplysning ville medføra at menneska automatisk ville bli meir moralske, og dermed også meir nyttige samfunnsindivida (Boge, 2011: 38). Det oppstod ei form for moderskapsideologi, og den individuelle og moralske førebygginga var allment akseptert. Legane tok på seg rollene som både skaparar av viten og som formyndarar. Her fekk dei god hjelp frå sjukepleiarane. Dei sat i verk ein omfattande hygienepropaganda og hadde stor tru på eiga evne til å modellera og kultivera menneskeslekta (Martinsen, 2008: 193-203). Det som vart oppfatta som moderne og rasjonelt, var tufta på ei naturvitskapleg tenking og ei overtyding om at alt let seg ordna og regulera. Mennesket skulle rettleiast og kontrollerast frå vogge til grav gjennom ein dobbel bodskap; fridom og kontroll. Å leva etter dei rette levereglane var ei plikt, både ovanfor seg sjølv og samfunnet. Ein hadde eit moralsk

ansvar som handla om solidaritet, og ikkje påbod i form av lovar og reglar (ibid: 236,169-271).

Også hygienearbeidet i mellomkrigstida kan i følge Schiøtz betraktast som eit storstilt kultiverings og dannelsesarbeid. «*Alle skulle formes i tråd med tidens idealer og forestillinger om hva som best tjente et godt samfunn og et sunt og lykkelig liv*» (Schiøtz & Skaset, 2003: 270). Ideologisk og praktisk var det sosialhygiene og arvehygiene som danna basis for det praktiske arbeidet.

Vi sikter til det som betegnes som funksjonalismen og rasjonalismen, til vitenskapeliggjøringen og standardiseringen, alle retninger som hadde sin glansperiodei 1930-årene og som slo gjennom på de fleste samfunnsområder (ibid:236).

Merksemda vart retta mot samanhengen mellom sosialhygiene og økonomisk kapital, ved at ein såg på menneska som ein kapital og ei produktiv eining (Martinsen, 2008: 164-166). Befolkningskvalitet vart eit omgrep som fekk fokus i helsepolitisk debatt mot slutten av 1800 talet. «*En sterk nasjon trengte ikke bare mange mennesker, men også sterke og sunne mennesker*» (Schiøtz & Skaset, 2003: 101). Dette synet vart også sterkt gjeldande i etterkrigstida i samband med oppbygginga av velferdsstaten (jf. kap. 3.4.1 og 3.4.2).

3.5.2 Moderne sjukepleie si fundering i den biologiske kroppen

Den moderne faglærte sjukepleia som oppstod i siste halvdel av 1800-talet var prega av både naturvitskapleg tenking, hygienetenking, samfunnsengasjement og kall. Både legar og prestar ville ha kontroll over fagutdanna sjukepleiarar og bruka dei i sitt virke. Eitersom ein sunn kropp vart naturvitskapleg legitimert, vart god omsorg likeleis omdefinert med støtte frå vitskapen, og fjerna meir og meir frå det religiøse fundamentet (Schiøtz & Skaset, 2003: 101, 225). Faglært sjukepleie oppstod i dette spenningsfeltet. Kva sjukepleiarane skulle dokumentera av data om pasientane, hang nøye saman med kva rolle sjukepleiarane skulle fylla. Nedanfor vil eg presentera ulike retningar som prega oppkomsten av moderne sjukepleie.

Den som vert rekna som grunnleggaren av moderne sjukepleie er den engelske sjukepleieren Florence Nightingale (1820-1910) (Boge, 2011: 26; Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 26; Sydnes i Birkelund, 2001: 78 - 79). Ho var ein del av den engelske helsereformrørsla *Sanitation Movement*, som argumenterte for at det var både samfunnsnyttig og produksjonsfremjande å syta for betre levekår for fattigfolk. Nightingale hevda at gode hygieniske tilhøve var avgjerande for god folkehelse (Boge 2008: 40). Saman med Edwin

Chadwick¹⁰ (1800-1890) var ho kritisk til legevitskapen og denne si manglande interesse for folkehelse og sosiale problem. Legevitskapen var meir ute etter å forska på sjukdom enn å utrydda han. Ho hadde eit ambivalent forhold til bakterieteorien som ho skulda for å vera altfor passiv i høve til miljøspørsmålet. Som andre medlemmer av «*The Sanitation Movement*», hevda ho at epidemiar skuldast miasmar¹¹. Medan tilhengarane av bakterieteori hadde eit biologisk og naturvitskapleg perspektiv på sjukdom og manglande helse, hadde miasmatikarane ei sosiologisk og økologisk oppfatning av dei same fenomena. Nightingale var ein ihuga statistikar, då ho meinte statistikk kunne bidra med eksakte resultat av våre erfaringar. Statistikken kunne nyttast både i utdanning og organisering av helsestellet. Ho var særleg oppteken av dårlege sosiale tilhøve i engelske storbyar, der anslagsvis 20% av befolkninga lidde av fattigdom og hunger rundt 1850. I følgje Sydnes vert Nightingale rekna som ein av samfunnsvitskapen sine pionerar og helsereformatorar, saman med Edwin Chadwick (2001: 88-100). På mange måtar kan ein seia at Nightingale stod for ein motpol til det legevitskaplege synet på sjukdom, og representerte dermed ei anti medisinsk tenking. I følgje Nightingale skulle sjukdom bekjempast ved å betra dei sosialhygieniske tilhøva, og ved å gjera individa i stand til å hjelpa seg sjølv. Nightingale ønska å utdanna så mange sjukepleiarar som mogeleg. Desse skulle reformera helsestellet i høve til sanitære prinsipp (ibid.: 80,90).

Sjølv Nightingale måtte ri to hestar på same tid. Ho levde i ei tid der sjukepleia i større og større grad vart brukt som assistanse til medisinsk behandling, og også ho måtte hevda absolutt lydndad og lojalitet ovanfor legen og den biologiske medisinen (Nissen & Martinsen, 2000/1877: 189; Sydnes i Birkelund, 2001: 95-100). Dette kan vera bakgrunnen for at det var den biologiske delen av den medisinske kunnskapen, og ikkje den sosialmedisinske eller økologiske kunnskapen som får plass i sjukepleiedokumentasjonen denne perioden. Det var samfunnslekamane som skulle gjerast til objekt for vitskapen, og det var samfunnslekamane som måtte disiplineras til meir helsebringande praksisar ved hjelp av objektiverande viten. Slike strategiar kunne understøttast ved hjelp av objektiverande viten og var truleg mindre kostnadskrevjande enn store sosiale reformer.

¹⁰ Drivkrafta bak Sanitation Movement

¹¹ Miasmelæra tek utgangspunkt i at smittestoffet er relativt harmlaust og at andre føresetnadar må vera tilstade dersom sjukdom skulle spreia seg. Smittestoffet – *miasmaet*, trivds spesielt godt i skitt og lort, i ekskrementar og animalske utdunstingar og spreidde seg gjennom utdunstingar frå den sjuke sitt andedrett, hud og gjenstandar som hadde vore i kontakt med den sjuke. Skulle ein kjempa mot sjukdom, måtte ein fjerna desse uheldige omstenda (Schiøtz & Skaset, 2003: 30).

Ei anna retning som hadde påverknad på moderne faglært sjukepleie var diakonirørsla. Rikke Nissen som var forfattar av den første læreboka i sjukepleie, var sjølv inspirert av både hygieneteori og det liberale kvinnesynet til Nightingale. Det var også denne rørsla som først kunne forsyne den moderne medisinske klinikken med faglærte sjukepleiarar. Den første fagutdanninga i sjukepleie i Noreg vart etablert i 1868 av Christiania indremisjon. Den vart redninga når det norske samfunnet brått hadde behov for faglært sjukepleie (Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 38).

Diakonisseanstalten i Kristiania var oppretta som ein modell av Kaiserwerthanstalten i Tyskland, med sin strenge disiplin og mannlege leiing. Diakonisseanstalten sin omsorgsideologi var tufta på kristen kjærleiksgjerning. Den var også sterkt prega av den Johnsonske vekkinga, som hadde rot i underordningsteori og pietistisk kallforståing i høve til sosiale spørsmål (Nissen & Martinsen, 2000/1877: 269-286). Dette påverka sjølvstilt innhaldet i diakonissegjerninga. Ho skulle vera ein viktig kristen rollemodell, utøva sjukepleie, og ho skulle «predikera» den sanne trua. Alt dette under leiinga av ein prest. Som rollemodell skulle ho vera eit synleg døme på korleis den danna kvinna posisjonerte seg i samfunnet, der fromheit og lydnad var ideala. Diakonissa sitt kall innebar å underordna seg menn sin mynde. Ho skulle vera mannen og presten sin medhjelpar og utøva morsrolla i høve til pasientane. Ho skulle vera «*menighetsmoder*» som skulle få fattige og sjuke menneske til å venda seg mot Gud, og såleis bli inspirert til sjølv å betra dei sosiale kår sine (Martinsen, 1984: 68-93). Å leva etter dei rette levevanane vart sett på som både eit åndeleg og moralsk ansvar. Sunne og rette levevanar var naturvitskapleg legitimert og fremja ved hjelp av detaljerte oppskrifter på korleis ein skulle te seg i livet. Også denne retninga prioriterte disiplinerte tiltak framfor sosiale reformer.

I ein samfunnshistorisk kontekst prega av befolkningsauke, urbanisering, industrialisering med påfølgjande konsekvensar i form av fattigdom, naud, epidemiar, endra familiestrukturar og lettsindig umoralsk framferd, vart diakonissa som presten sin medhjelpar ein viktig aktør i disiplineringa av befolkninga. Til å forma samfunnsnyttige samfunnslekamar, trong ein objektiv kunnskap for å kunna opplysa og læra samfunnslekamane oppskrifter på korleis god hygiene og sunne livsstilar kunne praktiserast.

Nissen tok til tale for eit kvinnesyn der kvinne og mann hadde eit komplementert forhold. I følgje Nissen hadde mannen som lege og kvinna som sjukepleiar kvart sitt avgrensa og sjølvstendige arbeidsfelt (Nissen & Martinsen, 2000/1877: 279-281). Nissen sine tankar

omkring komplementariteten i arbeidsdelinga mellom kjønna fekk ikkje det gehøret ho ønska, korkje frå søstrene sjølv, legane eller samfunnet elles. Den patriarkalske samfunnsordninga gjorde det naturleg for sjukepleiarane som var kvinner å underordna seg både prestane og legane (som var menn) sin mynde. Det var menn som var eigarar av den rette kunnskapen (den objektivistiske og naturvitskapelege kunnskapen). Omsorgsdimensjonen fekk ingen plass, heller ikkje i sjukepleiarane sine rapporteringar.

Nissen sitt tankegods vart lagt heilt brakk då legane tok ansvar for utdanninga av sjukepleiarane og for lærebøkene. Diakonisseanstalten i Kristiania vart forma ut frå legane sitt behov for assistentar, framfor det tankegodset Nissen representerte (Martinsen, 1984: 54, 66). Aina Schiøtz skriv:

Sykepleien var med dette helt og holdent blitt en del av legenes prosjekt, og det skulle ta atskillige år før Rikke Nissens ideologiske tankegods igjen ble gyldig (Schiøtz & Skaset, 2003: 160).

Prestane ønskte diakonissene inn i sitt prosjekt, men fekk konkurranse frå legane. Legen sitt fag vart sett på som eit vitskapleg fag basert på positivistiske idealar, medan religion som metafysikk ikkje var eit anerkjent epistemisk område innan vitskap. I diskursen omkring sjukepleia sitt faglege fundament vart den religiøse delen tona ned, eller berre tillate dersom sjukepleiarane fullt og heilt anerkjende legen som overordna. Det vart etter kvart denne yrkesgruppa som fekk størst makt over dei faglærde sjukepleiarane (Boge, 2011: 27; Hedegaard-Larsen, 2006: 284-286). Moseng skriv dette:

Vilkårene for utvikling av sykepleie som et meir eller mindre autonomt fag, og for ideer om sykepleiens egenart, hadde trange vilkår innenfor et system der legene, forvalterne av behandlingsregimene og av det medisinske ansvaret, i utgangspunktet betraktet sykepleiere som sine underdanige hjelpere (Moseng & Norsk sykepleierforbund, 2012: 25).

Både Nissen og Kaurin sine utleggingar kan tyda på at sjukepleie vart sett på som noko anna og eksplisitt i tillegg til å understøtta legen si verksemd: «*Sygepleien er af saa stor vigtighed, at mangen Gang den Syges Liv eller Død kan være avhengig af den*». (Kaurin, 1879: 7, Schiøtz & Skaset, 2003: 161). Likevel vert ikkje dette omtala i dei første lærebøkene i samband med dokumentasjon. *Sygepleien* vart truleg sett på som ein naturleg del av den kvinnelege omsorga. Det var ein kompetanse sjukepleiaren hadde i kraft av å vera kvinne, og i kraft av den danninga ho hadde fått som sjukepleiar. Det var data om den biologiske kroppen som var viktig å dokumentera, fordi det var slike naturvitskapelege data som skulle gi grunnlag for objektivierende viten. Kunnskap basert på vitskapelege funn og normalstandardar, kombinert med rettleiing og opplysning, skulle få bukt med ei rekke sjukdomar. På bakgrunn

av dette vart diakonissa forma til legen sin lojale medhjelpar i utvinning av sikker og objektiv viten.

3.5.3 Sjukepleie som behandling

Kari Martinsen seier i boka *Omsorg sykepleie og medisin* (2008) at kunnskapsidealet i sjukepleia endrar seg i 1940-åra. Dette skjer samtidig som dei nye lærebøkene til Jervell vert utgiven. Handverket i sjukepleia er blitt meir og meir spesialisert og sjukepleiaren får delegert fleire oppgåver frå legen. Sjukepleie vert enda tydelegare knytt til behandlingsmedisin. Omsorgsidealet vert endra til ei behandlande sjukepleie med mål om å gjera pasienten frisk. Både kunnskapsidealet og fagautoriteten i sjukepleia endrar seg:

Fra å legitimere den faglige dyktighet gjennom en personorientert praksis med klare innebygde omsorgsverdier, ble en medisinsk-teknisk kunnskap mer dominerende (Martinsen, 2008: 124).

Omsorg som tidlegare var relatert til haldningar og på måten pleia vart utført, vert i følge Martinsen nå relatert til ein behandlingsmetode. Når omsorg vert ein behandlingsmetode, vert dei tekniske arbeidsoppgåvene lett dei dominerande. Danninga som sjukepleiar, noko som til dømes var ein stor del av diakonissa si utdanning, og sjukepleiaren sine eigenskaper og personlegdom, vert tona ned (ibid.: 118-120). Ved inngangen til 1960-åra vert spesialkompetanse bygd på medisinsk-teknisk rasjonalitet det viktigaste grunnlaget for sjukepleiefaget. I læreboka til Jervell står det:

Gjennom erfaring og metodisk arbeid har den moderne sykepleie nådd et høyt nivå. Den er ikke lenger i første rekke en barmhjertighetsgjerning, den representerer et fagarbeid med en omhyggelig utarbeidet teknikk, og av den som skal utøve den, kreves kunnskap, dyktighet og erfaring (Jervell, 1944: 2).

At synet på sjukepleie endra seg, vart ein del av vitensgrunnlaget som støtta opp under normene for sjukepleiedokumentasjon, slik dei vart omtala i norske lærebøker i sjukepleie i etterkrigstida. Sjukepleie og særskild stellet fekk frå no av plass i sjukepleiarane sine rapportar.

Oppsummering

I dette kapitlet har eg analysert normene for sjukepleiedokumentasjon slik dei vert presentert i lærebøker i sjukepleie frå 1877 og fram til 1974. Eg har også analysert fram mulighetsbetingelsane for desse normene i lys av storpolitisk, helsepolitisk og sjukepleiefagleg kontekst, samt viten som kunne understøtte desse normene.

Analysene viser at i perioden frå 1877 til 1941 vart sjukepleiarane opplært til å rapportera biologiske og fysiologiske data om kropp og sjukdomsforlaup til legane. Legane hadde ansvar for å vidareformidla slike data til styresmaktene gjennom sine medisinalberetningar. Dette genererte objektiverande kunnskap som helsemyndigheitene kunne nytta til å styra folk utanfrå (ytre disiplinering). Legane vart utpeikt som myndigheitene sin forlenga arm i helsepolitiske spørsmål, og fekk i praksis ansvar for å overvaka og kontrollera folkehelsa. Den politiske interessa for data om kropp og sjukdom kan forståast i lys av dei store samfunnsomveltingane rundt århundreskiftet. Industrialisering, urbanisering og auka sosial mobilitet, truga folkehelsa og medførte store klasseskilnader. Det oppstod ei gruppe med sjuke, fattige og uproduktive samfunnslekamar som utgjorde ein trussel for samfunnet si bereevne.

I perioden 1941 til 1974 skulle sjukepleierrapporten innehalda data om stellet i tillegg til biologiske og fysiologiske data om kropp og sjukdom. Den storstilte utbygginga i sjukehussektoren, og behandlingsmedisinen sin framvekst, knytte sjukepleia enda sterkare til behandlingsmedisinen. Samtidig vaks talet på sjukepleiarar. Det vart eit heilt sjukepleiekollektiv som skulle rapportera sentrale data til legen. Den skriftlege rapporten vart eit viktig kommunikasjonsverktøy mellom sjukepleiarane, medan rapport frå sjukepleiar til lege framleis føregjekk munnleg. Fagekspertisen nytte stor respekt og legane sat fortsatt på dei fleste posisjonane i både lokal og sentral helseadministrasjon.

I perioden frå 1877 til 1974 var det først og fremst biologisk viten om kropp og sjukdom som støtta opp under normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis, men kunnskapsidealet i sjukepleie endra seg i etterkrigstida. Sjukepleie med mål om å gjera pasientane frisk, vart frå no av sett på som behandling også frå ein helsepolitisk ståstad. Dette kan vera bakgrunnen for at også «sjukepleiefaglege data»; i form av detaljar om stellet, vart sett på som ein viktig del av sjukepleiarane sin dokumentasjon.

4 Dokumentera subjektive styringsdata

I dette kapittelet argumenterer eg for at føremålet med sjukepleiarane sin dokumentasjon i perioden 1974 og fram til i dag, først og fremst har vore å dokumentera subjektive data om pasientane. Det har vore viktig å få fram pasientane sine egne opplevingar og kva konsekvensar sjukdom har hatt for den enkelte sitt liv. Like eins har det vore viktig å få fram korleis enkeltindividet har meistra sjukdom eller andre helsemessige utfordringar.

Argumentasjonen er basert på analyser av lærebøker i sjukepleie frå 1974 og fram til lærebøkene som vert brukt i dagens utdanning av sjukepleiarar. Til liks med kapittel 3, drøftar eg tilhøvet mellom dokumentasjonsnormene slik dei vert framstilt i lærebøkene i denne perioden (oppkomstanalyser). Deretter analyserer og drøfter eg normene i lys av herkomst. Herkomst vil i dette høvet seia dei samfunnsmessige betingelsane som gjorde det mogeleg for dokumentasjonsnormene å gjennomgå ein transformasjon. Herkomst betyr også analyser av viten som har støtta opp under dei nye normene som oppstod. Analysane av herkomst er basert på analyser av historiske tekstar som beskriv storpolitiske -, helsepolitiske- og fagpolitiske tilhøve, samt gjeldande kunnskapssyn (viten) som kunne gjera det mogeleg for dei nye dokumentasjonsnormene å oppstå. I dette kapittelet er også eit utval av offentlege skriv blitt brukt til å analysera fram herkomst. Analysane og drøftingane er gjort i forlenging av Foucault sin dispositive metodologi med tilhøyrande analyseteknikkar (jf. kap. 2.3.1).

4.1 Perioden 1974 – 1995: Sjukepleiarane skulle dokumentera subjektive data om pasientane sine opplevingar av sjukdom og helsesvikt.

Analysane mine viser at normene for kva sjukepleiarane skal dokumentera av data om pasientane, endrer seg i lærebøkene til den amerikanske sjukepleiaren Pamela Mitchell (1974). Desse var i bruk i utdanninga av norske sjukepleiarar på 1970- og 80-talet. Allereie på 60-talet har det skjedd ei utvikling der sjukepleiarane vert oppfordra til å vurdere og dokumentera pasientane sine individuelle behov for hjelp og pleie (jf. kap. 3.3). Denne tendensen kjem sterkare fram i denne nye lærebokserien. Frå no av skal sjukepleiarane leggja vekt på subjektive opplysningar om pasientane sine, framfor biologiske og fysiologiske data om den sjukdomsramma kroppen. Pasientane endrar seg frå å vera eit observerbart objekt til å bli eit erkjennande subjekt, der pasientane sine eigne subjektive opplevingar av sjukdom og behov for sjukepleie vert viktig å dokumentera.

I dette læreverket vert omgrepet *sjukepleiediagnose* introdusert. Medan det i tidlegare bøker har vore fokusert på sjukepleiaren sitt bidrag i legen sitt diagnosearbeid, er det no sjukepleiaren som skal foreta eigne sjølvstendige vurderingar. Ut frå desse, og på bakgrunn av dei data ho systematisk skaffar seg om pasienten, skal ho formulera ein sjukepleiediagnose. Denne sjukepleiediagnosen vert vurdert ut frå det sjukepleiaren har lært om normaltstandar og avvik frå desse.

Sykepleieren må kunne observere systematisk, ta standpunkt til hvilke informasjoner og observasjoner som er viktige i det enkelte tilfelle, og sammenligne disse med standarder og normer (Mitchell, 1974: 109).

Datasamlinga skal inkludera både intervju med pasient eller andre nærstående, observasjonar, undersøking og rådslaging med anna helsepersonell. Sjukepleiarane bør framleis samle inn objektive data, men hovudfokuset er på humanistiske data. Det vil seia korleis pasientane sjølv opplever det å vera ramma av sjukdom eller mangelfull helse. Slike data skal sjukepleiaren innhenta ved å intervju pasienten.

Vurdering av pasienten si evne til å fungera er sentrale opplysningar og omfattar både fysiologiske, psykiske og sosiale data. I læreboka presenterer Mitchell ein modell for denne sjukepleievurderinga. «*Den kan være en hjelp til klar og ordnet tenkning og til systematisk vurdering for å komme fram til sykepleiediagnose*» (ibid.: 112). Ho kritiserer tidlegare metodar for datainnsamling, og meiner at sjukepleiaren kan gå glipp av viktige data dersom datasamlinga føregår samtidig med pleia av den sjuke, slik til dømes Grøn og Widerøe hevda (Grøn & Widerøe, 1921: 78, jf. kap. 3.1). Pasienten sin tilstand må vurderast systematisk, og ein må ha effektive hjelpemiddel. Modellen Mitchell presenterer inneheld ei oversikt over områder for sjukepleievurderingar som til saman består av 200 punkt (Mitchell, 1974: 114-120). Desse er meint å vera rettleiande for sjukepleiaren si datasamling. Mitchell introduserer her verktøy til datainnsamling. Desse verktøya skal hjelpa sjukepleiaren til å gjera dei rette observasjonane, og dermed også dei rette rapporteringane. Verktøya er fundert på sjukepleiefagleg tenking, noko eg skal koma attende til i kapittel 4.5.

Når Mitchell snakkar om funksjon, tek ho utgangspunkt i korleis sjukdomen verkar inn på pasienten si evne til å fungera og dreg samanlikningar til korleis funksjonsevna var før pasienten vart sjuk. Ved å samanstillast pasienten sine subjektive opplevingar med objektive data om sjukdomen, får ein dokumentert korleis bestemte sjukdomsfenomen kan opplevast ulikt avhengig av kva subjekt som vert ramma. Ein må vite kva meining subjektet tillegg sjukdom, for å kunna utvikla kunnskap om korleis ein best kan få subjektet til å førebygga sjukdom (subjektiverande viten, jf. kap 2.2.1). Det er sjukdomen sine konsekvensar for pasienten si evne til å fungera som dannar grunnlag for vurderinga av sjukepleiediagnosen. Diagnosen skal utarbeidast i ein nær relasjon mellom pasient og sjukepleiar. Sjukepleiaren vurderer pasienten sitt funksjonsnivå ut frå den fagkunnskapen ho har om normaltillar, medan pasienten gjer sine vurderingar ut frå egne normative vedkjenningar om funksjonsnivå. Pasientane sine vurderingar vert det viktigaste.

I all sykepleie er det pasientens oppfatning og opplevelse som skal legges til grunn for tiltak, ikke sykepleierens tolkning av dem (ibid.: 124) og Sykepleierens problem er derfor identisk med pasientens problem (ibid.: 110).

Slik vert pasienten delaktig i eigen probleidentifisering og i utforming av tiltak. Læreboka vier difor kommunikasjon og intervju mellom sjukepleiar og pasient stor plass. Mange undersøkingar har vist at kontinuerlig rådslaging med pasienten gir langt meir effektiv sjukepleie, enn når sjukepleiaren berre handlar på eigen hand.

Sykepleieaktivitetene bør baseres på den grunnleggende forutsetning at voksne mennesker vet hvilke behov de har, og vet hva de ønsker og vil (ibid.: 139).

Ho seier vidare at dette er ein heilt anna måte å tenka på for sjukepleiarar som til no har brukt år på å læra om pasienten sine behov og korleis ein skal kunna koma desse i møte. På bakgrunn av data- og problemanalysen, kan sjukepleiaren stilla ei korrekt sjukepleiediagnose, og ut frå denne planlegga effektive sjukepleietiltak. Med effektive sjukepleietiltak meiner ho tiltak med størst mogleg grad av måloppnåing. Denne prosessen krev systematisk arbeid, der ein innlemmar både vitenskapleg kunnskap og erfaringskunnskap. Planlegginga av effektive sjukepleietiltak leier fram mot ein sjukepleieplan, noko Mitchell definerer som «*summen av de tiltak en setter i verk for å hjelpe pasienten med hans problemer*» (ibid.: 168). Kwart problem må analyserast og løysast, og det må utarbeidast klare kriteriar for måloppnåing. Dette er ein problemløysande metode som Mitchell også hevdar er samanfallande med vitenskapleg metode. Den omfattar følgjande punkt:

1. Identifisering av sjukepleieproblem
2. Gjennomgang av innsamla data
3. Formulering av langsiktige og kortsiktige mål
4. Prioritering av problemløysande aktivitetar
5. Forslag til tiltak for kvart problem
6. Prøving av tiltak
7. Justering av planen
8. Vurdering av resultat

(ibid.: 154).

Dette er ein metode som vert innført på svært mange samfunnsarenaer på 1970-talet (jf. problembasert læring), og som heng saman med nye måtar å styra samfunnet på. Dette kjem eg attende til i kapittel 4.4.1.

Sjukepleiarane kan, i følgje Mitchell, lettare identifisera og løysa pasientproblem dersom dei nyttar eit vitenskapleg rammeverk. Ein vil lettare kunna vurdere effektiviteten av det ein gjer og velja ut dei tiltaka som verkar framfor dei som ikkje verkar (ibid.: 108). Skriftleg rapport om

diagnose, behandling, sjukepleietiltak og vurdering vil vera heilt naudsynt, då sjukepleieplanen er meint å vera under kontinuerlig utvikling. Spesielt viktig er dette når det er fleire personar involvert i behandlinga og pleia av pasienten (ibid.: 173).

Mitchell anbefaler ein rapport som set pasienten sine problem i sentrum, framfor den tradisjonelle kjelderreporten som refererer til andre kjelder. Døme på slike andre kjelder er legen sine forordningar eller laboratoriefunn. Den problemorienterte rapporten skal gi klare direktiv for kva som er god pleie for pasienten, samtidig som den skal referera til problemområda som er definert. Slik vert pasienten sett i sentrum for all omsorg, ved at ein vert meir oppteken av pasienten sine individuelle problem, enn sjukdom og behandling. Samtidig gjer systematikken det lettare å kode data for bruk ved EDB lagring. Dette gjer mellom anna data lettare tilgjengeleg for statistisk bearbeiding og forskning (ibid.: 174). Problemorienteringa gir sjukepleiarane eit felles språk, og rapportforma vil betra kommunikasjon mellom sjukepleiarane, ved at den vert meir målretta og konkret;

De har altfor ofte brukt en tilfeldig nedtegning av data, som har mest med det medisinske problem å gjøre. Konklusjoner blir oftest utelatt. Den tiden burde nå være forbi. Sykepleierne må komme fram til konklusjoner og formulere dem skriftlig på grunnlag av data. Den problemorienterte rapporten gir sykepleierne en logisk måte å organisere data på en slik måte at de blir en støtte både for vurdering, sykepleiepraksis og konklusjoner (ibid.: 177).

Ved innføringa av Pamela Mitchell sine lærebøker og tenking omkring sjukepleie, står vi ovanfor ein transformasjon i måten sjukepleiarane dokumenterer på. Den sterke alliansen mellom lege og sjukepleiar vert viska ut. Sjukepleiedokumentasjonen får i oppgåve å spegla sjukepleia sin sjølvstendige funksjon, framfor å støtta opp under legen sitt virke. I Pamela Mitchell si tenking kring sjukepleie, har sjukepleiaren ein mykje meir sjølvstendig funksjon i høve til å velja ut kva som er viktige data kring pasienten, og i høve til å stilla ei sjølvstendig diagnose. Men denne diagnosen er det pasienten som er herre over. Det er pasienten sjølv som veit best kva problemet er, kva behov dei har og kva dei ønskjer og vil. I staden for å underordna seg legen, underordnar sjukepleiaren seg no pasienten. Slik kan ein tenkje seg at det føregår ei deprofesjonalisering i staden for ei profesjonalisering, slik intensjonen er. Alliansen sjukepleiar – pasient trer sterkare fram og sjukepleiaren sitt blikk vert retta mot pasienten sitt tilhøve til seg sjølv framfor sjukdomane sine manifestasjonar i pasienten sin kropp. Samtidig skal dokumentasjonen vise til konklusjonar, det vil sei konsekvensane sjukdomen har for den enkelte pasient (individuell erkjenning av sjukdom). På den måten får sjukepleiaren dokumentert viktig subjektiv viten som seinare kan nyttast i sjølvdisiplinerande

prosessar (jf. kap. 2.2.1). Det er dette Mitchell legg i sjukepleia sin særeigne funksjon, og som er i samsvar med den amerikanske sjukepleiaren Virginia Henderson sin definisjon på sjukepleie (jf. kap. 4.5.3).

Sjukdomen sine individuelle konsekvensar kjem til uttrykk ved individuelle behov for helsehjelp. Det er dette som vert viktig å få fram i sjukepleiarane sin dokumentasjon. Slike data får forrang framfor legen sine forordningar eller andre medisinske opplysningar, slik det tidlegare har vore gjort i det Mitchell kallar den kjeldeorienterte rapporten. Det er sjukepleia sitt faglege rammeverk (jf. kap. 4.5.3 og 4.5.4) og ikkje lenger legen som skal gi direktiv på kva sjukepleiaren skal observera og dokumentera av data om pasienten.

Kva som skil sjukepleia sin særeigne funksjon frå medisinsk behandling kjem ikkje tydeleg fram ut frå Mitchell sine framstillingar. Både sjukepleia og behandlingsmedisinen har som mål å gjera pasienten frisk og dermed også oppnå eit høgare nivå av eigenomsorg. Truleg meiner Mitchell at pasienten i eit sjukepleiefokus er ein aktiv medspelar, medan medisinen gjer pasienten til ein passiv mottakar av medisinsk behandling (jf. kap. 4.5.2). I eit forsøk på å tydeleggjera sjukepleia sin *særeigne funksjon*, vert dermed sjukepleiarane sin legeassisterande funksjon betydeleg tona ned. Dette kan tyde på at subjektive data og dokumentasjon av brukarmedverknad, altså effekten av at pasienten er delaktig i eiga helsefremjing (sjølvdanning), på dette tidspunktet vert prioritert framfor objektive data (jf. kap. 2.2.1). Det er desse konklusjonane som vert viktig å få fram. Ein systematisk problemorientert rapport skal bidra til dette.

Medan NSF sin lærebokserie fokuserer på pleiefellesskapet si betydning for å få ei heilskapleg forståing av pasienten, fokuserer Pamela Mitchell på systemet si betydning. Ein systematisk datainnsamling skal sikra at det er dei rette og betydingsfulle data som vert nedskreven. På bakgrunn av ei god datainnsamling og klar og nøyaktig dokumentasjon av sjukepleietiltak, kan tiltaka utførast av andre, anten ein er sjukepleiar eller anna yrkesutøvarar med tilstrekkeleg kompetanse;

Sykepleieren stiller altså diagnose, foreslår tiltak og vurderer dem, men hun behøver ikke alltid være den som setter dem i verk (ibid.: 169). Og Når sykepleietiltak utføres av flere, er det viktig at alle forstår nøyaktig hva de har å gjøre, hvordan og når det skal gjøres, og hva som skal rapporteres om det som er gjort (ibid.: 170).

Dokumentasjon av sjukepleie har med Mitchell sine lærebøker fått ein større plass i den teoretiske utdanninga av sjukepleiarane. Dette er fordi dokumentasjonen, og da spesielt

dokumentasjon av sjukepleieprosessen, skal bidra til å laga eit skile mellom sjukepleie og medisin. I alle høve i teorien. Denne utviklinga fortset i dei neste lærebøkene.

Nedanfor viser eg ein oversikt over normene for sjukepleiedokumentasjon (rapport) slik dei vert omtala i norske lærebøker i sjukepleie i perioden 1974 til 1995.

Kva skal rapporterast/dokumenterast?	I kva form?	Kva føremål?
<p>Pasienten sine subjektive opplevingar og erkjenningar av sjukdom og helsesvikt</p> <p>Objektive data basert på sjukepleiaren sine observasjonar</p> <p>Pasienten si evne til å fungera; fysisk, sosialt og mentalt</p> <p>Sjukepleiediagnosen</p> <p>Skriftlege pleieplanar som bygg på trinna i sjukepleieprosessen (pasientproblem/sjukepleiediagnose, sjukepleietiltak, mål og evalueringa va tiltak og måloppnåing)</p>	<p>Kun den skriftlege forma vert omtala</p> <p>Systematiske nedteikningar av gyldige data ut frå ein datainnsamlingsguide på 200 punkt</p> <p>Sjukepleieplan basert på ein problemløysande metode og vitskapleg rammeverk</p> <p>Problemorientert rapport</p> <p>Kardex</p>	<p>Grunnlag for statistisk bearbeiding og forskning</p> <p>Sikre brukarmedverknad og pasientfokus.</p> <p>Ei individuell tilpassing av sjukepleia/helsehjelpa</p>

4.2 Tilhøve i samfunnskonteksten som mogleggjorde ei forventning om at sjukepleiarane skulle dokumentera subjektive data.

Mulighetsbetingelsane for at normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis gjennomgjekk ein transformasjon på 1970-talet, har i stor grad røter attende til 50-60-talet. Den store ekspansjonen som skaut fart i helsevesenet på den tida, hadde kosta både pengar og menneskelege ressursar. Til tross for auka velferd for alle, hadde ein ikkje klart å få bukt med sjukdom og manglande helse. Tvert om dukka det opp nye utfordringar i kjølvatnet av velferdssamfunnet. Dette vart etter kvart oppfatta som eit problem, men det tok nokre tiår før bremsane vart sett på, og nye måtar å møte utfordringane på vart sett i verk. Desse nye strategiane vart henta inn frå utlandet og var prega av nyliberalistiske strømmingar. Også sjukepleiefaget sin identitet vart problematisert i 60-åra, men på 1970-talet vart det viktigare enn nokon gong å finna svar på kva sjukepleie var vis à vis andre profesjonar. Som eit resultat av spesialiseringa innan helsevesenet, hadde det kome til mange nye yrkesgrupper som truga sjukepleia sin identitet som eineståande fag. Desse hadde overteke arbeidsoppgåver som tidlegare hørde sjukepleievirket til (hjelpepleiarar, bioingeniørar, radiografar osv.). Nedanfor

skal me sjå nærare på desse storpolitiske -, helsepolitiske- og fagpolitiske tilhøva som kunne gjera det mogeleg for dei nye dokumentasjonsnormene å gjennomgå den transformasjonen som eg har greidd ut om ovanfor. I den samanhengen vert det naudsynt å dra linjene nokre tiår attende i tid.

4.2.1 Ein stat i krise

Helsesektoren sin del av brutto BNP (bruttonasjonalprodukt) vart meir enn fordobla i perioden frå 1950-1976, og tok ein så stor del av samfunnets ressursar at bremsane måtte setjast på. Likevel steig utgiftene med 283% i perioden frå 1972 -1982. I 1970 tok sjukehussektoren heile 75% av helsevesenet sine midlar (Schiøtz & Skaset, 2003: 351,375). Denne veksten kunne skje i økonomiske framgangstider der norsk oljeøkonomi skapte ein økonomisk vekst utan sidestykke. Historikaren Berge Furre seier i boka *Norsk Historie 1914-2000* at «Ein mentalitet av Krøsus-forventning spreidde seg i det tradisjonelt puritanske fjellandet» (Furre, 2000: 227). Det offentlege forbruket auka årleg 7% i gjennomsnitt i åra 1974-1980. Noreg vart avhengig av ein oljebasert økonomi som også var sårbar for svingande oljeprisar. Dette bar både 70- og 80- talet preg av. Overgangen til 80-talet var prega av økonomiske krisetiltak og aukande arbeidsløyse. Arbeidslivet hadde endra seg frå å ha vekt på produksjon til å ha fleire tenesteytande næringar. Dataalderen som gjorde seg gjeldande på 1970- 80-talet, automatiserte arbeids- og produksjonsprosessar, og vart også eit trugsmål for framtidig arbeidsliv for enkelte. Mange vart sortert ut av arbeidslivet, medan dei som hadde trygt arbeid og inntekt oppnådde auka velstand. Dei sosiale skilnadene steig og forbruket av uføretrygd, sosialhjelp og arbeidsløysetrygd auka (ibid.: 237-241, 271-273). Dette vart eit nytt trugsmål mot ein berekraftig stat.

4.2.2 Frå fagleg styring til folkestyrt helsestell

Den formidable veksten som hadde teke stad i helsesektoren korrelerte med ei samstemt oppfatning av at investeringar i offentleg helsestell ville gi samfunnsøkonomisk gevinst (Schiøtz & Skaset, 2003: 309-318). Utfordringane og problemstillingane helsevesenet skulle løyse opphøyrd ikkje av den grunn. Heller tvert om. Nye problemstillingar oppstod og folket krov meir og meir. Ein ny mentalitet blant folket vaks fram samtidig med den nyliberalistiske bølga på slutten av 1970-talet (Skaset i Schiøtz & Skaset, 2003: 534).

Det nye moderne samfunnet med si offentlege og private velstand, teknologi og nye livsstilar resulterte i nye helseplager. Dei såkalla livsstilssjukdomane akselererte, og har vore det dominerande trugsmålet mot folkehelsa sidan den tid. Dei viktigaste av desse var hjarte- og karsjukdomar og kreft (hjarteinfarkt utgjorde 50% av dødsårsakane i 1976). Også veksten i

kroniske lidningar som psykiske lidningar og muskel- og skjelettsjukdomar var alarmerande og kosta samfunnet mange pengar. Dette påverka politiske prioriteringar. Merksemnda vart retta bort frå sjukdomar som forårsaka tidleg død, til meir langvarige og kroniske lidningar som påla samfunnet store kostnader (ibid.: 396, 539).

Den storstilte sjukehusutbygginga og spesialiseringa som hadde funne stad på 60-talet hadde fjerna både fokus og pengar frå førebyggjande helsearbeid. Ny velstand og teknologisk utvikling gav nye utfordringar som kan reknast som parallelle til 1800-talets sjukdoms- og helseutfordringar. Til tross for auka budsjett fekk ikkje sjukehusa færre problem dei måtte løysa. Det vart reist spørsmål ved helsesektoren sine stadige krav om meir pengar og personell. Dette medførte at synet på fagekspertisen som best eigna til å leia utviklinga av helsevesenet, vart kraftig redusert. Spesielt vart legeprofesjonen sitt samfunnsmedvit og moral sett i tvil. Dette får konsekvens for politiske styringsmodellar ved til dømes oppløysing av fagstyre (ibid.: 515). I staden skulle folkestyre og desentralisering redde krisa. 1970- og 80-åra vart difor tida for strukturelle tilnærmingar til dei nye risikoproblema og 1970-åra var ein viktig periode i førebygginga si historie (ibid.: 547-548). I følgje Villadsen oppstår dispositivet som eit svar på eit «*sosialt fordøyelsesproblem*», i form av prekære sosiale tilhøve eller problem, som det har som føremål å avhjelpa eller handtera (Villadsen i Gytz Olesen og Blok Johansen, 2011: 291-292). Ein kan godt seie at Noreg opplevde eit slikt sosialt og ikkje minst helseøkonomisk «*fordøyelsesproblem*» frå 1960-talet og utover. Etterkrigstida sin formidable ekspansjon innfor helse- og velferdsstaten hadde kosta. Helsevesenet vart eit sluk og styringsutfordringane stod i kø. Dette gjorde framveksten av ny styringsteknologi mogeleg. Ein måtte tenka nytt og ein ny helsepolitikk vaks fram. Dei nye sjukdomane måtte angripast med nye strategiar. Samfunnslekamane måtte instruerast i meir helsebringande praksisar. Dei måtte sjølv gjera ein innsats i høve til eiga helse, eller dei måtte læra seg å leva med sjukdom som ikkje let seg behandla.

Resultatet av den politiske kursendringa vart deinstitusjonalisering og utbygging av primærhelsetenestene. Primærhelsetenestene gjennomgjekk ei storstilt utbygging under slagord «det er billigare å førebygga enn å kurera» (Schiøtz & Skaset, 2003: 429, 501). Slik førebygging krov ei aktiv deltaking og bevisstgjerjing av samfunnslekamane sjølv. Ansvaret for å halda desse «i øyrene» vart delegert frå sentralt hald til lokale myndigheiter.

Kommunane skulle ha totalansvar for så vel primærhelsetenesta som sosialtenesta, og *LEON-prinsippet* (lågast effektive omsorgsnivå) vart det grunnleggjande mantra.

Kritikken mot helsevesenet som oppstod handla ikkje berre om auka kostnader, men også om at det var ineffektivt og lite brukar- og servicevenleg. Kritikken var også ein del av ein kritikk av staten som vaks fram på 1960 og 70- talet. Staten vart oppfatta som teknokratisk, over regulerande og byråkratisk. Kritikken kom både frå vestresida og nyliberalistisk hald. Løysinga var desentralisering av oppgåver og ansvar. 1970-åra representerer oppbrota sitt tiår der fleire endringsprosessar føregjekk samtidig. Tidlegare autoritetsstrukturar stod for fall. Politiske omorganiseringar førte til maktforskyving også innan det helsepolitiske fagfeltet. Tiåret representerer byrjinga på slutten av legehegemoniet og kåra for sjukepleiarane sin profesjonskamp vert betra (Skaset i Schiøtz & Skaset, 2003: 500-515).

4.2.3 Maktforskyving i helsevesenet

At sjukepleiarane fann rom til å vektlegga profesjonalisering av faget, kan truleg sjåast i samanheng med at legestanden formelt mista noko av autoriteten og påverknaden den tradisjonelt hadde hatt ovanfor sjukepleievirket. Avskaffinga av fagstyre og desentralisering av helsetenestene bidrog til svekkinga av legehegemoniet. Sjukehussektoren var blitt prioritert lenge nok og no stod primærhelsetenestene for tur (Schiøtz & Skaset, 2003: 340).

Kommunehelselova som vart vedteken i 1982 (med verknad frå april 1984) medførte at distriktslegetittelen vart fjerna. Legane mista si tilknytning til staten ved at den faglege og administrative aksene mellom distriktslege, fylkeslege og helsedirektør forsvann. Dei vart i staden kommunelegar under kommunal leiing, og vart ikkje automatisk leiarar for helsetenestene i kommunen. Målet var å samordna helse- og sosialtenestene under eit kommunalt utval som var underordna ei politisk vald nemnd (helse- og sosialstyret). Dette bana vegen for andre yrkesgrupper å delta i og påverka avgjerdsprosessar innan helsesektoren. Det rokka også ved legeprofesjonens tradisjon og identitet som helsevesenet sin frontfigur gjennom tidene (Skaset i Schiøtz & Skaset, 2003: 543-547).

LEON-prinsippet innebar mellom anna auka satsing på Pleie- og omsorgstenester. I 1972 låg det føre retningslinjer for utbygging av heimesjukepleie, og i 1983 vart desse tenestene lovfesta. I tillegg til pleie og behandling i heimen, skulle tenesta verka førebyggjande, og ulike tiltak skulle styrka pasienten si deltaking i omsorgsaktivitetane. Dette skulle avlasta og redusere etterspørselen etter kostbare institusjonstenester. Dei fleste kommunane oppretta eigne Pleie- og omsorgseiningar, der det vart naturleg med sjukepleiefagleg leiing. Med fleire differensierte tenester, også innan primærhelsetenestene, vart legen gjerne berre ståande att som leiar for legetenestene. Den medisinsk- faglege påverknadskrafta på helsevesenet vart meir og meir redusert, medan den politiske styringa vart styrka. Fagekspertisen skulle i

staden vera utgreiarar og rådgivarar for politikarane. Andre yrkesgrupper som juristar, økonomar, samfunnsvitarar eller andre helsefaggrupper fekk samtidig tilgang til legen sine tidlegare oppgåver som å styra, leia, forvalta og kontrollera helsetenestene. Økonomisk administrativ rasjonalitet får forrang føre det medisinske rasjonale (ibid.: 510-515). Når legane vart sidestilt med andre helseprofesjonar, vart dei ikkje lenger einerådande i høve til å forsyna myndigheitene med viktige data om samfunnslekamane si helse. Å vera leiar for helsetenestene innebar også eit sjølvstendig rapporteringsansvar vis à vis statlege myndigheiter.

4.2.4 Pasientperspektivet i dokumentasjonen skulle gjera profesjonell sjukepleie synleg

Aina Schiøtz seier at «nye ideologiske strømnings, utallige kampsaker, sterke politiske motsetninger og idealistiske og samfunnsengasjerte aktører formet 1970-tallet til et oppbruddets tiår» (Schiøtz & Skaset, 2003: 349). Likskapsideologi med vekt på likestilling overtek for patriarkalsk tenking, underordningsideologi og autoritetsstrukturar. Dette får også konsekvensar for relasjonane og maktstrukturane i helsevesenet. Striden mellom legane og sjukepleiarane spissar seg til i 1970-åra med framveksten av ein meir likestillingsorientert og sjølvmedviten sjukepleiarstand (ibid.: 448, 493). Profesjonaliseringa av sjukepleia hadde vore tema sidan NSF vart stifta, men det hadde vore ein lang og kronglete kamp som også involverte få sjukepleiarar utanom NSF. I 1960 kom det ny lov om godkjenning av sjukepleiarar, noko som bidrog til profesjonalisering av faget. Dessutan hadde stivbeinte og autoritære reglar i utdanninga opp gjennom 1960-talet ført til søknad- og rekrutteringssvikt til sjukepleiarutdanninga. Dette passa dårleg med helsevesenet sin ekspansjon og behov for helsepersonell med kompetanse. Både stat og fagforeininga var drivkrefter bak profesjonaliseringa. Det var i velferdsstaten si interesse at sjukepleia utvikla seg i samsvar med samfunnet sitt framtidige behov for helsetenester (Lund, 2012: 95-119). Sjukepleiarane skulle sjølv vera kunnskapsprodusentar (vitens skaparar), og inspirasjon, teori, og forskingsmetodar vart henta frå samfunnsvitskap og humaniora. Ein skulle vitskapleggjera fagets eigenart og oppgåver ved å bygga utdanninga på vitskaplege funderte funn og resultat (Schiøtz & Skaset, 2003: 464). Tema for forskinga burde ha pasientperspektivet som fokus (jf. livskvalitetsforsking), samtidig som den burde bidra til å styrka sjukepleiarane sin yrkesidentitet (Lund, 2012: 241). «Motivasjonen til å hjelpe var ikke lenger kallet og trangen til å hjelpe, men ønsket om å arbeide med mennesker» (Schiøtz & Skaset, 2003: 464). Ein kan seia at motivasjonen vaks ut frå eit samfunnsmedisinsk engasjement.

Konkurranse frå andre yrkesgrupper som hadde oppstått i kjølvatnet av den auka spesialiseringa i helsevesenet, samt myndigheitene sine stadige forsøk på å laga ein trinnvis utdanningsmodell og felles utdanningsplattform for helsefagutdanningane, vart viktige incitament til å verna om faget og gjera sjukepleiefaget synleg som eit eige sjølvstendig fag (Lund, 2012:182-194). Eit verkemiddel var å gjera sjølve sjukepleiefaget synleg i sjukepleiedokumentasjonen (jf. kap. 4.1). Normene for sjukepleiedokumentasjon slik dei vert beskriven i lærebøkene som kjem ut i 1974, speglar dette. Mitchell meiner at den tida er forbi der sjukepleiarane dokumenterer tilfeldige data som har mest med medisinske problem å gjera: «*Sykepleierne må komme frem til konklusjoner og formulere dem skriftlig på grunnlag av data*» (Mitchell, 1974: 177, jf. kap. 4.1). Det er sjukepleiediagnosen og ikkje den medisinske diagnosen som skal dokumenterast og leggest til grunn for effektive sjukepleietiltak. Rapporten skal vera: «*en støtte for både vurdering, sykepleiepraksis og konklusjoner*» (ibid.). Sjukepleiediagnosen vert stilt på bakgrunn av sjukepleiaren sine vurderingar som vert gjort i kontinuerlig rådslaging med pasienten. Det er sjukepleieprosessen som skal dokumenterast framfor legen sine forordningar eller andre medisinske opplysningar. Ved å innta eit subjektivt pasientperspektiv, meiner sjukepleiarane at dei kan gjera sjukepleia synleg som noko distinkt frå medisin. Dette fell saman med nasjonale myndigheiter si interesse av å innhente subjektive data som kan nyttast i disiplineringsarbeidet (sjølvdisiplinering). Når ein skal definere sjukepleiefaget ut frå slike kriteriar, vert det som å beskrive «Keiserens nye klær». Frå å kvitta seg med «legeåket», hadde sjukepleiarane i staden kome under pasienten sin administrasjon. Det var i storpolitisk interesse at samfunnslekamane sjølv «kom på banen» og vart medverkande i fremjinga av eiga helse. Såleis kunne myndigheitene sko seg på sjukepleiarane sin profesjonskamp. Det føregjekk ei omformulering av omgrep: frå legejournal til pasientjournal og frå legediagnose til sjukepleiediagnose (som er definert ut frå pasienten si eiga erkjenning av sjukdom). Det er desse omgrepa som skulle bidra til å definera sjukepleiefaget sin eigenart, men gjorde dei det? Vart ikkje dette berre ein illusjon?

4.3 Perioden 1995 – 2014: Verktøya skulle sikra dokumentasjon av subjektive data

Lærebøkene som overtek for Pamela Mitchell sine bøker på 1990 talet har norske forfattarar som også er sjukepleiarar. Sjukepleiarane har med dette teke heilt kontroll over eige fagområde. Legane er ute som lærebokforfattarar i sjukepleie og vert berre nytta som læremeistarar innan sitt eige fag; medisin. Medisin vert eit støttfag til sjukepleie, saman med

andre naturvitenskaplege og samfunnsvitenskaplege fag. Dei norske lærebøkene vidarefører Mitchell si problemorienterte og systematiske tenking. Dette er perioden der elektroniske dokumentasjonsverktøy for alvor får innpass i sjukepleia. Desse legg til rette for ytterlegare systematisering gjennom standardisering av sjukepleiedokumentasjon. Dette sikrar ein eintydig praksis, og at normene for dokumentasjonspraksis vert følgd. Samtidig legg standardisering til rette for statistisk bearbeiding av data.

Frå slutten av 1980-talet og framover har merksemda rundt sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis berre auka på. Det vart mellom anna skriven eigne lærebøker om sjukepleiedokumentasjon (Heggdal, 1999, 2006; Moen, 2002; Moen et al., 2008). Desse speglar normene for sjukepleiedokumentasjon slik dei vert omtale i lærebøkene i sjukepleie same periode, men går grundigare til verks i høve til omtale av bakgrunn, forskning, verktøy og liknande. Sjukepleiar Ragnhild Hellesøe som skriv om sjukepleiedokumentasjon i læreboka i sjukepleie (Mekki & Pedersen, 2007) er også medforfattar av læreboka *Sykepleieres journalføring: Dokumentasjon og informasjonshåndtering* (Moen et al. 2008).

Målet med å dokumentera sjukepleie denne perioden, var å gjera sjukepleia sitt bidrag i pasientomsorga synleg. Dette skulle gjerast ved hjelp av subjektive data, der pasienten sine problem og medverknad dominerte. Innhaldet i dokumentasjonen skulle avspegla sjukepleiefaget si referanseramme og såleis legitimera faget. Sjukepleiedokumentasjon skulle innehalde data som først og fremst støtta opp under sjukepleie. Omtale og dokumentasjon av medisinske data var nærast fråverande. Som internt kommunikasjonsverktøy skulle dokumentasjonen sikra fagleg kvalitet og kontinuitet. Detaljert dokumentasjon av vurderinga som ligg bak sjukepleietiltaka og evaluering av resultatoppnåing, skulle kunna leggest til grunn for kvalitetsforbetring, forskning og ressursfordeling. Dokumentasjon av sjukepleie skulle også bidra til at sjukepleiepraksis kunne etterprøvast. Det vart forventa at sjukepleiedokumentasjonen skulle synleggjere profesjonell sjukepleie og vera med på å legitimera profesjonen. Dette kjem tydeleg fram i læreboka frå 1995 som Nina Jahren Kristoffersen er redaktør for (Kristoffersen, 1995). Kapittelet som omhandlar sjukepleiedokumentasjon er forfatta av sjukepleiar Irene Dahl Andersen:

Det er nettopp gjennom dokumentasjon av sin virksomhet at sykepleiere understreker sin rolle som profesjonelle yrkesutøvere. Dokumentasjonen tilkjenner hva en har ansvar for og hvilke områder en har myndighet innenfor (Andersen i Kristoffersen, 1995: 46).

Dokumentasjon av sjukepleie inneberer at data om pasienten som er relevant for sjukepleia, sjukepleietiltak og effekten av desse vert nedskriven. Til liks med Mitchell (Mitchell, 1974:

154, jf. kap. 4.1) tek Andersen til orde for ein prosessuell tankegang der også sjukepleieprosessen som omgrep vert introdusert (Andersen i Kristoffersen, 1995: 52-59). Ho seier vidare at sjukepleiarane treng eit internt kommunikasjonsverktøy som kan tena som bindeledd mellom dei som skal hjelpa pasienten. Dette verktøyet må vera utforma på ei slik måte at det gir raskt oversikt over naudsynte opplysningar om pasienten. At sjukepleiarane samordnar sine observasjonar, tiltak og vurderingar, bidreg til kontinuitet i pasientomsorga (ibid.: 47). Grunnprinsippa for dokumentasjon vert presentert slik:

- Dokumentasjonen må vera gyldig.
- Dokumentasjonen skal innehalda naudsynte og tilstrekkelege data med tanke på å kunna yta god sjukepleie.
- Dokumentasjonen må vera systematisk, oversiktleg, nøyaktig, presis og objektiv.

(ibid.: 50)

Dokumentasjonen er gyldig når den inneheld relevante data ut frå problemstillinga, og at innhaldet er relevant ut frå sjukepleia si faglege referanseramme. Sjukepleiarane sitt blikk skal ha ei anna retning enn det sjukepleiarane vart opplært til under legane «sin administrasjon». Dokumentasjonen skal vera i samsvar med verkelegheita og ta utgangspunkt i det pasienten opplever som eit problem. Det er faget sitt omgrepssystem som peiker på det ein skal retta merksemda mot. Dette omgrepssystemet har fokus på pasienten si eiga erkjenning av sjukdom, framfor medisinske diagnosar. Ein tek eit oppgjær med spesifitetsdoktrinen (Martinsen, 2008: 149-166, jf. kap. 3.5.1), og legg vekt på at sjukdomen manifesterer seg ulikt, avhengig av kva kropp den ramar. Sjukepleiarane tek på seg nye briller. I staden for å bruke legen sine briller, skal ein nå bruke pasienten sine briller og føreta observasjonar ut frå pasienten sitt perspektiv. Slik prøver ein å definera sjukepleie ved å laga ein distinksjon til legen og det medisinsk faglege feltet. Ein går i staden inn i ein allianse med pasienten (Bedholm i Frederiksen, 2006: 85-91, jf. kap. 4.5.2).

Til liks med Mitchell, presenterer Andersen eit forslag til datainnsamlingsguide. Denne fungerer som ein kvalitetssikring og skal hjelpa sjukepleiaren til å få eit meir heilskapeleg bilete av pasienten og den hjelpa han treng (ibid.: 25). «*Det sikrer dermed noe bedre at sykepleieren holder oppmerksomheten på forhold hos pasienten som det generelt sett er viktig å få avklart*» (ibid.: 53). Som Mitchell tek også Anderssen til orde for ei standardisering ut frå sjukepleiefaget sitt omgrepssystem. «*Gjennom sykepleieprosessen blir sykepleieren **presset** til å arbeide mer bevisst, systematisk og målrettet*» (mi utheving, ibid.: 54). Det er utopi å tru at

dokumentasjonen skal kunna spegla og beskriva alle sider ved pleie- og omsorgsarbeidet, men det er mogeleg å dokumentera fleire tilhøve enn det som har vore praksis til no. Ho refererer til undersøkingar i høve til sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis (WHO¹², SSN¹³), der utilstrekkeleg dokumentasjonspraksis vert avdekket. Sjukepleiarane dokumenterer usystematisk og dokumentasjonen sviktar i høve til problemløysande tankegang. Undersøkingane viser også at sjukepleiarane legg vekt på den legeavhengige funksjonen framfor den sjølvstendige sjukepleiefunksjonen, og at medisinske data vart prioritert framfor psykologiske og sosiale data (ibid.: 46). Ein *skreddersydd pleieplan* er i følgje Andersen den dokumentasjonsforma som er best eigna til å koma i møte alle dei føremåla ein dokumentasjon har:

Den fungerer godt som et arbeidsredskap i den daglige sykepleien, den tilkjenner pasientens tilstand og behov og kan vise en stor del av det sykepleieren bruker tid og oppmerksomhet på (ibid.: 54).

Det Andersen meiner sjukepleiaren skal bruka tid og merksemd på, er å dekkja pasienten sine særeigne behov. Det er igjen pasienten sine problem og behov som er retningsgivande og ikkje den medisinske diagnosen. Det er også dette ho meiner med ein *skreddersydd pleieplan*, ein plan som er laga ut frå den enkelte pasient sine unike behov. Samtidig gir pleieplanen viktig subjektiv informasjon. Sjukepleiedokumentasjonen skal mellom anna gi svar på kva pasienten treng hjelp til, kor mykje hjelp vedkomande treng, samt korleis og når hjelpa skal utførast. Ein skreddersydd plan bidreg også til at pasienten vert aktivt medverkande i fremjinga av eiga helse. Noko som vert sett på som helsefremjande i seg sjølv.

Andersen seier vidare at dokumentasjonen skal vera lett tilgjengeleg for andre, ved at opplysningane skal førast på bestemte stader etter eit bestemt mønster. Kurver og observasjonsskjema kan gi god oversikt over pasienten sin tilstand, men desse beskriv i hovudsak fysiske tilhøve, og må difor betraktast som supplement til ein pleieplan. Det som tidlegare vart rekna som sjukepleiarane sin viktigaste funksjon (observasjon av biologiske og fysiologiske mekanismar i pasientkroppen) vert sett i parentes i lærebøkene som kjem ut etter 1995.

I følgje Andersen er også dokumentasjon av eiga verksemd viktig informasjon som kan ligge til grunn for ressursfordeling, og kan i tillegg utgjera ein grunnstein i kvalitetssikringsarbeid (Andersen i Kristoffersen, 1995: 49-50).

¹² WHO (Verdens helseorganisasjon)

¹³ SSN (Sykepleiernes Samarbeid i Norden)

Det dreier seg på mange måter om å kunne legitimere sin virksomhet. Det er grunn til å tro at tilførselen av ressurser vil bestemmes nettopp ut fra dette (ibid.:1995: 49).

Slik vert dokumentasjonen eit viktig legitimeringsverktøy for sjukepleie som eige verkefält. Den skal bidra til at sjukepleia sitt bidrag i helsetenesta vert synleg og tilgodesett i prioriteringa av ressursar til helsevesenet.

Når læreboka *Sykepleieboken 1 og 2* som har sjukepleiarane Tone Elin Mekki og Søren Pedersen som redaktørar kjem ut i 2004, har sjukepleiarar fått ei lovmessig plikt til å føra journal. Tidlegare burde sjukepleiedokumentasjon vera ein del av pasientjournalen. No skal den det. Læreverket har kome ut i 4 utgåver. Den siste utgåva frå 2011 er på litteraturlista ved ei rekkje norske sjukepleiarutdanningar i 2014. Når eg byrja denne studien var det 2007 utgåva som var i bruk. Difor har eg hatt denne utgåva som hovudverk for analysane mine. Eg har lest 2011 utgåva, og har analysert endringane som har kome til der i høve til sjukepleiedokumentasjon.

Det er verdt å leggja merke til at det nå vert kalla pasienten sin journal. Pasienten har i følge lova ikkje berre innsynsrett i eigen journal, men også rett til å medverka i val og avgjerder som gjeld behandling og sjukepleie. Sjukepleiar og forfattar av kapittelet om pasientjournal og sjukepleiedokumentasjon Ragnhild Hellesøe, poengterer at pasienten sine individuelle erfaringar og sjukepleiarane sin faglege kompetanse, er begge viktige delar i planlegging og utøving av sjukepleie.

Pasienten er eksperten på sitt eget liv, mens sykepleieren er ekspert på sitt fag. Kompetansen fra dem begge skal tas med i planleggingen og utøvelsen av sykepleien (Hellesøe i Mekki & Pedersen, 2007: 304).

Dersom pasienten sjølv ikkje er i stand til å delta, kan pårørande vera ein viktig ressurs (ibid.: 292,304). På kva måte pasient eller pårørande deltek skal også dokumenterast. «*Det skal dokumenteres hvilken informasjon, veiledning og undervisning pasienten har fått*» (ibid.: 282) Slik dokumenterer ein brukarmedverknad og at lovverk vert følgd. I tillegg skal pasienten sine synspunkt og reaksjonar på informasjonen dei får dokumenterast. Dette er viktig for å kunna vurdere om informasjonen var tilstrekkeleg eller om ein burde informera på ein annan måte. Pasientane må ha tilstrekkeleg handlingskompetanse for å kunna ta avgjerder i høve til eiga helse. Ved å dokumentera dette får også andre enn den sjukepleiaren som gjer den direkte erfaringa nytte av denne kunnskapen. Dokumentasjonen vert såleis også ei viktig «*beslutningsstøtte*» (ibid.: 282-287,292).

Pasienten skal vite hvordan han eller hun forebygger senvirkninger og komplikasjoner som kan oppstå (ibid.: 282) og Pasientens egne synspunkter og reaksjoner på informasjonen må dokumenteres for å kunne vurdere om det er nødvendig å gjenta informasjonen, eventuelt informere i en annen form (ibid.: 283).

Ein viktig funksjon ved sjukepleiedokumentasjonen vert difor å dokumentera brukarmedverknad, og med dette også subjektiverings mekanismane (jf. kap. 2.2.1). Pasienten er ekspert i eige liv, men manglar den faglege kompetansen til å ta dei medisinskfagleg rette vala. Dette holrommet skal sjukepleiaren fylla ved å gi pasienten tilstrekkeleg informasjon, slik at pasienten oppnår ein handlingskompetanse. At dette vert gjort, på kva måte og i kva form, vert viktig å dokumentera. Ein skal kunna læra av kvarandre sine erfaringar med omsyn til å styrka pasienten si evne til å ta egne val. Samtidig vert sjukepleiefunksjonen eit mellomledd (ein oversetjar) mellom pasient og lege, noko som (utilsikta) meir svekker enn styrker sjukepleia sin posisjon som eigen profesjon.

Vidare seier Hellesøe at sjukepleiedokumentasjon skal sikra kvalitet og kontinuitet i pasientbehandlninga og gjera sjukepleiaren sitt bidrag i pasientomsorga synleg (ibid.: 283, 287). Kvalitet vert knytt opp mot resultat og effekt av dei ulike sjukepleietiltaka. Kontinuitet vert knytt opp mot at tenesta som vert ytt skal stå fram som ein heilskap. Det skal vera ei samanhengande helseteneste, der alle som samhandlar rundt pasienten skal arbeida mot ei felles målsetjing. Noko som krev at alle i behandlingsteamet har tilgang til oversiktlege og detaljerte beskrivingar av den hjelpa som skal gis. Ei måloppnåing kan lettast oppnåast dersom alle arbeider i takt. Redusert liggetid i sjukehus krev auka effektivitet i pasientomsorga.

Til liks med Mitchell (Mitchell, 1974: 154) og Andersen (Andersen i Kristoffersen, 1995: 52-59), bruker Hellesøe mykje plass til å beskriva sjukepleieplanen, som ho forklarar som ein systematisk og prosessorientert dokumentasjon av pasientane sine problem og behov for sjukepleie. Slik dokumentasjon inneheld systematiske nedteikningar om pasienten sine helseproblem, planlagde tiltak, tiltak som er sett i verk og resultat av desse, samt dei vurderingane som er lagt til grunn. Dokumentasjonen skal visa til ei syklisk og dynamisk rørsle mellom dei ulike trinna i sjukepleieprosessen. På denne måten kan dokumentasjonen oppfylle følgjande krav:

- *å synliggjøre den sykepleien som er planlagt og iverksatt og resultatene av tiltakene*
- *å bidra som beslutningsstøtte for sykepleiere som arbeider med pasienten*
- *å bidra til kontinuitet i sykepleien til pasienten og til koordinering av pasientrettede tiltak*

- å være et juridisk dokument med høy etterrettelighet, det vil blant annet si der pasientens rett til innsyn kan imøtekommes, der utført sykepleie kan evalueres i ettertid, der tilsynsmyndighetene får tilstrekkelig informasjon til å kunne vurdere den helsehjelpen som er ytt
 - å danne grunnlag for eventuelle klage- og erstatningssaker
 - å dokumentere kvaliteten av utført sykepleie på en måte som gjør det mulig å evaluere sykepleien, og som kan danne grunnlag for forskning og fagutvikling.
- (Hellesøe i Mekki & Pedersen, 2007: 287)

Sjukepleiedokumentasjonen skal med andre ord gjera profesjonell sjukepleie synleg, legitimera faget, fungera som internt kommunikasjonsverktøy og generera samfunnsnyttige kvantifiserbare data. Sjukepleia vert dermed definert ut frå det som kan kvantifiserast og formulerast skriftleg. Andre oppgåver sjukepleiaren utfører er fråverande og ikkje legitime data i ein profesjonssamanheng.

Effektiv pasientomsorg krev godt dokumenterte planar som hindrar at sjukepleia vert tilfeldig. Sjukepleiaren skal stå til ansvar for eige fag og sjukepleia som vert gitt skal kunna evaluerast og etterprøvast av både pasient og myndigheter. Også denne læreboka frå 2007 tek til orde for ei standardisering, der faglege omgrep og strukturar bestemmer kva sjukepleiarane skal dokumentera. Sjukepleieproblem, sjukepleietiltak og sjukepleieresultat er omgrep som ein har prøvd å organisera i føremålstenlege *klassifikasjonssystem*. Desse er meint å vera hjelpemiddel som kan bidra til ein meir eintydig dokumentasjonspraksis, samtidig som dei kan vera eit verkemiddel til å synleggjera sjukepleiarane sitt bidrag i pasientomsorga. Slik klassifisering betrar også mogelegheitene for statistisk bearbeiding av sjukepleiedata (ibid.: 313, 314).

Seinare utgåver av læreboka (Mekki et al., 2011) gir ein grundigare gjennomgang av sjukepleieplanen sitt innhald. Det har også kome inn eit nytt kapittel om kor sjukepleiarane bør dokumentera i pasientjournalen. Dette kapittelet er tilpassa den nye verkelegheita. Elektronisk journalføring er for alvor blitt innført i norsk helsevesen, og nasjonale og fagpolitiske standardar og krav er blitt styrande for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis. Forfattaren seier at «*det er klare forventningar til at EPJ¹⁴ skal lette og automatisere dokumentasjonsarbeidet og effektivisere arbeidsprosesser*» (ibid.: 240). Desse nye utgåvene er tilpassa denne verkelegheita, og boka har fått eit nytt kapittel: *Fra lokal praksis til standardisering* (ibid: 240-243). Kapittelet understreker betydinga av standardisering og korleis dette kan bidra til lik praksis og eintydige omgrep i høve til utført helsehjelp. Standardisering av data gir eit betre grunnlag for informasjon mellom ulike tenester og nivå,

¹⁴ EPJ: Elektronisk pasientjournal

samtidig som den også danner eit betre grunnlag for statistisk bearbeiding av data som vert plotta inn. Standardisering og eins dokumentasjonspraksis samsvarer med politiske krav og dermed også interesser, anten det er frå storpolitisk eller fagpolitisk hald. Det er i storpolitisk interesse at sjukepleiarane dokumenterer data som kan bidra til helsestatistikk, og det er i fagpolitisk interesse at sjukepleiarane produserer data som synleggjer sjukepleie. Den statistiske bearbeidinga skal eg koma attende til i kapittel 4.4.2.

Nedanfor er ein oversikt over normene for sjukepleiedokumentasjon slik dei vert omtala i norske lærebøker i sjukepleie i perioden 1995 og fram til i dag.

Kva skal dokumenterast?	I kva form?	Kva føremål?
Sjukepleia sitt bidrag i helsetenesta	Skriftleg elektronisk dokumentasjon	Grunnlag for statistiske data
Sjukepleieprosessen representert ved ein «skreddersydd» pleieplan	Ein fast struktur ut frå sjukepleie sitt omgrepsapparat, gjerne med utgangspunkt i klassifikasjonssystem	Sikre brukarmedverknad og pasientfokus.
Pasienten sine unike behov	Kvantifiserbare data	Internt kommunikasjonsverktøy som sikrar ei individuell tilpassing av sjukepleia/helsehjelpa
Korleis ein har gått fram for å gi pasienten handlingskompetanse: Kva informasjon pasienten har fått, pasienten sine eigne synspunkt og reaksjonar på denne og korleis informasjonene er blitt gitt	Pasienten sin journal	Strukturen skal tvinge sjukepleiaren til å dokumentere trinna i sjukepleieprosessen
		Ei beslutningsstøtte
		Legitimere sjukepleievirket og ligge til grunn for ressursfordeling
		Juridisk dokumentasjon av forsvarleg sjukepleie

4.4 Tilhøve i samfunnskonteksten som mogeleggjorde ei forventning om standardiserte data.

I perioden etter 1985 mista legen mykje av autoriteten sin som overvakar og helseforvaltar. Mange nye yrkesgrupper hadde kome til og var blitt viktige aktørar i helsevesenet (Skaset i Schiøtz & Skaset, 2003: 543-547). Det oppstod eit heilt sensorkorps som skulle samhandla og gå i takt når dei skulle overvaka befolkninga si helse. Samfunnslekamane si helse var framleis ei stor utfordring i eit helseøkonomisk perspektiv. Individuell fridom og ansvar vart eit gjennomgåande mantra, og forventningane til kva helsevesenet skulle bidra med av effektive og kvalitativt gode tenester auka formidabelt. Det vart innført dokumentasjonsplikt for alle

som ytte helsetenester, men plikt til å dokumentera var ikkje tilstrekkeleg.

Dokumentasjonspraksisane måtte også styrast. Sjukepleiedokumentasjon vart difor eit prosjekt både for sentrale myndigheiter og sjukepleiarane sin fagorganisasjon NSF. Nedanfor skal me sjå nærare på storpolitiske-, helsepolitiske- og fagpolitiske tilhøve som gjorde det mogleg for dokumentasjonsnormene å bli omtala slik dei vart i lærebøkene i sjukepleie denne perioden.

4.4.1 New Public Management gjer inntog i offentlig verksemd

Den liberalitiske ideen om å prioritera fridom for den enkelte framfor solidaritet og samfunnsansvar, stemde godt overeins med individualismen som vaks fram på 1970-talet. Saman med velstandsauken skapte dette ein generasjon med utolmodige, ressurssterke og egosentriske samfunnslekamar på jakt etter profitt og sjølvrealisering. Folk vart også meir medviten kva krav dei kunne stilla til helsesektoren og tenestene dei tok imot. Ventetid på behandling vart sett i samanheng med ineffektivitet og dårleg organiserte offentlege helsetenester. Talet på klage- og erstatningssaker auka frå 89 i 1980 til 379 i 1990 (Schiøtz & Skaset, 2003: 349, 393-398, 534- 538).

Samtidig med auken i klagesaker, auka medvitet omkring kvalitet av helsetenestene og pasientane sin rettstryggleik. Samfunnet vart eit tryggleiks- og rettigheit samfunn, der tryggleik og rettar til borgarane skulle sikrast gjennom internkontroll, kvalitetssikring og brukarmedverknad. Brukarane sine eigne vurderingar og erfaringar vart viktige kriteriar for kvalitet. Pasientrettar, brukarmedverknad og brukartilfredsheit vart difor sentrale omgrep (Skaset i Schiøtz & Skaset, 2003.: 500-542). Desentraliserte tenester skulle gi betre tenester. Kommnehelsereformen i 1984 var ein desentraliseringsreform som gav kommunane mange nye oppgåver. Tenestene skulle gis på lågast effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) nærare brukarane. Nyliberalistane ville i tillegg ha mindre byråkrati, meir service, meir brukarmedverknad og rettar, samt auka individuell fridom og rettstryggleik.

Det måtte bli mindre byråkrati, mer service, mer innflytelse for brukerne, flere rettigheter, mer individuell frihet og større rettsikkerhet (ibid.: 500).

Desse nye strømnigane medførte ei politisk kursendring frå slutten av 1970-åra. Staten skulle moderniserast gjennom meir profesjonell styring og leiing, og gjennom mål og resultatstyring (ibid.: 499-506). Under slagordet «meir helse for kvar krone», skulle helsestellet rasjonaliserast og effektiviserast. Det vart brukarane sine interesser som vart overordna. Noko som medførte ei deprofesjonalisering, snarare enn profesjonalisering, og der det faglege skjønnnet tapte terreng. Dette kjem spesielt til uttrykk i evidensbasert medisin (EBM) eller

evidensbasert sjukepleie, også kalla kunnskapsbasert praksis (Boge & Martinsen, 2006). Dette er eit fenomen som har fått stort gjennomslag og som lever i høg sameksistens med den bedriftsøkonomiske tenkinga i nyliberalistisk ideologi. Evidensbasert kunnskap betyr beviseleg kunnskap, der fenomen vert erstatta med fakta som bygg på klinisk kontrollerte forsøk og statistiske analyser. I ei tid der styringa av helsevesenet ikkje lenger bygg på fagleg skjønn, vert denne kunnskapen avgjerande for styrande myndigheiter. Avgjerder vert teken på bakgrunn av analyser av kva som verkar og ikkje verkar. Det er slik forskning mellom anna nasjonale rettleiarar og standardar støttar seg på.

Frå midten av 1980-åra vart New Public Management doktrina (NPM) gradvis innført i offentleg sektor. Ideala vart henta frå privat næringsliv og leiarar frå næringslivet vart henta inn for å gi råd om kostnadseffektiv drift og betre tilbod til kundane. Omgrep frå marknadsøkonomi spreidde etterkvart om seg i helsevesenet (Lund, 2012: 378 -379). I 1994 vart alle helsetenester pålagd ved lov å etablera system for internkontroll, der målet var at alle som ytte helsetenester skulle ha etablert internkontroll- og kvalitetssystem for heile verksemda innan år 2000. I 2003 tredde eiga forskrift om internkontroll i helse- og omsorgssektoren i kraft. I rettleiaren til forskrifta vert internkontroll forklart som verksemda si interne styring og kontroll med mål om å sikra at oppgåvene vert planlagd, organisert, utført og haldt ved like i samsvar med lovmessige krav (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a). Eit av krava er at tenestemottakarane sine erfaringar skal ligga til grunn for utvikling og forbetringar av verksemda. Desse vert namngiven som kundar og skal spørjast og høyrast i avgjerder om kva som er den beste behandlinga for dei (Christensen, 2012: 53; Skaset i Schiøtz & Skaset, 2003: 537). På denne måten vert subjektive data om forbrukarane av helsetenestene sine ønskjer og behov ein føresetnad for planlegging og utføringa av kvalitativt gode helsetenester.

Eit anna krav i forskrifta er å avdekka, retta opp og førebygga uønska hendingar. Dette skal mellom anna gjerast ved å innføra risikoanalyser, og gjennom overvaking av avvik og klager. Styringsforma er henta frå risikoindustri, som til dømes offshore, og er etter kvart blitt etablert på andre samfunnsområder. Dokumentasjon vert såleis eit viktig verkemiddel i internkontrollen.

4.4.2 Samhandlingsreforma

Eit vesentleg trekk ved utviklinga frå 1960- talet og framover, er veksten i talet på yrkesgrupper. Tenestene er blitt enda meir differensiert og sektoren meir og meir spesialisert. Dette krev ny kompetanse, men også samordning av kompetanse. Tverrfagleg samarbeid og samordna tenester vert det nye mantra. Samhandling vart også tema for den store

helsereforma som vart verksett 01.01.2012, og som nettopp vart kalla *Samhandlingsreforma* (HOD, 2009). Den tids Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen skriv i forordet til *Stortingsmelding 47; « Samhandlingsreformen»* at Norge er eit av dei landa i OECD som bruker flest offentlege helsekroner per person, men som ikkje får tilsvarende helse att for pengane.

Flere blir syke, flere blir gamle, flere trenger hjelp over lengre tid, flere sykdommer kan behandles med ny teknologi og køene til spesialisthelsetjenesten vokser (ibid.).

Utviklinga er ikkje berekraftig. Pengane vert brukt feil og det er behov for ei enda sterkare styring av helsetenestene. Det skal satsast på førebygging framfor reparasjon. Denne førebygginga skal i hovudsak skje i kommunane. Det skal løne seg for kommunane å drive førebygging slik at befolkninga i mindre grad får behov for dyre spesialisthelsetenester. «*Med kloke løsninger skal folk få rett behandling på rett sted til rett tid*» (ibid.).

I Samhandlingsreforma vert LEON-prinsippet (lavast effektive omsorgsivå) byta ut med BEON- prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). Det vert lagt fram som eit udiskutabelt gode at pasientane vert behandla nærast mogeleg heimen. Samfunnslekamane skal følgjast tett opp. Disiplineringa er mest effektiv når den føregår nærast mogeleg lekamane, og ut frå BEON-prinsippet. Dette vert legitimert ut frå ein humanistisk argumentasjon; Det er det beste for samfunnslekamane at helsetenestene vert planlagd og gitt i nærleiken der brukaren bur. Spesielt gjeld dette eldre pasientar med behov for helsehjelp, der ein forventar ein formidabel auke dei næraste åra.

Dei største utfordringane som ligg til grunn for reforma, er at pasienten sine behov for samordna tenester ikkje vert godt noko teken i vare. Samhandlinga mellom tenestenivå og mellom helsepersonell fungerer ikkje godt nok, og resultatet vert oppdelte tenester. God samhandling krev god kommunikasjon mellom dei ulike tenestenivåa for å sikra eit saumlaust pasientforlaup. IKT skal leggja til rette for at naudsynt informasjon om pasienten er tilgjengeleg ved behov der pasienten er. Elektroniske meldingar skal kunne flyta mellom dei ulike aktørane i helsevesenet og mellom dei ulike fagsystema (ibid.: 133-137). Dette krev standardisering av data. Utfordringa med standardiseringa er derimot at ikkje alle data let seg standardisera, då pasientane data vert henta frå ikkje er standardlekamar, men individ med ulike opplevingar av sjukdom og sviktande helse. Når data skal passa inn i ein ferdig definert standard, vert det difor berre plass til eit selektert utval. Det er dette utvalet som vert beskrive i sjukepleiarane sin dokumentasjon (jf. Blix, 2005, kap. 1.1)

Ei utfordring for helsevesenet denne perioden er at innsatsen i høve til avgrensing og førebygging av sjukdom har vore for lav. Ei anna utfordring er den demografiske utviklinga og endringar i sjukdomspanorama som vil kunna utgjera ein trussel mot samfunnet si økonomiske bæreevne. Førekomsten av livsstil- og aldersrelaterte sjukdomar som kols, diabetes, kreft, sjukeleg overvekt og demens, har auka formidabelt. Det same gjeld førekomsten av psykiske sjukdomar og rusproblematikk. Det må livsstilsendringar til, og ansvaret skal i enda større grad enn før leggest på samfunnslekamane sjølv. Stortingsmeldinga seier at «*En av hovedkonklusjonene i reformarbeidet er behovet for å understøtte brukernes evne til å mestre egen helse*» (ibid.: 140). Desse politiske forventingane om ansvar for eiga helse er tydeleg nedfelt i sjukepleiedokumentasjonen frå 2007: «*Pasienten skal vite hvordan han eller hun forebygger senvirkninger og komplikasjoner som kan oppstå.*» (Hellesøe i Mekki & Pedersen, 2007: 282). At pasienten verkeleg har forstått informasjonen som er gitt, er like viktig å dokumentera som kva informasjon som er gitt. Samtidig poengterer læreboka frå 2007 at pasienten sin reaksjon på den informasjonen som er gitt også er viktig å dokumentera, då dette vert sett på som viktig subjektiv kunnskap.

På systemnivå må ein organisera tenestene slik at tilboda vert individuelt tilpassa. Prinsippet om å ha eit brukarperspektiv vert underbygd av teorien om at pasientar som får høve til å medverka i planlegging og oppfølging av eigen helsehjelp vert betre i stand til å mobilisera eigne ressursar, og dermed oppnå eit betre resultat av helsehjelpa. Slike forventingar er tydeleg nedfelt i den første pasientrettighetslova frå 1999. Her vert mellom anna individuell plan (IP) ein lovpålagd rett for tenestemottakarar med behov for langvarige og koordinerte tenester (HOD, 1999). I følgje St.meld. 47 skal *Brukarperspektivet* oppnåast gjennom brukarrepresentasjon og samarbeid med brukarorganisasjonar, gjennom lærings- og mestringsentre (LMS), frisklivsentralar og vidare satsing på IP (HOD, 2009). IKT løysingar, som Nasjonal helseportal, skal bidra til enkel tilgang til ulike tenester for pasientar og brukarar, slik at dei i størst mogleg grad kan involverast i prosessar og avgjerder omkring eiga helse (HOD, 2011: 95 - 107). Pasienten er eksperten i eige liv og sjukepleiaren den faglege eksperten. Kompetansen frå begge er viktig når ein skal planlegge sjukepleietiltak og formulera den skriftlege sjukepleieplanen. At brukarperspektivet er teke omsyn til, vert ein sentral del av sjukepleiedokumentasjonen i følgje normene etter 1995 (Mekki & Pedersen, 2007: 282-287, 292, jfr.kap 4.3). Dette vert ein viktig dokumentasjon og dermed også kontroll på at subjektiveringsprosessane vert teken i vare. Sjukepleiaren kan formelt sett ikkje setja i verk sjølvstendige sjukepleietiltak utan pasientane sitt samtykke. All helsehjelp utanom

øyeblikkeleg hjelp og der det er grunnlag for tvang, skal i følgje lov om pasientrettar ta utgangspunkt i pasienten sitt samtykke (HOD, 2009). Sjukepleiarar saman med andre profesjonar endrar status frå å vera fagpersonar til å bli rådgivararar og prosessrettleiarar. Dette er ei utvikling som ikkje berre føregår i relasjonen mellom pasient og helsearbeider, men også i øvrig helsepolitisk samanheng. I 1995 vert til dømes kommunelegen si formelle rolle omgjort frå medisinsk-fagleg ansvarleg til medisinsk- fagleg rådgivar (Skaset i Schiøtz & Skaset, 2003: 514). Når pasientane får slik makt og mynde, skjer det i realiteten ei deprofesjonalisering av alle helseprofesjonar, sjølv om sjukepleiarane tenker annleis.

Økonomiske incentiv som innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta, skal medverka til at kommunane tek eit større ansvar for innbyggjarane si helse, og dermed førebygger dyre sjukehusenester. Dette fordi ein antek at disiplineringa og forminga av samfunnsnyttige samfunnslekamar har større effekt når den føregår nærare brukarane av helsetenestene. Nasjonale pasientregistre skal mellom anna gjera det mogeleg for kommunar å skaffa seg oversikt over sjukehusinnleggingar og innleggingsårsaker (HOD, 2009: 72). Slik styring krev rapportering frå dei som yter tenester, noko sjukepleiarane etter kvart får eit sjølvstendig ansvar for å utføra gjennom mellom anna si IPLOS rapportering (Helsedirektoratet, 10/2009, jf. kap. 1.4.). Denne statistikken inngår saman med anna rapportering i eit komplekst og omfattande overvåkingsapparat med tanke på å hjelpa kommunane til å forvalta tenestene på ein mest effektiv måte. Data til slik pleie og omsorgsstatistikk vert henta direkte frå pasienten sin journal. Det er oppretta nasjonale databaser der kommunane kan hente fram sin eigen folkehelseprofil¹⁵. Ved hjelp av denne typen statistikk, kan kommunane følgja utviklinga over tid, få kunnskap om faktorar som medfører helserisiko, samanlikna seg med andre kommunar, og måla effekten av tiltaka som er satt i verk. Kommunane som 1.linjeteneste er dei som først og fremst skal ta ansvar for samfunnslekamane si helse. Dette skal gjerast både gjennom helsefremjande infrastruktur som er med på å styra handlingsrommet for den enkelte (ytre disiplinering), og ved å innta ei oppdragande rolle ved å oppdra borgarane til å oppdra seg sjølv (sjølvdisiplinering). Spesialisttenesta skal berre dragast inn der kommunen kjem til kort, og skal i hovudsak bidra med avansert behandlingsmedisin (HOD, 2009: 26-38).

¹⁵ Folkehelseinstituttet har ei eiga nettside der kommunane kan innhente statistiske data om innbyggjarane. Dette er data som omhandlar demografiske data, levekår og levevanar, skule, miljø, helse og sjukdom. Her kan dei samanlikne seg med andre kommunar og gjennomsnittet i landet.
<http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler>

Prioriteringar av kva behov som bør ha prioritet frå helse- og omsorgstenesta, og på kva nivå, har vore på dagsorden heilt sidan 1980- talet. Sidan den tid er det blitt gjort fleire forsøk på å utarbeida retningslinjer for prioriteringar i helsevesenet. Politikarane sitt ønske om å ha kontroll over prioriteringane er eit ønske om lik praksis, men også eit uttrykk for manglande tillit til prioriteringar basert på medisinsk fagleg skjønn. Når ein ikkje lenger skal prioritera ut frå fagleg skjønn, må riktige prioriteringar takast ut frå statistiske analyser og oversikter over befolkninga sine behov for helsetenester. Slik helseovervaking bør i følgje Stortingsmelding 47 gå føre seg på både kommunalt og nasjonalt nivå. IKT vert såleis eit viktig verkemiddel til å nå helsepolitiske mål. Teknologien skal først og fremst legga til rette for informasjonsflyt og sikring av eit saumlaust pasientforlaup. Sekundært skal den også vera eit hjelpemiddel i styringa av sektoren, gjennom til dømes ressursfordeling og prioritering (HOD, 2009: 38, 133-137). Læreboka frå 1995 påpeiker nettopp dette; Sjukepleiedokumentasjon dreier seg om å legitimera verksemda si då «*Det er grunn til å tro at tilførselen av ressurser vil bestemmes nettopp ut fra dette*» (Andersen i Kristoffersen, 1995: 49, jf. kap. 4.3)

NSF har vore ein sentral pådrivar i å utvikla elektroniske kommunikasjons- og dokumentasjonssystem i helsetenesta. Noko NSF sin rettleiar: *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal* (NSFID, 2007) er eit synleg teikn på.

4.4.3 Sentral styring av normene for sjukepleiedokumentasjon

I følgje ny styringsideologi (jf. kap. 4.4.1), korkje burde eller måtte staten driva produksjon av helsetenester. I staden skulle den etablere rammetilhøve og kontrollere at dei som dreiv helsetenester over statlege midlar, utførte oppgåvene i høve til fastsette krav. Staten fekk slik sett ei ny rolle. Den skulle styra gjennom nasjonale standardar og rettleiarar, samt føra tilsyn med at krav vart etterfølgt av kommunar, helseføretak og andre tenesteytarar (Skaset i Schiøtz & Skaset 2003: 542-543). Fagstyret vart bygd ned og den enkelte yrkesutøvar sitt høve til å ta eigne avgjerder vart vesentleg innskrenka. Dette gjaldt også sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis. Myndigheitene sitt behov for å styra dokumentasjonspraksisen fall også saman med fagpolitiske interesser.

Rammene for sjukepleiarane sin dokumentasjon har difor endra seg som følgje av sterke føringar både frå sentrale myndigheiter og fagpolitisk hald (Mekki & Pedersen 2007: 284). Bakgrunnen for dette engasjementet ser ut til å vera ønsket om å få til ein disiplinert dokumentasjonspraksis, der strukturering, systematisering og standardisering av sjukepleiedata var eit overordna mål. I standardiseringsarbeidet er det lagt vekt på funksjonelle krav og tekniske standardar. Motivet for ein slik standard var gjerne ulikt, men

både frå sentrale myndigheiter og fagmiljøet si side har dette vore eit absolutt mål (Moen et al., 2008: 29-36).

Allereie i 1986 ga NSF ut retningslinjer i form av eit fagseriehefte, og i 1991 ga Helsedirektoratet ut retningslinjer for korleis sjukepleiarane sin dokumentasjon skulle integrerast i pasientjournalen. Det vart peika på betydinga av at alle opplysningane som var av betyding for forståinga av sjukepleie og behandling til pasienten vart teken vare på. I ei utgreiing frå statens helsetilsyn vart det anbefalt at pasientjournalens papirbaserte innhald vart ordna i 10 dokumentgrupper. Her skulle sjukepleiedokumentasjonen utgjera eit av hovudkapitla. Målet var å betra pasientjournalen ved å innføra ein eins praksis. Anbefalingane vart oppfatta som autoritative krav til korleis sjukepleiarane skulle strukturera og forma dokumentasjonen sin. I samband med innføring av elektroniske pasientjournal, vart det sett fram eit absolutt krav om at sjukepleiedokumentasjonen skulle vera ein integrert del av pasienten sin elektroniske journal. For å sikra best mogeleg integrasjon burde innhaldet i sjukepleiedokumentasjonen systemiserast ytterlegare. Dette medførte også ein diskusjon om i kva grad det var føremålstenleg å standardisera og systemisera sjukepleiedokumentasjonen. Faren for at informasjonen kunne stå fram som oppstykk og fragmentert var stor. Det var også andre utfordringar og farar ved å gjera seg avhengig av elektronikken. Til tross for skepsis skaut utviklinga fart frå slutten av 1990-talet. Både sentrale myndigheiter og Norsk sykepleierforbund si faggruppe for IKT og dokumentasjon (NSFID), har vist eit sterkt engasjement i arbeidet med å utvikla og utarbeida strategiar og standardar for elektronisk dokumentasjon av sjukepleie (Moen et al., 2008: 27-36). Også i prosessen med å utvikla føremålstenelege EPJ system som kan nyttast av fleire helsepersonellgrupper, har sjukepleiarane vore ein viktig premissleverandørar for å sikra at faglege krav vert ivareteken i utviklingsarbeidet (Mekki et al., 2011: 240-243).

Sosial- og Helsedepartementet utarbeidde ein handlingsplan for perioden 1997-2000: *Mer Helse for Hver BIT* (Sosial- og helsedepartementet, 1996). Denne planen vart vidareført som ein statleg tiltaksplan for 2001-2003 i *Si @!* (Sosial- og helsedepartementet, 2001) og deretter ført vidare som ein statleg strategi i *S@mspill 2007* (Sosial- og helsedirektoratet, 2004b). Alle desse planane peiker på sentrale oppgåver som utvikling og innføring av elektroniske informasjonssystem (mellom anna EPJ), system og infrastruktur for informasjonsutveksling (eit nasjonalt helsenett), og også samhandling mellom ulike tenestenivå. I 2001 bidrog dei nye helselovene til at i alt 27 helsefaggrupper, inkludert sjukepleiarane, fekk ei lovpålagt dokumentasjonsplikt. Dokumentasjonsplikta vert no knytt til helsehjelpa som vert gitt, og

ikkje kva profesjonsgruppe helsepersonellet tilhøyrer. Det er spesielt lov om pasientrettar, lov om helsepersonell og pasientjournalforskrifta som omhandlar dokumentasjonsplikta (NSFID, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

På 90- talet vart det oppretta eit eige Kompetansesenteret for IT i helse- og sosialsektoren. Senteret skulle vera ei rådgivings- og støtteteneste ved innføring og bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren. Avdelinga som no er lagd inn under Helsedirektoratet (2012), skal ha hovudansvar for utvikling og vedlikehald av standardar for elektroniske helsedata. Noko statsbudsjettet for 2012 peiker på som satsingsområde (Helsedirektoratet, 2014). I 2003 vart det i samarbeid med Helse Sør RHF utarbeidd ein kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sjukepleie (KITH, 2003). Denne skulle fungere som ein nasjonal standard for elektronisk dokumentasjon av sjukepleie, og er spesielt berekna på systemleverandørar eller verksemder som vurderer å ta i bruk elektronisk sjukepleiedokumentasjon. Kravspesifikasjonen seier at sjukepleiedokumentasjonen er eit verkemiddel til å oppnå kvalitet på sjukepleia og at:

Sykepleiedokumentasjonen skal være et hjelpemiddel slik at sykepleierne skal kunne tilfredstille kravene som stilles fra myndighetene og samtidig bidra til at den kvalitet og kontinuitet som etterspørres, kan oppnås (ibid.: 2003).

Kravspesifikasjonen opnar opp for to hovudmetodar for dokumentasjon av sjukepleie. Den eine er å nytta fritekst og /eller strukturert tekst i den forma den papirbaserte dokumentasjonen hadde. Den andre metoden er å nytta klassifikasjonssystem i kombinasjon med strukturert tekst og /eller fritekst. Den siste metoden er likevel den som lettast kan foreinast med krava om uttak av rapportar og statistikkar. Rapportane skal gi komprimerte oversikter over registrerte data og ein rask informasjonsoversikt. Elektronisk sjukepleiedokumentasjon skal også gjera det mogeleg å produsera statistikkar basert på registreringar i sjukepleiejournalen. Kravspesifikasjonen byggjer på sjukepleieprosessen og talar med dette i stor grad for auka strukturering og bruk av klassifikasjonssystem i sjukepleiedokumentasjonen. Dette er også noko Norsk Sykepleieforbunds forum for IKT og Dokumentasjon legg vekt på i sin rettleiar som kjem ut i 2002: *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. Rettleiaren er sidan blitt revidert 2 gonger, der tredje og siste utgåve kom ut i 2007 (NSFID, 2007). Truleg såg NSF eit behov for å utarbeida ein rettleiar for elektronisk dokumentasjon av sjukepleie, då fleire studiar hadde vist ein sviktande rapporteringspraksis. Rettleiaren viser til studiar som dokumenterer at psykiske behov vert nedvurdert i den skriftlege rapporten. Studiane viser også at val av rapportformer (munnlege eller skriftlege) er avgjerande for kva data og kva form desse har når dei vert vidareformidla.

Ved munnleg overføring av informasjon vert ikkje sjukepleieplanar brukt. Prosjekt med stille rapport viser derimot at den skriftlege dokumentasjonen vert betre, samtidig som tidsbruken går ned. Stille rapport er eit fenomen som dukkar opp samtidig med EPJ. Her innhentar den enkelte sjukepleiar sjølv informasjon frå den elektroniske pasientjournalen, og den munnlege rapporten vert i staden nytta til å belysa og diskutera enkeltfenomen hjå pasientane. Det er i samsvar med både sentrale myndigheiter og fagpolitiske interesser at tida sjukepleiarane nyttar på dokumentasjon går ned, og at den skriftleg dokumentasjon vert betre. Sjukepleiarane får betre tid til direkte pasientarbeid, dei produserer i større grad relevante sjukepleiedata (og også styringsdata), og sjukepleiarane sin sjølvstendige funksjon vert dokumentert.

Rettleiaren seier vidare at innføring av IKT i helsevesenet har ført til at sjukepleieprosessen har fått sin renessanse, fordi den nye teknologien fordrar systematikk. Språket skal ha same betydning uavhengig av kven eller når det vert nytta. Dette krev høg grad av standardisering. Mellom anna skal sjukepleieprosessen som ramme for sjukepleiedokumentasjonen ivareta brukarperspektivet, samtidig som den viser ein strukturert oversikt over pasientdiagnose, planlagde og gjennomførte sjukepleietiltak, samt vurdering og evaluering av desse. I tillegg til å vera å vera eit informasjons- og kommunikasjonsverktøy for helsepersonell, er EPJ i følge denne rettleiaren eit effektivt og kraftfullt verktøy til å registrera, lagra, finna att, samanstillast og gjenbruka data (ibid.). Forståinga av at informasjon frå sjukepleiedokumentasjonen utgjer viktige helsepolitiske data, vert meir og meir aktualisert med innføringa av elektroniske dokumentasjonsverktøy: «*I så henseende er forståelsen av informasjon fra sjukepleiedokumentasjonene som «data» mer aktuell enn noensinne*» (Mi utheving, Blix, 2005: 16).

I følge rettleiaren vert mykje av helsepolitikken styrt ut frå statistikk om medisinske diagnosar, førekomst av helsesvikt og opplevde behov for helse- og omsorgstenester. Slik statistikk vil hjelpa leiarar til å planlegga tenester og fordela ressursar. Denne type data vil også bidra til ei større forståing av pasientane sine behov, og dermed gi eit betre tilbod til pasientane. Det vil vera nyttig styringsinformasjon for leiarar på alle nivå, både i fagleg og økonomisk samanheng. Elektroniske dokumentasjon kan på den måten verka som eit styringsinstrument (NSFID, 2007: 19, 21).

4.4.4 Sjukepleiedokumentasjonen si juridiske og kvalitetsforbetrande funksjon

At sjukepleiarane hevda dei jobba prosessuelt og kalla dette sjukepleieprosess, stemde overeins med den nye samfunnsøkonomisk tenkinga som oppstod på 1980-talet, der mål og resultatstyring var gjennomgåande ideal. Mitchell snakkar om ein problemorientert rapport

som set pasienten sine problem i sentrum. Den problemorienterte rapporten «*gir sykepleierne en logisk måte å organisere data på en slik måte at de blir en støtte for både vurdering, sykepleiepraksis og konklusjoner*» (Mitchell, 1974: 177, jf. kap. 4.1). Andersen seier at gjennom sjukepleieprosessen blir: «*sykepleieren presset til å arbeide meir bevisst, systematisk og målrettet*» (Andersen i Kristoffersen, 1995: 54). Gjennom sjukepleieprosessen skal sjukepleieproblem identifiserast, og tiltaka skal formulerast ut frå pasienten sine erkjenningar og opplevingar av sjukdom. Det er ein problemorientert prosess der kvart problem må analyserast og løysast, og der det må formulerast klare kriteriar for måloppnåing. Tiltaka ein set inn skal kontinuerleg evaluerast i høve til forventat resultat. Dermed kan sjukepleiarane kontinuerleg vurdere effektiviteten og setja inn dei tiltaka som verkar best (Mitchell, 1974: 154,108). Sjukepleiedokumentasjon vert såleis eit viktig verkemiddel til å synleggjera effekten og kvaliteten av dei sjukepleietiltaka ein set inn.

At rettane i høve til brukarmedverknad vart teken i vare skulle også sjukepleiarane sin dokumentasjon avspeгла. Standardiseringa av sjukepleiedata sikra eins praksis og dokumentasjon på at aktuelt lovverk vart følgd (Hellesøe i Mekki & Pedersen 2007: 287). Ved å standardisera sjukepleiedata vert det sjukepleiefaget sitt omgrepssystem som avgjer kva sjukepleiarane skal dokumentera. Det er systemet som skal sikra kvalitet, og ikkje den enkelte sjukepleiar sitt faglege skjønn eller vurdering. Som følgje av lovverket; legelova (1980) og lov om pasientrettar (1999), har pasientane fått innsynsrett i eigen journal og dermed høve til å påklaga behandlinga dei har fått (ibid.: 282). Å dokumentera kvalitet vart viktig og sjukepleiedokumentasjon vart eit naudsynt verktøy for å dokumentera kvalitativ god sjukepleie.

Maren Skaset seier at ideen om at kvalitet var eit resultat av at høg fagleg og etisk standard forsvann i løpet av 1980-åra (2003: 536). Kvalitet vart flytta frå individ til struktur. Det var ikkje lenger kompetanse og etisk medvit hjå helsearbeidaren som indikerte kvalitet, men strukturelle tilhøve. Talet på klagesaker auka på og ein kunne ikkje lenger stola på dei profesjonelle sine eigne vurderingar. System for internkontroll, kvalitetssikring, brukarmedverknad og pasienttilfredsheit vart gradvis innført. Dette samsvarer med New Public Management doktrina som får stadig meir fotfeste i offentleg verksemd (jf. kap. 4.4.1). Pasientjournalen skal dokumentera det som faktisk er blitt utført av helsetenester og står difor sentral ved eventuelle klage- og erstatningssaker. Sjukepleiedokumentasjonen skal i følge Hellesøe «*være et juridisk dokument med høy etterrettelighet*» (Hellesøe i Mekki & Pedersen 2007: 287). Den skal også vera eit verkemiddel til evaluering og endring av tenestetilbod

(Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Såleis har pasientjournalen, og dermed også sjukepleiarane sin dokumentasjon, fått ein viktig både juridisk og kvalitetsforbetrande funksjon. Den vert ein del av den utbetrande teknologien som har som mål å etablera ein beredskap i høve til det uønska og utilsikta. Vi ser med dette omrisset av det Foucault kallar «*sikkerhedsskabende dispositiv*», som gjer seg meir og meir gjeldande i våre dagar (Raffnsøe et al., 2008: 220-221).

Når pasientar får status som kundar, vert utvinning av subjektiv viten om deira forventningar og behov for helsetenester desto viktigare. Riktig nok gjeld dette berre subjektive data som kan kvantifiserast og omdannast til statistikk. Klager og dyre søksmål kan truga velferdsstaten. Å dokumentera at ein faktisk har utført forsvarlege tenester vert av den grunn enda viktigare enn før. Fokus på samfunnsmedisin, folkehelsearbeid og kvalitet, gir ikkje legane eineretten på den medisinsk faglege diskursen. Legane som held på sin naturvitskaplege kunnskapstradisjon, har ikkje lenger monopol på kunnskapsproduksjonen som bidreg til helsepolitiske styringsdata. Dei mister difor mykje av autoriteten sin i formell helsepolitisk samanheng (Skaset i Schiøtz & Skaset, 2003: 514).

4.5 Viten som kunne understøtta dokumentasjonsnormene i perioden 1974 og fram til i dag

Dei nye folkesjukdomane som oppstod i kjølvatnet av velferdsstaten måtte angripast med nye strategiar. Samfunnslekamane måtte instruerast i meir helsebringande praksisar der dei sjølv måtte gjera ein innsats i høve til eiga helse. Dei måtte også læra seg å leva med sjukdom som ikkje let seg behandle. Det var ikkje lenger tilstrekkeleg å styra lekamane utanfrå gjennom ytre disiplinerande tiltak. Samfunnslekamane måtte bli styrt til å leia seg sjølv gjennom sjølvstyrt disiplinering. Dette gir rom for oppkomst av liberalistisk ideologi og humanistisk viten som vart nytta til å understøtta meir sjølvdisiplinerande praksisar (jf. kap.2.2.1).

I følgje Foucault vert subjektiv viten nytta til å styra samfunnslekamane til slike sjølvdisiplinerande praksisar. Det er ei maktutøving (pastoral makt) som tek sikte på å få individ til i størst mogeleg grad ta ansvar for seg sjølv, og til å styra seg sjølv innafrå gjennom sjølvverkjende sanningar. Humanistisk teori i form av behovs- og eigenomsorgsteori kan reknast som slik subjektiv viten. I dette kapittelet argumenterer eg for at nyliberalistisk ideologi, antimedisinsk tenking og behovs- og eigenomsorgsteori, vart og framleis vert brukt til å støtta opp under normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis som oppstod på midten av 1970-talet, og som framleis står ved lag i vår tid (Mitchell, 1974; Kristoffersen, 1995; Mekki & Pedersen; 2007, jf. kap. 4.5.3). Desse teoriane dannar bakgrunn for

sjukepleieprosessen, som heilt sidan 1970-talet er blitt rekna som den ideelle strukturen for sjukepleiedokumentasjon (jf. kap. 4.5.4).

4.5.1 Nyliberalistisk ideologi

Sprengde administrative og økonomiske rammer, samt nyliberalistisk ideologi som vaks fram på 1970- talet, utgjorde viktige *mulighetsbetingelsar* for at synet på korleis god folkehelse skulle fremjast og sjukdom bekjempast endra seg. Fokus vart retta mot individretta førebygging etter inspirasjon frå mellom anna Storbritannia. Solidaritet vart erstatta med ein individualistisk tenkemåte, der utvida individuelt ansvar og krav om større grad av eigenomsorg vart ideala (Schiøtz & Skaset, 2003: 430). Ein kvar vart rekna som sin «eigen lykkes smed», og bevisstgjeringa av individet sitt ansvar i høve til eiga helse måtte reisast. Storsamfunnet kunne ikkje ta seg råd til å ta heile ansvaret for menneskelekamane si helse. Den norske folkesjela måtte få attende trua på eigne helsebringande evner, og den måtte disiplinrast til å utføra ein meir helsebringande praksis. Dette skulle løna seg både for enkeltindivid og samfunn. Ansvaret for folkehelsa vart forskyven frå å vera eit offentleg ansvar til å bli den enkelte sitt ansvar.

Ein ny førebyggingsideologi vaks fram, og helseopplysninga endra form ved at den vart meir individualisert og til dels også moraliserande (Martinsen, 2008: 255-256, 261). Målet var å endra samfunnslekamane, og ikkje berre behandla sjukdomar som lekamane var ramma av. Pasienten vart sin eigen kapital. Denne kapitalen trong forvaltast på ein føremålstenleg måte, og den enkelte si helse skulle vera eit lønsamt prosjekt (Augestad, 2005). Subjektiverande teori, som til dømes behovs- og eigenomsorgsteori, skulle omforma tilhøvet samfunnslekamane hadde til seg sjølv. Lekamane skulle endrast frå passive mottakarar av medisinsk behandling til aktive deltakarar i forminga av eige liv. Slik subjektiverande teori vert i hovudsak konstruert gjennom individuelle vedkjenningar. Kunnskap som er utvikla om individet, tek individet sjølv i bruk når det skal definera seg sjølv (ibid.: 47). Mennesket er eit kunnskapsobjekt som vitskap vert henta frå, men også eit subjekt der same vitskapen kan vera ein ressurs i eiga sjølvrealisering og identitetsarbeid. Augestad viser til Foucault som kallar det «*selvforholdsteknikker*», teknikkar og strategiar individa nyttar for å kontrollera, regjera og forvalta seg sjølv. Det er ei forvaltning av eigen «*Human capital*», ei form for eigenomsorg eller «*self care*» som i følgje Foucault er blitt praktisert heilt frå antikkens dagar og som har fellesskap med den kristne sjølvransakinga og skriftemålet (Foucault, 1994: 223-247). I våre dagar har staten teke over presteskabet si rolle og ei rekke av dei same maktteknologiane.

Målet med desse «*selyforholdsteknikkane*» er i dag verdslege; som livskvalitet, sunnleik, helse og velferd, og ikkje lenger frelse inn i neste liv.

Det siste nye på teknologifronten er sjølvovervakingsverktøy i form av «apper» som kan lastast ned på smarttelefonane vi etterkvart er blitt så avhengig av. Her kan ein følgja med eigne biologiske og fysiologiske prosessar (t.d. blodtrykk, puls, kolesterolnivå, forbrenning, søvnmønster og anna helserelevante informasjon) og kontinuerlig korrigere livsmønsteret vårt i høve til normative standardar. Samfunnslekamane får med andre ord høve til å objektivere eigen kropp og utvinna kunnskap som ein kan nytta i eige sjølvdanningsarbeid.

Sjølvdisiplineringssteknologien det her er snakk om, er avhengig av medisinsk kunnskap for å kunna definere normaltilstandar og standardar, men legg opp til at samfunnslekamane sjølv førebygg avvik frå det normale. Slik kan ein koma sjukdom i forkjøpet. Målet er openbart; å gjera den dyre behandlingsmedisinen overflødig. Berre framtida vil visa realismen i dette målet.

Sjukepleiarane har hatt ei særeigen og viktig rolle i slikt disiplineringsarbeid (sjølvdisiplinerings) sidan 1970-talet. Sjukepleiaren er blitt den gode hyrde som skal rettleia pasientane til å ta best vare på seg sjølv til tross for sjukdom eller lyte. Ved å ta i mot personlege vedkjenningar frå pasientane, for så å skriva desse ned i sjukepleiedokumentasjonen, bidreg sjukepleiarane til utvinning av subjektiverande viten. Gjennom forskning og rapportering direkte til myndighetene, vert sjukepleiarane med dette sjølvstendige informatørar av subjektiverande viten. Eksempel på dette er livskvalitetsforskinga som står sterkt i sjukepleieforskinga, og som tek utgangspunkt i korleis pasientar opplever og meistrer det å leva med sjukdom. På denne måten får sjukepleiarane tildelt ei rolle, samtidig som dei finn ein nisje til å definere sjukepleiefaget sin eigenart.

4.5.2 Antimedisinsk rørsle

Samtidig med at legestanden mista ein stor grad av autoritet utover 1970- og 80-talet, vart det medisinske kunnskapsfeltet utfordra av anti medisinske strømmingar. Til tross for stadige og avgjerande framsteg i medisinsk teknologi, vitenskap og behandlingsmogelegheiter, såg ein at desse framstega hadde sine baksider i form av sjukehusinfeksjonar, overbehandling og biverknader. I 1975 gav filosofen Ivan Illich ut boka *Medisinsk Nemesis* som omhandla medisinen sine sjukdomsframkallande effektar (1975). Allereie i 1960-åra hadde ei antipsykiatrisk rørsle, inspirert av sosiologar som Ronald Laing og Erving Goffman, vakse fram. Tilsaman utgjorde desse retningane eit anti medisinsk tankesett. Visst hadde medisinen sine framsteg løyst mange plager og lidningar, men den hadde også teke mange naturlege

hendingar som sjukdom, smerte og død ut av sin samanheng med feilslått medisinsk behandling. Mennesket hadde fått ei urealistisk forventning til kva medisinen kunne bidra med. Det hadde også mista trua på sine egne evner til å takla utfordringar som sjukdom medførte. Mennesket trong å få denne trua attende ved å få hjelp til å tåla liding og smerter. «Hjelp til sjølvhjelp» vart mottoet (Karoliussen & Smebye, 1981: 25-27).

Den antimedisinske rørsla peika ut legen som representant for den passiviserande og medikalisierende behandlingsmedisinen, medan sjukepleiarane profilerte seg som den positive motsatsen (Bedholm i Frederiksen, 2006: 85-91). Sjukepleiarane knytte ein sterkare allianse med pasienten, der den viktigaste funksjonen vart å støtta opp under pasienten si eiga evne til å ivareta si eigenomsorg, og meistra følgjene av sjukdom eller manglande helse.

Sjukepleiedokumentasjonen skulle i følge Andersen vera ein reiskap til å synleggjera denne funksjonen; nemleg å støtta opp under pasientane si evne til å meistre omsorga for seg sjølv (Andersen i Kristoffersen, 1995: 51, 54). På denne måten støtta den antimedisinske rørsla opp under profesjonalisersinteressene i sjukepleia. Alliansen: sjukepleiar – lege vart svekka til fordel for alliansen: sjukepleiar – pasient, og det vart taust omkring sjukepleiarane si rolle som legen sin assistent. Frå no av skulle sjukepleie stå i eit komplementert tilhøve til medisinsk verksemd (Lund, 2012: 203-244). I motsetnad til på Nightingale si tid, fekk den anti medisinske rørsla gehør i ei tid der ubetinga tru på at legevitskapen var i stand til å fremja helse og ta hand om all sjukdom, var blitt vesentleg svekka.

4.5.3 Behovs og eigenomsorgsteori

Amerikalinja hadde allereie bidrege til at fleire norske sjukepleiarar hadde knytt kontakt med amerikanske sjukepleiarar og blitt kjend med nye teoriar omkring sjukepleie (jf. kap. 3.4.3). Behovsteori og eigenomsorgsteori var eksempel på dette. Teoriane hadde utspring frå psykologisk teori, og ved innføringa av Pamela Mitchell si lærebok i sjukepleie vart desse nye teoriane gjort kjend for alle nyutdanna sjukepleiarar.

Saman med eigenomsorgsteori, er teorien om mennesket sine grunnleggande behov den teorien som har blitt brukt til å legitimera sjukepleie, og dermed også til å støtta opp under normene for sjukepleiedokumentasjon. Teorien om mennesket sine grunnleggande behov vart introdusert av den amerikanske sjukepleiararen Virginia Henderson (1897-1996), og vart spreidd ut over store delar av verda av International Council of Nurses (INC) i 1960 (Boge, 2008: 31). Allereie i 1939 formulerte Virginia Henderson ein definisjon på sjukepleie. Denne vart reformulert i 1955 og er blitt ståande som ein klassisk definisjon på sjukepleie:

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Henderson, Melbye, & Munkebye, 1998: 45).

I følge Henderson sin teori om sjukepleie, har sjukepleia røtter i grunnleggande menneskelege behov:

Alle er vel enig i at sykepleie har sine røtter i grunnleggande menneskelige behov, enten det menneske hun tar hånd om er friskt eller sykt, bør sykepleieren ha i tanke disse fundamentale behov: mat, hus, klær, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den menneskelige sammenheng (Henderson & Norsk sykepleierforbund, 1961/1960: 13).

Henderson sin definisjon på sjukepleia sin særlige funksjon står framleis ved lag i dagens opplæring av sjukepleiarar (Mekki et al., 2011). Også for Henderson er eigenomsorg eit ideal. Sjukepleiaren har ein utfyllande funksjon i det ho er den som hjelper pasienten til sjølv å oppnå størst grad av eigenomsorg i høve til dei grunnleggande behova, og i dei høva dette ikkje er mogeleg; å kompensera for tapte evner. Dess før pasienten kan klare seg sjølv, eller på eiga hand koma fram til korleis han skal vinna att helsa, dess betre. Dei grunnleggande behova som sjukepleiaren skal hjelpe pasienten med å få dekkja deler Virginia Henderson inn i 14 komponentar:

1. Å hjelpe pasienten å puste normalt
 2. Å hjelpe pasienten å spise og drikke tilstrekkelig
 3. Å hjelpe pasienten å få fjernet kroppens avfallsstoffer
 4. Å hjelpe pasienten å opprettholde riktig kroppstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling
 5. Å hjelpe pasienten å sove og hvile
 6. Å hjelpe pasienten å velge passende klær, sko og å kle av og på seg
 7. Å hjelpe pasienten å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur
 8. Å hjelpe pasienten å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
 9. Å hjelpe pasienten å unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre
 10. Å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser
 11. Å hjelpe pasienten å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett
 12. Å hjelpe pasienten å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe
 13. Å hjelpe pasienten å finne underholdning og fritidssystemer
 14. Å hjelpe pasienten å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling
- (Henderson & Norsk sykepleierforbund, 1961/1960: 17-18)

Sjukepleiaren skal i følge Henderson ikkje berre dekkja biologiske behov: «*Hun skal ellers hjelpe til å skaffe til veie slike ting som gjør livet til noe mer enn en vegetativ prosess*» (ibid.: 12). Sjukdom kan føra til at pasienten treng hjelp til å dekkja fleire av behova sine. I følge Mitchell må sjukepleiaren difor ta standpunkt til kva ho kan gjera noko med og kva ho skal prioritera først. Ho seier at psykologen Abraham Maslows hierarki av grunnleggjande behov (fysiologiske behov, behov for tryggleik, behov for kjærleik og ømheit, behov for anerkjening og respekt, behov for sjølvrealisering) kan vera til hjelp i denne prioriteringa. «*Han hevder at behov av lavere rang må tilfredstilles før de av høyere rang kan få betydning for en*» (Mitchell, 1974:163). I følge Henderson må ein ikkje gløyma at kvart individ tolkar sine behov individuelt og har individuelle måtar å få desse behova tilfredstilt på. For å koma dette i møte må:

sykepleieren treng inn under overflaten hos de mennesker hun tar hånd om og hun må ha et lyttende øre (Henderson & Norsk sykepleierforbund, 1961/1960: 14).... *På alle tenkelige måter må hun oppmuntre den syke til å gi uttrykk for det han har på hjertet* (ibid.: 15).

Slik får sjukepleiaren pasienten sin subjektivitet til å tre fram og genererer dermed subjektiverande viten. Det er ved hjelp av slike subjektive data ho kan utøva sjukepleie.

Psykologien hadde byrja gjera seg gjeldande i 1950-åra og vart ein farbar veg til profesjonalisering av sjukepleie. «*Det var rasjonell og effektiv sykepleie som skulle frigjøre sykepleieren til å bli en intelligent og lyttende psykolog og sjelesørger for pasienten*» (Lund, 2012: 53). Difor vert denne form for data også sentrale i sjukepleiarane sin dokumentasjon av sjukepleie. For at sjukepleia skulle vera effektiv, måtte ein ha ein skriftleg plan som tvinga den som planla sjukepleia til å tenka gjennom pasienten sine behov og dei sjukepleietiltaka som måtte setjast i verk:

Til en viss grad er all effektiv sykepleie planlagt, men det å sette opp en skriftlig plan, tvinger den som skal gjøre det til å tenke igjennom pasientens behov for de sykepleietiltakene som må iverksettes (Henderson & Norsk sykepleierforbund, 1961/1960: 20).

Det er denne behovstenkinga som ligg bak sjukepleieplanen, og som vart ein viktig del av sjukepleiarane sin dokumentasjon frå 1970-åra og utover. I lærebøkene i sjukepleie er det slike grunnleggjande behov som mellom anna vert lagd til grunn for verktøya som sjukepleiarane burde bruka i si datasamling, og som danna grunnlag for sjukepleiediagnosen. Når sjukdom medførte at grunnleggjande behov ikkje vart dekkja, vart dette fokusområde for sjukepleia. Det vart difor viktig å dokumentera pasienten sine problem med å få dekkja sine

behov, samt kva sjukepleietiltak som vart sett i verk for å tilfredstilla desse. (Mitchell, 1974: 114-120, Andersen i Kristoffersen, 1995: 25).

Dorothea Orem (1914-2007) er den Amerikanske sjukepleieteoretikaren som vidareutviklar Henderson sin behovsteori til ein teori om eigenomsorg (Heggdal, 2006: 119). Teorien byggjer på ei tru om at mennesket alltid har søkt etter å påverka eiga helse. I sjukepleiesamanheng vart omgrepet teke i bruk i byrjinga av 1970-talet. Dorothea Orem definerer eigenomsorg slik:

Egenomsorg er de aktiviteter individet selv tar initiativ til, og utfører på egne vegne, for å opprette liv, helse og velvære (Karoliussen & Smebye, 1981: 84).

Generell eigenomsorg handlar om det individet gjer til dagleg for å dekkja grunnleggande menneskelege behov. Målet er å ta ansvar for eiga helse og nytta dei mogelegheitene ein har til å oppnå helse og livskvalitet. Å kunna vera sjølvhjulpen eller å oppnå stor grad av eigenomsorg er helsebringande i seg sjølv. Difor vart auka medvit i høve til eigenomsorg sett på som ein føresetnad for å fremma helse (ibid.: 83-113). Dette vert understøtta av psykologisk teori, som ein til dømes finn hjå Maslow (ibid.: 198: 95). Eigenomsorgsteori har saman med behovsteori prega sjukepleietenkinga heilt fram til i dag, og ei rekke sjukepleieteoretikarar har teke omgrepa i bruk i sine forsøk på å definera sjukepleie. I desse definisjonane vert sjukepleia si oppgåve å hjelpa individet på ulike måtar med å oppnå høgast grad av eigenomsorg, eller i dei høva dette ikkje er mogeleg, å kompensera for manglande eigenomsorg, slik at individa får dekkja sine individuelle behov. Sjukepleiaren vert med andre ord både pasienten sin gode hyrde og assistent.

4.5.4 Sjukepleie som ein mellommenneskeleg og problemløysande prosess

Sjukepleie vert sett på som både ei mellommenneskeleg handling og ein problemløysande prosess. I relasjon med pasienten bruker sjukepleiaren seg sjølv som middel for å nå måla for sjukepleia. For å kunna gi individuell omsorg må sjukepleiaren læra pasienten å kjenna. «Sykepleieren må kunne se bak pasientrollen for å oppdage det enkelte menneskes individualitet og særpreg» (Karoliussen & Smebye, 1985: 131). Pasienten vert eit erkjennande subjekt og sjukepleiaren den gode hyrde som med sine faglege ressursar skal stå pasienten bi i hans søken etter mogelegheiter for å meistre omsorga for seg sjølv (ibid.: 116-137, NSFID, 2007: 10). Slik vert sjukepleiaren delaktig i den pastorale maktforma.

Fokus er flyttet frå pasientens krop og fysiske symptomer til patientens identitet, inderste tanker, følelser, ønsker og tilbøjeligheder, der ikke blot skal overvåges, men trenges ind til, tolkes, forstås og bearbejdes (Bedholm i Frederiksen, 2006: 91)

Dette fokuset vert spegla i normene for sjukepleiedokumentasjon. Det er viktig å få fram pasienten sine egne opplevingar av sjukdomen han/ho er ramma av, og kva problem eller ressursar vedkomande har i høve til å yta omsorg for seg sjølv. I følgje Mitchell er det pasienten si oppfatning og oppleving som skal leggst til grunn for tiltak, og ikkje sjukepleiarane si tolking. Desse tiltaka skal vera dokumentert i sjukepleieplanen (Mitchell, 1974: 124, 110). I denne samanhengen vert objektivisering av samfunnslekamane omtala som noko negativt (sjukepleie sin instrumentelle funksjon), medan engasjementet for mennesket som subjekt vert omtala som positivt (sjukepleia sin ekspressive funksjon). I følgje lærebøkene som er blitt brukt i sjukepleiefaget sidan 1970- talet, er det sjukepleia sin ekspressive funksjon som har hatt forrang i sjukepleiedokumentasjonen (Mitchell, 1974; Kristoffersen, 1995; Mekki & Pedersen, 2007). Denne let seg best dokumenterast gjennom å dokumentera sjukepleieprosessen.

Omgrepet *sjukepleieprosess* har røter i Amerikansk teori om sjukepleie. Omgrepet vart nytta i definisjonar av sjukepleie og kom til Noreg i slutten av 1960-åra. Bakgrunnen for omgrepet var eit ønske om å koma bort frå at den medisinske diagnosen skulle vera retningsgivande for sjukepleia. Sjukepleia skulle i staden ta utgangspunkt i ein analyse av den enkelte pasienten sin situasjon, og sjukepleie vert sett på som både ein mellommenneskeleg og problemløysande prosess (Karoliussen & Smebye, 1981: 116- 218). I følgje forfattarane av boka *Sykepleie- fag og prosess* (ibid.), har sjukepleie som mål å hjelpa pasienten til å meistre dei endringane i eigenomsorga som sjukdom eller helsesvikt medfører. Det er difor viktig å få fatt i pasienten sin individuelle rekjenning av sjukdom, og analysera fram kva problem sjukepleiaren kan løysa: « *Dette skjer gjennom sykepleieprosessen – gjennom samhandling med pasienten og ved problemløsning*» (ibid.: 117). Problemløysingstanken skulle individualisera sjukepleia og erstatta den oppgåvebaserte tenkinga. Eit resultat av sjukepleieprosessen var skriftlege pleieplanar: «*Pleieplanen er en skriftlig disposisjon over hva man konkret skal arbeide mot, og hvordan dette skal gjøres i samarbeid med pasienten*» (ibid.: 119). For å nå desse måla må sjukepleia vera terapeutisk: «*Sykepleieren bruker seg selv som middel til å nå disse målene – såkalt teapeutisk bruk av selvet*» (ibid.: 122).

NSF sin rettleiar for dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal seier at sjukepleieprosessen er det rammeverket som best sikrar at innhaldet i dokumentasjonen er i samsvar med juridiske krav. Som problemløysande prosess omfattar dette:

en strukturering av informasjonsinnhenting, sykepleiediagnostisering, planlegging og gjennomføring av sykepleietiltak og evaluering av resultat (NSFID, 2007: 7).

Rettleiaren seier vidare at dokumentasjon av desse enkelte fasene i sjukepleieprosessen er ein viktig føresetnad for kontinuitet og kvalitet i sjukepleia. Rettleiaren tek også utgangspunkt i sjukepleieprosessen sin mellommenneskelege prosess. Ikkje berre sjukepleiehandling skal dokumenterast, men også måten handlinga vert utført på:

Den mellommenneskelige del av sykepleieprosessen er avhengig av blant annet sykepleierens ansvarsfølelse, respekt, personlig engasjement og empati (ibid.: 7).

Det vert med andre ord viktig å dokumentera sjukepleiaren sitt bidrag i subjektiveringsprosessane. Dette skal, i følgje rettleiaren, innfri juridiske krav til sjukepleiarane si journalføring, men også å synleggjera sjukepleie som fag. Ved å gå inn i ein sterk allianse med pasienten (noko som er i myndigheitene si interesse), meiner sjukepleiarane at dei bryt den sterke alliansen dei har hatt med legane. Dei kvittar seg dermed med «legeåket» og brukar pasientalliansen til å legitimera sjukepleie som eige fag. Dette kan derimot uttrykkast som ein illusjon, då sjukepleiarane er satt «under administrasjon av pasienten» og ikkje kan utføra noko sjølvstendig sjukepleie utan pasienten si godkjenning. Vi er med andre ord ikkje kome særleg lenger i vår profesjonskamp, sjølv om illusjonen i sterk grad har prega normene for korleis sjukepleiarane skal dokumentera sjukepleiepraksis dei siste 40 år. Illusjonen har derimot vore til vesentleg nytte for myndigheitene, då sjukepleiarane velvillig har skaffa til veie nyttig subjektiv kunnskap om den sjuke og utfordrande delen av befolkninga.

Oppsummering

I dette kapittelet har eg analysert normene for sjukepleiedokumentasjon slik dei vert presentert i lærebøker i sjukepleie frå 1974 og fram til lærebøkene som vert brukt i dagens opplæring av sjukepleiarar. Som i kapittel 3, har eg analysert fram *mulighetsbetingelsane* for normene i lys av storpolitisk, helsepolitisk og sjukepleiefagleg kontekst. Eg har også analysert fram viten som kan ha understøtta normene for kva sjukepleiarane bør ha dokumentert av data om pasientane.

Frå 1974 gjennomgår normene for sjukepleiedokumentasjon ein transformasjon. Frå no av skulle sjukepleiarane først og fremst dokumentera data om pasientane sine egne opplevingar og vurderingar av sjukdom og helsesvikt. Dette skulle gjerast systematisk og med utgangspunkt i pasienten sine behov. Denne nye måten å dokumentera sjukepleie på må sjåast i lys av dei samfunnsmessige endringane som oppstod i kjølvatnet av velferdsstaten.

Behandlingsmedisinen si utvikling og ekspansjon, samt auken i livsstils relaterte og kroniske

sjukdomar, auka etterspørsel etter kostnadskrevjande helsetenester. Dette vart eit veksande trugsmål mot velferdsstaten, og det vart trong for subjektive data som kunne nyttast til å få samfunnslekkamane til å styra seg sjølv mot meir helsebringande praksisar (sjølvdisiplinering). Ein ny styringsideologi oppstod, og legane sin posisjon i helsepolitisk samanheng vart betydeleg svekka. Det vart dei enkelte administrative einingane i helsevesenet sitt ansvar å rapportera til myndigheitene.

Etter 1995 skulle sjukepleiarane halda fram med å dokumentere subjektive data. Lik praksis skulle sikrast gjennom standardisering. Innføring av informasjonsteknologi på 1980-talet fremja ei slik utvikling. Sprengde helsebudsjett, kvalitetsmedvitne pasientar med rett til å klage, og innføring av New Public Management i offentleg sektor, gjorde etterspurnaden etter subjektive data enda meir politisk relevant etter 1995. Innføring av elektronisk journalføring gjorde data til statistisk bearbeiding lettare tilgjengeleg, og oppkomsten av nasjonale helseportalar har bidrege til at både sentrale og lokale myndigheiter kontinuerleg har kunna følgje med helsetilstanden i befolkninga. Det er blitt publisert både storpolitiske og fagpolitiske retningslinjer og krav for sjukepleiedokumentasjon. Dette skal sikra tilgang til politisk relevante data. Samtidig har dokumentasjon av sjukepleie blitt brukt som eit verkemiddel i legitimeringa av profesjonell sjukepleie.

Analysene mine viser at i den første perioden frå 1877 til 1974 vart biologisk viten om kropp og sjukdom brukt til å støtta opp under normene for sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis. Frå 1974 og fram til i dag kan det sjå ut som at humanistisk viten i form av behovs- og eigenomsorgsteori, er blitt brukt til å støtta opp under normene for kva sjukepleiarane bør dokumentera av data om pasientane.

Nokon refleksjonar til slutt

Studien starta med ei undring over korleis det kan ha seg at det er så tilsynelatande sterke politiske føringar på korleis sjukepleiarane bør dokumentera sjukepleiepraksis. Gjennom praksis har eg erfart at sjukepleiarane strever med å etterkoma dokumentasjonsnormene slik dei er i dag, og har lurt på kvifor normene ikkje samsvarer med sjukepleiarane sine ønskjer og behov. Gjennom denne studien har eg oppdaga dei tette banda mellom sjukepleiedokumentasjon og samfunnsnyttig overvaking av folkehelsa. Samtidig har eg oppdaga at dokumentasjon av sjukepleie har vore eit viktig verktøy til å legitimera sjukepleie som sjølvstendig fag. Denne strategien kan derimot oppfattast som ein illusjon. Det er

Foucault sine utleggingar om disiplinering og hans dispositive analyseteknikkar som har gjort det mogeleg for meg å gjera desse oppdagingane.

Relevans og ny kunnskap: Studien er relevant for alle sjukepleiarar, fordi den problematiserer ein lovpålagd praksis. Tidlegare studiar problematiserer i hovudsak normative sider ved sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis (jf. kap. 1.1.1). Eg har til no ikkje funne studiar som ser på *mulighetsbetingelsane* for at praksisane er blitt slik dei er. Studien plasserer sjukepleiefaget inn i ein større samfunnskontekst og viser korleis sjukepleie med tilhøyrande dokumentasjonspraksisar er blitt til og forma i samspel med andre sosiale og politiske fenomen.

Forslag til vidare studiar: Då eg i denne studien ikkje har analysert korleis sjukepleie faktisk er blitt og blir dokumentert, kunne ei interessant oppfølging vera å analysere korleis sjukepleie faktisk har blitt dokumentert. Dette kan til dømes gjerast ved å analysere sjukepleiejournalar frå fortid og notid. Ved å nytta eit Bourdieu perspektiv, kan ein få fram korleis sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis er blitt forma innfor eit bestemt felt, og i samspel med andre sosiale praksisar og aktørar. Den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1930 – 2002) var oppteken av sosiale praksisar og teikna eit skilje mellom normer for praksis og korleis praksis faktisk vert utført. Hjø Bourdieu konstruerer forskaren sine eigne objekt. Dette gjer ein ved å studera konteksten rundt fenomenet, dei usynlege relasjonane og ved å bryta med prekonstruerte førestillingar. Til liks med Foucault sine arbeid vert dette gjort i eit historisk perspektiv. Eit Bourdieu perspektiv kan finna svar på spørsmål som korleis kan det vera at dagens faktiske praksis har oppstått, kor den kjem frå, korleis den er og korleis den verker (Petersen, 1993). Kanskje kan ein ved eit slikt studie finna forklaringar på korleis det kan ha seg at sjukepleiarane over tiår har streva med å følgja normene for korrekt dokumentasjonspraksis.

REFERANSAR

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forl.
- Augestad, P. (2005). Resept for et sunnere Norge: et foucaultsk blikk på norsk helsepolitikk. *Sosiologi i dag*, 35:2;, 33-52.
- Blix, B. H. (2005). *Korthuset. sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis. Tromsø: Universitetet i Tromsø*.
- Boge, J., & Martinsen, K. (2006). Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden*, , 2, 32-35.
- Boge, J. (2008) *Kroppsvask i sjukepleia*. Bergen: Universitetet i Bergen
- Boge, J. H. (2011). *Kroppsvask i sjukepleie: eit politisk og historisk perspektiv*. Oslo: Akribe.
- Christensen, K. (2012). Når velferdstjenester møter ny velferdsstyring: om implementeringen av IPLUS. *Sosiologi i dag, Årgang 42 nr. 2/2012*, 48-69.
- Foucault, M. (1994). *The essential works of Michel Foucault, 1954-1984* (Vol. 1: Ethics: subjectivity and truth). London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1994b). *The essential works of Michel Foucault, 1954-1984* (Vol.3: Power). London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1999). *Seksualitetens historie*. [Oslo]: Exil.
- Foucault, M. (2000). *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzel.
- Foucault, M. (2002). *Overvåkning og straf : fængslets fødsel*. Frederiksberg: Det Lille Forl.
- Foucault, M. (2002b). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oversatt, introdusert og annotert av Neumann, Iver B. Oslo: Cappelen akademisk.
- Frederiksen, K. (2005). *Uddannelse til ordentlighed: at lære sygepleje gennem 200 år*. Viborg: Forlaget PUC.
- Furre, B. (2000). *Norsk historie 1914-2000: industrisamfunnet - frå vokstervisse til framtidstvil* (Vol. B. 6). Oslo: Samlaget.
- Gjevjon, E. R., & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of clinical nursing*, 19(1-2), 100-108.
- Grøn, K., & Widerøe, S. (1921). *Haandbok i Sykepleien*. Kristiania: Aschehoug & Co.
- Guillou, J. (2011). *Brobyggerne* (Vol. 1). Oslo: Piratforlaget.
- Gutting, G. (2005). *Foucault: a very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.

- Hedegaard L, B. (2006). *Anerkendelse & krænkelse: en undersøgelse af diskursive kontrolprocedurer i relation til sygeplejerskers bestræbelser på at opnå anerkendelse af det verdslige sygeplejefag som et selvstændigt fag*. Viborg: Forlaget PUC, CVU Midt-Vest.
- Heede, D. (1992). *Det tomme menneske: introduktion til Michel Foucault*. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Heggdal, K. (1999). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- HOD (Helse- og omsorgsdepartementet). (1999). *Lov om pasientrettigheter av 02.07.1999 nr. 63*.
- HOD (Helse- og omsorgsdepartementet). (2000). *Forskrift om pasientjournal*.
- HOD (Helse- og omsorgsdepartementet). (2001). *Lov om helsepersonell av 02.07.1999 nr. 64*.
- HOD (Helse- og omsorgsdepartementet). (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Vol. nr. 47 (2008-2009)). [Oslo]: [Regjeringen].
- HOD (Helse- og omsorgsdepartementet). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), Stortingsmelding nr 16*. Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (10/2009). *IPLOS Rettleiar for personell i kommunale helse- og sosialtenester*. IS-1112, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet 2014: retrieved: 06.05.2014 www.kith.no/
- Henderson & Norsk sykepleierforbund. (1961/1960). *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Henderson, V., Mellbye, S., & Munkeby, A. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforl.
- Illich, I. (1975) *Medisinsk Nemesis*. Oslo: Fakkeltbok, Gyldendal Norsk forlag.
- Jefferies, D., Johnson, M., Griffiths R. D., Jefferies, M. M., Johnson, R. R., & Griffiths, R. R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International journal of nursing practice*, 16(2), 112-124.
- Jervell, A. (1941). *Lærebok for sykepleiersker* (Vol. 3. opplag). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Juritzen, T. I. (2013). *Omsorgsmakt: Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem* (Vol. no. 1489). Oslo: Unipub.
- Karoliussen, M., & Smebye, K. L. (1981). *Sykepleie : fag og prosess*. Oslo: Universitetsforl.
- Kaurin, E. (1879). *Sygepleiersken Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i by og Bygd*. Kristiania: Alb. Cammermeyer.

- KITH (2003) Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie (Kompetansesenter for IT i Helsesektoren) KITH Rapport R 12/03.
- Kjeldstadli, K. *Å analysere skriftlige kilder* i: Fossaskaret, E., Fuglestad, O. L. og Aase, T. H. (1997). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolking av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforl.
- Kommunal og moderniseringsdepartementet. (1992). *Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25.09.1992 nr. 19*.
- Kristoffersen, N. J. (1995). *Generell sykepleie 2*. Oslo: Universitetsforl.
- Kropp, A. (2009). *Registrantanalyse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kunnskapsdepartementet. (2005) Rammepplan for sykepleierutdanning. Oslo.
- Laitinen, H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki P. H., Laitinen, M. M., Kaunonen, P. P., & Åstedt-Kurki, P. P. (2010). Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of clinical nursing*, 19(3-4), 489-497.
- Lerheim, K., & NSF. (1969/67). *Lærebok for sykepleieskoler. Bind 1: generell sykepleielære* (Vol. 2. opplag). Oslo: Fabritius & Sønners Boktrykkeri.
- Lund, E. C. (2012). *Virke og profesjon* (Vol. 2). Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (1984). *Freidige og uforsagte diakonisser : et omsorgsyrke vokser fram, 1860-1905*. [Oslo]: Aschehoug.
- Martinsen, K. (2007). *Angår du meg? : etisk fordring og disiplinert godhet*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2008). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. [Oslo]: Tano.
- Mekki, T. E., & Pedersen, S. (2007). *Grunnleggende sykepleie 1* (Vol. 1). Oslo: Akribe.
- Mekki, T. E., Holter, I. M., Nilsen, L., Stamsø, M. B., Thorbjørnsen, K. M., & Kjerland, L. E. (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (Vol. 1). Oslo: Akribe.
- Melby, K. (2000). *Kall og kamp: Norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelens forl.
- Mitchell, P. H. (1974). *Grunnleggende sykepleie 1*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moen, A. (2002). *Dokumentasjon og informasjonshåndtering: faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere*. Oslo: Akribe.
- Moen, A., Hellesø, R., & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Moseng, O. G., & Norsk sykepleierforbund. (2012). *Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Oslo: Akribe.
- Nerbøvik, J. (1999). *Norsk historie 1860-1914: eit bondesamfunn i oppbrot* (Vol. B. 5). Oslo: Samlaget.

- Nissen, R., & Martinsen, K. (2000/1877). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NSFID (2007) *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. En veileder fra Norsk sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon.
- Nøst, T. H., Blekken, L. E., & Andrè, B. (2014). Implementering av sykepleiediagnoser i fritekst. *Sykepleien: Forskning, nr. 1 2014; 9*, 44-52.
- Petersen, K. A. (1993). At konstruere en teori om sygepleje *Overvejelser og metoder i sundhedsforskningen* (pp. S.35-55). [København]: Akademisk Forlag.
- Prideaux, A. A. (2011). Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *British journal of nursing, 20(22)*, 1450.
- Raffnsøe, S., Gudmand-Høyer, M., & Thaning, M. S. (2008). *Foucault*. København: Samfundslitteratur.
- Schaanning, E. (1993). *Kommunikative maktstrategier: rapporter fra et tårn*. Oslo: Spartacus.
- Schiøtz, A., & Skaset, M. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003* (Vol. B. 2). Oslo: Universitetsforl.
- Sortland, O. E. (2011). *Vitenskapsteori og metodelære i sykepleirutdanningen*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Sosial- og helsedepartementet. (1996). *Mer Helse for Ver B IT*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *"Si @" Gjennomføring, status og videre tiltak pr første halvår 2001. Statlig tiltaksplan* Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004a). *Hvordan holde orden i eget hus: internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004b). *S@mspill 2004*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester*. [Oslo]: Sosial- og helsedirektoratet, Avd. for kommunale velferdstjenester.
- Sydnes, T. *Centrale ideer i Florence Nightingales sygeplejefilosofi* i: Birkelund, R. (2001). *Omsorg, kald og kamp: personer og ideer i sygeplejens historie*. København: Gyldendal.
- Villadsen in Gytz Olesen, S., & Blok Johansen, M. (2011). *Professionernes sociologi og vidensgrundlag*. Aarhus: Via Systime.
- Waage, H.R. (1911/1901). *Lærebok i Sykepleie* (Vol. 3. utgave). Kristiania: Aschehoug & Co.