

Profesjonsetiske utfordringer i et helseforetak
En kvalitativ studie av sykepleiere ved to
psykiatriske akuttposter i et helseforetak

Elisabeth Sveen Kjølrsrud

Profesjonsetiske utfordringer i et helseforetak

**En kvalitativ studie av sykepleiere ved to psykiatriske
akuttposter i et helseforetak**

Avhandling for graden philosophiae doctor

Universitetet i Agder
Fakultet for humaniora og pedagogikk
2013

Doktoravhandlingar ved Universitetet i Agder nr. 69

ISSN: 1504-9272

ISBN: 978-82-7177-741-6

© Kjølrsrud, Elisabet Sveen, 2013

Trykk: Trykkeriet, Universitetet i Agder

Forord

Jeg startet mitt engasjement som forsker ved Sørlandet sykehus HF i august 2007 og var tilknyttet ”Avdeling for barn og unges psykiske helse” frem til november 2011. Samtidig med dette har jeg vært tilknyttet PhD-programmet ”Religion, etikk og samfunn” ved Fakultet for humaniora og pedagogikk, Universitetet i Agder.

Sykehusene i Norge har gjennom de siste årene gjennomgått mange organisatoriske endringer, og min ambisjon med denne avhandlingen har vært å sette søkelyset på hvilke utfordringer slike endringer betyr for sykepleiere ute i praksis. Jeg har også ønsket å stimulere til en debatt og en videre refleksjon knyttet til de ulike problemstillinger avhandlingen har belyst.

Et doktorgradsarbeid tar tid, og det er mange som har bidratt i denne prosessen sammen med meg. Først og fremst ønsker jeg å takke Sørlandet sykehus HF som har finansiert deler av arbeidet disse årene. Takk også til Norsk Sykepleierforbund som gav meg et stipend underveis. Dernest ønsker jeg å takke sykepleierne som var villige til å dele sine opplevelser og erfaringer med meg. En stor takk går også til mine to veiledere, hovedveileder professor Pål Repstad og biveileder professor Paul Leer-Salvesen. Takk for tålmodighet og kloke ord og oppmuntringer underveis. En spesiell takk også til professor Åshild Slettebø for oppmuntring og råd og tro på at tematikken var viktig. Takk også til forskerkollega Charlotte Kiland for interessante samtaler, innspill og refleksjoner underveis. Ansatte på biblioteket i Grooseveien, nå nye Campus i Grimstad, og spesielt Gerd Lillian Andersen – tusen takk for stor og uvurderlig hjelp under hele denne prosessen. Min takk går også til professor Hans Grelland, professor Ole Riis, og professor Dag G. Aasland, alle ved Universitetet i Agder. Takk for kloke råd, innspill og oppmuntring underveis i prosessen. I den perioden jeg arbeidet med denne avhandlingen, var jeg medlem av Rådet for sykepleieetikk. En spesiell takk til dere alle som gav meg inspirasjon til å fortsette arbeidet med profesjonsetikk.

Elisabeth Sveen Kjølrsrud

Grimstad, mai 2013

Summary

“Professional Ethical Challenges within a Health Enterprise” is a qualitative study of 14 nurses and 2 unity heads of *two psychiatric emergency posts* in a psychiatric health care enterprise. The study explores modern challenges that these nursing personnel meet at work: challenges that require of them an increasing degree of regulation and standardization.

The study is defined and limited by two research questions:

1. *Which ethical and moral challenges do these nurses experience?*
2. *Does the implementation of governmental reforms affect the nurses` possibilities for acting as professional nurses, and if so, in what way?*

A study of ethical challenges should perhaps end on a normative note. I have therefore chosen in the final chapter to undertake an ethical reflection over the data I have gathered and my own experience and presuppositions. The questions I address in this chapter are as follows:

- What are the central ethical and moral challenges met by nurses in a hospital psychiatric ward?*
- *What implications do these challenges have for other relevant actors?*

The background for the study

In 2002 the Norwegian government overtook responsibility for the hospitals. This led to new organizational changes in specialized health care, the implementation of a health enterprise reform, and new health laws. The dissertation is a study of professional ethics, and my starting point is the reflections of nurses on their own praxis. My interpretation of these reflections draws on theories from the fields of

ethics, sociology and profession studies. The focus of the dissertation is on what the professional ethic of the nursing profession is and/or should be. Should professional nurses adhere to the political mandate alone, or should nurses base their professional conduct on the relational aspect where behavioural ethics are in focus?

Based on the challenges indicated above, I have chosen to utilize a qualitative study in order to obtain depth knowledge of the nurses' experiences and reflections on praxis. The aim has been to study relationships and variations among the nurses in their understanding of the social reality. A triple hermeneutical approach is used to explore the nurses' interpretations, my interpretations, and those social factors that affect both the nurses and me. It is essential to understand all these aspects, as they together describe context into which the reforms, amended laws, rules and procedures described in the dissertation were introduced. The data collection is based on documents and interviews. The analysis of documents was used to provide a background context for the interviews, and an overview of the changes that have occurred since the health enterprise reform was implemented and the amended laws introduced.

The analysis indicates that the nurses' practice is based on ethical concepts for rules and duty. They perform their duties loyally to the system and to the practice of the work place, even though they may to a certain extent disagree with the ideology that the post espouses. The health enterprise reform therefore impacts on the possibilities for the nurses to act professionally. They use their expertise, but they don't seem to reflect on their actions in terms of their professional ethics. Central objections to the ethical rules in sway are that they might weaken nurses' personal commitment, empathy and morale, and for this reason are not substantial enough in light of the important social function of the profession. In my view, the nurses themselves must contribute to establishing a good culture for reflection in their posts, among other things by taking initiative to establishing meeting places where different challenges may be discussed in order to create good practice. The nurses have a responsibility for exercising good professionalism in their meetings with the patients.

Innhold

FORORD	5
SUMMARY	7
1. INNLEDNING	17
1.1 EN KLASSIKER PÅ FELTET.....	18
1.2 MIN FORFORSTÅELSE	18
1.3 PRESENTASJON AV TEMA OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	20
1.4 BEGREPSAVKLARINGER	21
1.5 VELFERDSSTAT, STATLIGE REFORMER OG PROFESJONSETIKK	23
1.6 TIDLIGERE FORSKNING PÅ FELTET.....	25
1.7 AVHANDLINGENS VIDERE OPPBYGGING	30
2. SYKEPLEIERE – MELLOM KALL OG SAMFUNNSRAMMER	32
2.1 INNLEDNING	32
2.2 SENTRALE UTVIKLINGSTREKK I SYKEPLEIEN OG SYKEPLEIERROLLEN.....	33
2.2.1 Kampen om kunnskapsgrunnlaget.....	34
2.2.2 Kall, og forsakelse – opprør mot kall.....	35
2.2.3 Profesjonslinjen – bort fra pasientene?.....	37
2.2.4 Norsk Sykepleierforbund og deres støtte til reformen	39
2.2.5 "Sykepleieprosessen" som metode.....	40
2.2.6 Lokale diagnoser	42
2.2.7 Teknologi og klassifisering – et bidrag til samfunnsmandatet.....	43
2.2.8 Elektronisk pasientjournal (EPJ)	44
2.2.9 Evidensbasert medisin som kunnskapsmodell	46
2.2.10 Profesjonenes autonomi og evidens.....	48
2.2.11 Forflytning av makt	49
2.2.12 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (YER) og kunnskapsbasert yrkesetikk	51

2.3	FORVALTNINGSREFORMER OG ORGANISATORISKE VIRKEMIDLER.....	56
2.3.1	<i>Helseforetaksreformens innhold</i>	57
2.3.2	<i>New Public Management</i>	59
2.4	ENDRINGER I LOVVERKET.....	62
2.4.1	<i>Felles helsepersonellov</i>	62
2.4.2	<i>Skjerpede pasientrettigheter</i>	63
2.4.3	<i>Kontrollkommissjonen</i>	64
2.5	OPPSUMMERING	65
3.	TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	67
3.1	INNLEDNING.....	67
3.2	SOSIOLOGISK RAMME: INDIVIDRETTET FAGLIGHET UNDER PRESS	68
3.2.1	<i>Marked, byråkrati og profesjonsetikk</i>	69
3.2.2	<i>Bakkebyråkrater og deres strategier for å håndtere omgivelsene</i>	75
3.3	ETISK RAMME – OMSORG- OG NÆRHETSETIKKEN MØTER PLIKT- OG RETTIGHETSETIKKEN.....	77
3.3.1	<i>Innledning</i>	77
3.3.2	<i>Det partikulære versus det universelle</i>	78
3.4	RELASJONSETIKK – OMSORGS- OG NÆRHETSETIKKEN.....	83
3.4.1	<i>Innledning</i>	83
3.4.2	<i>Sansning og forståelse</i>	84
3.4.3	<i>Økonomi og tid</i>	87
3.5	LOVER, REGLER OG DET GODE OG RETTE	91
3.5.1	<i>Innledning</i>	91
3.5.2	<i>Ulike type plikter</i>	92
3.5.3	<i>Autonomi</i>	94
3.5.4	<i>Autonomi og paternalisme</i>	95

3.5.5	<i>Plikt – overfor hvem?</i>	96
3.5.6	<i>Hva er godt nok – sentrale problemstillinger</i>	99
4.	FORSKNINGSDESIGN OG METODE	102
4.1	INNLEDNING.....	102
4.2	HERMENEUTIKK.....	103
4.3	EN KVALITATIV UNDERSØKELSE.....	105
4.4	VALG AV INFORMANTER	105
4.5	INTERVJUGUIDEN	107
4.6	INTERVJUSITUASJONEN	108
4.7	FORSKNING PÅ HJEMMEBANE OG FORSKNINGSEFFEKT	109
4.8	BEARBEIDING OG ANALYSE AV DATA.....	111
4.8.1	<i>Analysemetode</i>	111
4.8.2	<i>Tematisk analyse</i>	113
4.9	KRITISK VURDERING AV METODE.....	115
4.10	ETISKE HENSYN	116
4.10.1	<i>Informert samtykke, konfidensialitet og anonymisering</i>	117
5.	TO PSYKIATRISKE AKUTTPOSTER I ET HELSEFORETAK	119
5.1	INNLEDNING.....	119
5.2	PSYKIATRISK AVDELING – AKUTTPOSTER	119
5.2.1	<i>Øyeblikkelig hjelp-funksjon</i>	120
5.2.2	<i>Post 1 og 2</i>	121
5.3	KOMMER FRA – REISER TIL.....	121
5.4	EN DAG PÅ JOBB – OFTE ULIKE BESTILLINGER	122
5.4.1	<i>Kjøkkenarbeid og sykepleieoppgaver</i>	124
5.4.2	<i>Fra vaffelkos til drama</i>	124

5.4.3	<i>Endring av postene</i>	126
5.4.4	<i>Skjemaer, men ingen flyplass!</i>	127
5.4.5	<i>Mørkt og kaldt – pasienten plutselig borte</i>	129
5.5	OPPSUMMERING	129
6.	SYKEPLEIERNES ETISKE OG MORALSKE UTFORDRINGER I ARBEIDSHVERDAGEN	
	131	
6.1	INNLEDNING – ANALYSE AV FØRSTE FORSKERSPØRSMÅL	131
6.2	TVANG, SKJERMING OG BELTER SOM ETISKE UTFORDRINGER.....	132
6.2.1	<i>Innledning</i>	132
6.2.2	<i>Sykepleiernes beskrivelser av tvang</i>	133
6.2.3	<i>Sykepleiernes beskrivelser av skjerming</i>	138
6.2.4	<i>Sykepleiernes beskrivelser av beltelegging</i>	142
6.3	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNING AV UTFORDRINGER KNYTTET TIL TVANGSTILTAK	145
6.3.1	<i>Innledning</i>	145
6.4	BEHANDLINGSUTFORDRINGER	150
6.4.1	<i>Innledning</i>	150
6.4.2	<i>Hva sier sykepleierne om behandling?</i>	150
6.5	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNINGEN AV BEHANDLINGSUTFORDRINGENE.....	156
6.5.1	<i>Innledning</i>	156
6.6	PRIORITERINGSUTFORDRINGER.....	159
6.6.1	<i>Innledning</i>	159
6.6.2	<i>Hva sier sykepleierne om prioritering?</i>	160
6.7	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNING AV PRIORITERINGSUTFORDRINGENE.....	168
6.7.1	<i>Innledning</i>	168
6.8	RASK UTSKRIVING	172
6.8.1	<i>Innledning</i>	172

6.8.2	<i>Hva sier sykepleierne om rask utskrivelse?</i>	172
6.9	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNING AV UTFORDRINGER KNYTTET TIL RASK UTSKRIVNING.....	176
6.9.1	<i>Innledning</i>	176
6.10	VARSLING.....	180
6.10.1	<i>Innledning</i>	180
6.10.2	<i>Hva sier sykepleierne om varslings?</i>	180
6.11	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNINGEN AV VARSLING.....	185
6.11.1	<i>Innledning</i>	185
6.12	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON PÅ FØRSTE FORSKERSPØRSMÅL	188
7.	STATLIGE REFORMERS BETYDNING FOR SYKEPLEIERNES PROFESJONELLE YRKESUTØVELSE.....	190
7.1	INNLEDNING.....	190
7.2	ØKENDE DOKUMENTASJON – SKJEMAVELDE.....	192
7.2.1	<i>Innledning</i>	192
7.2.2	<i>Dokumentasjon – fra et lederperspektiv.....</i>	<i>196</i>
7.3	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNING AV ØKENDE DOKUMENTASJON – SKJEMAVELDE	197
7.4	ØKTE KRAV TIL STANDARDISERING.....	199
7.4.1	<i>Innledning</i>	199
7.4.2	<i>Ulike menneskesyn.....</i>	<i>199</i>
7.4.3	<i>Mindre faglig skjønn?.....</i>	<i>200</i>
7.5	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNING AV ØKTE KRAV TIL STANDARDISERING.....	204
7.6	TVERRFAGLIGHET, PROFESJONER OG KUNNSKAPSBASER I ENDRING	208
7.6.1	<i>Innledning</i>	208
7.6.2	<i>Bryte ned monopoler.....</i>	<i>208</i>
7.6.3	<i>Delte meninger.....</i>	<i>208</i>

7.7	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNINGEN AV TVERRFAGLIGHET, PROFESJONER OG KUNNSKAPSBASER I ENDRING?	214
7.8	AVSTAND TIL LEDELSE OG ”KULERAMMER”	218
7.8.1	<i>Innledning</i>	218
7.8.2	<i>Om kulerammer og økonomene</i>	218
7.9	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNINGEN AV AVSTAND TIL LEDELSE OG KULERAMMER	222
7.10	SYKEPLEIERROLLEN OG LEDERROLLEN	224
7.10.1	<i>Innledning</i>	224
7.10.2	<i>Betydningen av ledelse kontra kollegafelleskapet</i>	225
7.10.3	<i>Tidspress og økonomi – et ledelsesansvar</i>	227
7.11	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNING AV SYKEPLEIERROLLEN OG LEDERROLLEN	230
7.12	DYDER – OPPOFRING, FAGLIGHET OG EMPATI	232
7.12.1	<i>Innledning</i>	232
7.12.2	<i>Oppofring, faglighet og empati</i>	232
7.13	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNINGEN AV DYDER – OPPOFRING, FAGLIGHET OG EMPATI	234
7.14	ETIKK OG REFLEKSJON	235
7.14.1	<i>Innledning</i>	235
7.14.2	<i>«Refleksjonsbiten er jo blitt større»</i>	236
7.14.3	<i>Postens etikkpolicy</i>	238
7.15	DEN REFLEKSIVE FORTOLKNINGEN AV ETIKK OG REFLEKSJON	238
7.16	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON PÅ ANDRE FORSKERSPØRSMÅL	240
8.	REFLEKSJON OVER FORSKNINGSPROSESSEN	242
8.1	MINE VALG OG MIN ROLLE SOM FORSKER	242
8.2	RELIABILITET OG VALIDITET	243
8.2.1	<i>Reliabilitet</i>	243
8.2.2	<i>Validitet</i>	244

8.2.3	<i>Generaliserbarhet</i>	246
8.3	TEMAER TIL VIDERE FORSKNING	247
9.	PROFESJONSETIKK – EN KRITISK DRØFTELSE	250
9.1	INNLEDNING.....	250
9.1.1	<i>Politisk samfunnsoppdrag – en kort oppsummering</i>	251
9.2	ETISKE OG MORALSKE UTFORDRINGER – SYKEPLEIERNE SOM MORALSKE AKTØRER	252
9.2.1	<i>Forhold til kolleger og arbeidsplass</i>	252
9.2.2	<i>De vanskelige valgene – ikke noen fasit</i>	253
9.2.3	<i>Etikk og juss</i>	253
9.2.4	<i>Varsling</i>	255
9.2.5	<i>Det moralske stresset</i>	256
9.2.6	<i>Ettertanke og refleksjon</i>	256
9.3	IMPLIKASJONER FOR ANDRE RELEVANTE AKTØRER.....	258
9.3.1	<i>NSF – et profesjonsforbund i strid med seg selv?</i>	258
9.3.2	<i>Helseforetaket som moralsk aktør</i>	260
9.3.3	<i>Profesjonsutdanningens oppdragerrolle av ”den gode profesjonelle”</i>	263
9.3.4	<i>Politikkens rolle – demokratiske forvaltere av fellesskapets goder</i>	265
9.4	DEN GYLNE MIDDELVEI.....	266
9.5	KONKLUSJON	268
	LITTERATUR	270
	VEDLEGG	284
	VEDLEGG 1 INTERVJUGUIDE FOR SYKEPLEIERNE.....	284
	VEDLEGG 2 INTERVJUGUIDE FOR ENHETLIG LEDERE	288
	VEDLEGG 3 INFORMASJONSBREV	291
	VEDLEGG 4 INFORMERT SAMTYKKE.....	293
	VEDLEGG 5 RAPPORT I DIPS	294

VEDLEGG 6 GODKJENNELSE FRA PERSONVERNOMBUDET295

1. Innledning

Helsevesenet i Norge, og psykiatrien i særdeleshet, har blitt viet stor oppmerksomhet i mediebildet gjennom en årrekke, og nesten daglig kan vi lese om uheldige hendelser som omhandler både menneskelig svikt og systemsvikt. Pasienter blir glemt i køene, liv går tapt og systemene er for store og uoversiktlige, og pasientene blir selv bedt om å ta ansvar, melder media. Politikerne er uenige om hvorvidt sykehusene som er drevet av de regionale helseforetakene, sikrer den kvaliteten pasientene burde ha, og de diskuterer hvor ansvaret burde plasseres. Samtidig med dette vises det til at flere pasienter blir behandlet og flere blir friske.

På sykehusene arbeider det flere profesjonelle grupper. I denne avhandlingen er sykepleierne den sentrale profesjonsgruppen. Avhandlingen skal besvare hvilke profesjonsetiske utfordringer som er sentrale i deres refleksjon sett på bakgrunn av den kontekst de tilhører og er en del av. Avhandlingen er en kvalitativ studie der jeg har dybdeintervjuet 14 sykepleiere og to enhetsledere på to psykiatriske poster på en psykiatrisk avdeling i et helseforetak. Den kvalitative studien er supplert med litteraturstudier på feltet og dokumentanalyse.

Dette kapitlet inneholder presentasjon av tema og forskningsspørsmål, og videre en beskrivelse av hvordan velferdsstaten og ulike reformer i helsesektoren har vokst frem de siste tiårene. Jeg viser til hvordan statlig politikk får konsekvenser for de profesjonelle som jobber i helsevesenet, i dette tilfellet sykepleierne. Til slutt omtaler jeg tidligere relevant forskning på feltet og angir hvordan avhandlingen er bygd opp.

1.1 En klassiker på feltet

”I den ene leiren talte en om at forholdet til pasientene måtte være rettferdig, at en ikke måtte gjøre forskjell og at disiplin var nødvendig. I den andre ble det sagt at all medisinsk behandling, dermed også psykiatrisk behandling, må ta hensyn til hvordan den enkelte pasient skiller seg fra andre pasienter. Psykiatrisk behandling uten individualisering, mente de, fortjener ikke navnet behandling” (Løchen, 1984, s. 123). Sitatet fanger inn kjerneproblematikken og utfordringene i all behandling i helsevesenet – rettferdighetsspørsmålet og ivaretagelse av enkeltmennesket, og er hentet fra professor i medisinsk sosiologi Yngvar Løchens bok *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*, som kom ut første gang i 1965. Boken er en analyse av det psykiatriske sykehuset sett under en sosiologisk synsvinkel, og den er skrevet på grunnlag av observasjoner han selv foretok gjennom mange år. I boken viser Løchen til at personalet som arbeider der, har mange forpliktelser og oppgaver. I noen tilfeller er personalet også nødt til å modifisere sine idealer når de skal omsette dem i praksis. Løchens bok beskriver forholdene på 1960-tallet, men problemstillingene han reiser, er fremdeles gyldige. Jeg bruker Løchens bok som en opptakt til min egen avhandling fordi han der redegjør for to sentrale hensyn som fremdeles skaper debatt innenfor psykisk helsevern. Det ene er rettferdig fordeling av tjenester og det andre er en individualisert behandling, og disse utfordringene er også sentrale i min avhandling.

Helt innledningsvis vil jeg imidlertid vise til min egen motivasjon og bakgrunn for å skrive en avhandling om profesjonsetiske utfordringer i lys av statlige reformer.

1.2 Min forforståelse

Jeg er selv utdannet psykiatrisk sykepleier, har arbeidet i flere år med akutt psykiatri, og jeg har også arbeidet på såkalt intermediær post i psykiatrien. Samtidig med dette har jeg også vært engasjert som lokalpolitiker gjennom flere år. I samme tidsrom som jeg har skrevet denne avhandlingen, 2007-2012, har jeg vært medlem i Rådet for

sykepleieetik¹. I 2006 skrev jeg en masteroppgave med tittelen *Hvordan opplever og håndterer sykepleierne forholdet mellom idealet om konkret omsorg i møte med pasienten og rammene som ligger i ISF som styringsform*². Bakgrunnen for oppgaven var mitt eget engasjement som politiker og sykepleier i kommunestyret da min hjemkommune skulle innføre innsatsstyrt finansiering³. Som sykepleier og politiker var jeg blant annet av den oppfatning at kvaliteten på tjenestene trolig ville gå ned, og at den profesjonelle autonomien ville bli svekket hvis kommunen innførte ISF, og jeg stemte derfor imot forslaget i kommunestyret. Da jeg som masterstudent året etter foretok en undersøkelse blant ti sykepleiere i hjemmesykepleien i en kommune i Norge som tidligere hadde innført ISF, ble jeg forundret over sykepleiernes opplevelser og refleksjoner omkring temaet. Ingen av dem var spesielt opptatt av temaet. De strukturelle endringene til tross, sykepleierne jobbet som før. Dette ledet meg til videre interesse for temaet. Sykehusreformen var blitt innført i 2001/2002,⁴ og jeg ønsket derfor å undersøke videre hvorvidt det var slik at strukturelle endringer ikke hadde noen betydning for de profesjonelles handlinger, også i en sykehusorganisasjon. Eller kunne det være slik at et arbeid i hjemmesykepleien medførte en frihet som profesjonelle på en sykehuspost ikke hadde? Under arbeidet med avhandlingen ble også fokus rettet mot flere ulike endringer, noe jeg gjør rede for i kapittel 2. I starten av arbeidet med denne avhandlingen hadde jeg en svak antagelse om at strukturelle endringer ikke hadde vesentlig betydning for hvordan sykepleierne handlet, på bakgrunn av de funn og erfaringer jeg hadde gjort under arbeidet med min masteroppgave. Min egen meningshorisont og forforståelse kan tenkes å ha påvirket avhandlingen når det gjelder datainnsamlingen og mine fortolkninger. Dette vil jeg for øvrig komme tilbake til i metodekapitlet og i kapittel 8. Løchen skriver at personalet som arbeider på psykiatrisk sykehus, i noen tilfeller må modifisere sine idealer når de skal omsettes til praksis (1984, s. 32-35, 48). Et av mine spørsmål er hvordan sykepleierne opplever de strukturelle betingelsene de

¹ Perioden november 2007–november 2011.

² Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni, Teologisk fakultet, Universitetet i Oslo 2006.

³ Innsatsstyrt finansiering i kommunesektoren innebærer å skille forvaltning fra drift innenfor omsorgstjenesten. Dette betyr blant annet at ansvaret for tildeling av tjenester flyttes fra hjemmesykepleien i sonene til nyopprettet enhet for behovsvurdering og tjenestetildeling. Det økonomiske ansvaret for tjenestene legges til denne bestillerenheten. Innføring av ISF innebærer en utfordring for bestillerenheten å tilpasse kvaliteten og omfanget på tjenestene (Kjølrsrud, 2006, s. 12).

⁴ Se kapittel 2.

møter i sin arbeidshverdag etter innføringen av de ulike statlige reformene, og hvilke idealer de i så fall må modifisere. Dette ble utgangspunktet for mitt tema og mine forskningsspørsmål.

1.3 Presentasjon av tema og forskningsspørsmål

Avhandlingens tema som skal belyses, er følgende:

Profesjonsetiske utfordringer for sykepleiere i akuttpsykiatrien.

Temaet er avgrenset og presisert gjennom to forskningsspørsmål:

- *Hvilke etiske og moralske utfordringer opplever sykepleiere i sin arbeidshverdag på to psykiatriske akuttposter på en psykiatrisk avdeling?*

Dette forskningsspørsmålet skal bidra til å gi en mest mulig fyldig beskrivelse av arbeidets innhold og omfang der hele variasjonsbredden når det gjelder moralske utfordringer, kunne bli fanget opp.

Samtidig med dette skal avhandlingen undersøke om nye måter å organisere tjenester på hadde betydning for arbeidets innhold og omfang. Derfor ble mitt første forskningsspørsmål supplert med forskningsspørsmål to. Hensikten er at begge forskningsspørsmålene på hver sin måte kan åpne opp det empiriske materialet, slik at jeg får belyst problemstillingen på en best mulig måte.

- *Betyr innføringen av statlige reformer noe for sykepleieres muligheter til å handle som profesjonelle, og i tilfelle hva?*

Mine forskningsspørsmål inneholder flere nøkkelbegreper som jeg i neste delkapittel vil gjøre rede for hvordan jeg bruker.

Et etisk arbeid bør etter mange etikers mening ha en normativ avslutning. Jeg ønsker derfor i mitt siste kapittel å foreta en etisk normativ refleksjon over den empirien jeg

har samlet inn, og min egen erfaring og forforståelse. Spørsmålene jeg ønsker å bevare i dette kapitlet, er følgende:

- *Hva er de viktigste etiske og moralske utfordringene for sykepleierne på en akuttpost på en psykiatrisk avdeling i et helseforetak?*
- *Hvilke implikasjoner medfører disse utfordringene for andre relevante aktører⁵?*

1.4 Begrepsavklaringer

Sentrale begreper i avhandlingen er etikk og moral. Etikkbegrepet i norsk tradisjon forbindes gjerne med en teoretisk og normativ refleksjon om en handling, mens moralbegrepet betegner en konkret handling. Professor i filosofi Arne Johan Vetlesen skriver i boken *Hva er etikk* (2007) at han velger å se bort fra denne distinksjonen og foretrekker å bruke begrepene om hverandre fordi ”de fleste etiske teorier forutsetter at vi som menneskelige aktører er interessert i å leve våre liv på en måte som vil kunne regnes som moralsk riktig – om ikke i minste detalj, så i det store og hele” (Vetlesen, 2007, s. 9). I samtale med mine informanter ble ikke dette skillet problematisert, og jeg har heller ikke i analysen problematisert det. Et sentralt fokus i denne avhandlingen er rettet mot sykepleieres profesjonsetiske utfordringer og dilemmaer. Selve begrepet *profesjonsetiske utfordringer* er i denne sammenhengen knyttet både til individuell atferd og etiske utfordringer eller dilemmaer knyttet til den organisasjonsmessige konteksten atferden finner sted innenfor. ”I etisk teori innebærer *et etisk dilemma* at subjektet må foreta et valg i en situasjon hvor ulike verdier eller normer kommer i konflikt med hverandre, men ingen av løsningene er

⁵ På et sykehus finnes mange aktører, fra institusjonsledelse til andre yrkesgrupper som er representert. Når jeg har valgt å fokusere på sykepleiere, handler det om flere forhold. For det første bar helseforetaksreformen bud om profesjonsnøytralitet, og et tverrfaglig fokus ble vektlagt. Videre ble sykepleieprofesjonen innlemmet i en ny felles helsepersonell lov. Som en tredje faktor av interesse er kunnskapsbasene for sykepleierne i endring. Disse forholdene blir behørig omtalt i kapittel 2. Når jeg i mitt tredje forskningsspørsmål skriver andre relevante aktører, har jeg valgt å trekke frem Norsk Sykepleierforbund, helseforetaket, utdanningsinstitusjonene og politikkens rolle (se kapittel 9).

gode”, skriver professor i etikk Åshild Slettebø (2008, s. 43). Dilemmaet er med andre ord et valg mellom to onder. Mine informanter skilte ikke mellom begrepene utfordring og dilemma i samtale med meg, og jeg har derfor i analysen selv ikke foretatt dette skillet.

I mitt andre forskerspørsmål anvender jeg begrepet *å handle som profesjonell*. Her er det bestemte aspekter ved profesjoner jeg tenker spesielt på. En måte å forstå begrepet profesjonell og profesjonalisme på er knyttet til det å inneha *autonomi* og råderett når det gjelder sitt yrke. Den amerikanske professoren i sosiologi Eliot Freidson (2007) sier det slik: ”professionalism is a set of institutions which permit the members of an occupation to make a living while controlling their own work [...] the two most general ideas underlying professionalism are the belief that certain work is so specialized as to be inaccessible to those lacking the required training and experience, and the belief that it cannot be standardized, rationalized or, as Abbott⁶ (1991b, s. 22) puts it “commodified” (Freidson, 2007, s. 17).⁷ Freidsons begrep *professionalism* innbefatter både kunnskap om og en forvaltning av verdier nettopp for å få legitimitet og tillit i befolkningen. Disse tankene til Freidson lener den amerikanske sosiologen William M. Sullivan seg på, og omtaler viktigheten av en moralsk dimensjon. Sullivan (1999, 2000) understreker at kognitiv kunnskap alene ikke kan være tilstrekkelig, nettopp fordi den profesjonelle kunnskapen innehar en verdi og interesse for befolkningen. Dette perspektivet anser jeg som relevant i min avhandling, også fordi Sullivan redegjør for ulike samfunnskontrakter hvor den moralske dimensjonen i fremtiden står i fare for å bli mindre vektlagt på grunn av markedsbaserte interesser. Når jeg da skal besvare mitt andre forskningsspørsmål hvor jeg spør om sykepleierne kan *handle som profesjonelle*, legger jeg til grunn en forståelse slik Freidson og Sullivan tar til orde for her. Dette innebærer at profesjonelle handlinger innbefatter både ekspertkunnskap og at handlingene reflekteres over og begrunnes i forhold til profesjonsetikk. Dette innebærer autonomi, etisk ansvar og bevissthet.

⁶ Andrew Abbott, anerkjent amerikansk professor i sosiologi.

⁷ Se også kapittel 3.

Tematikken i avhandlingen omhandler også det jeg kaller *statlige reformer*. Reformene jeg belyser, omhandler både den såkalte helseforetaksreformen med innføring av enhetlig ledelse, og ulike lovreguleringer som skjedde forut for innføringen av denne. I de neste avsnittene vil jeg kort vise til disse, og gjøre rede for hvordan politiske intensjoner, statlige reformer og profesjonsetikken er plassert i et fellesskap hvor ulike verdier kan tre frem og skape utfordringer.

1.5 Velferdsstat, statlige reformer og profesjonsetikk

I boken *Det norske samfunn* skriver professor i sosiologi Lise Kjølørød (2005, s. 191) om de store organisasjonsendringene som har preget helsetjenesten etter 1980. Hun omtaler ulike reformer, og understreker at sykehusene er blitt mer sentraliserte og spesialiserte, samtidig med at antall sengeplasser er sterkt redusert og liggetiden stadig har blitt kortere. Også innenfor psykisk helsevern har det skjedd endringer, sier Kjølørød, ved at de ”gammeldagse” psykiatriske sykehusene blir nedlagt og erstattet med polikliniske tilbud. Hun omtaler politikernes gode intensjoner i Stortingsmelding nr. 4, 1996-97, hvor regjeringens politikk omtales slik: ”Regjeringen vil med sin politikk skape frihet for alle mennesker, likhet for at friheten skal være reell for alle – og solidaritet fordi samfunnet skal være et fellesskap der alle kan føle seg trygge” (Langtidsprogrammet 1998-2011, s. 11).

Hvordan skape bedre og mer effektive sykehus? Dette har vært et sentralt spørsmål som har vært stilt i både Norge og andre vestlige land de siste årene. Stortinget ba i budsjettbehandlingen i 1996 regjeringen om å sørge for at sykehus la til grunn enhetlig ledelse på alle nivåer. Enhetlig ledelse var et av forslagene fra Steineutvalget (NOU 1997:2) og ble fulgt opp med et eget lovkrav i spesialisthelsetjenesteloven § 3,9, der det heter at ”sykehus skal organiseres slik at det er *en* ansvarlig leder på alle nivåer”. Endringene trådte i kraft 1. januar 2002. ”I Forvaltningspolitisk redegjørelse til Stortinget våren 2002 bebudet administrasjonsminister Jørgen Kosmo en sterkere satsning på ledelse i staten”, skriver første amanuensis og dr.polit. Dag Olaf Torjesen (2008, s. 8), og fortsetter ved

å sitere Kosmo: ”Lederne er tiltenkt et større ansvar og myndighet til å gjennomføre omstillinger og fornying i egen virksomhet.” I Soria Moria-erklæringen (2009)⁸ gjentar regjeringspartiene at det i Norge er en viktig verdi at alle har den samme retten til god helsehjelp. Blir du syk, skal du vite at du får den beste behandling så fort som mulig. De ulike reformene hadde til hensikt å øke effektiviteten, få ned køene og behandle flere pasienter.⁹ Avhandlingen handler derfor om hvorvidt sykepleierne opplever at slike organisatoriske endringer får konsekvenser for deres egne moralske og etiske idealer og standarder for god profesjonsutøvelse.

Når regjeringen legger føringer på sin politikk, får dette implikasjoner for profesjonsutøverne som arbeider i helsevesenet. Professor i systematisk teologi og diakoniforskning Trygve Wyller (2005, s. 41) viser til velferdsstaten som vokste frem, og skriver at velferdsstatens profesjoner vokste frem med tanke på universelle rettigheter der autonomi og det å respektere pasientens selvbestemmelse stod sentralt. Han omtaler også at ”profesjonsetikken utviklet seg som et forsvar mot vilkårlighet, urettferdig fordeling og nedlatende holdninger”. Men han skriver samtidig at gode intensjoner fra styresmaktenes side ikke er en garanti for hvordan resultatet blir, blant annet når det gjelder autonomien.

Det er skrevet flere avhandlinger de siste årene der profesjonsetiske utfordringer og dilemmaer har vært tema. Likedan har det vært skrevet flere avhandlinger om reformene i sykehusene der fokus i første rekke har vært viet selve helseforetaksreformen og innføringen av nye ledelsesidealer. Så langt jeg har brakt i erfaring, er det ikke skrevet noen avhandling som omhandler sykepleiere som arbeider innenfor psykisk helsevern og akuttpsykiatri, der fokus er både på profesjonsetikk og på de statlige reformene i sykehusene.

⁸ Politisk plattform for flertallsregjeringen utgått av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

⁹ Dette vil bli behørig omtalt i kapittel 2.

1.6 Tidligere forskning på feltet

I dette delkapitlet vil jeg gjøre rede for relevante empiriske studier som hver for seg tar for seg temaene profesjonsetikk og statlige reformer i sykehusene. Jeg presenterer også to studier fra kommunal helsesektor. Flere av studiene belyser blant annet det krysspresset de profesjonelle står i når det gjelder ulike mål og verdier de selv er bærere av, og ulike organisatoriske mål og forventninger. Dette er også et av mine bidrag i studien. Samtidig med dette er jeg opptatt av debatten om ulike reformer i helsevesenet kan medføre en utvanning av sykepleiernes kunnskapsgrunnlag¹⁰ og en deprofesjonalisering av sykepleieyrket. Ingen av de studiene jeg viser til her, har for øvrig hatt dette som tema, og dette vil derfor være et av mine forskningsbidrag på feltet. Studiene som jeg viser til, har imidlertid flere likhetstrekk med min egen studie. Jeg kan av den grunn ta med meg de ulike funnene som er gjort, og sammenligne dem med mine egne funn til å bygge opp nye forskningsfunn og bidra til ny refleksjon på feltet. De enkelte studiene har vært til inspirasjon og til teoretisk refleksjon som har hjulpet meg til å åpne opp ulike fortolkninger i mitt eget materiale under arbeidet med denne avhandlingen.

Ved Rokkansenteret i Bergen ble det på begynnelsen av 2000-tallet iverksatt et forskningsprosjekt som ble kalt ATM-prosjektet¹¹. En av bidragsyterne her var psykolog Birte Folgerø Johannessen. I en artikkel (Johannessen 2004) som er kalt ”Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering” redegjør forfatteren for at enhetlig ledelse, som var en av de statlige reformene, påvirker forholdet mellom ledelseskunnskap, klinisk kunnskap og spesialisert profesjonskunnskap. Hun beskriver at evidensbasert medisin (EBM) legitimerer endring i organisasjonsatferd og klinisk praksis i retning økt gjennomsiktighet og ekstern kvalitetskontroll. Johannessen hevder at EBM innebærer at klinisk praksis skal baseres på spesifikke data og en mer formalisert type rasjonalitet som er mer i tråd med økonomiske og offentlige krav til innsyn innenfor

¹⁰ Se kapittel 2.

¹¹ Informasjon om ATM-prosjektet kan leses på nettsiden: <http://www.polis.no>

New Public Management¹². Også Dag Olaf Torjesen ved Universitetet i Agder har vært en del av Rokkan-miljøet, og i 2008 publiserte han en avhandling som han kalte ”Foretak, management og medikrati”, som var en sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten. Han gjør rede for at faglig ledelse fremdeles står sterkt i norske sykehus, men at management-ideologien har fått fotfeste blant sykepleiere og andre helseprofesjonelle. I 2006 ble det publisert en avhandling ved NTNU skrevet av cand.polit. Tone Opdahl Mo, kalt ”Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus”. Avhandlingen handler om ledelse og kunnskapsarbeid i sykehus, og utgangspunktet for studien var innføringen av enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten. Mo ser på denne reformen som et eksempel på hvordan en NPM-inspirert styringsforståelse kommer inn i sykehuset. Hun gjør rede for det medisinske fagfeltets forståelse av fag, organisasjon og ledelse og hevder at disse utfordres på flere måter gjennom den nye ledelsesformen. I 2010 publiserte Elin Margrethe Fjeldbraaten en avhandling med temaet: ”Mellom idealer og praksis – en casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten”. Hun beskriver at reformene i sykehusene har vært preget av New Public Management-ideologier og fremstår som inkompatible med institusjonaliserte praksiser og tenkemåter i sykehusene, der de profesjonelle er sentrale aktører. Avhandlingen er en studie av helsepolitiske målsettinger, sykehusorganisering og profesjonelle i spesialisthelsetjenesten, og Fjeldbraaten analyserer hvordan ledere og utøvende profesjonelle forholder seg til nye organisatoriske betingelser. Hun finner i sin studie at både legene og sykepleierne mener at reformen først og fremst hadde til hensikt å spare penger, blant annet ble det hevdet at flere pasienter skal behandles i systemet på kortere tid. Fjeldbraatens funn viser at legene finner strategier der de står sammen og fremmer faget kollektivt, og at legeföreningen står sterkt lokalt, mens hun finner det motsatte hos sykepleierne. Sykepleierne hadde ikke lokale strategier for å beholde fagligheten, og NSF lokalt var ikke opptatt av å kjempe for egen profesjon, hevder Fjeldbraaten.

¹² Om evidensbasert medisin og NPM i kapittel 2.

To avhandlinger som omhandler profesjonelle og profesjonsetikk, er det grunn til å nevne. I 2007 publiserte Dagny Kristine Johnsen Hov en avhandling som ble kalt ”Den gode profesjonelle. Profesjonsetikk for advokater og barnevernsarbeidere”. Johnsen Hov undersøker seks advokaters og seks barnevernsarbeideres erfaringer med hva som er etiske problemer og dilemmaer i deres yrkespraksis. Hun analyserer om informantene overveier og velger ut ifra universelle og generelle prinsipper og standarder, eller om de er veiledet av det partikulære i situasjonen, der dyder, emosjoner og kognitiv persepsjon står sentralt. I min avhandling trekker jeg inn normativ profesjonsdebatt som fokuserer nettopp på det universelle og partikulære i møtene mellom sykepleiere og pasienter, og Hovs studie utgjør dermed viktig bakgrunnsinformasjon for min studie. Terje Mesel publiserte i 2008 en studie som ble kalt ”Profesjonelle i klemme”. Studien baserte seg på 21 sykehuslegers refleksjon over seg selv som profesjonsetiske subjekter. Mesel skriver at legeprofesjonen har vært og er svært innflytelsesrik i norske sykehus, samtidig som ”makten” er blitt satt under kraftig press både innenifra og utenifra. Han gjør rede for at legeprofesjonen tradisjonelt har hatt stor faglig autonomi og liten grad av innsyn fra eksterne instanser. Denne situasjonen er i ferd med å endre seg, skriver Mesel. Han gjør rede for at denne endringen henger sammen med de kontekstuelle endringene som det profesjonsetiske subjektet utøver sin praksis innenfor, og at denne rammen skaper både begrensninger og mulighetsrom for den profesjonelle praksisen og den profesjonelle refleksjonen.

Fra den kommunale helsesektoren har det også vært publisert interessant forskning. Til tross for at min studie baserer seg på statlige reformer, er allikevel studier fra kommunal sektor interessante fordi reformer i kommunesektoren på mange måter har likhetstrekk med de statlige reformene i sykehusene. To avhandlinger finner jeg grunn til å nevne. I 2007 publiserte forsker ved NOVA Mia Vabø en avhandling hun kalte ”Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid”. Her beskriver hun de kommunale pleie- og omsorgstjenestene som ble ”nedslagsfelt” for en rekke organisasjons- og styringsideer kjent under samlebetegnelsen NPM. I likhet med forskning fra statlig sektor som jeg har omtalt, beskriver Vabø krysspisset mellom ulike normative krav, det være seg lover og regler og ulike forventninger, samtidig som den profesjonelle må gjøre ulike

skjønnsmessige og individuelle vurderinger. Jörg W. Kirchoffs avhandling ”De skjulte tjenestene – om uønsket atferd i offentlige organisasjoner” fra 2010 finner at det er et spenningsforhold mellom samfunnets behov for velferdstjenester, pasienters grenseløse behov og de ressursene som er til rådighet. Kirchoff omtaler ulike organisasjonsmodeller inspirert av New Public Management-tenkning som blir tatt i bruk, og der effektivitet og byråkratisk kontroll er et middel til å oppnå kontroll over kostnadsveksten i det offentlige.

Den forskningen jeg har presentert til nå, har vært norsk. Det finnes imidlertid svært interessant utenlandsk forskning som er av interesse og relevant for min avhandling og tematikk. Jeg vil i det følgende trekke frem forskning som omhandler begrepet ”moral distress”.¹³

Under arbeidet og i analysen av det empiriske materialet ble jeg oppmerksom på begrepet ”moral distress” og forskning som har vært gjort på tematikken¹⁴. Dette fokuset åpnet opp for ny forståelse og annet fokus enn jeg opprinnelig hadde sett for meg. I flere av artiklene jeg har fordypet meg i, finner jeg flere fellestrekk, utfordringer og funn jeg anser som relevante i min avhandling. Sykepleiere opplever å stå i et krysspress mellom sine egne idealer og ulike forventninger utenifra, og opplever store etiske utfordringer og dilemmaer i sin arbeidshverdag. Disse forholdene medfører over tid til ”moral distress”. Begrepet moralsk stress som jeg gjør meg bruk av i avhandlingen, rommer også slik jeg ser det, begrepet moralsk ubehag.

¹³ Lützen og Kvist (2012) gjør rede for ulike begreper relatert til moralsk stress, og skriver at det ikke råder full konsensus omkring begrepsbruken. Jameton (1984) definerer moral distress slik: “moral distress occurs when one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action”. I min avhandling bruker jeg begrepet ut ifra et psykologisk perspektiv. I Engelsk-norsk ordbok oversetter Willy A. Kirkeby begrepet ”volde smerte”, ”sorg” ”i nød, havsnød”.

¹⁴ Søk i databaser på tematikken gir flere hundre treff, og av den grunn har jeg måttet foreta valg og avgrensninger nær opp mot min egen tematikk.

I en kanadisk doktorgradsstudie kalt ”Reformulating the Nature of Stress in Nurses’ Work in Pediatric Intensive Care: An Institutional Ethnography” forfattet av sykepleier Elizabeth Anne McGibbon (2004), beskriver forfatteren sykepleiernes utfordringer i arbeidet med syke og døende barn. Hun trekker frem ulike tematikker, blant annet er hun opptatt av det moralske stresset sykepleierne opplever i møtene med det syke barnet der ”liv og død” utspiller seg. McGibbon beskriver sykepleiernes mange oppgaver – være ved sykesenga, ordne medikasjon og være bindeleddet mellom andre yrkesgrupper. Forfatteren skriver at sykepleierne snakker mye om barnets lidelse. De gir også uttrykk for at målesystemene og det kontekstuelle systemet ikke alltid fanger opp kompleksiteten og arbeidets omfang.

Den kanadiske sykepleieren og professoren Wendy Austin (2012)¹⁵ skriver at moralsk stress alltid har eksistert, men hevder at det de seneste årene har skjedd en radikal endring både med hensyn til intensitet og grad, ikke minst på grunn av reformer med vektlegging på effektivitet og kommersielle verdier. Dette bidrar til en underminering av sykepleieres etiske standarder, slik Austin ser det. Den amerikanske sykepleieren og professoren Ann B. Hamric skriver også i en artikkel (2012)¹⁶ at tematikken omkring ”moral distress” har vakt stor interesse i forskermiljøer både når det gjelder sykepleieprofesjonen og andre disipliner de siste tiårene. Hamric (2012) advarer mot at slike betingelser på lengre sikt kan desensibilisere sykepleiere for moralsk persepsjon, og i noen henseender bidra til at de ikke ønsker eller makter å være i arbeid. De irske sykepleierne, professorene og forfatterne McCarthy og Deady (2010)¹⁷ beskriver praksiser som kan forårsake moralsk stress, i en studie fra akuttpsykiatrien. Her finner de også at sykepleierne opplever moralsk stress når standardene er truet. Likedan beskriver forfatterne at kolleger med annen profesjonsbakgrunn oftere kunne distansere seg fra pasienten og overlate ansvaret til sykepleierne, noe sykepleierne opplever som moralsk belastende. Som en tredje faktor beskriver forfatterne at sykepleierne opplevde moralsk stress når

¹⁵ Moral Distress and the Contemporary Plight of Health professionals. HEC Forum (2012) 24:27-38.

¹⁶ “Empirical Research on Moral distress: Issues, Challenges, and opportunities” HEC Forum (2012) 24:39-49.

¹⁷ A study of the situations, features, and coping mechanism. Perspectives in Psychiatric Care 46(3), 209-220.

de ikke kjente seg verdsatt for jobben de utførte. I en artikkel av forskerne og sykepleierne Lynn Musto og Rita Sara Schreiber (2012)¹⁸ omtaler de ulike mestringsstrategier sykepleierne anvender for å fortsatt kunne være i arbeid. De fant at dialog var en fruktbar vei til å håndtere krysspresset og de ulike forventningene de opplevde. Det var imidlertid forskjell på informantene, slik de så det. Gruppen som valgte dialog, ble værende i arbeidet, mens de som ikke kommuniserte utfordringene de opplevde, oftere forlot arbeidsplassen sin. Professor Kim Lützen (2003) omtaler ærlighet om egen tilkortkommenhet og tydelighet overfor ledelsen som positive strategier som sykepleierne bruker for å motvirke moralsk stress.

1.7 Avhandlingens videre oppbygging

Avhandlingen er delt inn i ni kapitler med en konklusjon til slutt. Kapittel 1 omhandler problemstilling og begrunnelse for prosjektet samt annen forskning på feltet og oversikten over videre oppbygging av avhandlingen. I kapittel 2 viser jeg til historiske trekk i sykepleiens historie. Kapitlet representerer ingen fullstendig historisk gjennomgang, men jeg har valgt ut sentrale hovedtrekk i utviklingen frem til i dag. Kapitlet er relevant fordi det viser til en utvikling i sykepleiernes kontekst, blant annet omtaler jeg den evidensbaserte kunnskapen, standardiserte modeller for kartlegging og diagnostisering, som kan synes å skyve til side den tause kunnskapen og erfaringspraksisen sykepleierne bringer med seg inn i arbeidssituasjonen. Kapitlet angir således det samfunnsoppdraget og grunnlaget sykepleierne er gitt i kraft av sin profesjonelle utdanning. I kapittel 3 redegjøres det for det teoretiske rammeverket jeg benytter i avhandlingen. Her omtales ulike etiske teorier, og blant annet ”profesjonsdebatten” fra 2005 om hva profesjonsetikk er og bør være. Her viser jeg til to sentrale aktører i den debatten, professorene Per Nortvedt ved Universitetet i Oslo og professor ved Høgskolen i Oslo Harald Grimen. I samme kapittel viser jeg til sosiologiske fortolkningsressurser og gjør i hovedsak bruk av to amerikanske

¹⁸ Doing the best I can: Moral distress in Adolescence. *Mental Health Nursing* 33:137-144.

professorer og sosiologer. Richard Sennett er opptatt av markedskrefter og kapitalismens sosialpsykologi både på individ- og strukturnivå, og er derfor relevant for meg i min avhandling. Eliot Freidson skriver om profesjoner i møte med marked og byråkrati, og er av den grunn en relevant teoretiker å anvende. I kapittel 4 redegjøres det for valg av metode, forskningsprosessen og mitt vitenskapsteoretiske utgangspunkt. Formålet er å gi tilstrekkelig informasjon om på hvilken måte jeg har gått frem for å finne svar på mine forskerspørsmål. Kapittel 5 er en ren beskrivelse av de to sykehuspostene som inngikk i undersøkelsen. Jeg beskriver organisasjonsstrukturene (anonymisert) og presenterer sykepleiernes oppgaver på postene, slik de selv beskriver dem. Akuttposter i psykiatrien er pålagt en øyeblikkelig hjelp-funksjon, noe som kan innebære stor uforutsigbarhet. Evne til å handle raskt er sentralt fordi avgjørelser må tas hurtig, og kapitlet er ment å gi et innblikk i det sosiale livet på postene. Jeg mener en slik bakgrunn er nødvendig å tegne opp for å vise hvilken kontekst sykepleierne tenker og handler i. Bakgrunnsstoffet er også nødvendig for å kunne drøfte generaliseringspotensialet og overføringsverdien av mine funn. I kapittel 6 presenterer og analyserer jeg det empiriske materialet som skal gi svar på mitt første forskerspørsmål. Kapittel 7 er en analyse av det empiriske materialet som skal gi svar på mitt andre forskerspørsmål. Her skal jeg undersøke om innføringen av ulike statlige reformer betyr noe for sykepleieres muligheter til å handle som profesjonelle. I kapittel 8 foretar jeg en refleksjon over forskningsprosessen, og drøfter avhandlingens pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet og angir på bakgrunn av mine egne funn nye temaer til videre forskning. I kapittel 9 foretar jeg en kritisk normativ refleksjon basert på det empiriske materialet jeg har analysert og fortolket i kapittel 6 og 7 med bakgrunn i min egen erfaring og forforståelse. Avhandlingen blir avsluttet med en konklusjon der jeg angir viktige funn og ulike implikasjoner disse funnene kan medføre.

2. Sykepleiere – mellom kall og samfunnsrammer

2.1 Innledning

Dette kapitlet inneholder tre delkapitler som hver for seg representerer sentrale utviklingstrekk som anses av betydning i avhandlingen. Kapitlet danner et bakteppe og en kontekst som er relevant for bedre å forstå de strukturelle betingelsene sykepleierne agerer i. Tematikken i dette kapitlet vil også bli fanget opp i mitt siste kapittel når jeg skal besvare mitt tredje forskningsspørsmål hvor jeg skal foreta en normativ etisk drøftelse basert på min empiri og mine funn.

Delkapittel 2.2 er en beskrivelse av sentrale utviklingstrekk i sykepleiens historie og sykepleierrollen. Jeg beskriver sykepleiernes kamp i forhold til kunnskapsgrunnlaget og ny og endret praksis i forhold til dokumentasjonen. Kapitlet representerer ingen fullstendig historisk gjennomgang, men jeg har valgt ut sentrale hovedtrekk med fokus på sykepleierrollen. Begrunnelsen for å trekke inn disse utviklingstrekkene i sykepleiens historie og sykepleierrollen spesielt er relatert til kampen om kunnskapsgrunnlaget, og diskusjonen om hva sykepleie er og bør være. For å forstå hvilke profesjonsetiske utfordringer som opptar sykepleiere, er det vesentlig å bringe til veie kjennskap til utviklingen av og fremveksten av sykepleieprofesjonens kunnskapsgrunnlag. Når kunnskapsgrunnlaget er sentralt er det fordi dette danner en basis for sykepleiernes profesjonelle yrkesutøvelse, noe som igjen vil kunne påvirke hvordan sykepleierne løser de etiske utfordringer som oppstår i deres arbeidshverdag. Professor Per Nortvedt ved Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, mener historien et fag bærer med seg, er av betydning, og hevder at ”det å være historieløs i forhold til sitt eget fags kulturelle og historiske opprinnelse ofte innebærer et lite bevisst forhold til sitt eget fags forhold til egen praksis i dagens helsefaglige og medisinske virksomhet, og det å glemme faghistoriens innsikter kan gi alvorlige konsekvenser, fordi faget da i sin identitetsløshet mister en innsikt i sitt normative grunnlag” (Nortvedt 2004, s. 20). Kildematerialet til dette delkapitlet henter jeg i hovedsak fra forfatter og sykepleier Jorunn Mathisen ved Høgskolen i Østfold, som har skrevet flere bøker om sykepleiehistorie, og historiker og forfatter av boken *Kall og kamp* Kari Melby ved NTNU i Trondheim. Melbys bok er historieverket til Norsk

Sykepleierforbund, men gir også innsikt i hele sykepleiens og sykepleiernes historie i Norge.

Delkapittel 2.3 omhandler ulike forvaltningsreformer og organisatoriske virkemidler som ble foretatt med innføringen av helseforetaksreformen. Reformen vektla sterk ledelse hvor økonomi og effektivitet stod sentralt, og jeg beskriver hvordan denne reformen også anfører et samfunnsmandat med universalistisk ideologi. Nettopp dette er interessant fordi denne tankegangen kan bidra til en endring i sykepleierrollen som tradisjonelt har vært preget av en mer personlig orientert rolle.

Sykepleierne er underlagt flere typer lovverk i utøvelsen av sitt virke. I delkapittel 2.4 vil jeg presentere dette lovverket med særlig vekt på to viktige endringer som fant sted da helseforetaksreformen ble innført. To forhold er verd å merke seg. Pasientens rettigheter skulle skjerpes gjennom lovverket. Dernest kom en ny felles helselovgivning. Den nye helsepersonelloven skulle være en generell profesjonsansvarslov som tok høyde for at helsepersonell skulle utarbeide og utvikle ferdigheter etter endt utdanning. Dette er interessant og viktig i avhandlingen også fordi arbeidsoppgavene den enkelte yrkesgruppe tidligere hadde hatt monopol på nå ble sett på som lite hensiktsmessig.

2.2 Sentrale utviklingstrekk i sykepleien og sykepleierrollen

Sykepleiens historie kan beskrives som en historie om kall, offer, forsakelse, lange arbeidsdager, og forholdet mellom dem som etter hvert fikk utdanning, og dem som ikke hadde den formelle utdanningen. Mathisen (2006) skriver at det var ufaglærte ”oppvartersker”, våkekoner, gangkoner og piker som tidligere hadde arbeidet med syke, men at de etter hvert måtte erstattes med faglært personell. På 1800-tallet ble sykepleien forvandlet fra å være en lite omtalt kvinneoppgave, nederst på rangstigen, til å bli et eget yrke med skoler for opplæring i sykepleiefaget. Sykepleiens historie handlet også om noe mer. I dette delkapitlet vil jeg omtale sentrale historiske trekk som har fulgt sykepleien som fag gjennom alle år. Det første jeg vil trekke frem er kampen om kunnskapsgrunnlaget, hvor også sykepleiernes satsing på ledelse står sentralt. Dernest vil jeg omtale NSF's rolle og den såkalte profesjonslinjen hvor

ledelse står sentralt. Deretter vil jeg rette søkelyset mot sykepleiernes dokumentasjonspraksis, sykepleieprosessen og innføringen av den elektroniske pasientjournalen. Til sist vil jeg trekke frem ulike debatter i forhold til kunnskapskilder og den evidensbaserte kunnskapen.

2.2.1 Kampen om kunnskapsgrunnlaget

Hvis hjertelaget for de syke skulde mangle, vil selv den beste tekniske utdanning ikke kunne gjøre en søster skikket til på rett måte å fylle sin plass. For utdannelsen er her som på alle andre områder kun midlet til å nå et mål, og målet er at eleven skal bli dyktiggjort til best mulig å kunne hjelpe sine lidende medmennesker. Det er kjærligheten som må være den drivende og bærende makt i sykepleien (Hagemann, 1936, s. 7).

Sitatet ovenfor er hentet fra Elisabeth Hagemanns bok *Sykepleie-Skolens Etikk* og var en lærebok i etikk for sykepleiere helt frem til 1965. Hagemann, som selv var sykepleier og diakonisse, kaster i boken lys over diakonissetradisjonen, og den kan leses som et bidrag i datidens dannelsesstradisjon. Kunnskapsgrunnlaget er et tema som har fulgt sykepleien og dens utvikling like til våre dager. Hagemann beskriver kunnskapsgrunnlaget ved å si at kjærligheten skal være den drivende kraft i sykepleien, og hevder at selv den beste tekniske utdanning ikke kan kompensere for dette. Hun argumenterer for at kunnskapsgrunnlaget henger sammen med et kristent menneskesyn. Det var i fremste rekke diakonissene som representerte denne måten å tenke på, og en av de fremste representantene for denne tradisjonen var Rikke Nissen. Nissen ble den første kvinnelige underviser ved Norges første sykepleierskole i Christiania i 1868. I 1877 utgav hun *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Her skriver Nissen om “sygepleiens grundlag”, som hun utdypet fra et religiøst engasjement, men også inspirert av Florence Nightingale.¹⁹ Rikke Nissen mente at det enkelte menneske skulle gis en ubetinget betydning, og hevdet at det enkelte menneske inngår i en

¹⁹ Florence Nightingale (1820-1910). Mest kjent og beskrevet som ”Lady with the Lamp” en selvutslettende sykepleier som viet hele sitt liv til tjenesten for syke. Men dette er en myte, skriver Mathisen. F.N. var en overklassekvinne som valgte å gå nye veier. Hun ble en bestemt og selvstendig sykepleier, administrator, forfatter, forsker og samfunnsreformator av rang, sier Mathisen (Mathisen, 2003, s. 38).

sårbar livssammenheng, skriver sykepleier, professor og forfatter Kari Martinsen (2001). Etter hvert ble ikke diakonissene alene om å drive skoler, og både private og kommunale skoler blir etter hvert etablert. Melby (1990) skriver at det omkring 1880 ble reist en folkehelsebevegelse, og Røde Kors og Norske kvinners Sanitetsforening opprettet sine første sykepleieskoler i 1895 og 1898. Dette kom som et resultat av ”erkjennelsen av at pleie av syke krevde kvalifikasjoner ” (Melby, 1990, s. 23). Diakonisseutdanningen møter med dette et alternativ da disse skolene ble opprettet. Melby peker på at flere ikke fant seg til rette i den egentlige diakonisseutdanningen, og rundt 1900-tallet ble det også etablert kommunale skoler.

2.2.2 Kall, og forsakelse – opprør mot kall

I 1912 ble Norsk Sykepleierskeforbund stiftet, og Bergljot Larsson²⁰ ble den første formann for den nye organisasjonen. Forbundet ble stiftet av håndplukkete sykepleiersker, i alt 44 i tallet. Det ble vedtatt at medlemmenes kvalitet skulle ha et visst nivå, og at en ikke automatisk ble tatt opp i forbundet. Styret skulle godkjenne hver søker når det gjaldt medlemskap. ”Å søke sykepleien forutsatte grundig refleksjon, kanskje erkjennelse av kall og i alle fall villighet til forsakelse”, skriver Melby (Melby, 1990, s. 43). Forbundet ble også stiftet med det formål å samle de utdannede søstrene og markere distanse til de ulærte og uskikkete, men også de etiske reglene og en omstendelig opptaksprosedyre siktet mot å sile ut de skikkete og dannede. Det var krav til både kvalitet, og villighet til forsakelse blant de som ønsket seg en utdanning som sykepleier. Samtidig med dette var den individuelle karakterdannelsen med et husmoderlig ideal vektlagt og idealer om utholdenhet. Om dette, sier Melby, at det understreker tanken om at sykepleierne ble betraktet som kallsarbeidere.

²⁰ Bergljot Larsson ble den første lederen av Norsk Sykepleierskeforbund i 1912. Larsson knyttet sterke bånd til tidens kvinnepolitikere, som igjen støttet sykepleierne i deres kamp. Mest kjent er Larsson for arbeidet med en lovregulert enhetlig og treårig utdanning for sykepleiere, og mot seg fikk hun sterke grupper av sykehusledere, leger og prester. Larsson mantede sykepleierne til ikke å gå trette under vanskelige arbeidsforhold, men å se på sykepleie som noe spesielt – et yrke med et idealistisk kall.

Da mellomkrigstiden kom, la Norsk Sykepleierskeforbund grunnlaget for en senere profesjonsutvikling ved å gjøre sykepleierne til en enhetlig og konsolidert yrkesgruppe, og for at idealene skulle bli ivaretatt, satset NSF mot å heve kvaliteten og mente at treårig utdanning ville bidra til dette. Sentralt her stod sykepleielærerne. De skulle sikre at idealene ble ivaretatt og ført videre til neste generasjon av sykepleiere. Forbundet med sin selektive utvelgelse plasserte sykepleieyrket i den voksende middelklassen. Imidlertid var sykepleierne begrenset på ulike måter, og dette skilte dem fra andre arbeidstakere. Lønnen de fikk, var gjennom naturalia, mange kunne ikke disponere sin tid fritt, og de var utsatt for streng kontroll. Enkelte stilte spørsmål ved sykepleiernes grenseløse oppofrelse og utholdenhet, og på denne tiden begynner det første oppbruddet fra kallstanken (Melby, 1990, s. 132). Da 2. verdenskrig brøt ut, arbeidet sykepleierne fremdeles under gamle forhold og hadde et lønnsystem hvor naturalytelser i form av kost og losji inngikk. ”Men systemet var i oppløsning”, skriver Melby, og ”i løpet av de første åra etter krigen oppnådde sykepleierskene fri konkurranse om stillinger, de fikk bedre boliger og et lønnsystem som ikke var basert på naturalytelser” (Melby, 1990, s. 177). En ny debatt ble reist når det gjelder hjelpepleierutdanningen, og det utkrystalliserte seg to linjer innad i organisasjonen. En som ville forsvare eget fag, mens den andre linjen la opp til en solidarisk fagforeningsprofil, og betonet det positive i fremveksten av hjelpepleiergruppen²¹. ”Opposisjonen som ville forsvare eget fag tok nå i bruk begrepet profesjon, og fremhevet sykepleiernes særegne interesser som yrkesgruppe. Dette ble en viktig interessekamp for sykepleierne og et viktig forsvar av sykepleiernes kunnskapsgrunnlag og kvalitet” (Melby, 1990, s. 220). Dette førte igjen til en ny fase i NSF's historie hvor debatt om kunnskapsgrunnlaget igjen skulle stå i fremste rekke. Melby (1990) skriver at perioden 1945-1967 var preget av at sykepleierne ble arbeidstakere på linje med andre, og markerte i denne perioden samtidig en klar fagforeningsprofil. I denne perioden ble også forbindelsen mellom NSF og myndighetene knyttet tettere sammen, og helsevesenet var under sterk politisk styring og kontroll. Dette gav på den ene siden NSF muligheter til innflytelse, men også forpliktelse til offentlig forsvarlighet. Helga Dagsland,²² en senere markant

²¹ Hjelpepleierne er en yrkesgruppe som tradisjonelt baserer sine kunnskaper på praktiske ferdigheter.

²² Helga Dagsland ble valgt som formann for Norsk Sykepleierforbund på et ekstraordinært landsmøte i 1967 da det sittende styret fikk mistillit fordi det ville godkjenne sykepleiere som ikke hadde gjennomgått en treårig sykepleieutdanning. Under Dagslands formannskap gikk sykepleierne høsten 1972 ut i streik for første gang for bedre lønn. Streiken var ulovlig, og

leder, reiste tvil om kravet om bedre utdanning og høyere lønn kunne forenes. Selv prioriterte hun utdanning foran lønn da hun vektla at ansvar og kvalitet innad i sykepleiergruppen skulle være det bærende element.

2.2.3 Profesjonslinjen – bort fra pasientene?

Melby (1990) skriver at i tiden 1970-1990 har Norsk Sykepleierforbund tatt på seg rollen med også å være en fagforening i vanlig forstand for sykepleierne, og lokale ledd er blitt rustet opp. Lønnsprofilen er blitt skjerpet, og streik er tatt i bruk. På den måten har det skjedd et brudd med tradisjonen fra Bergliot Larsson som mente at de største kravene skulle stilles innad, og også tradisjonen fra Helga Dagsland med avgjørende vekt på verdighet, ansvar og faglig kvalitet, som stilte faget og profesjonen foran lønn (Melby, 1990, s. 302-303). Men NSF var ikke bare opptatt av lønn. Perioden bar preg av at NSF skulle være et profesjonsforbund og satset på å oppfylle profesjonskriteriene, noe som innebærer at kunnskapsgrunnlaget skal ha en vitenskapelig forankring. Kamp mot trinnvis utdanning og avkortning ble utkjempet og grensene mot hjelpepleierne ble klarlagt ved å vise til forskjeller i kunnskapsgrunnlaget.²³

I forhold til andre yrkesgrupper har sykepleierne markert sine grenser, og i striden med legene om ledelse av sykepleietjenesten, har sykepleierne forsøkt å sette grenser for legenes myndighetsområde, samtidig som de har trukket grensen mellom sykepleie og medisin (Melby, 1990, s. 303).

Helga Dagsland mestret den utfordringen det var å ta avstand fra en ulovlig aksjon og samtidig hindre splittelse av fagforbundet fordi mange av medlemmene sympatiserte med streikelederne. Helga Dagsland var en ivrig forkjemper for at sykepleien skulle utvikle seg til en profesjon likestilt med andre faggrupper i helsevesenet. Den skulle ha sitt eget kunnskapsgrunnlag, en egen yrkesetikk og en sterk og samlende organisasjon som ivaretok profesjonens interesser.

²³ Trinnvis utdanning og avkortning innebærer at hjelpepleierne skulle få anledning til å bygge på sin utdanning for å bli sykepleier. Hjelpepleierutdanningen var på ett år og en avkortning ville innebære at de måtte ta to ekstra år for å bli sykepleiere.

Profesjonslinjen hadde som mål å styrke sykepleien som eget fag, og forbundet ville klargjøre hva som var sykepleiernes eksklusive område, og hva som skulle utgjøre sykepleiernes fagidentitet.

Først de siste ti åra kan vi si at profesjonslinjen og fagforeningslinjen har blitt ført parallelt, men dette har bidratt til spenninger i organisasjonen og kommet til uttrykk ved personstrid. NSF stod ved inngangen til 1980 frem med en tosporet profil. Et spørsmål som reiste seg, var om et mer teoretisk og vitenskapelig grunnlag fører til at sykepleiernes sosiale status blir hevet (Melby, 1990, s. 303).

Profesjonslinjen er interessant i min avhandling av flere grunner. Melby refererer til spørsmålet om hvorvidt et vitenskapelig og teoretisk grunnlag fører til at sykepleiernes sosiale status blir hevet. Dette er interessant sett på bakgrunn av innføringen av ny helselovgivning og en felles profesjonsansvarslov, noe jeg for øvrig kommer tilbake til i slutten av dette kapitlet. Profesjonslinjen leder oss også rett til debatten om hvilke kunnskapskilder sykepleierne skal gjøre seg bruk av, noe som også står sentralt i avhandlingen. Min tematikk retter søkelyset mot helseforetaksreformen, dens intensjoner og hvorvidt og på hvilken måte denne har betydning for sykepleiernes handlingsrom på postene. En hensikt med reformen var å innføre en såkalt profesjonsnøytral leder, hvilket innebar at det ikke nødvendigvis måtte være en sykepleier som ledet avdelingene og postene. En slik endring representerer også et brudd med de tradisjoner og bestrebelser NSF gjennom årene hadde lagt for dagen.

Sykepleiernes bestrebelse for å komme i posisjon som selvstendig profesjon med selvstendig ansvar, uavhengig av legene, har vært ved å satse på ledelse. Denne satsningen har lang tradisjon helt tilbake til begynnelsen av 1900-tallet. ”Ledelse av eget fag skulle sikre at sykepleie utviklet seg som egen profesjonen,” skriver førstemanuensis ved Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Telemark Sigrun Hvalvik (2005, s. 79). Sykepleiere skulle ikke betrakte seg selv som halvstuderte leger eller halvlærte tjenere for legene, men som velutdannede eksperter og hengivne sykepleiere.

Når det gjelder sykehus og ledelse har tradisjonen vært at det skulle være en lege som ledet avdelingene. Overlegen hadde ansvar både for økonomi og fag i sin enhet.

Sykepleiernes ønske om ledelse av eget fag ble som vi har sett vektlagt og kjempet for i flere årtier, og kampen var ikke forgjeves. På 1980-tallet innførte sykehusene etter sterkt press fra blant annet NSF, å innføre todelt ledelse. Todelt ledelse innebar at en avdelingsoverlege og en oversykepleier skulle ha ansvaret sammen for den enkelte avdelings fag, drift, administrasjon og budsjett. I denne todelte modellen hadde oversykepleieren ansvaret for avdelingens pleiefunksjoner, personalet som arbeidet der og andre administrative oppgaver. Ledelsen bar preg av at faget stod i fokus og at det var den faglige logikk som rådet grunnen. Forøvrig varte ikke denne perioden så lenge, fordi helseforetaksreformen ble innført fra begynnelsen av 2002 og den nye profesjonsnøytrale²⁴ ledelsesrollen tok over.

2.2.4 Norsk Sykepleierforbund og deres støtte til reformen

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har i dag²⁵ ca. 96 000 medlemmer. På vegne av disse medlemmene ble innføringen av enhetlig ledelse i sykehusene hilst velkommen av NSF. En årsak til at NSF stilte seg positiv var blant annet at NSF så på denne endringen som et springbrett for sykepleiere til både å oppnå status og komme i lederposisjoner. I fagheftet ”Sykepleier med lederansvar – god på fag og ledelse”²⁶ står det følgende:

NSF har stilt seg positiv til innføringen av profesjonsuavhengig, enhetlig ledelse, under forutsetning av at arbeidsgivere organiserer virksomheten på en måte som ivaretar reell innflytelse for ledere med sykepleiefaglig systemansvar, og at de tar utgangspunkt i et krav om formell lederkompetanse ved ansettelse. Med bakgrunn i befolkningens behov for helsetjenester og kompetansen hos sykepleiere med lederutdanning og erfaring, ser NSF

²⁴ Den nye profesjonsnøytral lederrollen innebærer at den som er best egnet til å lede, skal lede. Lederen skal vektlegge administrasjon, økonomi og effektivitet.

²⁵ Desember 2011.

²⁶ ”Sykepleier med lederansvar – god på fag og ledelse”, NSF, 2005, s. 4-5.

betydningen av å motivere og utfordre sykepleiere til å ta et overordnet (helhetlig) lederansvar på de ulike nivåene i helsetjenesten og til å ta et tydelig faglig lederansvar.

Som det fremkommer, stilte NSF seg positiv til de nye ledelsesidealene, selv om det i samfunnsdebatten for øvrig, og særlig blant legene, var stor debatt og uro omkring den profesjonsnøytrale ledelsen som var blitt lovfestet. Innføringen av de nye ledelsesidealene møtte lite motstand innad i sykepleiergruppen, mens det foregikk debatt ”ute i samfunnet”. (Mo, 2006).

Det er ikke bare organisatoriske endringer med innføring av enhetlig ledelse som kan ha betydning for sykepleiernes handlingsrom. Teknologien har de siste ti årene gjort store fremskritt, ikke minst med innføring av elektronisk pasientjournal. Innføringen av dette verktøyet beskrives av mange som en revolusjon på feltet og et godt egnet middel i behandling av pasientene. Teknologien muliggjør også kravet om transparens og kontroll av tjenestene som blir utført. Før jeg beskriver den teknologiske utviklingen vil jeg omtale den såkalte sykepleieprosessen som ble innført som et egnet verktøy i sykehuset omkring 1970 tallet.

2.2.5 ”Sykepleieprosessen” som metode

På 1970-tallet ble den såkalte sykepleieprosessen innført i norske sykehus. Dette var en metode som skulle hjelpe sykepleiere til å finne en strukturert måte å utføre pleie på, og var bygd etter systematiske studier som kunne dokumentere god sykepleiepraksis (Mathisen, 2006 s. 145). Den la vekt på samhandlingsaspektet og god praksis skulle etter denne metoden være å arbeide problemløsende. Dette gjorde sykepleieren ved å samle inn data, sette mål og utføre nødvendige tiltak for å løse pasientens problemer. At prosessen la vekt på både det problemløsende og det mellommenneskelige, ble godt mottatt av mange sykepleierskoler i Norge. Kritikerne av sykepleieprosessen vektla at denne tankegangen hadde for mye til felles med positivismens tenkemåte, og at sykepleien på denne måten reduserte mennesket til en gjenstand for sykepleierens aktiviteter (2006, s. 145). De som derimot forsvarte sykepleieprosessen hevdet blant annet at sykepleie–pasient-forholdet var todelt, der

den mellommenneskelige delen var like viktig som den problemløsende. Mathisen skriver at debatten om sykepleieprosessen tydeliggjorde at sykepleierne hadde delte oppfatninger i hvilken retning faget burde utvikles vitenskapelig, men også at diskusjonene handlet om sykepleiekunnskapens natur og hvilke metoder som var best egnet til å belyse dem (2006, s. 146).

Ulike former for dokumentasjon har stått sentralt og vært ansett som viktige i hele sykepleiens historie. Sykepleier og forfatter Kari Dahl med ansvar for videreutdanning i sykepleierens dokumentasjon og elektronisk pasientjournal ved Høgskolen i Molde, skriver at sykepleieprosessen ”kom med amerikabåten²⁷” for snart 40 år siden. Intensjonen var at den skulle være et godt egnet middel til struktur i arbeidet med pasientene. Dahl spør i en artikkel i *Sykepleien*²⁸ hvilken tenkning sykepleieprosessen bygde på, hvilke debatter som fant sted og hvilke konsekvenser dette hadde for sykepleiedokumentasjon i praksis. Hun omtaler arven fra Florence Nightingale (1810-1910) og hennes tenkning omkring det skriftlige arbeidet som er blitt videreført. Det var de praktiske hendelsesforløp, de objektive observasjoner, samt ordinasjoner som var sykepleierens ansvarsområde. Dahl nevner videre at Rikke Nissen også beskrev viktigheten av skriftlig rapportering. Hva så med den sykepleieideologiske forankringen på denne tiden, spør Dahl, og redegjør for at terminologien som ble anvendt i hovedsak var medisinsk terminologi, og at idealer som sannhet og objektivitet var naturvitenskapelig fundert, noe som kom til uttrykk i rapportene. Men, skriver Dahl, skjønnnet var også betegnet som viktig. Dahl omtaler de to ulike tradisjonene med henholdsvis en naturvitenskapelig tradisjon og en fenomenologisk tradisjon, og spør her om vi aner at dokumentasjonen ligger i et spenningsfelt mellom disse to fundamentene. Dahl fremhever at den elektroniske journalen som er forholdsvis ny, er et middel til å forbedre helsetjenesten, men at innføringen av den nye teknologien tar opp i seg igjen de ”gamle” spørsmålene omkring ulike vitenskapsidealene.

²⁷ Dag Olaf Torjesen (2007, s. 280) kaller det for Den norske amerikalinje.

²⁸ *Sykepleien* 2002 90(3):46-50 ”Dokumentasjon og prosess: dilemmaer i et historisk perspektiv”.

Dahl er opptatt av hvilke konsekvenser sykepleieprosessen og den nye teknologien vil ha av betydning for sykepleiepraksis, og hun fremhever spenningsfeltet mellom ulike tradisjoner og sykepleieideologiske disipliner som den nye teknologien bringer med seg. Jeg vil i de neste avsnittene kort gjøre rede for den elektroniske pasientjournalen, og trekke frem mulige fordeler og ulemper den elektroniske pasientjournalen kan medføre.

2.2.6 Lokale diagnoser

Dokumentasjon har gjennom tidene blitt ivaretatt på ulike måter, noe flere har vært opptatt av. ”Gjennom dokumentasjon av vår virksomhet understreker vi vår rolle som selvstendige profesjoner”, skriver høgskolelektor og psykiatrisk sykepleier Rune Karlsen ved Høgskolen i Bodø.²⁹ Karlsen har foretatt en undersøkelse ved to psykiatriske avdelinger ved et psykiatrisk sykehus hvor oppdraget var å hjelpe til med å forbedre dokumentasjonen i pleieplanen. Undersøkelsen viste at pleieplanene ofte var rotete og upresise. Pleieplanene var ofte lite konkrete når det gjaldt for eksempel både målformuleringene og det å kartlegge pasientens ressurser, og noen ganger forekommer det ikke pleieplaner i det hele tatt, skriver Karlsen. Han gjør rede for at undersøkelsen viste at det også avstedkom det han kaller ”lokale diagnoser”. Dette kunne være når pleiepersonalet skriver ”fin i kontakten”, og en ekstravakt senere følger opp med å si at ”pasienten er hyggelig i kontakten.” En annen avdeling anvendte begrepet ”snurt”, sier Karlsen. En dag skrives det i rapporten at ”pasienten er snurt”, og neste dag omtales pasienten som ”veldig snurt”. Karlsen spør hva forskjellen er, og undres over relevansen av denne typen informasjon. Likedan påpeker Karlsen ulike forkortelser i rapporteringen som finner sted på avdelingene. I en mappe leste han følgende: ”Hatt samtale m/beh. og u.t i fm, s.m.u.t og Silje fra psykoseteamet, ved/1 anl svært fektende”. Karlsen hevder at personalet i psykiatriske sykehus har en muntlig formidlingstradisjon, og at det ofte brukes vanlig språkbruk,

²⁹ Tidsskriftet Sykepleien, 2004 92(14): 54-55.

anekdoter og narrativer for å understreke hva som foregår mellom sykepleier og pasient. Han understreker imidlertid at skriving er med å høyne bevisstgjøringen, og at vektlegging av skriftlige rapporter gjør at en blir mer klar over vårt faglige perspektiv og at sykepleiere ved å skrive pleieplaner medvirker til at vi blir tvunget til å definere faget og definere vår rolle som selvstendige profesjoner.

Som jeg har beskrevet, kunne rapporteringspraksisen både bære preg av synsing og være upresis. For å kunne imøtekomme nye skjerpede lovreguleringer og vektlegging på pasientens rettigheter fikk organisasjonen og de profesjonelle behov for nye styringsredskaper. Sykepleieprosessen var allerede tilgjengelig. Nå gjenstod verktøyet i form av elektronisk pasientjournal.

2.2.7 Teknologi og klassifikasjon – et bidrag til samfunnsmandatet

Helseforetaksreformen i sykehusene tok sikte på å skape gode og effektive sykehus med pasienten i sentrum. Idealet sykepleierne tradisjonelt har hatt med seg fra sin utdanning handler om et ”helhetlig syn” på pasienten og at omsorg står i fokus og der behandlingen skal være personlig. Velferdsstaten bærer imidlertid med seg et krav om universalitet som i prinsippet innebærer likebehandling av pasientene. I dette spenningsfeltet stilles sykepleierne overfor motstridende forventninger. På den ene siden de idealene de har med seg fra sin profesjon hvor det partikulære og enkeltpasienten står i fokus, på den annen side sykehusets forventning om en universell tilnærming og en rasjonell utførelse av arbeidet³⁰. Flere har rettet oppmerksomheten mot den økende teknologiseringen som finner sted. Professor og sosialantropolog Halvard Vike (2002) omtaler sykepleieprofesjonen og den teknologiske verden, og spør slik:

Hva skjer når et slikt fag, alt overveiende utført av kvinner, med en selvforståelse der ambisjonen om helhetlig omsorg er sentral – og til dels en overordnet etisk plikt – møter krav om standardisering, effektivitet, prioritering og måling? (Vike, 2002, s. 121).

³⁰ Debatten om det gode og rette, rettferdighet og omsorg vil jeg omtale i kapittel 3.

Vike retter blikket mot de teknologiske løsninger og spør hvordan den etiske plikt overfor pasienten kan overholdes med de ulike systemene som ligger innebygd i sykehusstrukturen. Så hva konkret består disse av?

Klassifikasjonssystemene sykehusene benytter seg av, består blant annet av kartlegging av pasientene i form av ulike diagnoser³¹ ved innleggelse ved hjelp av ulike skjemaer som både legene og sykepleierne benytter seg av. Kategorisering kan sies å være samfunnets måte å leve opp til idealet om universalisme, det vil si, lik behandling ved like tilfeller. Et eksempel kan være ulike tester som pasientene tar ved innkomst, og etter resultatene av disse blir pasienten kategorisert, ved at pasientene scorer så og så mange ”poeng” og blir slik sett kategorisert i grupper, og kan deretter behandles etter gjeldende standarder for gruppen. En slik praksis har til hensikt å beskytte pasientene mot vilkårlighet, og bidrar til å sikre likhet og rettferdighet på sykehuset. I en tid hvor nettopp tidsaspektet er viktig, synes dette også å være en effektiv måte i behandlingen av pasientene i sykehuset. Et sentralt spørsmål er hvorvidt denne praksisen utfordrer det moralske rommet sykepleierne er en del av, fordi de ulike klassifikasjonssystemene er med på å danne en basis for hva som kan forventes av den enkelte pasient, illustrert ved hvor mange sykdomstegn de scorer på de ulike tester. Ulike innvendinger til en slik praksis vil jeg omtale tilslutt i dette delkapitlet.

2.2.8 Elektronisk pasientjournal (EPJ)

Som jeg beskrev i avsnittet 2.2.6 kunne tidligere rapporteringspraksis bære preg av både synsing og være upresis, og det var behov for fornyelse ikke minst med hensyn til transparens i forhold til skjerpede pasientrettigheter. Samtidig med dette var det også en økende skepsis i forhold til den teknologiske utviklingen og standardiseringen som teknologien førte med seg. Frem til begynnelsen av 2000 tallet

³¹ Dette er ikke noe nytt.

ble dokumentasjonen i hovedsak ført i papirversjon. Når den elektroniske pasientjournalen etter dette tok plass må det kunne betraktes som et paradigmeskifte i helsevesenet av flere årsaker.

I boken *Dokumentasjon i sykepleien* blir følgende spørsmål formulert: Pasientjournal i papirversjon eller pasientjournal elektronisk? Svaret forfatterne og sykepleierne Else Sandvand og Grete Vabo ved Universitetet i Agder gir, er både et ja og et nei (Sandvand og Vabo, 2007, s. 163). De trekker frem viktigheten av at helsepersonell bør ha kunnskaper om de faglige og juridiske kravene til dokumentasjonen av helsehjelp, og at det er viktig at helsepersonell har positive holdninger til dokumentasjon generelt, og at disse kravene gjelder uansett om det er papirversjon eller elektronisk. Forfatterne peker på ulike fordeler med den elektroniske journalen. Dette kan for eksempel være å ha tilgang til en samlet presentasjon av spesiell sykdomsrelatert informasjon på hver enkelt pasient. Samtidig finnes muligheten til å få informasjon som inneholder alle pasienter knyttet til en sengepost eller et team, med utvalgt informasjon for disse pasientene. I sykepleiedokumentene kan sykepleieren registrere elementer som går inn i pasientens pleieplan, eller behandlingsplan som det heter i ”DIPS”³², og videre at elementene som kan registreres i planen er ”behandlingsplandiagnoser/problem, behandlingsplanmål/forventet resultat og behandlingsplantiltak og forordninger”³³ (Sandvand og Vabo, 2007, s. 177). Som vi ser muliggjør den elektroniske pasientjournalen ikke bare endret praksis for sykepleiere. Den bidrar også til både en kontrollvirksomhet og den bidrar også til å gi ledelsen god oversikt over tiltak og ulik behandling som blir foretatt på hver enkelt post. Jeg skriver senere i dette kapitlet om juridiske endringer i form av skjerpede pasientrettigheter, og den elektroniske pasientjournalen bidrar også til transparens i forhold til å oppfylle dette kravet.

³² DIPS-forkortelsen stod opprinnelig for ”Distribuerte informasjon og pasientdatasystem”. I dag kaller aksjeselskapet seg for DIPS ASA og er den største leverandøren av systemer for elektronisk pasientjournal til sykehusene i Norge. DIPS er en samlet elektronisk presentasjon av all viktig og relevant klinisk informasjon vedrørende pasienten. Systemet erstattet den papirbaserte pasientjournalen. Aksjeselskapet DIPS eies av de ansatte 60 %, samt Nordland Fylkeskommune, Vest-Agder Fylkeskommune og Diakonhjemmet sykehus.

³³ Sosial- og helsedirektoratet gav i 2002 ut sin første veileder for individuell plan. En veiledende plan skal være et hjelpemiddel i arbeidet med individuell planlegging. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på en individuell plan.

Sandvand og Vabo (2007) trekker frem at det tradisjonelt er forbedret tilgjengelighet når man diskuterer gevinster knyttet til innføring av elektronisk pasientjournal, men overgangen til EPJ har også bidratt til mer lik praksis på grunn av standardiseringene som er muliggjort gjennom teknologien. ”Dette vil være tidsbesparende og mer faglig og juridisk forsvarlig”, argumenterer forfatterne (Sandvand og Vabo, 2007, s. 166).

Utfordringene ifølge forfatterne, er at implementering av de elektroniske systemene ikke har vært så enkelt. De skriver at journalføringen i praksis kan være tidkrevende og at dette kan gå på bekostning av tiden med direkte pasientkontakt. Et annet poeng som blir trukket frem er at pleierne fremmedgjøres av dataspråket, og da spesielt den generasjonen som ikke har vokst opp i den elektroniske tidsalder, og at det enkelte steder er en negativ kultur når det gjelder hvordan det bør dokumenteres. Sandvand og Vabo anser også at det er vanskelig å endre kultur, samtidig med at helsepersonell må tilegne seg ny kunnskap både faglig, juridisk og teknisk, og at dette krever tid og energi” (Sandvand og Vabo, 2007, s. 185).

Innvendingene mot preformulerte standardiseringer har møtt motbør fra flere hold og med ulike blikk. Noen av de mest sentrale ankepunktene som er relevante i min avhandling, vil jeg presentere i de neste delavsnittene.

2.2.9 Evidensbasert medisin som kunnskapsmodell

For det første skal man da vite at det er ikke alltid de legemlige lidelser som er de verste. Den sjelelige påkjenning og de mange bekymringer av forskjellig slags sykdomstiden gjerne fører med sig, kan ofte være langt vanskeligere å komme igjennom. For det annet må man – selv i den største travelhet – aldri glemme at der finnes ikke på denne jord to mennesker som er like og derfor kan behandles likt. En søster må derfor i sine syke ikke bare se patienten som er innlagt under den eller den diagnose, men i hver enkelt se et lidende medmenneske som hun vil stå ferdig til å hjelpe på den måte som den enkelte trenger det. Har en søster dette sinn, vil hun selv på det største hospital, hvor alt nødvendigvis må gå efter et bestemt reglement, kunne være noget for sine syke (Hagemann, 1936, s. 33).

Hagemann er opptatt av at standardisering er problematisk og hun skriver at ”der ikke finnes to mennesker som er like, og at man må se det enkelte lidende menneske”. Flere bidragsytere er og har vært opptatt av samme tematikken. Nærmere 70 år senere reiser klinisk psykolog og forsker ved Rokkansenteret i Bergen, Birte Folgerø Johannessen i en artikkel³⁴ til ulike utfordringer ved standardiseringsproblematikk nettopp i det psykisk helsevern.

Fra et organisasjonsteoretisk perspektiv innebærer evidensbasert medisin (EBM) at klinisk praksis skal baseres på spesifikke data og en mer formalisert type rasjonalitet ”mer i tråd med økonomiske og offentlige krav til innsyn innen NPM³⁵, som er tilknyttet modeller for enhetlig ledelse”, sier Johannessen (2004, s. 5). Hun argumenterer for at debatten om EBM innenfor psykisk helsevern ofte føres atskilt fra den debatten som introduksjonen av enhetlig ledelse i sykehusene har reist. Johannessen mener disse to bør ses i sammenheng, og tilkjenner samtidig en skepsis når det gjelder den type rasjonalitet EBM innebærer, og spør hvilke konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering de nye ledelsesmodellene og evidens har i det psykiske helsevesenet. Johannessen redegjør for den enhetlige ledelses kunnskapsgrunnlag som legitimerer en endring i organisasjonsatferd og klinisk praksis i retning av økt gjennomsiktighet og transparens, som er en av NPM-reformens elementer. Hun forklarer videre at ”EBM kan sees som medisins faglige respons på dominansen av økonomiske normer og verdier i internasjonale reformprosesser, og at ved hjelp av EBM skal den faglige kvalitet og dermed pasientens beste sikres” (Johannessen, 2004, s. 12). Johannessen eksemplifiserer dette ved å vise til den økte vekten på standardprosedyrer som skal regulere arbeiderne, så vel som arbeidet, og hun uttrykker bekymring over at en konsekvens av de stadig flere prosedyrene som blir innført, ”er med å bidra til at den enkelte helsearbeider stilles overfor mange dilemmaer i forsøket på å gi rom for en annens subjektive erfaringsverden” (Johannessen, 2004, s. 22). Arbeidet til den profesjonelle er språklig og relasjonelt, men under sterk innflytelse av ulike standarder, hevder Johannessen, og av den grunn mener hun at den kliniske kompetansen kan komme mer i

³⁴ Birte Folgerø Johannessen : ”Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering”. Bergen Rokkansenteret. Working paper 22-2004. Se også kapittel 1.

³⁵ New Public Managements begrep og innhold blir presentert nærmere i siste delkapittel.

bakgrunnen. Hun legger for dagen synspunktet at det nettopp i psykiatrien ”er nødvendig å fremheve at det naturvitenskapelige blikk har en begrenset plass i arbeidet med psykiske problemer” nettopp fordi ”en genuin interesse for den andres subjektivitet og følelser er avgjørende for at terapi eller behandling skal kunne bidra til bedring” (Johannessen, 2004, s. 22). En forskningsbasert praksis må kunne gis en faglig mening innenfor psykisk helsevern, mener Johannessen, og hevder at fortolkningsvitenskapelige perspektiv da er viktig å trekke inn.

2.2.10 Profesjonenes autonomi og evidens

Også en annen innvending i forhold til evidensdebatten bør nevnes. Mange kritikere av evidenstenkningen knytter seg ofte til positivismedebatten på 60-tallet. En av flere tanker i den forbindelse knytter seg til forholdet mellom forskning og verdier og debatten om verdinøytralitet. Flere kritikere spør seg nå om evidensbasering vil føre til manualisering³⁶ av profesjonsutøvelsen, noe som kan bidra til å redusere skjønnsutøvelsen. Eksempel på dette kan være hvorvidt evidensbevegelsen klarer å fange inn kompleksiteten i de problemene de profesjonelle møter, sier Harald Grimen og Lars Inge Terum, begge professorer ved Høgskolen i Oslo (Grimen og Terum, 2009, s. 194-95). Forfatterne poengterer, og skriver det slik: ”profesjonsutøvelsen er uløselig knyttet til skjønn, samtidig som dette er en problematisk side ved all profesjonsutøvelse. Dette fordi skjønn bærer med seg muligheten for vilkårlighet, uforutsigbarhet, maktmisbruk og illegitim inntrengning i menneskers privatliv. Samtidig er skjønn nødvendig fordi det som skal håndteres, i utgangspunktet ikke kan reguleres og bestemmes i detalj ved hjelp av lover, regler og retningslinjer” (Grimen og Terum, 2009, s. 13). Forfatterne legger frem tre grunner for at skjønn både er nødvendig og viktig for profesjonene. Den første grunnen er at ”skjønn er viktig der generell kunnskap, generelle regler eller begge mangler”. Dernest er ”skjønn viktig fordi alle lover er formulert i generell form, og det vil da trenge ”rimelighetsbetraktninger ved anvendelse på enkelttilfeller”. Den siste

³⁶ Ved manuell profesjonsutøvelse vektlegges metodene, eksempelvis ved å klassifisere og standardisere tjenestene.

omstendigheten forfatterne trekker frem er at ”skjønn er en forutsetning for individualisert behandling”. På bakgrunn av disse momentene fremhever forfatterne at ”det er grunn til å diskutere hva som skjer med skjønn hvis evidensbasering innføres” (Grimen og Terum, 2009, s. 13).

Tillit³⁷ er et sentralt begrep i møte mellom pasient og sykepleier. Som vi har sett av innvendinger, kan EBM bidra til å regulere sykepleierne inn i et felt hvor tilliten synes å bli regulert og det personlige skjønnnet blir erstattet med lover, regler og predefinerte problemstillinger, tiltak og løsninger i møte med den enkelte pasient. Det moralske rommet kan på den måten bli mer og mer regulert, og tilsynelatende verdinøytralt,³⁸ og det juridiske feltet kan blant annet ta mer og mer plass. Et annet poeng som kan trekkes frem er den universelle tankegangen som råder, noe som kan vanskeliggjøre sykepleiernes egne idealer om omsorg, og hvor den enkelte pasienten ses på som unik. Et annet tema, er den maktforskyvningen som finner sted fra profesjonene over til andre maktgrupper i samfunnet.

2.2.11 Forflytning av makt

Grimen (2009) omtaler en endring i hvordan ”systematisering og kvalitetskontroll på kunnskap er i ferd med å bli flyttet fra de tradisjonelle utdannings- og forskningsinstitusjonene til mer uavhengige og frittstående kunnskapssentre, og at evidensbevegelsens organisasjoner hører til dette komplekset av institusjoner som spesialiserer seg på kvalitetskontroll av kunnskap som skal anvendes i profesjonell yrkesutøvelse, administrasjon og politikktutforming” (Grimen, 2009, s. 201). Dette er nytt, hevder Grimen, og viser til at mens det tidligere var det Talcott Parson kalte ”det

³⁷ På Helsekonferansen om Samhandlingsreformen mai 2012 arrangert av Helsedirektoratet, omtalte professor i samfunnsmedisin Per Fugelli tillit som ”helsetjenestens gudestoff”. Her beskrev han blant annet muligheter for både pasient og hjelper når tillit er til stede, og trakk blant annet frem mulighetene til å skreddersy tilbudene til pasienten, i motsetning til å standardisere. Han viste til at tillitens kilder blir til i møter hvor man ser den syke og bryr seg om pasienten i kombinasjon med kyndighet.

³⁸ NPM bærer også i seg ideer om verdinøytralitet.

profesjonelle kompleks³⁹ som gikk god for den profesjonelle kvalitet er dette nå blitt forflyttet til evidensbevegelsens organisasjoner, blant annet Campell-sentrene og Clearinghouse-organisasjoner⁴⁰. Dette, sier Grimen er med på å rokke ved faglige hierarkier, og det flytter makt bort fra profesjonene til nye maktgrupper (Grimen, 2009, s. 205). Også psykiater Trond Aarre (2010) trekker i tvil hvorvidt evidensen alltid inneholder den beste kvaliteten på en behandling. Han gjør rede for ulike typer behandlingsmetoder innenfor psykisk helsevern, og hevder at i noen sammenhenger er dårlig utforsket behandling blitt så vanlig at den oppfattes som standardtilbudet. Et eksempel han trekker frem er antidepressive midler som standardbehandling ved depresjoner. Aarre hevder at de få studiene av høy vitenskapelig kvalitet som er gjennomført, til nå ikke har greid å vise at midlene har noen sikker effekt ved bipolar lidelse (Aarre, 2010, s. 48-49).⁴¹

Også Martinsen (2005) er kritisk til praksisen og anlegger et perspektiv omkring den evidensbaserte praksisen. Hun spør: ”Hvilke problemer kan ikke besvares og hvilke problemer får en mer innsikt i ved å bruke andre forskningstilganger, andre måter å produsere og å konstruere kunnskap på (Martinsen, 2005, s. 86). Når Martinsen reiser spørsmål om hvilke problemer som ikke kan besvares innenfor evidensregimet, tenker hun blant annet på ”den tause kunnskapen” og den fenomenologiske tilgangen av informasjon som er mulig, og som ikke lar seg standardisere på en positivistisk måte. Hun understreker imidlertid, at det ikke er noe galt i å bruke evidensbegrepet, og at det ikke er noe galt med en forskning som produserer evident kunnskap, for det skal jo forskningen gjøre. Hovedinnvendingen, sier Martinsen er ”når en ikke spør hvilket kunnskapsgrunnlag den evidensbaserte medisinen bygger på, for dermed å skille den fra andre kunnskapsformer, da gjør en alle katter grå” (Martinsen, 2009, s.

³⁹ Talcott Parson (1902-1979) er en av de mest kjente amerikanske sosiologer gjennom tidene. Han utvikla et teoretisk system for samfunnsanalyse kalt strukturell funksjonalisme. Etter Parsons mening var kjernen i det profesjonelle idealet ønsket om å tjene samfunnet og allmennheten gjennom vitenskapelig utvikling. Profesjonene fremsto dermed som den viktigste integrasjonsmekanisme i det moderne samfunnet og som garantister for verdiene i det liberale demokratiet (Parson, 1978).

⁴⁰ Et Clearinghouse har til oppgave å distribuere kunnskap som er forankret i den best tilgjengelige evidens. Systematiske kunnskapsstater blir laget ved et Clearinghouse. Sentrale spørsmål som stilles er: Hva virker? Spørsmålet kommer fra fagdisipliner og politikere.

⁴¹ Psykiater Aarres kritiske innvendinger når det gjelder evidens og kunnskapsspørsmålet er interessante, og kunne vært forfulgt i enda større grad enn hva jeg har gjort her. Når jeg allikevel ikke har gjort dette, er det fordi temaet ville sprengte grensene for avhandlingens tematikk.

84). Martinsen refererer filosofen Paola de Cuzzani⁴², som i boken sin omtaler legen S.G. Johnsen, som sier: ”Hvad kommer det mig ved, at en behandling har en gunstig virkning hos 60%, hvis det overhovedet ikke virker på mig selv? Hvad kommer i det hele taget statistik mig ved, når jeg kun er mig selv? Den enkelte patient overasker mig og man ved ikke rigtigt hvordan man skal takle problemerne.” Martinsen legger for dagen det synspunktet at statistikk basert på ”en gjennomsnittspasient” ikke alltid kan bidra til å hjelpe enkeltpasienten og situasjonen denne befinner seg i, og at standardisering kan ta blikket bort fra pasientene og snarere bli rettet mot de ulike systemene og måleinstrumentene sykepleiere skal forholde seg til. Martinsen (2009) spør videre hva slags kunnskap en kan stole på, og hvordan vi kan fremskaffe kunnskap som er til å stole på. Hun konstaterer at evidensialismen tar mer og mer plass i sykepleiefaget, og viser også til at ”konstruksjonen av og innholdet i begrepet ”kunnskapsbasert praksis” blir støttet av offentlige myndigheter” med blant annet en egen metodebok som ble utarbeidet, og utgitt av Norsk Sykepleierforbund⁴³. Martinsen omtaler også at det bygges en allianse mellom de politiske myndigheter og profesjonene som både er utfordrende og vanskelig, men sier at dette ikke er noe nytt, fordi profesjonene eksisterer på bakgrunn av et sosialt mandat fra samfunnet.

2.2.12 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (YER) og kunnskapsbasert yrkesetikk

Sykepleierne har sin egen yrkeskodeks ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere”. Under vignetten i retningslinjene kan vi lese ”at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og at sykepleie skal bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert⁴⁴. Retningslinjene⁴⁵ utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og

⁴² Å lese medisinen, (Cuzzani, P., 2003, s. 18).

⁴³ Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere (Nortvedt, M.W. mfl., 2007).

⁴⁴ Passussen om kunnskapsbasert sykepleie ble tilføyd i 2007.

⁴⁵ De yrkesetiske retningslinjene jeg viser til i denne avhandlingen, er slik de foreligger i perioden 2007-2011. Retningslinjene er revidert, slik det vil fremgå av teksten, og ny utgave er gjeldende fra november 2011-2015.

grunnleggende verdier bør vernes i praksis, og konkretiserer hva som anses som god praksis innenfor en rekke områder, og inneholder seks hovedpunkter. Disse omhandler ”sykepleieren og pasienten”, ”sykepleieren og pårørende”, ”sykepleieren og profesjonen”, ”sykepleieren og medarbeidere”, ”sykepleieren og arbeidsstedet” og ”sykepleieren og samfunnet”. Retningslinjene bygger på prinsippene i ICNs etiske regler og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring. De yrkesetiske retningslinjene skal verken definere hva som er faglig forsvarlig sykepleie eller gjengi lovbestemmelser som regulerer yrkesutøvelsen. De vil heller ikke kunne gi den konkrete løsningen på etiske dilemmaer, men de skal angi retningen når det fattes vanskelige beslutninger⁴⁶. Sykepleiens grunnlag er kjærlighet og barmhjertighet, og den bygger på etikk og kunnskaper.

Retningslinjene⁴⁷ ble første gang godkjent av landsstyret i 1983, og er ment å beskrive sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som tillegges god sykepleiepraksis. Rundt tusenårsskiftet kom International Council of Nurses med nye etiske regler. Forbundsstyret i NSF besluttet da at yrkesetiske retningslinjer også skulle revideres grundig for første gang. Våren 2007 foretok Rådet for sykepleieetikk en revidering av disse retningslinjene⁴⁸, og skriver her innledningsvis:

I et samfunn med stadig større kompleksitet, endringstempo og markedsideologisk tenkning, er omsorgsetiske hensyn ofte nedprioritert. Sykepleieres faglige ansvar forutsetter etisk bevissthet og solid dømmekraft i praksis. Reflektert praksis er nødvendig for god praksis, og det bør derfor jevnlig skapes arenaer for etiske refleksjoner alle steder der sykepleie utøves. Vi mener retningslinjene egner seg godt for korte refleksjonssamtaler i en travel og krevende hverdag.

⁴⁶ Marie Aakre, leder for Rådet for sykepleieetikk, i innledning til Yrkesetiske retningslinjer 2007.

⁴⁷ www.norsk.sykepleierforbund.no

⁴⁸ Se yrkesetiske retningslinjer www.sykepleierforbundet.no

En vesentlig endring som ble gjort i forbindelse med revideringen, var passusen om at ”sykepleie skal være kunnskapsbasert”. Denne endringen ble foretatt like før landsmøtet i 2007 av NSF's forbundsledelse i etterkant av den endelige revideringen som var foretatt av Rådet for sykepleieetikks medlemmer og deres rådgivere. Medlemmer av Rådet for sykepleieetikk var uenige i denne endringen, og i *Tidsskriftet Sykepleien*, skriver medlem av Rådet for sykepleieetikk Anne Clancy om begrepet kunnskapsbasert på denne måten: ”Jeg savner gode argumenter for at det skal være der, og mener at faglig forsvarlig praksis, som er viktig, er ivaretatt i andre relevante dokumenter og i retningslinjenes underpunkt sykepleieren og profesjonen. Etter min mening hører ikke ordet ”kunnskapsbasert” med i grunnlaget for sykepleiernes profesjonsetikk.” Clancy fortsetter med en appell til sykepleiere: ”Sykepleiere, vær ikke i tvil: sett etikken før evidensen” (Clancy, 2008⁴⁹).

Vår og høst 2011 reviderte Rådet for sykepleieetikk igjen sine retningslinjer. Rådets medlemmer og deres rådgivere⁵⁰ valgte også denne gangen å ta bort begrepet ”kunnskapsbasert” under vignetten ”sykepleiens grunnlag”. Rådsmedlemmene mente at det var unødvendig og unaturlig å ha med begrepet kunnskapsbasert i den overordnede grunnlagsbestemmelsen, fordi kravet om solid faglighet allerede lå innebygd både i grunnlaget og i teksten under flere punkter. En annen diskusjon rådsmedlemmene drøftet var den trangere bruken av uttrykket kunnskapsbasert enn den som er basert på solid faglighet. I en slik forståelse er kunnskapsbasert det samme som forskningsbasert, og denne praksisen bygger på og anvender evidensbasert empirisk kunnskap. Siden denne kunnskapen bare utgjør en del av den solide fagligheten, vil den også måtte omfatte erfaringsbasert klokskap og en etisk måte å tenke på. Rådet var av den oppfatning at begrepet kunnskapsbasert lett kunne legitimere at empirisk kunnskap i enhver situasjon også innebar en etisk praksis, noe Rådet mente kunne være direkte feil.⁵¹ Nok en gang (som i 2007) ble Rådets

⁴⁹ Tidsskriftet Sykepleien (05,2008) ”Sett etikken før evidensen.”

⁵⁰ Rådgiverne Rådet for sykepleieetikk hadde med seg i prosessen, var professor i filosofi Anders Lindseth og professor i etikk Åshild Slettebø.

⁵¹ Som eksempel ble blant annet lobotomi trukket frem. Lobotomi var i sin tid kunnskapsbasert medisinsk praksis. Av den grunn ble den ikke etisk.

medlemmer overstyrt av forbundsstyret og forbundsledelsen i denne saken, og begrepet kunnskapsbasert ble stående under vignetten ”sykepleiens grunnlag”. I tiden før Landsmøtet 2011 opplevde Rådets medlemmer seg overkjørt i enda en sak som kunne fått store implikasjoner for rådets mandat og rolle. Årsaken til den spente situasjonen omhandlet sak 57/2011 som ble behandlet av forbundsstyret i NSF i august 2011. Saken omhandlet ”Forslag til tilføyelser i vedtektenes § 9 Rådet for sykepleieetikk, punkt C 1 og punkt D”. Sentralt her var at forbundsledelsen ønsket å endre Rådet for sykepleieetikks saksbehandling og foreslo at Rådet skulle arbeide etter kontradiksjonsprinsippet⁵², noe forbundsstyret ønsket å vedta på Landsmøtet i november 2011. Samtidig med dette ønsket forbundsstyret at ”Rådet ikke skal kunne gi uttalelse i saker som er under behandling av Helsetilsynet, annet forvaltningsorgan eller domstolene før endelig vedtak/dom i saken foreligger”.⁵³ Rådets leder Marie Aakre skriver på vegne av Rådet for sykepleieetikk at hun opplever forbundsledelsens forslag svært radikalt, og sier hun opplever det krevende å ikke ha vært invitert inn i forberedelser i en sak som totalt kan endre Rådets rolle og arbeidsform. Aakre forstår ikke begrunnelsen for saken og er usikker på hvordan hun skal tolke denne form for saksbehandling og samhandling⁵⁴. Saken som skapte splittelse mellom forbundsledelse og generalsekretær på den ene siden og Rådet for sykepleieetikk på den andre siden, skrev seg tilbake til Rådets saksbehandling i en tidligere sak, den såkalte Benjamin-saken. I Benjamin-saken døde en ung gutt på Ringerike sykehus etter en ukomplisert kneoperasjon, og Rådet for sykepleieetikk mottok høsten 2010 i

⁵² Kontradiksjonsprinsippet innebærer å innhente uttalelse fra alle berørte parter i en sak. Det sentrale prinsippet går ut på at partene må gis anledning til å gjøre rede for sitt syn på de faktiske omstendigheter, og at de må få adgang til å uttale seg om hverandres anførsler. Det siste forutsetter også innsyn i dokumenter. Sentrale deler av kontradiksjonsprinsippet følger langt på vei likhetsprinsippet som innebærer at partene skal være tillagt de samme prosessuelle rettighetene i prosessen. Kilde: (Ot.prp. nr. 51 (2004-2005) Om lov om mekling og rettergang i sivile tvister).

Medlemmene i Rådet for sykepleieetikk argumenterte for at Rådet ikke skal være noen domstol, men et rådgivende organ, og at saker til Rådet ikke skal behandles som noen domsavgjørelse. Rådets medlemmer viste til at yrkesetikken bygger på tre grunnpillarer – faglig forsvarlig, juridisk tillatt og etisk god praksis, og at disse begrepene overlapper og har grenseoppganger mot hverandre. Ofte når man tenker på faglig forsvarlig har man implisitt også vurdert det juridiske og det etiske. Når Rådet for sykepleieetikk får saker til behandling, anvender det seg av en diskursetisk modell. Sakene Rådet får tilbehandling skal være basert på tillit og rådsmedlemmene argumenterte for viktigheten av en fortrolighetssone rundt en sak, noe som ville være umulig om kontradiksjonsprinsippet ble innført som metode i rådsarbeidet. Rådsmedlemmene fremhevet viktigheten av etiske refleksjonsgrupper i praksis slik at sykepleierne selv kan reflektere over hvor listen skal legges for en forsvarlig praksis. Rådet viste blant annet til de yrkesetiske retningslinjene og fremhevet at en sak kunne være faglig forsvarlig, juridiske tillatt, men etisk uforsvarlig, og understreket at etikk og juss ikke er det samme.

⁵³ Sak til Landsmøtet ”Forslag om tilføyelser i vedtektenes § 9 Rådet for sykepleieetikk, pkt. C 1 og punkt D (Dokument datert 6.7.2011).

⁵⁴ Marie Aakre i brev til forbundsledelsen, datert 1. august 2011.

den forbindelse en henvendelse fra Benjamins mor med spørsmål om hva som ligger i sykepleieansvaret på natten. I Rådets svarbrev uttalte Rådet at de ikke kunne se at respekten for det faglige og etiske ansvaret var ivaretatt av den aktuelle sykepleieren på vakt. Rådet mente at sykepleieren ikke forstod at Benjamins liv var i fare til tross for sterk medikamentell behandling og uten tilsyn over flere timer. Benjamin ble funnet død i senga neste morgen. I Tidsskriftet *Sykepleien* (2011, nr. 13, s. 82-83) kommenterer Aakre den aktuelle saken. Hun skriver at Helseforetaket Vestre Viken har fått en bot på fem millioner kroner og omtaler også Helsetilsynets vurdering av saken. Her konkluderes det med at ansvaret plasseres på *systemnivå*. Sykepleieren er å bebreide, men slipper advarsel, skriver Aakre, og tilføyer at det i flere saker kan se ut til at sykepleieansvaret ikke ønskes tydeliggjort. Hun argumenterer for at kvalitet og pasientsikkerhet ikke utelukkende kan sikres gjennom standarder, retningslinjer og prosedyrer alene, men at den viktigste faktoren er enkeltpersoners skjønn og dømmekraft.

Denne saken er viktig av flere grunner. For det første NSF's problematiske rolle som et fagforbund som skal ivareta medlemmenes interesser, samtidig som det har vedtatt å ha et frittstående organ i Rådet for sykepleieetik. Denne gangen gikk kritikken fra Rådet for sykepleieetik mot en av profesjonens egne, noe som ikke ble mottatt positivt innad i NSF. For det andre er saken interessant fordi Helsetilsynet argumenterer for at Benjamins død handler om systemsvikt. Når en sier det handler om systemsvikt blir sykepleierne dermed fratatt mulighet til etisk tenkning og det å være et moralsk subjekt. En slik praksis kan dreie ansvaret bort fra personlige vurderinger til lovparagrafer, teknikk og byråkrati. Saken er dermed prinsipielt interessant når jeg i min avhandling spør hvorvidt statlige reformer betyr noe for sykepleiernes muligheter til å opptre som profesjonelle.⁵⁵

⁵⁵ Noen dager før Landsmøtet november 2011 trekker NSF's generalsekretær seg uventet fra sitt verv, og fratrer sin rolle på landsmøtet sammen med hele forbundsledelsen. At forbundsledelsen skulle trekke seg hadde vært kjent i lang tid. Saken om kontradiksjonsprinsippet ble avvist av hele landsmøtet, og Rådet for sykepleieetik fikk dermed beholde sin rolle som et uavhengig organ i NSF. (Jeg var selv medlem av Rådet for sykepleieetik i denne perioden. Derav den inngående kjennskapen til debatten. Har også gjort rede for dette i kapittel 1.2).

Jeg har i dette delkapitlet trukket opp noen store linjer i sykepleiens historie, fra kall og kamp, debatt om kunnskapsgrunnlaget og en utvikling med økende grad av profesjonalisering. Debattene og argumentene var mange da sykepleien gradvis endret retning mot en mer profesjonalisert status. På den ene siden ønsket sykepleierne å være en selvstendig profesjon, mens de på den andre siden kunnskapsmessig ligger nært opp til legenes naturvitenskapelige domene. Martinsen (2001,2003,2005) har vært skeptisk til den økende profesjonaliseringen av sykepleien ved å hevde at omsorgen står i fare og en konsekvens av dette vil være å bevege seg bort fra sykepleiens kunnskapsgrunnlag. En annen sentral tematikk i dette delkapitlet har vært sykepleiernes praksis i forhold til dokumentasjon, fra papirversjon til elektronisk pasientjournal. Den elektroniske pasientjournalen som ble tatt i bruk kan sies å passe som hånd i hanske som et verktøy når helseforetaksreformen trådte i kraft noe vi skal se på i det neste delkapitlet.

2.3 Forvaltningsreformer og organisatoriske virkemidler

I forrige delkapittel gjorde jeg rede for sentrale trekk i sykepleiens historie, fra kall og offervilje, til profesjonalisering og til sist hvor vi ser en utviklingstendens i sykepleierrollen fra en mer personlig orientert rolle til en rolle hvor samfunnsmandatet og universalistiske tanker råder grunnen. Sykehusene på sin side gjennomgikk også store utfordringer av ulik karakter. For det første var det strukturelle trekk. Det ble påpekt uklare ansvarsforhold og lite fleksibilitet. Likedan de organisatoriske effektene. Her ble det fremhevet dårlig kontroll med kostnads- og aktivitetsvekst, lav effektivitet og uhensiktsmessig sykehusstruktur. Sist, men ikke minst, ble effektene dette hadde for pasientene fremhevet. Det var uakseptable ventelister og ventetider, korridorpasienter, sykehusinfeksjoner og epikrisetid. I tillegg ble det fremhevet at det var regionale ulikheter når det gjaldt både tilgjengelighet, kvalitet og medisinsk praksis. ”Sykehusene og Helse-Norge hadde behov for fornyelse, utgiftene steg til himmels og behov for nye tanker og ideer fikk fotfeste. *Blant ideene som rådet var å redusere den profesjonelle makten i sykehusene*

og få sterkere økonomistyring”⁵⁶, skriver forfatter og statsviter Inger Marie Stigen (2005, s.18).

I dette delkapitlet vil jeg rette på helseforetaksreformen, og belyse ulike utviklingstrekk som kan ha betydning for sykepleieres handlingsrom. For å klarlegge dette, vil jeg å ta et kort historisk tilbakeblikk når det gjelder sykehusstrukturen og organiseringen, og ikke minst belyse hvilke tanker som lå bak de politiske prosessene da reformen og de nye ledelsesidealene ble gjennomført.

2.3.1 Helseforetaksreformens innhold

Sykehussektoren hadde behov for fornyelse, og allerede i 1996 bestemte Sosial- og helsedepartementet i brev av 29. april 1996 å sette ned et utvalg for å utrede organisasjons- og ledelsesforhold internt i sykehus. Utvalget presenterte sine forslag i NOU 1997:2. ”Pasienten først! Ledelse og organisering av sykehus.”⁵⁷ I retningslinjene mener utvalget at det er behov for endringer i sykehusenes interne organisering og ledelse. Utvalget legger avgjørende vekt på den betydning som ledelse har for at sykehusene skal virke ut ifra et pasientperspektiv⁵⁸, men understreker samtidig at de foreslåtte endringene skaper en ny lederrolle i sykehusene. For det første fremheves det at lederen skal være leder av en organisatorisk enhet og ikke for en enkelt yrkesgruppe. Dernest fremheves at ledelsen bør være enhetlig. Dette innebærer at én person skal være utpekt som leder for den enkelte organisatoriske enhet i sykehuset⁵⁹.

⁵⁶ Min utheving.

⁵⁷ Se også kapittel 1.

⁵⁸ Helseforetaksreformen og lovendringer som jeg omtaler i neste avsnitt hadde pasientperspektivet som helt sentralt. Dette er svært interessant, men temaet vil ikke bli fulgt opp i denne avhandlingen da det vil sprengre grensene for min tematikk.

⁵⁹ Denne lederrollen kan også ses i sammenheng med ny helselovgivning og en felles helsepersonellov som jeg omtaler i neste delkapittel.

”Lov om helseforetak” (LOV-2001-06-15, nr. 93) ble behandlet i Stortinget 6. juni 2001, og en måned senere ble styrene for de regionale helseforetakene oppnevnt, og den 31. august 2001 ble de fem regionale helseforetakene stiftet av regjeringen i statsråd” (Stigen, 2005, s. 35). Med innføring av helseforetakene skjer det flere ting. Det første er en endret oppgavefordeling innenfor spesialisthelsetjenesten. Organiseringen ble foretatt ved å bevege seg fra en tonivåmodell med delt ansvar mellom staten og fylkeskommunen, til en modell der staten får ansvaret. Den folkevalgte styringen ble overlatt til Stortinget. Det andre hovedelementet er overgangen til en foretaksmodell. Dette innebærer at målene og rammene for helseforetakets aktivitet skal formuleres gjennom statsbudsjettet og lovvedtak. Formelt går Stortingets vei til helseforetakene via helsestatsråden, og det er Helse- og omsorgsdepartementet som har eier- og styringsansvar for de regionale foretakene. Stigen skriver at den vesentligste endringen er at Helsedepartementet ved siden av å være øverste ansvarlige myndighet for den nasjonale helsepolitikken, er kommet i en eier- og bestillerposisjon overfor de regionale helseforetakene. (Stigen, 2005, s. 31-32).

Bestiller-utførermodellen handler om en idé om en type kontraktsstyring. Dette er en praksis som bryter med tidligere tiders regelstyring og vektlegging av de profesjonelle normer. Modellen bærer med seg en mulighet for målbar resultatkontroll, og en tanke her har vært at ved å innføre denne modellen vil effektiviteten øke. En innvending som har vært reist når det gjelder målbarheten er at det ikke alltid er så enkelt å måle tjenester som kan være både vanskelige og komplekse. Dr.philos. og forsker ved NOVA, Mia Vabø (2007), viser til blant annet Bush og Vanebo⁶⁰ (2001) som hevder det kan være mer lønnsomt å basere seg på tillitsrelasjoner. Vabø (2007) viser til at i den engelske litteraturen omtales den offentlige bestilleren som ”the proxy consumer” – den stedfortredende konsument, og tilføyer at ”ideen har en tydeligere forbrukspolitisk orientering i det den legger til grunn at bestilleren skal representere brukerens/kundens interesser i møte med utførerne” (Vabø, 2007, s. 50). Vabø understreker at denne styringsmodellen er et

⁶⁰ Bush og Vanebo (2001): ”Konkurranse, økonomi og effektivitet. Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis”.

skritt bort fra den tradisjonelle modellen hvor det var den såkalte velferdsprofesjonelle styringsmodellen som var rådende, hvilket innebar at det var den enkelte profesjonelle som formodes å ivareta brukerens interesser. Pfeffer og Coote⁶¹ (1996) har gitt dette fenomenet betegnelsen ”institutional consumerism” ”for å markere at det er institusjonelle brukerrepresentanter snarere enn individuelle brukere som får styrket sin posisjon”, men at ”det har vært reist spørsmål ved om denne typen bestillerenheter virkelig vil utvikle seg til å bli en representant for brukerens interesser, eller om det er interessen for kostnadskontroll som blir overskyggende” (Vabø, 2007, s. 50).

De nye logikkene Vabø viser til, kan ha ulike konsekvenser. Når bestilleren skal representere brukerens interesser, og ikke de profesjonelle, som tradisjonen har vært, kan dette trolig bety at fokus og vektlegging på fag og de tradisjonelle fagkunnskapene kan bli skjøvet til side. Et sentralt spørsmål som reiser seg i kjølvannet av den nye praksisen er hvorvidt sykepleierne ”på gulvet” risikerer å få mindre gjennomslag for sine egne idealer som de har med seg fra sin utdanning. Den nye styringslogikken skulle befestes gjennom sterkere regulering av profesjonene med en sterk ledelse og vektlegging på effektivitet og økonomistyring.

Innledningsvis i dette delkapitlet beskrev jeg sykehusenes behov for fornying. Som en avslutning vil jeg rette søkelyset på hvor reformideene ble hentet fra og deretter trekke frem ulike implikasjoner reformen kan ha for de profesjonelles handlingsrom i sykehusene.

2.3.2 New Public Management

Forfatter og statsviter Inger Marie Stigen (2005) skriver at den internasjonale New Public Management-bølgen gjerne blir trukket frem som grunnlag for de fleste

⁶¹ Pfeffer og Coote (1996): ”Is Quality Good for you? A critical Review of Quality Assurance in Welfare Services”.

moderniserings- og fristillingsinitiativene i offentlig sektor de siste tiårene. Hva består så denne moderniseringsbølgen av? Stigen omtaler den slik:

”For det første mål og resultatstyring for å sikre hensynet til overordnet styring, og for det andre, desentralisering av myndighet for å tilføre virksomheter autonomi når det gjelder virkemiddelbruk og drift. Den har også ført med seg institusjonelle endringer som i stor grad er basert på de prinsippene som ligger til grunn for NPM, blant annet ved innføringen av enhetlig ledelse. Utskillingen av sykehusene fra offentlig forvaltning, til mer management-orientert ledelse og institusjonell klargjøring av statens roller, er elementer som viser at sykehusreformen i stor grad har hentet sin inspirasjon fra NPM” (Stigen, 2005, s. 20).

Reformen bærer preg av en rasjonell-instrumentell handlingslogikk, en type logikk basert på et rasjonelt-instrumentelt perspektiv på hvordan atferd i organisasjoner kan forstås (Stigen, 2005). Ledelse får en sentral rolle i dette perspektivet ved at lederen forventes å ha makt og autoritet til å kontrollere atferden til de andre aktørene i organisasjonen. Kriteriene for utvelgelse av leder er interessant når vi betrakter hvilken kompetanse som etterspørres. Her søker man personlige egenskaper og egnethet, relevant ledererfaring og formell lederkompetanse. Men samtidig med dette må lederen ha relevant helsefaglig kompetanse ved en avdeling som driver helsefaglig pasientrettet arbeid. Dersom lederen ikke har den nødvendige helsefaglige kompetansen må det faglige plasseres hos en annen som har slik kompetanse⁶². Sykepleiere er etter disse kriteriene ikke selvvalgte ledere slik praksisen hadde vært siden 1980 tallet, og innføringen av enhetlig ledelse skapte dermed et brudd med den todelte ledelsen sykehusene på den tid praktiserte.

Den nye lederrollen er viet interesse i flere studier. Torjesen (2008) viser til at en slik tenkning omkring ledelse står i kontrast til den faglige tradisjonen som tidligere rådet grunnen i sykehusene, og redegjør for at den nye ledelsesmodellen som ble innført hadde sitt kunnskapsmessige opphav i den amerikanske management-tradisjonen.

⁶² NOU 1997:2, s 14-16: ”Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus.”

Dr.polit. Haldor Byrkjeflot (1999) omtaler denne tradisjonen, sier Torjesen, ved å si at den først og fremst har det pragmatiske formål å tjene ”business og økonomisk utbytte” (Torjesen, 2008, s. 56) Mo (2006) viser til at den nye lederrollen innebærer nye oppgaver. Først og fremst er lederrollen profesjonsnøytral, og lederen har ansvar for alle faggruppene på postene. Ledelse ut fra en New Public Management-inspirert forståelse ses på som en selvstendig funksjon uavhengig av den aktiviteten som ledes, der begrepet ”freedom to manage” står sentralt, og tilføyer at ”den nye lederrollen er funksjonsuavhengig av den aktiviteten som skal ledes” (Mo, 2006, s. 165). Et ankepunkt og en utfordring når det gjelder den nye lederrollen er hvordan faget kan ivaretas når økonomien og effektiviteten er den sentrale tanken bak innføringen av enhetlig leder.

Den rasjonelle handlingslogikken som reformen bærer med seg, og som Stigen redegjør for, bryter som tidligere beskrevet med den tradisjonelle logikken til profesjonene, hvor blant annet det personlige skjønn og profesjonenes autonomi står sentralt. Professor Christoffer Hood (1991) har beskrevet NPM som en samlebetegnelse for ulike styringsdoktriner. En av flere faktorer som blir vektlagt i denne ideologien er bruk av standardisering og prestasjonsmål, samt større vekt på resultatkontroll. Vabø (2007) skriver at en tradisjonell velferds- og organisasjonssosiologi ofte har vært beskrevet i lys av en profesjonell styringslogikk, noe som innebærer makt og ansvar delegert til yrkesutøverne. Ved innføringen av NPM-reformene imidlertid, har denne forståelsen kommet mer i bakgrunnen, fordi NPM-ideologien betrakter organisasjonen og styring som et verdinøytralt anliggende (Vabø, M, 2007, s. 8). Verdinøytraliteten medfører en utfordring når det gjelder skjønnsutøvelse. Flere teoretikere har rettet skepsis mot en slik praksis. Et eksempel er den økende standardiseringen av pasienter som også er omtalt av professor i helseledelse og helseøkonomi Ole T. Berg og helseforsker og lege Charlotte Haug (1997). De hevder at denne praksisen bidrar til redusert rom for skjønn, og karakteriserer dette som en ”industrialisering” av medisinen.

I dette delkapitlet har jeg beskrevet sentrale utviklingstrekk, strukturelle endringer i sykehusene og innføringen av helseforetak i Norge på begynnelsen av 2000 tallet.

Ideologien som førte til disse endringene synes å være inspirert av NPM tankegangen hvor blant annet sterk vektlegging av ledelse stod sentralt (Stigen, 2005). I det siste delkapitlet vil jeg vie oppmerksomheten mot en tredje faktor som trolig har betydning på sykepleiernes handlingsrom og som kan belyse min tematikk i denne avhandlingen på en enda bedre måte.

2.4 Endringer i lovverket

Sykepleiernes yrkesutøvelse i psykisk helsevern er regulert gjennom ulike helselover. Jeg vil i dette delkapitlet vise til de ulike lovene som er med på å regulere det profesjonelle arbeidet, og beskrive forhistorien i arbeidet med den nye helselovgivningen som fant sted før helseforetaksreformen trådte i kraft. To vesentlige endringer er verd å bemerke. For det første en skjerpet lovgivning i forhold til pasientens rettigheter, dernest en felles lovgivning for alt helsepersonell. Når jeg trekker frem jussen som sentral, er det fordi det juridiske lovverket legger føringer for sykepleieres handlingsrom.

2.4.1 Felles helsepersonellov

En vesentlig endring som fant sted i forkant av innføringen av helseforetaksreformen var innføringen av en felles helselovgivning for alt helsepersonell. Allerede på slutten av 1980-tallet igangsatte Sosial- og helsedepartementet arbeidet med ny helsepersonell lov med sikte på å regulere helsepersonell, skriver jurist Ohnstad⁶³ (2002). Hun skriver at arbeidet ble stilt i bero fordi det i høringen kom innsigelser fra de ulike profesjonsgrupper som la stor vekt på å beholde sine særlover. Arbeidet ble

⁶³ Bente Ohnstad (2002): Om politiske intensjoner og innhold i *Tidsskrift for den norske legeforening nr. 21/2002*.

imidlertid gjenopptatt i 1997, og i 1999 vedtok Stortinget den nye lovproposisjonen (Ohnstad, 2002). Hovedmotivet for dette arbeidet var i hovedsak å legge forholdene bedre til rette for pasientens behov, interesser og selvbestemmelse, samtidig med at man ønsket en bedre utnyttelse av helseressursene. I dette arbeidet var en hensiktsmessig og effektiv bruk av personell ansett for å være en nødvendig forutsetning, og i den forbindelse ble felles lovgivning for helsepersonell vurdert som et egnet middel. Den nye helsepersonelloven (LOV 1999-07-02, nr. 64) skulle være en generell profesjonsansvarslov som i større grad enn tidligere tok høyde for at *helsepersonell skulle utarbeide og utvikle ferdigheter etter endt utdanning*⁶⁴, og dernest at ”for utstrakt bruk av monopoler på arbeidsoppgaver for enkelte yrkesgrupper ble sett på som lite hensiktsmessig”, skriver Ohnstad. Loven skulle omfatte alle som yter helsehjelp, ved at begrepet ”helsepersonell” ble utvidet til å gjelde alt helsepersonell som arbeidet i helsetjenesten, ikke bare dem med autorisasjon. Helsepersonelloven erstattet med dette en rekke profesjonslover og forskrifter. Loven stilte krav til helsepersonells yrkesutøvelse for å bidra til kvalitet og sikkerhet i helsevesenet, hvilket innebar at den enkelte helsearbeider må innrette sin yrkesutøvelse etter faglige kvalifikasjoner slik loven tilsier, og den enkelte arbeidstaker vil kunne komme i erstatningsansvar hvis noen påføres skade.

2.4.2 Skjerpede pasientrettigheter

Pasientenes rettigheter fikk allerede fra 1970-årene økt oppmerksomhet, og her i landet er disse rettighetene nå samlet i lov av 2. juli 1999 nr. 63, og loven trådte i kraft 1. januar 2001, skriver professor i rettsvitenskap Aslak Syse. Syse skriver at det har skjedd vesentlige endringer i pasientrettighetsloven siden den første gang ble vedtatt for ti år siden, og at det stadig kommer nye lovreguleringer med ulike siktemål (Syse, 2009, s. 11). Spesielt fremheves at retten til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er styrket. Likedan er det fra 1. januar 2009 kommet et eget kapittel om tvang i pasientrettighetsloven for pasienter uten samtykkekompetanse (Syse, 2009, s. 9).

⁶⁴ Min utheving.

Lov om pasientrettigheter (LOV 1999-07-02, nr. 63) trådte i kraft i 2001, og er senere blitt utvidet i 2004 (Ot.prp. nr. 63, 2002-2003). Loven formaliserer ulike forhold, blant annet økt fokus på brukerinnflytelse, rett til fritt sykehusvalg og ulike behandlingsgarantier. Sentralt er også pasientens rettigheter knyttet til samtykke og klage, informasjon og medvirkning. Lovens formål er å sette pasientenes behov og autonomi i fokus og er interessant for min avhandling blant annet for hvordan lovens intensjon blir ivaretatt når sykepleierne arbeider på postene.

En annen lov som står sentralt og er relevant i avhandlingen er Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV 1999-07-02, nr. 61). I kapittel 3, § 3-2 står følgende: ”Helseinstitusjonen som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige”. I første delkapittel beskrev jeg blant annet utviklingen i dokumentasjonssystemene på sykehusene. Anvendelsen av elektronisk pasientjournal medførte i så måte store endringer, men imøtekom kravet sykehusene var pålagt gjennom lovverket. Samtidig med dokumentasjonsplikten og krav om transparens omtaler loven sykehusets øyeblikkelig hjelp funksjon og plikt til å motta pasienter. Lovverket og pliktene som ligger nedfelt får trolig betydning for sykepleiernes handlingsrom i møte med pasientene, og er derfor av betydning i min avhandling.

Sykepleierne reguleres også av loven ”Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern” (LOV-1999-07-02, nr. 62). Jurist og førsteamanuensis Olav Molven (2009, s. 29) skriver at ”en del av denne loven har innflytelse på sykepleieres yrkesutøvelse, selv om reglene om tvangsinnleggelse, tvangsbruk primært har betydning for leger som kan fatte beslutninger om dette”.

2.4.3 Kontrollkommisjonen

For å kontrollere at alt går lovmessig og riktig for seg har pasientene mulighet til å klage på avgjørelser de ikke finner riktige. Klagen går da til kontrollkommisjonen. Hovedoppgaven til kontrollkommisjonen er å sikre den enkelte pasients rettssikkerhet i møtet med det psykiske helsevernet. Dette gjøres ved at kontrollkommisjonen fører kontroll med alle tvangsvedtak som treffes, og den skal videre på eget initiativ

kontrollere at de formelle kravene for tvangsinnleggelser er oppfylt. Videre skal kontrollkommisjonen behandle klager på vedtak om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvunget psykisk helsevern, og skal se til at alle vilkårene for tvunget vern er oppfylt.⁶⁵ Kontrollkommisjonens rolle er relevant da min avhandling omhandler akuttpsykiatri, tvangsinnleggelser, og sykepleiernes vurderinger i forhold til Kontrollkommisjonen.

2.5 Oppsummering

Dette kapitlet har omhandlet tre ulike temaer som anses relevant i min avhandling. For det første har jeg beskrevet en utvikling i sykepleiens historie og en endring i sykepleierrollen fra en mer personlig orientert rolle til en sykepleierrolle hvor samfunnsmandatet og universalistiske tanker råder grunnen, noe som kan ses i sammenheng med sykepleiernes egen vei mot profesjonalisering. Dernest har jeg beskrevet endringer i sykepleiernes dokumentasjonspraksis fra penn og papir til elektronisk pasientjournal. Disse endringene som skjedde innad i profesjonen kan sies å passe som hånd i hanske til styresmaktens reformideer og et nytt lovverk som ble innført, fordi dokumentasjonspraksisen muliggjorde å oppfylle helseforetakets intensjon om målbarhet både i forhold til økonomi og effektivitet. Jeg har beskrevet helseforetakets intensjoner med nettopp vektleggingen på økt kontroll og hvor ledelse stod sentralt. For det første skulle den nye lederen være såkalt profesjonsnøytral, det vil si være leder for alle faggrupper, og for det andre skulle personlige egenskaper være av betydning i forhold til å oppfylle reformens intensjoner hvor vektlegging på økonomi og effektivitet stod sentralt. Som en tredje faktor har jeg beskrevet en endring i lovverket, blant annet en skjerpet rettighet for pasienter og dernest innføringen av en felles helselovgivning for alt helsepersonell. De tre delkapitlene synliggjør at endringene som fant sted kom både innenfra, altså fra sykepleieprofesjonen selv, og utenifra gjennom forvaltningsreformer og nytt lovverk,

⁶⁵ http://www.helsedirektoratet.no/psykiskhelse/psykisk_helsevernloven/kontrollkommisjonen 15.3.2010.

og er ment som et bakteppe når jeg i de neste kapitlene skal presentere ulike teoretiske perspektiver og i presentasjon av det empiriske materialet og analysen.

3. Teoretiske perspektiver

3.1 Innledning

Dette kapitlet er en nærmere redegjørelse for ulike teoretiske perspektiver som ligger til grunn når jeg skal tolke og forstå det empiriske materialet jeg har samlet inn. Teorien skal kaste lys over og gi mening til data, vise særtrekk og gi hjelp til å tolke feltets kompleksitet. Teorien, som retter søkelyset mot forholdet mellom aktør og struktur og aktører imellom, skal gi utfylling og videreutvikling på en slik måte at etiske og sosiologiske teorier kompletterer hverandre og innlemmes i ett rammeverk.

I kapittel 2 presenterte jeg ulike utviklingstrekk ved sykepleierrollen og ikke minst endrede kontekstuelle betingelser. I dette kapitlet vil sosiologiske tema som kan gi nye perspektiver for å belyse utviklingstrekk og endrede betingelser for sykepleierrollen, anvendes. Til å belyse disse perspektivene brukes den amerikanske sosiologen Richard Sennet og den amerikanske sosiologen Eliot Freidson.

Avhandlingen skal besvare hvilke etiske og moralske utfordringer sykepleierne trekker frem som sentrale i deres hverdagssituasjon. Dernest skal jeg finne svar på hvorvidt innføring av statlige reformer betyr noe for sykepleieres muligheter til å handle som profesjonelle. Som analyseverktøy for å få besvart spørsmålene anvendes to ulike tilnærminger til etikken når det gjelder valg og ulike overveielser som sykepleierne foretar. Den ene tilnærmingen vektlegger den handlende person og er personorientert, mens den andre vektlegger regler for handling og er regelorientert. Ulike teoretiske bidragsyttere vil belyse problemstillingene. Jeg starter med å vise til en kjent profesjonsdebatt vedrørende samfunnsoppdraget og profesjonsetikkens grunnlag mellom filosof og professor Harald Grimen ved Høgskolen i Oslo og sykepleier og professor Per Nortvedt ved Universitetet i Oslo. Flere debattanter deltok med innspill, blant annet professor Dag G. Aasland ved Universitetet i Agder. Jeg vil også gjøre rede for flere bidragsyteres standpunkt som gir dydsetikken en sentral plass og som en del av profesjonsetikken. Dydsetikken er fokusert på det

enkelte individs holdninger og den sosiale praksis. Fordi sykepleiere opptrer i et fellesskap, et moralsk rom i møte med pasientene, blir dermed dydsetikken relevant når profesjonsetikk skal drøftes. Kari Martinsens bidrag og teoretiske tilfang innenfor omsorg- og nærhetsetikken vil jeg også benytte, og trekke frem hennes perspektiver og betoning på viktigheten av det relasjonelle, og samspillet mellom sykepleier og pasient vektlegges. Martinsen er også opptatt av tid, og tidsperspektivet noe som vil bli gjort rede for, og ikke minst er hun opptatt av det moralske stresset som kan oppstå når kravene blir for høye. I delkapitlet vedrørende juss og etikk vil jeg dra nytte av ulike teoretiske bidragsytere. Sentral tematikk som blir fremstilt, omhandler autonomi og paternalisme. Også debatten omkring lojalitet vil bli omtalt. Til sist trekker jeg opp sentrale problemstillinger omkring ulike kodekser, viktigheten av utøvelse av dømmekraft og kritisk refleksjon i arbeidet.

3.2 Sosiologisk ramme: individrettet faglighet under press

Hvordan forstå profesjonelt arbeid i vår tid? Finnes det endringer som er verd å merke seg, og i så fall på hvilken måte kan vi identifisere disse tendensene? Jeg har tidligere gjort rede for hva jeg legger i betegnelsen profesjonell, hvor jeg viser til det å inneha autonomi og råderett i sitt yrke.⁶⁶ Den amerikanske sosiologen Eliot Freidson har en interessant analyse av profesjonenes plass i samfunnet og vil bli presentert for å kaste lys over nye trender og de profesjonelles rolle og utfordringer i nyere tid.

Hvilke kunnskapskilder drar sykepleierne nytte av i sin praksis? Denne tematikken forfølger jeg videre i dette kapitlet selv om jeg også har beskrevet ulike utviklingstrekk i sykepleierrollen i kapittel 2. Anvendelse av kunnskap står også sentralt hos de profesjonelle, og dr.philos. Willy Guneriussen (1999, s. 10) spør i sin

⁶⁶ Se kapittel 1.

bok *Aktør, handling og struktur* ”hvorfor vitenskapene, og profesjonelle ferdigheter forankret i vitenskapelig kunnskap har fått en så prominent plass i vår tid. Dette er historisk sett ganske nytt”, skriver Guneriussen. Han peker på at når grunnlaget for arbeidsprosessen mer og mer overføres til et (delvis) selvstendigjort teknisk system av drivkrefter og maskiner, så blir det også behov for en annen type kunnskap enn den tradisjonelle og personavhengige håndverksferdigheten. Han viser til Marx⁶⁷, som hevdet at ”arbeidere ble som vedheng til maskinene” (Guneriussen, 1999, s. 10-11). Marx’ begrep *alienasjon* inneholder også et etisk og moralsk anliggende fordi det innebærer en reduksjon av menneskets autonomi som et fritt og skapende menneske. Endringer i arbeidslivet er omtalt hos flere, blant annet den amerikanske sosiologen Richard Sennett.

3.2.1 Marked, byråkrati og profesjonsetikk

Richard Sennett har gjennom flere år og i flere hovedverker (Sennett, 2001, 2007, 2008) beskrevet markedskreftene og kapitalismens sosialpsykologi. I boken *The Corrosion of Character* (2001) er han opptatt av ulike kontrollmekanismer organisasjoner bruker, og viser blant annet til byråkratiske strukturer som rasjonaliserer bruken av tid. Sennett hevder at denne arbeidsformen i den nye kapitalismen blir supplert med nye kontrollmekanismer som synes vanskelig å få grep om (2001, s. 16). Innføringen av helseforetaksreformen, nye lovreguleringer, ny teknologi og metodisk bruk av skjemaer og standardisering har blitt kritisert fordi dette har medført økt byråkratisering. Sennett (s. 40) løfter opp en gammel relevant diskusjon og drøfter om rutiner og byråkratisk styresett undergraver personers karakter, og viser til den franske forfatteren, redaktøren og filosofen Denis Diderots⁶⁸ (1713-1783) og den skotske filosofen og økonomen Adam Smiths⁶⁹ (1723-1790)

⁶⁷ Karl Marx (1818-1883) var en samfunnsforsker, filosof og økonom, og er regnet som en av arbeiderbevegelsens mest innflytelsesrike tenkere. Han var en skarp kritiker av den kapitalistiske samfunnsorden på 1880-tallet.

⁶⁸ Denis Diderot var redaktør av den første Encyklopedi i 1751, som inneholdt mange liberale og progressive ideer.

⁶⁹ Adam Smith (1776): *The Wealth of Nations*.

ulike syn på denne problemstillingen. Mens Diderot var av den oppfatning at rutinearbeid var positivt og nødvendig, mente Smith at rutinearbeid var skadelig. Et monotont arbeid passiviserer, men det kan også sløve medfølelse, mente Smith (Sennett, 2001, s. 46-47). Sennett trekker også frem interessant arbeidslivsforskning om rutinisert arbeid og viser til den amerikanske ingeniøren Frederick Winslow Taylor (1856-1915) og hans bok *The principles of Scientific Management*. Her omtaler Taylor ulike metoder for planlegging og produksjon i industrien, og argumenterer for en vitenskapelig tilnærming hvor tankearbeidet skal foregå i planleggingsavdelinger og ikke på stedet hvor arbeidet skal utføres. Ved en vitenskapelig tilnærming vil arbeidet kunne effektiviseres, og nettopp effektivisering og masseproduksjon i industrien ble sterkt påvirket av Taylors tankegang på 1900-tallet. Taylor var mannen som kanskje i våre dager er mest kjent for stoppeklokken og tidsstudietabeller og et mekanisk syn på verden. Når jeg nevner Taylors ideologi og store innflytelse, er det fordi tankegodset kan finnes igjen i organisering i norsk helsevesen. I min masteroppgave (Kjølsrud, 2006), hvor jeg undersøker hvorvidt endrede organisatoriske betingelser betyr noe for sykepleieres handlingsrom i en kommunesektor, finner jeg blant annet at beslutningsnivået er flyttet fra ”gulvet” til en såkalt bestillerenhet. Mens det tidligere var slik at den enkelte sykepleier selv i hjemmebasert tjeneste vurderte hvor stort behov en pasient hadde for tjenester, ble denne vurderingen nå overlatt til en administrativ person som skulle bestemme behovet til hver enkelt bruker. Overført til en sykehuspost kan vi finne lignende systemer, blant annet den sterke vektleggingen på vitenskapelig (evidensbasert) kunnskap. En kritikk som har vært rettet mot taylorismen, er at arbeid som er utviklet ut ifra retningslinjer, fører til fremmedgjøring hos arbeiderne. Sennett beskriver også fordismen⁷⁰ som vokste frem, og som regnes for å være en videreutvikling av taylorismen. Mens det tidligere var håndverksbaserte arbeidere i bilindustrien, og hvor arbeiderne hadde stor autonomi, ble disse nå erstattet med spesialister, ofte immigranter ”som forutsatte lite tenkning”, skriver Sennett (2001, s. 49) og viser også til forskning utført av den amerikanske sosiologen Daniel Bell⁷¹ (1919-2011) ved

⁷⁰ Fordismebegrepet stammer fra Ford-fabrikken utenfor Detroit og ble i årene 1910-1914 betraktet som et strålende eksempel på en teknologisk basert arbeidsdeling (Sennett, 2001, s. 49). I dag snakker man om post-fordisme, som igjen er en videreutvikling av fordismen. Sentralt her er fleksibiliteten, der arbeidssystemer raskt kan gjøres om ved for eksempel endrede svingninger i et marked.

⁷¹ Daniell Bell (1988): *The End of Ideology*.

General Motors på 1950-tallet. Bell fant at ”overbygningen som organiserer og styrer produksjonen overflødiggjør enhver form for tankevirksomhet fra selve verkstedet” og hvor ”alt er sentralisert i avdelingene for planlegging, tidsstudier og konstruksjon. Arkitektonisk innebar dette at man fjernet teknikerne og lederne så langt unna som mulig” (Sennett, 2001, s. 52). Forskningen som Sennett trekker frem, er interessant, og selv om eksemplene er hentet fra et annet kontinent og fra en annen sektor enn helsevesenet, er deler av ideologien gjenkjennbar overført til norsk helsesektor. Det er også tankevekkende å lese når Sennett refererer til at arbeiderne i Daniel Bells forskning ikke gjorde noe opprør mot organiseringen, og at Bell måtte erkjenne at ”motstand mot rutine ikke avlet revolusjon” (Sennett, 2001, s. 53). Vil jeg i min avhandling kunne finne lignende tendenser?

Beslutningsmandatet til hvilke tjenester og hvilke metoder som skal anvendes av arbeidere og de profesjonelle, er flyttet bort fra industrihallene og gulvet på en sykehuspost. Men tjenestene en sykepleier skal tilby en pasient, kan tross dette ikke manualiseres til fulle. Fremdeles vil sykepleieres personlige tjenesteutøvelse av ha betydning. Jeg viste innledningsvis i dette delavsnittet til debatten om rutinearbeid og hvorvidt dette kunne svekke den enkeltes identitetsfølelse, og jeg har tidligere skrevet om en sykepleierrolle som synes å være i endring fra en omsorgsrolle til en teknikerrolle (Martinsen og Wærness, 1990). I boken *The Craftsman* fra 2008 skriver Sennett igjen om den fleksible kapitalismen som han mener er med på å bidra til at det tålmodige faglige arbeidet ødelegges av det hurtige tempoet, og at evne til omstilling hele tiden forventes. Han fremhever betydningen av å kunne beherske ferdigheter, og omtaler craftmanship blant annet som en ”basic human impulse, the desire to do a job well for its own sake” (Sennett, 2008, s. 9), men at sosiale og økonomiske betingelser ofte står i veien for ”the craftmans dicipline”. Problemet, ifølge Sennett, er at arbeiderne ofte står overfor det han kaller objektive standarder de må forholde seg til, noe som i min avhandling handler om ny teknologi, standardisering muliggjort i DIPS-systemet.⁷² Sennett er blitt kalt opplysningstenkeren fordi han er inspirert av opplysningstidens respekt for det menneskelige håndverket. Betydningen av det menneskelige håndverket omtaler han i boken *The Craftsman*, og argumenterer for betydningen av å kunne bruke både hånd

⁷² Om DIPS, se kapittel 2.

og hode. Sennett er urolig for en økende praksis hvor arbeiderne mister en slik mulighet til fordel for organisasjonens vektlegging på effektivitet (Sennett, 2008, s. 149). Opplysningstidens ideal var produktivitet og ikke effektivitet slik vi ser i dag, og Sennett er bekymret over at håndverksferdighetene stadig betyr mindre, nettopp fordi ferdigheter, utholdenhet og tålmodighet er av stor betydning i oppbygging av identitet og lojalitetsbånd. Forfatteren mener vi befinner oss i en ny reformasjon rent kulturelt, der det er teknologien som preger og styrer arbeidslivet. En konsekvens av dette er at fokus flyttes til prosess, eksempelvis ved at det er metodene som styrer praksis, og at håndverksarbeidet dermed i seg selv får mindre og mindre verdi.

Hva så med etikken? Sennett (2001) beskriver det han kaller den gamle arbeidsetikken, som omhandlet selvdisiplinert bruk av tid og utsettelse av belønning (2001, s. 122-123). En slik beskrivelse kan også gjenkjennes tilbake til sykepleiens tilblivelse, hvor den syke stod i sentrum for omsorg, det var forsakelse og kall, og hvor lønnen for arbeidet var av mindre betydning. Den nye arbeidsetikken, omtaler Sennett, fokuserer mer på gruppearbeid, en etikk for gjensidig forpliktelse. Gruppen bindes sammen av moderne kommunikasjonsteknologi, og fordi disse gruppene er innrettet mot kortsiktige utfordringer, resulterer gruppearbeidet i en overfladiskhet, hevder Sennett (2001, s.121). Sykepleierne arbeider i fellesskap med andre profesjoner. Metodene som blir anvendt når akutt syke psykiatriske pasienter blir innlagt, er de samme for alle helsearbeiderne på posten. Lov om helsepersonell⁷³ tok også sikte på at helsepersonell skulle utarbeide og utvikle ferdigheter etter endt utdanning, og at monopol på arbeidsoppgaver ble sett på som lite hensiktsmessige, og profesjonsnøytralitet skulle tilstrebes. En slik tankegang kunne blant annet muliggjøres ved standardisering og rutinisering av tjenester. Sykepleiernes tradisjonelle omsorgsrolle og særpreg er dermed satt under press. Gruppetenkningen reiser nye spørsmål, mener Sennett, og trekker blant annet frem at en slik organisering og tankegang også lett kan føre til konformitetspress (eksempelvis komme i konflikt med personlig engasjement) fra kolleger som er jevnbyrdige (2001, s. 140). Men også en personlig etikk kan komme i konflikt med nye former for

⁷³ Se kapittel 2.

arbeidsorganisering, mener Sennett, og peker blant annet på fragmenterte oppgaver som kan bidra til at den enkelte arbeider mister orienteringsevnen i all dens kompleksitet (s. 145). Den gamle debatten om rutiner og svekkelse av identitet er fremdeles aktuell. Et aktuelt spørsmål som reiser seg i den forbindelse, er hvorvidt omstillingene mine informanter er delaktige i, bidrar til redusert profesjonell identitet og gir rom for en deprofesjonalisering og desidentifikasjon. Nettopp deprofesjonalisering er den neste bidragsyteren jeg skal presentere, opptatt av.

Deprofesjonalisering er et tema som professor i sosiologi Eliot Freidson er opptatt av. I boken *Professionalism – The Third Logic* (2007) hevder han at det er viktig for profesjonene med gode etiske regler. Han trekker opp en trekant mellom markedet, byråkratiet og profesjonene, og argumenterer for viktigheten av balanse mellom disse tre polene. Utfordringen for profesjonene, slik Freidson ser det, er å kunne sikre et godt medisinsk og profesjonelt arbeid i møte med et sterkt byråkrati og en stadig økende markedstenkning i organisasjonene. Han trekker også frem utfordringer for profesjonene i fremtiden, og sier det slik: ”Thus, the most important problem for the future of professionalism is neither economic nor structural, but cultural⁷⁴ and ideological. The most important is its soul” (Freidson, 2007, s. 213). Kulturen og ideologien som Freidson trekker frem som vesentlig å bevare, tenker jeg handler om tradisjonene til en profesjon og ivaretagelse av det spesifikke som profesjonene er bærere av. Det er av avgjørende betydning, mener Freidson, at profesjonene selv må ha makt til ikke å komme inn under organisasjonens kontroll, og at de selv må stå som garantister for den kvalitet som er på utøvelsen og på de tjenestene de skal utføre. Faren, slik Freidson ser det, er at profesjonsetikken som grunnlag utvannes og blir utydelig.

Freidsons arbeid har vært å analysere profesjoners status i avanserte industrisamfunn, der konkurranse og effektivitet har blitt vektlagt på bekostning av den skjønnsutøvelse og yrkeskontroll av arbeid som utmerker profesjonalismens egen logikk. Dette er også et sentralt tema i denne avhandlingen. I hvor stor grad påvirker statlige reformer og ny skjerpet lovgivning sykepleiernes muligheter til å utøve

⁷⁴ Jf. Sennett, som trekker frem de kulturelle utfordringene.

skjønn og opptre som autonome profesjonelle? Som vi husker, kan profesjonalisme, ifølge Freidson, sies å eksistere når et organisert yrke vinner makt til å bestemme hvem som er kvalifisert til å utføre en avgrenset type oppgaver, og å forhindre alle andre i å utføre dette arbeidet og kontrollere kriteriene for evalueringen av utførelsen (Freidson, 2007). Freidsons definisjon av profesjonalitet her synes også interessant på bakgrunn av den nye helsepersonelloven som la til rette for nettopp det å kontrollere de profesjonelles jurisdiksjonsområde og nedbryte monopoler på arbeidsoppgaver. Freidson mener at profesjonalismen er en måte å kontrollere visse typer arbeidsvirksomheter på. Denne er blitt utfordret sterkt av det han kaller det frie markedets prinsipper, og av det rasjonelle lederskapets logikk. Logikken som ble vektlagt da helseforetaksreformen ble innført, husker vi baserte seg nettopp på ledelse hvor økonomi og effektivitet var gjeldende standarder. En sentral prediksjon Freidson gjør seg til talsmann for og som har relevans i min avhandling, er at de profesjonelles jurisdiksjon og jurisdiksjonsområde vil bli endret i fremtiden. Dette innebærer at såkalte paraprofesjonelle arbeidere i noen grad overtar oppgaver som tidligere tradisjonelt var ivaretatt av en bestemt profesjon. En slik endring av praksis mener Freidson blir gjort mulig fordi tjenester mer og mer blir standardisert. Farene slik Freidson ser det, er at kvaliteten på tjenestene kan bli minimalisert, og for det andre at verdiene og den moralske disiplinen de profesjonelle er bærere av, vil kunne bli endret. Standardiseringen og predeterminerte metoder bidrar også til en endring av den profesjonelle rollen, mener Freidson, og peker blant annet på at metodene leder profesjonene mot en mer og mer teknisk profesjonalitet (2007, s. 209-213).

Freidsons poeng om transformasjon av den profesjonelle rollen henimot en teknikerrolle⁷⁵ er interessant, ikke minst sett på bakgrunn av advarselen han retter mot en slik utvikling, nettopp fordi det er profesjonsetikken som trues med de nye formene for organisering som skjer i organisasjonene. Slik sett er Freidsons tematikk interessant i min avhandling når jeg skal finne svar på mitt spørsmål om hvorvidt de nye idealene for ledelse, reformene og de nye lovendringene med vektlegging på

⁷⁵ Samme bekymring finner vi hos Martinsen og Wærness (1990).

transparens og dokumentasjon i sykehusene, betyr noe for sykepleieres muligheter til å opptre som profesjonelle.

3.2.2 Bakkebyråkrater og deres strategier for å håndtere omgivelsene

I 1980 publiserte den amerikanske professoren og sosiologen Michael Lipsky boken *Street – Level Bureaucracy, dilemmas of the individual in public services*. I boken, som er blitt en klassiker, definerer Lipsky bakkebyråkratene som ”these are schools, police and welfare departments, lower courts, legal services offices, and other agencies whose workers interact with and have wide discretion over the dispensation of benefits or the allocation of public sanctions” (Lipsky, 1980, s. xi). Ut ifra Lipskys definisjon av bakkebyråkrater anser jeg teorien som relevant for også å kaste lys over min egen empiri.

Teorien om bakkebyråkratiet omhandler strategier for å håndtere omgivelsene, og hvordan bakkebyråkratene handler i møte med sine klienter. Lipsky beskriver ulike forhold som særpreger møtene. For det første er det en ansikt-til-ansikt-relasjon, men samtidig har bakkebyråkratene også ansvar for ”den tredje”. Videre er arbeidet intensivt med kronisk ressursmangel. Bakkebyråkratene forventes å arbeide i tråd med samfunnsmandatet, samtidig som de har med seg egne idealer og standarder for de tjenestene de er satt til å utføre. Når klientene oppsøker hjelpeapparatet, er det med tillit til at de som er satt til å utføre tjenestene, vil deres beste, og at arbeidet er i tråd med gode etiske standarder. Bakkebyråkrater, i likhet med sykepleierne i min avhandling, utøver skjønn som en sentral del av arbeidet i møte med klientene/pasientene. Dette stiller dem overfor en rekke dilemmaer, fordi de befinner seg i et krysspress mellom motstridende mål. De skal ivareta både samfunnsmandatet gjennom politisk definerte mål, organisatoriske mål og klientenes forventninger, og i dette spenningsfeltet har de med seg egne idealer, verdier og allmenntikk og et ønske om å utøve rettferdig fordeling. Dermed utsettes de for et krysspress av ulike forventninger de må innfri. Dette krysspresset skaper dilemmaer mellom det å ivareta

pasientens krav og forventninger, samfunnsmandatet de er satt til å ivareta, og organisasjonens krav og resultatmål.

Det er først og fremst den store graden av skjønnsutøvelse som karakteriserer arbeidet til bakkebyråkratene (Lipsky, 1980, s. 27). Et sentralt spørsmål som følger avhandlingen som en rød tråd, er hvorvidt sykepleierne har mulighet til å utøve skjønn og være autonome i sin arbeidssituasjon. Den norske statsviteren Oddbjørn Knutsen (1989) har i boken *Sosiale tjenester og velferdsstatens yrker* redegjort for det han kaller et profesjonelt og et administrativt skjønn (Knutsen, 1989, s. 37-41). Knutsen sier det slik: ”Det administrative skjønn består i å vurdere hvorvidt folk har krav på ulike typer materielle goder, mens det skjønn som velferdsstatens yrker utøver, består av ”å gjøre noe med folk”, det vil si vurdere hva slags behandling disse er best tjent med.” Og Knutsen fortsetter: ”mens det administrative skjønn består av å vurdere hva slags spesielle saker i forhold til relativt detaljerte lover og forskrifter, er det vanligvis det skjønn som utøves i velferdsyrkene mer vidtgående og basert på faglige ”profesjonelle” vurderinger som springer ut av utdanningen, yrkessosialiseringen og den profesjonelle ideologien som kjennetegner yrket” (s. 39). I det praktiske liv er det ikke alltid like lett å skille disse to formene for skjønn fordi lovreguleringene ikke fanger inn detaljer i det praktiske liv. En pasient kan ha rett til helsehjelp, men hvordan helsehjelpen materialiserer seg konkret, er det bakkebyråkratene og sykepleierne som avgjør, basert på skjønnsmessige vurderinger.

Så hvordan kommer bakkebyråkratene til rette med krysspreset og de ulike handlingsalternativene de opplever? Lipsky beskriver at bakkebyråkratene anvender ulike mestringsstrategier for å håndtere krysspreset. En av disse strategiene er klienttypologisering, som jeg tenker kan sammenlignes med både legenes og sykepleiernes⁷⁶ pasientdiagnoser i sykehuset. Til hjelp i dette arbeidet gjør sykepleierne bruk av kategoriseringssystemer, som skal bidra til en god oversikt over

⁷⁶ Sykepleierne benytter seg også av såkalte sykepleiediagnoser når de skal iverksette tiltak og behandling på postene.

hvilke tiltak de profesjonelle kan iverksette på bakgrunn av den gruppen eller kategorien den enkelte pasient tilhører.

Et annet sentralt kjennetegn ved bakkebyråkratiteorien er vektleggingen av kollegafellesskapet. Gjennom faglig og sosialt samvær støtter de hverandres holdninger i arbeidet og forsterker tendensen til å tenke og handle likt. Et sentralt spørsmål er om jeg vil finne lignende tendenser som dem Lipsky (1980) beskriver.

3.3 Etisk ramme – omsorg- og nærhetsetikken møter plikt- og rettighetsetikken

3.3.1 Innledning

Hva vil det si å være en god sykepleier som arbeider med mennesker innen psykisk helsevern? Og hvordan kan sykepleiere møte pasientene på en god måte? Den svenske sykepleieren og professoren Unni Å. Lindstrøm skriver i boken *Psykiatrisk sykepleie* at ”Sykepleievitenskapen oppfordrer oss til å lindre menneskers lidelse gjennom kjærlighet og barmhjertighet i et genuint og sant omsorgsfellesskap med pasienten” (Lindstrøm, 2003, s. 43). Å handle som profesjonell, omtalt i kapittel 1, innebærer å være autonom og ha råderett etter standarder nedfelt i profesjonen. Jeg beskrev også i kapittel 1 med henvisning til Sullivan (1999, 2000) at kognitiv kunnskap alene ikke var tilstrekkelig.

I dette delkapitlet vil jeg gjøre rede for ulike perspektiver på profesjonsetikk. Jeg starter med å vise til en nettdebatt om profesjonenes rolle og samfunnsoppdrag, for dernest å belyse to sentrale etiske perspektiver, omsorgsetikken og pliktetikken, som står helt sentralt i sykepleien.

3.3.2 Det partikulære versus det universelle

Gjennom årene har det vært flere debatter om profesjonenes rolle i samfunnet og hvilke forventninger samfunnet kan stille til profesjonene. Det er snart ti år siden nettdebatten⁷⁷ mellom Per Nortvedt og Harald Grimen tok til, der også flere andre debattanter deltok. Siden tematikken fremdeles er høyaktuell, vil jeg gjøre rede for noen av hovedargumentene som ble fremført, og dernest kort belyse et mellomstandpunkt fremført av Dag G. Aasland.

Forskjellene mellom Grimen og Nortvedt handler om det etiske grunnsynet i profesjonsetikken. Debatten handlet om uenighet i det normative grunnlaget for profesjonsetikken. Grimen ser profesjonsetikk som en form for forvaltningsetikk, mens Nortvedt definerer profesjonsetikk nedfelt i nærhetsetikken. Grimen ser profesjoner som forvaltere og dermed profesjonsetikk som en type forvaltningsetikk. Grimens poeng er å skille mellom allmenmoralen – allmenetikken – og den absolutte lojalitet versus den betingete lojalitet og den profesjonelle etikken. Med en betinget lojalitet mener Grimen den lojaliteten vi har til pasienter, mens med en absolutt lojalitet trekker han frem den lojaliteten vi har til våre nærmeste. Han hevder at en absolutt lojalitet til pasientene ikke er mulig, og hevder at Nortvedts posisjon ikke er forenlig med velferdsstatens krav om universalisme. Grimen mener at profesjonsetikken er gitt som et politisk institusjonelt samfunnsoppdrag. Når Nortvedt anfører at profesjonsetikken skal ha et nærhetsetisk grunnlag, er det blant annet fordi han mener at all forskning tyder på at det er profesjonsutøverens personlige karakteregenskaper og holdninger som er viktige i møte med pasienten (Kjølsrud, 2006, s. 13-14)⁷⁸.

Dag G. Aasland ved Universitetet i Agder er opptatt av etikkens rolle i lys av et økonomisk fokus og et profesjonsetisk perspektiv. Som økonom med kompetanse i filosofi og etikk inntar Aasland en mellomposisjon i nettdebatten om profesjonsetikk.

⁷⁷ Den såkalte nettdebatten ble startet av Harald Grimen, Høgskolen i Oslo i 2005.

⁷⁸ Dette avsnittet bygger på en debatt mellom Grimen og Nortvedt om profesjonsetikkens politiske og institusjonelle grunnlag ved Høgskolen i Agder, høsten 2005.

Han mener Grimens anliggende er viktig i diskursen som er reist, og skriver at Grimens tanker og perspektiv ”må utløse noen reaksjoner i profesjonene, først og fremst fra et brukerperspektiv”⁷⁹. Aasland skriver at diskursen om profesjonsetikk handler om hva som er galt, og hva som er rett for et menneske i rollen som profesjonsutøver, og hevder at selve ideen om at ”noe er galt og noe er rett” er noe som rammer den enkelte i møtet med den andre. Aasland hevder at reguleringer ovenifra med sterkere styring av de profesjonelle ikke lar seg muliggjøre til fulle slik Grimen posisjonerer seg fordi etikken er til stede forut for lover og regler⁸⁰, slik Aasland ser det. Han poengterer også at møtet med den andre viser en virkelighet hvor profesjonsutøveren også må stå til rette for den tredje og fjerde.⁸¹ Her ser vi Aasland imøtekommer Grimens argument når han hevder det alltid vil være flere enn den ene som har behov for hjelp, noe som vanskeliggjør et nærhetsperspektiv alene. Samtidig mener Aasland at det er problematisk hvis profesjonsetikkens grunnlag kun skal være fundert i et samfunnsoppdrag og i politikken, og er i likhet med Nortvedt opptatt av det relasjonelle og møtet med den andre. I 2005 publiserte Aasland boken *Økonomiens grenser og etikkens nødvendighet*. Her tolker han Levinas (1996) og redegjør for at ”møtet med den andre er der etikken begynner, men ikke er der den slutter”. Aasland skriver det slik:

Ideen bak denne anvendelsen av etikken er helt sentral for Levinas: Den etiske appellen i møtet med først Den andre og deretter den tredje – også som Den andre – får meg til å forsøke å gjøre møtet med den tredje minst mulig brutalt. Det kan jeg gjøre ved hele tiden å tilstrebe mer rettferdighet – ikke for den andres, men for de andres skyld (Aasland, 2005, s. 128).

Aasland betrakter det problematiske og utfordrende ved nærhetsetikken, men også det problematiske ved at profesjonene skal styres etter et samfunnsmandatet alene og universelle prinsipper. Dette mener Aasland er problematisk, nettopp fordi det er i

⁷⁹ <http://www.hio.no/content/view/full38045> 22.5.09

⁸⁰ Denne posisjonen finner vi også igjen hos Løgstrup senere i dette kapitlet.

⁸¹ Noen av tankene til Aasland her kan vi også finne hos Nortvedt (1996) i artikkelen ”Veien over til Den tredje”.

møtet med den andre og de andre at etikken oppstår. Sykepleieren møter pasienten ansikt til ansikt. I dette møtet oppstår etikken forut for alle regler, standarder og predefinerte modeller. Denne posisjonen er sentral for den neste teoretikeren jeg presenterer.

Etter nettdebatten

Argumentene Nortvedt bruker i nettdebatten, kan blant annet spores tilbake til synspunktene vi kan finne i hans avhandling *Sensitive Judgement* (Nortvedt, 1996). Her anfører han betydningen av både et sinnelagsperspektiv og et nærhetsetisk og omsorgsetisk perspektiv. Han argumenterer også for at et rettferdighetsperspektiv ut ifra objektive kriterier ikke alltid er moralsk forsvarlig. Med dette mener Nortvedt at i et rettferdighetsperspektiv kan man stå i fare for å overse den enkelte og dennes behov slik nærhets- og omsorgsetikken tar til orde for. Han fremhever at det er en moralsk verdi i seg selv å bli berørt av den ene pasienten.

Innvendinger som er reist mot nærhetsetikken, er at den kan virke partisk og nærsynt, noe Nortvedt ikke er enig i, og allerede i 1996 advarte han mot en utvikling hvor enkeltpasientens behov ville kunne bli tilsidesatt, til fordel for politiske krav om rettferdig fordeling (1996, s. 237). Utfordringen, slik Nortvedt ser det, er at det i fremtiden bør undersøkes hvorvidt profesjonelle, for eksempel sykepleiere, kan forene den moralske rollen som kreves, med en ”objektiv etikk” der alle skal behandles likt (1996, s. 238). Han fremhever som et eksempel autonomien, og viktigheten av at den profesjonelle må forstå og være oppmerksom på de ulike typer dilemmaer som ligger i ulike situasjoner, og kunne handle ut ifra en faglig forståelse der blant annet empati og følelser er sentrale. Fordi, som han sier, ”har man ikke evnen til å bli berørt, mangler man den fundamentale basis for moralsk persepsjon” (Nortvedt 1996, s. 5). Posisjonen Nortvedt tilkjenner her, er interessant sett på bakgrunn av sykepleiernes samfunnsmandat hvor ulike lovreguleringer tar høyde for en sterkere kontroll over profesjonene.⁸² Hvilke konsekvenser kan en slik posisjon ha

⁸² Se kapittel 2 om ulike lovreguleringer i helsepersonelloven.

for sykepleierne, og vil de være i stand til å oppfylle forventningene både til pasientene og organisasjonene og samtidig handle som gode profesjonelle?⁸³

I 2008 utdyper Nortvedt igjen i sin bok *Sykepleiens grunnlag* hva som skal være sykepleiens grunnlag og fundament. Her argumenterer han, ikke ulikt Grimen på dette punktet, for at sykepleie skal bygge på et politisk mandat, og skriver at ”sykepleien har dermed fått et politisk bestemt oppdrag av samfunnet om å ivareta viktige funksjoner i helsetjenesten med hensyn til å gi medisinsk assistanse, forebygge sykdom og yte omsorg for det syke mennesket. En viktig dimensjon ved yrkesetikken består av at profesjonen har et slikt samfunnsoppdrag å ivareta. Man kan ikke ta for gitt at yrkesutøvere av profesjonelle yrker er bare snille og gode”⁸⁴ (Nortvedt, 2008, s. 124). Men, fortsetter Nortvedt, det finnes også et annet viktig element i yrkesetikken som ikke er politisk fundert. Med dette mener han at samfunnsmandatet alene ikke er tilstrekkelig for den profesjonelle yrkesetikken, men at gode dyder som åpenhet, berørthet og sensibilitet er sentralt i en god sykepleiepraksis.

I en interessant artikkel i *Tidsskriftet Sykepleien* med tittel ”Sykepleieetikk må bli kunnskapsbasert” hevder Nortvedt (2012)⁸⁵ at sykepleieetikkenes største problem i Norge er at den ikke i tilstrekkelig grad forholder seg til kunnskap og forskning på aktuelle områder som er relevant for klinisk sykepleie. En måte å forbedre en slik praksis på, mener Nortvedt, er å arbeide kunnskaps- og forskningsbasert for å komme frem til beste løsning og handlingsalternativ i møte med pasienten. Dette, mener Nortvedt, er en mangel ute i praksis i dag. Han eksemplifiserer argumentet blant annet med å vise til at sykepleierne må være i stand til å kunne vurdere om utfordringene de står overfor, handler om et etisk eller faglig problem. For å kunne handle riktig mener Nortvedt at refleksjon er nødvendig. Refleksjonen må, slik

⁸³ Tematikken blir belyst i kapittel 6.7

⁸⁴ Her ser vi at Nortvedt har foretatt en ”reise” når det gjelder tidligere synspunkter han har fremmet når han sier at sykepleien har fått et politisk bestemt oppdrag, i tillegg til at han fremdeles vektlegger følelsenes betydning og det partikulære. Nortvedt imøtegår Grimens anliggende på en tydeligere måte enn vi har sett tidligere i hans forfatterskap.

⁸⁵ <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/fagutvikling/etikk/1044516/sykepleieetikk-ma-b> (7.2.2013)

Nortvedt ser det, ha sitt grunnlag i empati, kritikk, refleksjonsevne, evne til god situasjonsforståelse og kommunikasjonsferdigheter. Nortvedts betraktning her vil bli fulgt opp i analysen og i arbeidet med empirien.

Etter nettdebatten i 2008 spør Grimen i artikkelen ”Profesjon og profesjonsmoral” (Grimen, 2008) hvordan vi kan forstå profesjonsetikk og profesjonsmoral. Han sier det på denne måten: ”En profesjonsmoral kan sees på fra to ulike perspektiver. Fra den profesjonelles perspektiv hvor det er normer og verdier som er det viktigste, og en kan se profesjonsmoral fra brukernes og organisasjonenes perspektiv. Her er profesjonsmoralen ikke direkte handlingsrettledende, men et sett av mekanismer for profesjonell selvjustis” (Grimen, 2008, s. 152-154). Det første perspektivet Grimen presenterer, innebærer større autonomi til de profesjonelle, mens det andre perspektivet impliserer større kontroll med profesjonene, hvilket Grimen står til talsmann for.

Hvorfor mener Grimen denne posisjonen er så viktig? Et svar kan vi finne når han omtaler betydningen av tillit og sier at en profesjonsetikk skal være med og bidra til at sykepleierne kan rettleides til å foreta gode moralske valg i ulike situasjoner. Men den skal også være med på å styrke profesjonens tillit som sådan. Grimen (2008) trekker her frem pasientenes sårbarhet og viser igjen til den makten de profesjonelle har. Han redegjør for den epistemiske asymmetrien og hevder dette byr på utfordringer fordi de profesjonelle således innehar en definisjonsmakt. Et eksempel kan være når profesjonelle sier de handler ut ifra en tanke om pasientens beste. Innenfor psykisk helsevern er en slik problemstilling relevant, spesielt i forbindelse med tvangsbruk, både tvangsinnleggelse og ulike behandlingstiltak som medfører tvang. Sykepleieren må (i samarbeid med lege) gjøre løpende vurderinger, anvende godt skjønn med støtte i evidente kunnskaper og erfaringskunnskap når avgjørelser skal tas, og hele tiden vurdere situasjonen opp mot hva som er til pasientens beste. Grimen mener det er av stor viktighet at pasientene kan stole på at behandlingen de får i møte med de profesjonelle, er faglig og godt begrunnet. I motsetning til Nortvedt (1996) mener han at profesjonene må reguleres ovenifra (Grimen, 2008, s. 200-212). Grimen peker utvilsomt på et viktig anliggende når han trekker frem profesjonenes behov for tillit i samfunnet. Et sentralt spørsmål er imidlertid hvilke midler som trengs for å oppnå dette målet. Som vi har sett, mener han profesjonene må reguleres

for å sikre god profesjonsmoral. En konsekvens av denne tenkningen kan være at organisasjonen står ansvarlig for profesjonsmoralen på arbeidsplassen, og mindre autonomi og ansvar for den enkelte profesjonelle. Dette kan igjen medføre at organisasjonen sykepleierne tilhører, overtar og står ansvarlig for etikken, slik vi så Freidson advarte imot. Denne problematikken er interessant og vil bli fulgt ytterligere opp i delkapitlet om pliktetikk og autonomi.

3.4 Relasjonsetikk – omsorgs- og nærhetsetikken

3.4.1. Innledning

Knud E. Løgstrup (1905-1981), filosof, teolog og prest, regnes for å være en av våre fremste tenkere i nyere tid. I hans mest kjente verk, boken *Den etiske fordring* (1956, 2000), presenterer han en alternativ tenkemåte til modernitetens tenkemåte representert av den tyske filosofen Immanuel Kant (1724-1804). Løgstrup (1978) mente at den kantianske erkjennelsestradisjon bør kritiseres. Mennesket er ikke fritt og objektivt deltagende i verden, mente Løgstrup, og hans kanskje mest kjente utsagn ”den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender” (Løgstrup, 2000, s. 37) anskueliggjør hans posisjon. En slik forståelse av verden innebærer at livet er sårbart, vi er ikke frie mennesker, men lever i en gjensidig avhengighet av hverandre.

Martinsen regnes for en av våre fremste relasjonsetikere inspirert av blant andre Knud Løgstrup, og i mange år har hun argumentert for viktigheten av det relasjonelle i møtene mellom sykepleier og pasient. Gjennom de seneste årene har hun også vært en ivrig talsperson og advart mot den stadig økende vektleggingen på evidensbasert kunnskap.⁸⁶ I dette delkapitlet vil jeg trekke frem Martinsens synspunkter angående skjønn, språkets betydning og effektivitetskrav. Hun er også opptatt av tiden og tidsopplevelsen og hva mangel på tid kan medføre, noe jeg vil perspektivere. Moralsk stress er en av de faktorene Martinsen trekker frem som enkeltmennesket kan rammes

⁸⁶ Her ser vi Martinsen inntar en annen posisjon enn Nortvedt, den andre relasjonsetikeren jeg har presentert. Se Nortvedt (2012) i delkapittel 3.4.2 og artikkelen ”Sykepleietikk må bli kunnskapsbasert”.

av når kravene blir for store. Her får hun også følge av flere andre forfattere⁸⁷ som er opptatt av denne tematikken.

3.4.2 Sansning og forståelse

Kari M. Martinsen (2005) omtaler tidligere tiders håndverkslæring mellom mester og elev overført til sykepleien, der sykepleiereleven lærte at godt skjønn hadde betydning for pleien. Hun henviser blant annet til sykepleielærer Elisabeth Hagemanns (1936) lærebok *Sykepleieskolens etikk*,⁸⁸ der blant annet omsorg ble et grunnbegrep i sykepleien. I forholdet mellom mester og elev skulle mesteren lære eleven ulike kunnskaper, ulike teknikker, regler og prosedyrer. Men også det å bli trent i gode holdninger og oppøvelse av skjønn var en viktig del av opplæringen i mester–elev-forholdet. På den måten skulle eleven bli i stand til å utføre forsvarlig pleie uten bare å være regelstyrt, men med tilstrekkelig erfaring til å kunne individualisere pleien. Rådslagning, og det å lære og utvikle faglig skjønn skulle bidra til å hindre eleven i å bruke regler og faktakunnskap uten refleksjon, skriver Martinsen (2005, s. 152). Martinsens anliggende her kan være interessant å studere på sykehuspostene, eksempelvis hvilke kilder til overføringskunnskap som finner sted. Hva blir vektlagt, er det kun regler og prosedyrer, eller blir kunnskaper som godt håndlag vektlagt og overført fra de mer erfarne sykepleierne til de sykepleiere som har mindre erfaring?

Mine informanter arbeider i akuttpsykiatrien. Dette innebærer at de i stor grad må håndtere usikkerhet når de blir stilt overfor ulike dilemmaer og utfordringer som også ofte trenger en rask avklaring. De må forholde seg til pasienter som er forskjellige og med ulike lidelser som har brakt dem til posten. Ut ifra disse møtene har trolig sykepleieren behov for både å lytte, forstå og identifisere pasientens problemer før eventuelle beslutninger må tas. For å kunne ta de beste avgjørelsene må sykepleieren

⁸⁷ Se kapittel 1.

⁸⁸ Se også kapittel 2.

ta i bruk sine teoretiske ferdigheter, anvende skjønn, dømmekraft og erfaringskunnskap. Aristoteles (1973)⁸⁹ har tradisjonelt stått som inspirasjonskilde for vår forståelse av kunnskap. For ham var kunnskap aktivitet og det å ha ferdigheter i denne aktiviteten. Aristoteles fokuserte på selve utøvelsen og prosessen snarere enn resultatet og mente at kunnskap er det som viser seg i handlingen. Dette er interessant sett i sammenheng med den endringen som har skjedd i sykepleiernes forhold til kunnskapskilder. Det kan synes som om den evidensbaserte kunnskapen har forrang og at målbare størrelser i form av standardprosedyrer og skjematenkning tar mer og mer plass. Tre begreper er sentrale hos Aristoteles: episteme, tekhné og fronesis. Episteme representerer kunnskap om noe som er varig og uforanderlig. Kunnskapsbegrepet til Aristoteles representerer ulike kunnskapsformer, og inneholder to sentrale begrep. Det som kan være annerledes, eksempelvis håndverket, og det som ikke kan være annerledes, som er vår viten (s. 60). Fronesis-begrepet handler om å handle klokt, være veloverveid og ha evne til å vurdere hvordan man bør handle. ”Klokskap må da nødvendigvis være en holdning med en sann mening angående menneskelige gode oppnåelige ved handling” (Aristoteles, 1973, s. 62). Begrepet fronesis gjelder like mye for det partikulære og spesifikke som for det universelle og inkluderer tillærte ferdigheter når en skal bedømme ulike situasjoner. Tekhné er kunnskap om hvordan en lager ting, håndverk og kunst. I moderne språkbruk er det en type praktisk kunnskap.

Det gode stellet eller håndlaget har tradisjonelt vært av stor betydning i sykepleien som fag. Håndlaget trenger ikke nødvendigvis bety hender og hendenes varsomhet, men likeså gjerne sykepleierens væremåte, og det å gi pasienten en god opplevelse i møtet som finner sted.

Å arbeide kunnskapsbasert med pasientene er naturligvis svært viktig for sykepleierne når de skal gjøre en god jobb, men det er ikke uten utfordringer, for pasientens problemer og sykdomsbilde er ofte sammensatt, og det er mange hensyn å ta. Ikke minst kan sykepleiere oppleve at pasienter som blir innlagt akutt i postene, endrer sykdomsbilde i løpet av kort tid. Dette byr på utfordringer. Den evidente

⁸⁹ Aristoteles (1973): *Etikk*. Norsk utgave ved Anfinn Stigen.

kunnskapen blir i organisasjonsstrukturen omsatt i sjekklister, skjemaer og standardiserte modeller. Å oversette generell kunnskap til praksis kan derfor bli en utfordring nettopp fordi pasienter med psykiske lidelser ikke er en homogen gruppe. Jeg nevnte håndverkslæringen som betydningsfull og refererte i den sammenheng til Martinsen (2005), men hun omtaler også, og er kritisk til den økende vektleggingen på prosedyrer og standardisering av pasientene (Martinsen, 2005, 2012). Spørsmålet hun stiller, er hvorvidt slike metoder alene vil kunne fange opp pasientens sykdom og lidelse på en tilstrekkelig og god nok måte, ikke minst fordi pasienters lidelse ofte er så sammensatt i psykiatrien. En annen innvending som har vært reist, er endring i språket, der etikken ikke så tydelig kommuniseres. Språket er også viktig i Martinsens teorier, og hun poengterer betydningen av at ”vi må ikke sette den andre personen fast gjennom våre språklige væremåter”, for som hun sier, ”er det noe i den andres situasjon som skal skjønnes, er det jo viktig at den andres situasjon ikke settes fast” (Martinsen, 2005, s. 120). Hun mener at å tenke og reflektere, er ”å gå omveien med interaksjon med den andre”, noe som ikke er mulig å gjøre bare ved å tenke skjematisk og systematisk (Martinsen, 2005, s. 120-121). Skjemaene og systemene Martinsen tenker på, er presentert i kapittel 2, og som beskrevet muliggjøres denne praksisen blant annet gjennom sykehusets eget DIPS-system. Også spørreskjemaer for å kartlegge pasientens diagnose og tilstand er en del av hverdagspraksisen. Systemene er blant annet ment til å kvalitetssikre arbeidet, men Martinsen (2005, 2012) er i tvil om disse metodene alene er tilstrekkelig for å hjelpe pasienten på en best mulig måte. Hun viser til en livsfilosofisk tenkning der fortellingen er en arbeidsmåte, og understreker viktigheten av å akseptere at kunnskaper kan være komplementære, hvilket innebærer viktigheten av å både lytte til pasienten og anvende evidente kunnskaper. Martinsen er bekymret over at evidensregimet bidrar til å ta bort ”hele pasienten”, blant annet ved at de profesjonelle kun anvender ulike standardiserte prosedyrer, og hvor pasientens sykdomstegn blir det avgjørende. Et eksempel hun trekker frem, er ulike skjemaer hvor pasienten skal produsere sykdomstegn. I praksis innebærer dette skjemaer som pasientene må besvare for eksempel for å kartlegge hvor dypt deprimert en pasient er, slik at legen gjennom sine dataprogrammer kan diagnostisere pasienten ut ifra svarene. Når Martinsen er bekymret over at fortellingen kan gå tapt på grunn av endringer i språket, er det fordi som hun sier at ”fortellingen henter sitt emne eller sitt materiale fra det konkrete, handlende liv, der vi alltid forholder oss til tiden, til fortid, nåtid og fremtid [...] det

som har gjort inntrykk på oss, trenger å bli fortalt” (Martinsen, 2005, s. 75). Martinsen mener at pasienten ikke uten videre kan løsriveres fra sin historie og sin kontekstuelle bakgrunn. Av den grunn mener hun at spørreskjemaene ikke er tilstrekkelige for å avdekke pasientens lidelse. Flere forfattere er opptatt av fortellingen og samtalen som metode når pasienter lider og har det vanskelig. Den danske presten Tom Andersen Kjær skriver i artikkelen ”Nærvær som omsorgens fundament” at ”samtalen kan ofte lindre når et menneske befinner seg på et lidelsesfullt sted i livet”, og presiserer at ”sådanne samtaler bæres oppe av nærværet” (2012, s. 207). Kjær er opptatt av sansningen fordi nærværet bidrar til oppmerksomhet, men hevder samtidig at man ikke kan bli til hjelp for andre om man henger seg fast i sansningen alene (2012).

Som relasjonsetiker fremhever også Martinsen bruken av skjønn, sansning og intuisjon i møte med pasienten. Martinsen beskriver skjønnet som det å møtes om noe felles og ha en felles forståelse for noe i en situasjon. Skjønnet og sansningen gir viktig kunnskap som tilleggskunnskap til det evidente. Det åpner opp for enkeltmøter og det tar høyde for at pasienter har ulike behov og lidelser. I skjønnet ligger også en forståelse for at situasjonene er komplekse, og at pasienten også representerer en historie og en kontekst. Hun trekker frem begrepet ”stemthet”, betydningen av å være stemt i møtene med pasienten. Dette kan skje når en er åpen og evner å kjenne og ta inn hva pasienten formidler (Martinsen, 2012, s. 16). Imidlertid er ikke alltid betingelsene til stede for denne stemtheten, noe jeg vil omtale i neste avsnitt.

3.4.3 Økonomi og tid

Innføringen av helseforetaksreformen med nye ledelsesidealer gjennom enhetlig ledelse var inspirert av en management-tenkning og bedriftsøkonomiske prinsipper. Et av de sentrale organisatoriske grepene var innføringen av enhetlig leder på alle nivå. Lederens oppgave skulle være å vektlegge økonomi og effektivitet. Reformen vektla kostnadskontroll, en kontroll som gjennom standardiserte prosedyrer gjorde at effektmålingsinstrumenter lettere kunne kobles til budsjettstyring og økonomi. Effektivitet og tid er dermed viktige indikatorer og vil trolig være av betydning for

sykepleiernes handlingsrom. Jeg vil av den grunn i de neste avsnittene se litt nærmere på begrepet tid sett ut ifra to ulike perspektiver.

Sykepleiernes tid og mangel på tid er et sentralt tema i avhandlingen. I sosiologisk teori er begrepet tid et komplisert fenomen, skriver professor og sosiolog Sverre Moe (2010) i boken *Tid – en sosial konstruksjon?*. Moe redegjør for at tiden er noe høyst hverdagslig og vanskelig å definere, og hevder ”at blir vi kjent med hvordan vi tenker og kommuniserer om tid, blir vi også i stand til bedre å forstå oss selv og det samfunn vi lever i” (s. 21). Moe omtaler blant annet samfunnets dynamikk og tempo, og skriver at kortsiktighet⁹⁰ er en følge av samfunnets tidsforståelse. Han argumenterer for at i et slikt perspektiv oppstår det etiske og moralske temaer når det gjelder enkeltmennesket, sosiale relasjoner og organisering av samfunnet generelt. ”Knapphet på tid, og tid som en ressurs, er altså noe som brukes, lik en vare”, sier Moe (s. 204), og omtaler at tiden som ressurs er klokkeid som ekvivaleres med noe annet, og at dette særlig er penger. Et sentralt spørsmål som er betimelig å stille på bakgrunn av Moes beskrivelse, er hvorvidt det er moralsk riktig å likestille penger og menneskelige behov. Hvis tid ekvivaleres med penger og organiseringen i helsevesenet og sykehuset vektlegger effektivitet, kan en konsekvens være at menneskelige behov og kvalitet blir tilsidesatt. Moes anliggende her er relevant for mitt prosjekt når det gjelder tidsaspektet og sykepleiernes krysspress. Et eksempel kan være sykepleiernes prioriteringer og faglige vurderinger. I dette krysspresset er det flere hensyn som må tas, både til den enkelte pasient, organisasjonens krav og forventninger for å oppfylle samfunnsmandatet, samtidig som sykepleierne har med seg sine egne verdier, idealer og sin spesifikke kunnskap fra sin utdanning.

Bevissthetsfilosofien er en fenomenologisk sosiologisk tradisjon hvor tidsopplevelser og tidsmestring er i fokus, og det er primært refleksjoner fra både Husserl, Heidegger og Bergson som bidrar her. Når jeg trekker frem denne tenkningen, er det blant annet fordi jeg i min avhandling er opptatt av sykepleiernes egne opplevelser og refleksjoner når det gjelder ulike utfordringer og dilemmaer de opplever i sin hverdag. Den franske filosofen Bergson (1859-1941) redegjør i boken *Tiden og den frie vilje* (1990) for distinksjonen mellom *temps* og *durée*. Han skiller disse ordenes

⁹⁰ Sennett (2001) er også opptatt av kortsiktigheten og hvordan det virker inn på mennesker.

betydning fra hverandre ved å vise til den matematiske tid – tiden som kvantitet – ved ordet temps, mens han anvender ordet durée som en betegnelse for den opplevde tid – det vil si tiden som kvalitet (Bergson, 1990, s. 179). Dette er interessant når det gjelder hvordan sykepleierne opplever kvaliteten på arbeidet som gjøres. Krysspresset og spenningsfeltet når det gjelder tid, kommer best til syne når reformen klart vektlegger økonomi og effektivitet som standarder, og hvor kvaliteten materialiseres i målbare indikatorer. Når tidsopplevelsen er viktig, handler det blant annet om hvordan kvaliteten på tjenestene oppleves av sykepleierne. Sykepleierne møter ikke bare den andre, men også den tredje (Aasland, 2005), og det er i slike situasjoner etikken utfordres når det gjelder tid og kvalitet, eksempelvis når det skal foretas prioriteringer. Utfordringen i møtet med den tredje er å gjøre møtet minst mulig brutalt og tilstrebe rettferdighet (2005, s. 128). I analysen vil det nettopp være interessant å undersøke hva sykepleierne sier og opplever når det gjelder kvaliteten på tjenestene. Hvilke refleksjoner bringer sykepleierne på bane som ankepunkt overfor effektivitetskravet? Er det kanskje tvert imot slik at de ikke opplever tidsperspektivet og effektivitetskravet som utfordrende, eksempelvis når det gjelder kvaliteten Aasland peker på.

Martinsen (2005) er også opptatt av tiden, og omtaler Løgstrups bok *Solidaritet og kærlighed* (1987, s. 78), der han skriver: ”tid skal der til for at forholde sig kritisk til, hvad man har lavet, det må have hvilet, for at man kan se på det med nye kritiske øjne”. Martinsen kaller dette ”mellomøyeblikk”, og med Løgstrups ord betyr dette ”å ikke styrte til noe for å få noe ferdig” og videre ”la tankene få rom”. Til dette trengs tid og ”det er noe annet enn å ile og haste til en argumentasjon, som vi dessverre altfor ofte gjør”, skriver Martinsen (2005, s. 122-123). Faren med travelhet eksemplifiserer hun med Kierkegaards (1843) tanker om ”travelhet som stillstand”, som fører til fastlåsthet. Martinsen er bekymret over at travelheten hindrer oss i å se, og det er flere farer forbundet med dette, mener hun. Her fanger Martinsen opp Løgstrups tanker om høymoral som jeg mener er svært interessante, ikke minst sett i sammenheng med moralsk stress. I boken *System og symbol* (1997) omtaler Løgstrup nettopp det høymoralske når han beskriver livsytringene og måten vi organiserer samfunnsordningen på. Han benytter blant annet ”lighedstanken” som opptakt til begrepet, og skriver om likhet: ”Men – er det riktigt, at organiseringen av vor socialordning ikke har andet å bygge på end lighedstanken, befinder vi os i en svær

forlegenhet. For det er grænser for hvad lighedstanken duer til at organisere [...] Så bilder vi os ind at kunne indrette samfundet højmoralsk. Vi drømmer om en samfundsordning som vi ikke har moral til. Vi må nøjes med at spørge, om vore ideer forviser livsytringerne⁹¹ fra samfundsordningen” (Løgstrup, 1997, s. 134). Løgstrup henviser videre til den liberale økonomien, og spør om en slik tankegang ”levner plads til de livsytringer der bærer det hele” (s. 136-137). Lighedstanken finner vi igjen i et universalistisk ideal hvor nettopp rettferdighetstankegangen står sentralt, og som vi husker bygger vi vårt velferdssamfunn på en rettferdighetstankegang. Men hva er så det høymoralske slik Løgstrup ser det? Martinsen (2012, s. 53- 54) tolker Løgstrup og skriver at kravene blir høymoralske ”hvis vi forsøker å begrunne etikken med livsytringene eller med den etiske fordringen, som blir en norm vi skal oppfylle”. Det har vi ikke moral til, skriver Martinsen, og fortsetter: ” det vi har moral til er å søke å forme normer, regler og samfunn slik at livsytringene får rom, slik at tilliten og barmhjertigheten kan gro og vokse, og slik at vi ser hva vårt omsorgsansvar går ut på”. I 2012 ble boken *Løgstrup og sykepleien* publisert, ført i pennen av Martinsen. Her er den fenomenologiske tiden igjen et sentralt tema, og Martinsen (s. 129) er opptatt av at det kan være en utfordring for sykepleiere å fornemme hva pasienten trenger, nettopp fordi effektiviteten og tiden blir så avgjørende. Hun stiller også et interessant og betimelig spørsmål når det gjelder tidsbruk og metoder, og spør ”Kan det være slik at den instrumentelle tidsbruken som presser sykepleieren mot en streng skjema- og prosedyrestyrt gjøremålstravelhet, der skjønnet får dårligere kår, i all sin effektivitet er ineffektiv – fordi pasientkroppene lukker seg til, og arbeidet blir vanskelig å utføre. De er ikke sammen om noe i situasjonen, de har ingen felles tid” (2012, s. 127-128). Spørsmålet som Martinsen stiller, kan være relevant å undersøke i forhold til ulike situasjoner og hendelser på akuttpostene, ikke minst i behandlingsøyemed, men også når det gjelder utskrivelser av pasienter, noe som skjer hyppig på en akuttpost fordi det er flere som har behov for hjelp.

Martinsen er i likhet med flere andre forfattere opptatt av det moralske stresset sykepleierne utsettes for. Det er flere farer forbundet med dette, mener Martinsen. For det første kan en slik praksis medføre at sykepleierne ikke får tenkt klart, slik de

⁹¹ Når Løgstrup skriver om livsytringer, bruker han blant annet talespråket som eksempel. Når man taler, melder det seg en tilbøyelighet til å si alt, vi fornemmer det som naturstridig å ikke gjøre dette, mener Løgstrup. Han mener at livsytringenes vesen ligger utenfor vår makt.

skulle, og dermed står i fare for å objektivere pasientene. Dette, mener hun, kan bidra til at de kan oppleve skyld og skamfølelse ved å ikke strekke til. Men også pasientene kan føle skam og bli stresset av effektivitetskravet og det raske tempoet som preger sykepleierne, mener Martinsen. Av den grunn hevder hun at det ikke er til pasientens beste med de høye idealene og høymoralen sykepleierne utsettes for, og argumenterer for at ”vi må forholde oss til normer som gjør oss etiske”. Hun spør, i likhet med Løgstrup: ”hva kan den nest beste etikk⁹² hjelpe oss med?”, og mener at svaret ikke er høymoral, men at vi trenger normer og skjønn. Men samtidig må vi ikke okkuperes av normer, da mister vi rommet til å skjønne i, og skjønnnet blir normløst. Martinsen (2012, s. 59) er bekymret for at sykepleierne i en travelhetskultur reduserer kravene og tilpasser seg en kultur der den hektiske travelheten blir en livsform.

I analysen ønsker jeg å undersøke hvordan sykepleierne reflekterer omkring de valgene de står overfor, for eksempel om pasienter skrives hurtig ut fra posten, eller hvorvidt det er situasjoner der de ikke er enige i den behandlingen pasientene får, og om de opplever at de har liten tid. Et annet spørsmål som tvinger seg frem, er om etikken og det moralske kan finne sin plass i et regime der det økte tempoet og effektiviteten har det avgjørende ordet.

3.5 Lover, regler og det gode og rette

3.5.1 Innledning

Vetlesen skriver i sin bok *Hva er etikk* (2007, s. 9) at etikkens startsted er urettferdighet signalisert ved vår trang til å gripe inn når vi opplever noe som galt.

⁹² Når Løgstrup taler om ”den nest beste etikk”, mener han at etikk og moral alltid handler om det nest beste. I boken *Den etiske fordring* fra 1956/2000 skriver han om fordringen som er taus, radikal og uselvvisk. Samtidig poengterer Løgstrup at fordringen er uoppfyllelig. Løgstrup er blitt tolket av flere, og den danske professoren og teologen Ole Jensen skriver i boken *Historien om Løgstrup* (2007) at Løgstrup mente at fordringen blir nedskrevet til praktisk handling, mens den spontane kjærligheten, det Løgstrup kalte spontane livsytringer, blir nedskrevet til plikt og anstendighetsfølelse.

Han skriver at rettferdighetstanken ligger dypt forankret i mennesket,⁹³ og viser blant annet til hvor opprørte barn blir når goder skal fordeles og de kommer dårligere ut enn andre. Som vi husker, bygger velferdsstaten på et universalistisk ideal – alle skal ha like rettigheter i møte med norsk helsevesen. Et virkemiddel styresmaktene tok i bruk i forkant av innføringen av helseforetaksreformen, var å skjerpe pasientens rettigheter. Jeg har tidligere gjort rede for ulike metodiske grep sykehuspostene anvender for å oppfylle velferdsstatens krav og forventninger. En metode er ulike standardprosedyrer som pasientene blir møtt med. Denne standardiseringen skal blant annet bidra til å gi pasientene et rettferdig helsetjenestetilbud og de samme mulighetene, og kommer til uttrykk for eksempel gjennom spørreskjemaer og rapporteringsskjemaer i DIPS⁹⁴. Pliktetikk kalles også deontologisk etikk, med henvisning til det greske ordet deon, som betyr plikt (Brinchmann, 2008, s. 56).

3.5.2 Ulike type plikter

Professor og sykepleier Berit Støre Brinchmann (2008) redegjør for ulike typer av plikter som hun kaller plikter motivert innenifra og plikter motivert utenifra. Pliktene innenifra er den menneskelige fornuft og slik vi kjenner det fra Immanuel Kants pliktetikk, mens plikter utenifra er regler og lovgivning. I min avhandling handler plikter utenifra om skjemaer, kontrollprosedyrer, dokumentasjon og å etterleve lovverket, blant annet helsepersonelloven. Brinchmann skriver at det imidlertid ikke er noen som har utviklet et plikthierarki som fungerer i praksis, og at det således ikke alltid er gitt hvordan en situasjon kan løses når det gjelder hvilke plikter som er viktigst og skal rangeres høyest. Dette har også den norske filosofen Knut Erik Tranøy (2005) vært opptatt av. Tranøy (2005) hevder at en innenfor lege- og sykepleieetikk alltid må tenke konsekvenser av handlinger man foretar, men likeså

⁹³ Eksempler på dette kan vi finne helt tilbake til Platon (427–347 f.Kr.) og hans verk *Staten*. Her drøfter han forskjellige egenskaper som er viktige for staten, og skriver: ”Vi har påvist de tre egenskaper i vår stat, slik som vi i alle fall oppfatter dem nå. Men hva for en egenskap står tilbake for at statens dyder skal bli fulltallige? Det er åpenbart rettferdigheten.” De andre egenskapene Platon viser til, er motet, visdommen og beherskelsen. (Platon, nr. 1, 1946, s. 162-181).

⁹⁴ Om DIPS, se kapittel 2.

mye handler lege- og sykepleieetikk om plikter. En kritikk som har vært reist mot pliktetikken, er at den ikke alltid tar hensyn til kontekst og kultur. Samtidig har jussen fått en helt sentral rolle i forbindelse med helseforetaksreformen og de ulike lovreguleringene som ble foretatt i forkant av denne, eksempelvis var intensjonen å få en sterkere regulering av den profesjonelle makten. Teolog og professor i etikk Paul Leer-Salvesen (2005) har vært opptatt av forholdet mellom juss og etikk, og i en kronikk i *Tidsskrift for Den norske legeforening* stiller han spørsmål om den stadig økende juridifisering vi ser i samfunnet, og formulerer seg slik: ”skal vi reformere og regulere helsevesenet ved hjelp av stadig nye lover og forskrifter, eller skal vi vise helsevesenets profesjoner tillit og satse på etikk i stedet for juss?”⁹⁵ Spørsmålet Leer-Salvesen stiller, er relevant også med henblikk på tematikken i min avhandling der det juridiske og kontrollapparatet står sentralt. I boken *Godt, rett, rettferdig* kan vi se at Molven (2007) også er opptatt av forholdet mellom etikk og juss. Her redegjør han for at både jussen og etikken er parallelt virkende normative systemer, samtidig med at han reiser spørsmål om på hvilke måter de kan sies å stå i forhold til hverandre. Han spør også om det er mulig å tydeliggjøre hva som er overordnet styrende, jussen eller etikken. Her omtaler han blant annet lovbestemmelser, som delvis regulerer ulike etiske dilemmaer, ved at han trekker frem pasientrettighetsloven § 2-1, som sier at den som trenger mest hjelp, skal få det, og at pasienter skal deles i to grupper, den som har behov for nødvendig helsehjelp, og den som ikke har det (2007, s. 239). Denne problemstillingen er relevant i min avhandling, ikke minst fordi sykepleierne på en psykiatrisk akuttpost daglig vil stå overfor prioriteringsutfordringer med hensyn til hvilke pasienter som skal utskrives, og hvilke pasienter som skal få nok et liggedøgn på sykehusposten. Molven peker også på en relevant problemstilling når han spør om ulike lovbestemmelser er uttrykk for en minimumsetikk, og om loven legger opp til en minimumsetikk som knytter de profesjonelle til arbeidsgiveren. Ved en slik praksis kan den enkelte arbeidsgiver legge opp til systemer som ikke skaper tid og rom for den enkelte profesjonelle til å gjøre det som loven sier er rettslig forsvarlig. På den måten, sier Molven, ser arbeidsgiveren bort ifra den profesjonelles standard og idealer, og etikken må leve på sparebluss (Molven, 2007, s. 236-244). Her fanger Molven opp en sentral problematikk, nemlig de profesjonelles samvittighet som griper dypere enn jussen og lovverket, slik vi har sett Martinsen

⁹⁵ http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1225115 14.03.11.

(2009, 2012) også er opptatt av. Når Molven spør om lovbestemmelser er uttrykk for en minimumsetikk, kan et eksempel på dette være begrepet ”faglig forsvarlighet”, som ikke alltid helt klart kan defineres.

3.5.3 Autonomi

Autonomi betyr selvstyre og handler om vår rett til selvbestemmelse. Vi er autonome gjennom vår kapasitet til å handle på grunnlag av lover som er gitt oss av vår egen fornuft.⁹⁶ Denne posisjonen er annerledes enn den vi ser hos Løgstrup (1956, 2000), som hevder at mennesket ikke er fritt, men sårbart og avhengig.

Jeg spurte innledningsvis hva endringer i lovverket betyr for sykepleiernes yrkesutøvelse, og om et skjerpet lovverk setter begrensninger for sykepleiernes muligheter til å opptre som profesjonelle. Nettopp autonomi og utøvelse av det profesjonelle skjønnet har den danske sosiologen Rasmus Willig (2009) vært opptatt av, der han blant annet i boken *Umyndiggjørelse* viser til sin undersøkelse i Danmark blant danske pedagoger om deres mulighet til å opptre som profesjonelle. Willig finner i undersøkelsen sin at pedagogene får flere og flere oppgaver, de bruker mye tid på dokumentasjon som er lovpålagt, og opplever samtidig at de ikke har tid til å være profesjonelle slik de selv ønsker det, fordi det er en økende kløft mellom hva de burde gjøre, og hva de faktisk gjør. Willigs anliggende her er interessant og viser at det profesjonelle skjønnet og autonomien er i faresonen til fordel for lovpålagte krav. Samme tema kan vi lese i en kronikk i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, skrevet av professor Kristin Heggen og forsker Tone Dyrdal Solbrekke (2009). De skriver at omleggingene i helsesektoren har fått stor betydning for sykepleieansvaret, og at sykepleieren må stå til ansvar på nye måter. De omtaler blant annet at ansvaret og plikten til rapportering er blitt så sentral at en står i fare for å overse det moralske ansvaret som er pålagt den enkelte i møte med pasienten. De redegjør for begrepet ”accountability”, som er et sentralt begrep innenfor management-tradisjonen, og som brukes innenfor både juss, økonomi og styring av organisasjoner. Begrepet leder oppmerksomheten mot en plikt til å levere resultater som kan måles. Heggen og Dyrdal Solbrekke hevder at sykepleiearbeidet på denne måten har fått en sterkere styring utenifra, noe forfatterne mener bidrar til en svekket tillitt til de profesjonelle.

⁹⁶ Dette ifølge den kantianske forståelsen.

Forfatterne er bekymret for at ”bokholderiet” bidrar til å trekke sykepleieres oppmerksomhet bort fra pasientene og omsorgen⁹⁷ (Heggen og Solbrekke 2009, s. 49-59). En sentral problemstilling i min avhandling er nettopp om sykepleiere opplever seg ”umyndiggjort”, ved at krav om å ivareta ”bokholderiet” og de lovpålagte oppgavene går på bekostning av omsorgen for den enkelte pasient. Denne problemstillingen vil bli fulgt opp i analysen.

3.5.4 Autonomi og paternalisme

Jeg omtalte i forrige avsnitt at de profesjonelles autonomi og skjønn trues av en stadig økende juridifisering av feltet. Det skjerpede lovverket jeg viser til, retter søkelyset på pasientenes autonomi når avgjørelser skal tas. Filosof og forfatter Tom Beauchamp og psykiater og forfatter James Childress (2001, 2009) beskriver fire kardinaldyder sykepleiere skal forholde seg til i møte med pasientene: autonomiprinsippet, ikke skade-prinsippet, velgjørenhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet. Prinsippene er såkalte prima-facie-prinsipper, hvilket betyr ”ved første øyekast”. De angir således retningslinjer for hvordan sykepleiere bør handle etisk.

Innenfor psykisk helsevern er samtykkekompetanse en relevant faktor som må tas hensyn til, for eksempel ved innleggelse på tvang. Den amerikanske professoren i filosofi Becky Cox White redegjør i sin bok *Competence to consent* (White, 2007, s. 154) for ulike kriterier for samtykkekompetanse, og skriver at det både innenfor det juridiske og det profesjonsetiske feltet finnes fire kriterier som må vektlegges. Det første kriteriet er om pasienten har fått tilstrekkelig informasjon til å ta valg og er i stand til å forstå hva informasjonen innebærer. Det andre temaet som blir trukket frem, er om pasienten i den gitte situasjonen har kognitive og affektive evner til å gjøre rasjonelle vurderinger av situasjonen. Det tredje temaet og kriteriet som blir trukket frem, er pasientens evne til å ta valg, og dernest må pasienten kunne være i stand til å gjøre rede for og begrunne valget som blir tatt. En innvending som har vært reist mot omsorgs- og nærhetsetikken, omhandler å vite best hva som gagnar den

⁹⁷ Begrepet ”bokholderi” har Kari Martinsen brukt i sitt forfatterskap. Dette omtaler hun i forbindelse med at sykepleien beveger seg fra skjønn til teknikk, fra overbevisning til overtakelse, og fra ”Refleksjon til bokholderholdning” (Martinsen, 2009).

andre. Problemstillingen er nærliggende på en akutt psykiatrisk post, både når det gjelder behandling og tvang, og spørsmålet som stilles, er om pasienten er i stand til å foreta rasjonelle valg i situasjonen. Paternalisme er da nærliggende. Nortvedt (2008) låner begreper fra Beauchamp og Childress (2001, s. 178) og skriver om to prinsipper for paternalisme. Det ene er det såkalte velgjørhetsprinsippet, som vil si at profesjonelle skal handle til sine pasienters beste, mens det andre er prinsippet om respekt for pasientenes autonomi. Nortvedt redegjør også for en annen distinksjon når det gjelder paternalisme, og viser til begrepene ”myk” og ”hard” paternalisme.” Den ”myke” paternalismen innebærer at frihetsbegrensninger begrunnes med henvisning til at personen ikke er kompetent til å foreta velinformerte valg. ”Hard” paternalisme, derimot, er handlinger som innskrenker en persons handlefrihet og valgmuligheter, selv om personen er i stand til å foreta selvstendige valg. Nortvedt mener at ”hard” paternalisme er vanskelig å forsvare, og omtaler holdningen ”jeg vet bedre enn deg hva som er ditt beste” som vanskelig å forene med prinsippet om respekt for den enkelte person (Nortvedt, 2008, s. 253-256). Å se til at pasienter samtykker, og sørge for at pasienter ikke utsettes for paternalisme, er således sentrale temaer, ikke minst i psykiatrien i samarbeidet mellom sykepleiere og pasienter, og dette har vært gjenstand for stor debatt gjennom årene.

3.5.5 Plikt – overfor hvem?

Et annet sentralt spørsmål jeg reiste innledningsvis i dette delkapitlet, er lojalitetsutfordringer når det gjelder hvem sykepleierne skal være lojale mot. Til å belyse dette spørsmålet bruker jeg et eksempel som ved første øyekast kan virke fremmedartet. Jeg vil nemlig trekke frem et eksempel fra etterkrigstiden, der jeg viser til hvor galt det kan gå selv ”med de beste hensikter”. Når jeg bruker dette eksemplet, er det fordi jeg vil sette søkelyset på betydningen og viktigheten av å reflektere over den praksisen en er deltager i.

Den jødiske filosofen og professoren Hannah Arendt utgav i 1965 boken *Eichmann i Jerusalem*. Her trekker Arendt frem det interessante begrepet ”det ondes banalitet”. Bakgrunnen er rettssaken mot Otto Adolf Eichmann, som var en av de mest kjente

krigsforbryterne under den annen verdenskrig, og han ble hengt i mai 1962 etter en dramatisk rettssak mellom staten Israel og Eichmann. Når Arendt anvender begrepet ”det ondes banalitet”, mener hun at handlinger mennesker begår, ofte er virkelighetsfjerne og tankeløse. Under rettssaken kom det frem at Eichmann hadde to hovedgrunner til å handle slik han gjorde. Johan Ludwig Mowinchel skriver i innledningen til den norske utgaven at Eichmann unnskyldte seg med at ”han hadde ikke i sin makt å gjøre noe annet enn hva han gjorde. Og han utførte bare sin plikt uten å vite at han handlet moralsk galt” (Arendt, 1965, s. 16). Arendt peker på at Eichmann i sin fremstilling ikke tok i bruk sin dømmekraft, han bare adlød. Fremstillingen til Arendt peker på noe vesentlig som er felles og allmenngyldig. Det handler om menneskets dømmekraft, i hvilke situasjoner vi bruker den på en bevisst og reflektert måte,⁹⁸ og i hvilke situasjoner vi følger loven slavisk. Spørsmålet som er reist omkring menneskets dømmekraft og refleksjon, er således et interessant tema i min avhandling også i møte med ulike strukturelle betingelser, skjerpelse av lovverket og økende vekt på økonomifokus og effektivitet. I neste avsnitt vil jeg vise til en tematikk som kan stå som et eksempel på en lojalitetskonflikt hos sykepleiere. Det skal handle om varsling.

Hvis de profesjonelle slavisk følger jussen, lovverket og interne regler på arbeidsplassen sin, hvordan vil de forholde seg om de oppdager praksis som moralsk og etisk ikke er forsvarlig? Tematikken synes relevant.

Rådet for sykepleieetikk mottar i økende grad brev fra medlemmer i NSF omkring varslingsproblematikk.⁹⁹ Sykepleiere reiser ulike problemstillinger. Det kan være de er opptatt av for lav bemanning ved omorganiseringer, de er opptatt av spørsmål som angår taushetsplikt, og de er opptatt av kvaliteten på tjenestene de skal utføre. Enkelte henvendelser omhandler sanksjoner mot sykepleiere som varsler eller har varslet. Rådet får da spørsmål om hvordan man skal handle, og hva man skal gjøre. I

⁹⁸ Se også Nortvedt 2012, i dette kapitlet.

⁹⁹ Kilde: Rådet for sykepleieetikk, ved leder Marie Aakre, mars 2011.

yrkesetiske retningslinjer (YER, 2007, pkt. 5.3) for sykepleiere omtales under vignetten ”Sykepleieren og arbeidsstedet”: ”Sykepleieren melder fra og/eller varsler når pasienten utsettes for uforsvarlige eller kritikkverdige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette.” Ytringsfrihet er også hjemlet i Grunnloven § 100. I Stortingsmelding 26¹⁰⁰ omtales ytringsfriheten, og i § 4.11 omtales ansattes ytringsfrihet. Her fremkommer det at ”ytringsfrihetskommisjonen ikke ser det som hensiktsmessig med særlige regler om ansattes ytringsfrihet i Grunnloven. Utgangspunktet vil derfor være, som etter gjeldende rett, at den ansatte omfattes av den samme grunnlovsvernede ytringsfrihet som enhver annen borger”. Til tross for lovhjemmel og yrkeskodeks som åpner opp for varsling, kan det synes som om det ikke alltid er like enkelt for sykepleiere å varsle, nettopp fordi man opplever å komme i en lojalitetskonflikt. Skal for eksempel en sykepleier akseptere og være forståelsesfull overfor sitt arbeidssted når det argumenteres for dårlig økonomi og derav lav bemanning, selv når hun opplever at forsvarlighetsgrensen er nådd når det gjelder pasientkvalitet og sikkerhet? Flere forfattere omtaler denne problematikken. Ruyter (2005) er opptatt av varslingsproblematikken, og stiller spørsmålet hvem de profesjonelle skal være lojale mot. Han omtaler lojalitet som en dyd, men hevder at hvis det er slik at profesjonene skal utføre et politisk gitt samfunnsmandat, slik vi tidligere har sett at Grimen vektlegger og argumenterer for, vil det kanskje være rimelig å tenke at ”de jobber på oppdrag for andre, og at man derfor kan og bør forvente lojalitet til oppdragsgiver”. På den annen side, skriver Ruyter, ”hvis profesjonene har ansvar for sin egen virksomhet, kan det tenkes at varslere i større grad kunne få støtte fra sin egen profesjonsforening” (Ruyter, 2005, s. 133). Han understreker at profesjonsutøveren ofte står i et moralsk press, og at det er en moralsk belastning å være varsler, og skriver at varslere ikke alltid blir fulgt opp slik de burde. Ruyters synspunkt støttes av Wyller (2005). Wyller beskriver den gode sosiale praksisen, men understreker at den ikke er tilstrekkelig og tilfredsstillende om bare organisasjonens ”handlingsplaner” og ”dokumentasjonsrapporter” blir ivaretatt. Et annet eksempel som trekkes frem, er å våge å melde fra når budsjettømmene er for små (Wyller, 2005, s. 62).

¹⁰⁰ St.meld. nr. 26, 2003-2004, Om endring i Grunnlovens § 100.

Jeg beskrev innledningsvis i dette avsnittet at Rådet for sykepleieetikk i økende grad mottar bekymringsmeldinger fra sykepleiere i hele landet. Denne situasjonen viser at problematikken er aktuell, og oppleves samtidig som både utfordrende og vanskelig både for mange som velger å varsle, og for sykepleiere som ønsker råd og veiledning når det gjelder varsling. Et sentralt spørsmål som reises, er hvilket ansvar den enkelte sykepleier har når de opplever at urett blir begått, og hvilke forventninger og krav som kan stilles til den enkelte. I analysen ønsker jeg å undersøke hva sykepleierne mener om denne tematikken. Har de varslet, og i så fall i hvilke saker dreier dette seg om?

3.5.6 Hva er godt nok – sentrale problemstillinger

I deler av litteraturen omkring profesjonsetikken reises det bekymring omkring profesjonenes manglende fokus på tjeneste for den andre, og det pekes på at den moralske oppgaven må gis større betydning og oppmerksomhet (Benner, 2010, Ruyter, 2005). Et sentralt spørsmål som har vært stilt, er om de profesjonelle skal ha høyere moral enn andre.¹⁰¹ Tanken kan være fristende, skriver professor, etiker og teolog Knut Ruyter (2005), men han er ikke sikker på om dette idealet er så anbefalelsesverdig, og argumenterer for viktigheten av at den profesjonelle har en god allmenmoral, og at ”dyden i midten” er ”godt nok”. Men et like interessant perspektiv er det når Ruyter trekker frem høyverdige mål som vanskelig lar seg gjennomføre for profesjonene, noe han mener kan føre til resignasjon, og tar til orde for en balanse mellom det han kaller ”det fremragende og det resignerte” (2005, s. 112-113). I denne forbindelse trekker han inn at samfunnsoppdraget er blitt så bestemmende, og at muligheten for selvregulering er liten, og av den grunn blir det av største viktighet og moralsk avgjørende at oppmerksomheten må rettes mot hvordan den enkelte gjør jobben, og hvordan de forholder seg i møte med pasientene. Ruyter stiller i den forbindelse et interessant spørsmål jeg også tidligere har vært inne på.¹⁰² Hvem har til syvende og sist ansvaret – systemet eller de profesjonelle? Han viser til at det er mange som vil svare at det er et systemproblem. Selv argumenterer han for at profesjonene også må ta hensyn til eget omdømme (2005, s. 126). Som tidligere

¹⁰¹ Se også Martinsens anliggende vedrørende høymoral i dette kapitlet.

¹⁰² Se Hannah Arendts anliggende.

nevnt argumenterer også Freidson (2007) for betydningen av bevaring av ens egen profesjonsetikk i møte med byråkrati og markedskrefter. I yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (YER, 2007) tydeliggjøres sykepleierens ansvar for å sette seg inn i arbeidsstedets visjon og være lojal, så langt det er i samsvar med sykepleiens grunnlag, men samtidig å verne fagets omdømme, blant annet ved å delta i den offentlige debatt og bidra til at faglige og etiske normer legges til grunn for beslutninger. Retningslinjene angir således et ansvar som er pålagt den enkelte sykepleier, og beskriver at urett alene ikke kan tilskrives strukturelle betingelser. Retningslinjene er ment som hjelpeverktøy når sykepleiere står overfor vanskelige utfordringer og dilemmaer. De angir retninger, men kan aldri gi et sikkert svar på komplekse problemstillinger.¹⁰³

Leer-Salvesen (2002) skriver at profesjonsetikk ikke skiller seg vesentlig fra annen etikk, men at det først og fremst handler om oppøvelse av moralsk dømmekraft (Leer-Salvesen, 2002, s. 187). Leer-Salvesens anliggende her sammenfaller også med Rådet for sykepleieetikks retningslinjer der de i forordet ved revideringen i 2007¹⁰⁴ skriver at ”retningslinjene ikke vil kunne gi den konkrete løsningen på etiske dilemmaer, men de skal angi retningen når det fattes vanskelige beslutninger”. Når det gjelder ulike reguleringer ovenfra og utenfra som Leer-Salvesen omtaler, er han opptatt av at de profesjonelle har handlingsrom til å utøve skjønn og dømmekraft, og han omtaler samtidig viktigheten av den profesjonelle dannelsen. I likhet med flere forfattere (Wyller, 2005, Ruyter 2005) inntar Leer-Salvesen et standpunkt hvor han fremhever de menneskelige egenskapene som viktige for de profesjonelle. I boken *På sporet av et dannet helsevesen* redegjør også sykepleier og professor Herdis Alvsvåg (2010) for viktigheten av dannelse. Hun viser til at ”dannelsen skal omfatte alle menneskelige sider; dannelse av hode, hjerte og hånd”. Hun omtaler dannelsen som dialektisk, i den forstand at ”dannelsen er uttrykk for en utvikling som konstant er i vekselvirkning med omgivelsene, de naturlige og kulturelle” (Alvsvåg, 2010, s.14, 27). Dette perspektivet er interessant på bakgrunn av styresmaktenes intensjon om sterkere grep om de profesjonelle,¹⁰⁵ og vil trolig av den grunn kunne ha implikasjoner for

¹⁰³ Se også kapittel 2.

¹⁰⁴ Rådet for sykepleieetikk reviderer sine retningslinjer foran hvert landsmøte hvert fjerde år. Ny revidering er foretatt i 2011. Se kapittel 2.7.

¹⁰⁵ Se kapittel 2.3 om forvaltningsreformer og organisatoriske virkemidler, der jeg for eksempel viser til Stigen, 2005, s. 18.

sykepleiernes kultur. En sterk regulering av tjenester for pasientene vil blant annet kunne medføre at sykepleiernes ideologi (Freidson, 2007) og profesjonsmoral vil stå svakere, noe jeg har beskrevet tidligere.

Når sykepleier og forsker Patricia Benner (2010) omtaler dannelsesprosessen, viser hun til den visjonen som kan spores tilbake til Aristoteles, som mente ”at å være i tjeneste for staten er noe som ikke kan oppnås gjennom regler og prosedyrer alene. En praksis krever kunnskap, ferdigheter og karakter.” Hun trekker frem relevante utfordringer for sykepleiere og studenter, og argumenterer for betydningen av en praksis der den evidentbaserte kunnskapen er fremtredende, men også en praksis der dannelse og dyder står sentralt (Benner, 2010, s. 240, 243). I dannelsesprosessen advarer hun i likhet med flere andre (Freidson, 2007, Martinsen, 2012) om at de profesjonelle kan møte et byråkratisk styresett og økonomiutfordringer der det finnes liten forståelse for sykepleiernes rolle. I slike situasjoner må sykepleierne sikre god pasientpleie og bevare sin profesjonalitet (2010, s. 237). Perspektivene omkring kritisk refleksjon og dømmekraft er interessante å trekke inn i analysen for å studere i hvilken grad sykepleierne opplever at temaene er relevante i praksishverdagen, eller om det er andre temaer de er mer opptatt av. Et annet interessant spørsmål er på hvilken måte postene sykepleierne arbeider på, frembringer og legger til rette for refleksjon og utvikling slik at dannelse kontinuerlig kan skje.

De teoretiske perspektivene som er presentert i dette kapitlet, bidrar på hver sin måte til å åpne opp for det empiriske materialet jeg fremstiller i kapittel 6 og 7. Teoriene supplerer hverandre samtidig som perspektivene fanger opp og reflekterer flere sider av mitt empiriske materiale.

4. Forskningsdesign og metode

4.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres og drøftes metoden for avhandlingen. Jeg har anvendt en empirisk kvalitativ metode kombinert med dokumentanalyse og litteraturstudier. Prosjektet er en empirisk sosiologisk undersøkelse hvor jeg beskriver sykepleieres etiske og moralske utfordringer ved å arbeide i en psykiatrisk akuttpost, og dernest å fortolke sykepleiernes egne erfaringer og opplevelser når det gjelder de etiske og moralske utfordringene de opplever i sin arbeidshverdag på bakgrunn av organisatoriske endringer.

Dokumentanalysen omfatter ulike offentlige utredninger hvor bakgrunn for helseforetaksreformen og endringer i lovverket blir beskrevet. Denne informasjonen er av vesentlig betydning for å forstå sykepleiernes kontekstuelle bakgrunn. Litteraturstudiene omhandler blant annet lesning av andre forskningsarbeider som kan bidra til å gi meg et grunnlag for å vurdere hvor allment gyldige mine egne funn er, skriver religionssosiolog og professor Pål Repstad (2007, s. 103-107).

Mitt originale datamateriale har jeg fått ved å dybdeintervjue 14 sykepleiere/spesialsykepleiere og to enhetsledere ved to psykiatriske poster i en psykiatrisk avdeling i et helseforetak høsten 2008/våren 2009. Organisasjonsendringer og ulike reformer kan beskrives og betraktes på ulike måter. En måte kunne for eksempel være å se på effektene reformene hadde rent økonomisk, mens en annen måte kunne være å skrive en avhandling fra et pasientperspektiv. I mitt prosjekt har jeg valgt å se på endringene fra sykepleiernes ståsted. På bakgrunn av dette valget har jeg i utformingen av min forskningsdesign valgt en hermeneutisk tilnærming. Teorien har ikke i detalj vært styrende for opplegget av innsamlingen av det empiriske materialet, ettersom jeg formulerte en relativt åpen intervjuguide¹⁰⁶

¹⁰⁶ Den omfattende intervjuguiden hadde til hensikt å fungere som en ressursbank i forhold til hvordan samtalen forløp seg underveis i intervjusituasjonen.

med utgangspunkt i de to første forskerspørsmålene, men teorien fra kapittel 3 har vært en fortolkningsressurs i analysen og i mine fortolkninger.

4.2 Hermeneutikk

Spørsmålet jeg ønsker å få besvart er hvorvidt innføringen av statlige reformer med innføring av helseforetaksreform og ulike lovreguleringer, betyr noe for sykepleieres muligheter til å handle som profesjonelle, og i tilfelle hva. Jeg ønsker å forstå deres egne subjektive opplevelser av ulike etiske og moralske utfordringer de møter i sin arbeidshverdag og hvordan de reflekterer og fortolker disse situasjonene og fenomenene. Temaet i avhandlingen er sammensatt, fordi sykepleierne handler i en kontekst med ulike strukturelle betingelser som er beskrevet i kapittel 2.

For å forstå sykepleierne bruker jeg en hermeneutisk inngang. Her henter jeg innsikt hentet fra den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer. I Gadamers berømte verk *Wahrheit und Methode* fra 1960¹⁰⁷ understreker Gadamer viktigheten av å være åpen i møte med ”teksten”, og det å ”være klar over sin forutinntatthet, slik at teksten selv kan fremstå i sin annerledeshet og dermed får mulighet til å spille sin saklige sannhet ut mot ens egne foroppfatninger” (Gadamer, 2010, s. 306). Gadamer mener at vi alltid har en meningshorisont, fordi vi er historiske vesen og forstår i kraft av vår forforståelse, våre fordommer og vår foroppfatning. I mitt møte med de profesjonelle aktørene er jeg ikke forutsetningsløs, hvilket innebærer at jeg alltid vil fortolke mine omgivelser og meg selv ut ifra min egen historiske kontekst. Dette møtet byr på ulike metodiske utfordringer, og sosiologene Gerard Delanty og Piet Strydom (2003) henviser til Gadamer i boken *Philosophies of Social Science*, og skriver: “Consciousness of being affected by history (Wirkungsgeschichtliches Bewusstsein) is primarily consciousness of the hermeneutical situation. The very idea of a situation means that we are not standing outside it and hence are unable to have any objective knowledge of it. We always find ourselves within a situation, and throwing light on it is a task that is never entirely finished” (Delanty og Strydom, 2003, s. 159). I arbeidet

¹⁰⁷ Jeg har benyttet meg av den norske utgaven *Sannhet og metode* fra 2010.

med denne avhandlingen er bevisstheten om min egen rolle viktig å være oppmerksom på. Jeg har med meg mine egne forestillinger om feltet siden jeg selv har arbeidet mange år som psykiatrisk sykepleier. Gadamer's anliggende omkring fordommer kan forstås og gjøres legitime i forskningen gjennom en kontinuerlig prosess hvor oppfatninger etterprøves ved stadig å få mer innsikt og kunnskap i møte med større fellesskap. Eksempelvis møtte jeg mine informanter med en forestilling om at jeg ville finne at strukturelle bindinger ikke var av så stor betydning for sykepleiernes handlingsrom basert på mine funn i min masteroppgave (Kjølsrud, 2006). I min forskningsprosess og i det kvalitative intervjuet, har jeg fått anledning til både korreksjon og annerledes kunnskap enn jeg i utgangspunktet hadde da jeg startet min undersøkelse. Gadamer (2010, s. 282)) omtaler denne utviklingen ved å si ”at man forstår annerledes”.

Førsteamanuensis Eline Thornquist (2003) gjør i boken *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* rede for den tyske filosofen og sosiologen Jürgen Habermas' (2001)¹⁰⁸ kritikk mot Gadamer's tillit til tradisjon som en nødvendig forutsetning for forståelse. Habermas støtter Gadamer i erkjennelsen av fordommer og tradisjoners betydning, men argumenterer for at det er viktig å være kritisk og avslørende, og at hermeneutikken derfor bør være kritisk og være innforstått med maktkamper i historien og samfunnet. Habermas mener det kreves en dybdehermeneutikk som erkjenner at det finnes ubevisste kommunikasjonsfordreide mekanismer som det gjelder å analysere, eksempelvis både språk, makt og utenomspråklige strukturer (Thornquist, 2003, s. 173). Habermas' anliggende er også viktig for meg i min avhandling for bedre å få belyst min problemstilling hvor sykepleierne agerer innenfor ulike strukturelle betingelser. Professor Mats Alvesson og professor Kaj Sköldberg (1994, s. 221) beskriver kritisk forskning som en trippelhermeneutikk. Trippelhermeneutikken fanger inn både individets egne fortolkninger, deretter forskerens tolkninger av dette og til slutt de samfunnsforhold som påvirker både informanten og forskeren. Dette innfanget er sentralt for meg når jeg skal besvare mitt tema, nettopp fordi den også fanger opp det kontekstuelle, og som i min

¹⁰⁸ Habermas, J (2001).: Om Gadamer's Sannhet og metode.

avhandling blant annet omhandler statlige reformer, lovreguleringer, regler og prosedyrer. Den hermeneutiske inngangen suppleres med en allmenn sosiologisk interesse for å fortolke folks forståelse ut ifra deres egen sosiale kontekst. Helseforetaksreformen representerte noe nytt, idet lederrollen ble endret fra en faglig til en profesjonell og profesjonsnøytral rolle hvor økonomifokus og effektivitet skulle stå sentralt. De ulike lovreguleringene bar med seg blant annet større vektlegging på pasientens rettigheter, noe som fordret krav om transparens og vektlegging på dokumentasjon. Endringene medfører med andre ord en ny kontekstuell ramme, og et møte mellom nye og gamle "sannheter" og meningskonstruksjoner, og en endring av sosial orden.

4.3 En kvalitativ undersøkelse

Min avhandling er en kvalitativ undersøkelse av to tilfeldig valgte psykiatriske akuttposter organisert under en psykiatrisk avdeling i et helseforetak. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming, fordi et kvantitativt design ikke ville gitt meg de detaljene jeg er ute etter, nemlig den enkelte sykepleiers egne beskrivelser av sin situasjon. En kvantitativ studie i form av en spørreundersøkelse ville heller ikke kunnet gitt meg en slik forståelse som en kvalitativ forståelse av sosiale fenomener kan gi meg. Jeg begrunner en kvalitativ tilnærming med interesse for nyanserte meningsinnhold, snarere enn utbredelse og styrke. Da jeg ønsket å få belyst sykepleiernes egne opplevelser, tolkninger og forståelse av sin situasjon, ble valget mitt kvalitativt intervju i kombinasjon med dokumentanalyse og litteraturstudier.

4.4 Valg av informanter

I en kvalitativ studie som den jeg har utført, har hensikten vært å få informanter som kan gi meg den nødvendige forståelsen og innsikten jeg trenger for å få belyst min problemstilling. Jeg har intervjuet 14 sykepleiere/spesialsykepleiere og to

enhetsledere som har arbeidet i psykiatrien i minst fem år. Dette for å få den nødvendige erfaringen jeg var ute etter, blant annet at de hadde arbeidet på posten før helseforetaksreformen trådte i kraft. Jeg har også tilstrebet å få en viss spredning i alder og kjønn, for å få et bredere empirisk grunnlag, og for å øke sannsynligheten for at interessante trekk er representert i utvalget. Utvelgelsen ble foretatt med en blanding av tilfeldighet og skjønn. For å få tilgang til forskerfeltet¹⁰⁹ og for å ha mulighet til å oppnå disse kriteriene, har jeg fått hjelp av de to enhetslederne på de to aktuelle psykiatriske postene. Enhetslederne gav meg navneliste, alder, kvalifikasjoner og erfaring på postene over aktuelle kandidater. Ut ifra denne listen foretok jeg en tilfeldig utvelgelse av 14 sykepleiere fra de to aktuelle postene. Jeg har intervjuet fire menn og ti kvinner, og de to enhetslederne på disse to postene, med den hensikt å få bakgrunnsinformasjon om oppgaver på posten med ulike utfordringer, slik lederen ser det, og dernest lederens forståelse av sin rolle på posten. Av de informantene som ble spurt om å delta i prosjektet var det fire som takket nei til å bli intervjuet, uten at de ønsket å gi meg en begrunnelse for avslaget. Disse ble erstattet av andre på listene. En mulig svakhet ved fremgangsmåten som ble brukt kan være at enhetslederne valgte ut kandidater jeg kunne kontakte. En mulig ulempe ved denne fremgangsmåten kan være at informanter med et kritisk syn på den måten kan ha blitt utelatt i denne utvelgelsesprosessen, men jeg har ingen holdepunkter for dette. Dette kan i så fall bidra til å svekke gyldigheten i de funnene som er gjort. På den annen side kan det også være en fordel å få informanter som er interessert i profesjonsetikk, og som ønsker å være informanter, nettopp fordi de har bedre forutsetninger for å reflektere omkring ulike utfordringer de daglig står overfor. Jeg har også vurdert muligheten til å presentere informantene ytterligere med andre variabler enn kjønn og et krav om fem års tjenestetid for å gi min forskning transparens, men dette valgte jeg bort av anonymitetshensyn. Uansett gir det begrensede antall informanter og den kvalitative tilnærmingen ikke grunnlag for å gjøre analyser av forskjeller i utvalget etter sosiale kjennetegn. Bredden i utvalget skal sikre et bredt og nyansert tilfang av relevant informasjon, ikke danne grunnlag for en komparativ analyse. I analysen er alle sykepleierne gitt fiktive navn bortsett fra enhetslederne, som jeg omtaler som ”denne”.

¹⁰⁹ Da jeg henvendte meg til det aktuelle helseforetaket var dette muligheten jeg ble tilbudt for å få mulighet til å intervju sykepleiere der.

4.5 Intervjuguiden

Formålet med intervjuene var å undersøke hvilke utfordringer sykepleierne opplevde i sin praksishverdag, og deres egne fortolkninger når det gjelder dette. Slik ønsket jeg å få empiri som i størst grad kunne fange inn denne problemstillingen. Jeg utarbeidet to forskjellige intervjuguider¹¹⁰ – en til sykepleierne og en til de to enhetslederne. Jeg startet med et prøveintervju med en erfaren spesialsykepleier, og deretter intervjuet jeg en enhetsleder som arbeidet i samme helseforetak, men på en annen psykiatrisk post. Begge intervjuene gav meg informasjon som jeg ikke hadde vært oppmerksom på tidligere, hvilket medførte at jeg endret mine intervjuguider. Da jeg startet mitt arbeid, hadde jeg mye fokus på ledelse og innføringen av helseforetaksreformen. Under intervjuarbeidet forstod jeg at jeg måtte utvide mitt fokus til også å gjelde ulike lovreguleringer slik jeg har presentert disse i kapittel 2. Jeg opplevde også at informantene heller ikke var så opptatt av selve helseforetaksreformen og ny tittel på nærmeste leder, men snarere endringer i arbeidsmåter, det være seg ”tidsklemme”, dokumentasjonsplikt og ulike former for standardisering.

Jeg gjorde bruk av en såkalt semistrukturert intervjuguide for å åpne opp for informantenes svarmuligheter. Jeg hadde i utgangspunktet utarbeidet hovedspørsmål og eventuelle oppfølgingsspørsmål som skulle fange opp problemstillingen jeg var ute etter¹¹¹ (Bryman, 2004, s. 321). Gjennom en semistrukturert intervjuguide ønsket jeg å få en best mulig tilgang til sykepleiernes utfordringer i sitt arbeid. I noen sammenhenger der det ble ansett nødvendig, blant annet når det var uklarheter eller selvmotsigelser, fulgte jeg opp med spesifikke spørsmål slik at jeg klarte å fange opp hva sykepleierne mente.

¹¹⁰ Se vedlegg 1 og vedlegg 2.

¹¹¹ Se også min fotnote under punkt 4.1.

4.6 Intervjusituasjonen

14 av intervjuene fant sted på sykepleiernes egen arbeidsplass og i arbeidstiden. To av sykepleierne ønsket imidlertid å bli intervjuet i fritiden og valgte selv arena for intervjuene. Samtlige sykepleiere godkjente at det ble brukt båndopptaker under intervjusituasjonen, og jeg forhørte meg foran hver samtale om jeg kunne bruke situatene direkte slik de fremkom i samtale med meg. Dette ble godkjent av alle.

God intervjuteknikk krever erfaring og ingen situasjon og informant er lik. Jeg startet med åpne spørsmål, for eksempel ba jeg sykepleierne fortelle og beskrive en dag på jobb. På den måten lot jeg sykepleieren levere første premiss for samtalen. Dernest åpnet det seg en mulighet for meg til å be om utdyping av tema og i noen tilfeller også åpne opp for situasjonsbeskrivelser som kunne belyse det hele. Jeg etterstrebet å være åpen i spørsmålsstillingen, eksempelvis ved ikke å legge negative eller positive verdier til et utsagn, men åpent spørre om opplevelsen når eksempler ble trukket frem. Min erfaring viser at de enkle åpne spørsmålene er best, nettopp fordi jeg selv ikke bygger inn en grunnantagelse som sykepleierne kanskje ville vært uenig i. I den grad verdiladede ord kommer frem i samtalen skal det være fra informanten selv. Denne form for intervjuteknikk har jeg tilstrebet under intervjuprosessen. Min rolle har ikke vært å vurdere, men å forstå. En utfordring i kvalitative intervjuer kan være at det oppstår ”vridninger i aktørens atferd fordi de vet de er under utforskning” (Repstad, 2007, s. 38). Min erfaring når det gjelder Repstads anliggende her er at noen av sykepleierne kommenterte at de opplevde at det ikke var nødvendig å ”forestille seg” nettopp fordi jeg selv er sykepleier ”og vet hvordan det er” som en av sykepleierne uttrykte det. Den norske sosialantropologen Cato Wadel omtaler i boken *Feltarbeid i egen kultur* viktigheten av at en er bevisst sitt eget rollerepertoar, og at forskeren kan skille mellom sine egne kulturelle kategorier og informantens kategorier når de studerer samfunn de selv tilhører eller er kjent med (Wadel, 1991, s. 59). Den utfordringen Wadel er opptatt av her, har jeg imøtekommet på den måten at jeg har tilstrebet et trygt møte med den enkelte sykepleier, slik at informantene ikke skulle føle press eller å oppleve at de måtte prestere noe i samtalene.

Hvert intervju hadde en varighet på 60-75 minutter, og jeg hadde til sammen 16 informanter. Et spørsmål som kan stilles er hvorvidt antall informanter er tilstrekkelig til å få besvart spørsmålene jeg har vært opptatt av, og om dette i så fall kan ha betydning for prosjektets troverdighet og gyldighet. Spørsmålet er ikke gitt å besvare med sikkerhet. Sett på bakgrunn av hva informantene gav meg av opplysninger, opplevde jeg såkalt mettetthet, og av den grunn kan det tyde på at antall informanter var tilstrekkelig. Dr.polit. og professor May Britt Postholm (2005) beskriver mettetthet som en forståelse av at nye aspekter ikke fremkommer i materialet. Professor Alan Bryman (2004) omtaler mettetthet ut ifra tre kjennetegn: "No new or relevant data seem to be emerging regarding a category, the category is well developed in terms of its properties and dimensions demonstrating variation, and the relationship among categories are well established and validated" (Bryman, 2004, s. 305). Ut ifra disse beskrivelsene og kjennetegn på mettetthet tror jeg ikke flere informanter ville kunne gitt meg et annet bilde enn hva jeg presenterer i mine funn. Jeg ville trolig få andre nyanser, men trolig ikke endret hovedtematikk?

4.7 Forskning på hjemmebane og forskningseffekt

Jeg er selv utdannet psykiatrisk sykepleier og har flere års erfaring med arbeid på ulike psykiatriske avdelinger. Når jeg skriver hjemmebane betyr ikke dette at jeg har arbeidet på noen av de to postene som er med i min undersøkelse. Men at jeg er kjent med hvordan et arbeid på en psykiatrisk post innebærer, kan ha betydning for hvordan jeg fortolker temaene sykepleierne bragte på bane, nettopp fordi jeg har med meg en forforståelse som kan være farget av mine egne personlige erfaringer. En slik bakgrunn kan påvirke arbeidet mitt, men også styrke eller endre min forståelse.

Fordelen med å forske på hjemmebane er at jeg har gode kunnskaper og felles erfaringer om emnet som skal belyses gjennom historisk bakgrunn og jeg forstår språket som føres, noe som blant annet gjør det lettere for meg å følge opp med tillegsspørsmål når stammespråket benyttes. Erfaringer jeg har med meg som tradisjon og kultur, for eksempel den uformelle organisasjonen hvor skikk og bruk er

sentralt, kan derfor også hjelpe meg til å forstå bedre hva den enkelte sykepleier har av utfordringer i hverdagen. Dette kan for eksempel innebære at jeg fanger opp situasjoner, hendelser og det som blir sagt, på en bedre måte enn andre ville ha gjort. Dette gir meg muligheter fordi jeg lettere vil kunne oppfatte inkonsistens i det som blir sagt av informanten, jeg kan spørre på nytt, og på den måten unngå misforståelser. En annen fordel, kan være at sykepleiere opplever en samhörighet med meg som inngir tillit på en annen måte enn en forsker utenifra ville fått, nettopp fordi de vet jeg selv har opplevd noen av de samme utfordringene de selv beskriver. En slik situasjon oppsto også under intervjuet, da en informant hevdet at det var greit å bli intervjuet av en som visste hvordan de hadde det. Dette kan naturligvis også medføre ulemper for meg i rollen som intervjuer, noe jeg skal vise til i neste avsnitt.

Når en sykepleier uttrykker at det er greit å bli intervjuet av meg som forsker fordi jeg vet hvordan de har det, kan det ligge et implisitt ønske og en forventning i det om at jeg som tidligere har arbeidet på en psykiatrisk post, men nå som forsker, vil forskjønne utsagn til fordel for standen. På den annen side kan uttalelsen også tolkes slik at det ligger en klar forventning om en korrekt gjengivelse av hva informantene har gitt av opplysninger til meg. En vanlig ulempe som ofte nevnes i forbindelse med å forske i eget felt er at forskeren tar med seg sine egne verdier og normer i møte med informantene og lettere kan ta ting for gitt i intervjusituasjonen. Dette er en hermeneutisk utfordring. Slike situasjoner opplevde jeg ved flere anledninger i samtale med sykepleierne, eksempelvis kunne de si: ”Men dette skjønner du jo.” I de situasjonene hvor jeg ikke skjønnte og hvor jeg også ble utfordret når det gjelder mine egne verdier, valgte jeg å stille spørsmålet enda en gang, slik at det hele tiden var informantens stemme som ble sentralt. Repstad omtaler denne faren og skriver at ”ved å være oppmerksom på disse utfordringene, kan en tilstrebe akademisk distanse og være selvkritisk gjennom hele prosessen” (Repstad, 2007, s. 39).

Førsteamanuensis Jan-Erik Hallandvik (2009, s. 299-302) skriver at det å forske på sine egne fordrer både en klarhet i hva forskerrollen innebærer og det å ha analytisk evne og klokskap når en går inn i en organisasjon en kjenner til. Repstad og Hallandviks anliggende her har jeg tilstrebet, blant annet har jeg blitt utfordret av mine veiledere og medstipendiater underveis i prosessen, noe som har hjulpet meg til å være tydelig og bevisst.

Repstad (2007, 66-70) gjør også rede for andre mulig forskningseffekter. Temaer han nevner kan blant annet omhandle egenskaper ved forskeren som kan virke ”forstyrrende”, blant annet hvis forskjellen i sosial status mellom forsker og den som skal bli intervjuet er stor, og hvor det kan være vanskelig å oppnå den nødvendige kontakten og etablering av et godt tillitsforhold. Jeg var bevisst på at ulike forskningseffekter kunne oppstå i mine samtaler med sykepleierne, og var klar over at min væremåte ville kunne ha betydning for hvordan intervjusituasjonen ville forløpe. Intervjusituasjonen bar imidlertid preg av åpenhet, tillit og positiv interesse. Jeg har derfor ingen grunn til å tro at informasjon er blitt holdt tilbake, eller at jeg er blitt villedet i samtalene vi hadde. En årsak til dette argumentet kan nettopp handle om at sykepleierne visste at jeg selv er sykepleier og hadde arbeidet med samme problemstillinger og av den grunn kjente de seg trygge i situasjonen.

4.8 Bearbeiding og analyse av data

4.8.1 Analysemetode

Det empiriske materialet på begge de to postene jeg har foretatt mine intervjuer, viste i analyseprosessen at det ikke var store ulikheter i hvordan sykepleierne tenker og handler. Dermed ble mitt første utgangspunkt, som var å foreta en komparativ analyse av de to postene, revidert, da jeg gjennomgikk materialet og oppdaget at de utfordringene sykepleierne brakte på bane i stor grad handlet om den samme tematikken og problematikken. Utfordringene de beskrev var i stor grad like. Av den grunn har jeg i hovedsak foretatt en samlet analyse fra begge postene. I kapittel 7 har jeg imidlertid i delkapitlet som omhandler ”Tverrfaglighet, profesjoner og kunnskapsbaser i endring” funnet forskjeller i tenkningen på de to postene.

Analysen starter alltid idet forskeren går i gang med sitt prosjekt. Mitt utgangspunkt er hermeneutisk og ut ifra mine fortolkninger systematiserer jeg data. Analysen har preget hele min arbeidsprosess, og jeg har systematisert mitt materiale i meningskategorier så ulike mønstre kan tre frem. Temaet for prosjektet er bredt formulert, noe som gav meg et stort materiale jeg skulle bearbeide. Litteratur på

området viser at det er flere ulike måter å håndtere de enkelte fasene på. Professor i sosiologi Et eksempel er spørsmålet om hvor mye eksisterende teori skal spille inn (Danermark, mfl. 2002, s. 115-150). Min tilnærming preges av åpenhet for å kombinere metoder og ulike strategier. I analysen av intervjuene og dokumentene har jeg benyttet etisk, sosiologisk og sykepleiefaglig teori.

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og jeg transkriberte ord for ord i etterkant med den hensikt å ikke begrense materialet. Dette er en tidkrevende prosess, men samtidig anser jeg en slik fremgangsmåte som en fordel fordi den gir meg en ekstra mulighet til å fange inn ord og stemninger jeg kunne ha mistet ved en annen fremgangsmåte. Etter hvert intervju foretok jeg en memosamling bestående av stikkord av de tankene og ideene jeg hadde fått under intervjuet. Notatene mine inneholdt spørsmål jeg stilte meg umiddelbart etter intervjuet, hva som ble sagt verbalt og nonverbalt og min opplevelse av hvordan intervjusituasjonen hadde forløpt. Denne metoden hjalp meg til å sortere og finne sammenhenger mellom temaer sykepleierne presenterte, men også temaer jeg hadde forventet å finne. Memosamlingen hjalp meg også til å få flere ideer om hva jeg måtte gå tilbake til i datamaterialet for å kontrollere. Jeg erfarte at memosamlingen ble mer innholdsrik da prosessen skred frem. Dette fordi jeg kunne finne sammenhenger med tidligere memoer som åpnet opp for nye ideer, sammenhenger og temaer. Jeg noterte meg også stemninger i rommet når enkelte av sykepleierne beskrev utfordringer de ikke helt visste hvordan de skulle komme til rette med. Da jeg senere hørte båndopptakene utgjorde disse memoene i noen situasjoner god validitetstesting av min egen forståelse. Et annet eksempel på memos jeg samlet var tematikk som gikk igjen i samtalene. Dette kunne være sykepleiernes dokumentasjonspraksis som de beskrev som både god og krevende tidsmessig. Tiden og tidsperspektivet gikk igjen og sykepleierne identifiserte alle autonomi som essensielt når det gjaldt utfordringer på posten.

4.8.2 Tematisk analyse

Jeg valgte å foreta analysen tematisk dels bestemt av de svar jeg fant i materialet og dels av mine egne teoretiske forutsetninger. Ved å gjøre dette kunne jeg knytte de ulike temaene sykepleierne brakte på bane direkte til de utfordringer sykepleierne la for dagen i samtalen, og på den måten kunne jeg fange opp temaene sykepleierne var opptatt av. Jeg kunne også ha valgt en personsentrert analyse, men ut ifra hensynet til anonymisering og min problemstilling gjorde at den tematiske analysen ble foretrukket.

Jeg hadde et stort datamateriale å forholde meg til, noe som fordret gjennomlesing av materialet flere ganger. Jeg skrev stikkord underveis mens jeg forsøkte å finne både likheter og forskjeller, samtidig som jeg var opptatt av leting etter helhet. Etter hvert som analysen skred frem så jeg at det var enkelte temaer som gikk igjen hos flere av informantene. Et eksempel fra mitt prosjekt er at alle informantene identifiserte autonomi og tvangsproblematikk som en utfordring i arbeidssituasjonen. Også flere andre temaer kom frem og ble tydeligere under arbeidet med analysen, og som av den grunn ble valgt ut som tema og emne jeg ville bygge videre på. Teorien skal gi mening til fyllden av data, noe som innebærer at de teoretiske perspektivene jeg har benyttet meg av, skal fange opp temaer sykepleierne brakte på bane. Dette innebærer en hermeneutisk prosess ved at jeg i analysen stilte meg spørsmål om de valgte teoriene åpnet opp for tematikken i avhandlingen og om mine tolkninger fulgte logisk teorien som jeg hadde presentert. Sentrale temaer ut ifra mine forskerspørsmål og avhandlingens tematikk forteller om spenninger, overveielser og valg, maktkamper, byråkrati, kunnskapstradisjoner og strukturelle hindringer. Når jeg for eksempel skulle besvare hvorvidt helseforetaksreformen og ulike lovreguleringer hadde betydning for sykepleiernes handlingsrom fant jeg mening i at ”pliktetikken utenifra” beskrevet av Brinchmann (2008) stod sterkt og som en plausibel tolkning i forhold til at sykepleiernes handlingsrom i stor grad er regulert i forhold til jussen, og ikke av profesjonsetiske kilder, selv om ikke sykepleierne spesifikt pekte på det juridiske grunnlaget. Det var derfor nærliggende å tolke mitt forskerspørsmål to på den måten at reformer og lovreguleringer har betydning for sykepleierne på de to postene. Repstad (2007) omtaler en slik fremgangsmåte, og skriver at man i en analyse ”løfter

ut” teoribaserte forventninger, samtidig som man er åpen for det overraskende og nye. Også kontraster og forskjeller bør påkalle oppmerksomhet – likedan interne spenninger, uoverensstemmelser og motsetninger i det materialet som kommer frem (Repstad, 2007, s. 124). Da jeg skulle undersøke i hvilken grad helseforetaksreformen og ulike lovreguleringer hadde av betydning for sykepleiernes handlingsrom, var min innfallssport å spørre sykepleierne om de opplevde at noe var endret i løpet av de seneste årene på arbeidsplassen,¹¹² og om de kjente til helseforetaksreformen. Svarene de gav meg ble tematisert, blant annet ut ifra en kvantifiseringsmetode, slik professor Steinar Kvale (2005) har beskrevet som en mulighet. Kvale redegjør for det han kaller en ad hoc meningsgenerering, noe som samsvarer med min hermeneutiske tilnærming. Denne metoden, sier Kvale, innebærer ”et fritt samspill mellom ulike teknikker, blant annet å lese gjennom intervjuene og danne seg et generelt inntrykk, for deretter å gå tilbake til bestemte avsnitt og kanskje foreta noen kvantifiseringer som å telle hvor mange uttalelser som indikerer ulike holdninger til et fenomen” (2005, s.135). Dernest, skriver Kvale, kan en foreta dypere tolkninger av enkelte uttalelser, og få frem sammenhenger og strukturer som er av betydning for forskningsprosjektet. Jeg har blant annet i min analyse foretatt en del kvantifiseringer når det gjelder hvor mange som indikerer ulike holdninger til et fenomen, og jeg har analysert intervjuene for å få frem sammenhenger og strukturer som er relevante for mitt tema og mine forskerspørsmål (Kvale, 2005, s.135). Et eksempel på kvantifisering i min avhandling er blant annet at alle sykepleierne indikerte autonomi og tvang som en utfordring de daglig stod overfor. Disse kvantifiseringene er selvsagt ikke gjort med tanke på å generalisere statistisk ut over temaene, men det kan ha en interesse om mange eller bare noen få sykepleiere har brakt på bane et tema.

Som redegjort for var mitt utgangspunkt en hermeneutisk tilnærming for å besvare problemstillingen, fordi denne tilnærmingen i likhet med å være et metodologisk grep også inneholder et etisk anliggende når det gjelder sykepleiernes livsverden. Under prosessen, ved lesning av ulike dokumenter og annen forskning på feltet, og i samtale med mine informanter, fikk jeg ny kunnskap, noe som bidro til at mitt utgangspunkt

¹¹² Alle informantene hadde arbeidet mer enn fem år på arbeidsplassen, hvilket innebærer at de hadde erfaring før og etter at de organisatoriske endringene tok plass.

og min forståelse ble erstattet med det Alveson og Sköldberg kaller abduksjonstenkning. Forfatterne (1994, s. 42) beskriver abduksjonstenkningen som en posisjon mellom en induktiv og en deduktiv tilnærming. Eksempelvis kan analysen kombineres med, eller foregripes av studier av tidligere teori innenfor feltet, og som inspirasjonskilde for å oppdage mønstre som gir forståelse. Flere av disse studiene har jeg benyttet.¹¹³ Alvesson og Sköldberg omtaler en slik fremgangsmåte som en hermeneutisk prosess og at abduksjon ligner en spiral, og skriver det slik: ”en tolkning av fakta som vi redan har viss för-förståelse av” (1994, s. 45). Et eksempel jeg selv drog nytte av, var min egen masteroppgave der jeg foretok en kvalitativ undersøkelse blant sykepleiere som arbeidet i hjemmebasert omsorg i en kommune som hadde innført innsatsstyrt finansiering. Her finner jeg at sykepleiere ute i felten til tross for reguleringer i form av en utfører og bestiller-modell ”arbeider som før”. Det var da nærliggende for meg å tro at sykepleiere som arbeidet på en akuttpost på sykehuset ville gjøre det samme. I denne avhandlingen må jeg justere den oppfatningen, da jeg ser at de strukturelle bindingene sykepleiere agerer i på en sykehuspost synes sterkere og setter flere begrensninger enn hva jeg fant fra min undersøkelse i hjemmebasert omsorg.¹¹⁴

4.9 Kritisk vurdering av metode

Spørsmål om validitet og reliabilitet er grunnleggende i all forskning, og leder hen imot hvorvidt forskningen er utført slik at det er mulig å ha tillit til arbeidet som er utført, det være seg ”håndverket” som er utført og fortolkningen. Et annet sentralt spørsmål er hvorvidt fenomenet som forskes på vil kunne ha relevans for andre. Professor i religionssosiologi Ole Riis skriver at ”validitet handler om troværdigheten af en empirisk basert konklusjon, hva enten det er en årsagsforklaring, en tæt beskrivelse fra en feltundersøgelse en fortolkning af et tekstmateriale eller en fremstilling af en menneskelig erfaring” (Riis, 2012, s. 357). Om begrepet reliabilitet, skriver Riis, at ”fremgangsmåden må være begrundet, gennemsiktig, systematisk og

¹¹³ Studiene er omtalt i kapittel 1.6.

¹¹⁴ Se kapittel 1.

grundig” (Riis, 2012, s. 353). Begrepene validitet og reliabilitet er hentet fra kvantitativ forskning, og av den grunn kan man spørre om de kan anvendes på kvalitativ forskning, skriver Repstad (2007). Kvale (2005) skriver at termene tidligere ble brukt for å diskvalifisere kvalitativ forskning. Enkelte kvalitative forskere avviser begrepene fordi de hindrer en kreativ forskning, mens andre forskere som Lincoln og Guba (1985) har tatt i bruk vanlige språkuttrykk som troverdighet, tilforlattelighet, sikkerhet og bekreftbarhet for å drøfte forskningsfunnenes sannhetsverdi, sier Kvale (2005, s159-160). Når jeg allikevel velger å bruke begrepene reliabilitet og validitet, finner jeg støtte til dette hos Repstad (2007). Han argumenterer for at begrepene troverdighet og bekreftbarhet kan være gode bidrag, men at de ikke tilstrekkelig ”overlapper” de veletablerte begrepene som validitet og reliabilitet (Repstad, 2007, s. 135). Bryman (2004, s. 273-278) redegjør også for debatten og gir en oversikt over ulike posisjoner. Han hevder at bruken av begrepene validitet og reliabilitet har blitt mer akseptert i senere år etter en periode med kritikk, men minner samtidig om at kravet til replikasjon som ofte knyttes til såkalt ekstern validitet er vanskelig å oppfylle i kvalitativ forskning. Når jeg anvender begrepene i min avhandling er det ut ifra en hermeneutisk tilgang.

Kapittel 8 har jeg kalt ”Refleksjon over forskningsprosessen”. Her vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har ivaretatt kravet til validitet og reliabilitet og deretter drøfte spørsmålet om generaliserbarhet. Det er mest naturlig med en slik gjennomgang etter at materialet er presentert, analysert og fortolket.

4.10 Etske hensyn

Prosjektet har vært gjennomført i samsvar med retningslinjene fra NESH, og jeg vil i de neste avsnittene presentere ulike forskningsetiske utfordringer jeg har ivaretatt i arbeidet med forskningsprosjektet.

4.10.1 Informert samtykke, konfidensialitet og anonymisering

Før prosjektet startet ble det søkt tillatelse fra Regional etisk komite¹¹⁵, samt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Deretter ble det aktuelle helseforetaket kontaktet med brev til direktøren¹¹⁶ med forespørsel om tillatelse til å utføre prosjektet på dette sykehuset. Jeg fikk deretter kontakt med de to enhetslederne på de to akuttpostene jeg hadde valgt ut, og informerte dem om prosjektet i et møte sammen med min hovedveileder.

Personer som skal forskes på, har krav på å få den informasjonen som er nødvendig, og følger av å delta i et forskningsprosjekt (Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi, punkt B, 8). Dette kravet er ivaretatt. Alle deltakerne i undersøkelsen fikk skriftlig informasjon om prosjektet, og deretter sendte jeg brev, der jeg ber om informert samtykke¹¹⁷. Her fikk de informasjon om at alle opplysninger som fremkommer i undersøkelsen vil bli behandlet med konfidensialitet, og at de også til enhver tid hadde anledning til å trekke seg fra prosjektet. Professor i filosofi Knut Erik Tranøy (1994) understreker at informert og frivillig samtykke er et ufravikelig prinsipp. Krav til anonymisering innebærer ofte en avveining. For det første har informantene krav på å bli ivaretatt, og mangel på dette vil bryte med forskerens egne retningslinjer. Men samtidig står forskeren overfor en etisk forpliktelse til å gjengi materialet som er samlet inn på en etterrettelig måte. Materialet i min avhandling er tilstrebet anonymisert på en slik måte at det ikke er mulig å gjenkjenne noen av aktørene som blir omtalt. I prosjektet har jeg gitt informantene fiktive navn, men jeg har ikke endret kjønn. Jeg har også anvendt en tematisk analyse hvilket innebærer at ingen av informantenes situasjon og anliggende blir presentert i sin helhet. Siden dette ikke er en studie av forskjeller mellom sykepleiere med ulik bakgrunn (kjønn, generasjon eller annet), har jeg kunnet være

¹¹⁵ Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk sendte svarbrev 17.09.08 om at prosjektet mitt ikke var aktuelt å behandle der, da mine informanter var sykepleiere.

¹¹⁶ Se vedlegg nr. tre.

¹¹⁷ Se vedlegg nr. fire.

ganske sparsom med å oppgi kjennetegn ved de sykepleierne jeg siterer eller refererer fra.

5. To psykiatriske akuttposter i et helseforetak

5.1 Innledning

Dette kapitlet beskriver postene sykepleierne arbeider på, og den konteksten sykepleiere har å forholde seg til i sin arbeidshverdag. Kapitlet gir også en beskrivelse av sykepleieres oppgaver på posten slik en vakt kan forløpe. Jeg starter innledningsvis med å vise til de strukturene sykepleierne er omgitt av rent organisatorisk, for deretter å beskrive hva en akuttpost med øyeblikkelig hjelp funksjon lovmessig er pliktig til å ta hensyn til, eksempelvis prioriteringsutfordringer. Jeg gir deretter en kort beskrivelse av de to akuttpostene, før jeg til sist gir en beskrivelse av det som fremkom av data da jeg spurte sykepleierne om hvilke oppgaver de hadde på posten. Kapitlet er ment å illustrere og gi et bilde av den store uforutsigbarheten som preger en akuttpost i psykiatrien, og den store variasjonen av pasientenes behov, hvor ingen dager er like, og med reguleringer i form av rutiner og skjemavelde, samtidig med at ulike avgjørelser må tas hurtig og raskt. Kapitlet er ment som et bakteppe for å gi innblikk i sykepleiernes kontekst og arbeidsvilkår, hvilket kan gi en bedre forståelse for de utfordringer som ligger til grunn når sykepleierne foretar sine valg.

5.2 Psykiatrisk avdeling – akuttposter

Jeg har foretatt min undersøkelse på to akuttposter som organisatorisk er tilknyttet en psykiatrisk avdeling i et helseforetak i Norge. Det er en klinikkjef som rent hierarkisk er leder for avdelingen. Klinikksjefen er også den øverste lederen for de distriktpsykiatriske sentrene tilknyttet helseforetaket, samt poliklinikker og spesialfunksjoner tilknyttet helseforetaket. Psykiatrisk avdeling blir igjen ledet av en enhetsleder. I likhet med klinikkjefen er dette en lederstilling som er profesjonsnøytral, hvilket innebærer at det ikke nødvendigvis må være en lege som

innehar disse stillingene.¹¹⁸ I tillegg til sykepleiere er også andre helseprofesjoner representert på postene. Det være seg sosionomer, vernepleiere og hjelpepleiere i tillegg til psykologer og leger. I tillegg benytter postene seg av ufaglært personell.

Foruten de to akuttpostene hvor jeg har samlet min empiri, har psykiatrisk avdeling også poster hvor mer spesialiserte pasientgrupper får behandling. Hver enkelt post blir ledet av en enhetsleder. De to enhetslederne jeg har snakket med og intervjuet, har sitt tilholdssted og kontor plassert inne på posten, mens både klinikksjefen og enhetsleder for *alle* de psykiatriske postene er lokalisert rent bygningsmessig og geografisk borte fra de enhetene de leder.

5.2.1 Øyeblikkelig hjelp-funksjon

Sykepleiernes yrkesutøvelse er regulert gjennom Lov om helsepersonell (LOV 1999-07-02 nr. 64).¹¹⁹ Også helseforetaket er underlagt et lovgrunnlag som defineres i Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV 1999-07-02, nr. 61)¹²⁰. Her omtales blant annet en akuttposts øyeblikkelig hjelp-funksjon. Å ha en øyeblikkelig hjelp-funksjon, betyr at det til enhver tid må være ledig sengekapasitet til nye pasienter. Pasientene som kommer, blir vanligvis ”meldt” til vakthavende lege via Legevakten, og kommer til en såkalt innkomtsamtale hvor vakthavende lege vurderer om en akuttinnleggelse er nødvendig eller ikke. Akuttfunksjonen innebærer at personalet daglig står overfor en prioritering når det gjelder utskrivelser og innleggelser. Arbeidsdagene for personalet er preget av uforutsigbarhet og stort spenn når det gjelder arbeidsoppgaver, og avgjørelser må ofte skje raskt med lite tid til å planlegge de forskjellige oppgavene og dilemmaene som oppstår. En akuttpost innehar dermed en helt annen rolle enn en annen post på psykiatrisk avdeling. Her blir pasientene ofte ”søkt inn” og vurdert før innleggelse finner sted, og personalet her møter trolig ikke de samme prioriteringsutfordringene slik de blir på en akuttpost. At postene på psykiatrisk avdeling er ulike kan også medføre at handlingsrommet og de etiske utfordringene

¹¹⁸ Se også kapittel 2.

¹¹⁹ Se også kapittel 2.

¹²⁰ Helseforetak er også underlagt Lov om helseforetak (LOV 2001-06-15, nr. 93).

sykepleiere står overfor kan være av ulik art. Jeg vil i de neste avsnittene helt kort presentere de postene som jeg har foretatt min empiriinnsamling på. Jeg har valgt å kalle dem post 1 og post 2.

5.2.2 Post 1 og 2

Begge postene har låst dør. Post 1 er samlokalisert fysisk med andre poster tilhørende den samme psykiatriske avdelingen organisatorisk. Når det gjelder sengeantallet har dette i løpet av en 20-årsperiode blitt redusert fra 19 plasser til ni plasser i dag. Oppholdstiden på post 1 er i gjennomsnitt på fem til syv dager. Post 2 er også samlokalisert med andre psykiatriske poster i nær fysisk avstand rent bygningsmessig. Denne posten har 15 sengeplasser. Oppholdstiden på denne posten er noe kortere enn på post 1, idet gjennomsnitt for innleggelser er fire til seks dager¹²¹. Begge postene gjør bruk av såkalt primærkontakt. Dette innebærer at pasientene får tildelt ”sin” kontakt som skal følge pasienten fra innkomst til utskrivelse.

5.3 Kommer fra – reiser til

Pasientene som blir innlagt på de to akuttpostene, kan bli henvist fra ulike instanser. Det kan være fra kommunehelsetjenesten, den lokale legevakten og det kan være fra andre poster på avdelingen, hvis for eksempel pasientens tilstand endrer seg på en slik måte at behovet for annerledes hjelp er påkrevet. Som tidligere anført, har postene akutfunksjon hvilket innebærer pasienter som er i akutt behov for hjelp ikke kan avvises. Dette innebærer at postene til enhver tid må ha ledig kapasitet til å ta imot de pasientene som har behov for plass.

¹²¹ Informasjonen om liggetid er basert på opplysninger fra det tidspunktet jeg foretok min undersøkelse på de aktuelle postene. Høst 2008/vår 2009. Kilder: de to enhetslederne på postene.

Når pasientene skal utskrives, er det ulike instanser som kan ivareta pasienten i det videre forløp. Noen pasienter reiser hjem uten henvisning til andre instanser, mens det i noen tilfeller trengs videre oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Andre pasienter kan bli overført til distriktpspsykiatriske sentre (DPS), mens andre kan bli tilbudt en plass på en mer spesialisert post etter at kartleggingen på akuttpostene har funnet sted. Ved overføring til andre instanser dokumenterer personalet pasientens opphold og skriver en anbefaling om videre forløp og behandling. Pasientens fastlege blir alltid informert om pasientens opphold på posten, og om det videre forløpet.

5.4 En dag på jobb – ofte ulike bestillinger

Postene på sykehuset er organisert ut ifra tre ulike vaktlag. Dagvaktene, senkvaktene og nattevaktene. De som representerer dagpersonalet arbeider også kveldsvakter, men aldri nattevakter. Postene har også egne senkvakter og nattevakter. Nattevaktene arbeider kun sine skift som nattevakter. Dette innebærer at de i likhet med senkvaktene ikke deltar i dagpersonalets beslutninger slik det foregår på de såkalte kardexmøtene, hvor for eksempel behandlingen av den enkelte pasient blir staket ut. Funksjonen til de ulike vaktlagene vil også kunne innebære ulike utfordringer i møte med ulike situasjoner som oppstår. Et eksempel kan være at nattevaktene eller senkvaktene ikke er enige i behandlingen som er staket ut, men til tross for dette må de handle lojalt når det gjelder beslutninger som andre har tatt. Kvelds- og nattevaktene er heller ikke med på å utføre ulike behandlinger som ECT-behandling, da dette kun foregår på dagtid. Felles for alle vaktlagene er at en vakt begynner ved at personalet ”skriver seg inn” og tar på alarmen. Hvert vaktlag peker ut en ansvarsvakt som har ansvar for fordeling av de ulike oppgavene som skal utføres på hvert skift. Dette omhandler utdeling av medisiner, ordne mat, ha ansvar for vekking, ansvar hvis noe uventet hender, hvordan fordeling av fastvakt skal ordnes hvis det er pasienter som har behov for det, og en fordeling av pasientene. I tillegg til sykepleiere finnes det også representanter fra andre profesjoner som arbeider på postene. Det er leger, psykologer, sosionomer, vernepleiere og hjelpepleiere og prest. I tillegg benytter postene seg av ufaglært personell. Jeg vil i det følgende gi et innblikk i hva sykepleierne sa da jeg ba dem fortelle om hvordan en dag på jobb kunne arte seg. Svarene jeg fikk, og som blir presentert her, er valgt ut og presentert fordi det viser

spennvidden i de oppgavene sykepleierne har å forholde seg til. Fra det rolige, kontrollerte og tilsynelatende forutsigbare til dramatikk og usikkerhet.

Bjørn er en av sykepleierne jeg vil sitere. Han er konkret på arbeidsoppgavene som skal utføres, og peker på at det er viktig å kartlegge pasientene, se hva de trenger hjelp til, og deretter å sende pasientene videre i systemet. Han bruker ord som ”bestilling” og fremhever at pasientene har et ærend og en bestilling i møte med personalet, og at jobben hans blir å utføre dette ærendet i møte med den enkelte pasient. Han sier det på denne måten:

Det er stor forskjell på hva de forskjellige gjør her. Vi er jo mange ansatte og vi har mange oppgaver, men det betyr ikke at alle gjør alt. Hovedjobben vår er å ta imot pasienter. Rett og slett å finne ut hva pasientene trenger hjelp til, gjøre en kartlegging og så i samarbeid med legene her finne ut hva de trenger hjelp til, og deretter prøve å peke ut noen retninger for hvor pasienten skal få hjelp videre. Så vi skal ikke ...vi skal ikke behandle, det er ikke primæroppgaven vår, men vi skal kartlegge og vi skal vurdere, vi skal peke ut noen retninger. Det er det vi gjør. Og da er det slik at min hverdag er litt styrt ut ifra hvilke pasienter jeg til enhver tid skal hjelpe. Det primære er rett og slett å bli kjent med pasientene og være med å vurdere dem. Kartlegging. Vi er i en unik situasjon fordi vi får veldig innpass i folks liv. De kommer her og de aller fleste har et ærend her, de har det vi kaller en bestilling som vi får veldig direkte kontakt med. Det er veldig stort spenn i arbeidsoppgaver, og dagene er ulike, vi vet aldri hva som venter oss, slik at vi i veldig liten grad kan planlegge dagen.

Bjørn viser til at det store spenn i arbeidsoppgaver på posten, og forteller at hverdagene kan være forskjellige. Arbeidsoppgavene er styrt ut ifra de ulike behovene som melder seg når det gjelder de pasientene som er på posten, noe som betyr at dagene er uforutsigbare for sykepleierne. I neste avsnitt vil jeg vise til en annen sykepleier som utdyper det store spennet i arbeidsoppgaver, men på en annen måte.

5.4.1 Kjøkkenarbeid og sykepleieoppgaver

Sigrid er en av de sykepleierne jeg snakket med som hadde lengst erfaring fra posten. Hun peker på alle typer oppgaver hun har på posten, og sier det slik:

Vi gjør alt som må gjøres. Alt fra kjøkkenarbeid til å vaske rom og gjøre sykepleieoppgaver. Så har vi ansvar for medisiner, må sjekke de, og orientere oss om nye pasienter. Hvis jeg for eksempel har vært på senvakt har jeg ansvar dagen etterpå, og da må jeg se innkomstnotat før jeg skal ha rapport. Så skal jeg dele ut medisiner og så prøver jeg å la pasientene bestemme om de skal få medisiner før eller etter frokost. Klokka 0845 har vi rapport med legene hvor vi drøfter pasientene, hvem som skal utskrives, og hvilke behandling den enkelte pasient skal ha i løpet av dagen. Deretter går det i ett.

Sigrid trekker frem det forutsigbare, reglene og rutineene, for så å si at ”deretter går det i ett”. Dette viser igjen den usikkerheten og uforutsigbarheten dagen også bærer preg av. Når en arbeider på en akuttpost hvor alt kan skje er det viktig for pleiepersonalet å ha oversikt over arbeidsfordelingen, og hva hver enkelt på posten har ansvaret for i løpet av vekten. Den neste sykepleieren jeg vil vise til trekker nettopp dette poenget frem.

5.4.2 Fra vaffelkos til drama

Inger beskriver det praktiske arbeidet som må gjøres når det gjelder ansvarsfordeling, samtidig med at hun trekker frem at det er viktig å ha en oversikt over pasientene når det gjelder hvordan disse best skal ivaretas. Slik svarer hun på spørsmålet om hvordan en arbeidsdag kan være:

Vi kommer klokka halv åtte og har rapport fra nattevaktene. Deretter fordeler vi dagen og de ulike oppgavene. Vi har et godt arbeidsredskap, i form av et notat med en oversikt hvor vi prøver å ivareta pasientene, sikkerhet, overfallsalarmer, det er jo en akuttavdeling, så vi må ha oversikt over alt –

brann, medisiner hvem som er ansvarlig osv. Denne oversikten ligger fremme hele dagen så vi har en oversikt på hverandre. Alt kan skje på en akuttpost.

Inger beskriver rolige dager hvor ”ingenting” skjer. På slike dager kan personalet sitte på stua med pasientene, gå tur eller steke vafler til ettermiddagskos. Men så snur det helt plutselig, sier Inger, og forteller videre om en dag da stillheten ble brutt:

Plutselig hører jeg et hjerteskjærende...ja, det er litt sånn...nesten litt sånn søkt, men jeg glemmer det aldri! Jeg glemmer aldri det hjerteskjærende hylet. Aldri.

Inger tar en pause og jeg spør hva det var for noe, og hun fortsetter:

Det var en mor med en sønn som skulle innlegges, eller i hvert fall ha en konsultasjon, som bekjente sin homofili. Sønnen synes det var grusomt å skulle stå frem og fortelle... men ikke sant, det er et eksempel på å si noe om at...en ser liksom menneskets fortvilelse.

Sykepleieren tar nok en pause, tenker seg om, og fortsetter:

Men for å gå tilbake til det hjerteskjærende, tabuene treffer vi enda.

Ingers beskrivelse av denne hendelsen eksemplifiserer sykepleiernes raske skifte med hensyn til utfordringer. Fra å sitte på stua i rolige omgivelser med ”vaffelkos,” til i det neste øyeblikk å håndtere pasienter i dypeste livskrise.

5.4.3 Endring av postene

Elin omtaler også uforutsigbarheten som preger dagen. Fra det å sitte i beredskap og ha to rolige timer til at posten blir ”snudd opp ned” ved at det meldes mange nye pasienter, og ”da oppstår et dilemma i forhold til hvem som må utskrives”. Også Anne er opptatt av slike situasjoner, og forteller hvordan situasjonene løses:

Nå er vi raskere til å henvise dem ut i...til andre steder. At de ikke skal være her over så lang tid...posten har forandret seg fra da jeg begynte her ja.

Linn forteller også om en post som fra tid til annen ”koker” som hun kaller det. Hun trekker frem det uforutsigbare som oppleves belastende og sier det på denne måten:

Jeg vet jo aldri hva jeg kommer til, og det synes jeg for så vidt er ganske belastende, men det er jo en del av jobben. Men jeg innrømmer at etter hvert som jeg er blitt eldre, så...samtidig som det kan være et gode i forhold til omgang med mennesker, så kjenner jeg hjemme at jeg er stresset.

Sigrid omtaler også tidsklemma og sier det ”går så fort som det kan, og ofte har jeg ikke tid til pauser og mat, men jeg må gjøre det jeg må gjøre”. Sitatene om tidsklemme, utfordringer når det gjelder hvilke pasienter som må utskrives, hører med til ”mellomrommet” hvor profesjonene må utøve skjønn og dømmekraft. Det er i første rekke den ansvarlige leges avgjørelse, men siden sykepleierne er de som ser pasientene på posten blir vurderingene som er foretatt der av betydning for utfallet. Men så er det ikke bare utfordringer og tidsklemma det dreier seg om. Det skal vi se på i neste avsnitt.

5.4.4 Skjemaer, men ingen flyplass!

Maja, som er en av sykepleierne med lengst ”fartstid” gir uttrykk for betydningen av å ha oversikt slik Inger gjorde det, men understreker viktigheten av det å ”sense”, være i miljøet og det å ha antenner for det som skjer. Hun sier det slik:

Veldig ofte er det ikke så enkelt å spesifisere så nøye hva du gjør i en psykiatrisk post, synes jeg. Fordi at på den ene siden så har du pasientene dine og på den andre siden har du på en måte...skal du ha oversikt over miljøet og du skal ha litt antenner for det som skjer, ja rett og slett være i beredskap hvis der er uro og sårne ting og. Men det å være i miljøet er en viktig del av arbeidsdagen, og det å ”sense” det som skjer er utrolig viktig.

Maja påpeker også at sykepleierens jobb gjelder både pasientene og samtidig det å ha oversikt over miljøet og det til enhver tid å være i beredskap. Hun forteller at oversikten over hvem som gjør hva, ligger lett tilgjengelig på vaktrommet, og at de ved hver vakts begynnelse har et skjema hvor dagens fordeling blir satt opp. Hun omtaler også ulike skjemaer som er en viktig del av arbeidsoppgavene på posten, noe jeg ber henne utdype:

Ja, for eksempel ved inntakssamtale har vi et skjema hvor vi trekker opp en del grunnleggende spørsmål. Her kommenteres kommunikasjonen, blikkontakten til pasienten, høy og lav stemme, vi spør om ernæring og eliminasjon, og vi ser på ”følelsessida”. Vi kan skrive ”pasienten virker trist”, eller vi kan sitere hva pasienten selv formidler. Ja, og så spør vi jo om søvn og hvile, det er veldig viktig. Og vi har jo også med en kort sykehistorie til pasienten.

Maja viser også til et annet skjema som brukes ved inntak, og forteller:

Vi har også et sjekkeskjema hvor vi skal krysse av om bagasjen er blitt gjennomgått, om de har barn som er ivaretatt, om kokeplata er slått av osv. ... ofte kommer pasientene i hui og hast og det er viktig å sjekke ut disse tingene. Bagasjesjekk går oftest greit, vi tvinger jo ikke, vi er jo ikke noen flyplass heller! En gang forresten, fant jeg en kniv og pasienten sa: "nei, søren nå fant du kniven som er min trøst". Sjekking av bagasjen er jo en sikkerhet.

Sykepleieren tenker seg om når hun snakker om alle skjemaene, og kommer på et annet skjema de anvender på posten, og sier:

Ellers har vi jo skjema pårørende samtaler, vi har skjema i forhold til urinprøver for eksempel i forhold til stoff, og vi har selvfølgelig skjema til den kommunen den enkelte pasient tilhører i de tilfellene pasientene skal videre følges opp av kommunehelsetjenesten. Av og til synes jeg det kan være en forpliktelse til alle skjemaene...jeg må være prosedyreflink..., men det er forutsigbart og kanskje greit spesielt når vi har ufaglærte i posten, og det hender jo vi har.

Skjemaene Maja peker på er blitt mulig gjort ved innføringen av den elektroniske pasientjournalen DIPS som jeg tidligere har omtalt i kapittel 2. Intensjonene med skjemaer er flere, og en av disse er å innarbeide rutiner for å fange opp og følge opp barn og unge med foresatte som blir innlagt på postene. Sykepleieren kommenterer skjemaene med to ulike blikk. På den ene siden en trygghet og forutsigbarhet fordi det er ufaglærte på posten, men samtidig sier hun at siden skjemaene setter fokus på prosedyrer og viktigheten ved å mestre disse, kan det også oppleves slik at skjemaene til tider kan være mer en forpliktelse enn til nytte. Fra det trygge og forutsigbare med skjemaer til det uforutsigbare. I neste og siste avsnitt vil jeg vise til en situasjon hvor en sykepleier følte hun hadde mistet kontrollen.

5.4.5 Mørkt og kaldt – pasienten plutselig borte

Sykepleier Linda er blant de yngste sykepleierne jeg intervjuet. Her beskriver hun en situasjon hvor det å være i beredskap er viktig, samtidig som det er en situasjon hvor det hele kom ut av kontroll. Hun forteller det slik:

Vi hadde en mannlig pasient som skulle ha tilsyn hver halvtime, og det var "min" pasient, og jeg husker det var kvelden og vinter. Mørkt og kaldt. Akkurat da var det mye å gjøre ute på posten også, men jeg holdt tilsynet som var foreskrevet av behandler. Plutselig var pasienten borte. Jeg holdt på å få panikk, lurte på hvordan pasienten hadde klart å komme ut når vi har døren låst, da jeg så at pasientens sko var borte. Jeg prøvde å få tak i en mer erfaren sykepleier å snakke med, men alle var opptatt. Etter noen minutter som jeg følte var timer, fikk vi på posten snakket om dette, og fikk alarmert politiet til å bli med å lete. Jeg selv løp langs vannet og ropte pasientens navn, og var i grunnen livredd. Jeg visste at pasienten ville kunne "gjøre det verste", og jeg selv kjente at jeg nesten ikke klarte å puste. Etter to timer fant politiet pasienten. Jeg sov ikke mye den natten, og heldigvis er ikke alle dagene slik på en psykiatrisk post. Det ville jeg ikke holdt ut.

Lindas beskrivelse er en fortelling om hvordan det er å være forholdsvis ny i jobben, og de utfordringene som møter en ved å jobbe på en psykiatrisk post, og det er en fortelling om hvilke følelsesmessige belastninger sykepleierne kan stå overfor i sitt daglige virke. Riktignok er ikke denne hendelsen som Linda sier dagligdags, men som alle informantene gjentar i samtalene med meg, "alt kan skje på en akuttpost" og her må vi være "alltid beredt".

5.5 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet gitt en kort beskrivelse av de to postene mine informanter arbeider på, og hvordan det kan arte seg å arbeide på en akuttpost på en psykiatrisk avdeling. Sykepleierne viser til den store uforutsigbarheten og travelheten det innebærer å arbeide på en akuttpost i psykiatrien, og til stor spennvidde i

problematikk og mange utfordringer de møter i arbeidet sitt. Kapitlet synliggjør også at det finnes flere situasjoner hvor sykepleiernes egen dømmekraft og skjønnsvurdering er av stor viktighet. Kapitlet er ment å gi et innblikk i den konteksten sykepleierne arbeider innenfor og danner dermed et bakteppe for det neste kapitlet der vi skal se hva sykepleierne beskriver av ulike etiske og moralske utfordringer de selv identifiserer i sitt daglige virke på sin arbeidsplass.

6. Sykepleiernes etiske og moralske utfordringer i arbeidshverdagen

6.1 Innledning – analyse av første forskerspørsmål

Dette kapitlet inneholder en empiribeskrivelse og analyse av de kvalitative intervjuene jeg hadde med 14 sykepleiere/spesialsykepleiere og to enhetsledere på to psykiatriske akuttposter på et sykehus i et helseforetak. Hovedtema for analysen er: *Profesjonsetiske utfordringer for sykepleiere i akuttpsykiatrien*. Mitt hovedtema har jeg utdypet med tre forskningsspørsmål. I dette kapitlet skal jeg belyse mitt første forskerspørsmål:

Hvilke etiske og moralske utfordringer opplever sykepleiere i sin arbeidshverdag på to psykiatriske akuttposter i en psykiatrisk avdeling?

Kapitlet består av fem delkapitler som angir ulike utfordringer sykepleierne formulerer i intervjuene. Temaene som blir belyst ble valgt ut ifra en kombinasjon av ulike kriterier. For det første temaer som gikk igjen hos informantene. For det andre temaer som jeg anså mest etisk betydningsfulle og for det tredje temaer som jeg anså som teoretisk interessante. Sitatene jeg viser til anser jeg dekkende når det gjelder de meningene som kommer frem. Dette gjelder alle delkapitlene i dette kapitlet, og i kapittel 8. Når det kun er få informanter som uttaler seg om et tema, blir disse gjengitt i sin helhet. Det første delkapitlet er viet ulike utfordringer vedrørende tvang, skjerming og beltelegging. Her omtales tvangsinnleggelse av pasienter og andre ulike behandlingsmetoder som blir anvendt på posten til pasienter som er innlagt på tvangsparagraf. Alle sykepleierne jeg snakket med var opptatt av dette, men de var uenige i hvorvidt ulike tvangstiltak var egnet i ulike situasjoner. I det andre delkapitlet tar jeg opp temaet om behandling og ulike behandlingsmetoder som ikke innebar tvang, men som ble praktisert på postene. Her fremkommer det også ulike syn på behandlingsmetodene postene benyttet seg av. I det tredje delkapitlet vil jeg beskrive og tolke hva sykepleierne sa om raske utskrivelser av pasientene fra postene.

Dette tok flere av informantene opp som utfordrende, men som også medførte ulike utfordringer for sykepleierne. Under intervjuene kom det frem at tiden og tidsperspektivet var en viktig faktor når avgjørelser skulle tas, og jeg spurte derfor sykepleierne hvordan de prioriterte de ulike oppgavene på posten. Her argumenterte sykepleierne for ulike synspunkter, og jeg vil derfor også belyse hva de sa om prioritering i et eget delkapittel. Sykepleierne identifiserte også varsling som en utfordring og et par av dem fortalte om en konkret varslings sak som jeg vil omtale i det siste delkapitlet. Kapitlet avsluttes med en oppsummering hvor jeg svarer på mitt første forskerspørsmål. Jeg har disponert stoffet i hvert delkapittel ved først å presentere informantenes stemme, før jeg foretar en fortolkning av teksten.

6.2 Tvang, skjerming og belter som etiske utfordringer

6.2.1 Innledning

Dette delkapitlet vil omhandle ulike former for tvang som sykepleierne identifiserte som utfordrende på postene. Jeg starter med tvangsinnleggelsen og det å være innlagt på tvangsparagraf, og hva sykepleierne sier om dette. Å behandle pasienter med tvang er et tema som vekker stort engasjement ute i samfunnet. Debattlinjene har vært mange og har blant annet handlet om hvorvidt tvang lar seg etisk forsvare og i en NOU 1988:8 *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*, er dette temaet for første gang drøftet i noe offentlig dokument. Her fremkommer det blant annet at lovgivningen er etisk problematisk og først og fremst forankret i tradisjonelle norske holdninger. Et annet tema som drøftes i det offentlige er tvangsmedikamentell behandling. Deltakere i samfunnsdebatten peker på pasienthistorier som viser at tvangsmedisinering er både traumatiserende og krenkende.

Skjerming er et annet tiltak sykepleierne identifiserte som utfordrende. Norvoll (2007) omtaler skjerming på denne måten: ”skjerming som metode inngår som en del av akuttpostens metodiske handlingsrepertoar for å løse praktiske oppgaver og problemstillinger man står overfor. Skjermingsmetoden hindrer pasienten å delta aktivt i normalt sosialt liv, gjennom innelukking og isolasjon på et rom” (Norvoll, 2007, s. 25-26). Den ene av de to postene jeg foretok min undersøkelse på hadde egen

skjermingsenhet, mens den andre ”lånte” skjermingsenhet på en annen post ved behov. Beltelegging er også en form for tvangsmiddel som hindrer pasientens bevegelsesfrihet. Til dette formålet kan det brukes belter og remmer, samt andre skadeforebyggende spesialklær ifølge loven (LOV-1999-07-02, nr. 62, kap. 4). Begge de to postene jeg foretok min empiriinnsamling på, hadde ”en sterkavdeling” i nær fysisk avstand, og det var på disse postene beltelegging var aktuelt. Selv om denne praksisen ikke ble anvendt der mine informanter arbeidet, må de allikevel være med på å ta beslutningene om beltelegging, og bidra til at pasienten blir overført til den andre posten.

6.2.2 Sykepleiernes beskrivelser av tvang

Tvang og ulike tvangsbehandlingstiltak er noe som er daglig praksis på de to akuttpostene jeg har foretatt min empiriinnsamling på. I mine samtaler med sykepleierne spurte jeg innledningsvis hvilke etiske utfordringer de hadde i sin arbeidshverdag. Samtlige av de 14 sykepleierne jeg intervjuet, samt de to enhetslederne, beskrev at behandling med tvang medførte etiske utfordringer. Hva de konkret angav, skal vi se på i de neste avsnittene.

Lukka og låst

Innleggelser, og det å ha pasienter på posten på tvangsparagraf vakte ofte store diskusjoner blant personalet. Flere sykepleiere forteller at ”de diskuterer og de diskuterer,” spesielt med legene i disse sakene. Uenigheten kan se ut til å gå på tvers av de ulike fagprofesjonene, og det er slik sett ikke entydig gitt hvorvidt det er legene, sykepleierne eller representanter fra andre helseprofesjoner som argumenterer for tvang. Når en pasient blir innlagt på posten, er det legen som den medisinske ansvarlige som har ansvaret for om den enkelte pasient har behov for tvangsparagraf og tvangsinnleggelse. Senere, foregår diskusjonene først og fremst på såkalte kardex-møter som avholdes hver morgen. Et par av sykepleierne som arbeider på samme post, forteller at personalet som deltar på disse møtene, vanligvis kommer med mange

med sterke innspill, mens et par andre sykepleiere som arbeider på den andre posten, forteller at tvang er legens og psykologens ansvar, spesielt i de tilfellene pasienten er ukjent for sykepleierne. Hvis pasienten derimot har vært innlagt tidligere og sykepleierne kjenner pasienten godt, hender det at sykepleierne diskuterer avgjørelsen med terapeutene og ikke alltid har den samme formeningen om hva som burde gjøres. I samtale med sykepleierne har det vært vanskelig å få øye på klare mønstre når det gjelder hvilken profesjonsgruppe som oftest argumenterer for tvang. Selv sier et par av sykepleierne at det kommer an på situasjonen, men forteller også at sykepleiernes synspunkter i noen sammenhenger ikke har særlig stor påvirkningskraft. Til tross for at det ikke finnes klare mønstre når det gjelder hvem som argumenterer for tvang, er det som regel to ulike temaer som blir diskutert. Det ene er om det juridiske kravet er oppfylt, dernest blir nytteverdien problematisert. Personalet foretar avveininger og drøfter nytteverdien når det gjelder *hvem* det er til nytte for – er det pasienten, er det pårørende eller medpasienter? Personalet sier at dette ikke alltid er like lett å svare på.

Bjørn er en av sykepleierne som omtaler tvang og ulike tvangsbehandlingstiltak som en utfordring, blant annet ved at posten har lukket og låst dør. Han sier det slik:

Vi har etiske problemstillinger fra vi går inn døra til vi går ut. Det er alt fra at vi jobber i en post med stengte dører og vi avgrenser pasientens bevegelsesfrihet hele tiden. I det så ligger det hele tiden etisk vurdering hvorvidt vi kan gjøre det, og vi har stor makt, bare det at vi låser oss inne og er på en måte i et lukket rom.

Bjørn bruker kroppsspråk og er engasjert når han sier dette, og jeg opplever at han er frustrert når det gjelder de ulike utfordringene han har pekt på, blant annet fordi kroppsspråket hans er så sterkt når han slår ut med armene og rister på hodet. Når jeg spør hvorfor posten velger å ha låst dør forteller Bjørn det kan ha flere årsaker. Personalet får bedre oversikt, og pasienter på tvang kan ikke forlate posten uten at personalet godkjenner det i hvert enkelt tilfelle. Posten har også et ansvar for å sørge

for at pasienter ikke ”rømmer” og kommer til skade, noe som kan medføre store konsekvenser for pasienten, sykehuset og posten.

Tvangsmedisinering, overlast og selvmord

Arnhild, en annen sykepleier, forteller at diskusjonene omkring tvang ofte dreier seg om hvorvidt en pasient ”lider overlast”, som hun kaller det. Hun sier det slik:

Diskusjonene går ofte på at vi diskuterer hvorvidt pasienten lider overlast ved å ikke tvangsmediseres. De gjør ting de kanskje aldri ellers ville gjort, de går uten søvn, kler av seg og blamerer seg. En gang måtte jeg ta fatt i legen og spørre om pasienten ikke kunne få en sprøyte så hun kunne få det bedre. Neste dag var hun helt på plass.

Sykepleieren argumenterer for at hun har tro på medikamentell behandling i de situasjonene hun opplever at pasienten kan lide overlast. Arnhild er følelsesmessig engasjert når hun sier dette, og jeg opplever at hun er engasjert i samtalen, også når hun ytterligere viser til redselen personalet kan ha i enkelte tilfeller. Når jeg spør hva hun er redd for, sier hun det slik:

Vi er selvfølgelig redd for selvmord! Det ligger liksom i bakhodet hele tiden.

Sykepleieren viser slik jeg ser det, ansvarsfølelsen hun har og opplever i arbeidet sitt. Når hun snakker om dette, trekker hun ikke inn betenkeligheter med denne formen for behandling, innvendinger som vi for eksempel kan finne ute i samfunnsdebatten, i media og i ulike doktoravhandlinger¹²². Hun forteller om situasjoner hvor det kan stå

¹²² Ragnfrid Kogstad (2008) ”Fortellinger fra andre posisjoner”. Kogstad inntar i avhandlingen et kritisk perspektiv på den medikamentelle behandlingen, basert på 500 pasienthistorier fra psykiatrien.

om livet for pasienten, slik hun ser det, og argumenterer og underbygger sine opplevelser med positiv erfaring hos pasientene når hun angir sin posisjon.

Kontrollkommisjonen og media

Sigrid er en av de eldre sykepleierne med lang fartstid på posten. Hun virker bestemt og sikker i samtalen, når hun blant annet hevder at det ikke er så mye tvang, og begrunner dette med at legene oftere blir sett i kortene og fulgt opp av både media og kontrollkommisjonen. Funksjonen til kontrollkommisjonen¹²³ skal være å ivareta pasientens rettigheter rent juridisk når en pasient for eksempel klager¹²⁴. I enkelte tilfeller er kommisjonen ikke enig med personalet. I slike situasjoner handler dette ofte om ulike kriterier som ikke er oppfylt, idet jussen blir tolket forskjellig. Sigrid virker oppgitt når hun forteller at kontrollkommisjonen også kan gjøre feilvurderinger:

Det var mer tvang før. Men så ble alt snudd på hodet og alt skulle være frivillig. Noen som var veldig syke ble ikke innlagt. Men nå er vi over i et mye bedre spor. Men ikke alltid at overlegen vil innlegge på tvang. Han blir sett i kortene av kontrollkommisjonen, men av og til må vi sykepleiere virkelig si ifra – du vet det er vi som ser pasienten i avdelingen.

Sigrids uttalelse får meg til å undres på om det er sykepleierne som allikevel er ”pådrivere” når det gjelder tvangsbehandling, når hun trekker frem at legen blir sett i kortene, og at det er sykepleierne som av og til må si ifra. Dette får meg blant annet

Toril Borch Terkelsen (2010) ”Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling. En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres”. Terkelsen retter i avhandlingen kritikk mot det hun kaller en type instrumentell fornuft som hun finner i en stadig økende omfang av standardiserte programmer og begrepsapparater som ikke tar utgangspunkt i pasientens behov eller i relasjonen mellom pasient og hjelper.

¹²³ Se også kapittel 2.

¹²⁴ I en NOU 2011:9 som omhandler tvang i psykisk helsevern går et offentlig utvalg inn for mer selvbestemmelse for pasientene, men fjerner ikke hjemmelen for tvang for å gjennomføre behandling.

til å tenke på Arnhilds redsel for selvmord. Sigrid sier ikke noe om redselen for selvmord, men hevder at posten har beveget seg noe tilbake, til en tid hvor mer tvang var praksis, noe hun selv opplever som riktig. Hun mener at Kontrollkommisjonens vurderinger med støtte til pasienten ved klager ikke alltid er i samsvar med hva hun selv opplever som riktige avgjørelser. Med stort engasjement gjentatte ganger i samtalen forklarer hun at det er pleiepersonalet som ser pasientene på posten, og at legen noen ganger burde innlagt pasienten på tvang, men gjør det ikke, fordi både media og kontrollkommisjonen følger med på hva som skjer. At hun refererer til medias rolle, kan ha sammenheng med at det på den tiden intervjuene fant sted, var psykiatrien og ulike tvangsbehandlingstiltak og tvangsinnleggelse i søkelyset gjennom flere kritiske førstesideoppslag i media. Mesel (2008, s.218) omtaler også i sin studie av leger det store forventningspresset legeprofesjonen opplever i forhold til media, og at frykten for å gjøre alvorlige feil kunne oppleves svært tyngende. Når det gjelder kontrollkommisjonen tok flere sykepleiere til orde for at de ikke alltid var enige i kontrollkommisjonens avgjørelser i de situasjonene ”pasientene selv ikke visste hvor syke de var”. I slike tilfeller kan også både lege og sykepleiere mene at pasienten burde vært på sykehus og tvangsinnlagt, men så opplever de at pasienten klager og kontrollkommisjonen kommer. Dette kan arte seg slik, ifølge Elin:

Vi vet at hvis vedkommende klager på paragraf så får vedkommende...vil vedkommende få medhold. For det har vi sett mange ganger, det at kontrollkommisjonen kommer inn i bildet, og det...kontrollkommisjonen skal tross alt beskytte pasienten. Men noen ganger går de for langt. Har vi sett.

Når jeg spør hva kontrollkommisjonen bygger sine vurderinger på, viser Elin til ulike juridiske kriterier som må oppfylles for å holde en pasient på tvang. I noen tilfeller mener kontrollkommisjonen at disse ikke er oppfylt. Flere sykepleiere understreker imidlertid at møtene kontrollkommisjonen har med pasientene er av kort varighet, og at medlemmene i kommisjonen ikke ser pasientene over tid. Arnhild sier det slik:

Kontrollkommisjonen ser noe annet enn det legen ser. Og det er også pasientens evne til å fremstå i dette korte møtet som får betydning.

Jeg ber sykepleieren utdype dette nærmere, og Arnhild forteller videre at det er viktig å se pasienten over tid for å kunne ta en riktig beslutning, og at kontrollkommisjonen på bakgrunn av den tiden den har til rådighet derfor kan gjøre feilvurderinger. Arnhild trekker frem et eksempel og viser til utfordringer sykepleierne kan oppleve, og sier det slik:

Ta et eksempel – en pasient som ringer og bestiller alt mulig. Det kan være alt fra pizza til lån i banken, bestille blomster og arrangere fester. De kan bestille hotellopphold og invitere mange gjester. Det er alvorlig når de kommer til seg!

Arnhild virker oppgitt når hun sier dette, og jeg spør om hun kan utdype situasjonene ytterligere. Hun trekker frem at mange pasienter er gode til å kommunisere, spesielt i en manisk fase, og at dette lett kan bli oversett, blant annet av kontrollkommisjonen. Jeg spør hvordan sykepleieren opplever at hun i noen sammenhenger har en annen opplevelse og erfaring av pasienten enn kontrollkommisjonen har. Hun er blitt rød og varm når hun svarer *det er selvfølgelig frustrerende*. Etter dette sitter vi litt i ro før vi går videre i samtalen, og jeg tenker at sykepleieren er opptatt av å gjøre en god faglig jobb.

6.2.3 Sykepleiernes beskrivelser av skjerming

Fem av sykepleierne refererte til at skjerming medførte ulike etiske utfordringer, og jeg vil sitere hva to av disse sykepleierne fortalte, fordi de representerer de ulike synspunktene som kom frem.

Hypoman og overaktiv

Et argument til fordel for skjerming som metode var at sykepleierne mente at pasienten ikke måtte få flere inntrykk, og at pasienten var overstimulert og trengte hvile og ro i den hensikt å redusere pasientens uro og angst. En situasjon på posten som ble trukket frem, kan være at pasienten oppleves psykotisk på stua, eller traver i korridorene med en truende atferd, eller det kan være en situasjon hvor personalet opplever pasienten som hypoman og overaktiv. Andre ganger kan pasienten være utagerende for eksempel ved å velte møbler på stua, og oppleves truende av både pasienter og personalet. Sykepleierne vurderer det da slik at pasienten trenger ro og hvile ved å være for seg selv og få minst mulig stimuli. Av og til blir pasienten kun bedt om å gå på sitt eget rom for en stund, mens det av og til blir vurdert at pasienten trenger et såkalt skjermingstiltak. Sykepleierne sier da til pasienten at han trenger ro og hvile, og han blir henvist til en skjermingsenhet hvor han kan være alene. Ofte skjer dette i rolige former, og pasienten er enig i avgjørelsen som blir tatt.

Ubehagelig

Linn uttrykte stor skepsis til skjerming som metode, og hun syntes det var ubehagelig å delta i en slik pasientbehandling. Hun kan ikke forstå at en pasient kan bli bedre ved å være innestengt på et rom hvor det satt en pleier og ”voktet”¹²⁵ pasienten hele tiden. Hun sier det slik:

... men jeg synes det er litt ... ja, si du blir skjermet og du skal sitte inne på rommet 24 timer og knapt få lov å gå ut. Tror du du blir bedre av det? Men jeg har forstått at den voldsomme skjermingen kanskje er på vei ut. Det er tvil om det virker. Men jeg vet ikke ... jeg har ikke jobbet i psykiatrien i så mange år.

¹²⁵ Det var sykepleieren som brukte ordet ”voktet”.

Linn har tidligere arbeidet flere år innen somatisk sykepleie og angir mindre erfaring fra psykiatrien enn hennes kolleger har. Om dette kan ha sammenheng med synspunktet hun her anfører, er vanskelig å ha sterke formeninger om. Hun underbygger heller ikke sitt standpunkt med verken lovgrunnlag eller andre kodekser når hun uttrykker sin tvil, men retter søkelyset mer mot ”hva som kan hjelpe” pasientene i slike situasjoner. Jeg forstår Linn slik at hun har et kritisk blikk på behandlingsregimet, samtidig som hun også uttrykker tvil om sin egen kompetanse fordi hun, ifølge seg selv, ikke har så lang fartstid som flere av de andre på posten. At Linn trakk i tvil sin egen kompetanse fordi hun ikke hadde så lang fartstid fikk meg til å undres hvem som definerte ”hva som er riktig behandling”. Temaet som jeg synes er interessant slipper jeg her, men kommer tilbake til temaet i kapittel 8. Uttalelsen Linn kom med var synes jeg var overraskende fordi hun oppfattet skjerming som det å ”vokte” en pasient, og ikke det å ”trygge” pasienten, noe som tradisjonelt anvendes som begrep og som begrunnelse for skjerming i psykiatriske miljøer. Ikke alle uttrykte seg slik om skjerming som Linn. Flertallet av dem som tok til orde for denne behandlingsformen hadde samme utgangspunkt som neste informant.

Litt ukoselig kanskje

Elin ser på skjerming fra et annet perspektiv, og sier det slik:

det er litt ukoselig kanskje, de tiltakene som blir satt inn, men de er nødvendige og det er veldig stor og god omsorg, og det er til god hjelp.

Jeg tolker Elin som ambivalent når hun sier dette. Jeg får imidlertid ikke helt tak i hva ambivalensen skulle være, men merker meg i situasjonen der og da at hun raskt tilføyer *det er til god hjelp*. Tidligere i dette delkapitlet viste jeg til sykepleier Arnhild som beskrev god nytte av medikamentell behandling med tvang. Elin angir imidlertid ikke noen eksempler slik Arnhild gjorde det, men en måte å forstå Elin på, er nettopp den gode effekten hun opplever pasientene har av behandlingstiltaket. I etterkant av denne uttalelsen, gjengir Elin imidlertid det positive igjen og igjen ved behandlingen,

uten at jeg opplever å få en konkret faglig begrunnelse, og slik jeg finner situasjonen der og da, valgte jeg å ikke gå videre med mine spørsmål.

I flere situasjoner der pasienten behandles med skjermingstiltak er pasientene enige med personalet i at de trenger ro og hvile og minst mulig stimuli. Allikevel så vi i de forrige avsnittene at sykepleierne var noe delt i om tiltaket var til det gode for pasientene. Når pasientene motsetter seg skjermingstiltak byr dette trolig på enda flere utfordringer for sykepleierne. I de neste avsnittene vil jeg beskrive hva to av sykepleierne sa om temaet. De representerer synspunktene som kom frem.

Linn som også uttalte seg om ”frivillig” skjerming uttrykte ekstra bekymring omkring skjerming i de tilfellene pasientene ikke ville samarbeide, og hun sier:

jeg vet ikke...det er vanskelig for meg å si hvordan pasientene opplever dette her...Noen opplever seg ivaretatt, andre opplever seg krenket og andre opplever seg overkjørt, så det er jo veldig forskjellig.

Linn uttrykker tvil når det gjelder både bedring for og ivaretagelse av pasienten. Her bruker hun også begrepet krenkelse, noe de yrkesetiske retningslinjene også viser til. Her omtales krenkelser slik: *sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkelser* (YER, punkt 1.4). Linn opplever at pasientene fra tid til annen blir krenket, og beskriver arbeidssituasjonen sin som vanskelig når dette skjer, og hun tilkjenner en uro når det gjelder denne behandlingsformen. Når jeg spør om hun har andre tanker om hvordan pasientene kan bli ivaretatt, uttrykker hun en stillferdig maktesløshet og slår ut med armene. Jeg tolker Linn i denne situasjonen som at hun har det tungt, og som en situasjon hun ikke helt skjønner hvordan hun skal komme til rette med. Det er stille i rommet et øyeblikk, og så sier hun: *ofte er det slik at jeg gruer for å gå på jobb*. Etter denne uttalelsen ser hun litt bort, smiler deretter til meg, og er tilsynelatende klar for videre samtale.

Av og til må vi si ifra

Sigrid fremhever plikten til å skjerme pasienten ved utagering for å beskytte de andre pasientene. Hun begrunner sin holdning med dette:

... jeg hadde ikke likt å bli slått ned, men det er et dilemma når de ikke vil skjermes. Men av og til må vi sykepleiere si ifra at noen trenger skjerming. Du vet, det er vi som ser pasienten i avdelingen.

Sigrid trekker frem enda et nytt argument for hvorfor skjerming synes nødvendig ved å vise til ”et ordensproblem” og en plikt til å ivareta sin egen og andres sikkerhet på posten. Sykepleieren trekker ikke i tvil sine synspunkter, og hun virker sikker i sin sak. Riktignok forteller hun at det kan være en utfordring, men for Sigrid står plikten til ivaretagelse av andre, og det å ha ro på posten høyest, når hun gjør sine refleksjoner omkring denne behandlingsmetoden.

6.2.4 Sykepleiernes beskrivelser av beltelegging

Av og til forverres pasientens tilstand seg på posten. Pasienten kan oppleves utagerende, farlig og truende. I slike tilfeller kontakter sykepleierne legen med informasjon om situasjonen, med henblikk på hvordan situasjonen kan løses og hvorvidt nye tiltak må iverksettes. Når dette skjer har sykepleierne ofte ”lite tid å gå på”. For å håndtere slike situasjoner er personalet organisert på en slik måte at ved hver vakt får den enkelte tildelt sitt ansvarsområde som de skal ivareta hvis noe skjer. En slik situasjon kan være beltelegging. Det var kun to informanter som tok opp praksisen med beltelegging under intervjuprosessen, og de så på denne behandlingsmetoden ut ifra to ulike perspektiver.

Den ene av de to sykepleierne Arnhild, som jeg også har referert til tidligere, stiller seg svært kritisk til praksisen, men sier:

Jeg er bekymret, men velger å være lojal mot systemet og de kollegene jeg arbeider sammen med.

Jeg får i samtalen ikke helt tak i hva Arnhild er bekymret over. Når jeg forsøker å få klarhet i dette, gir hun lite konkrete beskrivelser av hva hun tenker seg som bekymringsfullt. Jeg tolker allikevel uttalelsen dit hen som en etisk utfordring, blant annet hvor hun skal ha sin lojalitet. Hun velger, som hun sier, å være tro mot systemet og kollegene hun arbeider sammen med. Denne uttalelsen får meg til å tenke på hvordan faglige beslutninger tas på postnivå, hvilke kulturer som styrer og hvilken kultur som "sitter i veggene". Dernest reflekterer jeg over hvorvidt det finnes begrensninger i systemet som "overstyrer" sykepleiernes skjønn. Dersom strukturelle begrensninger finnes, hva skulle det i så fall være? Handler det om lite bemanning, eller handler det om en lang tradisjon i psykiatriens historie?¹²⁶ Arnhild er for øvrig alene om å uttrykke denne bekymringen. I etterkant og under arbeidet med analysen har jeg også vært overasket over hvorfor ikke flere sykepleiere problematiserte denne praksisen. Et svar på det kan være at for de fleste sykepleierne står denne behandlingsmetoden som både god og egnet. På den annen side bidrar neste informant med et annet perspektiv som synliggjør at mine tanker og refleksjoner ikke helt stemmer.

Den andre sykepleieren som identifiserte beltelegging som en utfordring, var en av de to enhetslederne¹²⁷ jeg snakket med. Denne sier det slik:

Ja, det er uenighet om ulike etiske spørsmål på posten, også beltelegging. Jeg tar av og til den andre sida da, fordi det er veldig mange som tar den milde sida da, men jeg synes det er etisk uforsvarlig noen ganger å ikke stoppe folk. Å la de få lov å skade seg selv eller andre.

¹²⁶ Dette sporet vil bli nærmere belyst i kapittel 8.

¹²⁷ Jeg intervjuet også to enhetsledere. Jeg gir ikke disse informantene navn/kjønn i analysekapitlene av anonymitetshensyn.

Jeg viste innledningsvis i dette kapitlet til debatter ute i samfunnet som blant annet reiser spørsmål hvorvidt tvang etisk sett kan forsvares i psykiatrien. Her får jeg mitt første klare etiske argument anført av den ene enhetslederen jeg intervjuet. Jeg ber enhetslederen utdype synspunktet sitt nærmere, og denne fortsetter å gå i detalj omkring situasjoner på posten som underbygger argumentet. En situasjon som blir trukket frem her, er hensynet til pasienten selv *når han kommer til seg igjen og kanskje opplever det veldig pinlig hva han har gjort*. Enhetslederen forteller om flere slike situasjoner og hevder at det har hendt at pasientene i ettertid har vært glad for å ha blitt stanset, og tilføyer til slutt:

Men den dagen det ikke er vanskelig for oss – hvis det ikke blir ubehagelig for oss, da har vi ikke så mye mer her å gjøre. Da er vi ganske avflata. For det skal gjøre noe med oss. Det skal ikke være lett å drive med tvang.

Enhetslederen uttrykker dette synspunktet med iver og engasjement. Det oppstår en pause i samtalen før enhetslederen slår ut med armene, og gjentar *det skal det altså*. Uttalelsen enhetslederen kommer med får meg til å tenke på viktigheten av skjønnsutøvelse og dømmekraft når slike situasjoner oppstår. Enhetslederen peker også på et annet interessant tema når denne viser til ulike egenskaper, dygder¹²⁸, sykepleierne forventes å ha i møte med de ulike situasjonene de står overfor. I ettertid ser jeg at dette temaet med fordel kunne vært utdypet mer, men fordi ”tiden var ute” fikk jeg ikke anledning til å gå nærmere inn på temaet.

Jeg har nå presentert det empiriske materialet sykepleierne identifiserte når det gjelder tvang og tvangsbehandlingstiltak de opplevde i sitt daglige arbeid. I neste del av dette delkapitlet, skal jeg rette oppmerksomheten mot ulike teoretiske fortolkningsressurser, og der utgangspunktet er empirien i møte med ulike teoretiske inntak jeg ”leser” i teksten.

¹²⁸ Dydsetikken omtalt i kapittel 3.

6.3 Den refleksive fortolkning av utfordringer knyttet til tvangstiltak

6.3.1 Innledning

Jeg har nå presentert det empiriske materialet jeg har samlet inn for å besvare mitt første forskerspørsmål, og vil i de følgende delkapitlene fortolke sykepleiernes uttalelser i lys av ulike teoretiske inntak. Jeg starter med å analysere og fortolke sykepleiernes uttalelser om tvang, skjerming og beltelegging.

Frihetsberøvelse

Sykepleierne forteller at de er opptatt av pasientenes frihetsberøvelsen når de blir innlagt på tvang eller blir behandlet ut ifra et tvangsvedtak. Dette kommer blant annet til syne når Bjørn forteller om de diskusjonene som foregår i forkant av ulike tvangstiltak. Det som blir drøftet, er for det første om jussen er oppfylt, men også nytteverdien av tiltaket og hvem det er til det gode for. Bjørn er opptatt av en del utfordringer som knytter seg til dette. En utfordring er at dørene på posten må holdes låst. Det opplever han som en verdikonflikt som er både krevende og utfordrende fordi pasientenes bevegelsesfrihet blir redusert. Bjørn trekker frem at det er de som profesjonelle på posten som har makten, og forteller at de hele tiden må foreta avveininger som er etisk forsvarlige. Slik jeg tolker sykepleieren, er han opptatt av det relasjonelle (Martinsen, 2005, s. 120, Nortvedt, 1996, s. 5, Løgstrup, 2000, s. 37) og hva hans egen autonomi og makt i situasjonen kan medføre for pasientens autonomi. I kapittel 3 viste jeg til forfatterne Beauchamp og Childress (2009), som beskriver fire kardinaldyder for sykepleiere, men at disse dydene i noen situasjoner kommer i konflikt med hverandre. Bjørn står overfor valget og velger det minste ondet, autonomiprinsippet må vike til fordel for ikke skade-prinsippet. Han er ikke nødvendigvis helt enig i denne praksisen, og gir uttrykk for en ambivalens, slik jeg oppfatter ham i samtalen. Sykepleieren er opptatt av enkeltpasientens ve og vel, og spørsmålet hva som er det rette å gjøre og det gode å gjøre (Brinchmann 2008, s. 83-95).

Sigrid, en av de eldre sykepleierne ordlegger seg om tvang ut ifra et annet perspektiv. Hun forteller at legen blir *sett i kortene* av kontrollkommisjonen¹²⁹, og at dette også får en innvirkning på sykepleiernes egen arbeidssituasjon. Flere andre sykepleiere var også opptatt av kontrollkommisjonens mandat og oppgave. Sykepleierne synes i enkelte tilfeller å være uenig i kontrollkommisjonens avgjørelser. Da jeg spurte hva årsaken var til at kontrollkommisjonen og personalet kunne ha ulike oppfatninger omkring tvang og tvangsbehandlingstiltak, ble blant annet *tiden* kontrollkommisjonen hadde til rådighet med den enkelte pasient trukket frem. Kontrollkommisjonen så pasienten over så kort tid, mente sykepleierne. Sykepleierens anliggende tydeliggjør at sykepleiernes (og legens) autonomi og faglige råd i noen situasjoner blir underkjent, noe sykepleierne opplever som utfordrende. At ingen av informantene trakk frem kontrollkommisjonens funksjon som positiv og som en ekstra kvalitetssikring, synes jeg er overraskende. Riktignok spurte jeg heller ikke sykepleierne konkret om dette i samtalen, noe jeg i ettertid ser jeg med fordel kunne gjort nettopp med bakgrunn i hva neste informant gir uttrykk for i samtalen.

Arnhild er opptatt av at pasienten ikke skal lide overlast, og hun forteller også om redselen for at pasienten skal begå selvmord. Hun er klar på sin plikt og ønsker å handle til pasientens beste. Hva som er det beste, er imidlertid ikke sykepleierne alltid enige om. Denne betraktningen tydeliggjøres av to ulike syn på skjermingstiltak og tvang. Elin omtaler skjerming som ukoselig, men til god hjelp. Her argumenterer hun for at autonomiprinsippet (Beauchamp og Childress, 2009, Brinchmann, 2008, s. 85) må vike til fordel for velgjørhetsprinsippet, og av den grunn gjøres tiltaket legitimt. At tiltaket hjelper, slik Elin ser det, kan veie opp for at det er ”ukoselig”. Sykepleier Linn er derimot opptatt av om pasienten opplever seg krenket. Hun er ambivalent og urolig når det gjelder den praksisen hun deltar i, samtidig kommer hun ikke med andre alternativer til behandling. Dette kan tyde på at forventningene fra omgivelsene og kolleger blir så sterke at hun til tider føler at hun må gå på akkord med hva hun selv ønsker å stå inne for av verdier. Hun er imidlertid ikke alene med denne opplevelsen. Arnhild uttrykker også bekymring når det gjelder ulike former for tvangsbruk, men hun velger å være lojal mot systemet hun tilhører. Uttalelsene til Linn og Arnhild tydeliggjør at systemet rundt sykepleierne får betydning for

¹²⁹ Om Kontrollkommisjonen, kapittel 2.

sykepleiernes autonomi, og at de opplever et konformitetspress (Sennett, 2001, s. 140). Grimen (2008, s. 200-212) argumenterer for en sterkere styring av de profesjonelle og en profesjonsmoral styrt av et politisk mandat. En av hovedgrunnene til en slik posisjon fra Grimens side handlet om å beskytte pasientene mot vilkårlighet i behandlingen, at ikke hver enkelt helsearbeider kun handlet ut ifra sine egne preferanser. Men Grimen (2008), i likhet med flere (Martinsen, 2005, s. 120, 2012, s. 59, Leer-Salvesen, 2002, s. 187), argumenterer også for betydningen av skjønn i yrkesutøvelsen. Etikk og moral handler ofte om skjønn og skønnsvurderinger, hvilket innebærer å veie ulike hensyn mot hverandre, men som vi ser, er det ikke alltid åpenbart hvilke handlingsalternativer som er de beste. Linn og Arnhild ønsker imidlertid å handle til pasientens beste, og de ønsker å handle godt. Praksisen Linn deltar i, medfører at hun i noen sammenhenger gruer seg for å gå på jobb, noe jeg blant annet tolker som moralsk stress. Musto og Schreiber (2012) omtaler ulike mestringsstrategier sykepleiere opplever som håndterbare når de står overfor ulike dilemmaer i arbeidet, og beskriver dialogen som en fruktbar vei å gå. Linn forteller heller ikke om hun drøfter sine synspunkter på forskjellige former for tvangsbruk med sine kolleger. Spørsmålet ble heller ikke stilt eksplisitt fra meg under intervjuet.

Ulike syn på tvang i psykisk helsevern kan vi også finne igjen hos Husum (2011). I studien *Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatric wards in Norway* finner Husum ulike begrunnelser for tvang. Disse begrunnelsene omhandler tvang som behandling og tvang som omsorg. Likedan finner forfatteren at personalet er opptatt av at tvang kan innebære en krenkelse (Husum, 2011, s. 97), slik også Linn gir uttrykk for, og eksempelvis Arnhild, når hun sier det er viktig at pasienten ikke lider overlast. Likedan kan vi finne omsorgsargumentet som Arnhild forteller om når hun må hindre en pasient i å oppta lån og gjøre store innkjøp. Arnhild ønsker å begrense pasientens autonomi i slike situasjoner, med den hensikt at pasienten ikke utsetter seg for ytterligere skade (Beauchamp og Childress, 2009). Tvang og tvangsbehandling innebærer også makt, slik sykepleier Bjørn var inne på da han omtalte de lukkede dørene. I samtale med sykepleierne omkring tvangstiltak var argumentet for handlingen ofte ”til pasientens beste”. Hvordan vet man når handlinger er til pasientens beste? I boken *I den beste hensikt?* (Sætersdal og Heggen 2002) omtaler Heggen at handlinger som hun kaller onde, ofte kan være et resultat av

en yrkeskultur, og at samvittighetsfulle og faglig dyktige helsearbeidere kan bidra til krenkende handlinger uten at de med vitende og vilje går inn for å påføre pasienten lidelse (Heggen, 2002, s. 35-36). Det samme synspunktet deler Husum og Hjort (2009) når de omtaler de profesjonelle som arbeider i psykisk helsevern. De mener at de fleste som arbeider i psykisk helsevern, er opptatt av å gjøre det beste og er oppriktig opptatt av å hjelpe (Husum og Hjort 2009, s. 1170). Samme funn kan vi finne hos flere forfattere, blant annet i artikkelen til Musto og Schreiber (2012). At sykepleierne er opptatt av å hjelpe, finner jeg også støtte for i det empiriske materialet jeg har samlet inn og eksemplifisert i uttalelsen til den ene enhetslederen. I samtalen omkring tvang og tvangstiltak sier denne enhetslederen at tvang skal være vanskelig, og tilføyer at slike situasjoner skal være ubehagelige. Ubehaget skal være der, mener enhetslederen, nettopp fordi det er nødvendig med en type sensitivitet, slik jeg tolker uttalelsen. Dette er en interessant uttalelse slik jeg ser det, ikke minst sett på bakgrunn av forskning som advarer mot en utvikling der sykepleiere omgitt av en instrumentell praksis står i fare for å bli desensibilisert (Hamric (2012). Enhetslederen understreker viktigheten av å møte enkeltmennesket med alle sanser og alle kunnskaper en er i besittelse av, for å kunne opptre moralsk i møtene, slik jeg tolker dette (Sullivan, 1999, 2000, Martinsen, 2005, 2009, Nortvedt, 1996). Martinsen (2005, 2009, 2012) betoner viktigheten av skjønn og stemhet. Jeg tolker enhetslederen dit hen at begge egenskapene er viktige i situasjoner som omhandler tvang og tvangstiltak.

Et springende punkt når det gjelder den helsehjelpen som gis, er pasientens samtykke til behandlingen, som er juridisk hjemlet i pasientrettighetsloven (LOV-1999-07-02, nr. 62). Utgangspunktet for behandling er informert samtykke, men som tidligere beskrevet, finnes det i enkelte situasjoner gyldig rettsgrunnlag til å gi helsehjelp uten samtykke. Det første premisset for samtykkekompetanse er ”evnen til å uttrykke ønsker som er stabile over tid”, det andre er at ”pasienten må forstå hva valget gjelder både følelsesmessig og tankemessig”, og det siste kjennetegnet er at personen ”må ha evne til å bearbeide informasjonen” (White, 1994). Nortvedt (2008, s. 253-265) omtaler ”den harde” og ”den myke” paternalismen, og skriver at den myke paternalismen innebærer frihetsbegrensninger når pasienten ikke er kompetent til å ta

velinformerte valg¹³⁰. Den harde paternalismen derimot, er når personalet vet best hva som tjener den andre. Når pasienter blir innlagt på en psykiatrisk akuttpost, er tilstanden ofte kompleks og kaotisk, og sykepleierne diskuterer pasientens rasjonelle vurderingsevne og hvordan pasienten best kan ivaretas. At sykepleierne diskuterer, tolker jeg dit hen at det eksisterer en moralsk praksis på postene der personalet er reflekterende opptatt av å handle på en god måte når det gjelder tvang og tvangsbehandlingstiltak. Som en motpol til denne forklaringen finner jeg imidlertid en annen interessant tematikk når sykepleierne sier de er opptatt av pasientens autonomi og selvbestemmelse. Av den grunn ble jeg overasket da jeg i arbeidet med analysen så hvor lite de forteller om hvordan de opplever pasienten som menneske med egne følelser og synspunkter til tross for at jeg fant at de er genuint opptatt av å gjøre det gode og rette. Dette funnet finner også støtte i en annen avhandling om profesjonsetikk blant barnevernsarbeidere. Hov (2007) omtaler i et delkapittel ”barnevernsarbeidernes relasjoner til klientene”, og viser her blant annet til barnevernstjenestens grunnlagsdokument, der det fremtredende temaet er barnet og barnets behov. Hov kommenterer grunnlagsdokumentet og det empiriske materialet: ”Derfor er det interessant at det tema jeg synes er mest usynlig i samtalen, når det gjelder hvor fremtredende temaet er i barnevernstjenestens grunnlagsdokumenter, er barnet. Eller mer presist: barnet blir snakket om i intervjuene som gjenstand for et arbeid, men barnets stemme som subjekt med egne følelser, synspunkter og erfaringer i mindre grad” (Hov, 2007, s. 190). Lignende paralleller til grunnlagsdokumentet Hov refererer til, kan vi finne i NOU (1997:2) *Pasienten først! Organisering og ledelse i sykehus*. Dette dokumentet var en forløper for nye lovreguleringer der pasientens rettigheter og medbestemmelse stod i sentrum. En annen parallell er sykepleiernes egen yrkeskodeks, beskrevet under vignetten ”sykepleieren og pasienten” (YER, 2.5), der nettopp pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser blir vektlagt. En forståelse for hvorfor sykepleierne ikke bringer dette temaet på bane, kan handle om hvordan de tolker pasientens muligheter til å være rasjonell og kunne foreta selvstendige valg i situasjonen.

¹³⁰ Se kapittel 3.

6.4 Behandlingsutfordringer

6.4.1 Innledning

Ikke bare tvangsinnleggelse og tvangstiltak utfordret sykepleierne. Det andre temaet jeg vil trekke frem er behandling og ulike behandlingsideologier de to psykiatriske akuttpostene gjør bruk av, og som bidro til ulike utfordringer for sykepleierne. Tre temaer blir belyst. Det første er en sykepleier som reflekterer over praksis ”i gamle dager” satt opp mot den praksisen som gjelder i dag. Det andre er det en sykepleier beskriver som en økende medikalisering, mens det tredje temaet er ECT-behandling.

6.4.2 Hva sier sykepleierne om behandling?

Når det gjelder behandling og ulike behandlingsideologier, var det fire av mine informanter som tok opp dette som et tema da jeg innledningsvis i vår samtale spurte hvilke etiske utfordringer de møtte i sin hverdag på posten. De fleste presenterte ingen etiske og moralske refleksjoner omkring dette temaet. Jeg starter med å vise til Inger, en sykepleier med lang fartstid på posten, og den undring hun gjør seg når det gjelder hva pasientene må oppleve i møte med den behandlingen de får når de blir innlagt.

Fra bomullsklinikk til akuttpost

Inger tok opp temaet om ulike behandlingsideologier pasientene ble tilbudt på posten hun arbeidet. Hun var nølende da hun tok frem spørsmålet om hvordan ettertiden ville tenke om dagens behandling. Hun viste til tidligere tiders behandling hvor blant annet lobotomi ble foretatt, og at flere på den tiden ikke var spesielt kritiske til denne form for behandling, men at ettertiden har tenkt annerledes om dette. ”I dag er det all medikaliseringen som finner sted, og en økende bruk av ECT”, mener Inger, og sier det slik:

Jeg tenker ofte på hva slags opplevelse de hadde av behandlingsapparatet de ble møtt av, og hva som blir på en måte vår tids lobotomi.

Inger er en sykepleier med lang fartstid i psykiatrien, og hun har vært med på ulike omstillinger på posten. Her er hun bekymret og urolig når det gjelder behandlingen pasientene får på sykehuset, og hvilke opplevelser pasientene har når de er innlagt på posten. Jeg spør om hun kan fortelle litt mer om hvordan hun tenker, og etter en liten tenkepause sammenligner hun litt med ”gamle dager” og sier:

Jeg har jobba i mange år ved samme sykehus, men det har jo vært mange forskjellige kapitler, mange nesten forskjellige poster egentlig, når du tenker igjennom, alt fra bomullsklinikk til akuttavdeling. Akuttavdeling er krevende, men du får ikke de veldig dype, nære relasjonene til de som er ut og inn her.

Inger omtaler det hun kaller ”bomullsklinikken”. Ordet er en betegnelse sykepleierne brukte på den tiden (1980-tallet) ved at pasientene ble behandlet med ”love and care” og ”pakket inn i bomull”, det vil si at man pakket dyna bokstavelig talt om pasientene og ba dem hvile seg. Behandlingen pasientene fikk var ivaretagelse av basale behov, mat på rommet ved behov og samtaler med sykepleierne, gjerne kombinert med medikamentell behandling. Her var pasientens følelser et sentralt tema, og de ble ofte bedt av sykepleierne om å ”få kontakt med følelsene sine.” Grønne lamper utenfor et rom signaliserer at det er personale inne hos pasienten. Inger fremhever imidlertid, at den type omsorg ofte krever mye av en som sykepleier, både tidsmessig og energimessig, og innrømmer videre i samtalen med meg at det etter mange års arbeid med psykiatri *kan være godt å slippe de nære relasjonene* sykepleierne får med pasienter som er innlagt over tid, slik posten tidligere praktiserte. Inger fremhever imidlertid at hun fremdeles fra tid til annen i akutfaser kan praktisere slik hun gjorde på ”bomullsklinikken”. Jeg spør om praksisen er videreført i dag, og Inger sier det slik:

Grønne lamper som lyser i korridorene, nei, det ser du sjelden i dag.

Inger forteller at behandlingen pasientene får på posten, er av en annen karakter i dag enn for noen år tilbake. Jeg tolker Inger dit hen at hun er ambivalent når det gjelder praksisen hun deltar i. På den ene siden undrer hun seg over hva som vil bli sagt i fremtiden om dagens praksis, mens hun på den andre siden selv opplever at tidligere tiders praksis var mer krevende å etterleve for sin egen del. Dette synet handler også om, ifølge sykepleieren, slik jeg forstår henne der og da, at arbeid i psykiatrien kan være ”tappende”, og at en kan stå i fare for å ”slite seg ut” hvis en over tid ”gir alt” i møte med pasientene. Posten Inger er tilknyttet har vært igjennom flere ulike organisatoriske endringer, og fremstår i dag som en akuttpost, hvilket innebærer som jeg også tidligere har vært inne på, at det er lovpålagt alltid å ha ledig sengekapasitet til nye pasienter. Dette bidrar til at behandlingen pasientene får på posten, kan ha et annet innhold enn på en såkalt intermedier post hvor pasientene tradisjonelt hadde lengre opphold, og slik posten var drevet den gang ”bomullsklinikken” eksisterte. Endringen i praksis sammenfaller også med helseforetaksreformens intensjoner hvor effektiv drift¹³¹ og sterkere styring står sentralt.

Økende medisinformbruk

Linn er sykepleieren som jeg også omtalte i forrige delkapittel. Her trekker hun frem, i likhet med Inger, det økende medisinformbruket som finner sted, og mener at hun ofte har sett at denne behandlingsformen ikke har særlig effekt på pasientene.¹³² Hun understreker samtidig at hun selvfølgelig heller ikke kan vite hvordan pasientens tilstand ville utviklet seg om ikke denne behandlingen hadde funnet sted. Allikevel har hun sin tvil om hvorvidt dette er et godt egnet middel til å redusere pasientens lidelse. Til slutt trekker hun også inn et annet perspektiv, og sier:

¹³¹ Se også kapittel 2.

¹³² Se også kapittel 2.

det er jo en ordning at de tar disse medisinene, de blir på en måte bedre, men samtidig vet man jo ikke hvordan det hadde vært om de ikke hadde tatt dem...Men dette her er jo sånn...er ikke legemiddelindustrien største...er det ikke bare våpenindustrien som er større? Og det er jo selvfølgelig en lettvinnt løsning.

Linn er den eneste sykepleieren som trekker frem legemiddelindustrien i sin argumentasjon. Sykepleieren henviser til at ”behandling som er lettvinnt” er det som anvendes, selv om hun ikke med sikkerhet kan si at andre alternativer hadde vært bedre. Når jeg spør Linn om hun kunne tenke seg annen behandling, er hun imidlertid usikker på hvilke alternativer hun kunne tenke seg, det være seg samtale med pasientene eller annen utøvelse av omsorg med ”de grønne lampene” som Inger viste til i forrige avsnitt. Linn er som vi ser, kritisk til ”systemet.” Samtidig har vi sett tidligere i delkapitlet om tvang, at praksisen hun er med på, ofte gir henne en uro, noe som medfører at hun av og til gruer seg for å gå på jobb. Men til tross for sine ”samvittighetsplager” velger også Linn å forholde seg lojalt til systemet og til sine kolleger.

Det var kun Linn som stilte seg kritisk i samtalen med meg når det gjelder den medikamentelle behandlingen som finner sted på posten, i tillegg til Inger som rettet blikket mot behandlingen mer generelt. Kan det bety at de andre sykepleierne ikke er opptatt av temaet? Om så er, hva skulle årsaken i så fall være? Det er riktignok legen som forordner det medikamentelle. Betyr dette at sykepleierne ikke opplever den medikamentelle behandlingen som ”deres bord”? Praksis på postene fungerer imidlertid tradisjonelt ved at legen spør sykepleierne hvorvidt de opplever at pasienten har bedring og effekt av medisinene som er forordnet, og likedan om sykepleierne mener at pasienten trenger ytterligere medikasjon. Denne praksisen tilsier at sykepleierne har en sentral rolle når det gjelder behandling, noe som også historiker Per Haave (2008) omtaler i boken *Ambisjon og handling*. Her skriver Haave at legene har måttet tilpasse seg nye arbeidsformer og andre faggrupper som har gjort krav på å spille en mer selvstendig rolle. Haave tilføyer: ”Men psykiatriens kulturelle autoritet er fortsatt sterk, og fortsatt er det biomedisinske

kunnskapsuniverset en viktig kilde til psykiatriens autoritative fortolkning av virkeligheten” (Haave, 2008, s. 498). Når tolv sykepleiere ikke kommenterer behandlingen slik vi har sett Linn og Inger gjøre, kan det bety at de rett og slett mener det er til god hjelp, slik vi så Arnhild pekte på i forrige delkapittel om tvang. Eller kan det være fordi den institusjonelle praksisen er så nedfelt ”i veggene” at kritiske spørsmål til egen praksis i stor grad uteblir?

ECT-behandling

ECT-behandling¹³³ er en behandlingsmetode som pasientene må gi sitt samtykke til, og anvendes ofte ved tilstander hvor medikamentell behandling ikke har gitt ønsket effekt. Kun to av mine informanter uttalte seg om denne behandlingsmetoden, og de så dette fra to ulike perspektiver.

Sykepleier Elin har vi møtt før, i delkapitlet om tvang og skjerming. Her trekker hun frem behandling med ECT på en positiv måte, og sier:

Vi ser gode resultater. For hvis pasienten er inne i en dyp depresjon...kommer han raskt ut av det. Jeg er sikker på at ECT har reddet mange liv. For det er...medisinsk behandling tar jo lengre tid før den gir så god effekt og på den veien kan det skje mye altså.

Elin mener ECT-behandlingen er både god og effektiv, og at den kan forebygge ”at det kan skje mye” med bare tradisjonell medikamentell behandling. På denne måten forsvarer hun ECT-behandlingen. Hun understreker at det er en effektiv måte å få pasientene ut av en depresjon, men hun trekker også frem at det er en god behandling og forsvarer dermed sitt positive syn på ECT med dette. Elin sier ikke noe om at

¹³³ Elektrokonvulsiv behandling, også kalt ECT eller sjokkbehandling, foregår ved at det blir plassert elektroder på pasientens hode, enten på den ene eller begge sidene. Pasienten er i narkose under behandlingen, som tar om lag 15 minutter. Hjernen blir påført elektriske støt. Metoden ble utviklet av den italienske psykiateren Ugo Cerletti i 1938. Målet med elektrostimulering er det samme i dag som for 60 år siden – å fremkalle kramper ved å føre strøm inn i hjernen. Myndighetene har ingen oversikt over hvor mange som får ECT og hvilke bivirkninger pasientene opplever. Det finnes ikke nasjonale retningslinjer for hvilke nye pasientgrupper som kan få behandlingen, som historisk sett har vært kontroversiell. Behandlingen blir hovedsakelig gitt ved dype, alvorlige depresjoner. (Bloch Helmers, A.K. ”Elektrosjokk: Høyspent behandling” *Sykepleien* 18/08).

metoden av enkelte regnes som kontroversiell og kan medføre bivirkninger. Riktignok spurte jeg henne heller ikke direkte om dette. Anne, en annen sykepleier, var derimot skeptisk til å benytte seg av denne metoden. Hun trekker frem *usikkerhet med hensyn til prognosen på sikt og forvirringstilstanden til pasienter i etterkant av behandlingen*. Sykepleieren sier at hun til tross for sine betenkeligheter allikevel velger å følge postens regler for behandling.

Tolv av mine informanter identifiserte ikke denne behandlingsformen som et etisk anliggende, slik vi ser Anne ta til orde for her. Dette kan trolig ha flere forklaringer. Den ene kan være at det er legens rolle og ”mandat” å foreskrive behandling og at sykepleierne anser at de etiske utfordringene som dette måtte innebære ikke er deres ansvar. Sykepleierne er imidlertid også her deltakende når pasientene skal til ECT-behandling, ved at de følger pasientene til behandlingsrommet, de er til stede under behandlingen og de følger pasienten tilbake igjen til posten etter at behandlingen er ferdig. De er med og vurderer pasientens tilstand i etterkant, og rapporterer videre til det øvrige personalet hvordan forløpet har funnet sted, blant annet i hvilken grad pasienten har kramper og er uvel i etterkant av behandlingen.

ECT-behandling utføres på frivillig basis, og i den grad pasientene har gitt sitt samtykke, kan det se ut til at de fleste sykepleierne opplever dette uproblematisk. En annen tolkningsmulighet kan være at flere sykepleiere enn Anne er skeptiske til behandlingsformen, men velger lojalitet til systemet og kollegene sine, men dette har jeg ingen empiri å bygge på. En annen tolkningsmulighet når det gjelder at det var lite kritiske røster når det gjelder metoden, kan være at det er fordi de ser gode resultater av behandlingen, slik vi også så Elin tok til orde for.

6.5 Den refleksive fortolkningen av behandlingsutfordringene

6.5.1 Innledning

Jeg vil i det følgende analysere og tolke sykepleiernes uttalelser omkring ulike behandlingstiltak som finner sted på posten. Forrige delkapittel omhandlet tvangsbehandling. I dette delkapitlet behandles pasientene på frivillig basis.

Behandling – legenes bord?

Sykehuspostene er regulert av ulike lover og plikter til å behandle pasienter som kommer akutt til postene (LOV 1999-07-02, nr. 61). I helsepersonelloven (LOV 1999-07-02, nr. 64, kap. 2, § 4) omtales også krav til ”forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp”. Ikke alltid synes det like enkelt for alle sykepleierne å vite hva forsvarlig og omsorgsfull hjelp innebærer, slik jeg også gjorde rede for i forrige delkapittel. Sykepleier Elin argumenterer for at behandlingstilbudet er godt for pasientene. Vi er i samtale om ECT-behandlingen, og Elin forteller at metoden gir gode resultater. Jeg tolker henne som klar og tydelig på at hun synes metoden er faglig forsvarlig, og at den også har reddet liv. Elin forteller også at medikamentell behandling er effektiv, noe hun trekker frem som positivt. Andre sykepleiere er imidlertid ikke ubetinget enig i Elins refleksjoner omkring behandling. Linn er usikker på om den økende medikaliseringen som finner sted, er til det gode og det rette for å hjelpe pasientene. Hun er ambivalent, og trekker frem at den medikamentelle behandlingen er en lettvinnt løsning. På den ene siden opplever sykepleieren at pasientene blir bedre, men samtidig er hun usikker på hvordan tilstanden deres hadde vært om de ikke hadde brukt medikamentene. Også sykepleier Anne retter blikket mot en stadig økende bruk av ECT, og er i tvil om behandlingen er en egnet metode og til det gode for pasientene. Hun trekker blant annet frem ulike bivirkninger, for eksempel forvirringstilstander i etterkant av behandlingen. Sykepleieren henviser til at det følger bivirkninger med behandlingen, samtidig med at det knytter seg stor usikkerhet til prognose på lengre sikt. I kapittel 2 beskrev jeg sykepleierrollens historikk og kunnskapsgrunnlag og hvilke idealer sykepleierne tradisjonelt har med seg fra sin utdanning (Hagemann, 1936, Melby, 1990). Dette

omhandler et helhetlig syn på pasienten der omsorg tradisjonelt har stått i fokus, og der behandlingen skal være personlig og individuelt rettet. Men jeg beskrev også hvordan nye kunnskapsidealer befestet seg og bidro til en annerledes praksis, blant annet hvordan den evidensbaserte kunnskapen synes å bidra til en mer manualisering av profesjonsutøvelsen (Grimen og Terum, 2009, s. 194-195). Det kan imidlertid ligge god omsorg i slike behandlingstiltak, noe sykepleier Elin også omtalte i første delkapittel da hun beskrev skjerming som god omsorg. Det finnes imidlertid en annen betraktning som er verd å nevne. I Nortvedts (2012) artikkel i *Tidsskriftet Sykepleien*, ”Sykepleieetikk må bli kunnskapsbasert”, er forfatteren opptatt av at sykepleiere må arbeide kunnskapsbasert på den måten at de må være i stand til å skjelve mellom faglige og etiske utfordringer. En slik måte å arbeide på, mener Nortvedt, vil bidra til refleksjon omkring ulike handlingsalternativer. Som vi har sett identifiserte noen av sykepleierne ulike behandlingstiltak som en etisk utfordring. Hvordan pasienten skal ivaretas på en best mulig måte, handler i stor grad om et spørsmål om faglighet. Men det impliserer også ulike moralske overveielser, ikke minst på grunn av den makten de profesjonelle besitter i form av den epistemiske kunnskapen (Grimen, 2008, s. 71-85) de innehar. Sykepleierne som stiller kritiske spørsmål vedrørende behandlingsregimet, gir imidlertid ikke uttrykk for diskusjoner om de metodene som blir anvendt, slik vi så i forrige delkapittel om tvang og tvangsbehandlingstiltak. En plausibel forklaring kan være at det er legens mandat å forordne ulike behandlingstiltak som skal iverksettes, og at sykepleierne av den grunn holder en lav profil. Når det gjelder evidensbasert kunnskap og behandling, reflekterer heller ikke sykepleierne (med et par unntak) omkring denne problematikken, eksempelvis at behandling med medikamenter og ECT gir det beste resultatet. Dette funnet kan underbygge teorien om at sykepleierne anser behandling som legenes bord. Om dette medfører riktighet, er det interessant tatt i betraktning både sykepleiernes egen historikk og deres egen holistiske tilnærming til pasienten. Har sykepleierne frivillig og kanskje ubevisst gitt fra seg sin autonomi? I neste avsnitt vil jeg gi en fortolkning av hvordan en slik praksis kan la seg muliggjøre.

Høye krav

Inger er også sterkt i tvil om behandlingen pasientene får er det beste, og spør om behandlingen i dag er vår tids lobotomi. Lindstrøm (2003, s. 43) skriver at psykiatrisk sykepleie handler om å ”lindre menneskers lidelse gjennom kjærlighet og barmhjertighet i et genuint og sant fellesskap med pasienten”, og jeg tolker Ingers

uttalelse dit hen at hun er usikker på om hun bidrar til å redusere pasientens lidelse på en god nok måte som sykepleier. Sykepleieren forteller at posten har gjennomgått mange endringer gjennom de årene hun har arbeidet der, og trekker frem at den i tidligere tider fremstod annerledes med hensyn til den praksisutøvelsen som fant sted. Her stod omsorg sentralt, og samtale omkring pasientens opplevelse og følelser var en vesentlig del av behandlingsopplegget. Endringen hun beskriver, tolker jeg dit hen at praksis har fått et annerledes innhold enn tidligere. Praksisen Inger omtaler, kan tyde på at fortellingene blir borte, slik Martinsen (2005, s. 75) er bekymret for. Kjær (2012, s. 207) poengterer at nettopp samtale kan lindre ”når et menneske befinner seg på et lidelsesfullt sted i livet”. Ingen av sykepleierne argumenterer direkte for betydningen av den gode samtalen. Men en annen interessant betraktning kommer frem. Inger uttrykker at hun synes det er krevende med nærhet til pasientene etter en lang yrkeskarriere og tenker det er godt at tiden med grønne lamper og samtalene med pasienten er over. Her finner jeg igjen at det kan synes som om praksisen er i endring, trolig fra en omsorgsrettet til en mer instrumentalistisk praksis. Nettopp en slik praksis beskrev Martinsen og Wærness (1990) og advarte mot allerede i 1990.¹³⁴ Her spør de om omsorgen er i ferd med å bli borte i et høyteknisk behandlingsregime, og stiller spørsmål om hvorvidt sykepleiere er i ferd med å bli administratorer og dermed overlater sykepleiens kjerneoppgaver til andre yrkesgrupper. Behandlingen sykepleierne skisserer, handler i stor grad om rutiniserte oppgaver. Sennett (2001, s. 49, 53) har vært opptatt av denne tematikken og spør om rutinearbeid bidrar til en fremmedgjøring hos arbeidere. Han viser til tidligere tiders håndverkslæring, der arbeidere hadde stor autonomi, og sier at denne praksisen i en tid der økonomi og effektivitet er i fokus, og der man satser på evidensbasert kunnskap, synes å være i ferd med å forsvinne. Fremmedgjøringstanken er interessant når Inger forteller at hun synes det er godt å slippe nærhet til pasientene. Uttalelsen kan tolkes på flere måter. En nærliggende tanke kan være at hun synes det er for krevende tatt i betraktning alle de oppgavene hun har på posten, og at hun i alle gjøremålene opplever ambivalens og et moralsk stress. Hamric (2012) hevder at moralsk stress kan føre til en desensibilisering, mens Sennett, (2001, s. 52) henviser til at rutinearbeid kan føre til fremmedgjøring. Marx (1970) omtalte også fremmedgjøringen med sitt alienasjonsbegrep, som også inneholder et etisk og moralsk anliggende fordi det

¹³⁴ Boken *Pleie uten omsorg* ble publisert første gang i 1979. Jeg har anvendt 1990-utgaven i min avhandling.

innebærer en reduksjon av menneskets autonomi. Kan det være slik at nettopp fremmedgjøringen Sennett peker på, kan bidra til at sykepleierne er i stand til å utføre praksisen som blir skissert, nettopp fordi en slik praksis medvirker til at de ikke får nærheten og dermed ikke blir så følelsesmessig berørt?

Det er også nærliggende å tenke slik Inger illustrerer, at kravene personalet står overfor, er høye når det gjelder å kunne utøve god moralsk praksis og yrkesutøvelse. Av den grunn er det også rimelig å tro at sykepleierne velger det minst ”smertefulle” som en mestringsstrategi i en hektisk hverdag. Martinsen (2009¹³⁵, 2012, s. 56-61) sier at vi ikke alltid orker å involvere oss. Det kan bli for voldsomt, og sykepleierne har ikke rom i seg til å ta det vanskelige opp fordi grunnvilkårene kan bli for voldsomme, og det stemte inntrykk kan bli en trussel. I neste delkapittel vil dette sporet bli ytterligere beskrevet når sykepleierne forteller om ulike utfordringer knyttet til prioritering på postene.

6.6 Prioriteringsutfordringer

6.6.1 Innledning

I dette delkapitlet skal jeg belyse hva sykepleierne sier om prioritering av oppgaver på postene. Sykepleierne har lovpålagte krav om faglig forsvarlig utøvelse av arbeidet nedfelt i Lov om helsepersonell (LOV 1999-07-02, nr. 64). Samtidig har sykepleierne sin egen yrkeskodeks for hvordan de på en best mulig måte som profesjonelle kan utøve sitt yrke. Hvilke oppgaver som skal prioriteres når det gjelder inneliggende pasienter, er opp til hver enkelt sykepleier og dennes skjønnsutøvelse.

¹³⁵ Dialogkonferanse Rigshospitalet København november 2009.

6.6.2 Hva sier sykepleierne om prioritering?

Da jeg intervjuet sykepleierne og spurte hvilke etiske utfordringer de opplevde i sin arbeidssituasjon var det ingen av sykepleierne som identifiserte prioritering som et tema. Men da jeg spurte hvordan prioriteringen foregikk, var det fem av mine informanter som hadde synspunkter på tematikken. Hva de sa skal vi se på i neste avsnittene.

Den som roper høyest

En av sykepleierne, Aina, er klar når hun svarer meg på hvordan hun prioriterer på posten. Hun sier det slik:

Jeg prioriterer den som roper høyest på en måte... da får jeg ro på posten.

Aina vil ha ro, og uroen slik Aina viser til, er ulike former for utagering med velting av møbler, eller høyrøstet roping i korridorene. I første delkapittel har jeg omtalt ulike tvangstiltak som posten gjør bruk av ved utagering, selv om ikke all uro medfører tvangstiltak. Noen ganger er det tilstrekkelig kun å be pasienten dempe seg ned, sier Aina. Som jeg viste til innledningsvis er ikke sykepleierne direkte regulert av lover og forskrifter når det gjelder hvordan de skal prioritere på posten, men de har med seg en plikt om faglig forsvarlighet regulert gjennom helsepersonelloven. Dette betyr at sykepleierne har rom og mulighet for skjønnsutøvelse når prioriteringer skal foretas. Da jeg spør sykepleieren om begrunnelse for hvorfor hun handler som hun gjør, sier hun resolutt og bestemt:

Blir det ro, så kan jeg jo ta etter tur etterpå!

Aina virker sikker i sin sak, og ser direkte på meg når hun sier dette, som om det var det naturligste av alt, og av den grunn spør jeg ikke videre om temaet der og da i samtalen. En annen sykepleier, Anne, har imidlertid et annet perspektiv, og sier det slik når jeg spør om hvilke arbeidsoppgaver hun prioriterer når det er mye å gjøre på posten:

Jeg tar ikke alltid den som roper høyest, det kommer an på situasjonen.

At Anne ikke alltid tar den som roper høyest i motsetning til slik Aina tok til orde for, viser at sykepleierne har rom for å utøve skjønnsmessige vurderinger når det gjelder ulik prioriteringsproblematikk på posten. Når akutte situasjoner opptrer på postene har de andre pasientene også behov for trygghet, og sykepleierne må håndtere ikke bare den ene pasienten, men også de andre. Akkurat dette er Aasland (2005, s.128) inne på med henvisning til Levinas (1996). Aasland viser til en rettferdighetstankegang han finner hos Levinas hvor ”appellen” ikke bare gjelder den første, men også den andre og tredje. Sykepleierne bruker ikke ord som rettferdighet, men de forteller at der er flere pasienter som skal ivaretas også i situasjoner hvor der forekommer uro.

Aina argumenterer for et ro og ordensperspektiv. Dette kan synes plausibelt i de situasjonene hvor uroen medfører ubehageligheter for de andre pasientene, og hvis personalet mener at pasienten må ”skjermes fra seg selv” som tidligere beskrevet i delkapittel 1, om tvang på posten. Bjørn, sykepleieren vi har møtt tidligere, sier imidlertid at det er viktig å være litt pragmatisk når det gjelder alle arbeidsoppgavene som er på posten, også når det gjelder prioritering. Han sier det slik:

Jeg er nok pragmatiker som bare prøver å få jobben gjort. Om det betyr at jeg av og til må knipe inn her og der for å komme i mål og holde hjulene i sving, så gjør jeg det. Jeg har nok en tendens til å gjøre litt harelabb for å rekke over da.

Bjørns uttalelse synes jeg er interessant. For det første sier han at han må ”knipe inn litt her og litt der”. Jeg får ikke helt tak i hva han eventuelt må knipe inn på, men han understreker at dette er nødvendig ”for å komme i mål”. Jeg tolker Bjørn dit hen at det er mange arbeidsoppgaver som skal løses, og for at dette skal la seg gjennomføre er det ikke mulig, slik han ser det, å gjøre jobben på en fullverdig og god måte. Dette innebærer slik jeg ser det, at arbeidet som utføres ikke oppleves fullverdig etter Bjørns egne standarder.

Bli tøffere

Sykepleiere mener de må nøye vurdere hvordan prioriteringen skal foretas. De forteller de må velge detaljert hva de skal hjelpe den enkelte pasient med, og hva de ikke behøver å hjelpe pasienten med ”for å få han videre i systemet” som de sier det. Bjørn fortsetter og sier det slik:

...har vi full post så må vi være på en måte veldig i detalj på hva vi faktisk skal hjelpe denne pasienten med for å få han videre. Det handler om å bli litt tøffere altså i forhold til hva vi går inn på og hva vi ikke går inn på.

Bjørns uttalelse hvor han sier han må øve seg i å bli tøffere viser igjen at han må kompromisse med sine egne idealer for å være i jobben. Han sier ikke noe om at han for eksempel ”trår over” den faglige forsvarlighetsgrensen som er lovpålagt i helsepersonelloven, men gir uttrykk for en mer indre prosess, en slags stålsetting, slik jeg tenker meg dette under samtalens løp. Jeg spør Bjørn om han kan forklare meg nærmere hva det er som gjør at han må øve seg i å bli tøffere og hva det er som oppleves så utfordrende. Bjørn viser da til de mange arbeidsoppgavene han har på posten og utfordringer når det gjelder seg selv med ulike valg, og hvordan han kan avgrense sine arbeidsoppgaver. Han sier det slik:

...andre er nok flinkere til å si at nå har jeg en pasient, det er min jobb, jeg tar ikke imot andre jobber. Når jeg sier jobber, så er det fordi her slenges det hele tiden ut arbeidsoppgaver som noen må ta tak i...

Måten Bjørn sier *det slenges ut oppgaver hele tiden* på, gir meg en opplevelse av at han er frustrert av to grunner. Det ene er at det er mye å gjøre, samtidig med at han synes det er vanskelig å sette grenser når det gjelder arbeidsoppgavene som hele tiden ”blir slengt ut”, slik han sier det. Jeg tolker Bjørn dit hen at han ønsker å være samvittighetsfull og følge sine egne idealer, men at han hele tiden strever med å finne en balanse for hvordan dette kan gjøres på en god måte.

Hei, stopp nå litt

Også en annen sykepleier Elin, trekker eksplisitt frem de mange oppgavene som de har på posten, og sier at dette kan bidra til at de standardene de ønsker å leve etter, ikke er mulige. Sykepleieren er ikke konkret på hvilke standarder hun tenker på, men utsagnet kan tyde på at hun her tenker på kvaliteten på de tjenestene pasientene får. Elin omtaler kvaliteten på en indirekte måte ved å si det slik:

Vi får kortere og kortere tid til å gjøre en masse oppgaver, og da kan vi jo stille oss spørsmålet med hvordan blir den egentlige sykepleiefaglige omsorgen vi skal gi her? Hvordan blir den? Er den like god? Eller må vi raske på her, blir pasienten skrevet ut før han er helt ferdigbehandlet fordi vi bare hiver pasienten på DPS, for nå kan de ta jobben videre? Så det er jo et godt spørsmål, altså. For det sier seg selv, vi kan ikke være som blekkspruten å gjøre en god jobb alle steder på en gang.

Elin er engasjert, ser rett på meg og bruker et sterkt kroppsspråk når hun snakker om dette. Hun fortsetter med å fortelle at hun i slike situasjoner tar tak i lederen, og sier:

Og da sier jeg jammen, hei, stopp nå opp litt, det må jo være forsvarlig ute på posten her! For vi har fastvakter, hyppige tilsyn, vi har skjerming og vi skal

klare dette på de få folkene som vi er. Og da er det et lederansvar her på posten å se at vi må være grundig og trygg bemanning. Og dette går helt greit, dette, helt til det skjer at de ikke har klart å holde det hyppige tilsynet på en pasient, hvis vi kommer inn og finner en pasient har skadet seg, eller klart å gjøre noe som er verre, så vil spørsmålet komme. Da vil det komme fram, ja, hvor var personalet? Hvorfor er ikke de pengene vi har fått, de som skal brukes til å leie inn personalet, og det er ikke alltid blitt gjort...

Når Elin sier ”å hive pasienten på DPS”¹³⁶ slår hun ut med armene og trekker frem lederansvaret. Hun er engstelig for at noe skal skje med pasientene og hun er opptatt av at bemanningen til tider kan være for liten. Elin trekker også frem, som den eneste sykepleieren av dem jeg snakket med, det økonomiske aspektet da vi snakket om prioritering. Sykepleieren etterlyser en bedre bemanning, og mener også det skulle være penger til dette, og stiller kritiske spørsmål om hvor pengene har tatt veien. Samtidig gir sykepleieren uttrykk for en forventning fra ledelsen om at personalet skal ”være som blekkspruten” og kunne takle alle oppgavene som posten forventer. Jeg opplever Elins uttalelse på den måten at hun som sykepleier ønsker å utføre god og forsvarlig sykepleie, men at betingelsene og rammene rundt henne både bidrar til stor frustrasjon og medfører ulike utfordringer hun ikke vet hvordan hun skal håndtere.

Også en annen sykepleier, Sigrid, som jeg har omtalt tidligere, underbygger Elins anliggende når hun sier:

Vi må løpe så fort at det trengs god kondis og gode rutiner for å klare å utføre jobben. En ung gutt, ja han klarte ikke tempoet her og måtte slutte!

Sigrid, som er av ”den eldre garde”, sier hun ”overlever” i jobben fordi hun kan rutine, og at hun ikke trenger bruke tid på dette. Men hun trekker også frem et kjønnsperspektiv når hun uttaler seg. Denne uttalelsen er interessant sett på bakgrunn av norsk sykepleierforskning de seneste årene. Seniorforsker Helge Svare (2009) ved Arbeidsforskningsinstituttet har skrevet boken *Menn i pleie og omsorg*. Her viser han til en undersøkelse blant sykepleiere på et sykehjem som han har foretatt, og hvor han

¹³⁶ DPS er en forkortelse for et distriktpsikiatrisk senter, og et alternativt sted pasientene kan overføres til når de er ansett ferdig behandlet på akuttpostene.

nettopp finner at menn lettere slutter i en arbeidssituasjon de finner utilfredsstillende. Svare sier de ikke ”finner seg i” å arbeide under betingelser hvor de opplever at de ikke får gjort en god nok jobb. Mennene i Svares undersøkelse er de som mest snakker om skuffelsen over å ikke kunne gi beboere på sykehjemmet den livskvaliteten som de synes de har krav på, og om den dårlige samvittigheten de får ved å jobbe under slike forhold (Svare, 2009, s. 192). Når Svare finner at det ofte er menn som slutter, mener han dette kan ha flere årsaker. En årsak han trekker frem er den ”kvinnelige pekefingeren”. Mennene opplever at de ikke arbeidet raskt nok, fordi de ikke hadde så lang fartstid i yrket. De arbeidet senere og opplevde dermed at det kvinnelige personalet ”rusha” for mye. Et annet poeng som blir trukket frem var at de kvinnelige sykepleierne sa det var mulig å gjøre to ting på en gang. Svare skriver om en sykepleier som sier det slik: ”Du kan være hyggelig, men du må reie opp senga mens du prater med fru Hansen, og du må liksom gjøre masse annet, for hvis ikke, skjærer det seg” (Svare, 2009, s. 192). Mennene ønsket et lavere tempo, og sa det var vanskeligere å tilpasse seg ”realitetene”. Svare skriver også at det kan synes som om det er de med minst erfaring som velger å slutte, fordi det er vanskeligere for disse å tilpasse seg praksissituasjonen. De er skuffet over beboernes livskvalitet på sykehjemmet og det gir dem dårlig samvittighet, noe som bidrar til at de velger å søke seg bort fra arbeidsplassen (Svare, 2009, s. 191). Sigrids kommentar på at hun klarer å utføre jobben fordi hun har god rutine på hvordan oppgavene best og mest effektivt kan utføres, kan være i samsvar med det Svare finner i sin forskning. Imidlertid kom det ikke frem i mine intervjuer med de mannlige sykepleierne at de kvinnelige kollegene brukte pekefinger, slik Svares forskning tyder på. Når Bjørn blant annet reiser kritikk, tolker jeg ham dit hen at han har rettet blikket mer mot systemet som sådan enn sine kvinnelige kolleger. Jeg finner heller ikke empiri blant mine andre mannlige informanter som peker i den retning Svare viser til her. Når Svares forskning viser at mannlige sykepleiere oftere slutter når de har arbeidsbetingelser de ikke ønsker, kan dette også ha sammenheng med hvilke arbeidsmuligheter de finner andre steder, og ikke nødvendigvis med at de har vanskeligere for å tilpasse seg realitetene på et sykehjem, slik Svare antyder. Vike (2002) omtaler også menn i pleiesektoren, men vinkler menns utmarsj fra sektoren på en litt annen måte. Han skriver det slik: ”spissformulert kan vi anta at de (menn) ikke ser ut til å ønske å være et objekt for de(n) andres behov for ivaretagelse”, og han fortsetter, ”det er kvinnene som betaler en høy pris når hjelpetrequende ikke blir møtt med den omsorg de

forventer, og som velferdsstaten tar mål av seg å yte” (Vike, 2002, s. 92). Sigrid forteller at det var en yngre mann som sluttet. Det leder oss over på et annet perspektiv, nemlig generasjonsperspektivet.

Sigrid sier *hun overlever* fordi hun kjenner rutinene på posten gjennom den erfaringen hun har fått gjennom mange år. Hun sier ikke at hun ønsker å slutte i jobben, som noen av informantene i Svares forskning, hun gav snarere uttrykk for en ”stå på vilje” for å mestre oppgavene hun var satt til. Sigrid forteller også om en annen side ved hennes væremåte når det gjelder pasientene da hun senere i samtalen omtalte forskjeller mellom generasjonene. Dette sier hun på denne måten:

Mange andre, kanskje de unge, er mer barske og sier: nå må du stå opp! Men jeg er kanskje mer slik at jeg lager et brett med mat og har vennligere tone.

Sigrid ønsker å utføre en god jobb, og uttalelsen hun gir her, viser at hun ønsker å være omsorgsfull samtidig med at hun skal mestre at posten til tider ”koker”. Hun forteller at generasjonen etter henne har en annen oppfatning om hvordan jobben bør gjøres. Dette synes jeg er interessant, også på bakgrunn av at en annen sykepleier også tok frem dette perspektivet. Anne trekker frem generasjonsperspektivet når hun omtaler ulikhet i tilnærming til pasientsituasjonene og prioriteringsutfordringene. Hun bemerker at den unge generasjonen er mer opptatt av å sitte og lese, i stedet for å være ute hos pasientene på stua, og hun sier det på denne måten:

De tar sjelden med seg en gammel kopp kaffe fra stua, men sitter og leser og leser. Jeg vet ikke hva de leser.

Uttalelsene som både Sigrid og Anne kommer med når det gjelder ulikheter generasjonene imellom kan gi en indikasjon på at ”de unge” har en annen tilnærming når det gjelder hvordan de velger å prioritere sin tid på posten. Temaet ble ikke etterspurt av meg i samtalene, de kom ”av seg selv” i samtalens løp. Jeg spør imidlertid Anne i etterkant, om tankene hun kommer med vedrørende generasjonsforskjeller er en allmenn oppfatning på posten, noe sykepleieren bekrefter. Da jeg intervjuet ”de yngre” sykepleierne på postene, kom imidlertid ikke temaet om generasjonsforskjeller frem. Sporet Sigrid og Anne gav meg vedrørende generasjonsforskjeller fikk meg imidlertid til å spørre sykepleierne om ”hvem som

bestemte” på posten når avgjørelser skulle tas. Svaret jeg fikk var at de eldre og de med mest erfaring i stor grad styrte dette. En måte å tolke dette på er at den eldre garde av sykepleiere vil definere hvordan posten skal drives, slik Svare (2009) antyder når det gjelder hvordan menn blir ”irettesatt” av de kvinnelige sykepleierne på posten, og at dette kanskje ikke bare handler om generasjonsforskjeller?¹³⁷

Ser ikke hva som er rundt meg

Sykepleierne omtaler travelhet når det gjelder prioritering. En av sykepleierne, Sigrid viser til en bekymring når det gjelder nettopp travelheten på en annen måte enn hva jeg har vist til tidligere. Hun sier det slik:

... fordi en er så fokusert på hva en gjør, ser jeg ikke hva som er rundt meg.

Sigrid er bekymret fordi hun ikke ser hva som er rundt henne. Denne uttalelsen Sigrid kommer med kan innebære at den faglige forsvarligheten som sykepleierne er regulert av i helsepersonell loven og i sykepleiernes egne retningslinjer i noen sammenhenger er truet. Molven (2009) skriver i boken *Sykepleie og jus* at helsepersonell ikke kan instrueres på tvers av det som er faglig forsvarlig. Sigrid sier riktignok ikke at det går ut over forsvarligheten, men hun sier *hun ikke ser hva som er rundt henne*. Slik jeg tolker dette, kan det for meg se ut til at ”mye kan skje” på posten uten at det blir fanget opp på grunn av travelheten som er til stede, og dette vil naturlig nok, slik jeg ser det, kunne gå ut over den faglige forsvarligheten sykepleierne er lovmessig bundet av, og et brudd med de profesjonsetiske standardene.

Jeg vil for øvrig ikke kunne avslutte dette delkapitlet uten å tilføye at ikke alle dager artet seg slik jeg har presentert ovenfor. En sykepleier forteller at det også er rolige dager. Da kan sykepleierne bake en kake sammen med pasientene og ha en hyggelig

¹³⁷ Tematikken rundt variablene kjønn og generasjonsforskjeller synes jeg er veldig interessant, men på bakgrunn av mitt tema i avhandlingen vurderer jeg det slik at nærmere analyse vil sprengte rammene for min tematikk. Av den grunn har jeg også valgt å ikke implementere forskningen til Svare inn i den refleksive fortolkningen, punkt 6.7. Tankene om generasjonsforskjeller kan også leses inn i debatten om kunnskapsregimer og hvor flere teoretikere og forfattere (Martinsen og Wærness, 1990, Martinsen, 2005, Sennett, 2001, 2007, 2008) skriver at håndverkstradisjonen er i ferd med å forsvinne, noe som kan utgjøre et brudd i det tradisjonelle mester–elev-forholdet.

tid sammen med kaffe og kake på stua i etterkant. En sykepleier fortalte også at det var dager de kunne ta pasientene med ut på tur og gjøre andre ulike aktiviteter.

6.7 Den refleksive fortolkning av prioriteringsutfordringene

6.7.1 Innledning

I dette delkapitlet vil jeg fortolke sykepleiernes uttalelser vedrørende prioritering på postene. Empirien i dette delkapitlet er mangfoldig og omhandler også variabler som kjønn og generasjonsforskjeller. Disse temaene er svært interessante, men vil sprengre grensene og mandatet i denne oppgaven. Hovedfokuset i denne fortolkningen vil være knyttet opp mot lovgrunnlag, faglig forsvarlighetskrav og sykepleiernes opplevelser av mangel på tid, og hva dette kan føre til.

Faglig forsvarlig?

Sykepleiernes plikter er regulert i helsepersonelloven med et ”faglig forsvarlighetskrav”. I tillegg skal sykepleiernes egne yrkesetiske retningslinjer ideelt angi retning for hvordan praksis skal og bør være. Flere av sykepleierne omtaler alle arbeidsoppgavene de har, når vi snakker om prioritering.

Når det gjelder det ”faglige forsvarlighetskravet”, kan det synes som om sykepleierne er usikre på om de kan etterleve dette. Et eksempel er Elin når hun viser til et lederansvar for å tilse forsvarlig bemanning. I noen situasjoner opplever hun at forsvarligheten er truet, og varsler¹³⁸ lederen om tilstander ute på posten. Hun forteller videre at hun etterlyser penger hun mener skulle vært brukt i psykiatrien, og er usikker på hvor disse har tatt veien. Elin er krass, slik jeg leser det, når hun forteller om slike situasjoner. Det som imidlertid ikke kommer frem, er hvorvidt lederen gjør noe med situasjonen slik Elin ønsker. Sykepleieren sier ikke noe om dette, men får støtte for sine synspunkter når også Bjørn forteller om hvordan han må

¹³⁸ Varsling blir omtalt som siste tema i dette kapitlet.

prioritere ute i posten. Han reflekterer over hvordan prioritering foregår ute på posten, og forteller at han har så mange arbeidsoppgaver at han må øve seg i å bli tøffere når det kommer til hvilke valg og arbeidsoppgaver han skal prioritere. Lipsky (1980) finner i sin undersøkelse noe av den samme tendensen som Bjørn peker på her. Måten ”bakkebyråkratene” løser utfordringene på, er å foreta ulike kompromisser for å kunne være i jobben. Bjørn sier han gjør ”en harelabbjobb” og må gå på akkord med de idealene han har med seg. Lipsky (1980) snakker om at bakkebyråkratene både må foreta ”shortcuts” (s. 18) og ofte ”skim the top” på den måten at de favoriserer de klientene som er mest ”suksessfulle”, nærmest som en mestringsstrategi for å kunne ”holde ut” i arbeidet. Jeg har ikke belegg for å si at sykepleierne velger ut de mest suksessfulle, slik Lipsky finner i sin studie, men snarere kan det synes som om de prioriterer arbeidsoppgaver som synes mest prekære og aktuelle der og da. Og som vi så, var ikke Bjørn helt tilfreds med denne formen for praksis.

At arbeidssituasjonen til tider er krevende, illustrerer også sykepleier Sigrid når hun forteller om viktigheten av god kondis. Hun er opptatt av travelheten og hva det kan føre til av konsekvenser for henne som sykepleier, og sier at hun ofte ikke ser hva som er rundt henne. Å ikke se hva som er rundt en, skjer ifølge Martinsen (2005, s. 123-124) når ”mellomøyeblikkene” blir borte, det å ikke styrte til noe og det å la tankene få rom. To betraktninger er nærliggende å trekke frem. Det ene er faglig forsvarlighetskravet, det andre er krysspresset og det moralske stresset som sykepleierne står i. Når det gjelder forsvarlighetskravet, skriver Molven (2007) om skjæringspunktet mellom juss og etikk, og spør om lovbestemmelser er uttrykk for en minimumsetikk. Han er engstelig for at de profesjonelle må bryte med sine egne idealer og standarder, og at etikken i noen sammenhenger må leve på sparebluss (Molven, 2007, s. 236-244). Leer-Salvesen (2005) er opptatt av samme tematikk, og spør hvilken konsekvens den økende vektleggingen på juss vil kunne bety for det profesjonelle skjønnet. Et faglig forsvarlighetskrav inneholder også krav til omsorgsfull hjelp. Empirisk bekrefter sykepleierne at det tidvis finner sted en minimumsetikk, slik jeg tolker dette. Den engelske filosofen Simon Blackburn (2003) skriver at det moralske miljøet som omgir oss, har stor betydning, i den forstand at det er med til å påvirke oss i hvordan vi handler. Han skiller mellom det fysiske miljøet som er synlig og det moralske miljøet som er usynlig. Om det moralske miljøet skriver Blackburn: ”vi er ikke oppmerksomme på dets eksistens og på dets innvirkning på vår tenkning og våre handlinger, slik vi ved elementær sansning er

oppmerksomme på det fysiske miljøet” (Blackburn, 2003, s. 1). Vetlesen (2007) trekker frem to begreper – moralske forpliktelser og kontrakt som ytterligere kan kaste lys over Blackburns anliggende ut ifra et moralsk ståsted. Han argumenterer for at de moralske forpliktelsene handler om hvordan vi engasjerer oss i møte med den andre, et engasjement hvor en viser både respekt, ansvar og omsorg. Denne forpliktelsen innebærer at den andre er noe som angår meg. Han henviser til Løgstrups (1956, 2000, s. 37) begrep om interdependens, som innebærer en mottakelighet for den andres ve og vel både sanselig, kroppslig og ikke minst emosjonelt. Kontrakten, på den annen side, er mer en instrumentell måte i møte med den andre, den garanterer for rettigheter og interesser, men partene holder distanse til hverandre (Vetlesen, 2007, s. 107-109). Slik sykepleierne har beskrevet hvordan de prioriterer, kommer det klart til syne at tidsfaktoren er av avgjørende betydning, og at ”skummingen av toppene” (Lipsky, 1980) synliggjør at det sanselige og emosjonelle kan bli skjøvet til side, så det blir en mer instrumentell praksis som nedfeller seg på postene. Det er tiden som kvantitet, den matematiske tiden som ”forviser” den opplevde tiden, tiden som kvalitet (Bergson 1990, s. 179).

Nordtvedt (2012) omtaler ulike utfordringer knyttet til prioritering, og spennet mellom universelle hensyn og partikulære behov. Han viser til ”sykepleieetikken mange uløste og daglige problemstillinger”, og hevder at ”man kan bli tvunget til å krenke noens interesser for å ivareta den andres, men man må allikevel handle” (2012, s. 248). Nordtvedt skriver at det er viktig å tilstrebe rettferdig likebehandling og utnytte de tilgjengelige ressurser for å tilgodese de pasientene som har størst behov for helsehjelp. Men dette behovet, mener Nordtvedt, betyr ikke nødvendigvis at man aldri kan ta spesielle individuelle hensyn som favoriserer en bestemt pasient. Nordtvedts anliggende bringer oss rett til debatten omkring sykepleiens mandat og rolle, som jeg også gjorde rede for i kapittel 3. Ut ifra mine funn synes Nordtvedts betraktning her som mangelfull da den ser bort ifra et profesjonspsykologisk perspektiv. Her kan det synes som om den normative profesjonsdebatten som jeg har beskrevet i kapittel 3, trenger å suppleres med ny utsikt? Debatten om høymoral (Løgstrup, 1997, Ruyter, 2005, Martinsen, 2012) og hvilke krav og forventninger som skal ligge i profesjonsrollen, synes påtrengende, ikke minst ut ifra ulik forskning som retter blikket mer og mer mot fenomenet moralsk stress (Jameton, 1993, Lützen og Schreiber, 1998, Austin mfl., 2003, Deady og McCarthy, 2010). Som jeg har gjort rede for tidligere, henger moralsk stress sammen med de mange og komplekse

oppgavene de profesjonelle står overfor. Dette er i og for seg ikke noen nytt. Det nye, ifølge Austin (2012), er hvordan de profesjonelle må gå på akkord med sine egne standarder og verdier i stadig økende grad, ikke minst i miljøer der effektivitetskravene stadig er økende. Bjørns uttalelser om å bli tøffere i prioritering for å kunne utføre alle oppgavene han er pålagt, bekrefter nettopp Austins anliggende. Sykepleierne skal både ivareta universelle hensyn og partikulære behov. Tiden og tidsopplevelsen (Bergson, 1990, s. 179) synes å være av vesentlig betydning når sykepleierne forteller om sine opplevelser. Det er mangel på tid, og kvaliteten på tjenestene synes ikke alltid å holde faglige standarder, slik sykepleierne ser det. Sykepleiernes autonomi står under press, noe de blant annet tilskriver mangel på tid. Fjeldbraaten (2010, s. 184) finner også i sin studie blant leger og sykepleiere at det var stor diskrepans mellom det de profesjonelle mente burde gjøres, og det de opplevde det var mulighet til å gjøre, nettopp på grunn av tiden og tidspresset de stod overfor. Martinsen (2012, s. 59) er bekymret over at travelheten kan drive sykepleierne i en retning hvor kravene blir en livsform, og hvor nærværet til pasienten blir borte, en tematikk som jeg har berørt flere ganger. Hvordan komme til rette med de ulike utfordringene og dilemmaene de står overfor, og hva står på spill for den profesjonelle selvforståelsen? Lutzen (2003) omtaler ærlighet om egen tilkortkommenhet og tydelighet overfor ledelsen som en positiv strategi for å motvirke moralsk stress. Samme tendens finner vi i Musto og Schreiber (2012), en undersøkelse blant sykepleiere som arbeider i ungdomspsykiatrien. Deltakerne i undersøkelsen gir uttrykk for at dialogen og samtalen rundt spørsmålet "Is this the best I can do?" var en god måte å håndtere det moralske stresset de opplevde i arbeidet på. Empirisk bekrefter også Elin en slik mestringsstrategi når hun forteller at hun tar tak i ledelsen og sier at arbeidet som utføres, må være forsvarlig. Sykepleierne er opptatt av at jobben de er satt til å gjøre, skal utføres på en god måte, men at prioritering oppleves som utfordrende både når det gjelder faglig forsvarlighetskravet og det moralske stresset de opplever. I neste delavsnitt omkring raske utskrivelser vil vi møte samme tematikken, og ytterligere utfordringer sykepleierne står overfor.

6.8 Rask utskriving

6.8.1 Innledning

Å skrive pasienter raskt ut fra posten var også et tema sykepleierne brakte på bane. Akuttposter i psykiatrien har en lovfestet øyeblikkelig hjelp-funksjon (LOV 1999-07-02, nr. 61, kap. 3). Dette innebærer at postene til enhver tid må ha ledig seng til disposisjon for nye innleggelser. Hvis alle sengeplassene er besatt, foregår det alltid en vurdering når det gjelder hvilke pasienter som må skrives ut når nye pasienter skal innlegges slik at lovpålegget kan overholdes. Akuttposter i psykiatrien skiller seg dermed fra andre poster i psykiatrien der pasientflyten i større grad kan planlegges over tid. Utskrivelsen starter så fort en pasient blir innlagt, sier sykepleierne. Kontakt med ulike andre hjelpetiltak skal etableres, det være seg 1. linjetjenesten, DPS eller poliklinikk. Noen ganger skal også pasienten tilbake til sitt hjem. Pasienten blir kartlagt når det gjelder kommunetilhørighet, om pasienten har vært innlagt tidligere, om problematikken er kjent på forhånd, ressurser rundt pasienten når det gjelder familie og hjelpeapparat, og ikke minst hva slags behandling pasienten skal få mens han eller hun er innlagt på posten. Å kartlegge situasjonen rundt pasienten er derfor tidkrevende, ikke minst på grunn av en krevende dokumentasjonsplikt¹³⁹ som er lovpålagt.

6.8.2 Hva sier sykepleierne om rask utskrivelse?

Innledning

Syv av mine informanter beskrev rask utskrivelse av pasientene som en av de store utfordringene de opplevde på posten. Ikke alltid var det enighet blant pleiepersonalet i disse sakene, og ofte var det uenighet også med terapeutene hvorvidt en pasient skulle utskrives eller ikke.

¹³⁹ Om dokumentasjon, se kapittel 2 og 7.

Hjertet i halsen

En av dem som rettet kritikk mot ”systemet” var Bjørn. Han forteller om diskusjonene som finner sted når pasientene skal utskrives fra sykehuset, og uttrykker stor bekymring når det gjelder de raske utskrivelsene. Han sier det slik:

De raske utskrivelsene – vi diskuterer og diskuterer!

Når jeg ber Bjørn utdype dette nærmere og fortelle meg hva de diskuterer, sier han det slik:

... det er klart at av og til protesterer jeg eller sykepleiegruppa på en utskrivelse, enten at det er for tidlig eller at det er for seint, det kan være begge deler. Og så er det behandlergruppa som gjør det samme. Og det er klart at det er ikke slik at vi alltid har rett eller at de, når jeg sier de, så mener jeg behandlerne, har rett, men det ...det hører til hverdagen at vi diskuterer. Av og til høylytt og av og til rolig. Og det er nettopp fordi vi har et tidspress og kunne ønske at vi tok tak i ting og lar ting få lov å modnes litt mer før vi går videre.

Bjørn viser tydelig at han er engasjert når han sier dette, ser på meg en stund, og fortsetter:

...for det er klart at vi vet at det vi gjør her blir veldig retningsgivende for hva pasienten videre får av tilbud. Når vi skriver noe her, legene skriver en epikrise og vi skriver en sykepleiesammenfatning, så er det veldig ofte retningsgivende.

Bjørn er en av de sykepleierne jeg også tidligere har sitert, blant annet når det gjaldt tvang og tvangsbehandling på posten. Her er han opptatt av tidspresset som han mener bidrar til at personalet må handle før ting er blitt modnet som han sier, og noe han mener kan få konsekvenser for pasientene. Eksempelvis trekker han frem epikrisene som legene skriver og sykepleiesammenfatningen som skal sendes videre med pasientene når de utskrives, enten til kommunen, andre poster eller DPS. Denne informasjonen blir i stor grad retningsgivende for hvilke tiltak som pasienten skal få videre. Jeg tolker Bjørn dit hen at tidspresset kan medføre at informasjon kan gå tapt

underveis slik situasjonen fungerer nå, og at praksisen ikke oppleves god for sykepleieren som ønsker å gjøre en god jobb. Han forteller også at det finnes faglig uenighet når det gjelder de raske utskrivelsene, blant annet fordi posten har akutt-funksjon, og fremhever at tidspresset og praksisen medfører at personalet fra tid til annen trenger ”time-out” fra posten. Når jeg spør hva han mener med ”time-out”, forteller han at noen slutter for aldri å komme tilbake, mens andre tar permisjon en periode, for deretter å komme tilbake. En slik mestringsstrategi Bjørn her beskriver, kan vi også finne igjen i annen forskning på feltet (Svare, 2009).

Også Linn er svært kritisk til de raske utskrivelsene fra posten, og uttrykker forundring over praksisen som finner sted, og sier:

Ikke skjønner jeg det er mulig at en pasient kan være suicidal den ene dagen for deretter bli utskrevet etter tre dager med medisiner. Hvordan kan de da mene at pasienten er god og utenfor fare etter så kort tid?

Linn sikter til kunnskapen hun har lært når det gjelder medikamentell behandling hvor det angis at det vil ta to til tre uker før pasientene vil oppnå bedring på grunn av forordnet medisin. Av den grunn er hun urolig når det gjelder det faglige og ansvarlige ved å sende pasientene hjem etter så kort tid, slik vi også ser Bjørn gi uttrykk for.

Også Inger uttrykker uro over praksisen hun deltar i, og sier:

Da snakker jeg om de utskrivelsene hvor jeg står mest med hjertet i halsen og tenker: var det noe vi ikke så?

Inger virker tankefull når hun sier dette. Hun stopper opp litt, snur seg litt i stolen og ser på meg. Når Inger sier hun ”står med hjertet i halsen”, tilføyer hun i etterkant at hun gjennom mange års arbeid i psykiatrien har opparbeidet seg en viss trening i det gode kliniske blikket til å observere pasientene og fremhever at i den sammenhengen er intuisjon viktig. Når jeg spør hva hun mener med intuisjon kan hun imidlertid ikke helt svare på dette, men sier *det er jo noe vi bare vet*. Nortvedt omtaler sensibilitet som ”en form for direkte og intuitiv erfaring av situasjoner og andre personer”

(Nortvedt, 2004, s. 14), og det er denne sensibiliteten jeg opplever kommer til uttrykk hos Inger når hun *står med hjertet i halsen*.

Uttalelsene Inger, Linn og Bjørn kommer med synliggjør at de raske utskrivelsene gir sykepleierne ulike etiske utfordringer. De skal på den ene siden ivareta postens akutfunksjon, og samtidig ivareta pasienten og et forsvarlighetskrav til tjenesten. I de tilfellene hvor pasientene ikke har andre tilbud gjennom hjelpeapparatet og skal utskrives til hjemmet oppleves disse situasjonene svært vanskelige. Sykepleierne forteller imidlertid at ”så godt som alle” har et tilbud når de utskrives fra posten. Dette kan enten være DPS, poliklinikk, en annen psykiatrisk post eller kommunehelsetjenesten, og pasienten blir på denne måten ivaretatt.

Aldri en kald seng

Enkelte av sykepleierne beskriver at en seng ”aldri blir kald”, og forteller at det i løpet av en vakt kan komme fem til syv nye pasienter, selv om dette bare skjer unntaksvis. Dette betyr at noen må utskrives raskere enn planlagt fordi andre trenger plassen mer. Elin tar opp denne utfordringen og sier:

En seng blir aldri kald her. Så fort vi sender ut en pasient, kommer det inn en annen. Plutselig kan vi få mange nye pasienter. Vi kan faktisk få 5-7 pasienter på en kveld som krever veldig mye, og da koker det på posten!

Elin viser til den raske ”omsetningen” på posten hvor det på en travel kveld kan komme fem til syv nye pasienter. Dette er en tredjedel av postens totale sengekapasitet som byttes ut i løpet av en vakt. Sykepleieren sier at det koker på posten på slike dager, og at dette er krevende situasjoner å takle. Elin viser i denne sammenhengen ikke til de ulike etiske utfordringene hun opplever i forbindelse med dette, men er mer opptatt av alle de praktiske oppgavene som må gjøres i denne forbindelse. Også Sigrid er opptatt av de praktiske konsekvensene dette får for sykepleierne på posten. Hun omtaler de raske utskrivelsene på denne måten:

Vi er en travel post. De ligger her så kort, noen lengre, men noen ett døgn og vi må ha plass til nye pasienter, og da er det veldig arbeid å finne plasser til de

som skal utskrives. Mye må ordnes. De må ha et passende tilbud før de skal ut herifra.

Sigrid sikter også i likhet med de andre sykepleierne til utfordringen med å få overført pasientene til andre poster, DPS eller hjem til sine respektive kommuner, og som beskrevet tidligere i dette delkapitlet er det mange praktiske oppgaver som skal løses på kort tid når slike situasjoner oppstår på posten. Jeg vil i det følgende foreta en refleksiv fortolkning av materialet i lys av ulike teoretiske inntak.

6.9 Den refleksive fortolkning av utfordringer knyttet til rask utskrivning

6.9.1 Innledning

I dette delkapitlet vil jeg fortolke sykepleiernes uttalelser omkring ulike utfordringer knyttet til rask utskrivelse av pasienter på postene. Postene som sykepleierne arbeider på, er som tidligere beskrevet regulert gjennom lovverket til å ha en øyeblikkelig hjelp-funksjon. Sykepleierne på sin side er regulert gjennom helsepersonelloven, der plikten til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp er definert. En akuttpost må alltid ha ledig sengeplass for å oppfylle lovens krav om øyeblikkelig hjelp-funksjon. Hvis posten har fullt belegg, må det tas løpende avgjørelser om hvem som skal utskrives. Eksemplene jeg trekker frem i denne fortolkningen, omhandler det krysspreset sykepleierne opplever for å ivareta forventningene de står overfor. Til slutt trekker jeg frem begrepet krenkelse og spør om det også er slik at ikke bare pasienten står i fare for å bli krenket, men også sykepleierne.

Universell versus individ

Utfordringene omkring hvem som skal utskrives, forteller Bjørn vekker diskusjoner. Et ankepunkt han kommer med, er tidspresset som sykepleierne opplever. Han mener det burde være tid til å la ting modnes (Martinsen, 2012) før avgjørelser må tas, noe som ikke alltid er mulig, nettopp fordi nyankomne pasienter også har rett på sengeplass i klinikken. Jeg tolker Bjørn dit hen at tid i slike situasjoner kan være en

god indikator på kvalitet (Bergson, 1990, s. 179) og på den måten kan sikre best mulig pasientbehandling. Kvaliteten på tjenestene er også ifølge Aasland (2011) knyttet til dem som utfører tjenestene. Løgstrup (1987, s. 78) fremhever viktigheten av tid når det gjelder å kunne være kritisk til ”hva man har lavet, det må have hvilet, for at man kan se på det med nye kritiske øjne”. En slik praksis synes ikke alltid like lett å få til. Inger er urolig for raske utskrivelser, noe som bidrar til at hun av og til ”står med hjertet i halsen”. Sykepleieren er redd hun har oversett et sykdomsbilde hos pasienten som hun burde sett. For å avhjelpe situasjonen forklarer Inger at hun gjennom mange år har opparbeidet seg et godt faglig blikk som kommer til nytte. Når Inger toner inn og sanser hva som står på spill, tolker jeg dette som en erfaringskunnskap og taus kunnskap (Polanyi, 2000). Polanyi mener at den tause kunnskapen er til stede både i persepsjon, bevegelse og kommunikasjon så vel som i teoretisk og vitenskapelig virksomhet. Tematikken som blir tydelig når det gjelder raske utskrivelser, handler i stor grad om å tilstrebe en rettferdig behandling. Alle som oppfyller lovverket, har rett på en akuttinnleggelse på en psykiatrisk post. Utfordringen for sykepleierne, slik de beskriver praksisen, er å ivareta enkeltindividet på en forsvarlig og god måte. Løgstrup (1997, s. 134) har vært opptatt av ”lighedstanken”, som han mener bidrar til høymoral. Når Løgstrup omtaler høymoralen, trekker han nettopp frem universalistiske idealer hvor rettferdighetstanken står sentralt. Ifølge Løgstrup bidrar en slik tenkning til å fordri det instinktive og umiddelbare i situasjonen. Inger forteller at hun stoler på det instinktive når pasientene blir utskrevet raskt, men tilkjenner at hun ikke alltid er sikker, noe som gir henne følelsesmessige belastninger, ikke minst fordi hun vet at det er legen som til syvende og sist avgjør hvilke pasienter som skal utskrives.

Inger står ikke alene om slike opplevelser. Selvmordsfare har jeg omtalt i delkapitlet om tvang, men i denne sammenhengen er Linn opptatt av selvmordsfaren ved raske utskrivelser. Jeg tolker sykepleieren dit hen at hun opplever krysspresset og de ulike forventningene som utfordrende og ikke alltid vet hvordan hun skal komme til rette med det. Empirisk bekrefter sykepleierne at lovverket og plikten utenifra (Brinchmann, 2008) til å oppfylle øyeblikkelig hjelp-kravet i lovverket i noen sammenhenger driver dem til handlinger de ofte ikke er enig i, og at autonomien står under press. Som jeg tidligere ved flere anledninger har beskrevet, har ikke

sykepleierne bare den ene pasienten de skal ivareta, men også den andre og tredje (Aasland, 2005, s. 128). Lovverket skal ivareta pasientens rettigheter til å bli innlagt på en psykiatrisk akuttpost, og det samme lovverket definerer også at pasienter skal ha faglig forsvarlig hjelp. Slik jeg tolker sykepleierne som uttaler seg om tematikken, kan det synes som om de er i tvil i noen sammenhenger om hjelpen de gir pasientene, kan defineres som faglig forsvarlig. På bakgrunn av hva sykepleierne forteller, er det kanskje grunn til å spørre om politikerne har vært for rausse i utdeling av rettigheter tatt i betraktning de midler som er satt til rådighet?

Krenkelse?

Elin forteller at det fra tid til annen er store omveltninger på posten i løpet av en vakt. Riktignok skjer det unntaksvis at det på en kveld kan komme fem til syv nye pasienter. Når dette skjer, koker det på posten, sier Elin. Hun får støtte av Sigrid, som forteller at det er en travel post, og at det er mye som skal gjøres av praktisk arbeid både når en pasient blir innlagt og utskrevet. Bjørn forteller at det praktiske arbeidet består i å skrive gode epikriser og sykepleiesammenfatninger fordi disse vil bli retningsgivende for hvordan pasientens videre forløp vil kunne være når de skal få bistand for eksempel fra kommunehelsetjenesten. Når sykepleierne opplever liten tid til et viktig arbeid, slik flere av dem anfører, vil det i praksis kunne bety at pasientene ikke får med seg så gode sykepleiesammenfatninger som de burde. Jeg tolker sykepleierne dit hen at også i slike situasjoner er de i tvil om hvorvidt den faglige standarden er god nok, og at pasientene ikke nødvendigvis får den omsorgsfulle hjelpen de har krav på. Slik sykepleierne fremstiller praksisen, kan det synes å være i tråd med begrepet minimumsetikk, slik Molven (2007, s. 236-244) har gjort rede for. Her viser han til pasientrettighetsloven, som regulerer tjenestene. Loven angir at den som trenger mest hjelp, skal få tjenestene. Det er til syvende og sist legen som avgjør hvem som skal ha rett på en sykeseng. I noen tilfeller blir sykepleiernes skjønnsmessige vurderinger ikke vektlagt, noe som jeg også tolker medfører moralsk stress når de følger pasienten til ”porten” og sender pasienten av gårde. Spørsmålet som følger sykepleierne i slike situasjoner, handler om hvorvidt de handlet på en god nok måte (Brinchmann, 2008, Deady and McCarthy, 2010, Musto og Schreiber, 2012). Vetlesen, (2007, s. 14) omtaler krenkelse som noe en ikke burde bli utsatt for. Om pasienter ikke får den omsorgsfulle hjelpen de burde hatt, vil det ut ifra Vetlesens definisjon utøves en krenkelse.

Et sideblikk: Kan sykepleierne bli krenket i sin praksisutøvelse når de opplever moralsk stress forårsaket av ulike hensyn som de ikke makter å håndtere på en god måte? Lillestø (2010) gjør rede for ulike forhold som bidrar til krenkelse av enkeltindividet. Hun viser til Løgstrups (2000) begrep urørlighetssonen, og angir tid som en dimensjon. Tid, slik Lillestø beskriver her, knyttes opp mot en persons autonomi, og ”hva han eller hun oppfatter som meningsfullt å anvende tiden til – denne tiden, som vi kaller immanent, blir i seg selv en del av personens handlingsrom” (Lillestø, 2010, s. 459). Flere av sykepleierne opplever at tiden ikke strekker til. Slik dette kan tolkes i lys av urørlighetssonen, slik Lillestø gjør rede for her, innebærer en slik praksis at sykepleiernes handlingsrom og autonomi kan stå i fare, og at systemet i noen grad bidrar indirekte og uintendert til å krenke sykepleierne og deres integritet. Samme tematikk og spørsmål reiser Fjeldbraaten (2010), som hevder at det foregår en identitetskrenkelse av den profesjonelle når autonomien står under press. Et aktuelt spørsmål å stille er hva dette på lengre sikt kan bety for sykepleiernes egen selvforståelse som profesjonelle. Slik det kan se ut, er det altså ikke bare pasientens ve og vel som står i fare for å bli krenket fordi tiden er så kostbar, men også sykepleierne som utøvere kan bli krenket fordi de stadig står overfor utfordringer der knapphet på tid er en vesentlig faktor som spiller inn. Pasientens ve og vel skal ivaretas på to måter: gjennom god moralsk praksis av de profesjonelle og gjennom et lovverk. Skjervheim (2002) advarte mot en instrumentalisering i pasientbehandlingen. Et betimelig spørsmål som reiser seg i den forbindelse, er om det foregår en instrumentalisering og teknologisering av sykepleierrollen. Flere utviklingstrekk kan gi signaler i den retning. Jeg nevner den stadig økende vektleggingen på evidensbasert kunnskap og rutiner som stadig blir mer standardisert. Et sentralt spørsmål som reiser seg i den forbindelse, er om sykepleierne opplever sine idealer og sin spesifikke kunnskap som bevaringsverdig, eller om samfunnsoppdraget (Grimen, 2008, Nortvedt, 2012) blir mer og mer styrende. Sykepleierne fikk ikke dette spørsmålet direkte av meg, men i neste delkapittel, som omhandler varsling (og lojalitet), vil tematikken bli ytterligere belyst¹⁴⁰.

¹⁴⁰ Dette sporet vil også bli ytterligere forfulgt i neste kapittel.

6.10 Varsling

6.10.1 Innledning

Varsling er et fenomen som de seneste årene er blitt viet stor oppmerksomhet i samfunnet. Molven (2009) skriver at retten til å varsle om kritikkverdige forhold tidligere ikke var regulert i noen lov eller forskrift frem til 2006. Denne er nå endret på, sier han, og viser til arbeidsmiljøloven § 2-4. Her omtales to forhold. Det første er ”arbeidstakers rett til å varsle om kritikkverdige forhold” og det andre er at ”arbeidstakers fremgangsmåte ved at varslingen skal være forsvarlig” (Molven, 2009, s. 214).

6.10.2 Hva sier sykepleierne om varsling?

Varsling er også et tema sykepleierne tok frem da jeg spurte om hvilke utfordringer de opplevde i sin arbeidssituasjon. Åtte av mine informanter sa de hadde varslet, mens en av sykepleierne sa hun ikke ville varslet, uten at hun ønsket å utdype dette nærmere. I dette delkapitlet vil jeg først belyse hva sykepleierne sier generelt om varsling, og dernest viser jeg til en konkret varslingssak. Tilslutt retter jeg oppmerksomheten mot kollegavarsling.

Vi kan jo ikke bare varsle og varsle

Bjørn er en av representantene for de åtte sykepleierne som sa han hadde varslet ved kritikkverdige forhold. Bjørn er ivrig når han får spørsmål om varsling, og sier det på denne måten:

Vi kan jo ikke bare varsle og varsle! Da får vi ingenting gjort og vi har mye å gjøre her.

Bjørn er tydelig på at det er flere situasjoner som burde vært annerledes, og forteller videre at ledelsen ved flere anledninger har fått tilbakemelding på dette. Bjørn trekker frem situasjoner han har beskrevet tidligere, og fremhever enda en gang disse situasjonene når vi i samtalen snakker om varsling. Her gjentar han *alle de*

arbeidsoppgavene som blir slengt ut hele tiden og tidspresset som de står overfor, samt uenighet i behandling som gjelder tvang. Jeg spør om han ser noen løsninger på hvordan arbeidssituasjonen kunne vært bedre. Bjørn retter da blikket mot ”systemet” i sin helhet, og trekker frem enda en gang at enkelte slutter i arbeidet, og at *noen må ha time-out*, mens andre resignerer og *gjør så godt de kan* i situasjonen. Sykepleieren understreker at han selv ved flere anledninger har kontaktet sin nærmeste leder, og også ved en anledning kontrollkommisjonen, når det gjelder forhold han mener bør endres, uten at han der og da konkretiserer mer hva hans anliggende var da han henvendte seg til kontrollkommisjonen.

Bjørn tar opp arbeidssituasjonen igjen, og forteller at uenighet og tidspress medfører at enkelte slutter i arbeidet. Jeg har tidligere omtalt Svares forskning (2009) som finner at menn raskere slutter i en arbeidssituasjon hvis presset er for stort. Bjørn tar imidlertid ikke opp hvorvidt det bare er menn som slutter, men han er den eneste av mine informanter som trekker opp dette perspektivet, bortsett fra Sigrid som i delkapitlet om prioritering fortalte om ”en ung gutt” som valgte å slutte på grunn av arbeidspresset, fordi han ikke orket å *løpe så fort*. Halvparten av mine informanter sier imidlertid at de ikke har vært i en situasjon der det har vært nødvendig å varsle. Dette har forundret meg på bakgrunn av funn jeg tidligere har beskrevet i dette kapitlet. Svare (2009) finner i sin forskning at det kan se ut som om kvinnelige sykepleiere lettere aksepterer travelhet og effektivitet. Mens vi så menn kunne velge seg bort, og også gjorde dette, tyder Svares empiri på at kvinner mer ”står i” disse situasjonene. Min empiri viser imidlertid at også kvinner tar tak i ledelsen, slik jeg har omtalt i delkapitlet om prioritering. Her forteller sykepleier Elin til lederen at posten koker, og etterlyser blant annet bedre bemanning og lurer på hvor pengene posten har fått har tatt veien. En konkret varslings sak kom imidlertid frem under samtalene jeg hadde, og den vil jeg fortelle om nå.

En varslingssak

To av sykepleierne, Maja og Bernt, som arbeider på samme post, trakk frem en sak hvor varsling¹⁴¹ var blitt utført, og forteller hvordan responsen hadde vært fra de andre kollegene og ledelsen ”helt til topps”¹⁴². Personalet på posten så forskjellig på dette. *Vi følte oss virkelig som varslere*, uttaler Bernt som var med på ”aksjonen”.

Jeg spør hvordan denne saken ble mottatt av kolleger og leder, og Bernt fortsetter:

Vi fikk klage fra overordnet ledelse om å holde en lavere profil, og en del merkelige reaksjoner fra de som ikke var enig med oss, og fortsetter: folk ble rett og slett sure og tok det mer på person enn sak, og det stusset jeg over fordi dette var jo en etisk vurdering. Men jeg vet ikke om jeg skal spekulere i hva de syntes disse lederne mine, men det var surmuling mellom linjene, ganske sterk kritikk av hva vi hadde gjort. Men hvis jeg merker kritikkverdige forhold igjen, så....så tror jeg nok jeg ville reagert på et eller annet vis, det ville jeg nok ha gjort.

Bernt er en av de yngre informantene jeg intervjuet. Han virker trygg og rolig og ler litt når han forteller meg om denne saken. Han og Maja, som er en av de eldre sykepleierne, valgte å føre saken til topps. Svares (2009) forskning viser en tendens til at det er de nyeste på en arbeidsplass som fortest får dårlig samvittighet, ikke aksepterer effektivitetskravene og det å være vitne til at pasientene ikke får den omsorgen de har krav på. Dette er interessant fordi Maja representerer ”den eldre garde” av kvinnelige sykepleiere, mens Bernt representerer ”den yngre garde” av mannlige sykepleiere. Maja kan naturligvis være en ”dissenter” av ulike grunner, blant annet fordi hun har lang fartstid på posten og har opparbeidet seg anseelse blant sine kolleger og dermed er uredd og ”våger” å ta denne utfordringen.

¹⁴¹ Denne saken har vært prinsipielt utfordrende å beskrive på en rettmessig måte. For det første målbærer jeg kun de to sykepleiernes synspunkter og lar ikke nærmeste leder komme til orde. Dette er gjort av anonymitetshensyn i forhold til den konkrete saken dette handler om. Det som allikevel må bemerkes er at lederen også argumenterte med etisk begrunnelse, men med et annet perspektiv. Da jeg allikevel velger å beskrive hendelsen er dette av prinsipielle hensyn fordi hendelsen viser at varsling på generelt grunnlag kan medføre utfordringer for sykepleiere som velger å fronte sine synspunkter.

¹⁴² Til topps innebærer den øverste ledelsen.

Maja og Bernt er uenige med sin nærmeste leder og enkelte av de andre sykepleierne i denne saken. Ledelsen "høyere opp" var heller ikke fornøyd med "aksjonen", og ba sykepleierne å "ha en lavere profil". Svensson og Karlsson (2008) omtaler lignende situasjoner, og sier: "noen profesjonelle yrker har også lovregulert rapporteringsplikt til myndigheter når en klient eller pasient fryktes å ha blitt utsatt for feilaktig, dårlig eller manglende behandling. Dette skaper ofte lojalitetskonflikter og gjør relasjoner blant kolleger utfordrende" (Svensson og Karlsson 2008, s. 268). Molven (2009) beskriver retten til å varsle, og at denne retten fra 2006 er nedfelt i arbeidsmiljøloven §2-4. I tillegg til denne retten har sykepleierne som vi har vært inne på flere ganger en plikt til å utøve "faglig forsvarlighet" i møte med den enkelte pasient. Å utøve skjønn handler også om den profesjonelles mulighet til å opptre faglig autonomt. Jeg har ved flere anledninger vist til Willig (2009) som er opptatt av de profesjonelles autonomi og henviser i boken *Umyndiggjørelse* til en undersøkelse han har foretatt blant pedagoger i Århus. Her fremkommer det blant annet at kritikk som ble ytret oppover i systemet, ofte basert på tiårs erfaring og faglig etablerte standarder for hva som er forsvarlig profesjonsutøvelse, "ble demontert og returnert til avsender" med beskjeden om at medarbeidere som "klager" kun skaper et negativt miljø og utgjør et samarbeidsproblem. Willig skriver at pedagogene føler de ikke kan kritisere uten frykt for represalier (Willig, 2009, s. 19), og hevder at pedagogene er umyndiggjort, plaget av avmakt og handlingslammelse. Når Bjørn sier at *vi kan ikke bare varsle og varsle*, tolker jeg det dit hen at sykepleierne fra tid til annen også må oppleve en form for avmakt, slik Willig her beskriver. Empirisk bekrefter Maja og Bernts fortelling Willigs teori. Sykepleiernes autonomi står under press, men enkelte sykepleiere, velger allikevel å prioritere det de mener er pasientens rettigheter til tross for det ubehaget det medfører. Jeg omtalte innledningsvis at en sykepleier sa hun aldri ville varslet, men ønsket ikke å begrunne utsagnet noe mer, da jeg spurte henne. Hvorvidt dette er et tegn på at varsling til tross for nye lovbestemmelser allikevel er et stort steg å gå for sykepleierne på posten, eller om utsagnet handler om individuelle egenskaper er vanskelig å si noe sikkert om.

Som vi har sett er det ulike oppfatninger blant sykepleiere om det skal varsles og hvilke saker dette kan dreie seg om. På bakgrunn av dette spør jeg sykepleierne om

de ville varslet om en kollega utførte kritikkverdige handlinger. Dette vil jeg si litt om i neste avsnitt.

Kollegavarsling

Når jeg spurte sykepleierne om de ville ha varslet om en kollega opptrådte kritikkverdig, mente de fleste at det ville de ha gjort. Anne sier det slik:

Varsle på en kollega? Ja, det ville jeg ha gjort, men først ville jeg snakket med den det gjaldt.

De fleste sykepleierne delte Annes synspunkt, og mente de først ville tatt saken opp med sin kollega, og dernest varslet lederen om det ikke ble bedring av saken. Da jeg spurte om eksempler på hvilke saker dette i så fall kunne dreie seg om, ble de fleste utydelige i svarene de gav meg, men et par av informantene fortalte at *det kunne være hvis de så en kollega var uhøflig mot en pasient og snakka litt bryskt til denne*. Under arbeidet med analysen har jeg tenkt på hvorfor sykepleierne ikke kunne eksemplifisere saker de ville varslet om, og undret meg på hva dette kan bety. Tidligere forskning blant leger (Aasland og Førde 2005) og (Førde 2000) viser at legeprofesjonen synes det er problematisk å kritisere sine egne. Mesel (2008) viser til sin studie hvor han omtaler den lojalitetsproblematikken som finner sted blant leger, og sier at empirien peker i begge retninger, både åpenhet og tildekking. Imidlertid påpeker flere av informantene at de opplever lojalitetskonflikter, men at det er en samstemmighet i at lojaliteten går til pasienten først (Mesel, 2008, s. 183). Hov (2007, s. 217-218) finner i sin studie blant barnevernsarbeidere at lojaliteten først og fremst går til barn og foreldre og det faglige hensynet, men at motstanden kunne komme fra kommunen de var tilknyttet i form av stramme økonomiske rammer. Mine funn tegner også et bilde av sykepleiere som sier de ville ha varslet ved kritikkverdige forhold av en kollega, men samtidig kom det lite konkrete saker frem i situasjoner hvor dette hadde vært aktuelt. En måte å forstå dette på kan være at sykepleierne ikke har opplevd situasjoner hvor varsling på en kollega har vært aktuelt, mens en annen måte å forstå "tausheten" på kan handle om en redsel for kritikk av andre og systemet, nettopp fordi det kan kjennes ubehagelig å ta tak i saker som er kontroversielle. Hendelsen Maja og Bernt presenterte viste at varsling ikke alltid var letteste vei å gå.

6.11 Den refleksive fortolkningen av varsling

6.11.1 Innledning

Jeg vil i det følgende fortolke informantenes empiri i lys av ulike teoretisk inntak. I hovedsak vil jeg rette fokus mot sykepleiernes lojalitet til sine egne standarder, arbeidsplassen og kollegers forventning.

Varsling og lojalitet

Halvparten av mine informanter fortalte at de hadde varslet, og mente at varsling kunne by på utfordringer på flere måter. Bjørn forteller om mange situasjoner hvor det burde varsles, og at han selv er flittig varsler. Sykepleieren beskriver et krysspress fra ulike forventninger og mangel på tid som også er blitt presentert i tidligere delkapitler. En strategi Bjørn presenterer, er å ta en *time-out*. Musto og Schreiber (2012) finner i sin undersøkelse at sykepleiere som ikke opplever å bli hørt av ledelsen, vurderer å forlate arbeidsstedet.

Ikke alltid er ledelsen enig når sykepleierne opplever at de må handle slik de mener er rett. Maja og Bernt valgte å varsle til tross for motstand fra nærmeste leder og fra ledelsen ”høyere opp”. Saken de presenterte, illustrerer at varsling kan være utfordrende. Sykepleiernes lojalitet gikk først og fremst til pasienten og dennes interesse og rettighet (YER, 5.3, 5.4). Sykepleierne ble møtt med beskjed om å holde en lavere profil og sterk kritikk av dem som var uenige. Bernt forteller at han synes reaksjonen var underlig fordi varslingen slik han så det, representerte en etisk vurdering. Hendelsen som Bernt beskriver, viser at interne regler og pliktetikken utenifra (Brinchmann, 2008) kan bidra til å begrense sykepleiernes handlingsrom og autonomi (Willig, 2009). I dette tilfellet valgte to av sykepleierne å ikke følge postens regler, fordi de mente saken var viktig både etisk og rent prinsipielt.

I kapittel 3 presenterte jeg ulike syn på hva profesjonsetikk skal og bør være. Som tidligere beskrevet, argumenterte Grimen (2008) for at profesjonsetikken skulle være tuftet på samfunnsmandatet alene og universelle standarder, og at profesjonsmoralen

skulle reguleres ovenifra. Nortvedt argumenterte for at partikulære hensyn måtte vektlegges. Senere har vi sett at Nortvedt (2012) har tonet ned sitt standpunkt fra tidligere (1996, 2004, 2005). Grimens perspektiv reiser ulike problemstillinger som omhandler lojalitet. Å slavisk følge og etterleve det politiske samfunnsmandatet synes utfordrende og moralsk belastende (Ruyter, 2005) i noen situasjoner, nettopp slik Bernts og Majas varsling tyder på. Ruyter trekker frem et interessant perspektiv og skriver at i den grad sykepleierne ene og alene jobber på oppdrag fra andre via et politisk samfunnsmandat, slik Grimen anførte da profesjonsdebatten startet i 2005, vil det være rimelig å legge til grunn at de profesjonelle skal vise lojalitet til sine oppdragsgivere. På den annen side, hvis profesjonene har ansvar for sin egen virksomhet, ”kunne det tenkes at varslere i større grad kunne få støtte fra sin egen profesjonsforening”, mener Ruyter, som er av den formening at varslere ikke alltid blir fulgt opp slik de skulle (2005, s. 133). Hendelsen der Maja og Bernt ønsket å opptre pliktoppfyllende og følge sine indre verdier og idealer, ble ikke en sak for deres profesjonsforening, men den reiser prinsipielle og aktuelle spørsmål av betydning. I kapittel 2 skrev jeg at Rådet for sykepleieetikk¹⁴³ mottar flere henvendelser hvor varsling er aktuell problemstilling. Halvparten av sykepleierne angir imidlertid at de aldri har varslet. Dette funnet synes noe overraskende, på bakgrunn av hva de som har varslet sier, og i ettertid under arbeidet med analysen ser jeg at denne problemstillingen hadde vært interessant å kjenne mer til. En forklaring kan være at tidsperspektivet er blitt så styrende at mange sykepleiere i en travel hverdag ikke klarer å identifisere ulike situasjoner som moralsk urett. En annen forklaring kan være slik nettopp Bjørn sier, at ”det ikke kan bare varsles og varsles, for da får man ingenting gjort”. Denne forklaringen har også tidsperspektivet i seg. Som en tredje mulighet har jeg reflektert over om praksisen kan ha sammenheng med at sykepleierne plasserer ansvaret hos ansvarlige ledere og dermed fratrer sine moralske standarder. Denne problematikken har Hanna Arendt i særdeleshet vært opptatt av. Jeg har tidligere omtalt Hanna Arendts (1965) bok *Eichmann i Jerusalem*. Her skriver hun hvordan enkeltmennesket fraskriver seg ansvar med argumentet plikt mot det systemet en representerer. I noen sammenhenger kan dette få fatale følger, mener Arendt, som argumenterer for at enhver har ansvar for sine handlinger. Dette er også en interessant problemstilling for Rådet for sykepleieetikks mandat og rolle,

¹⁴³ Mitt kjennskap til dette er i perioden 2007-2011 da jeg selv var medlem av Rådet for sykepleieetikk.

og sykepleiernes profesjonsforening, slik Ruyter (2005) er opptatt av. I kapittel 2 omtalte jeg at det oppstod en dissens mellom Rådet for sykepleieetikk og forbundsledelsen i forkant av Landsmøtet i 2011. Uenigheten handlet om Rådets arbeidsform og behandling av saker. Forbundsledelsen og generalsekretæren mente at Rådet skulle gjøre seg bruk av det såkalte kontradiksjonsprinsippet¹⁴⁴, noe Rådets medlemmer og leder Marie Aakre var uenig i. For det første anførte Aakre at Rådet for sykepleieetikk ikke skulle være en domstol hvor juridiske aspekter blir viktige, men et rådgivende organ med henblikk på god profesjonsutøvelse. Rådet fremhevet også betydningen av at sykepleiere selv kan reflektere over hvor listen skal legges for forsvarlig praksis. En slik vektlegging betyr at sykepleiere også har et moralsk ansvar for sine handlinger, og at man ikke uten videre kan vise til systemer om og når noe går galt. Nettopp denne tenkningen er det vi finner også hos Arendt. Eichmann mente han bare gjorde sin plikt overfor det systemet han representerte, og fraskrev seg alt ansvar da rettssaken mot ham startet.

Flere forfattere har advart mot at profesjonsetikken kan få magrere kår i møte med et økende byråkrati og et markedsbasert helsevesen, slik også dette delkapitlet empirisk bekrefter. Sennett (2001, s. 121-123) er inne på noe interessant når han omtaler den gamle og den nye arbeidsetikken. Mens den gamle arbeidsetikken handlet om selvdisiplin, handler den nye om gruppearbeid og gjensidig forpliktelse. Dette er ikke uten videre uproblematisk, mener Sennett og viser blant annet til at praksisen kan føre til overfladiskhet og konformitetspress. Freidson (2007, s. 209-213) advarer mot utvisking av profesjonsetikken fordi de profesjonelle da ville kunne stå i fare for å miste sin legitimitet.

Jeg har tidligere beskrevet i kapittel 1 og 2 at det i forkant av innføringen av helseforetaksreformen ble vedtatt en sterkere vektlegging på pasientens rettigheter gjennom pasientrettighetsloven. De to omtalte varslerne var opptatt av pasientens rettigheter, men opplevde seg motarbeidet¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Se kapittel 2.

¹⁴⁵ Arbeidsmiljøloven har gitt varslerne styrket vern. I (Lov av 17. juni 2005, nr. 62) § 2-5 (1) med endringer, sist ved lover av 19. juni 2009, omtales arbeidstakers rett til varsling på denne måten i §2.4: "Arbeidstaker har rett til å varsle om

6.12 Oppsummering og konklusjon på første forskerspørsmål

I mitt første forskerspørsmål søker jeg svar på hvilke etiske og moralske utfordringer sykepleiere opplever i sin arbeidshverdag. Analysen har avdekket flere sentrale profesjonsetiske utfordringer sykepleiere står overfor knyttet til tvang, ECT-behandling og medikamentell behandling. Også prioriteringsutfordringer, raske utskrivelser samt varsling angir sykepleierne som utfordrende.

Sykepleierne drar nytte av ulike etiske modeller når de skal handle. Autonomien synes å stå under press forårsaket av alle lovpålagte oppgaver og et effektivitetskrav. Sykepleierne er opptatt av å gjøre det gode og rette, men det kan synes som om pliktetiske overveielser og krysspress i noen sammenhenger hindrer dem i å handle i henhold til de idealene de har med seg, og de verdene de ønsker å representere. Alle arbeidsoppgavene sykepleierne presenterer, og mangel på tid synes å forårsake et moralsk stress som sykepleierne prøver å komme til rette med. Eksempelvis forteller en sykepleier at hun har opplevd å stå med hjertet i halsen ved utskrivelse av en pasient, mens en annen sykepleier forteller at de må øve seg i å bli tøffere, mens en tredje forteller at hun gruer seg for å gå på jobb. Det kan imidlertid se ut til at de ikke helt finner mestringsstrategier for å håndtere alle de utfordringene de er stilt overfor. En strategi handler om å ta en *time-out*, andre strategier handler om å varsle og være i dialog, i håp om bedring.

Det er viktig å understreke at den tematikken og de utfordringene sykepleierne har definert som utfordrende, ikke er av ny dato. Både tvangsproblematikk, behandlingsmetoder, prioriteringsutfordringer, tid og travelhet har vært aktuell tematikk lenge før endringer i lovverk med skjerpelse av pasientens rettigheter og helseforetaksreformen trådte i kraft. Avhandlingen har heller ikke hatt intensjon om å måle effektene av reformen, men snarere løfte frem sykepleiernes opplevelser når det gjelder hvilke utfordringer de opplever i dag. Det kan allikevel være grunn til å tro,

kritikkverdige forhold i virksomheten". §2.5: "Gjengjeldelse mot arbeidstaker som varsler i samsvar med § 2-4 er forbudt." I § 3-6 omtales arbeidsgivers plikt til å legge forholdene til rette for varsling.

med bakgrunn i det empiriske materialet, at tempoet og tidsperspektivet er blitt skjerpet med det til følge at sykepleierne opplever en sterkere grad av avmakt og moralsk stress enn tidligere. I neste kapittel vil jeg se nærmere på mitt forskerspørsmål nummer to og søke svar på om innføringen av statlige reformer betyr noe for sykepleieres muligheter til å handle som profesjonelle, og i tilfelle hva.

7. Statlige reformers betydning for sykepleiernes profesjonelle yrkesutøvelse

7.1 Innledning

I dette kapitlet skal jeg belyse og gi svar på mitt andre forskerspørsmål:

Betyr innføringen av statlige reformer noe for sykepleieres muligheter til å handle som profesjonelle, og i tilfelle hva?

Når politiske statlige reformer¹⁴⁶ er interessante, er det fordi politikken møter sterke tradisjoner hos de profesjonelle i form av ulike verdier og normer. Det er derfor nærliggende å se nærmere på hvor sterke de strukturelle bindingene er for sykepleieres handlingsrom, og på hvilken måte de setter begrensninger. Når jeg i mitt forskerspørsmål bruker betegnelsen ”å handle som profesjonelle” legger jeg til grunn en forståelse som innebærer at profesjonelle handlinger innbefatter både skjønnsutøvelse basert på faglig ekspertkunnskap, og at handlingene reflekteres over og begrunnes når det gjelder profesjonsetikk.¹⁴⁷

For å forstå bedre hvordan de nye organisatoriske betingelsene hadde implikasjoner for sykepleierne, startet jeg med å spørre hvorvidt de opplevde ulike endringer på arbeidsplassen i løpet av de seneste årene, og om de kjente til helseforetaksreformen og innføringen av enhetlig ledelse. Svarene de gav meg blir presentert i syv delkapitler. Temaene jeg presenterer er sett ut ifra et forskerperspektiv, og ble foretatt etter ulike kriterier. For det første temaer sykepleierne identifiserte når det gjelder endring på postene i løpet av de siste årene, dernest etter kriterier jeg selv anså som betydningsfulle og for det tredje temaer som jeg anså som teoretisk interessante. Det første temaet jeg har viet interesse og omtaler er det jeg har kalt Økende

¹⁴⁶ Helseforetaksreformen og ulike lovendringer er gjort rede for i kapittel 2.

¹⁴⁷ Se kapittel 1.

dokumentasjon og skjemavelde. Her presenterer jeg for det første de svarene sykepleierne gav meg når det gjelder spørsmålet om de kjente til de organisatoriske endringene som hadde funnet sted. Deretter presenterer jeg det første temaet åtte sykepleiere identifiserer som en klar endring i praksisen, nemlig et økende dokumentasjonskrav. Det neste delkapitlet har jeg kalt Økte krav til standardisering. Her var det to informanter som identifiserte en ny og endret praksis. Mitt tredje delkapittel har jeg kalt Tverrfaglighet, profesjoner og kunnskapsbaser i endring? Temaet ble interessant på bakgrunn av de opplysningene jeg fikk i mitt andre delkapittel om økte krav til standardisering. Jeg utvidet da mitt fokus til å undersøke hva sykepleierne sa om det å arbeide tverrfaglig for om mulig å oppdage endrede områder for jurisdiksjon og hvorvidt endrede organisatoriske betingelser kunne medføre at sykepleiernes spesifikke kunnskap var i endring. Det neste delkapitlet har jeg kalt Avstand til ledelse og kulerammer¹⁴⁸. Dette på bakgrunn av at tre sykepleiere identifiserte nettopp denne problematikken som aktuell og som hadde blitt mer synlig de seneste årene. Helseforetaksreformen med innføring av enhetlig ledelse hadde som mål en sterkere styring med de profesjonelle. Det neste delkapitlet som jeg har kalt Sykepleierrollen og lederrollen er ment å fange opp og belyse i hvilken grad og på hvilken måte lederrollen er endret. Mitt nest siste delkapittel har jeg kalt Dyder – oppofring, faglighet og empati. Her var jeg interessert i å vite om sykepleierne hadde forbilder og hvordan de mente en god sykepleier skulle være. Mitt siste delkapittel har jeg kalt Etikk og refleksjon. I dette delkapitlet ønsket jeg å få svar på hvilke etiske kilder sykepleierne selv mente de gjorde seg bruk av, og deretter ønsket jeg å undersøke hva sykepleierne mente om postens ”etiske politikk”. Hvert delkapittel vil bli avsluttet med en fortolkning av det empiriske materialet. Kapitlet blir avsluttet med en oppsummering hvor jeg svarer på mitt andre forskerspørsmål.

¹⁴⁸ Begrepet kuleramme fikk jeg av en av mine informanter når han omtalte økonomene i departementene langt borte fra praksisfeltet som satt med kulerammer.

7.2 Økende dokumentasjon – skjemavelde

7.2.1 Innledning

Jeg vil i dette delkapitlet beskrive og analysere hva sykepleierne sa da jeg spurte om de kjente til nye organisatoriske betingelser og innføringen av helseforetaksreformen. Ingen av sykepleierne mente å kjenne til reformen. Imidlertid identifiserte de et annet tema, nemlig et økende dokumentasjon og skjemavelde. Åtte av sykepleierne jeg snakket med fremhever at vektlegging av dokumentasjon var blitt skjerpet de siste årene, og trekker dette frem som både positivt og negativt. To av disse åtte informantene identifiserer også et økende skjemavelde de har å forholde seg til. Sykepleierne var imidlertid ikke enige når det gjelder hvordan de opplevde den økende dokumentasjonen. De av sykepleiere som uttrykte bekymring over praksisen, mente at dette var med på å ta tiden de hadde til rådighet bort fra pasientene. Samtidig fremhevet enkelte at prosedyrene kunne gi trygghet både for selve utøvelsen av sykepleieyrket og ikke minst det å kunne forsikre seg om at alle regler var fulgt til pasientens beste. Sitatene jeg viser til er dekkende når det gjelder de meningene som kom frem i samtalen.

Bedre kvalitetssikring

Bakgrunn for dokumentasjonsplikten finnes i lovverket. Lov om pasientrettigheter (LOV-1999-07-02, nr. 63) hadde til hensikt å skjerpe pasientens rettigheter. Og i Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02, nr. 64) og i Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02, nr. 61) er det stilt et krav til kvalitet og sikkerhet i helsevesenet. Et virkemiddel sykehusene anvender for å imøtekomme lovens krav til kvalitetssikring er å vektlegge dokumentasjonen og gi transparens¹⁴⁹. Dette kan muliggjøres gjennom sykehusets DIPS-system¹⁵⁰. Flere innvendinger som har vært

¹⁴⁹ Se kapittel 2.

¹⁵⁰ DIPS-forkortelsen stod opprinnelig for ”Distribuerte informasjon og pasientdatasystem”. I dag kaller aksjeselskapet seg DIPS ASA og er den største leverandøren av systemer for elektronisk pasientjournal til sykehusene i Norge. DIPS er en samlet elektronisk presentasjon av all viktig og relevant klinisk informasjon vedrørende pasienten. Systemet erstattet den papirbaserte pasientjournalen. Aksjeselskapet DIPS ASA eies av de ansatte 60 % samt Nordland Fylkeskommune, Vest-Agder Fylkeskommune og Diakonhjemmet sykehus.

reist når det gjelder en stadig økende dokumentasjonsplikt møter vi hos flere teoretikere i feltet (Martinsen, 2005, Willig, 2009, Heggen og Dyrdal Solbrekke, 2010). Hallandvik (2010) skriver i artikkelen “Måling av omsorg” at dette ikke er et nytt fenomen i omsorgssektoren, men at dagens sterke vektlegging i særlig grad er knyttet til ny styrings- og ledelsestenkning på 1980-tallet og utover, og faglig evidenstenkning fra slutten av 1990-tallet (Hallandvik, 2010, s. 155). Hallandvik redegjør for at målinger i et instrumentelt perspektiv er nyttige og uunngåelige virkemidler fordi de bidrar til oversikt og kontroll, men han omtaler også det problematiske blant annet utvelgelse av indikatorer for å fremheve noen interesser fremfor noen andre. Hallandvik bruker Røvik (1998) som referanse når han belyser målinger ut ifra et institusjonelt perspektiv hvor symbolvarianten vektlegger en legitimerende funksjon (Hallandvik, 2010, s. 155). Hamran (1991) er også opptatt av og bekymret over dokumentasjonsplikten og ikke minst rapportene som hun mener gradvis endres fra en muntlig dialog til å bli erstattet av vitenskapelige begreper. Hun mener det er den evidensbaserte kunnskapen som kan bidra til å forvise sykepleiernes egenfortelling blant annet når rapporter skal overleveres.

Rapporter og kvalitetssikring

En av sykepleierne som nettopp trekker frem rapportene er Inger. Når hun skal beskrive sin hverdag og endringer på posten de siste årene, omtaler hun rapportene som hun mener blir bedre kvalitetssikret enn før. Hun sier det slik:

Vi kommer klokka halv åtte, da er det nattevaktene som har rapport. En veldig kvikk rapport egentlig, for all vår dokumentasjon er nå elektronisk, så vi har kortet ned på rapporttid. Og da får vi i grunnen det som har vært på natta. Og så er det vårt ansvar å oppdatere oss i forhold til rapport på døgnet som har vært. Vi bruker hverandre og spør jo hvis det er noe vi lurar på. Men når det gjelder rapportene i forhold til før, så tror jeg vi har en bedre kvalitetssikring

enn tidligere, blant annet fordi inne på dataen ligger veiledende planer¹⁵¹ som vi er i gang med nå.

Inger trekker frem at kvalitetssikringen av arbeidet som blir utført er bedre enn tidligere, og mener at den elektroniske dokumentasjonen som er blitt en del av praksis er til det gode for arbeidet på posten.¹⁵² Praksisen som Inger omtaler gjenspeiler også effektivitetskravet sykehuset tilstreber å etterleve slik helseforetaksreformen hadde til hensikt, og til å oppfylle kravene i lovverket. Inger deler ikke skepsisen og fokuset på bokholderiet som flere forskere er opptatt av (Hamran, 1991, Martinsen, 2005, Heggen og Dyrdal Solbrekke, 2010). Det gjør imidlertid en annen sykepleier.

Mindre tid med pasientene

Anne trekker frem et annet perspektiv og sier at den elektroniske dokumentasjonen kan ta bort tiden de har til rådighet hos pasientene. Hun sier det slik:

... det er klart all dokumentasjon på pc tar mer tid enn vi brukte på dokumentasjon tidligere. Og hva går det på bekostning av? Det sier seg selv at pasientene får se mindre til oss.

Anne og flere av sykepleierne mener den elektroniske pasientjournalen er en tidstyv, noe også Fjeldbraaten (2010, s. 141-142) finner i sin forskning blant sykepleiere på somatiske poster i et helseforetak. Anne forteller videre at da systemet ble innført, ble det brukt mye tid til opplæring og sier at det å skrive rapportene i dag tar lengre tid

¹⁵¹ Sosial- og helsedirektoratet gav i 2002 ut sin første veileder for individuell plan. En veiledende plan skal være et hjelpemiddel i arbeidet med individuell planlegging. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har krav på en individuell plan.

¹⁵² I kapittel 2 omtalte jeg pleieplaner og rapporter som tidligere kunne være lite presise og konkrete og kunne bære preg av "lokal kunnskap". Den lokale kunnskapen kunne blant annet være forkortelser som bare "bakkepersonalet" kjente til. Samtidig representerte kunnskapen et upresist språk.

enn tidligere. Om denne praksisen handler om sykehuspostens vektlegging på dokumentasjon, eller hvorvidt teknologien og DIPS-systemet er mer tidkrevende spurte jeg imidlertid ikke om. Det er grunn til å tenke seg at begge mulighetene er til stede. Jeg har tidligere beskrevet at de nye helselovene skulle bidra til en skjerpelse når det gjelder pasientenes rettsikkerhet, og i Lov om helsepersonell, kapittel 8, § 47, er dokumentasjonen også vesentlig når det gjelder å sikre seg om det skulle komme klager og ved en eventuell rettssak. Den elektroniske dokumentasjonen er ment å sikre både pasienten, den enkelte sykepleier og sykehuset selv.

I Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV 1999-07-02, nr. 61) omtales helseinstitusjonens plikt til å sørge for at journal- og informasjonssystemene er forsvarlige. Dette omfatter også sykehuspostens interne systemer og regler. En annen sykepleier, Audhild, gjør seg betraktninger når det gjelder alle skjemaene som skal utfylles. Hun sukker, og sier med en oppgitt tone:

Vi har skjemaer¹⁵³ for alt, alt skal sjekkes, bagasje, hvor ungene er osv., alt dette må vi ha dokumentasjon på.

Skjemaene har en nyttefunksjon og er et sikkerhetssystem (Hallandvik, 2010) som bidrar til å fange opp uheldige forhold, blant annet å forsikre seg om at barn ikke er alene hjemme. Audhild sier hun forstår at det er viktig å sjekke hvor ungene er, og at de blir tatt vare på, og forteller at det tidligere hadde hendt at små barn var alene hjemme, mens mor ble innlagt som øyeblikkelig hjelp med psykose. Posten hadde den gang ikke rutiner for å sjekke ut slike omstendigheter. Samtidig med dette hevder hun at skjemaveldet er stort og tar tid.

¹⁵³ Skjemaene som er i bruk, er utarbeidet både lokalt og sentralt, men må være godkjent av avdelingsledelsen om de skal være gjeldende. Enheten kan utarbeide en rutine/skjema som så blir tatt inn i sykehusets gjeldende prosedyrer. Gjeldende rett finnes til enhver tid i sykehusets web-system kalt ek-web. Kilde: enhetsleder på den ene posten hvor jeg har foretatt mine intervjuer.

7.2.2 Dokumentasjon – fra et lederperspektiv

Det synes som om lovens krav til sikkerhet etterstrebes av sykepleierne på posten. To av mine informanter er ledere på hver sin post, og i samtale med disse fremhever den ene lederen viktigheten ved å ha sjekklister, blant annet i forbindelse med en suicidalitetsvurdering, som ofte er en stor del av problematikken på posten. Lederen fremhever at rutinene er slik at en vurdering skal foretas og dokumenteres, men om det går galt kan sykehuset allikevel ikke klandres, fordi alle prosedyrer var fulgt. Lederen kommenterer dette slik:

Kvalitet ja, jeg tenker jo det skal være som et produkt med innhold – det er det som er kvalitetssikring, alt vi holder på med her. For eksempel i forhold til suicidalitet. Det kan godt være vi tok feil, men vi har fulgt prosedyrene.

Lederen fortsetter med å fortelle hvorfor prosedyrene er så viktig å overholde, og belyser dette med et eksempel fra industrien, og hvordan man der skulle sikre seg at det ikke skjer feil med biler i produksjon på fabrikkene. Lederen sier det slik:

Omtrent som service på en bil, vi må sette kryss for alt vi har gjort, det er så moderne det vet du, det er sånn med kvalitetssikring, det kommer jo fra bilindustrien på 50-60-tallet. Japan, for eksempel, hvis Mazdaen mista skjermen så kunne de se hvem som hadde skrudd på den skjermen på fabrikken, det ble nemlig signert hvem som hadde gjort det. Sånn er det jo vi også gjør, vi signerer jo – det er jo det som er kvalitetssikring ... alt vi holder på med her.

Lederens eksempel overrasket meg ved å sammenligne pasienter med biler og kvalitetssikring av disse. Metoden har likhetstrekk med metoder til den

nordamerikanske ingeniøren Frederick W. Taylor¹⁵⁴. Taylor tok utgangspunkt i industrien, og vektla standardisering og spesialisering av arbeidet og kvalitetskontroll. Retningen som er blitt kalt taylorisme erstattet i stor grad arbeidsformer i organisasjoner som tidligere hadde vektlagt erfaring og tradisjon. Lederen beskriver en instrumentell praksis som tyder på at hovedfokus er å ”sikre seg” at alt foregår juridisk forskriftsmessig, og fortsetter:

Det er dette som er kvalitetssikring. For hvis de går ut og tar livet sitt, så vil vi få spørsmål: fikk de ikke noen vurdering av dere? Det kan jo skje en feilvurdering, men det er noe annet, da er det i hvert fall vurdert og beskrevet og dokumentert.

Lederen er opptatt av det juridiske aspektet når sikkerheten og fagligheten for pasientene skal ivaretas, og sykehusposten sikrer seg og personalet som arbeider der ved å følge alle prosedyrene. Lederen argumenterer for sikkerhet både for pasient, sykehus og personalet som arbeider der. Et sentralt spørsmål er hvorvidt praksisen sykehuset tilstreber kan defineres som faglig forsvarlig og hvorvidt denne praksisen ivaretar sykepleiernes muligheter til å handle som profesjonelle.

7.3 Den refleksive fortolkning av økende dokumentasjon – skjemavelde

Sykepleierne angir økende dokumentasjon og skjemavelde som et tema når de skal identifisere endringer i posten gjennom de siste årene, og presenterer ulike

¹⁵⁴ Frederick Winslow Taylor utgav i 1911 boken *The principles of Scientific Management*. Taylor er kjent som mannen med stoppeklokken, tidsstudietabeller og det mekaniske synet på verden. En kritikk mot Taylors arbeid er at arbeid som er utviklet ut ifra retningslinjer fører til fremmedgjørelse hos arbeiderne. I 2005 ble Taylors notater fra 1910-1911 utgitt i bokform på norsk for første gang i boken *Prinsippene for vitenskapelig bedriftsledelse*.

konsekvenser av denne praksisen. Inger mener den nye praksisen fører til bedre kvalitetssikring. I kapittel 2 omtalte jeg tidligere dokumentasjonspraksis, som kunne bære preg av å være lite presis og konkret, og der lokal kunnskap og stammespråk kunne være dominerende (Karlsen, 2004). Enhetslederen jeg siterer, er også av den oppfatning at dokumentasjonspraksisen fungerer på en god måte, og trekker frem kvalitetssikringen som det essensielle. DIPS-systemet som blir anvendt, sikrer transparens, noe enhetslederen trekker frem som vesentlig. Praksisen som blir beskrevet, bekrefter at det lovverket står sentralt. Den nye praksisen forårsaker også negative konsekvenser for sykepleierne, noe to informanter pekte på. For det første tok dokumentasjonen mer tid, og for det andre ble det påpekt et merarbeid med forskjellige skjemaer, noe som førte til ytterligere arbeidsbelastning.

Mindre tid til pasientene på bekostning av bokføring har vært gjenstand for kritisk debatt av flere (Wyller, 2005, Martinsen, 2005, Heggen og Dyrdal Solbrekke, 2010). Den elektroniske og skriftlige informasjonen som er muliggjort gjennom teknologien, kan også bane vei for å erstatte den muntlige overleveringen av rapporter, noe Hamran (1991) har kommentert som en svekkelse av praksis fordi fortellingene sykepleiere imellom blir borte. Forfatteren skriver at sykepleiernes overlevering av informasjon vil kunne mangle viktige distinksjoner som kan være av betydning når en skriftlig praksis overtar mer og mer. Samtidig har vi sett i forrige kapittel at sykepleierne ofte har ulike syn på tiltak og hvordan de skal handle til pasientens beste. En muntlig fremstilling vil derfor trolig kunne bidra til mer forståelse og ny erkjennelse i rapportsituasjonen, og ulike syn vil bli presentert og drøftet. Inger er imidlertid ikke bekymret for den nye praksisen. Tvert imot hevder hun at den sikrer god kvalitet, samtidig som hun forteller at rapporteringstiden sykepleiere imellom er blitt kortere enn før. Ingen av sykepleierne har fokus på Hamrans bekymring og anliggende, de er imidlertid opptatt av at dokumentasjonspraksisen tar tid. Som vi husker fra forrige kapittel, viste jeg til begrepet faglig forsvarlighet (Molven, 2009, Lov om helsepersonell), som også innbefatter omsorgsfull hjelp. Sykepleierne sier ikke direkte at den omsorgsfulle hjelpen blir borte når de trekker frem tiden og tidsperspektivet, men det er en nærliggende tanke illustrert av sykepleierne selv når de sier at tiden med pasienten blir kortere, og ikke minst sett med bakgrunn i hva sykepleierne selv presenterte i forrige kapittel omkring ulike utfordringer de opplevde på posten. Mangel på tid slik sykepleierne beskriver situasjonen, kan indikere at de drives mer og mer bort fra pasientene (Nortvedt, 1996, s. 237) til fordel for å kunne

oppfylle lovpålagte krav i institusjonen. Det juridiske lovverket synes å bli det førende når sykepleierne skal handle ute i postene. Samtidig er det viktig å huske på sykepleiernes tidligere praksis. Her kunne dokumentasjonen ofte være svært mangelfull og kjennetegnet ved et stammespråk (Karlsen, 2004), en praksis som kunne gi lite informasjon for utenforstående. Nye lovreguleringer i forkant av helseforetaksreformen hadde til hensikt å skjerpe pasientens rettigheter. Ut ifra dette perspektivet muliggjør den nye praksisen oversiktighet og transparens til det gode for pasienten, men samtidig mister pasientene tid med personalet.

7.4 Økte krav til standardisering

7.4.1 Innledning

Det andre temaet som ble identifisert som endringer på posten de seneste årene var et økt krav til standardisering. Utgangspunktet og mitt spørsmål til sykepleierne, var om de opplevde at endringer på arbeidsplassen i løpet av de siste årene.

7.4.2 Ulike menneskesyn

Hvilket menneskesyn som råder, vil trolig få betydning for hvordan helsepersonell møter pasientene. Klassifikasjonssystemer og standardisering i psykiatrien gjenspeiler et essensialistisk menneskesyn, og representerer essensielle kjennetegn som diagnoser som kan måles og klassifiseres objektivt. Klassifikasjonssystemene skal måle de essensielle kjennetegnene, og ut ifra disse kjennetegnene organisere og styre virksomheten. Dette passer som hånd i hanske til helseforetaksreformens intensjon hvor økonomi og effektivitet står sentralt, nettopp fordi kunnskapen blir målbar. Filosofisk sett er essensialisme et uttrykk for en ontologisk realisme, en antagelse om at verden eksisterer uavhengig av vår erkjennelse, og som står i motsetning til sosialkonstruktivismens antagelse om at verden eller fenomener i verden er et produkt av kollektivets virksomhet (Nordtvedt og Grimen, 2004, s. 141). Dette innebærer for

psykiatrien på den ene siden å betrakte psykisk lidelse som noe som *er*, og på den andre siden å betrakte en psykisk lidelse som en sosial konstruksjon, som en prosess hvor vi forsøker å sette ord på fortolkningen av pasientens problemer og på å løse eller dempe dem sammen med pasienten. Ved et essensialistisk menneskesyn kan en stå i fare for å betrakte pasienten som et behandlingsobjekt, mens et sosialkonstruktivistisk syn mer betrakter pasienten som deltaker i behandlingen. Klassifikasjonssystemene definerer på forhånd pasientens type av lidelse, og legger opp til et fastlagt behandlingsforløp, mens et sosialkonstruktivistisk perspektiv gjør pasienten til en deltaker i behandlingen. Her vektlegges pasienten som deltaker i en dialog hvor pasientens plager og lidelser blir fortolket og hvor en er i et samarbeid omkring behandlingsforløpet. De filosofiske spørsmålene om menneskesyn får derfor etiske følger. Med et rent essensialistisk perspektiv kan man stå i fare for kun å følge forskrifter, men med et mer sosialkonstruktivistisk menneskesyn utvides ansvaret til å forholde seg til pasienten som et helt (med)menneske.

7.4.3 Mindre faglig skjønn?

Selve begrepet standardisering ble omtalt av en av sykepleierne konkret, mens en annen sykepleier omtalte temaet på en mer indirekte måte. Den ene informantene uttrykte skepsis mot en ny praksis som gradvis erstattet det sykepleiefaglige skjønnet, mens den andre sykepleieren uttalte seg om temaet fra et mer pragmatisk perspektiv.

Bjørn er en av de sykepleierne jeg tidligere har referert til tidligere. Han forteller at det er blitt ”mer trøkk” når det gjelder å måle pasientens tilstand ved å bruke psykometriske tester. Dette vanskeliggjør det sykepleiefaglige fokus, mener han, og forklarer:

...når trøkket øker så griper man til redskaper på hvordan man kan håndtere trøkket. Og da tror man at hvis man bare begynner å kvantifisere så kan man gjøre noe med utfordringene. Jeg tror det er feil retning å gå altså. Jeg sier ikke at ikke noe kan kvantifiseres og måles, for det kan det, men jeg tror at vi oftere tar feil nå i våre vurderinger enn vi gjorde tidligere. Vi baserer vurderingene nå mer ut fra psykometriske tester enn vi gjør ut fra faglig skjønn.

Det Bjørn trekker frem er interessant, og kan indikere at den enkelte sykepleiers mulighet til utøvelse av faglig skjønn på enkelte områder kan synes å ha blitt svekket de siste årene. Om faglig skjønn sier Bjørn:

Og faglig skjønn er det veldig vanskelig å lage et skjema for, selv om helsepolitikere veldig gjerne vil ha det. Og psykiaterforeningen vil gjerne ha det.

Bjørn identifiserer en utfordring i forbindelse med de psykometriske testene. For det første at sykepleiernes skjønnsutøvelse blir mindre, men også at det lettere kan skje feilvurderinger. Et ankepunkt når det gjelder ulike klassifikasjonssystemer, er at det tar lite hensyn til et menneskelig mangfold, og slik jeg tolker Bjørn når han snakker om feilvurderinger kan leses inn i en slik sammenheng. Sykepleieren omtaler også helsepolitiske beslutninger som han ikke er enig i. Helseforetaksreformen hadde som intensjon å vektlegge økonomi og effektivitet, og en evidensbasert kunnskap som blant annet er målbar, bar med seg muligheter til å innfri disse kravene. Når den nye loven om helsepersonell (LOV-1999-07-02, nr. 64) ble iverksatt var også intensjonen at de profesjonelle som arbeidet i organisasjonen skulle tilegne seg ny kunnskap og utvikle nye ferdigheter etter endt utdanning, og standardiseringen som Bjørn viser til, synes å være et av virkemidlene som blir anvendt. Bjørn sier ikke konkret hva han legger i sin egen beskrivelse av faglig skjønn, men en måte å forstå dette på, er blant annet å tenke på ekspertkunnskapen og fagkunnskapen han har med seg fra sin utdanning og den tause kunnskapen som flere teoretikere er opptatt av (Polanyi, 2000, Martinsen, 2005, 2009), og det gode håndverket som blant andre Sennett (2001, 2007, 2008) hevder er i ferd med å forsvinne til fordel for teknologien.

Måle og veie en depresjon

Bjørn omtaler den medisinske diagnostiseringen.¹⁵⁵ Han rister litt på hodet når han ser på meg, og viser til en dreining i vitenskapelig fokus som han kaller det, og sier:

Det er helt klart nå et naturvitenskapelig fokus i forhold til hvordan vi skal måle og veie disse pasientene.

Sykepleieren hevder igjen at det sykepleiefaglige fokuset er erstattet av et naturvitenskapelig fokus, noe som han mener svekker både kvaliteten og skjønnnet. Bjørn trekker også frem, slik vi har sett tidligere, de ulike skjemaene som blir fylt ut når en pasient blir innlagt på posten. Han viser til spørreskjemaer som pasienten selv skal fylle ut ved innleggelse, og forteller at det på bakgrunn av svarene som da blir gitt kan ”regnes ut” hvor deprimert en pasient er ut fra hvor høyt eller lavt pasienten ”scorer” på testen. Ut fra dette tallet skal personalet ha en felles forståelse av hvor deprimert pasienten er. Dette kan være riktig mener sykepleieren, men tilføyer at det *i beste fall kan være misvisende og veldig ofte helt feil*. Bjørn mener problemet er at personalet blir så fokusert på det tallet som er fremkommet at de forholder seg mer til tallet enn pasienten.

I tillegg til Bjørn var det også en annen sykepleier som kommenterte testen med 90 spørsmål som pasientene skal besvare. Tone sier det slik:

Dette er det jo helst legene som skal ta seg av. De har tester både i forhold til mani og bipolar lidelse og sånn, men det som vi gjør er på en måte at vi tar en sånn SCL-90¹⁵⁶ test.

¹⁵⁵ Denne praksisen til legene er ikke av ny dato.

¹⁵⁶ En SCL-90-R test er en omfattende test for vurdering av psykiske plager og symptomer hos voksne. Testen er basert på individuell selvrappport og tar 12-15 minutter. Den skal gi et bilde på testpersonens psykiske tilstand, som for eksempel tegn

Jeg spør om hun kan forklare meg litt bedre hva testen egentlig innebærer, og hun fortsetter:

...ja, det er jo bare et skjema pasienten fyller ut og spørsmål, der er for eksempel "har du vært redd siste uken", "føler du håpløshet" og "har du hatt angst den siste uken": Og så får pasienten en skala der du ser på en måte om håpløshet, depresjon og angst, om du scorer noe på dem. Og så tar de en sånn MADRS¹⁵⁷-test i forhold til depresjon med legene.

Bildet Tone tegner avspeiler det politiske samfunnsmandatets krav til likebehandling av pasientene og der en individualisert tilnærming synes å komme mer i bakgrunnen. Evidensbasert medisin handler som jeg tidligere har omtalt¹⁵⁸, om universelle løsninger og skal representere de beste dokumenterte løsninger i pasientbehandlingen. Da jeg spør informanten om hvordan pasientene opplever å skulle svare på dette antallet av spørsmål, sier Tone at hun ikke har reflektert så mye over dette, men snarere tatt det som et godt hjelpemiddel til å kartlegge pasientens situasjon. Men da vi er ferdige med vår samtale og intervjuet, uttrykker Tone at det var krevende å bli intervjuet, og sier med en overrasket mine:

på depresjon, angst og somatiske plager. Testen brukes som en del av en diagnostisk vurdering eller gi informasjon om hvilke psykiske plager en person bør utredes for. <http://www.pearsonassessment.no/no/Produkter/Klinisk-psykologi/Psykiatri/SCL-90-R/> 12.10.2011.

Selve testen er utviklet av selskapet Pearson Assessment som er markedsledende i Skandinavia når det gjelder psykologiske tester for yrkesaktive psykologer og spesialpedagoger og andre lignende yrkesgrupper. Selskapet utvikler og produserer norske, svenske og danske versjoner av flere av de internasjonalt mest kjente brukte testene. Pearson Assessment inngår i Pearson Inc., et britisk informasjons-, utdannings- og mediekonsern, som er mest kjent i Europa som eieren av Penguin Books og Financial Times. <http://www.pearsonassessment.no/no/Om-oss/> 12.10.2011.

¹⁵⁷ MADRS-test er ifølge nettsidene til Norsk Helseinformatikk en depresjonstest og et hjelpemiddel for legen når han skal stille diagnosen depresjon. <http://nhi.no/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt-3077.html> 12.10.2011.

¹⁵⁸ Se også kapittel 2 og 3.

Jeg blir trett av dine 20-30 spørsmål, eller hvor mange det var, og så får pasientene som er alvorlig syke kanskje 90 spørsmål de må svare på! Det var et tankekors.

Standardisering og kategorisering i helsevesenet er ikke noe nytt på bakgrunn av nye statlige reformer. Bjørn mener allikevel å se en økende tendens til å vektlegge disse metodene.

Tone forteller at det er legens rolle og oppgave i sykehuset å sette diagnoser, og legene gjør seg blant annet bruk av standardiserte skjemaer til å utføre diagnostiseringen. Dette kan, som vi har sett, ifølge Bjørn, bidra til å legge føringer for sykepleieres muligheter til å gjøre sine egne selvstendige vurderinger. Men metodene som blir anvendt er også ment å sikre sykehusets krav til god og effektiv behandling slik helseforetaksreformen hadde til intensjon. Reformen og de andre statlige reguleringene skulle som vi husker fra tidligere, erstatte ”gamle tiltak” hvor den profesjonelle selvregulering og ekspertmakten rådet.

7.5 Den reflekssive fortolkning av økte krav til standardisering

Det var kun to informanter, Bjørn og Tone, som påpekte en annerledes praksis i løpet av de siste årene med henblikk på økte krav til standardisering, og det var bare Bjørn som var bekymret over denne utviklingen. Praksisen sykepleierne beskriver, handler om universelle løsninger der kunnskapene er hentet fra den evidensbaserte medisinen, som også representerer et essensialistisk menneskesyn og en ontologisk realisme (Nortvedt og Grimen, 2004, s.141).

Å standardisere tjenester tjener ulike interesser. Det kan forenkle og det kan bidra til effektivisering av tjenestene. Standardisering av tjenester kan også ifølge Martinsen

(2005, s. 120-121) bidra til redusert skjønn, noe Bjørn også empirisk bekrefter når han omtaler den økende standardiseringen som finner sted. Slik jeg tolker de to informantene, kan det synes som om denne praksisen i noen grad fordriver sykepleierne bort fra ”omsorgsfellesskapet med pasientene” (Lindstrøm, 2003, s. 43), slik vi også så i forrige delkapittel. Om dette medfører riktighet, vil en slik praksis innebære at ikke bare skjønn, men også det gode stellet, håndlaget og sykepleiernes fortolkningstradisjon i møte med pasienten, som profesjonen har vært bærer av, er erstattet av mer teknologiske løsninger (Martinsen og Wærness, 1990, Martinsen, 2005, Sennett, 2001). Standardiseringen kan også, slik jeg ser det, inngå i det Sennett (2001, s.49-52) omtaler som rutinearbeid. Denne problemstillingen var jeg også inne på i forrige kapittel. Sennett (2001) viser til tidligere tiders håndverkstradisjon, der kunnskapen ble overlevert fra mester til elev, og der arbeideren hadde stor autonomi. Retningslinjene Sennett (2001) peker på, gjenspeiler taylorismen, som baserte seg på en vitenskapelig tilnærming med henblikk på effektivitet og masseproduksjon. Hva som skal kontrolleres, er overlatt til ulike planleggingsavdelinger, noe som bidrar til mangel på autonomi. Jeg har tidligere vist til min egen mastergradsavhandling (Kjølsrud, 2006), der jeg beskriver hvordan kommunesektoren som har innført såkalt ISF i hjemmetjenesten,¹⁵⁹ organiserer tjenestene ved såkalte bestiller–utfører-enheter. Oppgavene sykepleierne skal utføre, er besluttet på den såkalte bestillerenheten, hvilket innebærer at sykepleiernes autonomi er redusert. Bjørn og Tone beskriver også en praksis der arbeidsoppgavene i noen grad er preformulerte standardiseringer som er avgjort utenfor posten.

Sennett (2001) trekker frem forskning av den amerikanske forfatteren Daniel Bell og hans arbeidslivsforskning. Bell konkluderer med at ”motstand mot rutine ikke avlet revolusjon”, skriver Sennett (2001, s. 53). Dette funnet hos Bell er interessant på bakgrunn av at det kun var to informanter som angav økende standardisering som aktuell tematikk når det gjaldt endringer de siste årene. Det var også bare Bjørn som argumenterte imot praksisen. Tone derimot forteller at hun ikke hadde reflektert så mye over praksisen. Hvorvidt rutinearbeid kan medføre passivisering eller ikke

¹⁵⁹ Se kapittel 1.

(Sennett, 2001, s.46-47), er en gammel diskusjon. Den synes imidlertid like interessant i dag, ikke minst med henblikk på mine funn i dette delkapitlet.

I kapittel 3 omtalte jeg Lipskys (1980) forskning omkring bakkebyråkrater og den sosiale konstruksjonen av klienter i et bakkebyråkrati. Lipsky beskriver hvordan bakkebyråkratene handler og møter enkeltindivider gjennom en sosial prosess, og hvor klientene blir kategorisert inn under ulike diagnoser. Bjørn kritiserer dette menneskesynet hvor den diagnostiske kulturen er bygd på en essensialistisk tankegang, nettopp fordi denne tankegangen skyver hans faglige skjønn til side. Hans egne faglige vurderinger synes tilsidesatt til fordel for organisasjonens målsettinger og vektlegging på den evidensbaserte kunnskapen. Et eksempel er når Bjørn forteller at det som måles den ene dagen, slett ikke behøver å være slik den andre dagen. Eksempelvis kan en pasient etter innleggelsen føle seg ivaretatt og trygg, og har dermed ikke lenger så stor angst som ved innleggelsen dagen før. Tallet som pasienten har scoret den ene dagen, vil dermed kunne være endret etter kort tid, slik Bjørn ser det. Slik jeg tolker Bjørn, fanger ikke klassifikasjonssystemet opp den nødvendige kompleksiteten i møtet mellom pasient og sykepleier, slik han ser det.

Det finnes flere kritikere av den evidensbaserte tenkningen¹⁶⁰. Johannessen (2004) argumenterer for at den økte vekten på standardprosedyrer bidrar til at den enkelte profesjonelle stilles overfor mange dilemmaer når en skal forstå og gi rom for en annens subjektive erfaringsverden (Johannessen, 2004, s. 22). Hun omtaler blant annet dilemmaet i psykiatrien og ”viktigheten av at den profesjonelle i møte med enkeltmennesket har en genuin interesse for den andres subjektivitet, fordi følelser er avgjørende for at terapi eller behandling skal kunne bidra til bedring” (Johannessen, 2004, s. 22). Hun argumenterer også for at den evidensbaserte medisinen har en reduksjonistisk måte å se mennesket på, og av den grunn ikke fanger opp kompleksiteten og helheten som er av stor viktighet når det gjelder pasienter med psykiske lidelser. Johannessen gjør seg til talsmann for et sentralt poeng i behandling av psykiatriske pasienter, og fanger også opp Løchens (1984) anliggende i boken *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Her refererer Løchen til to ulike ”leirer”

¹⁶⁰ Den evidensbaserte tenkningen er gjort rede for i kapittel 2 og 3. Den baserer seg på naturvitenskapelig kunnskap. Der er flere innvendinger mot denne, men en hovedinnvending handler om at den evidensbaserte kunnskapen kan fortrenge de profesjonelles skjønnsutøvelse og fortrenger et fortolkningsvitenskapelig perspektiv.

når det gjelder hvordan psykiatriske pasienter skulle behandles. ”På den ene siden snakket en om rettferdighet, mens en på den andre siden snakket om hensynet til den enkelte”, skriver Løchen. (Løchen, 1984, s. 123). Tematikken Løchen beskriver, er like aktuell i dag. Det politiske samfunnsmandatet, imidlertid, bygger på en universell tankegang som innbefatter at alle skal ha like rettigheter og likhet for loven, og at pasienter skal ha lik tilgang til behandling. Dette er en viktig intensjon for velferdsstaten, ikke minst for å demme opp for vilkårlighet i behandling av pasienter og sørge for at pasientens rettigheter blir ivaretatt på en god måte (Wyller, 2005, s. 41; Grimen, 2008, s. 200-212). Men som vi har sett av Bjørns uttalelser, er ikke alltid det politiske samfunnsoppdraget bare til det gode, slik han ser det.

Hvorfor er det bare to sykepleiere som trekker frem denne tematikken? Er det slik at rutinearbeidet, tidspress og høye krav har passivisert sykepleiere? Eller finnes det andre forklaringer? Torjesen (2007, s. 286) finner i sin forskning at sykepleiere i lederstillinger identifiserer seg lettere (enn legene) med et New Public Management-relatert styringsunivers og hevder at sykepleiere i stor grad er lojale overfor helseforetakenes overordnede ledelse, et funn som også understøttes hos Fjeldbraaten (2010, s. 173). Identifikasjon med foretakslogikken kan dermed være en plausibel forklaring på hvorfor ikke flere enn to sykepleiere trekker frem tematikken omkring standardisering, men trolig gir ikke denne forskningen hele forklaringen.

I kapittel 2 beskrev jeg at sykepleien og sykepleierollen historisk sett var disiplinert til en åndelig bestemt atferd. Dette kom tydelig til syne i klostrene og i diakonissetankegangen (Mathisen, 2003, 2006, Melby, 1990, Hagemann, 1936). Kan det være slik at sykepleiere fremdeles blir disiplinert, men med ”andre guder” og et annet ”kall” de må etterleve i form av et politisk samfunnsmandat? Om dette medfører riktighet, er det grunn til å spørre hva sykepleierne selv mener rollen skal inneha av verdier og oppgaver i møte med pasientene. I neste delkapittel vil dette sporet bli ytterligere forfulgt.

7.6 Tverrfaglighet, profesjoner og kunnskapsbaser i endring

7.6.1 Innledning

Forrige delkapittel omhandlet nye kunnskapsidealer. På bakgrunn av at to av mine informanter identifiserte dette som et tema når jeg spurte sykepleierne om de opplevde endringer på posten i løpet av de siste årene. En av mine informanter kommenterte en ny praksis som han mente reduserte sykepleiernes skjønnsutøvelse. Tematikken satte meg på sporet etter å få enda mer kunnskap om ulike kunnskapsidealer og hva sykepleierne mente om dette. Innfallsporren min for å få større klarhet omkring nye kunnskapsidealer var å spørre sykepleierne hva de tenkte om tverrfaglighet og hvordan det materialiserte seg konkret på posten.

7.6.2 Bryte ned monopoler

Jeg har tidligere gjort rede for at det i 1999 kom en felles lovgivning for alt helsepersonell (LOV-1999-07-02, nr. 64). Det ble forutsatt at den nye helsepersonelloven skulle være en generell profesjonsansvarslov som tok høyde for at helsepersonalet ville kunne utvikle ferdigheter etter avsluttet utdanning.¹⁶¹ En annen hensikt med loven fra styresmaktens side var å bryte ned monopoler på arbeidsoppgaver. Med dette som bakteppe ønsker jeg å se på hva sykepleierne mener om den økte tendensen til å trekke inn flere profesjoner i arbeidet på posten.

7.6.3 Delte meninger

Åtte sykepleiere hjalp meg med å belyse temaet og begge enhetslederne hadde tanker omkring tematikken jeg var ute etter. Sykepleierne og enhetslederne hadde ulike syn

¹⁶¹ Bente Ohnstad i *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 21/2002. Se også kapittel 2.

på kunnskapen som de forskjellige profesjonene representerte. På den ene posten mente både enhetsleder og tre av sykepleierne at det var positivt med ulike profesjoner representert blant pleiepersonalet. En annen sykepleier på den samme posten, var imidlertid av en annen oppfatning. På den andre posten var også enhetsleder av en annen oppfatning, mens to andre sykepleiere sier konkret at de ville foretrekke sykepleiere på posten om de kunne velge. Dette delkapitlet viser at det var en forskjell i oppfatning på postene når det gjelder tematikk omkring tverrfaglighet. Temaet skilte seg dermed ut fra annen tematikk belyst i denne avhandlingen hvor det i stor grad var lik problematikk og like utfordringer som ble presentert i tilknytning til hvert tema.

Alle kan håndtere somatikk

I samtale med sykepleierne spurte jeg om det var ulike profesjoner representert på posten blant pleiepersonalet.¹⁶² Lederen på denne posten svarer meg slik på dette spørsmålet:

Det er ingen problem med å få tak i sykepleiere her. Men vi synes det er greit med andre yrkesgrupper, også miljøterapeuter, teologer, sosionom, og jeg ser på det som viktig i forhold til pasientene...de gjør jo stort sett samme jobb, det må jeg si. Det er jo det å være miljøterapeut her da...det er nesten det samme som å være sykepleier, ikke mye forskjell, men sykepleierne har jo ansvar for medisinene, ellers er det det samme.

Enhetslederen forteller at det er liten forskjell på de ulike faggruppene når det gjelder arbeidet som skal utføres, men tar et forbehold når det gjelder medisinutdelingen¹⁶³. Tverrfagligheten har tradisjonelt hatt til hensikt å bringe inn ulike perspektiver og

¹⁶² Jeg bruker betegnelsen pleiepersonalet i denne avhandlingen. Betegnelsen kan imidlertid synes å ha blitt gradvis endret i psykiatrien, og blitt erstattet med betegnelsen miljøpersonale.

¹⁶³ Medisinutdeling som tradisjonelt har vært sykepleiernes ”sakrament”, er i løpet av de siste årene delegert til andre yrkesgrupper, slik som vernepleiere og annet personale som har gjennomgått kurs i medikamenthåndtering.

særegenheter i møte med pasientene, og vært sett på som hensiktsmessig fordi pasientene har blitt møtt med andre tilnærminger enn et rent medisinsk perspektiv (Tellefsen, 2004). På bakgrunn av enhetslederens svar spør jeg om hvordan personalet forholder seg til pasienter som også har somatiske lidelser når de blir innlagt. Enhetslederen svarer meg slik på dette:

Ja, alle kan håndtere somatikk...hvis han som er på jobb i dag for eksempel som miljøterapeut...han er...¹⁶⁴, hvis han skulle få noe...ja, akkurat å skifte på et sår, det kan selvfølgelig ikke han, da får han en sykepleier til å gjøre det, ellers er det jo det samme. Stort sett gjør de samme jobben, men de tenker kanskje litt annerledes. Ellers er det overveiende flertall av sykepleiere her. På andre psykiatriske poster har de flere av ulike yrkesgrupper, men her har vi tenkt vi skal ha flest mulig sykepleiere.

Jeg synes enhetslederen trekker frem noe interessant og overraskende når denne sier at ”alle kan håndtere somatikk” fordi uttalelsen bryter med tidligere praksis og tradisjonell tenkning omkring sykepleieres jurisdiksjonsområde og tradisjonelle kjerneoppgaver. Uttalelsen kan imidlertid tolkes som en støtte til reformenes intensjon og den nye profesjonsansvarsloven som hadde til hensikt at helsepersonalet etter endt utdanning vil kunne utvikle nye ferdigheter og kunnskaper slik jeg har beskrevet innledningsvis. I løpet av samtalen fikk jeg for øvrig ikke utdypet dette mer, men slik jeg tolker lederen finnes det også fremdeles situasjoner hvor sykepleiere har ansvaret, ikke bare når det gjelder medisinbehandling, men eksempelvis slik det blir vist til, også ved sårskift.

¹⁶⁴ Her har jeg valgt å ikke ta med hvilken profesjon/yrkesgruppe personen som blir omtalt tilhører av hensyn til anonymitet.

Twistpose

Lederen er ikke alene på denne posten som opplever det tverrfaglige positivt. Elin synes det er verdifullt at posten har ansatt profesjonelle med ulik bakgrunn. Da jeg spør henne om hva hun tenker om tverrfaglig samarbeid uttrykker hun seg med begeistring, og sier det slik:

Vi er som en twistpose!

Elin er positiv til tverrfaglig samarbeid, men jeg får i løpet av samtalen ikke klarhet i hva hun konkret vektlegger og setter pris på ved tverrfagligheten. Bildet hun gir i form av en twistpose kan imidlertid peke henimot ulike funksjoner og en spesifikk kunnskap alle bringer med seg inn i fellesskapet. I den grad denne tolkningen er gyldig vil det fremdeles være slik at den enkelte profesjonelles kjernekompetanse blir vektlagt og at den nye profesjonsansvarsloven ikke i tilstrekkelig grad har endret praksis.

Linn som arbeider på samme post har imidlertid et annet synspunkt når det gjelder tverrfaglighet, og mener at dette bidrar til at sykepleierne er som ”strikk” som blir dradd i alle retninger, og må være overalt. Hun sier det slik:

...jeg skulle ønske jeg var sosionom, de trenger ikke ta ansvar for noe, det må vi som sykepleiere.

Linn's uttalelse, slik jeg tolker den, er at det er sykepleierne på posten som står med det formelle ansvaret. Denne uttalelsen bryter med de andre informantene som uttaler seg om tverrfaglighet på en positiv måte. Jeg har tidligere argumentert for at sykepleierens autonomi og mulighet til skjønnsutøvelse på enkelte områder kan synes svekket når det gjelder nye kunnskapsidealer på postene. Linn uttrykker imidlertid at sykepleierne fremdeles er den profesjonen på posten som står med det formelle ansvaret.

Det er forskjell på lavt blodsukker og psykose

På den andre posten var det to sykepleiere i tillegg til enhetslederen som hadde tanker om tverrfaglighet. Enhetslederen trekker frem temaet da vi snakker om faglig forsvarlighet og det juridiske lovverket, og sier det slik:

Det er derfor jeg vil ha sykepleiere her og ikke er så opptatt av å få andre faggrupper. Grunnen til det, er at det er lite avklart når pasientene kommer hit mange ganger. Eksempelvis kan det være somatikk opp i det hele. Vi har mange som kommer innom som 40–50-åringer og som aldri har vært i psykiatrien før. Hva er dette? Vi har folk med alvorlige lidelser som skal avgjøres om det er depresjon som er kommet i etterkant av en annen alvorlig lidelse. De har diabetes og er forvirra og de vil ikke snakke, og vi har hatt noen tilfeller av folk som er kommet over i hui og hast, og så har det vist seg at det er blodsukkeret som ligger i bunn for lidelsen. Så hvis vi ikke har hele spekteret, ikke sant? Det med faglig forsvarlighet er hele mennesket.

Enhetslederen er opptatt av det sykepleiefaglig forsvarlige og sykepleierens spesifikke kunnskap, og fortsetter når jeg ber lederen utdype temaet ytterligere:

Ikke alt er psykose, det er viktig å forstå forskjell på når en pasient har lavt blodsukker og en psykose, dette kan ikke alltid andre profesjonsgrupper så mye om, og derfor vil vi helst ha sykepleiere her.

Lederen vektlegger et sykepleiefaglig perspektiv når det begrunnes hvorfor sykepleiere foretrekkes på posten, mens den andre lederen jeg viste til, også trekker frem et faglig perspektiv, men med andre argumenter til fordel for å ha en flerprofesjonell arbeidsgruppe. Dette synes jeg er interessant, siden begge postene sorterer under samme avdeling på det samme sykehuset. Lederen på denne posten ønsker fremdeles at sykepleierne skal ha sitt eget jurisdiksjonsområde, til tross for at

den nye felles helselovgivningen¹⁶⁵ legger føringer for en mer profesjonsnøytral linje hvor hensikten er å bryte ned monopoler på arbeidsoppgaver.

Linda, en annen sykepleier som har tanker om tverrfaglighet, trekker inn enda et moment da jeg spør henne om det er ulike profesjoner representert på posten og hva hun tenker om dette. Hun forteller at hvis hun hadde hatt valget mellom å jobbe med en lærer og en sykepleier, så hadde hun valgt sykepleieren, selv om hun også mener det kan være en fordel med personer med ulik bakgrunn. Til tross for dette mener hun det er viktig med sykepleiere på posten, og sier det slik:

Vi er opplært til å ta ansvar på en annen måte. Vi har den medisinske bakgrunnen som ikke en lærer har, og vi ser jo at det er mange av våre pasienter som har somatiske...altså et sykdomsbilde som det er mye somatikk i. Og vi må vurdere...ofte vurdere sammen, og vi har jo flere pasienter, så da blir ikke arbeidsbyrden så stor på den ene hvis vi kan fordele pasientene. Og det er tryggere for oss som jobber her også, for da må ikke jeg løpe frem og tilbake som en hadde følt hvis det var personale her uten medisinsk bakgrunn. Men jeg ser også fordelene av å ha andre høyskoleutdannelse altså.

Linda mener at utdanningen bidrar til å ansvarliggjøre og til å identifisere ansvar for det profesjonsspesifikke. Samtidig understreker hun betydningen av samhandling i profesjonsutøvelsen, fordi det kan åpne for en større grad av involvering med tanke på behandling av den enkelte pasient. Samhandling mellom mennesker med lik kompetanse bidrar også til å skape et bedre arbeidsmiljø i form av mulighet til å senke tempoet, det gir trygghet og det gir mer tid til behandlingen av hver pasient. Selv om denne kvaliteten i arbeidsmiljøet er knyttet til flere med samme profesjonsbakgrunn, er den ikke ekskluderende når det gjelder andre aktører, som også får en indirekte anerkjennelse av informantene. Slik sett uttrykkes her en

¹⁶⁵ Lederen omtaler ikke loven.

profesjonsbevissthet som er inkluderende og selvstendig. Slik Linda uttrykker det, er det sykepleieren som er kjerneaktøren her med både ansvar og kunnskap. Når antall sykepleiere reduseres og erstattes av andre profesjoner øker både arbeidsbyrde, tempo og ansvar for sykepleierne.

7.7 Den reflekssive fortolkningen av tverrfaglighet, profesjoner og kunnskapsbaser i endring?

Jeg har i denne avhandlingen lånt begreper fra Freidson (2007) og Sullivan (1999, 2000) når jeg skal definere det å være profesjonell. Som vi husker, innbefatter ”professionalism” slik Freidson ser det, å ha kunnskaper og forvalte verdier.¹⁶⁶

Sentrale politiske dokumenter argumenter for en tverrfaglig sammensetning av profesjonelle i helse- og omsorgssektoren. Her vises det til hvordan brukers behov er sammensatte og komplekse, og at det av den grunn er viktig med flere perspektiver når brukeren skal hjelpes. Dette argumentet bærer med seg et viktig etisk anliggende fordi det er brukers behov som er det sentrale. Ved å organisere virksomheter tverrfaglig vil imidlertid den enkelte profesjonsgruppes makt kunne bli redusert fordi jurisdiksjonsområdet blir mer sømløst. De politiske signalene går i retning av en profesjonsnøytral ideologi.¹⁶⁷ Helsepersonelloven tar blant annet høyde for at helsepersonell skal utarbeide og utvikle ferdigheter etter endt utdanning. Clancy og Kjølrsrud (2011)¹⁶⁸ skriver i fagkronikken ”Det er umulig å være profesjonsnøytral” at

¹⁶⁶ Redegjort for i kapittel 1.

¹⁶⁷ Lov om helsepersonell (LOV 1999-07-02, nr. 64). Også innføringen av helseforetaksreformen vektla profesjonsnøytralitet, jf. kapittel 2.

¹⁶⁸ <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p> 12.10.2011.

en profesjonsnøytral ideologi bryter med en tradisjonell sykepleieforståelse fordi fokuset her er oppgaveorientert. De profesjonelle faggruppene får ikke noe å samarbeide om og brukt sine spesifikke kunnskaper på fordi samfunnsoppdraget i stor grad regulerer tjenestene.

En tese i profesjonsteorien predikerer nettopp at de profesjonelles jurisdiksjonsområde vil bli endret, og at mange av oppgavene som tidligere har vært forbeholdt en profesjonsgruppe, i fremtiden vil bli erstattet av mindre kvalifiserte arbeidere (Freidson, 2007, Sennett, 2001). Som tidligere beskrevet er arbeidet som skal gjøres på postene, på enkelte områder standardisert og teknisk, selv om det fremdeles finnes et ”mellomrom” hvor skjønnsutøvelse er mulig. Dette kan muliggjøre en praksis hvor de tradisjonelle sykepleieoppgavene vil kunne delegeres til andre faggrupper, og på lengre sikt også åpne opp muligheten for at ufaglærte kan benyttes i arbeidet.¹⁶⁹ Jeg bringer inn dette temaet fordi sykepleiens spesifikke kunnskap og tradisjonelle kjerneområder med pleie og omsorg av denne grunn kan bli skjøvet noe i bakgrunnen til fordel for det nye kunnskapsregimet som muliggjør en annerledes praksis. Også den amerikanske professoren i sosiologi Charles Derber (1982) omtaler i boken *Professionals as Workers – Mental Labor in Advanced Capitalism* en pågående nøytralisering av profesjonelle, og skriver: ”Ideological cooptation refers to a redefinition or recasting of goals and moral objectives to make them consistent with organizational imperatives” (Derber, 1982, s. 185). Den nøytraliseringen Derber beskriver, er slik jeg tolker ham, den ideologiske ”cooptation”, der de profesjonelle forsøkes assimilert med organisasjonens ideologiske tankesett. Helseforetaksreformen bar med seg profesjonsnøytral ledelse, og nye lovendringer vektlegger profesjonsnøytralitet. En profesjonsnøytral linje vektlegger og fokuserer på oppgaver som skal gjøres, snarere enn på det gode håndverket (Sennett, 2008, s. 9,149) og det gode ”stellet” sykepleien tradisjonelt har vært bærere av. Dette innebærer igjen at annen kunnskap kan fortrenge både erfaringsklokskap og skjønn. Tellefsen (2004) beskriver tverrfaglighet og ulike

¹⁶⁹ Begge postene jeg har foretatt min empiriinnsamling på, gjør bruk av ufaglært arbeidskraft når de trenger ekstravakter, men det er ikke et omfattende innslag. Det kan være snekkere, rørleggere og elektrikere. Dette har for øvrig vært tradisjon i hele psykiatriens historie.

ideologier som gjør seg gjeldende på tvers av ulike fagprofesjoner. Med henvisning til Berger (1974) argumenteres det for at endringer og nye ideologier ofte går i retning av det moderne nettopp fordi dette representerer sterke politiske og økonomiske aktører (Tellefsen, 2004, s. 137). Et sentralt spørsmål reiser seg i denne forbindelse. Får strukturelle endringer betydning for sykepleiernes jurisdiksjonsområde, i så fall hvordan kommer dette til syne?

Sykepleierne på de to postene hadde ulike syn på det å arbeide tverrfaglig. En av lederne fremhever det positive og trekker frem at oppgavene stort sett er de samme for alle som jobber i posten. Denne uttalelsen kan tolkes som at den enkelte profesjons spesifikke kunnskap ikke er av avgjørende betydning. En slik praksis kan muliggjøres ved å vektlegge standardprosedyrer og evidensbasert kunnskap, fordi en profesjonsnøytral ideologi er fokusert på oppgavene som skal utføres. Lederen bekrefter empirisk at det håndverksarbeidet (Martinsen og Wærness, 1990, Sennett, 2001) sykepleierne tradisjonelt har hatt med seg, ikke lenger står sentralt, slik jeg kan tolke utsagnet. Den nye arbeidsetikken, som Sennett (2001, s. 121) omtaler, fokuserer også mer på gruppearbeid, der det er moderne kommunikasjonsteknologi som binder gruppen sammen. Den teknologien som binder sykepleierne sammen med de andre helsearbeiderne på posten, er blant annet DIPS-systemet, der man finner predefinerte spørsmål og oppgaver som er ensartet for alle som arbeider på posten. Lederen som forteller at oppgavene som blir utført er de samme, understreker riktignok at det finnes noen unntak når det gjelder ekspertkunnskap og nevner medisintdeling og sårskift. Den andre enhetslederen mener sykepleierrollen er viktig med hensyn til den medisinske kompetansen disse besitter, og gir eksempler på hvor viktig det er med somatisk kompetanse. Denne uttalelsen tolker jeg slik at sykepleiernes spesifikke kunnskap og jurisdiksjonsområde fremdeles er av betydning. Flere sykepleiere poengterer også viktigheten av kompetansen de besitter, og trekker frem den medisinske bakgrunnen som avgjørende.

To av sykepleierne vinkler imidlertid tematikken på en annen interessant måte. Linn forteller at tverrfagligheten medfører at sykepleierne er som ”strikk” som blir dradd i alle ender og må være overalt. Sykepleieren hevder at mange yrkesgrupper på en

arbeidsplass også kan bidra til utfordringer og ekstrajobb, fordi sykepleierne må strekke seg der andre yrkesgrupper ikke har den kompetansen som behøves. Linns argumentasjon finner også støtte i annen forskning. McGibbon (2004, s.193) omtaler sykepleiernes konstante tilstedeværelse slik: “the burden of responsibility centered around monitoring and doing the jobs and the work of the other clinicians”. Deady og McCarthy (2010,s.213) finner at “Participants described feeling that team members outside of nursing could absent themselves from immediate care arena, leaving nurses to be a mere observer of the clients deteriorating mental health status.” Også Linda bekrefter empirisk forskningen til Deady og McCarthy når hun trekker frem at arbeidsbyrden er ekstra stor når det er ansatt ulike profesjoner på posten. Som vi husker, oppstår det moralsk stress i psykologisk betydning når idealene og standardene en ønsker å representere, er truet (Musto og Schreiber, 2012, Austin, 2012, Lützen og Kvist, 2012).

Det var imidlertid bare Linn og Linda som vinklet tematikken omkring ulike profesjoner på arbeidsplassen inn mot merarbeid og slitasje. Hva årsaken til dette kan være, synes usikkert. Fjeldbraaten (2010, s. 184-185) finner i sin studie at sykepleiere tilpasser seg som en del av en mestringsstrategi. At sykepleierne nedprioriterer å kjempe for sine verdier, synes plausibelt tatt i betraktning tiden og tidspresset som sykepleierne beskriver, og som jeg har vist til i flere delkapitler, illustrert ved sykepleier Bjørn, som forteller at ”de ikke bare kan varsle og varsle for da får de ingenting gjort”. En annen forklaring kan naturligvis være at Linns og Lindas opplevelser ikke er representative. Om de to sykepleierne derimot er representative for sykepleiergruppen, kan det synes som om sykepleiernes profesjonelle rolle står under press på grunn av merarbeidet de skisserer (Freidson, 2007). Når det gjelder lederne, har disse som nevnt forskjellige utgangspunkter. Lederen som mener at oppgavene stort sett er de samme, signaliserer en mer sømløs profesjonalitet, mens lederen som trekker frem sykepleierens spesifikke medisinske kunnskaper, tilkjenner en mer tradisjonell profesjonsrolle. Ingen av informantene trekker imidlertid frem sykepleiernes spesifikke omsorgsrolle (Martinsen, 2005, 2009, 2012, Nortvedt, 1996, Nortvedt, 2012) og betydningen av den, slik vi tradisjonelt tenker oss. Tematikken er oppgaveorientert, noe jeg tenker er interessant i seg selv, og som kan indikere en endring som har funnet sted. Om det kan skyldes

helseforetaksreformens innhold og endret helsepersonellov, er imidlertid vanskelig å si noe sikkert om. Det som synes mer klart, er at det er målbare instrumentelle handlinger som blir kommunisert og gitt oppmerksomhet. Slike handlinger kan også gjenspeiles i dokumentasjonssystemet og synliggjøre lovgrunlaget og pasientens rettigheter.

7.8 Avstand til ledelse og ”kulerammer”

7.8.1 Innledning

I dette kapitlet beskriver og analyserer jeg hvorvidt statlige reformer betyr noe for sykepleiernes muligheter til å opptre som profesjonelle. I de forgående tre delkapitlene har jeg gjort rede for ulike temaer omkring økende dokumentasjon og skjemavelde, økende standardisering og endrede kunnskapsidealer. I dette delkapitlet trekker tre sykepleiere frem et annet tema som de identifiserer som en endring i løpet av de siste årene. En sykepleier mener det er mer økonomifokus nå enn tidligere, mens to andre er opptatt av at den øverste ledelsen er fjern¹⁷⁰, og forteller at dette kan føre til endringer i praksisutførelsen.

7.8.2 Om kulerammer og økonomene

Ernst er en av de eldre sykepleierne. Han har mange års erfaring som spesialutdannet sykepleier, både på den posten han er nå, og fra psykiatrien for øvrig. Sykepleieren sier han har noen tanker da jeg spør ham om han opplever at det har skjedd endringer på posten gjennom de siste årene. Som svar på mitt spørsmål, sier han at han tenker umiddelbart på ”økonomene i departementene” som sitter langt borte fra praksishverdagen til sykepleierne. Han sier det på denne måten:

¹⁷⁰ Med *fjern* menes her at de ikke får toppledelsen i tale av ulike grunner.

...ja, nå får du et hjertesukk her...at det er disse unge økonomene i departementene som sitter med kuleramme og fine og flotte teorier og ser hvordan drive med overskudd. Oppgavene til de økonomene her på sykehuset hvis oppgave det er å skjære ned...det er de økonomiske teoriene og kuleramme. Men jeg mener jo ikke at man skal sløse og at det skal skje uvettig bruk...

Ernst er opptatt av kulturelle endringer og hevder at disse verdiene ikke nødvendigvis er til det gode for de profesjonelle som arbeider der. Han viser til økonomien og et økende økonomifokus som et eksempel, selv om han også understreker viktigheten av god økonomistyring. Også Fjeldbraaten (2010, s. 140) skriver at hun i sin avhandling finner at økonomifokuset er vektlagt. Hun trekker imidlertid frem nedbemanning som et viktig anliggende for sykepleierne hun intervjuet. Nedbemanning var imidlertid ikke et tema som direkte kom frem i mine samtaler.

Jeg omtalte innledningsvis i dette delkapitlet at det var tre informanter som hadde tanker om ny praksis på posten der de arbeidet, noe som hadde implikasjoner for arbeidets art og omfang. I de neste avsnittene vil jeg gjøre rede for hva de to andre informantene identifiserte.

Aldri verdsatt

En av de eldre sykepleierne, Inger, mente at organiseringen på sykehuset var annerledes fordi avstanden til ledelsen var blitt større enn tidligere. Med ledelse mente hun ikke nærmeste leder, men som hun sa ”videre opp i systemet”. Dette kunne, slik hun så det, ha betydning for hvordan sykepleierne utførte sine oppgaver. Inger har jeg presentert tidligere som en sykepleier med lang praksis fra posten og hun har vært med på ulike omstillinger gjennom årene. Når Inger er bekymret over avstanden til ledelsen, var den sentrale problemstillingen at dette kunne virke demoraliserende, noe jeg ber henne utdype nærmere. Inger ser litt ut i luften og virker

tankefull, og jeg opplever at hun synes at dette er vanskelig å snakke om. Til slutt sier hun det slik:

Vi blir aldri "valued" lenger. Dette medfører at vi kanskje ikke alltid gir alt og dette kan i verste fall være demoraliserende for min yrkesetikk.

Når Inger har sagt dette, ser hun på meg og det blir stille i rommet, og ordene blir hengende litt i luften. Etter en stund ser jeg på henne og spør hvilke konsekvenser hun mener dette i så fall kan ha, og hun sier:

...kanskje ikke du... kanskje du ikke yter på samme måte som du egentlig synes du skal? At du gir litt... at du blir litt fandenivolsk altså.

Inger understreker ordet *fandenivolsk* når hun svarer meg på mitt spørsmål. Etter dette utsagnet lener hun seg tilbake i stolen og vi tar en kort pause før vi går videre i intervjuet.

Inger er i likhet med Ernst opptatt av avstand til ledelsen, men i motsetning til Ernst trekker hun inn et moralsk anliggende som hun mener i noen henseender kan ha konsekvenser for hennes praksisutøvelse. Ledelsen er "et annet sted", sier begge de to sykepleierne. Både Inger og Ernst opplever at praksisen de er satt til å utføre som profesjonelle er truet. Ernst konkretiserer ikke på hvilken måte dette får konsekvenser for hans praksis, mens Inger hevder at hun blir drevet i en retning hun selv ikke opplever seg komfortabel med, i form av å gi mindre rom for en moralsk praksis som hun selv ønsker å etterleve. Jeg tolker Inger slik at hun ikke uten videre deler verdiene de nye ledelsesformene representerer. Samtidig signaliserer hun at hun til tider gir avkall på sine egne verdier også. Hvordan skal vi forstå dette? Inger er den sykepleieren jeg viste til i kapittel 6, som fortalte hun stod med hjertet i halsen når

pasienter ble raskt utskrevet, hun er den sykepleieren som lurte på hva ettertiden ville si om nåtidens behandling av psykiatriske pasienter, hun er den sykepleieren som hadde arbeidet på det hun kalte ”bomullsklinikken” – en tid hvor enkeltpasienten fikk samtale på rommet og hvor nærheten mellom pasient og sykepleier var sentralt. Men Inger er også den sykepleieren som i forrige kapittel sa at det kanskje var godt at det ikke var slik nærhet til pasientene lenger. Og nå forteller hun at hun til tider ikke yter så mye som hun egentlig synes hun skulle. Slik jeg tolker Inger her, identifiserer hun seg ikke med måten posten er organisert på, og hun velger å ikke alltid være lojal mot styresettet. Samtidig med dette gir hun også noe avkall på sine egne verdier.

Også en annen sykepleier, Elin, gir uttrykk for at ledelsens avstand til sykepleierne på posten er stor. Hun ser på meg med et oppgitt blikk, og sier det slik:

Men jeg vet egentlig ikke hva den ene bestemmer og hva den andre bestemmer der borte i bygget, og jeg bryr meg ikke så mye om det heller, bare ledelsen på posten her fungerer bra. Og blir det for gale her så tar vi tak i det og så kaller vi inn vedkommende...

Elin omtaler også ledelsen som fjern, og jeg spør om hun kan fortelle mer om hva hun tenker om dette. Hun fortsetter, og sier hun er bekymret over alle oppgavene posten er pålagt, og undrer seg over om lederne kjenner til arbeidssituasjonen hun står i, og sier:

Jeg innbiller meg at disse lederne må jo vite om alle de oppgavene vi får tredd nedover hodet etter hvert.

Elin har jeg også omtalt tidligere, blant annet når hun varsler sin nærmeste leder om uforsvarlighet på posten når arbeidsoppgavene blir for store. Nå forteller hun igjen om alle oppgavene de har på posten. Her er hun i tvil om i hvilken grad lederne er kjent med hvordan det fungerer i praksis. Når Elin har sagt dette slår det meg at hun

opplever en slags avmakt. Lederne sitter ”der borte i bygget”, sier hun, og hevder at de rett og slett ikke får ”den øverste ledelsen” i tale. Elin er også i likhet med både Ernst og Inger opptatt av at det finnes et brudd i forståelsen av verdier mellom de som bestiller og de som utfører tjenestene. Hvilke implikasjoner og fortolkninger innebærer de tre sykepleiernes beskrivelser av praksis i forhold til å handle som profesjonelle? Det skal vi se på i det neste delavsnittet.

7.9 Den refleksive fortolkningen av avstand til ledelse og kulerammer

Økonomifokus og større avstand til ledelse var også en sentral tematikk når sykepleierne skulle identifisere endringer på posten de seneste årene. Ernst skiller mellom ”de som bestemmer” og ”de som utfører” oppgavene, og tegner et bilde av ulik forståelse når det gjelder hvilke verdier som blir vektlagt. Dette synes jeg er interessant. Helseforetaksreformens intensjon var å vektlegge økonomi, og de delkapitlene jeg har presentert både i dette kapitlet og i forrige kapittel, bekrefter også vektlegging på økonomi og tidsaspektet som sentralt. Når Ernst setter et skille mellom de som sitter med kulerammer og de som utfører tjenestene, tolker jeg det slik at sykepleierne opplever redusert medbestemmelse, ulike verdimål og ikke minst liten forståelse for hvordan praksissituasjonen oppleves. Fjeldbraaten (2010, s. 172) finner i sin studie det hun kaller ”et tvangsmessig institusjonelt press som synes å være forholdsvis sterkt på sykepleierne”, og skriver at ”det eksisterer en logikkinkompabilitet mellom de organisatoriske oversettelsene av det statlige målet om økt produktivitet og sykepleiernes tradisjonelle yrkesutøvelse”. Sennett (2001, 2008) skriver om fagarbeidet som står i fare ved det hurtige tempoet som blir forventet i organisasjonene, og nevner at beslutningsmandatet til hvilke tjenester og metoder som skal brukes på en arbeidsplass, er flyttet fra arbeiderne til planleggingsavdelinger, slik Ernst også empirisk bekrefter. Også sykepleier Elin underbygger fraværet av ledelse som problematisk, og hun stiller spørsmål om hvorvidt lederne er kjent med alle oppgavene de har å forholde seg til på arbeidsplassen. Inger konkretiserer utfordringene en slik praksis medfører, og

forteller at hun opplever å ikke bli sett og verdsatt som sykepleier, noe som hun mener kan virke demoraliserende for hennes yrkesetikk. Freidson (2007) viser til de profesjonelles jurisdiksjonsområde, og skriver at denne i fremtiden kan bli utfordret av markedskrefter og et lederskap som legger rasjonell logikk til grunn i driften av organisasjoner. Sykepleierne bekrefter empirisk at verdisettet til ledelsen og deres eget ikke er det samme. Å ikke bli sett og verdsatt av ledelsen kan ifølge Inger bidra til likegyldighet, og profesjonsverdiene står under press. Å ikke bli verdsatt for sine verdier og arbeidet som utføres, slik Inger forteller om, har flere forfattere vært opptatt av (Kirkpatrick mfl. 2005, Hart, 1991). Den britiske forskeren Elizabeth Hart (1991, s. 21) skriver at "in the managerial- medical model of health care, nursing skills are devalued and downgraded". Til tross for opplevelsen av ikke å bli verdsatt kan det synes som om sykepleierne føler avmakt i sin arbeidssituasjon, og at de ikke har håndterbare mestringsstrategier til å avhjelpe situasjonen. Musto og Schreiber (2012) omtaler dialog som en viktig strategi sykepleierne gjorde seg bruk av for å håndtere arbeidsoppgavene de hadde på posten. Denne mestringsstrategien synes ikke å være fruktbar i alle situasjoner fordi beslutningstakerne er plassert fysisk borte (Sennett, 2001, s. 52) fra der tjenestene utføres, noe sykepleier Elin også forteller.

Sterke strukturer og opplevelsen av manglende handlingsrom skiller seg imidlertid fra ulike undersøkelser som er foretatt i kommunehelsetjenesten. I min masteroppgave (Kjølsrud, 2006) finner jeg at til tross for omorganisering og innføring av bestiller–utfører-modellen handler sykepleierne på samme måte som de har gjort hele tiden. De bruker sitt profesjonelle skjønn i møte med hver enkelt, og i den grad dette strider mot de standardiserte tjenestene kommunen og bestillerkontoret hadde angitt, skrev sykepleierne en såkalt avviksmelding. Også Kirchoffs doktorgradsavhandling (2011, s. 170) "De skjulte tjenestene – om uønsket atferd i offentlige organisasjoner" tegner et bilde av at de profesjonelle som arbeider i organisasjonen, utfører skjulte tjenester fordi de opplever at brukerne har behov som ikke er tilstrekkelig dekket gjennom standardisering og byråkratisk kontroll. Inger, Elin og Ernst tegner imidlertid et annet bilde av hvordan de opplever sin situasjon på postene enn det sykepleiere gjør i kommunehelsetjenesten, og det kan stilles spørsmål om de strukturelle bindingene er sterkere på en sykehuspost enn i kommunehelsetjenesten. Jeg har også tidligere omtalt Sennett (2001, s. 121-123) og hans beskrivelse av den nye arbeidsetikken som

i større grad er basert på gruppeetikk og konformitet. På en sykehuspost arbeider man mer i team enn man gjør ute i hjemmebasert omsorg, der sykepleierne handler alene. Dette kan ha betydning blant annet på den måten at sykepleierne trolig ikke kjenner konformitetspresset i like stor grad som på en sykehuspost. Sykepleierne som har kommentert tematikken i dette delkapitlet, bekrefter empirisk at profesjonsetikken og sykepleierrollen synes å bli regulert i en retning der det politiske samfunnsmandatet blir rådende.

7.10 Sykepleierrollen og lederrollen

7.10.1 Innledning

Helseforetaksreformen bar med seg nye ledelsesidealer. For å forstå betydningen av hvorvidt de nye idealene med innføringen av enhetlig ledelse betyr noe for sykepleieres muligheter til å handle som profesjonelle, ønsket jeg å vite hvem sykepleierne henvendte seg til når det var noe de lurte på i sin praksis. I hvilken grad rådførte de seg med lederen¹⁷¹, og i så fall hvilke saker dreide dette seg om. På mitt spørsmål svarte 13 av sykepleierne at det var kollegene de hadde rundt seg ”der og da” de henvendte seg til. I tvilstilfelle kunne de gå til nærmeste leder, og dette kunne være situasjoner som for eksempel innebar tvang. Det var kun én informant som hadde vært lenge på den ene posten som mente hun ikke behøvde spørre noen når det gjaldt de utfordringene hun hadde og opplevde på posten. ”Til nød” kunne hun snakke med overlegen hvis hun var veldig i tvil. På spørsmål om hvem sykepleierne hørte mest på i tvilstilfeller, svarte de yngre sykepleierne at det var de som hadde vært lengst på arbeidsplassen som ofte hadde det avgjørende ordet, noe de eldre sykepleierne også bekreftet, bortsett fra én som mente at dette bildet ikke var helt riktig.

¹⁷¹ I dette delkapitlet skriver jeg om den nærmeste lederen til sykepleierne som har betegnelsen enhetlig leder.

7.10.2 Betydningen av ledelse kontra kollegafellesskapet

Kolleger viktig

Kollektivet står sterkt blant sykepleierne, og det betyr mye for de fleste av informantene å få til enighet i pleiegruppen og sykepleierne seg imellom når beslutninger skal tas. Alle sykepleierne sier det er viktig med enighet i gruppen ”fordi det ellers ville bli uholdbart å være i arbeidssituasjonen”, som en uttrykker det. Imidlertid, det er de eldste og de som har arbeidet lengst på posten som har det avgjørende ordet når beslutninger skal tas. Linda representerer sykepleiernes stemme (bortsett fra én), og sier det slik:

Ja, jeg føler jo at de som har jobbet her lengst har... størst tyngde i ...eller gis større tyngde i sine utsagn.

Sigrid, som er en av de eldre sykepleierne og som jeg har omtalt og sitert tidligere, er imidlertid bestemt og resolutt når hun sier:

De hører på de som har vært her lengst, men ikke alltid. Men det er mest rettferdig å høre på de som har vært her lengst. Selv spør jeg sjelden noen, ikke lederne heller, fordi jeg har vært her lengst. Kanskje jeg av og til spør overlegen.

Sigrids uttalelse avviker fra de andre sykepleiernes synspunkter når det gjelder avgjørelser som tas på posten. Hun mener nye sykepleiere bør høre på de erfarne, men at det ikke alltid er slik det foregår. Jeg synes perspektivet Sigrid anfører er spennende, men i løpet av samtalen får jeg ikke bedt henne om å underbygge argumentene sine med eksempler, fordi vi ble avbrutt under intervjuet på grunn av en

hendelse ute på posten¹⁷². Synspunktene sykepleierne anbringer synes jeg allikevel er interessante, fordi helseforetaksreformen og den nye helsepersonelloven vektla en sterkere styring av de profesjonelle. Når jeg utfordrer og spør mine informanter om hva som styrer praksis og hvem de hører på og spør om råd, blir lederen bare unntaksvis nevnt. I de tilfellene lederen blir kontaktet, sier sykepleierne at dette handler om tvilstilfeller vedrørende tvang og tvangsbehandling, eller ferieavvikling og avspasering. I forrige kapittel beskrev jeg den grundige vurderingen som ble foretatt i forbindelse med ulike tvangsinnleggelses og tvangstiltak, og viste til at behandling med tvang er lovmessig strengt regulert, men gir også rom for personlig skjønn. At sykepleierne derfor sier at de snakker med leder i forbindelse med ulike tvangstiltak, hvis de er i tvil, sammenfaller også med hva som er tidligere beskrevet. Kollegafellesskapet er viktig for sykepleierne, noe som også gir støtte til Lipsky (1980) og hans funn, som fremhever betydningen av kollegafellesskapet som helt essensielt hos bakkebyråkrater.

Mange gjøremål

Et annet poeng som kommer frem, er at enhetlig leder har mange gjøremål, hvilket innebærer at tiden denne har til disposisjon ikke alltid strekker til når det gjelder en ”kontrollfunksjon” og rådgivning overfor den enkelte medarbeider. En av lederne sier det slik:

Når jeg kommer på jobb på morgenen så går jeg på morgenmøte hvor det blir gitt informasjon om hva som har hendt siste døgn. Deretter går jeg på vaktrommet og ser på diverse lister og ser om det er nok folk og sånt. Så har vi enhetsledermøter, vi har personalmøter hver 14. dag, og medarbeidersamtaler. Det er ekstremt mange ting og variert. Du går fra akutte situasjoner inne i posten og deretter kontorarbeid hvor du skal passe på at folk har lønn. Så har jeg ansvar for studentene, og egentlig alt i forhold til

¹⁷² Dette intervjuet ble (som det eneste) foretatt på postens vaktrom.

kvalitetssikring. Så fra å henge opp bilder til å telle medisiner og til å bry meg i behandlingen av pasientene.

Bildet lederen tegner opp synliggjør at arbeidsdagene inneholder varierte oppgaver. Lederen omtaler også behovet for å steppe inn i akutte situasjoner på posten, noe sykepleierne også forteller når de sier de henvender seg til enhetslederen når det gjelder vurdering om tvang og tvangstiltak. Sykepleiere ”på gulvet” er tradisjonelt vant med å lede seg selv når det gjelder enkeltoppgaver de er satt til å utføre. Klausen (2003) skriver om makten de profesjonelle innehar, og argumenterer for at mange fagprofesjoner selv innehar ”evne til selvledelse” og at de ikke nødvendigvis har bruk for ledelse. I den grad de har bruk for ledelse skal det være fra en kollega med samme bakgrunn, skriver Klausen (Klausen, 2003, s. 442). Når Klausen trekker frem ”evne til selvledelse” er det nettopp det sykepleiere tradisjonelt har hatt med seg fra sin profesjonsutdanning.

7.10.3 Tidspress og økonomi – et ledelsesansvar

På ett område imidlertid, kom enhetlig leders rolle tydelig til syne. Det handler om økonomi. Som beskrevet tidligere ble innføringen av enhetlig ledelse erstattet med en ny type ledelsesideologi med vektlegging på økonomi og effektivitet. Akuttposter har en øyeblikkelig hjelp-funksjon, og det betyr i praksis at det alltid må være en ledig seng, noe som kan medføre store utskiftninger i pasientgruppen i løpet av et døgn. Det er legens rolle å ta beslutning om innleggelse og utskrivelse av pasienter. På den annen side er det enhetlig leders ansvar å påse at økonomien er under kontroll.

Fastvakt eller ikke fastvakt

En av lederne forteller at de alltid tar en vurdering om det er nødvendig å leie inn vikar ved sykdom. Lederen sier denne beslutningen aldri blir tatt alene, men i samarbeid med den ansvarshavende sykepleieren på posten. Dette kan være i

situasjoner hvor man vurderer om ”kveldsskiftet” trenger ekstra folk fordi det for eksempel er kommet et brått sykdomsforfall. Ut ifra en ”sannsynlighet” om hvordan det er på posten der og da, og hvordan man ser for seg at kveldsvakten vil forløpe, blir situasjonen vurdert og bestemt. Et annet eksempel kan være i situasjoner hvor legen anbefaler fastvakt på en pasient. Legen må da alltid drøfte dette med enhetsleder som har det økonomiske ansvaret for posten, og de økonomiske konsekvensene når det gjelder dette blir da vurdert. Overtidsbetaling er dyrt og det kan være vanskelig å få ekstravakter på kort varsel, og disse faktorene blir vurdert opp mot sikkerhetsrisikoen og forsvarligheten i hvert enkelt tilfelle. Lederen som forteller dette understreker imidlertid at det alltid skal være legen og det medisinske aspektet som skal veie tyngst, og sier det slik:

Behandlerne kan si at den og den trenger fastvakt eller den og den behandlingen. Da kan jeg si: hva er det verste som kan skje hvis den og den ikke får fastvakt? Og så må vi gå igjennom, og klart det hvis behandler sier at den MÅ ha, så kan jeg ikke overprøve det. Men jeg må si at hvis du setter fastvakt på den og den så vil det få de og de konsekvensene.

Lederen tydeliggjør at helseforetaksreformens intensjon med økonomifokuset er viktig, og fortsetter med å fortelle at posten før kunne gå i dundrende minus, men at det nå var et budsjett en måtte forholde seg til uansett. Jeg ber lederen om å forklare meg mer hvordan dette henger sammen, og denne fortsetter med å fortelle at det finnes situasjoner på posten hvor økonomien må vektlegges mer enn faglige hensyn. Lederen forteller at hvis det ikke var slik, kunne en kanskje tatt inn mer ekstrapersonell, men er noe usikker på om dette nødvendigvis vil være til det gode, fordi det alltid er bruk for mer ressurser, og at behovet til tider er ”helt umettelig”. Lederen sier det slik:

Det spørres hvordan du ser på det...fordi jeg tenker, jeg skal jo forvalte ressurser som skal over til alle pasientene. Så av og til kunne en ha sagt at du kan ikke gi til alle – av og til må du prioritere i forhold til hva slags pasientgruppe du har og i forhold til det personalet som er på jobb. Så av og

til må en ta den økonomiske biten med i behandlingen av pasientene, og det er det jeg som gjør og ikke behandler.

Som beskrevet av denne lederens uttalelse er fokuset på økonomi sterkt. I forrige kapittel viste jeg til sykepleier Elin, som fortalte at hun hadde gått til lederen og varslet om faglig uforsvarlighet ute på posten, og hvor hun også etterspurte hvor midlene til å styrke psykiatrien hadde blitt av. Men som jeg har beskrevet tidligere var det flere av sykepleierne som svarte at de ikke hadde opplevd utfordringer som gjorde det nødvendig å varsle. Nå forteller den ene lederen at det i noen sammenhenger er viktigere å prioritere budsjetter fremfor faglighet. Denne praksisen tyder på at lederen også står i et krysspress av ulike forventninger Christensen (2010, s. 132) hevder at det er mellomlederne i en organisasjon som opplever presset fra ledelsen og fotfolket. Hvis det er slik at mange sykepleiere ikke melder fra til lederen om ulike behov, kan det tyde på at det i større grad er presset ovenifra, kravet til budsjettbalanse som blir det sentrale for lederen på posten.

Mange hensyn å ta

Enhetlig leder på postnivå har imidlertid mange hensyn å ta, arbeidsoppgavene er mange og det administrative er blitt mer vektlagt enn tidligere, noe som også var intensjonen med helseforetaksreformen. En av lederne sier det slik:

Stillingen er blitt mer og mer administrativ enn den var når jeg begynte. Vi har fått mye mer i forhold til personal, vi styrer jo mye mer med det selv. Mer og mer sånne administrative ting blir lagt til enhetsleder. Personalkontoret er nedlagt, men vi har jo et kundesenter da, men alt av sjekking av timelister og alt med endringer og alt med permisjoner har vi på postnivå nå. Og når du tenker vi i tillegg skal ha møter og alt med kvalitetssikring, ja da skjønner du det er mye som skal gå i hop.

Lederens beskrivelser synes å gi støtte til Lipskys studie om bakkebyråkratene. Han skriver at lederne er ”managers” og mer opptatt av formelle organisasjonsmålsettinger, mens derimot bakkebyråkratene opererer på egen hånd og fordeler tjenestene ut fra faglig skjønn (Lipsky, 1980, s. 18). Torjesen (2007, s. 287) har kalt den nye lederrollen en ”kontorsjef-rolle”, hvor praktiske og administrative gjøremål som følger med arbeidet tar mye tid, og som medfører at det faglige aspektet blir mindre fremtredende, ikke minst av rent praktiske grunner.

7.11 Den refleksive fortolkning av sykepleierrollen og lederrollen

I dette delkapitlet søker jeg svar på hvorvidt den nye lederrollen bidrar til endret praksis for sykepleierne på posten, og i så fall hvilke situasjoner dette kan være. Sykepleierne forteller at de sjelden henvender seg til sin leder når det er noe de faglig sett er usikre på i postene. De henvender seg til teamet de arbeidet med, men det er de eldste sykepleierne som oftest er de som blir tatt med på råd. Denne praksisen tydeliggjør at det i noen sammenhenger fremdeles eksisterer en såkalt mester–elev-tenkning nedfelt på postene. Tematikken omkring denne praksisen har blitt diskutert tidligere i avhandlingen, hvor det har syntes som om tradisjonen er på vikende front til fordel for en mer teknisk og instrumentell rolleutøvelse. Her forteller Linda imidlertid at det er av betydning å høre på hva mer erfarne sykepleiere sier. Mesel (2008, s. 225-230) finner også i sin avhandling at kollegasamtale fungerer som en mestringsstrategi, både til å søke råd og for å innhente informasjon når en er i tvil om hvilke handlinger som er de mest adekvate. Denne praksisen er godt beskrevet av den norske sosiologen Sverre Lysgaard. I *Arbeiderkollektivet* omtaler Lysgaard (2001, s. 131) arbeiderkollektivet som en regulerende funksjon i gruppen innad, men samtidig utgjør kollektivet et vern mot kravene til organisasjonen, blant annet når økonomi og nyttemaksimering var i fokus. De rammene og de strukturelle betingelsene

sykepleierne er omgitt av, er imidlertid av betydning for handlingsrommet. Som vi har sett i tidligere delkapitler, kan det synes som om sykepleierne tilpasser seg til tross for at de ikke alltid opplever arbeidssituasjonen som ideell, et funn som vi også finner hos Fjeldbraaten (2010, s. 185).

Lederrollen har fått endret innhold etter helseforetaksreformen. Stillingen er blitt mer administrativ og inneholder mange oppgaver (Mo, 2006, Torjesen, 2008). Reformen etterspurte ledere med evne til å vektlegge økonomi og effektivitet. Denne vektleggingen fremtrer tydelig i samtale med de to lederne på postene. Økonomien er lederens ansvar,¹⁷³ og lederen er den som må gjøre ulike vurderinger når det gjelder faglighet og økonomi. En av lederne forteller at det før kunne være budsjetter med dundrende minus, men at fokuset nå er at budsjetter skal holdes. Lederens uttalelse tydeliggjør at helseforetaksreformens intensjon med sterkere økonomistyring blir tilstrebet. Lederne hadde forskjellig innfallsvinkler når de skulle forklare hvilke situasjon de stod overfor med hensyn til økonomi. Mens den ene lederen fremhevet at det alltid ville være et stort behov, påpekte den andre at det sterke økonomifokuset i noen sammenhenger går utover fagligheten på postene. Lederen som påpeker at det alltid vil være et sterkt behov for midler til å løse alle oppgavene de er pålagt, bekrefter empirisk også tematikken Løchen (1984) var opptatt av lenge før helseforetaksreformen ble innført, nemlig dilemmaet mellom idealer og realiteter i praksis. Løchens problematikk og anliggende var at det alltid ville være debatt om på den ene siden rettferdig fordeling og på den andre siden en individualisert behandling. Nettopp dette fokuset er også kjernetematikken i den såkalte profesjonsdebatten jeg i kapittel 3 har referert til, mellom Nortvedt og Grimen (2005). Når den andre lederen forteller om utfordringer når det gjelder økonomi, påpeker denne at fagligheten i noen sammenhenger må vike til fordel for budsjetter. Jeg tolker lederen dit hen at det ikke er en enkel avgjørelse, men at slike avgjørelser også er en del av realiteten på posten. Dette er interessant, ikke minst sett på bakgrunn av flere advarsler om nettopp en slik utvikling (Nortvedt, 1996, s. 237, Freidson, 2007). Freidson (2007, s. 213) er opptatt av profesjonenes rolle med sterke byråkratier og der markedsstyring står sentralt. Han

¹⁷³ Økonomiansvaret hadde lederen også tidligere.

har argumentert for viktigheten av balanse mellom polene marked, byråkrati og profesjon nettopp for å sikre et godt medisinsk og profesjonelt arbeid. At fagligheten står under press, kan tyde på at sykepleiernes egne verdier er truet både kunnskapsmessig og når det gjelder deres egen profesjonsetikk. Basert på en slik tankegang kan det synes som om helseforetaksreformen og de skjerpede pasientrettighetene har en uintendert konsekvens man ikke tok høyde for da de politiske beslutningene ble fattet.

7.12 Dyder – oppofring, faglighet og empati

7.12.1 Innledning

Jeg har tidligere omtalt den sterke lojaliteten og det sterke kollektivet sykepleierne er en del av, og i forrige delkapittel forteller sykepleierne at de søker råd hos kolleger med lengre erfaring. Dette sporet fikk meg til å spørre om sykepleierne hadde forbilder, og i så fall hvilke egenskaper og kvalifikasjoner de mente en god sykepleier skulle ha. Det var kun tre sykepleiere som sa de hadde hatt et forbilde i løpet av den tiden de hadde arbeidet som sykepleiere. Disse tre sykepleierne var blant de eldste av mine informanter. De trakk frem sykepleiere av ”den gamle sorten” med et kristent livssyn og som ofret seg for arbeidet sitt, gjerne i kombinasjon med et kristent kall.

7.12.2 Oppofring, faglighet og empati

Aina, en av de eldre sykepleierne, nølte litt da jeg stilte spørsmålet om hun hadde noen forbilder når det gjelder sin sykepleierrolle. Hun sier etter en liten tenkepause:

Ja, mange av de gamle... de ofra seg for yrket, ikke gifta de seg, de hadde ikke familie...lite betaling, ikke mye igjen av det nå..., men noe, for ellers hadde vi vært tøffere med lønnskrav og arbeidsforhold.

Jeg synes uttalelsen er interessant fordi Aina trekker frem både lønns- og arbeidsforholdene sykepleierne arbeider under, og mener at det fremdeles ”henger igjen” noe av det gamle synet hvor det skal være en oppofring i yrket. I kapittel 6 fortalte sykepleier Bjørn at han og flere andre fra tid til annen trengte ”time-out” fra posten på grunn av det krevende arbeidet. Aina sier imidlertid ikke at hun ønsker å finne seg en annen jobb, slik Bjørn uttrykte det. Hun er opptatt av at situasjonen fremdeles kan ligne litt på ”gamle dager” hvor man ofret seg for yrket.

Når jeg spurte konkret hvilke egenskaper en god sykepleier skulle ha, var det først og fremst faglige egenskaper som ble fremhevet. Alle sykepleierne mente det var trygt å arbeide sammen med en som var faglig trygg, samtidig som det var viktig *å tåle trøkk* og ikke minst det *å kunne ta hurtige avgjørelser*, som en av de mannlige sykepleierne sa det. Personlige egenskaper ble også fremhevet. Det å være tålmodig og like mennesker var egenskaper som var viktige i yrket, og ble fremhevet av de fleste sykepleierne. Fem av sykepleierne tok opp empati som viktig egenskap i møte med pasientene – det *å møte pasientene på en god måte* ble fremhevet. Linn, som har lang erfaring fra helsevesenet og som jeg tidligere har omtalt, fremhevet dette på en spesiell måte. Hun ser litt ut i luften, det er akkurat som om hun kjenner litt på ordene før hun sier:

Jeg tror det er en slags musikalitet, det å klare å være der den andre er...

Fire andre sykepleiere snakker også om empati når jeg spurte om hvilke egenskaper de ville fremheve hos en god sykepleier. Jeg synes det er interessant at empati sammen med ”faglig god” var de fremste dydene sykepleierne presenterte. Linn understreker det hun ser som det ideelle ved å være profesjonell sykepleier, men som vi har sett tidligere i forrige kapittel, er hun kritisk til ulike former for behandling sykehusposten tilbyr.

7.13 Den refleksive fortolkningen av dyder – oppofring, faglighet og empati

Analysen i dette kapitlet og forrige kapittel har avdekket at det å kunne ta raske avgjørelser og tåle ”trøkk” er viktige egenskaper når arbeidet skal utføres på en mest mulig effektiv måte. Faglighet, empati og det å møte pasienten på en god måte ble også nevnt som viktige egenskaper. Linn snakker om en musikalitet. Dette synes jeg var et interessant bilde på hvordan hun opplever de gode møtene med pasientene. Hun bekrefter empirisk det Martinsen (2009, s. 28) kaller ”å ha klangbunn i seg til å kjenne etter og ta imot det en er berørt av og som berører i inntrykket”, og den franske filosofen Gabriel Marcel omtaler nærværet som ”en viss innstrømning” når en er åpen og kjenner hva den andre formidler (Marcel, 1949, 1958¹⁷⁴). Uttalelsen Linn kommer med, kan indikere at slike møter fremdeles kan la seg gjøre selv om hun ikke eksplisitt sier dette. Martinsen (2009, s. 116-117) hevder at slike betingelser ikke alltid er til stede nettopp på grunn av tidspress og effektivitet.

Jeg spurte sykepleierne om de hadde hatt eller hadde forbilder. I arbeidet med analysen har jeg reflektert over hvorfor kun tre av sykepleierne fortalte at de hadde hatt forbilder, men at dette var tilbake i tid. Ingen av sykepleierne presenterte noen av sine kolleger som forbilder, noe jeg kunne forventet tatt i betraktning ”den kollektive orden” jeg presenterte i forrige delkapittel, dere vi så at sykepleierne rådførte seg med sine kolleger når de var i tvil om hvordan de skulle handle. Når det gjelder forbildetenkningen, har mine funn likhetstrekk med annen norsk forskning i et sykehusmiljø. Mesel (2008) finner i sin avhandling at legene deler seg i to grupper når det gjelder det å være et forbilde for yngre kolleger. Den ene gruppen beskriver en dydsmoralsk praksis der god medisin innbefatter både kunnskap og holdninger, mens enkelte leger i den andre gruppen ”melder seg ut” av forbilde- og mestertenkningen (Mesel, 2008, s. 186-187).

¹⁷⁴ Boken *Eksistens og erkjennelse* ble utgitt i 1958 og er oversatt av Leif Tuft. Originaltittelen er *Position et approches concrètes du mystère ontologique*.

Når det gjelder forbildetenkningen og mangel på klare forbilder, har jeg reflektert over om det kan henge sammen med sterke strukturelle bindinger sykepleierne må forholde seg til på sin arbeidsplass. Som vi har sett i begge analysekapitlene hvor det empiriske materialet er presentert, forteller sykepleierne om en praksisutøvelse hvor nærheten til pasientene synes å gå i retning av en mer teknologisk og standardisert tjeneste. Kan det være slik at organiseringen på postene, hvor hensyn til oppgaver og prosedyrer, dokumentasjon og standardiserte modeller råder, fordrer personlige egenskaper? Sykepleiernes praksisbeskrivelse synes ikke å (med et unntak der vi så sykepleiere rådføre seg med sine kolleger) inneholde tidligere tiders vektlegging på et mester–elev-forhold (Sennett, 2008, s. 149, Martinsen, 2005, s. 152). Denne form for praksis stod tidligere helt sentralt, og her skulle nybegynneren bli trent i gode holdninger og lære oppøvelse av godt skjønn uten å bare være regelstyrt. Ingen av sykepleierne bekreftet tesen om at nye metoder erstatter personlige egenskaper, slik jeg stiller spørsmål om her (det var ikke tematikk der og da), men i tidligere delkapitler har vi sett at flere at sykepleierne tar til orde for at praksisen de ønsker å være deltaker i, ikke alltid lar seg gjennomføre på grunn av mange arbeidsoppgaver som skal utføres. Nettopp tid og tidsfaktoren er tematikk som blir trukket frem av Mesel (2008, s. 190-192) når leger omtaler forbildetenkningen. En av informantene i Mesels undersøkelse viser til at knapphet på tid er avgjørende når det gjelder å rådføre seg med sine kolleger. Mangel på forbilder kan, slik jeg tolker empirien, være en kombinasjon av mangel på tid og nye kunnskapsidealer der standardisering står sentralt. En slik tolkning kan indikere at statens grep om profesjonene og de profesjonelle verdiene er satt under press, hvilket også var intensjonen med de lovreguleringene som fant sted.

7.14 Etikk og refleksjon

7.14.1 Innledning

Som vi husker handler det å være profesjonell om å kunne utføre skjønnsbasert ekspertkunnskap og at handlingene reflekteres over når det gjelder profesjonsetikk. Et

sentralt spørsmål er derfor hvilke etiske kilder sykepleierne anvender i sin yrkespraksis. I dette delkapitlet er jeg opptatt av postens ideologi, og hvordan denne ideologien oppleves for sykepleierne. Likedan er jeg opptatt av hvorvidt sykepleierne anvender de yrkesetiske retningslinjene de har med seg fra sin egen profesjonsutdanning. Jeg var derfor også interessert i om sykepleierne hadde gått på kurs som omhandler etikk og etiske problemstillinger. Det var fire informanter som fortalte at de hadde deltatt på eksterne kurs som omhandlet etikk. Posten de arbeidet på arrangerte også fra tid til annen internundervisning som omhandlet etikk. Her var det i særlig grad temaet som omhandlet tvang og ulike problemstillinger knyttet opp mot tvang som ble drøftet.

7.14.2 «Refleksjonsbiten er jo blitt større»

Alle mine informanter hadde mer enn fem års praksis fra psykiatrien, og et av mine spørsmål var om de var interessert i etikk, og om den interessen eventuelt hadde en sammenheng med hvor lenge de hadde arbeidet som sykepleiere og i psykiatrien. Fire informanter var litt usikre på om de var blitt mer interessert i etikk i løpet av årene, mens tolv informanter mente de var blitt mer interessert i etikk etter hvor lenge de hadde arbeidet som sykepleiere. Audhild nølte litt da hun fikk spørsmålet, men etter en liten tenkepause sier hun det slik:

...jeg tror nok at refleksjonsbiten er jo blitt kanskje heller større, jeg ser helheten på en annen måte. Jeg har andre biter jeg kan ta inn, men i forhold til tvang og autonomi i en akuttavdeling så har vi stadig diskusjoner.

At Audhild trekker frem tvang og autonomi her kan ha ulike forklaringer. For det første at det har stor betydning for sykepleierne å handle "rett". En slik innstilling handler trolig ikke om organisatoriske endringer ene og alene, men like mye om en pliktetikk som er sterkt forankret hos sykepleiere. En annen mulighet kan være at det juridiske språket er mer håndfast og at de etiske refleksjonene forblir som tause bekymringer (Kjølsrud og Clancy, 2013). Jeg har tidligere omtalt at i samme tidsrommet intervjuene fant sted hadde media omfattende søkelys på psykiatrien, og spesielt tvangsinnleggelse. Dette kan også bidra til å forklare det juridiske fokuset.

Bildet er trolig mer sammensatt enn som så. Intensjonen med helseforetaksreformen var også at pasientens rettigheter skulle settes i fokus, noe vi også har sett gir seg utslag i ulike former for dokumentasjon som foregår på postene, og hvor fokuset er blitt satt på å overholde lovbestemte regler. En av lederne trekker nettopp frem viktigheten av å gjøre ting ”riktig”, slik at ingen etterpå kan komme og rette kritikk mot praksisen på arbeidssstedet. Også Ernst som er en av sykepleierne med lang fartstid, sier han er mer opptatt av etikk nå enn tidligere. Han tenker seg litt om, og sier det slik:

Ja, altså den første tiden var det ikke så mye etikksnakk nei. Jeg kan nok si jeg engasjerer meg mer, men kanskje først og fremst at nå...jo mer man jobber med et fag og er det bevisst, så jobber en annerledes med det. Så jeg tror nok det er den første etiske refleksjonen man gjør, man synes ting bare er rart og vanskelig, det er på en måte første steget inn i noe før man begynner å bli litt sånn problem løsende i det også. For man kan jo også være problem løsende i etiske problemstillinger. Det er ikke slik at de bare er der, vi kan faktisk på en måte intervensere og gjøre noe med dem, tenker jeg. Og da jobber man annerledes.

Ernst tilkjennegir at han er opptatt av etikk, blant annet fordi etikken kan bidra til å løse ulike utfordringer og problemstillinger han opplever i hverdagen, som han sier. Han gir imidlertid ingen konkrete eksempler på dette. Men når jeg spør ham om han anvender de yrkesetiske retningslinjene, svarer han resolutt:

De yrkesetiske retningslinjene – de har jeg hørt om.

Svaret Ernst gir meg her samsvarer også med de andre informantene. Sykepleierne sier de ikke har lest retningslinjene siden de tok sin utdanning. Enkelte lurte på om de ikke finnes på posten ”et sted”, men de er ikke sikre.

7.14.3 Postens etikkpolicy

Sykepleierne sier de ikke leser og anvender yrkesetiske retningslinjer på arbeidsplassen. Dette får meg til å spørre hvorvidt posten de er tilknyttet setter etiske spørsmål på dagsorden. Janne svarer:

Vi har internundervisning med legene om tvang og tvangsbehandlingstiltak.

Janne forteller at posten fra tid til annen har interne seminarer som vedrører tvang og autonomiproblematikk, men sier at hun ikke har vært på kurs om etiske problemstillinger utenom dette. Som tidligere beskrevet er tvangsproblematikken svært aktuell, og sykehuset tilstreber å etterleve de lovmessige pliktene de er satt til å ivareta. Jeg spør om sykepleierne har annen veiledning, og om det finnes ”rom og tid” til ettertanke og refleksjon omkring de vanskelige utfordringene og dilemmaene sykepleierne har beskrevet. Audhild svarer slik:

Veiledning...jeg har forstått det slik at det ikke finnes penger til det nå.

Når Audhild forteller at det er lite penger til faglig utvikling spør jeg henne hva hun tenker om dette. Hun svarer at hun forstår det er vanskelig, og begrunner det med ”tunge tider” for alle som arbeider i helsevesenet.

7.15 Den refleksive fortolkningen av Etikk og refleksjon

Bortsett fra fire forteller alle sykepleierne at de er blitt mer opptatt av etikk de seneste årene. Dette funnet er interessant, synes jeg. Et av temaene de trekker frem, er

autonomiproblematikken med henblikk på pasientens autonomi. Sykepleierne har imidlertid ikke noe forhold til sine egne yrkesetiske retningslinjer, og dette er tankevekkende når så mange av informantene signaliserer økt etisk interesse. Empirisk stemmer dette for øvrig også med annen forskning på feltet (Mesel, 2008, Hov, 2007), men det er allikevel et paradoks siden flere tar til orde for økt bevissthet på etikk. Økt interesse og oppmerksomhet på etikk kan ha flere forklaringer. En plausibel forklaring kan være at man i løpet av årene utvikler et stadig bedre klinisk blikk og på den måten bedre forstår hva som står på spill i de enkelte situasjonene. Arnhild er en av sykepleierne som forteller at refleksjonsbiten er blitt større, og bekrefter empirisk Nortvedts (2012) anliggende når han beskriver at en god praksis fordrer refleksjon. En annen forklaring på økt interesse for etikk kan være en sammenheng med de strukturelle betingelsene jeg tidligere har beskrevet, hvor det er jussen som blir det styrende. Sykepleierne forteller også at posten har fokus på autonomispørsmål når tvang og tvangsinnleggelse er aktuelt. Dette samsvarer også med tidligere funn i avhandlingen. Flere forfattere har vært opptatt av den økende vektleggingen på juss i helsesektoren. Leer-Salvesen (2005) spør om hele helsevesenet skal reguleres og reformeres, og stiller spørsmål om man ikke heller skal satse på profesjonenes tillit og etikk. Spørsmålet synes betimelig på bakgrunn av det empiriske materialet jeg har samlet inn som synliggjør at sykepleiernes egen profesjonsetikk synes redusert.

Også Ernst bekrefter at han er mer opptatt av etikk nå enn tidligere. Sykepleierne etterspør imidlertid ikke refleksjonssamtaler i forbindelse med utfordrende hendelser på posten. Vi har tidligere sett at det føres diskusjoner der og da, blant annet under kardexmøtene, særlig i forbindelse med tvang og tvangsbehandlingstiltak og i forbindelse med raske utskrivelser. Det kan synes som om plikten (Brinchmann, 2008) er rettet mot postens regler og rutiner snarere enn på å ivareta pasientens beste og på "selvplikt", i betydningen å sørge for muligheten til ro og refleksjon over egen praksisutøvelse. Arendt (1965) har drøftet betydningen av refleksjon og god dømmekraft og hevder det er av avgjørende betydning å være bevisst på de valgene man tar. Benner (s. 237-243) trekker frem viktigheten av dannelsen for sykepleiere i møte med byråkratiske styresett og arbeidsplasser med økonomiutfordringer. Sykepleierne bekrefter empirisk sin lojalitet til arbeidsplassen og forteller at det ikke

finnes økonomi til møteplasser hvor refleksjonssamtaler kan finne sted, og at det er trange tider for dem som arbeider i helsevesenet. Dette er interessant ikke minst på bakgrunn av det moralske stresset sykepleierne selv har presentert, eksempelvis når de blant annet må øve seg i å bli tøffere, står med hjertet i halsen og er usikre på om pasientene får den hjelpen de trenger. Sykepleierne drives i en retning hvor profesjonsetikken får mindre plass, og hvor allmenetikken blir det styrende.

7.16 Oppsummering og konklusjon på andre forskerspørsmål

Jeg spør i min avhandling om hvorvidt statlige reformer betyr noe for sykepleieres muligheter til å handle som profesjonelle. I definisjonen av det å være profesjonell har jeg både lagt til grunn at sykepleierne innehar ekspertkunnskap, og at handlingene de utfører, reflekteres og grunnes over når det gjelder profesjonsetikk. For å få besvart mitt spørsmål valgte jeg å dele opp kapitlet i syv deltemaer. Hvert tema representerer hva sykepleierne selv tok til orde for da jeg spurte om det i løpet av de siste årene hadde skjedd endringer på posten de arbeidet på, og i så fall hvilke implikasjoner de mente endringene hadde å si for deres måte å handle på.

Avhandlingens funn er at statlige reformer synes å spille inn på sykepleiernes muligheter til å opptre som profesjonelle. Helseforetaksreformen med innføring av enhetlig ledelse i sykehusene hadde som intensjon å bidra til en sterkere styring av de profesjonelle. Målet kan sies å være oppnådd på flere områder. Samtidig med reformen ble lovgrunnlaget skjerpet når det gjelder pasientens rettigheter. Jussen ser ut å spille en stor rolle. Dette synliggjøres gjennom den økte vektleggingen på dokumentasjon og skjemavelde som er hjemlet i lovverket. Den evidente kunnskapen står sentralt, noe som kommer til syne i form av økt vekt på standardisering og manualisering av tjenestene, og der fortolkningsvitenskapen og sykepleiernes tradisjonelle håndverkstradisjon synes å ha magrere kår. Sykepleiernes juridiksjonsområde synes også å være i endring, noe som kan ha sammenheng med ny helselov og profesjonsnøytral ledelsesideologi. Sterkere strukturelle rammer og

mindre profesjonsmakt var et av virkemidlene styresmaktene tok i bruk da helseforetaksreformen og nye lovregler ble iverksatt, samtidig med vektleggingen på økonomi og effektivitet. Funn i kapitlet kan tyde på at slike organisasjonsbetingelser påvirker sykepleiernes handlingsrom og yrkesetikken. Når det gjelder reformens vektlegging på ledelse på postnivå, kan det synes som om dette gir seg utslag når det gjelder økonomi og ulike vurderinger som gjelder bemanning. Sykepleierne har anledning til ulike handlingsvalg basert på skjønnsutøvelse, og de rådslår ofte med sine kolleger når de er i tvil. Av egenskaper vektlegger sykepleierne faglighet og empati, samtidig med det å kunne handle raskt og omstille seg, men ingen angir at de har forbilder blant sine kolleger, noe jeg tolker med et spørsmål om nye kunnskapsidealer kan fordrive personlige egenskaper. Samtidig kan en forklaring være at tiden og tidsperspektivet er av medvirkende årsak. Jeg finner også at sykepleierne er opptatt av etikk, men at profesjonsetikken gis mindre oppmerksomhet.

På bakgrunn av mine funn er det betimelig å spørre om reformene i sykehusene representerer *det store tilbakeslaget* for sykepleieprofesjonen og sykepleieren som enkeltaktør. Hovedfunnene i min avhandling er at sykepleierne er systemtro, de handler lojalt når det gjelder arbeidsstedets praksis, selv om de i noen sammenhenger ikke er enige i den ideologien posten representerer. Konklusjonen på mitt andre forskerspørsmål er at de statlige reformene med innføringen av nytt lovverk setter begrensninger for sykepleieres muligheter til å handle som profesjonelle. De handler ut ifra ekspertkunnskap, men handlingene reflekteres ikke over og begrunnes ikke når det gjelder profesjonsetikk.

8. Refleksjon over forskningsprosessen

I dette kapitlet vil jeg gi en kort redegjørelse for forskningsprosessen, og ulike valg som ble foretatt, og vise til min rolle som forsker. Avslutningsvis vil jeg angi temaer til videre forskning på bakgrunn av mine egne funn i denne avhandlingen.

8.1 Mine valg og min rolle som forsker

Valg av metode og ulike teoretiske perspektiver, samt min egen rolle, meningshorisont og forforståelse danner bakgrunn for fortolkningen av mitt empiriske materiale. Materialet og mine funn i denne avhandlingen viser noen aktuelle temaer som er sentrale, og som har fanget opp mine forskningsspørsmål og tematikken jeg ønsket å belyse. Andre teorivalg, metoder og design ville kunnet fanget opp andre historier og andre perspektiver. Å favne alle mulige perspektiver på etiske og moralske utfordringer på en akutt psykiatrisk post er en stor utfordring og ville slik jeg ser det være umulig. Av den grunn har jeg foretatt noen valg og utvalg under hele forskningsprosessen.

Teoriene og andre litteraturstudier som omhandler profesjonsetikk og reformer i helsesektoren, har hjulpet meg til å få oversikt og gitt meg en dypere forståelse av hva som skjer i feltet. Dette mener jeg har bidratt til å øke overføringsverdien på min avhandling. Noen teorier er blitt tonet ned i denne avhandlingen, i møte med min empiri, mens andre teorier har fått større forklaringskraft underveis. Jeg har benyttet meg av flere teoretiske tilfang, hvilket også kan være en utfordring. Når jeg allikevel har gjort dette valget er det fordi jeg mener denne fremgangsmåten åpner opp for flere analyser og beriker mitt materiale.

8.2 Reliabilitet og validitet

8.2.1 Reliabilitet

”Reliabilitet har med forskningsfunnenes konsistens å gjøre” (Kvale, 2005, s. 164), og hvorvidt resultatene av mine funn er å stole på. Riis (2012) skriver i artikkelen ”Kvalitet i kvalitative studier” handler om ”at informationsøgningen og filtreringen er håndværksmessig korrekt utført” (Riis, 2012, s. 353). I en kvalitativ studie omhandler dette hele prosessen. I metodekapitlet har jeg så detaljert som mulig anvist håndverksprosessen ved å beskrive hvordan jeg under hele arbeidsprosessen har forholdt meg i de ulike fasene, for å ivareta kravene til transparens. Blant annet har jeg gjort rede for hvordan jeg valgte ut informanter, hvordan intervjuguiden ble anvendt, hvordan jeg har foretatt memoskriving og arbeidet med analysen. Riis argumenterer for at forskning med kvalitative metoder kan ha et troverdighetsproblem blant annet fordi ”forskerens subjektive indflydelse på prosessen ikke bare er uundgåelig, men også positiv” (Riis, 2012, s. 354). Et poeng Riis trekker frem er at leseren ikke kan stole blindt på forskeren, men argumenterer for at empirien skal være dokumentert, slik at den kan etterprøves. Kravet til dokumentasjon som Riis argumenterer for her, har jeg fulgt, eksempelvis ved at mine veiledere har lest et tilfeldig utvalg av mitt transkriberte materiale. Jeg har også gitt en beskrivelse av kontekstuelle forhold sykepleiere agerer i, og begrunnet hvordan de ulike temaene er brakt på bane. Jeg har tidligere omtalt mulige svakheter ved prosjektet. Det ene er tiden, og tidsaspektet ved at samtalene kun hadde 60-75 minutters varighet. Spørsmålet som kan reises, men som ikke lar seg helt besvare er hvorvidt jeg hadde fått mer informasjon om jeg hadde intervjuet informantene i to timer. Selv mener jeg det er grunn til å tro at tidsaspektet ikke betyr så mye for forskningens reliabilitet fordi svarene jeg fikk underveis i stor grad var konsistente. Jeg mener også at intervjuer av lang varighet kan resultere i at informantene blir trette og motsier seg selv. Jeg møter feltet med en forforståelse, og i kapittel 1.2 har jeg også gjort rede for denne utfordringen. Eksempelvis antydte jeg at mine funn i denne avhandlingen trolig ville samsvare med mine funn i min masteroppgave (Kjølrsrud, 2006). Der fant jeg at sykepleiere i hjemmebasert omsorg i stor grad handlet som før til tross for ulike organisatoriske endringer. Mine funn i denne avhandlingen viser at det kan synes som om strukturelle betingelser på en sykehusarena setter sterkere begrensinger på sykepleiernes handlingsrom enn jeg hadde forventet. Et annet kritisk

blikk på min egen rolle kan jeg finne ved at enkelte av temaene i analysekapitlene kunne vært utdypet mer, noe jeg også har angitt i analyseteksten. Mine funn i avhandlingen finner i hovedsak støtte i annen forskning, noe som jeg mener bidrar til å styrke reliabiliteten.

8.2.2 Validitet

Validitet handler i stor grad om å utforske det vi ønsker å utforske. Repstad, (2007, s. 134) skriver at ”validitet ofte oversettes med gyldighet, og er et mer mangetydig begrep”, og han fortsetter: ”Er det samsvar mellom våre forskningsspørsmål og de informasjonene vi faktisk gjør bruk av når vi trekker våre konklusjoner? Kaster våre empiriske undersøkelser faktisk lys over den problemstillingen vi har ønsket å belyse.” I praksis innebærer validitet at jeg som forsker inntar et kritisk perspektiv på mine tolkninger, eksempelvis forstod jeg informanten rett i samtalen, og hva gjorde jeg for å forsikre meg om rett forståelse. Validiteten innebærer en kontinuerlig prosess under arbeidet, fra tematiseringen finner sted til hovedfunnene blir representert (Kvale, 2005). En utfordring som jeg også tidligere har understreket og vært inne på, er å forske i eget felt. Dette kan bidra til skjevhet i de resultatene jeg har fått ved at mine fortolkninger ikke har tatt hensyn til mangfoldet i ulike fortolkningsmuligheter på grunn av nærheten til feltet. Samtidig med dette har jeg med meg min egen erfaring, forståelse og forforståelse noe som gir meg muligheten til å tolke sykepleiernes tematikk ut ifra en bredere horisont. Riis (2012) skriver også at vår forståelse av verden bygger på språket, og ”videnskabens fremstilling af verden er bestemt af hverdags sproget og af forskerens fagsprog” (Riis, 2012, s. 358). Når språket vektlegges, mener jeg at min bakgrunn som sykepleier bidrar til å gi avhandlingen validitet. Intervjuet finner sted som en hermeneutisk samtale. Et kvalitativt intervju slik jeg har foretatt karakteriseres av åpenhet og fleksibilitet.¹⁷⁵ For å sikre at jeg har forstått hva sykepleierne har fortalt, har jeg blant annet kontaktet to informanter i ettertid og fått klarhet i ulike hendelser og situasjonsbeskrivelser som

¹⁷⁵ Semistrukturert intervjuguide.

jeg var usikker på. For å validere mine funn, såkalt intern validering, har jeg fremlagt materialet i anonymisert tilstand for mine veiledere og andre kolleger, og fått tilbakemeldinger på ulike plausible fortolkningsmuligheter. Arenaene jeg har deltatt på er ulike stipendiatsamlinger på PhD-programmet jeg har vært tilknyttet og samlinger med andre forskere, blant annet på interne og eksterne PhD-kurs. En slik deltakelse har medført at jeg i hele prosessen har måttet innta en reflekterende holdning til mine egne fortolknings og analyser. Bryman (2004) kaller dette ”respondent validation or member validation”, mens Kvale (2005) kaller det den kommunikative validiteten. Jeg har også underveis i prosessen snakket med andre sykepleiere enn mine informanter for å bringe klarhet i hvorvidt mine forståelser er gyldige. En svakhet som jeg tidligere har beskrevet er at utvelgelsen av informanter ble foretatt av enhetslederne på de to postene. Faren ved en slik fremgangsmåte kan være at jeg har gått glipp av et mangfold, blant annet av informanter som er svært kritiske når det gjelder den problemstillingen jeg har forsøkt å få svar på. Jeg har imidlertid ingen grunn til å tro at informantene ble selektert, noe også enhetslederne bekreftet da jeg spurte hvordan de hadde valgt ut sykepleierne på listen jeg fikk over aktuelle kandidater.

For å styrke validiteten har jeg også i avhandlingen gjort rede for de ulike teoretiske perspektivene jeg har anvendt, og jeg har vist til min empiri og sammenholdt med annen empirisk forskning, noe som jeg mener bidrar til transparens og gir leseren en mulighet til å gjøre seg opp en mening om hvorvidt mine tolkninger synes valide. Alvesson og Sköldbberg (1994) skriver at ingen tolkning nødvendigvis er sann, ”däremot kan argument lämnas för att en viss tolkning är rimlig, kanske rentav den för nävarande rimligste med utgångspunkt i den tid vi lever och de frågeställningar som vi har förfogande.” (Alvesson og Sköldeberg, 1994, s. 168).

Et usikkerhetsmoment som bør trekkes frem når det gjelder mine funn er at det var enkelte sykepleiere som innledningsvis i samtale med meg ikke hadde så klare formeninger om etiske utfordringer på postene. Riis (2012) omtaler nettopp dette fenomenet, og skriver at noen informanter er gode til å kommunisere, og at det kan være en fare ved nettopp å lytte og sitere disse informantene. For å få en dekkende beskrivelse av hele feltet, skriver Riis, må man ”gøre sig ekstra anstrengelser for at inndrage de informanter, som holder sig tilbage, eller som er svære at forstå” (Riis,

2012, s. 355-356). Deler av min empiri inneholder sitater nettopp fra informanter som har vært ordrike i sine fremstillinger, men jeg har også spurt disse informantene om deres synspunkter sammenfaller med de andre sykepleiernes synspunkter på posten. Jeg har da fått opplyst at det i enkelte situasjoner finnes ulik tolkning sykepleiere imellom, noe som også min empiri har synliggjort. Men for å ivareta kravet Riis beskriver og fremhever som vesentlig, og for å få frem en best mulig nyansert fremstilling innenfor feltet man undersøker, har jeg som tidligere nevnt, blant annet kontaktet to sykepleiere i etterkant av intervjuene for å være sikker på at jeg har forstått hva de mente når det gjelder ulike temaer som ble snakket om. ”Tausheten” til enkelte av sykepleierne har jeg også vært usikker på hvordan jeg skal tolke. En måte å tolke dette på er at det i stor grad handler om mangel på et etisk språk. Denne antagelsen kan være plausibel nettopp fordi sykepleierne identifiserte flere utfordringer når jeg utover i samtalen ble mer konkret i mine spørsmål.

8.2.3 Generaliserbarhet

Kvalitativ forskning skal bidra til forståelse av de fenomener som studeres, noe som kan gi grunnlag for overførbarhet. Riis (2012) skriver at ”kvalitative undersøgelser søker at oppnå informationer om undersøgelsens sociale felt, som dækker hele fæltet, og som desuden er overførbare på lignende felter” (Riis, 2012, s. 355).

På de to postene jeg har foretatt min undersøkelse behandler de pasienter med samme type lidelser. Tematikken sykepleierne beskrev og gav uttrykk for var sammenfallende på de to postene. Selv om det er to relativt like poster i den forstand at de behandler pasienter med samme type diagnoser og er underlagt samme organisatoriske enhet og forholder seg til samme lovverk og kontekstuelle bakgrunn, så bør det likevel understrekes at det ved akuttposter også vil kunne oppstå ulike typer utfordringer man ikke vil finne på andre poster, hvilket innebærer at en ikke uten videre kan generalisere. På en akuttpost må sykepleierne også fatte beslutninger på kort tid, dermed kan en anta at utfordringene sykepleierne står overfor er annerledes enn på en post hvor pasientene er innlagt over tid. Akuttposters særtrekk er de hurtige omstillingene og mindre forutsigbarhet, hvilket åpner opp for større grad av skjønnsutøvelse. Jeg var i starten av analysen åpen for å lage en komparasjon mellom de to postene, men underveis viste dette seg mindre interessant fordi de

empiriske resultatene var temmelig like, noe som underbygger argumentet om at mine funn i denne avhandlingen kan ha likhetstrekk med mange andre serviceinstitusjoner. Er det mulig å generalisere ut ifra mitt materiale? Til tross for at jeg har et tynt materiale å bygge på, mener jeg allikevel det kan være grunn til å åpne opp for en analytisk generalisering (Kvale, 2005, 161). Generaliseringsmulighetene i kvalitative studier som denne, hviler uansett til syvende og sist på intersubjektive forhold, altså i hvilken grad informerte forskere og praktikere i helsesektoren finner overføringsverdi til andre kontekster i det jeg skriver.

8.3 Temaer til videre forskning

Enkelte temaer tonet jeg ned i analysen. Et tema som ble tonet ned i avhandlingen er empiri jeg finner som omhandler generasjonsforskjeller og ulik tenkning når det gjelder hvilke oppgaver som blir prioritert på posten.¹⁷⁶ Empirien jeg samlet inn viste kun en svak tendens i retning av ulik tenkning generasjoner imellom, og det fremkom ikke konkret hvilke etiske implikasjoner dette kunne innebære, noe som fikk meg til å tone ned tematikken. En begrunnelse for dette valget var av metodiske hensyn. Jeg har foretatt kvalitative intervjuer med 16 informanter. Til tross for at det var spredning i alder og kjønn var hovedtyngden av sykepleierne av ”den eldre garde”. Selv om mine informanter hadde vært representert med lik fordeling av unge og gamle ville det være vanskelig å generalisere mine funn. Men jeg vil anta at en annen utvelgelse av informanter og annen metodisk tilnærming, ville kunne gi et bredere innsyn når det gjelder denne tematikken. Tematikken ”generasjonsforskjeller” kunne være et interessant mulig spor i videre forskning, ikke minst på bakgrunn av mine funn når det gjelder at sykepleierne synes å bli regulert inn i en tenkning hvor nye kunnskapsidealer befester seg.

¹⁷⁶ Se kapittel 7.

Mine funn synliggjør at sykepleierne dras i retning av en mer instrumentell praksis, der kunnskapsidealene er i endring og der den profesjonsspesifikke kunnskapen synes svekket. Lov om helsepersonell hadde også intensjon om å bryte ned monopoler på den profesjonsspesifikke kunnskapen. Jeg har beskrevet i avhandlingen at postene jeg har foretatt min empiriinnsamling på benytter seg av personale med ulik profesjonell bakgrunn. En mulig interessant oppfølger av denne studien kunne være å foreta en tverrfaglig studie. Studien kunne ta høyde for å undersøke om alle de ulike profesjonsutøverne blir regulert inn i en ny form for kunnskapsdannelse og dermed må gi avkall på det profesjonsspesifikke de har med seg fra sin utdanning. En mulig innfallsvinkel til en slik studie vil kunne være å undersøke de profesjonelles muligheter til autonomi og utøvelse av skjønn. Som jeg har beskrevet i min avhandling er flere teoretikere av den oppfatning at det foregår en gradvis deprofesjonalisering i samfunnet, noe også min forskning kan tyde på. Et eksempel er at flere arbeidsoppgaver blir standardisert. Mens det tidligere tradisjonelt var håndverket som stod sentralt, viser funn i avhandlingen at håndverket i stor grad synes å bli erstattet av teknikk for å oppfylle systemets krav. En slik studie av flere faggrupper og profesjoner ville kunne være et supplement og på en bredere måte fange opp om mine funn i denne avhandlingen er pålitelige og gyldige.

En annen mulig oppfølger til min avhandling ville kunne være lignende studier på andre typer psykiatriske poster hvor pasienter oppholder seg over lengre tid. Studien kunne også omfatte andre yrkesgrupper for eksempel ledere og leger. Et sentralt spørsmål som synes relevant å stille er hvorvidt standardisering spiller en større eller mindre rolle i andre helseprofesjoner og på poster der pasientene oppholder seg over lengre tid. Det kan tenkes at det utvikler seg nærmere bånd og dermed også nærhetsetiske innslag når samværet mellom personale og pasienter foregår over lengre tid. Imidlertid vil trolig skiftarbeid og raske utskrivelser trekke i en annen retning.

Helseforetaksreformen og nye lovreguleringer hadde til hensikt å sikre en mer rettferdig fordeling av helsetjenestene, økt transparens og skjerpede pasientrettigheter. Som et siste forslag til oppfølger mener jeg det kunne vært

interessant og foretatt en studie hvor pasienter var informanter i forhold til nettopp den skjerpede lovgivningen og den økte vektleggingen på pasientens rettigheter. Har lovgivningen fungert etter intensjonene? I en slik undersøkelse vil det være interessant å ta rede på pasientens opplevelse i møte med akuttpsykiatrien blant annet med vektlegging på pasientens autonomi.

9. Profesjonsetikk – en kritisk drøftelse

9.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg foreta en kritisk og normativ etisk refleksjon knyttet til mine empiriske funn, min egen erfaring og forforståelse, der jeg besvarer to spørsmål:

Hva er de viktigste etiske og moralske utfordringene for sykepleierne på en akuttpost på en psykiatrisk avdeling i et helseforetak?

Hvilke implikasjoner medfører disse utfordringene for andre relevante aktører?

Kapitlet inneholder først en kort oppsummering av mine funn. Deretter vil jeg drøfte sykepleiernes rolle som moralske aktører, og gjøre rede for hva jeg mener sykepleierne bør gjøre for å komme bedre til rette med sin arbeidssituasjon. Jeg vil også omtale Norsk Sykepleierforbunds sentrale rolle, både som aktør og premissleverandør når det gjelder blant annet sykepleiernes profesjonsetikk. Mine informanter arbeider i et helseforetak. Helseforetaket har også sin egen strategiske utviklingsplan med prioriteringer, noe som har implikasjoner for sykepleiernes muligheter og handlingsrom, og jeg vil derfor reflektere over den strategiske utviklingsplanen helseforetaket har. Samtidig vil jeg beskrive hvordan sykehuset som aktør operasjonaliserer samfunnsoppdraget de har fått fra politikerne. Profesjonsutdanningen har også en sentral rolle og et ansvar når det gjelder sykepleiestudentene. I dette avsnittet vil jeg reflektere over endringer i kvalifikasjonsrammeverk, og jeg argumenterer for ulike tiltak som jeg mener kan bidra til å ruste studentene på en enda bedre måte til å møte de utfordringene de vil stå overfor som nyutdannede sykepleiere. Jeg vil deretter omtale det politisk gitte samfunnsmandatet og synliggjøre ulike premisser politikerne legger for de profesjonelle når det gjelder de vedtak som fattes, og hvilke implikasjoner dette har for de profesjonelle. Til slutt har jeg et eget avsnitt jeg har kalt ”den gylne middelvei” som et mulig alternativ til dagens praksis. Her summerer jeg opp at profesjonsetikken

ikke kun må være regelstyrt, men supplert med muligheter til refleksjon over praksis, og der dydsetikken og sykepleiernes egen kodeks for moralsk praksis må stå sentralt.

9.1.1 Politisk samfunnsoppdrag – en kort oppsummering

I mitt første forskerspørsmål i kapittel 6 spør jeg hvilke etiske og moralske utfordringer sykepleierne opplever at de har i sitt daglige arbeid. Sykepleierne angir ulike temaer de er opptatt av og synes er utfordrende: Tvang og tvangsbehandlingstiltak, ulike behandlingsformer, prioriteringsutfordringer, raske utskrivelser fra posten og varslingsaker. Ut ifra mine funn konkluderer jeg med at sykepleierne i stor grad handler regel- og pliktetisk, men er også opptatt av en omsorgsetisk tankegang. Sykepleierne synes å etterleve det politisk gitte samfunnsmandatet til tross for at flere av utfordringene de beskriver, krever at de må gi avkall på sine egne standarder og idealer. noe som også medfører at sykepleierne opplever moralsk stress i sin arbeidshverdag. Praksisen synes endret fra et personlig møte til et møte av en mer instrumentell karakter.

I mitt andre forskerspørsmål søker jeg svar på om statlige reformer betyr noe for sykepleiernes muligheter til å handle som profesjonelle. Mitt utgangspunkt for å forstå hva sykepleierne tenkte om temaet, var å spørre om sykepleierne mente det hadde skjedd endringer på postene de siste årene. Svarene jeg fikk, var av ulik karakter. Ett tema var større krav til dokumentasjon, mens en annen av sykepleierne omtalte et økende krav til standardiserte tjenester. Noen sykepleiere mente at det var blitt større avstand til ledelsen og større økonomifokus, noe de mente kunne ha betydning for deres profesjonsetikk. Eksempelvis opplevde en sykepleier at de aldri lenger ble verdsatt for det arbeidet de utførte, noe som kunne medføre at de ikke alltid ”gav alt”. En annen pekte på at stor avstand mellom beslutningstakere og de som utførte arbeidet, var uheldig fordi økonomifokuset ble viet for stor oppmerksomhet. Et interessant funn er at sykepleierne sier de er blitt mer opptatt av etikk de seneste årene. Hvorfor sykepleierne er blitt mer opptatt av etikk, kan skyldes at de organisatoriske endringene med blant annet vekt på pasientens rettigheter har stått i fokus. Sykepleierne synes imidlertid i liten grad å ha kjennskap til

lederskapsstrukturer og de konkrete reformene, og den økte bevisstheten på etikk synes ikke å gå sammen med omfattende kjennskap til formelle etiske kodekser. Mine funn for øvrig leder henimot at sykepleierne handler systemtro til tross for at de ikke alltid er enige i de beslutningene som tas. Jeg finner også at sykepleierne handler ut ifra sin ekspertkunnskap, men de begrunner i liten grad sine handlingsvalg med eksplisitte henvisninger til profesjonsetikk.

9.2 Etiske og moralske utfordringer – Sykepleierne som moralske aktører

9.2.1 Forhold til kolleger og arbeidsplass

Sykepleierne fremhever faglighet, empati og det å handle raskt og godt i den enkelte situasjon som gode dyder. Imidlertid har de færreste av dem forbilder å vise til, selv om de sier de hører mest på dem som har jobbet lengst ved posten. Jeg har tidligere vært inne på at sosiale strukturer synes å bidra til minimering av den profesjonsmorske praksisen på postene. Et eksempel er tidligere tiders mester–lærling-praksis, som synes å være erstattet av regler og prosedyrer og ulike former for standardisering. Denne utviklingen synes viktig å bemerke og gjøre til et tema til refleksjon. Bestiller–utfører-modellen som jeg har presentert i kapittel 2, viser at det skapes stor avstand mellom de enkelte leddene i organisasjonen. Dette kommer til syne i mine funn hos noen av sykepleierne som etterspør ”hva lederne høyere opp tenker og tror om deres arbeidssituasjon”. Det er grunn til ytterligere refleksjon når en av sykepleierne er tydelig på at avstanden til beslutningstakerne er så stor at det moralske klimaet reduseres. Noen av sykepleierne sier de ikke blir sett og verdsatt. Når dette er opplevelsen sykepleierne tematiserer, i kombinasjon med at de forteller at tjenestene de utfører blir mer og mer standardisert, er det grunn til å tro at praksisen også vil kunne få betydning for pasientene på en uheldig måte til tross for sykepleiernes egne ord for at de ønsker å gjøre det gode og rette. Kravene og krysspresset sykepleierne opplever, har jeg tolket i den retning at de gradvis opplever en desensibilisering i arbeidet. Om dette funnet medfører riktighet, vil det være både nyttig og nødvendig med tydeligere oppmerksomhet rettet mot dette temaet

9.2.2 De vanskelige valgene – ikke noen fasit

Når sykepleierne skal foreta sine valg, er de påvirket av rammer og strukturer som setter begrensninger for handlingene, noe jeg tidligere har beskrevet ved en rekke anledninger. En utfordring er hvordan sykepleieren skal håndtere forventningen om effektiviteten som ligger i økonomifokuset, tidsperspektivet og dernest ivareta faglig forsvarlighet i møte med den enkelte pasienten. Nettopp i dette spenningsfeltet vil de enkelte perspektivene fra den såkalte profesjonsdebatten synliggjøres. Hvordan etterleve samfunnsmandatet som er bygd på universelle prinsipper, og samtidig ivareta enkeltpasienten på en faglig forsvarlig måte? Jeg finner i det empiriske materialet at de ulike posisjonene som ble kommunisert av de forskjellige bidragsyterne, ikke synes tilstrekkelige for å løse de utfordringene sykepleierne opplever på en god nok måte, noe jeg også kommer tilbake til under vignetten ”det moralske stresset” i dette kapitlet. Når sykepleierne for eksempel må delta i en praksis der alle skal behandles etter standardiserte modeller, ser vi blant annet at de sykepleierne som mente at dette ikke alltid var til gode for pasientene, men tvert i mot, bidro til at de fjernet seg fra pasienten. Flere eksempler kan nevnes – noen av sykepleierne trekker i tvil behandlingen pasienten får på posten, mens andre trekker i tvil forsvarligheten for eksempel ved raske utskrivelser. Samtidig opplever de paradokset at økende vektlegging på dokumentasjon bidrar til sikrere praksis, men også til mindre tid med pasientene. De raske utskrivelsene handler om det lovpålagte kravet; alle har etter lovbestemte indikasjoner rett på øyeblikkelig hjelp og en sengeplass. Sykepleierne må etterleve forventningene om ikke bare å hjelpe den ene, men også den andre og tredje (Aasland, 2005). Beslutningene sykepleierne må ta, har ingen endelig fasit, og trenger derfor ytterligere tematisering og refleksjon.

9.2.3 Etikk og juss

Helseforetaksreformen og innføringen av nytt skjerpet lovgrunnlag når det gjelder pasientens rettigheter, signaliserer en rettferdig behandling av alle pasienter som er en rettsstat verdig. Målbarhet og transparens i form av dokumentasjonsrutiner var et av de midlene styresmaktene iverksatte for å nå målene. Rettferdighetstenkning innebærer omsorg både for det universelle og det partikulære. Rettssikkerhet og likebehandling er gode standarder for et godt samfunn å tilstrebe.

Et viktig funn i avhandlingen er at sykepleierne sier de har fått økt bevissthet om etikk de seneste årene. Den etiske bevisstheten handler i stor grad om autonomispørsmål og økt bevissthet på tvang og tvangsbehandling. Dette forteller sykepleierne de blir kurset i. De påpeker i den forbindelse på at dokumentasjon er en viktig del av deres arbeid til tross for at det går på bekostning av tid med pasienten. Ingen av sykepleierne angav at de gjorde bruk av sin egen yrkeskodeks, noe som for øvrig er i tråd med annen forskning (Hov, 2007). Dette synes jeg er interessant på bakgrunn av den økte bevisstheten på etikk som flere kommuniserte. Dette funnet tyder på at profesjonsetikken viker grunnen til fordel for en mer allmenntikk og juss. En slik praksis kan være uheldig. For det første mangler loven ”mellomlegget” når sykepleierne skal handle, nettopp fordi loven kun angir generelle anvisninger, med andre ord, den mangler anvisning i enkelttilfeller. Nettopp her kan sykepleiernes egne Yrkesetiske retningslinjer (2011) gi gode anvisninger de kan bruke til refleksjon. Riktignok viste jeg tidligere i kapitlet til at det ikke finnes noen klar fasit i alle situasjoner, men når jeg argumenterer for de yrkesetiske retningslinjene og den betydning jeg mener disse kan ha, er dette av flere grunner. Profesjonens retningslinjer signaliserer den standarden sykepleierne skal tilstrebe og etterleve. Dette er et viktig signal både ut til samfunnet, pasientene og hele profesjonsfellesskapet de deltar i. I denne avhandlingen har jeg konkludert med at sykepleierne i stor grad følger regel- og pliktetikken, samtidig som de tenker omsorgsetisk i flere situasjoner. Sykepleiernes yrkeskodeks er ikke regelbasert, den vektlegger egenskaper og dyder som de skal ha som rettesnor. Sykepleierne skal selv reflektere over sin egen praksis og anvende kodeksen som et egnet verktøy i denne prosessen. Sykehuspostene forholder seg til lover og regler til gode for samfunnet. Regler kan være et gode fordi de kan redusere usikkerhet ved forskjellige handlingsvalg. Samtidig kan reglene gi mindre rom for skjønn, noe jeg også viser i avhandlingen. Når jeg argumenterer for at regler må suppleres med kodeksen, handler også dette i stor grad om at regler alene kan bidra til at den enkeltes ansvar kan reduseres, gi alibi og dernest til uteblivelse av refleksjon over praksis. I kapittel 2 var også nettopp denne argumentasjonen sentral når det gjaldt en tragisk sak i Rådet for sykepleieetik, der en pasient døde og ansvaret kun ble plassert på systemnivå. En annen tematikk når det gjelder den økende juridifiseringen som finner sted i samfunnet, er at den profesjonelles autonomi reduseres og fører til en umyndiggjøring, slik også funn i denne avhandlingen har vist (Willig, 2009).

9.2.4 Varsling

Varslingstematikk er et sentralt tema i avhandlingen og ute i samfunnet for øvrig. Media gir et bilde av modige varslere, mens enkelte hevder at varsling og varslere har trange kår. Funn i min avhandling viser at mange av sykepleierne sier de varslere. Halvparten av informantene sier imidlertid at de ikke har opplevd situasjoner hvor varsling kunne vært aktuelt. At halvparten av informantene ikke finner situasjoner hvor varsling kunne vært aktuelt, står i sterk kontrast til sykepleieren som sier *vi kan ikke bare varsle og varsle, da blir ingenting gjort*. Jeg har i analysen ikke kunnet gi noen forklaring på hvorfor det er så stort sprik i oppfatning omkring varsling. En mulig forklaring kan imidlertid være at sykepleierne i sin traveltid ikke har tid og rom for ettertanke og refleksjon, og av den grunn heller ikke har opparbeidet seg et etisk språk der man lærer seg både det å identifisere etiske utfordringer og det å kunne uttrykke seg. Jeg omtalte i kapittel 6 en varslingssak der to sykepleiere varslet, men opplevde at både ledelsen og enkelte av kollegene var kritiske. Argumentene de ble møtt med fra dem som var kritiske, er forståelige. Men å bli møtt med kritikk når en varslere, kan bidra til at andre vil kvie seg for å melde fra. Det krever mot å varsle (Ruyter, 2005) og en kritisk profesjonsetisk bevissthet for å protestere. Jeg mener det er viktig for sykepleiere å være årvåkne og ikke uten videre følge samfunnsmandatet ureflektert og ukritisk. En etikk ovenifra alene kan i siste instans medføre at sykepleierne blir likegyldige fordi den personorienterte etikken og dydene gis mindre plass. Manglende refleksjon over praksis kan også bidra til at den enkelte sykepleier selv ikke opplever å stå ansvarlig for sin yrkesutøvelse.¹⁷⁷ Freidson (2007) sier at etikken og profesjonenes sjel står i fare i møte med byråkratiet og markedet. Det er derfor grunnleggende viktig at sykepleierne melder fra og varslere. En slik innebygd praksis vil bidra til å øke sykepleiernes bevissthet, gi en tydeligere profesjonell identitet og skape en reflekterende hverdagskultur.

¹⁷⁷ Denne problemstillingen har jeg vært inne på i flere sammenhenger. Eksempelvis i kapittel 7 hvor den ene lederen omtaler kvalitetssikring og dokumentasjon og ansvar. Et annet eksempel på delegering av ansvarsforhold er den såkalte Benjamin-saken.

9.2.5 Det moralske stresset

Jeg har argumentert for at profesjonsdebatten manglet tematikk når det gjelder sykepleiernes moralske stress, som de gir uttrykk for ved flere anledninger. Flere forfattere (Martinsen, 2012, Musto og Schreiber, 2012, McCarthy og Deady, 2010) har de seneste årene vært opptatt av denne tematikken, og i kapittel 3 reiser jeg spørsmål om de kravene sykepleierne opplever fører til høymoral (Løgstrup, 1997). Ved flere anledninger signaliserer sykepleierne ulike situasjoner som bidrar til at de ønsker time-out, gruer seg til å gå på jobb, står med hjertet i halsen, må øve seg i å bli tøffere, og må stålsette seg. Jeg har tidligere påpekt faren for at sykepleierne gradvis desensibiliseres fordi inntrykkene de opplever, blir for voldsomme. Sykepleierne angir at universelle løsninger i noen sammenhenger, hvor riktignok rettferdighetsperspektivet står i fokus, ”forviser livsytringene” (Løgstrup, 1997), noe som bidrar til moralsk stress. Det er viktig å understreke at regler er et nødvendig gode for å kunne foreta effektive valg og ikke minst gi rettleiding til unge uerfarne profesjonelle. Reglene er også av viktighet for å forhindre at profesjonelle ”gjev avvik fra profesjonsmoralen” og for å regulere profesjonelle med dårlig dømmekraft, slik Grimen (2006, 2008) er opptatt av. Det juridiske lovverket og de strukturelle rammene er imidlertid ikke tilfredsstillende for utøvelse av god og tilstrekkelig helsehjelp, noe som bør tematiseres ytterligere. Sykepleierne opplever moralsk stress fordi verdien de ønsker å etterleve, synes uløselige, en tematikk vi også kan finne hos Musto og Schreiber (2012). Forfatterne peker på en systematisk refleksjon over praksis som en mestringsstrategi for å håndtere arbeidet sitt på en god og profesjonell måte. Når sykepleierne opplever moralsk stress, er det rimelig grunn til å tro at også at det vil få implikasjoner for pasientene. Dette betyr at tematikken moralsk stress må erkjennes og kommuniseres og reflekteres over.

9.2.6 Ettetanke og refleksjon

Et sentralt tema i avhandlingen handler om tid og mangel på tid. En sykepleier forteller at ”hun ikke ser hva som er rundt seg”, mens en annen sykepleier omtaler alle oppgavene og utfordringer når det gjelder prioritering, og sier ”det gjelder å bli tøffere”. I sykepleiernes egen yrkeskodeks 5.5 og 5.3 står det at ”sykepleierne bør bidra til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på

arbeidsstedet”. En måte å etterleve dette rådet på, er at sykepleierne melder fra om behovet for refleksjonssamtaler. Slike møteplasser finnes ikke organisert på postene i dag. En slik praksis kan ha mange innhold. Blant annet kan en benytte seg av case og hendelser på posten som har vært utfordrende. Refleksjonen kan inneholde temaer om ansvaret, makten, tilliten og innflytelsen en har som profesjonell. Likedan verdier og følelser som knytter seg til enkeltsituasjoner og utfordringer de opplever på postene. Ut ifra empirien jeg har samlet, er det også flere temaer som er aktuelle å reflektere over. Utfordringene kan eksempelvis være tempoet på postene, eller det kan dreie seg om hvordan sykepleierne opplever behandling av pasienter ved tvangsmedisinering og annen form for tvangsbehandling. Refleksjonssamtalene kan dreie seg om hvordan sykepleierne opplever det ”å måtte stålet seg”, slik en informant uttrykte det, for å rekke over dagens gjøremål, og samtalene kan inneholde tanker om ulike verdivalg og muligheter en har til å handle på en annen måte i visse situasjoner. De ulike verdivalgene kan reflekteres over ved for eksempel bruk av en diskursetisk modell som vil bidra til å synliggjøre for sykepleierne hvilke konsekvenser man kan tenke seg vil bli resultatet av valgene. Ved å anvende en diskursetisk modell vil en kunne flytte fokus fra diskusjon til refleksjon. En diskursetisk modell vil kunne være et verktøy til en slik samtale. Det finnes ulike diskursetiske modeller som inneholder ulike komponenter (Henriksen og Vetlesen, 1997, Aadland, 1998), blant annet muligheter til å reflektere over fakta i saken, etiske dilemmaer, involverte parter, handlingsalternativer og mulige råd (Aadland, 1998). Faste møter hvor aktuelle temaer blir brakt på bane på postene, mener jeg kan hjelpe sykepleierne til å bli mer bevisst sin rolle og identitet som yrkesutøver. Jeg tror også at møteplasser for refleksjon kan hjelpe sykepleierne til å håndtere det moralske stresset de fra tid til annen synes å oppleve på postene. Jeg mener det er viktig for sykepleierne å melde fra om dette behovet, slik at de selv kan bidra til å bygge opp etiske systemer rundt sin praksis og ikke minst trenes i et etisk språk. Rent konkret og praktisk bør dette foregå til faste tider med en tidsramme på en halv times tid, for eksempel annenhver uke med en fast ”refleksjonsleder”. En slik innebygd praksis vil bidra til å øke sykepleiernes bevissthet, og skape en reflekterende hverdagskultur.

I det neste delkapitlet vil jeg rette blikket mot det jeg kaller andre relevante aktører og deres betydning som premissleverandører for sykepleieprofesjonen. Dette gjelder

Norsk Sykepleierforbund, Helseforetaket, universitetene og politikkenes rolle som demokratiske forvaltere av fellesskapets goder. I disse instansene utøves myndighet, makt og kunnskapsbygging. Hvordan makten forvaltes, hvilke beslutninger som tas, og hvilke kunnskapsidealene den enkelte sykepleier får med seg fra sin utdanning, vil derfor være av avgjørende betydning både for sykepleierprofesjonen og den enkelte sykepleier i møte med den enkelte pasient.

9.3 Implikasjoner for andre relevante aktører

9.3.1 NSF – et profesjonsforbund i strid med seg selv?

Helseforetaksreformen etterspurte en sterk ledelse med vektlegging på effektivitet og økonomi, og NSF som aktør hilste sykehusreformen velkommen. Årsaken til NSF's positive holdning var de nye profesjonsnøytrale ledelsesidealene som reformen åpnet opp for, og som gav sykepleierne en mulighet til å innta nye og ledende roller i helsevesenet, noe som tradisjonelt kun hadde vært mulig for leger¹⁷⁸. Mine funn i avhandlingen synliggjør at enhetlig leder på postnivå har fått et mer administrativt preg når det gjelder arbeidsoppgaver, og lederne har også overtatt oppgaver som personalkontoret tidligere hadde. Jeg har ingen funn der enhetlig leder synes å spille en stor rolle når det gjelder faglighet bortsett fra rollen som veileder når situasjoner omkring tvang og tvangsbehandling var aktuelt. Enhetlig leder har imidlertid ansvaret for økonomien på posten, og mine funn avdekker at sterk økonomistyring blir ivaretatt, også noen ganger på bekostning av fagligheten. Dette funnet er bekymringsfullt, og bør være gjenstand for faglig debatt innad i NSF.

NSF har gjennom de seneste årene tatt på seg rollen å være en fagforening og samtidig være et profesjonsforbund. Denne utviklingen hadde som mål å styrke sykepleie som fag, samtidig med at lønnsprofilen er blitt skjerpet, og der streik er blitt tatt i bruk. Profesjonslinjen innebærer å oppfylle profesjonskriteriene, hvilket betyr et kunnskapsgrunnlag med vitenskapelig forankring. At NSF også er en fagforening

¹⁷⁸ Se også kapittel 2.2 i forhold til NSF's rolle.

innebærer å ta vare på sine medlemmer i ulike saker og arbeide for gode lønns- og arbeidsforhold. En fagforenings rolle er også å ha tette bånd opp mot styresmakter og det politiske miljøet. I noen sammenhenger kan de ulike rollene NSF representerer, føre til dilemmaer innad i organisasjonen.

NSFs mange og ulike roller har også gjennom tidene skapt debatt¹⁷⁹. Et spenningsforhold i løpet av de seneste årene innad i NSF har vært Rådet for sykepleieetikks rolle og mandat. Dette har kommet spesielt til syne både i 2007 og 2011 da Rådet reviderte sine retningslinjer¹⁸⁰. Det springende punktet har vært hvorvidt teksten ”sykepleie skal være kunnskapsbasert” skulle stå under vignetten ”sykepleiens grunnlag” i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne. Rådet for sykepleieetikk og deres rådgivere ønsket ikke denne passusen under vignetten ”sykepleiens grunnlag”. Forbundsledelsen derimot, var av en annen oppfatning, og både i 2007 og 2011 overstyrte NSF's ledelse Rådets forslag til endringer når retningslinjene ble revidert. En annen sak hvor Rådet for sykepleieetikks mandat og rolle ble gjenstand for oppmerksomhet, var i den såkalte Benjamin-saken¹⁸¹ som Rådet fikk til behandling. Forbundsledelsen var uenig i Rådets vurdering og ønsket en sak på landsmøtet i november 2011 hvor det ble foreslått at Rådet for sykepleieetikk skulle endre saksbehandlingsrutiner og arbeide etter kontradiksjonsprinsippet¹⁸². Saken synliggjør nettopp NSF's ulike roller og dilemmaer som et fagforbund hvor rollen er å ivareta sine medlemmer, samtidig som de ønsker et etisk råd med fritt mandat til å uttale seg i saker de får til behandling.

Norsk Sykepleierforbunds landsmøte i Oslo i november 2011 sa ”ja til profesjonsetikken”, slik jeg tolker det. Forbundsledelsen og generalsekretærens forslag til endringer i Rådet for sykepleieetikks rolle og mandat ble enstemmig nedstemt. Landsmøtedelegatene så betydningen av et uavhengig etisk råd. Samtidig

¹⁷⁹ Se kap 2.

¹⁸⁰ Jf. kapittel 2.

¹⁸¹ Se kapittel 2.

¹⁸² Kontradiksjonsprinsippet er behørig omtalt i kapittel 2.

med dette vedtaket ble det i landsmøtesak nr. 5 ”Sykepleiernes plass i helsetjenesten” vedtatt at NSF skal motarbeide profesjonsnøytralitet i helsetjenesten, og at NSF skal arbeide for at sykepleietjenesten blir organisert i linje¹⁸³. Landsmøtet signaliserer med dette nye toner og bryter med NSF’s tidligere holdning gjennom de siste årene. Landsmøtet ønsker å ta tilbake fagligheten og ledelsen og gi større rom for profesjonsetikken, slik jeg ser det. Dette mener jeg gir grunnlag for optimisme. NSF kan ta opp i seg og gi rom for at sykepleiere ikke bare opererer som statens forlengede arm, men selv også kan innta en rolle som moralske subjekter.

9.3.2 Helseforetaket som moralsk aktør

Helseforetaket jeg har foretatt min undersøkelse på, har i likhet med de profesjonelle som arbeider i sykehuset et samfunnsoppdrag de skal ivareta. Innføring av helseforetaksmodellen og endringer i lovverk fra politisk hold fordret at helseforetaket foretok grep i tråd med de politiske føringene som er lagt. Som et utgangspunkt for diskusjonen velger jeg å se på helseforetakets strategiske utviklingsplan for perioden 2009-2020. Planen inneholder dokumenter som synliggjør de strategiske hovedlinjene for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i regionen, og inneholder ulike innsatsområder, blant annet viktigheten av bærekraftig utvikling, god økonomistyring, kunnskapsutvikling og god praksis.¹⁸⁴ Strategidokumentene bidrar til å gi innsikt i hvordan sykehusledelsen presenterer overordnede fokusområder og målsettinger, og gir informasjon om hvilken måte de statlige målene om økt kvalitet og produktivitet blir ivaretatt og integrert på. Visjonen til helseforetaket sier det slik: ”Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.” Den strategiske utviklingsplanen omtaler moral og etikk på denne måten: ”Helsetjenestens kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient. Helsetjenesten har

¹⁸³ Forslaget innebærer å arbeide for den tidligere linjen og organiseringen med avdelingssykepleier, oversykepleier og sjefssykepleier.

¹⁸⁴ Av anonymitetshensyn har jeg valgt å ikke oppgi referansen her.

ansvar for å ivareta velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. Helseforetaket vil drive sin virksomhet verdibasert” (Strategisk utviklingsplan).

Helseforetaket er organisert etter en byråkratisk modell styrt av regler og budsjettkontroll. Avhandlingen har synliggjort at budsjettkontrollen og regler står helt sentralt. De politiske målsettingene har til hensikt å ivareta menneskelige hensyn og er i utgangspunktet gode, nettopp fordi likeverdige tjenester står i fokus og pasientens rettigheter står sentralt. Utfordringen for sykepleierne er at profesjonsetikken kan synes redusert. Standardisering av tjenestene legger føringer for sykepleiernes handlingsrom, noe som ikke er helt uproblematisk i psykiatrien (Johannessen, 2004) og for sykepleiere som er utdannet og har med seg et holistisk menneskesyn. Sykepleiernes grunnlag definert i sykepleiernes egen yrkeskodeks (YER) omhandler nettopp tanken om det å ivareta hele mennesket, mens den byråkratiske modellen i noen sammenhenger setter begrensninger for en slik praksis og profesjonsetikken i særdeleshet.

Et sentralt spørsmål jeg har vært inne på flere ganger er hvor ansvaret må plasseres i de tilfellene hvor kritikkverdige forhold blir avdekket. Jeg har tidligere i dette kapitlet argumentert for at den enkelte sykepleier må stå til ansvar og må varsle i de tilfellene dette anses nødvendig, men tilføyer at ansvaret ikke kan tilskrives sykepleierne alene. I min empiri finner jeg imidlertid en interessant betraktning fra den ene lederen når vi omtaler kvalitet og kvalitetskontroll¹⁸⁵. Vi snakker om pasientsikkerhet og lederen sier det slik: ”Det er dette som er kvalitetssikring. For hvis de (pasientene) går ut og tar livet sitt, så vil vi få spørsmål; fikk de ikke noen vurdering av dere? Det kan jo skje en feilvurdering, men det er noe annet, da er det i hvert fall vurdert og beskrevet og dokumentert”. Lederens uttalelse går i retning av at systemene skal ivareta kvalitet og sikkerhet. En slik praksis kan frarøve sykepleierne deres eget ansvar og rukke ved profesjonsetikken. Praksisen lederen her beskriver, synes også å sammenfalle med

¹⁸⁵ Se kap. 7.

konklusjonen i den såkalte Benjaminsaken¹⁸⁶ jeg tidligere har henvist til. Her plasserte Helsetilsynet ansvaret på systemet, en avgjørelse som blant andre Rådet for sykepleieetikk var helt uenig i.

”Helsetjenesten har ansvar for å ivareta velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser” står det i den strategiske utviklingsplanen for helseforetaket.

Jeg har tidligere i dette kapitlet gjort rede for ulike tiltak jeg mener sykepleierne burde initiere, blant annet systematiske refleksjonssamtaler. Sykehuset som aktør kan tilrettelegge for en slik praksis. Et annet mulig eksempel som kan henge sammen med dette forslaget og som kan føre til forbedring, kan gjøres i dokumentasjonssystemet DIPS. Dette systemet¹⁸⁷ gir mulighet til å samle alle opplysningene om den enkelte pasient på ett sted, det skal være lett tilgjengelig, det bidrar til transparens og er et argument til fordel for nettopp å anvende teknologien. Sykepleierne bruker dette systemet når de blant annet skriver rapport og lager planer når det gjelder den enkelte pasient. Et konkret forslag til forbedring og bevisstgjøring når det gjelder profesjonsetikken, kunne være at helseforetakene initierer at DIPS-systemet blir utvidet med en rubrikk hvor det står: ”Hvilke etiske vurderinger er foretatt?” I en slik rubrikk kunne også pasientens fortelling og opplevelse komme til uttrykk. En slik vurdering kan være aktuell når pasienten blir innlagt,¹⁸⁸ og ville også kunne brukes når posten arrangerer sine refleksjonsmøter slik jeg tidligere har foreslått. Forslaget jeg kommer med vil også kunne bidra til at helseforetakets strategiske utviklingsplan når det gjelder moral og etikk vil bli enda mer profesjonsetisk forankret. Som et siste punkt mener jeg helseforetaket bør hegne om (Ruyter, 2005) sine varslere, slik at kritikkverdige forhold kan bli fanget opp i tide.

¹⁸⁶ Se kap. 2.

¹⁸⁷ Se 2.

¹⁸⁸ Dette vil ikke bare få implikasjoner for sykepleiere, men hele behandlergruppen.

9.3.3 Profesjonsutdanningens oppdragerolle av ”den gode profesjonelle”.

Utdanningsinstitusjonene har en viktig rolle i å oppdra studentene til å bli gode profesjonelle yrkesutøvere. For å bli sykepleier frem til midten av 1900-tallet var kvalifiseringen i stor grad rettet mot klinisk praksis og utenfor det vi kaller et akademisk miljø. Yrket var i hovedsak rettet inn mot verdier og menneskelige kvaliteter. Fra 1980-tallet har det imidlertid skjedd en gradvis endring av profesjonell opplæring fra praksisfeltet til academia. Utdanningsinstitusjonene i dag forholder seg til et kvalifikasjonsrammeverk gitt av staten. I dette rammeverket kan vi lese at kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse vektlegges. I tidligere dokumenter har også holdninger vært en målsetting, men det er ikke nevnt som et eksplisitt mål i det nye rammeverket.¹⁸⁹

Utdanningsinstitusjonene har et stort ansvar i å legge grunnlaget for sykepleiernes identitetsfølelse og fellesskap. I en tid hvor nyliberalistiske strømninger og positivistiske idealer har fått fotfeste, og hvor tekniske nyvinninger står sentralt, mener jeg det er viktig for profesjonsutdanningene å tydeliggjøre en bevisst profesjonsetikk hvor nettopp holdninger og dydsetikken står sentralt. Sentralt her står dannelsesprosessen. Dette argumentet finner jeg også støtte for hos den amerikanske sykepleieren og professoren Patricia Benner (2010), som gjør seg til talsmann for at sykepleiere og studenter i fremtiden ”må utvikle ideer og visjoner i konkret virkelighet, som avspeiler både evidensbasert praksis og eksemplarisk sykepleiepraksis” (Benner, 2010, s. 240, 243). Hun understreker at den evidensbaserte kunnskapen ikke må stå alene, men forenes med gode dyder, og hun tilføyer at de profesjonelle må ”forberede seg på å møte umedgjørilige byråkrater der kostnadsnedskjæringer har prioritet, og der det er liten eller ingen forståelse for at sykepleiens rolle er å sikre trygg pasientpleie og humanisere et høyt oppdrevet teknologisk helsevesen” (Benner, 2010, s. 237). Både teknologi og kostnadsnedskjæringer var temaer som flere av mine sykepleiere brakte på bane. Den norske sykepleieren og professoren Herdis Alvsvåg (2010) beskriver viktigheten av at

¹⁸⁹ Se link: http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/Internasjont/Europa/Europeisk_kvalifikasjonsrammeverk.pdf

dannelsen omhandler både ”hode, hjerte og hånd” (Alvsvåg, 2010, s. 14, 27). Poenget til Alvsvåg anser jeg som svært viktig og her kan utdanningsinstitusjonene være arenaer for læring. Universitetene og lærerne har jevnlig møteplasser med sykepleiestudentene under utdanningen, både i de teoretiske bolkene og når studentene er ute i praksis. En mulighet som kunne vektlegges i enda større grad, er å trene studentene opp til ”egenrefleksjon” – når det gjelder sine følelser og hvem de er som personer, og ikke minst hvilke verdier de ønsker å være bærere av. På den måten vil studentene når de blir nyutdannede sykepleiere ha et enda mer reflektert forhold til seg selv, og sin egen sårbarhet. Å forstå seg selv vil kunne bidra til å forstå pasientene og deres sårbarhet på en om mulig enda bedre måte.

Reformer i helsetjenesten får imidlertid også implikasjoner for utdanningsinstitusjonene. I en nylig fremlagt Stortingsmelding (2011-2012) nr. 13 ”Utdanning for velferd,” omtales ulike endringer man ser for seg i utdanningsinstitusjonene i tiden fremover. Her fremheves ulike egenskaper som bør styrkes i fremtiden, blant annet ”evne til tverrprofesjonelt samarbeid”. Samtidig med dette understrekes også viktigheten av mellommenneskelig kompetanse og evne til etisk refleksjon og profesjonell skjønnsutøvelse (s. 31). Nettopp evne til etisk refleksjon og mulighet til profesjonell skjønnsutøvelse har vært fremtredende tematikk gjennom hele denne avhandlingen. Jeg har også ved flere tilfeller omtalt kunnskapsgrunnlaget, og NSF’s kamp om å oppnå status som et profesjonsforbund, og gjort rede for ulike utfordringer den evidensbaserte kunnskapen synes å reise om den blir ”stående alene”. Jeg har blant annet vist til funn som kan gi indikasjon på at sykepleiere i noen sammenhenger opplever redusert autonomi og skjønnsutøvelse i møte med en sterkt forankret evidensbasert tankegang. Politiske føringer i Stortingsmelding nr. 13 anfører at alle helse- og velferdstjenester har som mål å utvikle mer kunnskapsbaserte tjenester og heve kvaliteten gjennom økt bruk av forskning (s. 32). Samtidig med denne tilegnelsen av kunnskap omtales også viktigheten av å ”integre gyldig og anvendbar forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukerens preferanser og overføre dette til praksis” (s. 89). Tiltakene som er foreslått er både viktige og gode slik jeg ser det, i sammenheng med utvikling av skjønn og dømmekraft og en personorientert profesjonalitet, nettopp fordi systematikk sjelden vil reflektere den konkrete situasjonen (Alvsvåg, 2009).

9.3.4 Politikens rolle – demokratiske forvaltere av fellesskapets goder

Sykehusene og helsetjenestene som ytes der er av avgjørende betydning for å ivareta folkets interesser og rettigheter og politikerne er satt som demokratiske forvaltere av våre fellesgoder. Sennett reiser en interessant problemstilling i boken *Det fleksible mennesket* når han skriver: ”Vi må spørre hvilken verdi bedriftene har for samfunnet, og i hvilken grad de tjener folkets interesser snarere enn å bare fokusere på vinning og tap i bedriftsregnskapet” (Sennett, 2001, s. 170). Spørsmålet er interessant sett på bakgrunn av politikernes gode intensjoner om å gi borgerne et godt og rettferdig helsetilbud i hele landet. I kapittel 1 henviste jeg til Sullivan (1999, 2000), som også er opptatt av at ulike samfunnskontrakter har en moralsk dimensjon som kan stå i fare når markedsbaserte interesser styrer. Politikerne ønsker å gi alle et likeverdig tilbud, de har gitt pasienter økte rettigheter og de sørger for innsyn i behandlingen for å forhindre at pasienter ”skal lide overlast”. Det er også en sikkerhet når det gjelder vilkårlig behandling. Mine funn i avhandlingen viser også at sykepleierne har fått mer interesse for etikk de seneste årene, så politiske intensjoner og ønsker synes på mange måter ”å føre til det gode”. Når det er sagt kan det synes som om de gode intensjonene og har uintenderte konsekvenser som bør nevnes.

Helseforetaksreformen med innføringen av enhetlig ledelse skulle bidra til effektivitet, at flere pasienter skulle behandles og at køene skulle reduseres. Mine funn i avhandlingen har vist at postene vektlegger god økonomistyring og effektivitet slik intensjonen med reformen var. Mine funn peker imidlertid hen på at økonomi og tidsklemme i noen sammenhenger overstyrer det faglige. Det er bekymringsfylt. Praksisen tilsier at politikerne på nytt bør se på hvor godt det markedsbaserte byråkratiet egner seg til å oppfylle de gode intensjonene som ligger i bunn for endringene som ble foretatt da helseforetaksreformen ble innført. Når det gjelder ny felles helselov for alle helsearbeidere (legene unntatt) som ble innført i forkant av helseforetaksreformen er det også grunn til å spørre seg hvorvidt profesjonsnøytralitet med vektlegging på arbeidsoppgavene og hva som skal gjøres, og ikke omsorgen for pasienten, nødvendigvis innebærer bedre pasientbehandling.

Sideblikk:

Autonomispørsmålet er også interessant med det som bakteppe at nettopp pasientens skjerpede rettigheter stod i fokus da helseforetaksreformen og nye lovreguleringer trådte i kraft. Ut ifra dette perspektivet reiser det seg et spørsmål hvorvidt og på hvilken måte pasientens autonomi juridisk blir ivaretatt. En måte å besvare spørsmålet på er å henwise til de økte rettighetene pasientene har fått gjennom lovverket. En annen måte er å vise til de profesjonelles dokumentasjonsplikt, som igjen gir økt mulighet til innsyn, noe som videre implisitt innebærer at de profesjonelles handlinger til enhver tid blir ”overvåket”, for å forhindre at urett ikke blir begått. Men til tross for dette, kan det allikevel synes relevant å spørre om i hvilken grad pasientens rettigheter og autonomi er blitt styrket. Når spørsmålet stilles er det med henvisning til alle de tekniske og forhåndsbestemte prosedyrene, kunnskapsgrunnlaget og de ulike standardiseringene som synes forhåndsbestemt av velferdsstaten. På bakgrunn av dette synes det relevant å stille spørsmålet hvorvidt reformen innebærer en ny skjult form for paternalisme. Hvis dette er tilfellet, kan det synes som den gode intensjonen med reformen, som vi også finner i NOU 1997:2 *Pasienten først*, innebærer konsekvenser som synes underkommunisert.¹⁹⁰

9.4 Den gylne middelvei

”Profesjonsmoraler grunnjev ein del avvik frå allmennmoralen”¹⁹¹, sa Harald Grimen, og var opptatt av at pasientene skulle vernes mot de profesjonelle, fordi de profesjonelle er mennesker med makt og som kontrollerer tilgangen til ulike behov pasientene har. Han argumenterte derfor for at de profesjonelle skulle følge det politisk gitte samfunnsmandatet. Sykepleierne følger det politisk gitte samfunnsmandatet i stor grad. Men mine funn i avhandlingen har synliggjort at dette i

¹⁹⁰ Innenfor politisk teori kan en forstå paternalisme som former for velferdsstatlige intervensjoner, for eksempel slik helseforetaksreformen var. En sosialdemokratisk paternalistisk velferdsstat ses ofte som en kontrastert til en liberal velferdsstat. Dette kan også lese inn i en poststrukturalistisk tradisjon hvor blant andre Foucaults begrep om ”biopower” synes interessant. Jeg følger ikke disse tankene videre, da jeg mener de ligger utenfor rammene av tema i min avhandling, men jeg synes samtidig de er verd oppmerksomhet og debatt.

¹⁹¹ Muntlig samtale med Grimen 11. juni 2010.

noen henseender byr på utfordringer for sykepleierne, fordi eksempelvis dokumentasjon og skjemavelde tar mye tid og plass, og i noen henseender også tar tiden bort fra pasientene. Sykepleierne forteller også om uro når pasientene skal utskrives raskt etter innleggelse og utfordringer når det gjelder prioritering. Nortvedt (1996) hevder det er naturlig å ville hjelpe et menneske man blir berørt av, og at ansvaret springer ut av empati. Han redegjør også for at rettferdighetsperspektivet ut ifra objektive kriterier ikke alltid er moralsk forsvarlig fordi man kan stå i fare for å overse den enkelte og dennes behov slik nærhetsetikken tar til orde for. Aasland (2005) poengterer imidlertid at møtet med den andre viser en virkelighet hvor profesjonsutøveren også må stå til rette for den tredje og den fjerde.

Dermed er vi tilbake til dilemmaet også Løchen (1984) presenterte i sin bok *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. På den ene siden forholdet til rettferdighet og på den andre siden hensynet til den enkelte pasient. I dette spenningsfeltet finner Løchen i likhet med meg i min avhandling, at personalet i noen sammenhenger er nødt til å modifisere sine egne idealer når disse skal omsettes i praksis. Utfordringene som ligger i disse møtene ligger imidlertid i å kunne handle slik at en klarer å ta vare på pasientens verdighet og verdi (Benner, 2010).

Til slutt: Noe har allikevel endret seg siden Løchen foretok sin berømte og klassiske studie, blant annet sterkere vektlegging på pasientens rettigheter. Dette tiltaket er både viktig og positivt, men har gitt sykepleiere nye utfordringer blant annet når det gjelder et større tidspress. Samtidig er det innført en byråkratisk markedstenkning som synes å sette profesjonsetikken i fare. Jeg mener derfor at sykepleiere bør få styrket sin identitet og autonomi, og det må gis rom for profesjonsetikken som en motvekt til et teknisk-økonomisk system som stadig tar større plass. Sykepleiere kan ikke reguleres og styres av et samfunnsmandat alene tuftet på statlige reguleringer og juss. Å gi rom for profesjonsetikken innebærer et ansvar som påhviler helseforetaket, utdanningsinstitusjonene og NSF i sin dannelses- og oppdragerrolle. Det politiske miljøet må ta inn over seg, og tilrettelegge for forsvarlig praksis, og den enkelte sykepleier må ta faglig ansvar for sine handlinger på posten som moralske subjekter.

Ansvar for god faglig praksis hvor profesjonsetikken er synlig, må dermed komme både nedenifra og ovenifra, slik jeg ser det.

9.5 Konklusjon

Målet for denne avhandlingen var å belyse profesjonsetiske utfordringer for sykepleiere i akuttpsykiatrien. Dermed undersøke hvorvidt innføring av reformer betyr noe for sykepleieres muligheter til å handle som profesjonelle. Sykepleierne beskriver ulike tematikk som utfordrende. En sentral utfordring omhandler tid og forsvarlighet, mens en annen tematikk omhandler vektlegging på nye kunnskapsidealer. Hovedfunnene i avhandlingen er at sykepleiere er systemtro og handler lojalt i forhold til arbeidets praksis selv om de i noen sammenhenger er uenig i ideologien arbeidets representerer. Dette innebærer at helseforetaksreformen og nytt lovverk betyr noe for sykepleieres muligheter til å handle som profesjonelle. De handler ut ifra ekspertkunnskap, men handlingene reflekteres ikke over og begrunnes ikke i forhold til profesjonsetikk. Denne praksisen synes å fordrive sykepleierne bort fra sine egne idealer mot et samfunnsoppdrag tuftet på det politiske mandat. Dette kan bidra til både en svekket profesjon hvor ansvaret alene blir plassert på systemnivå, noe som igjen bidrar til ansvarsfraskrivelse av sykepleieren som moralsk subjekt.

L itteratur

Aadland, E. (1998): *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Samlaget.

Aakre, M. (2011): "Livsviktig og livsfarlig praksis". *Tidsskriftet Sykepleien*, 2011, nr. 13: 82-83.

Aarre, T.F. (2010): *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aasland, D.G. (2005): *Økonomiens grenser og etikkens nødvendighet*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.

Aasland, D.G. (2011): "Kvalitet: Et spørsmål om ansvar". I: Aasland, D.G. mfl.: *Kvalitet og kvalitetsopplevelse*, s. 27-38. Bergen: Fagbokforlaget.

Aasland, O.G., Førde, R. (2005): "Impact of feeling responsible for adverse events in doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues". *Quality and Safety in Healthcare*, 14 (1): 13-17.

Alvsvåg, H. (1981): *Har sykepleien en fremtid? Et oppgjør med den teoretiske sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Alvsvåg, H. (2009): "Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt". *Sykepleien Forskning*, 2009 4 (3): 216-220.

Alvsvåg, H. (2010): *På sporet av et dannet helsevesen*. Oslo: Akribe.

Alvesson, M., Sköldbberg, K. (1994): *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Arendt, H. (1965): *Eichmann i Jerusalem*. Oslo: Pax forlag.

Austin, W. (2012): "Moral distress and the Contemporary Plight of Health Professionals". *HEC Forum* (2012) 24: 27-38.

Bakken, R. (2009): *Englevakt. Rekruttering til en eldreomsorg i krise*. Oslo: Forlaget Manifest AS.

- Balla, Balint (1978): *Soziologie der Knappheit* Stuttgart: Enke-Verlag.
- Baldersheim, H., Rose, L.E. (red.) (2005): *Det kommunale laboratorium*. 2. utgave, Bergen: Fagbokforlaget.
- Bell, D. (1988): *The End of Ideology*. Cambridge: University Press.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2001,2009): *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University press.
- Benner, P. mfl. (2010): *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale forandringer*. Oslo: Akribe AS.
- Berg, O., Haug, C. (1997): ”Dialogene som forvitrer. Et kritisk blikk på klinikkens utvikling”. *Tidsskrift Norske Lægeforening*. 1997; 117: 1163-8.
- Berger, P., Luckmann, T. (1966, 1990): *Den samfundsskabte virkelighed*. 6. opplag. Viborg: Nørhaven A/S.
- Berger, P. mfl. (1974): *The homeless Mind*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bergson, H. (1990): *Tiden og den frie vilje*. 2. utgave. Trondheim: AiT Trondheim AS.
- Blackburn, S. (2003): *A Very Short Introduction to Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Brinchmann, B. (2008): *Etikk i sykepleien*. 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Bryman, A. (2004): *Social Research Methods*. 2. utgave. New York: Oxford University Press.
- Bush, T., Vanebo, J.O. (2001): *Moderniseringa av offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T. mfl. (2010): *Forvaltning og politikk*. 3. utgave Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S.Å. (1994): *Handling og dømmekraft*. Oslo: Tano.

- Clancy, A. (2008): "Sett etikken foran evidensen". *Sykepleien*, 96 (1), 70. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Clancy, A., Kjølrsrud, E. (2011): Det er umulig å være profesjonsnøytral. *Sykepleien*, 99 (05): 48-49, Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Cuzzani, P. (2003): *Å lese medisinen*. Oslo: Spartacus.
- Dahl, K. (2002): "Dokumentasjon og prosess: dilemmaer i et historisk perspektiv". *Sykepleien*, 90 (3): 46-51. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Delanty, G. Strydom, P. (2003): *Philiosophies of Social Science*. Philadelphia: Open University Press.
- Danermark, B. mfl. (2002): *Explaining Society. Critical realism in the social sciences*. London and New York: Routledge.
- Derber, C. (1982): *Professionals as workers: Mental Labor in Advanced Capitalism*. Boston, Massachusetts: G.K. Hall and Co.
- Lough, John. *The Encyclopédie*. New York: D. McKay, 1971.
- Fauske, H. (2008): "Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål". I: Molander, A., Terum, L.I. (red.): *Profesjonsstudier*, s. 29-54. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fjeldbraaten, E.M. (2011): *Mellom idealer og praksis. En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten*. Ph.d.-avhandling, Aalborg: Universitetet i Aalborg.
- Foucault, M. (1999): *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal.
- Freidson, E. (2007): *Professionalism The Third Logic*. Cambrigde: Polity Press.
- Førde, R. (2000): "Medisinsk praksis og usikkerheit". I: Syse, A., Førde, R., Førde, O.H. (red): *Medisinske feil*, s. 45-57. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gadamer, H.G. (2010): *Sannhet og metode*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Goffman, E. (1967): *Anstalt og menneske*. Hørsholm: Jørgen Paludans forlag.

- Grimen, H. (2004/2006): *Profesjonsetikkens grunnlag – Arbeidsnotat*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Grimen, H. (2004): ”Holisme og reduksjonisme”. I: Nortvedt, P., Grimen, H. (red.): *Sensibilitet og refleksjon*, s. 125-134. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grimen, H. (2004): ”Indeksert kunnskap – Den praktiske kunnskapens problem”. I: Nortvedt, P., Grimen H. (red.): *Sensibilitet og refleksjon*, s. 165-190. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grimen, H.(2008): ”Profesjon og tillit”. I: Molander, A., Terum, L.I. (red): *Profesjonsstudier*, s. 197-212. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. og Terum, L.I. (2009): ”Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet”. I: Grimen, H. og Terum, L.I. (red.): *Evidensbasert Profesjonsutøvelse*, s. 9-16. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Grimen, H. (2009): ”Debatten om evidensbasering – noen utfordringer”. I: Grimen, H. og Terum L.I.: *Evidensbasert Profesjonsutøvelse*, s. 191-220. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Guneriussen, W. (1999): *Aktør, handling og struktur, grunnlagsproblemer i samfunnsvitenskapene*. 2. utgave. Oslo: Tano Aschehoug.
- Habermas, J. (2001): ”Om Gadammers *Sannhet og metode*”. I: Lægreid, S. og T. Skorgen (red.): *Hermeneutisk lesebok*, s. 307-315 Oslo: Spartacus.
- Hageman, E. (1936): *Sykepleie-skolens etikk*. Oslo: H. Aschehoug & CO.
- Hollandvik, J.E. (2009): ”Konflikter ved lokal oppdragsforskning: forståelse og håndtering”. I: Garman Johnsen, H.C. mfl. (red.): *Å forske blant sine egne*, s. 284-302. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Hollandvik, J.E. (2010): ”Refleksjoner over et trekk i tiden”. I: Andersen, A. mfl. (red.): *Utdanning til omsorg i fortid, nåtid og framtid*, s. 144.155. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hamran, T. (1987): *Den tause kunnskapen*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Hamran, T. (1992): *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hamric, A.B. (2012): “Empirical Research on Moral Distress: Issues, challenges, and Opportunities” *HEC Forum* (2012) 24: 39-49.
- Hart, E. (1991): “Ghost in the machine”. *Health Service Journal* 101(5281): 20-22.
- Heggen, K., Solbrekke, T.D. (2009): ”Sykepleieansvar – fra profesjonelt moralsk ansvar til teknisk regnskapsplikt?” *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 11 (3): 49-61.
- Henriksen, J.O., Vetlesen, A.J. (2006): *Nærhet og distanse*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.
- Hood, C. (1991): *A public management for all seasons*. *Public Administration* 69 (Spring): 3-19.
- Hov, D.J. (2008): *Den gode profesjonelle. Profesjonsetikk for advokater og barnevernsarbeidere*. Avhandling for graden dr.art. Oslo: Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Hvalvik, S. (2005): *Bergliot Larsson og den moderne sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Haave, P. (2008): *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Drammen: Unipub.
- Husum, T., Hjort, H. (2009): ”Menneskerettigheter i psykisk helsevern”. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2009; Volum 46 (12): 1169-1174.
- Husum, T., (2011): *Use of Coercion and Staff Attitudes in Acute Psychiatric Wards in Norway*. Avhandling for graden ph.d. Oslo: Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.
- Johannessen, B.F. (2004): *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*. Working paper 22, 2004. Bergen: Rokkansenteret.

Karlsen, R. (2004): "Fin i kontakten – vanlige svakheter ved sykepleiedokumentasjon i psykiatriske sykehusavdelinger". *Sykepleien*, 92 (14): 54-55. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Kirchoff, J.W. (2010): *De skjulte tjenestene – om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Dissertation, Karlstad: University Studies.

Kirkpatric, I., mfl. (2005): *The new managerialism and public service professions change in health, social services and housing*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Kjær, T.A. (2012): "Nærvær som omsorgens fundament". I: Birkelund, R. (red): *Ved livets afslutning – om palliativ omsorg, pleje og behandling*. Århus: Århus Universitetsforlag.

Kjølsrud, E.S. (2006): *Hvordan opplever og håndterer sykepleiere forholdet mellom idealet om konkret omsorg i møte med pasienten og rammene som ligger i ISF som styringsform?* Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni. Oslo: Teologisk fakultet, Universitetet i Oslo.

Kjølsrud, E.S., Clancy, A. (2013): "Påvirker reformer sykepleieres fokus på profesjonsetikk?" *Nordisk Sygepleieforskning*, Nr.1 – 2013. VOL 3: 33-46.

Kjølsrød, L. (2005): "En tjenesteintens velferdsstat" I: Frønes, I., Kjølsrød, L. (red.): *Det Norske Samfunn*, s. 184-208. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Klausen, K.K. (2003): *Strategisk ledelse. De mange arenaer*. Odense: Syddansk Universitet.

Knutsen, O. (1989): *Sosiale Tjenester og Velferdsstatens yrker*. Institutt for sosial forskning (INAS) Rapport 1989:1.

Kogstad, R. (2008): *Fortellinger fra andre posisjoner*. Avhandling for graden dr.philos. Oslo: Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Kvale, S. (2005): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Layder, D. (2005): *Sociological practice. Linking theory and social research*. 2. utgave. London: Sage Publications.

Leer-Salvesen, P. (2002): "Profesjonsetiske perspektiver". I: Nylehn, B., Støkken, A.M. (red.): *De profesjonelle: relasjoner, identitet og utdanning*, 184-198. Oslo: Universitetsforlaget.

Leer-Salvesen, P. (2005): "Heller etikk enn juss". *Tidsskrift for den norske legeforening*, 125 (13), 1856-1857.

Levinas, E. (1996): *Totalitet og Uendelighet*. København: Hans Reitzels forlag.

Lillestø, B. (2010): "Krenkende omsorg". I: Knutstad, U. (red.): *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 2*, 451-480. 3. utgave, 1. opplag. Oslo: Akribe AS.

Lincoln, Y.S., Guba, E. (1985): *Naturalistic Inquiry*. California: Sage.

Lindstrøm, U.Å. (2003): *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk AS.

Lipsky, M. (1980): *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

LOV-1999-07-02, nr. 63: *Lov om pasientrettigheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV-1999-07-02 nr. 62: *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV-1999-07-02, nr. 61: *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV-1999-07-02, nr. 64: *Lov om helsepersonell*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV 2001-06-15, nr. 93: *Lov om helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV 2005-06-17, nr. 62: *Om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

Lutzen, K., mfl. (2003). "Moral stress: Synthesis of a concept". *Nursing Ethics*, 10 (3), 312-322.

- Lützen, K., Kvist, B.E. (2012): *Moral Distress: A Comparative Analysis of Theoretical Understandings and Inter-Related Concepts*. HEC Forum (2012) 24:13-25.
- Lysgaard, S. (2001): *Arbeiderkollektivet – en studie av de underordnedes sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løchen, Y. (1984): *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. 2. opplag, Oslo: Universitetsforlaget.
- Løgstrup, K.E. (1987): *Solidaritet og kærlighed*. København: Gyldendal.
- Løgstrup, K.E. (1978): *Skabelse og tilintetgjørels. Religionsfilosofiske betragtninger*. København: Gyldendal.
- Løgstrup, K.E. (1956, 1991, 2000): *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Løgstrup, K.E. (1997): *System og symbol 2*. utgave. København: Nordisk Forlag AS.
- Marcel, G. (1958): *Eksistens og erkjennelse*. Oslo: J.W. Cappelen forlag.
- Martinsen, K., Wærness, K. (1991): *Pleie uten omsorg*. 2. utgave. Oslo: Pax forlag.
- Martinsen, K. (2003): *Omsorg, sykepleie og medisin*, 2. utgave, Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005): *Samtalen, skjønnets og evidensen*. 1. utgave, 2. opplag. Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. (2001): "Rikke Nissen – Kærlighedsgerningen og sygestuen". I: Birkelund, R. (red.): *Omsorg, kald og kamp. Personer og ideer i sygeplejens historie*, s. 305-328. København: Munksgaard Danmark A/S
- Martinsen, K. (2009): "Evidens – begrensende eller opplysende". I: Martinsen, K., Eriksson, K. (red.) *Å se og å innse*, s. 81-156. Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. (2012): *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Marx, K., (1970-71): *Verker i Utvalg*. 7 bind. Oslo: Pax forlag.

- Mathisen, J. (1994): *Sykepleiehistorie*, 2. opplag, Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mathisen, J. (2006): *Sykepleiehistorie : ideer – mennesker – muligheter*. 2. utgave, 1. opplag, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- McCarthy, J., Deady, R. (2008): “Moral distress reconsidered”. *Nursing Ethics*, 15(2), 254-262.
- McCarthy, J., Deady, R. (2012): “A study of the situations, features and coping mechanism. Perspectives”. *Psychiatric Care* 46(3), 209-220.
- Melby, K. (1990): *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie*, 2. utgave Oslo: Norsk Sykepleierforbund og J.W. Cappelens Forlag AS.
- Mesel, T. (2008): *Profesjonelle i klemme. En studie av 21 sykehuslegers refleksjon over seg selv som profesjonsetiske subjekter*. Avhandling for graden philosophiae doctor. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Meyer, J.W., Rowan, B. (1977): “Institutionalized Organizations: formal Structure and Ceremony”, *The American Journal of Sociology* Vol. 83, No. 2, 340-363.
- Mo, O.T. (2006): *Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse*. Doktoravhandling, Trondheim: NTNU.
- Moe, S. (2010): *Tid – en sosial konstruksjon*, Oslo: Abstrakt forlag.
- Molven, O. (2009): *Sykepleie og jus*, 3. utgave, 1. opplag, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Musto, L., Schreiber, R.S. (2012): “Doing the Best I Can Do: Moral Distress in Adolescent Mental Health Nursing”. *Mental Health Nursing*, 33:137-144.
- Platon (1946): *Staten*. Oversatt av H. Mørland. Oslo: Dreyers Forlag.
- Nissen, R. (1887, 1997): *Lærebog i sygepleie for Diakonisser*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund (2007): *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

- Nortvedt, M.W. mfl. (2007): *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*, Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. (1996): ”Veien over til Den tredje”. I: Vetlesen, A.J. (red.): *Nærhetsetikk*, s. 139-149. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Nortvedt, P. (2008): ”Profesjon og paternalisme” I: Molander, A., Terum, L.I. (red.): *Profesjonsstudier*, s. 251-261. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P. (2004): ”Helsefagenes idéhistoriske grunnlag”. I: Nortvedt, P. og Grimen, H. (red.): *Sensibilitet og refleksjon*, 19-34. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. (1996): *Sensitive Judgement. Nursing, Moral Philosophy and an Ethics of care*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Nortvedt, P. (2008): *Sykepleiens grunnlag. Historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P. (2012): *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. (2012): ”Sykepleieetikk må bli kunnskapsbasert”. *Tidsskriftet Sykepleien* 2012, 100 (13) 72-3.
- NOU (1997:2): *Pasienten først! Organisering og ledelse i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU (1988:8): *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU (2011:9): *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Norvoll, R. (2007): *Det lukkede rom*. Avhandling for dr.polit.-graden, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet, UiO.
- Nyeng, F. (1999): *Etiske teorier*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nåden, D. (1999): *Når sykepleie er kunstutøvelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Odelstingsproposisjon nr. 66 (2000-2001): *Om lov om helseforetak* (helseforetaksloven).

Odelstingsproposisjon nr. 63, (2002-2003): Om lov om endring i lov 2. juli 1999, nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

Odelstingsproposisjon nr. 51, (2004-2005): Om lov om mekling og rettergang i sivile tvister.

Ohnstad, B.(2002): "Om politiske intensjoner og innhold". *Tidsskrift for den norske legeforening*, nr. 21/2002.

Opedal, S., Stigen, M. (2005): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Parson, T. (1978): *Action Theory and Human Condition*. New York: The Free Press.

Pfeffer, N., Coote, A. (1996): *Is Quality Good for you? A critical Review of Quality Assurance in welfare Services*. London: Institute for Public Policy Research.

Polanyi, M. (2000): *Den tause dimensjon*. Oslo: Spartacus Forlag AS.

Postholm, M.B. (2005): *Kvalitativ metode*. Oslo: Universitetsforlaget.

Repstad, P. (2004): *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Repstad, P. (2007): *Mellom nærhet og distanse*. 4. reviderte utgave, Oslo: Universitetsforlaget.

Repstad, P. (2007): *Hva er sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Riis, O. (2001): *Metoder på tværs*. København: Jurist- og Økonomforbundets forlag.

Riis, O. (2005): *Samfundsvidenskab i praksis. Introduktion til anvendt metode*. København: Hans Reitzels Forlag.

Riis, O. (2012): "Kvalitet i kvalitative studier". I: Jacobsen, M.H., Jensen, S.Q. (red.): *Kvalitative Udfordringer*, 345-373. København: Hans Reitzels Forlag.

- Ruyter, K. (2005): ”Dyder er ikke tilleggsgoder – en utfordring for profesjonsutdanningene”. I: Christoffersen, S.Aa. (red): *Profesjonsetikk*, s. 105-131. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruyter, K., mfl. (2000): *Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sandvand, E., Vabo, G. (2007): *Dokumentasjon i sykepleien*, Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Sennett, R. (2001): *Det fleksible menneske*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sennett, R. (2007): *Den nya kapitalismens kultur*. Stockholm: Bokförlaget Atlas.
- Sennett, R. (2008): *The Craftsman*. London: Penguin Books.
- Skjervheim, H. (2002): *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Slettebø, Å. (2004): *Strebing mot pasientens beste*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Slettebø, Å., Nortvedt, P. (2006): *Etikk for helsefagene*. 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Slettebø, Å. (2008): ”Etiske dilemmaer”. I: Brinchmann, B.S. (red): *Etikk i sykepleien*, s. 42-53. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith, A. (1776, 1961): *The Wealth of Nations*. London: Methuen.
- Smith, A. (2006): *Moralske følelser*. Trondheim: Sonstad Forlag.
- Stortingsmelding nr. 4, 1996-1997, Langtidsprogrammet 1998-2001, Oslo: Finansdepartementet.
- Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-1998): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 13 (2011-2012): *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

- Sullivan, W.M. (1999): "What is left of Professionalism after Managed Care"? *Hastings Centre report*, 29 (2), 7-13.
- Sullivan, W.M. (2000): "Medicine under threat: Professionalism and professional identity". *Canadian Medical Association Journal*, 162, (5), 673-675.
- Svare, H. (2009): *Menn i pleie og omsorg – brødre i hvitt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svensson, L.G. (2008): "Profesjon og organisasjon". I: Molander, A., Terum, L.I.: *Profesjonsstudier*, 130-142. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svensson, L.G., Karlsson, A. (2008): "Profesjoner, kontroll og ansvar". I: Molander, A. Terum, L.I.: *Profesjonsstudier*, s. 261-275. Oslo: Universitetsforlaget.
- Syse, A. (2009): *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sætersdal, B., Heggen, K. (2002): *I den beste hensikt? "Ondskap" i behandlingssamfunnet*. Oslo: Akribe.
- Taylor, F.W. (2005): *Prinsippene for vitenskapelig bedriftsledelse*, Oslo: Vidarforlaget AS.
- Tellefsen, T. (2004): "Hva har hverdagsideologien å si for hverdagspraksisen"? I: Repstad, P. (red.): *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*, 2. utgave, s. 126-144. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2003): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torjesen, D.O. (2007): "Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste". *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48 (2), 275-290.
- Torjesen, D.O. (2008): *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Dr.polit.-avhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.

- Tranøy, K.E. (1994): "Om forskningsetikk – noen generelle retningslinjer". I: NEM (1994): *Forskning på mennesker: Lover, regler og retningslinjer*. Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 4-9.
- Tranøy, K.E. (1998): *Det åpne sinn. Moral og etikk mot et nytt årtusen*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tranøy, K.E. (2005): *Medisinsk etikk i vår tid*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vabø, M. (2007): *Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Vatne, S. (2003): *Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Avhandling for dr.polit.-graden. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Vetlesen, A.J. (2007): *Hva er etikk*. 2. opplag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vetlesen, A.J., Nortvedt, P. (2000): *Følelser og moral*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vike, H. mfl. (2002): *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wadel, C. (1991): *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: SEEK A/S.
- Weber, M. (1978): *Economy and society*. California: University of California Press.
- White, B.C. (1994): *Competence to Consent*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Willig, R. (2009): *Umyndiggjørelse*. Århus: Hans Reitzels Forlag.
- Wyller, T. (2005): "Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis". I: Christoffersen S. Aa. (red.): *Profesjonsetikk*, 40-57. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1 Intervjuguide for sykepleierne

Kjønn:

Alder:

Utdanning:

Etterutdanning:

Stillingsstørrelse:

Erfaring som sykepleier totalt:

Erfaring som sykepleier i helseforetak: (her ønsker jeg sykepl. Med minst 5 års erfaring)

Fortell om jobben din. Rapportsystemet. Helt kort

Hva liker du best med jobben din?

Hvilke oppgaver har du i avdelingen?

Hvordan foregår fordelingen av arbeidet i avdelingen?

Hvem bestemmer det?

Hvor mye bestemmer lederen din av dine daglige gjøremål?

Har du det travelt på jobb, eller synes du det går greit?

Hva prioriterer du av oppgaver når det er travelt?

Lager dere individuelle planer?

Helt kort – hvilke rutiner har dere når en pas. blir innlagt?

Er det lang liggetid på avd.?

Har det hendt at du har protestert når en pasient har blitt sendt hjem?

Hvor mye vekt blir det lagt på din sykepleiefaglige vurdering i sånne situasjoner?

Fortell meg om ulike etiske utfordringer du opplever i avdelingen

Snakkes det mye om etiske spørsmål på avdelingen, eller opplever du at det er andre saker som er viktigere?

Hvem søker du råd hos når det oppstår ulike utfordringer, og du er usikker på hvordan du skal takle situasjonen? Er det noen du hører mer på enn andre?

Er det noen på posten som har mer ”makt” enn andre?* Tror du alle ville svare dette?*

Går du til din leder noen ganger?

Hvilke saker tar du opp med din leder?

Opplever du å bli hørt når du går til din leder?

Er det saker du mener egner seg bedre til å diskutere med dine kolleger?

I en situasjon hvor du måtte velge mellom å være lojal mot pasienten og hans behov, eller det din nærmeste leder påla deg – hva ville du valgt?

Ved kritikkverdige forhold – ville du varslet om dette? I så fall til hvem? Har dette hendt?

Er omsorg og nærhet til den enkelte pasient mulig å etterleve i hverdagen?

Ønsker du å prioritere dette eller tenker du annerledes?

Snakker dere i sykepleiergruppen om ulike utfordringer dere står overfor når det gjelder tidsbruk til den enkelte pasient?

Betyr det mye for deg hva dere kommer frem til av ulike løsninger i sykepleiergruppen?

Er det situasjoner hvor du har stått overfor direkte valg om prioritering av tid når en pasient har trengt det spesielt, samtidig som det var andre viktige oppgaver som ventet? Vil du fortelle hvordan den situasjonen var og hvordan du tenkte?

I Lov om helsepersonell står det at helsepersonell skal opptre ”faglig forsvarlig”. Hva tenker du det vil innebære for en sykepleier å opptre faglig forsvarlig?

Du har noen års erfaring. Vil du si at du engasjerer deg mer eller mindre i saker som har etisk tilsnitt når det gjelder den første tiden i arbeidet som sykepleier i psykiatrien?

Er det gjennomtrekk blant personalet her, eller blir personalet værende?

Er det noe som har endret seg gjennom de årene du har jobbet i psykiatrien?

Har ”sykdomsbildet” endret seg i form av andre grupper pasienter som blir innlagt i en psykiatrisk post nå enn tidligere, eller er det lite forandring?

Kjenner du til helseforetaksreformen hvor man gikk fra todelt ledelse til enhetlig ledelse? Ha den i så fall påvirket din måte å jobbe på? Har du reflektert noe over dette?

Hender det du leser om etikk, generelt eller rettet inn på sykepleie og/eller helsevesen? Eventuelt, har du deltatt på kurs i etikk?

Kjenner du til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere?

Fortell hvordan mener du den gode sykepleier er/bør være?

Er det mulig å etterleve de standardene?

Hva er eventuelt hindringene?

Har du hatt noen forbilder for utøvelse av god sykepleie?

Fortell hva som er det beste med å jobbe i psykiatrien og med psykiatriske pasienter? Hva er den vanskeligste utfordringen?

Hva ville du med å bli sykepleier og jobbe i psykiatrien? Motivasjon/drivkraft den gang? Svart til forventningene?

Er det noe du vil føye til det vi har snakket om?

Kan jeg kontakte deg om jeg skulle ha noen tilleggsspørsmål

Vedlegg 2 Intervjuguide for enhetlig ledere

Kjønn:

Alder:

Utdanning:

Stillingsstørrelse:

Erfaring som leder (sykepleier):

Erfaring som leder (sykepleier) i helseforetak:

Hvor lenge har du hatt den stillingen du har i dag?

Har du jobbet på avdelingen her før du fikk jobben som leder?

Hvorfor lederstilling?

Hvor mange ansatte (og ulike profesjoner) er det på avdelingen som du har ansvar for?

Hvordan er avdelingen organisert?

Hvordan er din arbeidsdag?

Hvilke ansvarsområder har du?

Hvilke oppgaver legger du mest vekt på?

Opplever du at personalet her tar kontakt med deg og ber om råd eller ønsker samtale?

Synes du det er vanskelig å avgrense arbeidet ditt?

Hvem forholder du deg til når det er noe du lurer på?

Hvilke forventninger påhviler deg som leder?

Hva tenker du man oppnår med å ha en leder?

Er den stillingen du har i dag annerledes enn en lederstilling i avdelingen tidligere når det var todelt ledelse?

Finnes det situasjoner hvor du som fagperson må vektlegge andre sider ved saken enn faglige hensyn?

Hva tenker du er den viktigste egenskapen og bakgrunn en leder til denne jobben må ha?

Opplever du å ha autoritet/legitimitet blant alle yrkesprofesjonene?

Er det ulike profesjoner representert på posten? Er det i så fall en ønsket utvikling?

Betyr det noe for arbeidet i avdelingen om en leder er sykepleier eller lege, tror du?

Betyr kjønn noe for ledelse tror du?

Skiller ledelsesrollen du innehar seg fra profesjonstenkningen som finner sted i avdelingen, eller tenker du disse innehar like verdier og innhold?

I Lov om helsepersonell brukes betegnelsen ”faglig forsvarlighet”. Hva tenker du begrepet inneholder?

Snakkes det om etiske problemstillinger i avdelingen eller er det andre utfordringer som tar mer plass?

Vil du si det ofte kommer frem uenighet om etiske spørsmål på avdelingen?

Har du som leder måtte bidra til å løse ulike etiske uenigheter på avdelingen?

Gis det rom og tid for den enkelte sykepleier på avdelingen til å yte god og nødvendig omsorg til den enkelte pasient?

Har det vært arrangert kurstilbud til ledere og ansatte i etikk i løpet av de siste årene?

Har lederrollen i avdelingen blitt enklere eller mer komplisert de seneste årene slik du ser det?

Har du noen gang tenkt å slutte i jobben?

Er det noe du vil tilføye til det vi har snakket om?

Kan jeg kontakte deg om jeg skulle ha noen tilleggsspørsmål?

Vedlegg 3 Informasjonsbrev

Ansatte sykepleiere, psykiatrisk avdeling

Ved xxx avdeling

Vedr. informasjon om forskningsprosjekt i psykiatrisk avdeling

I forbindelse med et doktorgradsprosjekt inngår en datainnsamling basert på deltakelse fra sykepleiere og spesialsykepleiere ved psykiatrisk avdeling ved xxx sykehus. Hensikten med forskningsprosjektet er å fokusere på hvilke etiske spørsmål og utfordringer den enkelte sykepleier stilles overfor på en psykiatrisk post. Med denne forskningstematikken er målet å bidra til økt kunnskap om sykepleieres utfordringer i et stadig endret helsevesen. Forskningsprosjektets problemstilling er: *Hvilke profesjonsetiske utfordringer og dilemmaer fremtrer som viktige for sykepleiere i et helseforetak.*

Prosjektet er knyttet til et samarbeid mellom Sørlandet sykehus HF og Universitetet i Agder, hvor u.t. er PhD-stipendiat og tatt opp på doktorgradsprogrammet "Religion, samfunn og etikk" ved Humanistisk fakultet. Veiledere for prosjektet er professor Pål Repstad og professor Paul Leer-Salvesen. U.t. ønsker deres deltakelse gjennom intervjuer. Deltakelsen er frivillig og innebærer at den enkelte informant skriver under på en samtykkeerklæring. Intervjuene vil bli tatt opp med båndopptaker, men intervjuene vil bli anonymisert og alt materialet vil bli konfidensielt behandlet og anonymisert etter gjeldende regler og standarder for denne type prosjekter. Prosjektet er meldt Regionale etiske komiteer, samt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Forskningsleder ved xxx sykehus, xxx og klinikkssjef xxx ved psykiatrisk avdeling er informert om prosjektet. Enhetsledere ved de to postene jeg skal foreta mine intervjuer har stilt seg positive til prosjektet.

Intervjuene vil bli gjennomført i perioden oktober-desember 2008. Tid og sted vil bli avtalt med den enkelte senere. Intervjuene vil antas å ha en varighet på om lag en time.

Jeg håper dere er villige til å delta i prosjektet og ber dere underskrive på den skriftlige samtykkeerklæringen vedlagt i dette brevet, og returnere det til meg. Ta gjerne kontakt for eventuelle spørsmål om undersøkelsen.

Med vennlig hilsen,

Elizabeth Sveen Kjølrsrud

Grooseveien 70

4879 Grimstad

Tlf.: 918 76 795

E-post: eliza-s@gktv.no

Vedlegg 4 Informert samtykke

Jeg er skriftlig og muntlig gjort kjent med Elizabeth Sveen Kjølstruds prosjektarbeid, et samarbeid mellom xxx og Universitetet i Agder.

Jeg vet at deltakelsen i undersøkelsen er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg uten at det medfører negative konsekvenser for meg. Jeg er kjent med at min anonymitet ivaretas og at alle dataene behandles konfidensielt.

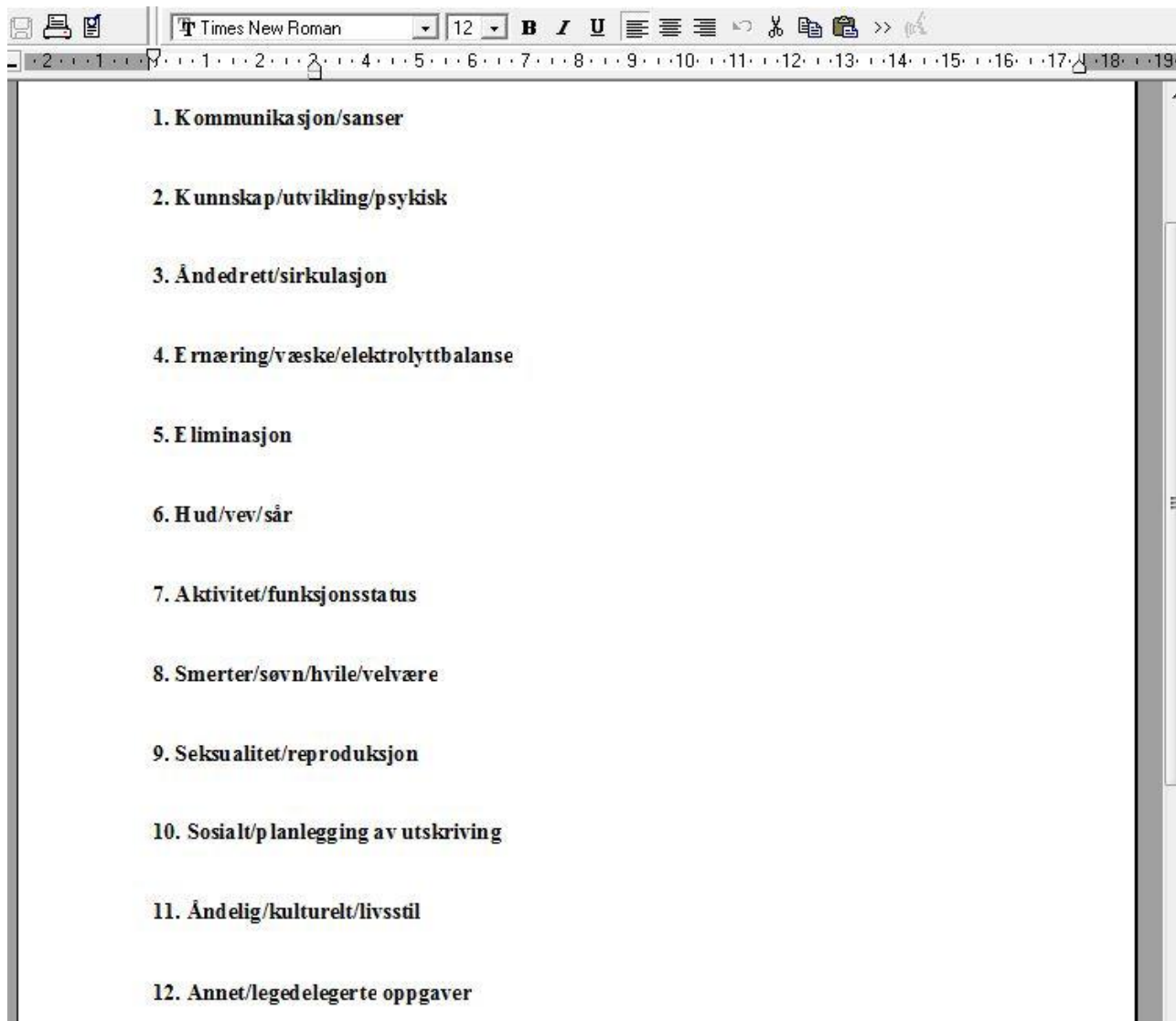
Jeg aksepterer at båndopptaker blir brukt under intervjuene.

Jeg gir mitt samtykke til å delta i undersøkelsen.

Dato.....

Underskrift.....

Vedlegg 5 Rapport i DIPS



Vedlegg 6 Godkjenning fra Personvernombudet



Elizabeth Sveen Kjølrsrud
Institutt for helsefag
Fakultet for helse- og idrettsfag
Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 28.08.2008

Vår ref.:19519 / 2 / JE Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.06.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19519 *Hvilke profesjonsetiske utfordringer fremtrer som viktige for sykepleiere i et helseforetak. Et case studie ved en psykiatrisk avdeling*
Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder
Behandlingsansvarlig Elizabeth Sveen Kjølrsrud
Daglig ansvarlig

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen

Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

