

# Menneskesyn i sykerommet

*Sykepleierens handlingsmuligheter*

**Tanja Lind**



Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Samfunnvitenskapelig fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2008



---

## Sammendrag

Tittel; Menneskesyn i sykerommet.

Undertittel; Sykepleierens handlingsmuligheter.

Formålet med denne oppgaven er å se på hvilket menneskesyn sykepleieren har. Hvilke faglige verdier har sykepleieren og hvordan utøves disse i sykerommet. Min overordnede problemstilling er; Hvilke forhold bestemmer sykepleierens menneskesyn i sykerommet?

Menneskesyn som begrep viser til et kunnskapssyn om mennesket og et verdisyn. Med utgangspunkt i forholdet mellom individ og samfunn får vi et skille mellom reduksjonistiske menneskesyn og helhetlige menneskesyn. Sykepleien som fag ser individet i et indre, vekselvirkende forhold til samfunnet, faget har et helhetlig menneskesyn hvor både psykiske, sosiale, fysiske og åndelige komponenter innlemmes. Menneskesyn vises i kommunikasjon og handling.

Datagrunnlaget baserer seg på kvalitativ forskningsmetode. Jeg benytter en fenomenologisk tilnærming hvor utgangspunktet er sykepleierens subjektive opplevelse og erfaring. Et fenomenologisk utgangspunkt innebærer å prøve å finne ut av fenomen slik som de viser seg for individet, i den aktuelle situasjon. Datagrunnlaget inneholder to temakategorier. Hvordan opplever sykepleieren forholdet til pasienten og møtet med handlingsfeltet. Samarbeidet med legene er også et tema som blir belyst. Jeg har intervjuet åtte sykepleiere fra en klinisk sengepost ved et stort regionalt sykehus. Det viktigste datagrunnlaget i denne oppgaven, altså mine hoveddata er eget empirisk arbeid.

Sykepleieren har en helhetlig menneskesyn og omsorgsforståelse som er rettet mot pasientens behov. I praksis er det vanskelig å utøve et helhetlig menneskesyn. De sentrale forhold som gjør dette vanskelig er den økonomiske situasjonen og tidsaspektet. Til sammen utgjør disse forhold krav om effektivitet som gjør at sykepleieren i praksis utøver et mer reduksjonistisk menneskesyn. Samarbeidet med legene viser en interessekonflikt hvor legene kan trekke seg tilbake fra avdelingen og ha fokus på legefaget. Sykepleierne blir stående med

driftsansvaret for avdelingen, de har nok med å ta seg av pasienten, og klarer ikke å utvikle sykepleietjenestens kvalitet og autonomi.

Sykepleierens ønske om å ivareta alle sider ved pasienten forstås ut i fra fagets verdier knyttet til omsorg. Sykepleierens omsorgshabitus henter sitt grunnlag fra den tradisjonelle kvinnelige livssammenheng. Omsorgskodene i habitus kan sies å være tilhørende livsverden med kommunikativ rasjonalitet. Systemverden med instrumentell rasjonalitet innebærer krav om produksjon og resultater. Når systemverden koloniserer livsverden trues det mellommenneskelige omsorgsgrunnlaget i sykepleien. Omsorgskompetansen som kan hentes ut herfra blir ikke så stort og utøvelsen omsorg i praksis blir begrenset. Kombinert med et helhetlig menneskesyn innebærer dette et ubegrenset ansvar som gjør at sykepleieren internaliserer sykehusets manglende grenser. Et organisatorisk problem fremstår som et individuelt problem som viser seg som en utilstrekkelighetsfølelse.

Sykepleieren står i en prioriteringskonflikt mellom individuelle versus samfunnsmessige hensyn. Forrangprinsippet viser at hensynet til den enkelte må gå foran samfunnsmessige hensyn, som viser til et annet nivå for prioritering. Den konkrete relasjon mellom sykepleier og pasient har en moralsk egenbetydning. Faglige krav men også yrkesetiske krav må vike når sykepleier møter ressursgrunnlaget i praksis. Sykepleieren har og får et stort ansvar i en mulighetsstruktur som er begrenset.

*Konklusjon:* Innenfor den kostnadseffektive rammen som er i dag, blir vilkårene for å utøve et helhetlig menneskesyn svekket. Mangelen på tid er den viktigste faktor som hindrer sykepleieren i å ivareta alle sider ved pasienten. Dette fører til at sykepleieren dreies mot et reduksjonistisk menneskesyn i den utøvende sykepleie. Sykepleierne står i en midt posisjon i avdelingen hvor de er blitt marginalisert. De klarer ikke å etablere kunnskapsmakt som motmakt til legenes dominerende virksomhet. De har formelt sett blitt fratatt lederposisjoner men de må allikevel ivareta oppgavene som ligger til disse funksjonene. Dette er med på å begrense sykepleierens handlingsmuligheter. Den kvinnelige omsorgshabitus og et helhetlig menneskesyn kompenserer for legenes reduksjonistiske menneskesyn og sykehusets økonomiske effektivitetskrav.

## **Forord**

Som sykepleier er man naturligvis opptatt av pasienten. Som menneske forholder jeg meg til et annet menneske, og jeg kan ikke da overse hvordan mennesket foran meg faktisk har det. Jeg opplevde tidlig at arbeidets vilkår var begrenset. Sykepleieren kan ikke ene og alene ta ansvar for vanskelige vilkår i praksis. Men det er det som skjer. Sykepleieren har og får et stort individuelt ansvar.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til hovedveileder Yngve Hammerlin som har hjulpet meg gjennom dette prosjektet, både faglig og menneskelig. Dette hadde ikke vært mulig uten deg. Du brenner for menneskets muligheter i alle sammenhenger og din tankegang er et forbilde. En takk går også til veileder Regi Enerstvedt som hjalp meg med skrivestruktur men også faglige innspill. Innhold og form henger sammen. Formen rydder opp og strukturerer tanken. Takk! Samtidig vil jeg rette en takk til alle informantene som avsatte av sin dyrebare tid og delte sine erfaringer med meg. Det var en god samtale for alle parter. Takk også til Aino.

En takk går til Anders for utmerket korrekturlesning og viktige diskusjoner.

Oslo, mai 2008.



# Innhold

## Sammendrag

### Forord

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR OPPGAVEN.....	2
1.2 OPPGAVENS PROBLEMSTILLING.....	4
1.2.1 Avgrensning av oppgavens omfang .....	5
1.3 OPPGAVENS INNHOLD .....	5
<b>2. RAMMEBETINGELSER.....</b>	<b>9</b>
2.1 SENTRALE LOVER OG VERDIER .....	9
2.2 DEN ØKONOMISKE SITUASJONEN.....	12
2.3 SYKEHUSET SOM ORGANISASJON.....	13
2.4 HISTORISK TILBAKEBLIKK PÅ SYKEPLEIEN.....	15
2.5 HISTORISKE BETINGELSER FOR FORSTÅELSE AV KROPPEN .....	17
<b>3. BRUK AV METODE.....</b>	<b>20</b>
3.1 ARBEIDET MED INTERVJUGUIDEN.....	20
3.2 UTVALGET OG FREMGANGSMÅTE.....	21
3.3 INTERVJSITUASJONEN .....	23
3.4 BEARBEIDELSE OG PRESENTASJON AV DATAMATERIALET .....	27
<b>4. TEORETISK RAMMEVERK .....</b>	<b>33</b>
4.1 MENNESKESYN .....	33
4.1.1 Reduksjonistisk menneskesyn.....	35
4.2 SYKEPLEIE OG OMSORG.....	38
4.2.2 Sykepleierens mulighetsstruktur i klinikken .....	43
4.3 SYSTEMVERDENEN OG LIVSVERDEN.....	43
4.4 HABITUS.....	46
<b>5. MENNESKESYN I SYKEROMMET .....</b>	<b>49</b>
5.1 SYKEPLEIERENS MØTE MED PASIENTEN .....	49
5.1.1 Helhetlig menneskesyn.....	49
5.1.2 Kulturelle valgbetingelser.....	55
5.1.3 Oppsummering.....	69
5.2 SYKEPLEIERENS MØTE MED HANDLINGSFELTET .....	70
5.2.1 Den økonomiske situasjonen.....	71
5.2.2 Er det tid nok?.....	89
5.2.3 Interessekonflikt.....	115
5.2.4 Oppsummering.....	124
<b>6. OPPSUMMERENDE KONKLUSJONER.....</b>	<b>128</b>
<b>KILDELISTE.....</b>	<b>135</b>

### Vedlegg 1: Intervjuguide

### Vedlegg 2: Informasjon til informantene

### Vedlegg 3: Brev til ledelsen :Søknad om intervju





# 1. Innledning

Noen sitater i mitt datamateriale uttrykker hva som er tema for denne oppgaven:

**”Skulle ønske at når vi går inn i rommet, at vi ser pasienten og ikke bare det vi skal gjøre”. ”Det er ikke det du gjør som er problemet men det du ikke får gjort”.**

Denne oppgaven handler ikke bare om hva vi gjør for pasienten, vel så mye er temaet hva vi ikke gjør. Hva vi ikke får gjort påvirker det vi gjør. I dette prosjektet vil jeg således se på menneskesyn og sykepleie i sykehuset. Møtet mellom sykepleieren og pasienten står sentralt. Jeg ser på sykepleien som fag og kjerneverdien omsorg. Sykepleiens faghistorie bærer i seg et ideal om helhetlig omsorg og det representerer et helhetlig menneskesyn.

Sykepleierens arbeidsoppgaver og moralske forpliktelser ovenfor pasienten foregår innenfor en strukturell og organisatorisk ramme som virker styrende på arbeidsprosessen. De mål som er satt for virksomheten kommer i konflikt med betingelser som faktisk foreligger i praksis. Sentralt er derfor sykepleierens erfaringer i møte med pasienten i den materielle og kulturelle kontekst. Hvordan nærmer sykepleierne seg pasienten og hvordan løser de sine arbeidsoppgaver. Måten dette skjer på forteller noe om menneskesyn. Menneskesyn er nært knyttet til handling. Menneskesyn forstås som kunnskap om mennesket sammen med en verdimesig forståelse. Problemstillingen i oppgaven omfatter hvilke muligheter sykepleieren har, for å gjennomføre arbeidsoppgaver i henhold til fagets retningslinjer og verdier. Hvilke begrensinger forekommer i handlingsfeltet og hvilke konsekvenser gir det i praksis. Handlinger i sykerommet blir søkt forstått ut i fra flere samfunnsnivåer med de ulike krav og mål som er gjeldende. Står virksomheten i sykerommet i forhold til pasienten behov?<sup>1</sup> Analytisk ser jeg på hvordan sykepleierne forholder seg til pasienten ut i fra ønsket om helhetlig omsorg. Jeg vil belyse de mellommenneskelige verdiene i sykepleien.

---

<sup>1</sup> Veiledning med Yngve Hammerlin.

Denne oppgaven er ikke tenkt som en ”elendighetsbeskrivelse” av sykehuset. Hver dag reddes menneskeliv i norske sykehus. Mange gode handlinger utføres daglig. Allikevel ønsker jeg å se på sykepleierens handlingsmuligheter ut i fra et perspektiv om menneskesyn. Arbeid med mennesker krever refleksjon og at man ikke mister øye for det sentrale i arbeidet, fokus på menneskets helhet og individuelle behov. Sykdom fører også til ekstra sårbarhet med hensyn til å mestre sin situasjon. I lys av det kroniske sykdomspanoramaet (Svensson 2006) som i dag preger medisinen og helsevesenet, har sykdommer ofte et livslangt forløp og legevitenenskapen er rettet mot å håndtere sykdom i livet og ikke bare forhindre død (akutt sykdom). Oppgavene krever da ikke bare et kroppslig fokus men også åpenhet for andre sider ved mennesket (Svensson 2006).

Omsorg er et sentralt perspektiv i sykepleien. Fra 1990 årene eksisterer det to perspektiver innenfor omsorgsforskningen. Det er det sosialøkonomiske perspektiv med markedsøkonomiske tenkning (makro nivå). Særlig innenfor eldreomsorgen har det vært forskning rundt planlegging av tjenester. Effektivitet og rasjonelle løsninger har blitt etterspurte kvaliteter. Det andre perspektivet er den mer feministisk orienterte forskningen, som står i opposisjon til det rådende markedsøkonomiske paradigmet. Disse forskerne har undersøkt omsorgens egenart, omsorgens hverdag, og konkrete kunnskaper og ferdigheter på det praktiske plan. Det er en forskning på mikro nivå (Ruyter og Vetlesen red. 2001).

## 1.1 Bakgrunn for oppgaven

Som utdannet sykepleier har jeg opplevd mange forskjellige møter med pasienten. Min erfaring har jeg fra sykehus. Jeg opplevde tidlig at mitt arbeid i alt for stor grad var en kamp mot klokka. Hvordan skulle jeg klare å gjøre en god jobb ovenfor pasienten slik som arbeidspresset og tidspresset var! Det var vanskelig å forene mitt faglige og moralske ståsted med det handlingsrommet jeg møtte i praksis. Det var vanskelig å gi pasientene den kvalitet de hadde krav på. Men også det å være kritisk og refleksiv over hva vi gjør. Jeg ønsket ikke å være et sted hvor mine vurderinger stod i veien. Den kvalitet og varsomhet vi var opplært til å handle etter, ble begrenset av flere forhold. Det var bemannings problemer, det var for stort pasientbelegg med korridor – pasienter, det kunne være ukjente pleieassistenter, det var fagpersoner som var ny i jobben, og som ikke hadde så mye erfaring. Det kunne være

---

pasienter med store og krevende behov. Det kunne være materielle ressurser som enten var dårlige eller manglet. Flere forhold kan nevnes her, men den praktiske virksomhet og organisering blir et puslespill hvor alle brikkene må på plass. Men pasienten er ingen brikke!

Hvilken praksis er det man egentlig går inn i? Selvfølgelig vil det være fagfolk som synes at menneskesynet er godt nok ivaretatt i den utøvende praksis. Og det er mange fornøyde og takknemlige pasienter. På den annen side kan man spørre i hvilken grad pasientene klarer å hevde sine behov. Er de ikke avhengige av at vi ser dem?

Det er allikevel ikke noen motsetning mellom fornøyde pasienter og dyktige fagfolk på den ene side og en praksis på den annen side, hvor det er rom for forbedring. En analyse av møtet mellom teori og praksis er alltid klargjørende. Hvor går grensene mellom objektgjøring av pasienten og en utøvelse av et menneskesyn, som ivaretar pasienten som subjektet. Hvilket menneskesyn utøves i praksis? Er dette menneskesynet reduksjonistisk?

Sykehuset er ikke en industriarbeidsplass hvor man produserer en vare. Møtet mellom pasient og fagperson er bestemt av det hjelpe- og behandlingsbehov pasienten har. Det er derfor viktig med tid og – handlings rom for å være et medmenneske som kan utøve et menneskesyn som ivaretar pasientens behov.

Det er viktig å se at sykehuset som institusjon innebærer en strukturell og materiell ramme. Målet med virksomheten er å behandle og hjelpe flest mulig mennesker, som måtte trenge det. Det er derfor viktig å ha klare grenser for en behandlings- og pleievirksomhet. Det bør ikke være sånn at den som roper høyest får mest. Samtidig opplever jeg at det finnes et skjæringspunkt hvor møtet med pasienten opphører å preges av det menneskesyn og den faglige kvalitet som er ønskelig. Hvorfor blir pasienten så lett et objekt for de som skal behandle og hjelpe han/henne. Jeg mener at dette har alvorlige konsekvenser både for pasienten og fagpersonene. Målet med oppgaven er å se på og å si noe om de forhold som virker inn på sykepleierens menneskesyn i sykerommet.

## 1.2 Oppgavens problemstilling

Temaet for oppgaven er menneskesyn i forhold til sykepleierens handlinger. Min overordnede problemstilling i oppgaven er:

### **Hvilke forhold bestemmer sykepleiernes menneskesyn i sykerommet?**

For å belyse denne problemstillingen vil jeg prøve å si noe om følgende spørsmål:

#### Om rammebetingelser.

Hvilke juridiske og politiske føringer er styrende for hva som skjer i sykerommet mellom sykepleieren og pasienten?

Hvilke økonomiske føringer er styrende for hva som skjer i sykerommet mellom sykepleieren og pasienten?

Hva kjennetegner sykehuset som organisasjon?

Hvordan utvikler den moderne sykepleie seg frem til Lov om offentlig godkjenning av sykepleiere i 1948?

Hvilke historiske forutsetninger har preget kunnskapen om kroppen?

#### Om bruk av metode.

Hvilke metodiske valg og refleksjoner er foretatt for å svare på problemstillingen?

#### Om teoretisk rammeverk.

Hvilke grunnleggende begreper brukes for å forstå problemstillingen?

#### Om sykepleierens møte med pasienten.

Hvilke menneskesyn finnes i sykerommet?

Hvilke kulturelle valgbetingelser bestemmer sykepleierens handlingsmuligheter?

#### Om sykepleierens møte med handlingsfeltet.

Hvordan påvirker den økonomiske situasjonen sykepleierens arbeid i avdelingen?

Hvordan påvirker tidsaspektet sykepleierens samhandling med pasienten?

Hvilke interessekonflikter i sykerommet påvirker sykepleiernes fagutvikling og autonomi i avdelingen?

### 1.2.1 Avgrensning av oppgavens omfang

I denne oppgaven tar jeg ikke opp pasientenes innflytelse, det vil si brukerperspektiv i pleie- og behandlingsarbeid. Samfunnets demokratisering har sikret pasientene rettigheter (lovmessige) med hensyn til delaktighet, innflytelse og medbestemmelse (pasientmakt). Den gamle formyndermentaliteten er gammeldags (Svensson 2006). Fokuset i oppgaven er hva sykepleierne gjør i forhold til hva de vurderer som betydningsfullt, fra sitt faglige og menneskelige ståsted. Sykepleierens vurderinger av pasientens behov trenger ikke være sammenfallende med pasientens oppfatninger og interesser, jeg har allikevel utelatt en diskusjon hvorvidt de ivaretar pasientens autonomi i praksis. Empirisk har heller ikke dette vært fokus i datainnsamlingen. Dette fordi jeg fokuserer ut i fra et menneskesyn perspektiv og hvilke muligheter helhetstenkningen hos sykepleieren har i handlingsfeltet. Klarer sykepleieren å ivareta alle sider hos pasienten, fysiske som psykiske og sosiale? Er det plass til omsorgen i arbeidet?

## 1.3 Oppgavens innhold

Etter innledningen i *kapittel 1* vil jeg i *kapittel 2* se på rammebetingelser for sykehuset. I punkt **2.1** gjennomgås sentrale lover og politiske verdier. I punkt **2.2** redegjøres det for de økonomiske styringsmidler som er gjeldende i dag. I punkt **2.3** sees på noen kjennetegn ved sykehuset som byråkratisk ekspertorganisasjon. Videre vil jeg kort gjøre rede for hva som betegnes som "enhetlig ledelse" ved sykehusene. I punkt **2.4** vil jeg beskrive sykepleiens historie fra 1850 – tallet og frem til Lov om offentlig godkjenning av sykepleiere kom i 1948. I punkt **2.5** beskrives medisins idéhistoriske (dualistiske) syn på kroppen.

I *kapittel 3* beskrives oppgavens metodevalg og gjennomføringen av disse. Først gjøres rede for arbeidet med intervjuguiden i punkt **3.1**, deretter diskuteres utvalg og fremgangsmåte i punkt **3.2**. Så vil jeg drøfte intervjusituasjonen i punkt **3.3** hvor forholdet mellom forsker og informant står sentralt. Til slutt gjøres det rede for selve analysearbeidet og bearbeidingen av datamaterialet i punkt **3.4**.

I *kapittel 4* beskrives det teoretiske rammeverk som ligger til grunn for denne oppgaven. I dette kapittel besvares spørsmålet: Hvilke grunnleggende begreper brukes for å forstå problemstillingen? I punkt **4.1** går jeg igjennom menneskesyn som begrep slik det er utviklet hos Hammerlin og Larsen (1997a). Menneskesyn viser til to forhold, et kunnskapssyn om mennesket og et verdisyn hvor etikk og moral kommer frem. Med utgangspunkt i forholdet mellom individ og samfunn kan fag og vitenskaper plasseres enten i retning av et helhetlig menneskesyn eller et reduksjonistisk menneskesyn. Et kunnskapssyn som ser individet i et indre vekselvirkende forhold med samfunnet har et helhetlig menneskesyn, slik som sykepleien. Sykepleie som fag forstår mennesket ut i fra biologiske, psykologiske og sosiale forhold (Barbosa da Silva red. 2006). Medisinen har tradisjonelt løst forholdet mellom individ og samfunn og ser mennesket som indrebemt av biologiske faktorer. Hvilket innebærer et reduksjonistisk menneskesyn. Arbeidet med mennesker krever ut i fra et helhetlig menneskesyn at det ikke skjer en oppsplitting av menneskesyn, teoretisk perspektiv, etikk, praksis og metode (Hammerlin og Larsen 1997b). I punkt **4.2** vil jeg beskrive sykepleien som fag. Først redegjørelse det for tre omsorgsperspektiver. Omsorg kan ikke defineres entydig. Deretter ser jeg på fagets kunnskapsinnhold, omsorg som kjerne verdi. Her beskrives Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi, hun er sentral innenfor skandinavisk omsorgsforskning (Ruyter og Vetlesen red. 2001). Så ser jeg på sykepleieprosessen som er fagets vitenskapsinnhold. Deretter vil jeg gjøre rede for sykepleiens yrkesetiske retningslinjer. Til slutt vil jeg kort skissere begrepsmessig sykepleierens mulighetsstruktur. I punkt **4.3** gjøres det rede for Habermas sine begreper om systemverden og livsverden. Livsverden viser til felles normer og verdier som man deler med andre. Vår forståelse av verden som innebærer et språklig og kommunikativt fellesskap. Sosial integrasjon er basert på normer og kommunikativ rasjonalitet. Systemverden omfatter staten og markedet hvor instrumentell rasjonalitet råder. Integrasjon oppnås via styring og strategiske handlinger. Systemverden forutsetter livsverden men ikke omvendt. Habermas bygger på Weber derfor vil jeg se på den rasjonalisering som ligger til grunn for Habermas sin tese om kolonialisering av livsverden (Wallace & Wolf 1995). I neste punkt **4.4** beskrives Bourdieu sitt begrep om habitus, da dette ligger til grunn for begrepet den kvinnelige omsorgshabitus (Eriksen 1995) som vil bli benyttet og gjort rede for i analysen av datamaterialet. Habitus er varige men foranderlige disposisjoner og viser til rommet av sosiale posisjoner. Habitus er

---

strukturerende men er selv strukturert av særlig arbeidsdelingen i samfunnet. Kunnskapen er praktisk og kroppsliggjort, formet av livet i de sosiale posisjoner (Bourdieu 1995). Jeg vil også her berøre begrepene felt og kapital.

I *kapittel 5* gjøres rede for analysen. I denne delen besvares den overordnede problemstilling: Hvilke forhold bestemmer sykepleierens menneskesyn i sykerommet? I del **5.1.1** besvares spørsmålet: Hvilke menneskesyn finnes i sykerommet? Her gjøres rede for sykepleierens menneskesyn som vises gjennom omsorg for pasienten. Det gjøres rede for pasienten som en diagnose, som er et perspektiv sykepleierne opplever at legene har. Den biomedisinske sykdomsmodell er uttrykk for et reduksjonistisk menneskesyn (Hammerlin og Larsen 1997b). Deretter sees nærmere på sykepleiernes helhetsforståelse, som utgjør en omsorgskompetanse som er rettet mot pasientens behov. Til slutt ser jeg på de helsepolitiske føringer som ligger i ”Pasienten først!” prinsippet helhet (NOU 1997:2). I del **5.1.2** besvares spørsmålet: Hvilke kulturelle valgbetingelser bestemmer sykepleierens handlingsmuligheter? Først gjøres rede for sykepleiers dilemma. Sykepleien befinner seg mellom to kunnskapsformer som har ulik status. Omsorg som praktisk kunnskap og vitenskapelig kunnskap. Så beskrives omsorgsforståelse slik det utvikler seg hos Kari Martinsen (2003b) når hun forstår omsorg ut i fra de suverene livsytringer hos Løgstrup. Livsytringene er der som en mulighet mellom meg og den andre, til å ta vare på hverandre. Deretter vil jeg se på det som betegnes som den kvinnelige omsorgshabitus som viser til et sett av omsorgskoder som er nødvendige forutsetninger for praktisk kunnskap i sykepleiefeltet (Eriksen 1995). Videre gjøres rede for det som kan være et forsøk på tradisjonisering i sykepleiefaget, nemlig omsorgsforskningen og hvordan selvstendigjøringen av faget er knyttet til vitenskapeliggjøringen av faget (Bakken 2001). Til slutt diskuteres hva som ligger i en ”utdypende relasjon” i sykepleier-pasient forholdet. I del **5.1.3** kommer en oppsummering av punkt 5.1. I del **5.2.1** besvares spørsmålet: Hvordan påvirker den økonomiske situasjonen sykepleierens arbeid i avdelingen? Den økonomiske situasjonen i avdelingen er marginal. Økonomien styrer alt. Sykehuset har blitt mer bedrift og pasienten tenkes som en gjenstand. Habermas så to farer ved det moderne samfunn. Kommersialiseringen av samfunnet gjør at hensikten ved enhver organisasjon blir å tjene penger (Vetlesen 2001). Dette innebærer at de normative verdier kommer i konflikt med økonomiske verdier. Kolonialiseringstesen belyser hva som skjer når systemverden invaderer livsverden. Omsorg er typisk for livsverden. Det er viktig å ha god

omsorgsvilje ovenfor pasienten. Omsorgens vilkår blir begrenset i systemverden med instrumentell rasjonalitet som dominerende verdi (Loftager 1990). Kolonialisering av livsverden fører til en instrumentalisering av relasjoner (Bakken 2001). De er for få pleiere i avdelingen. Velferdsstaten har et kapasitetsproblem. Det oppstår et misforhold mellom ytelseskrav og yteevne. Velferdsstaten prøver å avgrense seg økonomisk men pasientens behov kan ikke avgrenses. Dette dilemmaet oppleves som et utilstrekkelighetsproblem for sykepleieren (Vike red.2002). Sykepleierens helhetlige menneskesyn fører til et ubegrenset ansvar. Den kvinnelige omsorgshabitus utgjør velferdstatens omsorgsreservoar (Vike red.2002). Sykepleieren sikrer i en viss grad pasienten som et subjekt i sykerommet og datagrunnlaget viser at sykepleierne på tross av helhetstenkningen dreies mot å utøve et reduksjonistisk menneskesyn i handlingsfeltet. I del **5.2.2** besvares spørsmålet: Hvordan påvirker tidsaspektet sykepleierens samhandling med pasienten? Mangel på tid fører til at sykepleieren ikke får ivaretatt alle behovene hos pasienten. Sykepleieren kommer både i faglige og etiske dilemma. Omsorgens kvalitet blir tidsavhengig. Vi får en oppsplitting av menneskesyn, teori, etikk (moral), metode og praksis. Etikken blir nedtonet og vilkår i praksis blir dominerende. Begrepet omsorgsrasjonalitet viser til det relasjonelle innhold i omsorgen. Sykepleierens arbeid kan ikke entydig innleses i DRG systemet og blir medisins restarbeid. På grunn av tidsmangelen kommer sykepleieren i en prioriteringskonflikt mellom individuelle og samfunnsmessige hensyn. Verdier er uforenelige i samme kontekst. Sykepleier-pasient relasjonen har moralsk egenverdi (Nordhaug 2004) og forrangprinsippet viser at partiskhet mot den enkelte pasient bør prioriteres (Nortvedt 2006). I del **5.2.3** besvares spørsmålet: Hvilke interessekonflikter i sykerommet påvirker sykepleierens fagutvikling og autonomi i avdelingen? Avdelingslederen (overlegen) har delegert driftsansvaret til sykepleielederne i avdelingen. Sykepleierne har alltid gjort dette arbeidet. Det er vanskelig å gjennomføre kompetanseutvikling og de er marginalisert med hensyn til ressurser. Legene har større makt enn sykepleierne på grunn av sin kunnskapskapital. Maktkampen forsterkes av DRG systemet. Sykepleierne mangler autonomi i avdelingen og de trenger myndighet og selvstendighet for å styrke sykepleietjenesten. I *kapittel 6* vil jeg oppsummere konklusjonene som viser hvilke forhold som bestemmer sykepleierens menneskesyn i sykerommet.



## 2. Rammebetingelser

I dette kapittel omtales noen sentrale lover og politiske føringer som regulerer velferdsstatens organisering av sykehus i regionale helseforetak, RHF. Videre gjøres rede for den økonomiske styringsformen til sykehusene. Deretter ser jeg på sykehuset som organisasjon og gjør rede for ledelse og ansvarsforhold mellom lege og sykepleier. Så beskrives den moderne sykepleie frem til Lov om offentlig godkjenning av sykepleiere i 1948. Til slutt vil jeg se på medisinens historiske forståelse av kroppen.

### 2.1 Sentrale lover og verdier

I dette punktet besvares spørsmålet: Hvilke juridiske og politiske føringer er styrende for hva som skjer i sykerommet mellom sykepleieren og pasienten? Jus og etikk er ikke gjensidig utelukkende men henger sammen og bygger på hverandre. Helselovgivningen bygger derfor på verdier som samfunnet er blitt enig om gjennom politiske prosesser. Juridiske normer og lover kan rettsregulere forholdet mellom pasient og helsevesen. Slik får pasienten rettsregler som sikrer pasienten formelle rettigheter (Slettebø 2006:18).

Jussen er også viktig for helsearbeiderne slik at de vet hva som forventes av dem fra samfunnets side. Lovverket kan ikke tvinge helsepersonell til å være omsorgsfull ut over et visst nivå. Her kommer yrkesetikken inn som veiledende retningslinjer. De skal inspirere til god adferd. Det er ikke nok å bare ha etiske normer for da blir det opp til den enkelte hvor lojal man er mot de yrkesetiske retningslinjer. Man trenger derfor også et lovverk. Dette skal sikre pasienten mot vilkårlig skjønnsmessig vurdering. Etikken er ikke entydig fordi mennesker vurderer forskjellig hva som er etisk og uetisk i en situasjon (Slettebø 2006).

Viktige lover og verdier i helsetjenesten er:

Lov om helsepersonell 1999 (helsepersonelloven) kapittel 2 omhandler krav til yrkesutøvelse. § 4 pålegger *forsvarlighet* i arbeidet. Med forsvarlighet menes faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ”som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. § 6 omhandler *ressursbruk*.

Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienten eller samfunnets institusjoner unødvendig tidstap og utgift. Krav til organisering av virksomhet er omtalt i kapittel 3 § 16 og pålegger at virksomheten ”skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”. Lovens formål kap.1§1 er å bidra til sikkerhet for pasienten og kvalitet i helsetjenesten, men også å skape tillit mellom pasient og helsetjeneste.<sup>2</sup>

Lov om pasientrettigheter 1999 (pasientrettighetsloven) har som formål ”å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet...”. Dette skal sikres gjennom å gi pasienten rettigheter. I § 1-1 står det videre at ”Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd”.

I lov om spesialisthelsetjenesten 1999 som regulerer sykehusene er særlig fire punkter sentrale i lovens formål § 1-1. Det er å - bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet – bidra til et likeverdig tjenestetilbud - at ressursene utnyttes best mulig og at - tjenestetilbudet tilpasses pasientenes behov. I kap.2 § 2-1 stadfestes at staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis spesialisthelsetjeneste. Denne loven sier også i § 2-2 at helsehjelpen skal være forsvarlig.

I lov om helseforetak 2001 (helseforetaksloven) er lovens formål § 1 å bidra til å fylle de målsettinger som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasientrettighetsloven § 1-1. Dette gjøres gjennom regionale helseforetak som etter eiers retningslinjer skal planlegge og organisere virksomheten. Regionale helseforetak eies av staten alene. Helseforetakenes formål ”er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn...<sup>3</sup>

#### Om mål, verdier og pasientbehandling i helsetjenesten.

I Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000) ”Om verdier for den norske helsetjeneste” fra Helse- og omsorgsdepartementet rettes oppmerksomheten mot det som er målet og innholdet i helsetjenesten. Det sentrale i helsetjenesten er møtet mellom pasient og behandler. Møtet

---

<sup>2</sup> <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> 15/2 2007.

skal bygge på respekt og nestekjærlighet. Det overordnede verdigrunnlaget og de faglige mål skal ivaretas sammen med nye juridiske (pasientrettigheter) og økonomiske styringsformer. Det er et politisk ønske om en mer *pasientorientert* men også *effektiv* helsetjeneste.

Regjeringens helsepolitiske mål har fokus på enkeltindividet. Pasientens behov skal være utgangspunkt for alle tjenestetilbud. Respekt for individets integritet, ”menneskets ukrenkelighet og omsorg og ansvar for den enkelte, uavhengig av sykdom og fase i livsløpet”<sup>4</sup>. Behandlingen skal gi trygghet, pasienten skal informeres og lyttes til.

Det primære for helsetjenesten er styrking av menneskeverdet. Helsetjenesten skal derfor være sterkt preget av nestekjærlighet i sine tjenester. Handlingene skal være i samsvar med interessene til den andre, uten å ta hensyn til om det er til nytte for samfunnet. Dette er en utfordring for yrkesutøveren og for helsevesenet som system. Helsetjenester skal ikke uten videre sammenlignes med salg eller utveksling av varer i et tradisjonelt marked. Økonomiske markedsmekanismer skal kun sikre en ansvarlig bruk av tilgjengelige ressurser. I denne stortingsmeldingen forstås menneskesyn som oppfatninger av hva mennesket er ut i fra religiøse eller ideologiske perspektiv, allmenn og vitenskapelig kunnskap om mennesket. Menneskesynet baserer seg på kulturelle forutsetninger og de kan endres over tid. Videre skilles det prinsipielt i meldingen mellom menneskesyn og verdigrunnlag. Menneskesyn uttrykker hva et menneske er og verdigrunnlag sier noe om hva et menneske bør være. Videre legges det vekt på at menneskeverdet er ukrenkelig (kapittel 4). Mennesket har selvråderett og har kompetanse til å ta valg på egne vegne. ”Det er knapt andre samfunnsinstitusjonar enn helsetenesta som så ofte møter menneske med sviktande autonomi, der respekten for integriteten i det vesentlege består i å verne om det sårbare”<sup>5</sup>.

Respekten for det sårbare i mennesket skal være et kjennetegn for helsetjenesten. Sykdom fører ofte til svakhet og evnen til egenomsorg blir mindre eller vikende. Dette skal helsetjenesten ta hensyn til og pasienten har krav på å være i pasientrollen når dette er nødvendig. Gjennom loven er helsearbeidere pålagt faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

---

<sup>3</sup> <http://www.lovdata.no/all/nl-20010615-093.html> 16/2 2007.

<sup>4</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/Stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850> Hentet 11.4.2008.

<sup>5</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/Stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850> Hentet 11.3.2008.

Dette skal forankres i respekten for menneskeverdet. I neste punkt vil jeg se på økonomiske føringer.

## 2.2 Den økonomiske situasjonen

I dette punktet besvares spørsmålet: Hvilke økonomiske føringer er styrende for hva som skjer i sykerommet mellom sykepleieren og pasienten? Før 1997 fikk fylkeskommunene som da eide sykehusene ren rammefinansiering. Det betyr at staten gav en økonomisk ramme til helsetjenesten som det ikke var knyttet produksjonskrav til. Dette ble fordelt av fylkeskommunen etter behov på lokalt nivå.<sup>6</sup>

Inntekten til sykehuset foregår gjennom ulike tilskudd. De regionale helseforetak mottar årlig basisbevilgning. Den inntektskilden er Innsatsstyrt finansiering ISF, som er et aktivitetsavhengig tilskudd. Det aktivitetsbaserte tilskuddet utgjør 40 % av bevilgningene og at det aktivitetsuavhengige basistilskuddet skal være 60 %. Dette finansieringssystem ble tatt i bruk 1.7.1997. Grunnlaget er historiske gjennomsnittskostnader for pasienter i samme diagnose gruppe. Noen behandlinger vil derfor være dyrere eller billigere enn gjennomsnittet.<sup>7</sup>

I følge St. melding nr. 44 (1995-1996) ”Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering” (kapittel 7), er målene med ISF å oppnå lik tilgjengelighet av helsetjenester, effektiv resursutnyttelse og å få til en god kostnadskontroll. Målet er å behandle flere pasienter på en mer effektiv og kostnadsnyttig måte. Flere pasienter skal behandles raskere.

DRG systemet baserer seg på diagnose grupper (Diagnose Relaterte Grupper). DRG inneholder både medisinsk og økonomisk informasjon om en diagnose, og dermed også pasienten. Pasientene i hver gruppe skal ligne hverandre medisinsk og resursbruken skal da også være tilnærmet lik. Dette systemet er under stadig revidering og oppdatering etter hvert som medisinsk praksis endrer seg og nye prosedyrer og behandlinger kommer. DRG brukes på gruppenivå og alle kostnader er inkludert ved en innleggelse og et opphold. Sykehuset får

---

<sup>6</sup> St.meld nr 5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten. Kapittel 2.1.1

<sup>7</sup> (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Sykehus/Innsatsstyrt-finansiering.html?id=227811>) (Hentet 1/3-2008)

da refusjoner etter DRG klassifiseringen. Alle DRG grupper har en kostnadsvekt beregnet ut i fra et gjennomsnitt. Kostnadskontroll via ”Kostnad Per Pasient” er under utredning innenfor DRG systemet for å måle mer nøyaktig hva pasienten koster og for å forbedre DRG klassifikasjonene. All resurs bruk ved den enkelte pasient skal da registreres.<sup>8</sup>

ISF er ikke et prioriteringssystem. Sykehusenes prioriteringer skal foretas ut fra Lov om Pasientrettigheter (1999). I forskrift om prioritering av helsetjenester står det i § 2. at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven §2-1 annet ledd, når pasienten kan tape livslengde og få en ”ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og pasienten... kan ha forventet nytte av helsehjelpen og de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt”.<sup>9</sup> I St. melding nr. 5 (2003-2004) ”Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten”<sup>10</sup> presiseres det at ulempen ved ISF er at høy refusjonssats kan føre til overkapasitet på enkelte områder. Det er også fare for uønsket vridning fra forhold som ikke ligger innunder ISF, altså tilstander som ikke gir inntjening. I neste punkt vil jeg se på noen kjennetegn ved sykehuset som organisasjon.

## 2.3 Sykehuset som organisasjon

I dette punktet besvares spørsmålet: Hva kjennetegner sykehuset som organisasjon?

Sykehusene ble overført fra fylkeskommunen til staten i 2002 og staten tok over eierstyringen. Helse og omsorgsdepartementet utøver myndighetsstyringen av sykehusene, gjennom lover og forskrifter. Eierstyringen fra departementet gjelder de offentlige sykehusene. De fire regionale helseforetakene skal tilby mennesker i sin region spesialisthelsetjenester. De regionale helseforetak er også eiere av egne helseforetak.<sup>11</sup>

<sup>8</sup> ([http://www.shdir.no/kodeverk\\_og\\_pasientklassifiseri/drg/](http://www.shdir.no/kodeverk_og_pasientklassifiseri/drg/)) (Hentet 1/3-2008)

<sup>9</sup> ”Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livs funksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå”.

<sup>10</sup> ”Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livs lengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen”. Tilgjengelig fra <http://www.lovddata.no/for/sf/ho/to-20001201-1208-001.html#2> (Hentet 1/3-2008)

<sup>11</sup> <http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/042001-040004/hov002-bn.html> (6/2-2007)

<sup>11</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Sykehus/Organisering-av-den-sentrale-helseforval.html?id=227605> Hentet 11.3.2008.

Strand (2004) beskriver sykehuset som er byråkratisk ekspertorganisasjon i boken *“Ledelse, organisasjon og kultur”*. Det vil si at den har kjennetegn fra både byråkratiorganisering og ekspertorganisering. Byråkratiets kjennetegn er et ”tydelig autoritetshierarki med mange ledd. Spesialisering av arbeidsoppgaver. Skriftlighet og formaliserte arbeidsmåter” (Strand 2004:243). Målet for en byråkratisk organisasjon er å ivareta den rutinemessige virksomhet og hindre avvik. Regler setter klare grenser for hva som kan bestemmes og hvilke valg som kan foretas. Den administrative sjef i byråkratiet (sykehusdirektøren) har stor autoritet men lite spillerom. Det er en sterk grad av instruksregulering. Ledelse og styring i byråkratiet innebærer regelsikring og regelutvikling. Bruk av skjønn og kompetanse er vesentlig på uklare områder. Det er lite spillerom innenfor regelverket og organisasjonen er ikke innrettet på å finne på noe nytt. Nydanning innenfor organisasjonen kan allikevel skje ved nye faglige muligheter og når politikken krever det. Organisasjonens legitimitet hviler på et aksept fra omgivelsene utenfor organisasjonen.

Sykehuset som byråkratisk<sup>12</sup> ekspertorganisasjon rommer selvstendige yrkesutøvere. Profesjonene i feltet har offentlig godkjenning og forpliktelser ovenfor det offentlige. Sykepleien kan sees på som en halvprofesjon da ikke alle arbeidsområder er monopoliserte, slik som hos legene. Sykepleierne strever etter å monopolisere en avgrenset rolle. Legene er tvetydige i sin oppfatning av sykepleieren som assistent eller selvstendig faggruppe. Ekspertorganisasjoner som sykehus er i økende grad underlagt administrative styringssystemer utenfra. Budsjetttrammer og målstyring er to slike forhold som fagfolkene må forholde seg til. Det er den profesjonelle yrkesutøveren som spesielt utfordres av eksterne faktorer som markedskrav og statlige krav (Strand:2004). I neste avsnitt ser jeg på ansvar og ledelse i sykehuset.

### *Ansvar og ledelse*

I Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) § 3-9 defineres krav til ”enhetlig ledelse” på ethvert organisatorisk nivå i sykehusene. Sykehusene skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle ledernivåer enten det er klinikk/ divisjon, avdeling, seksjon eller annet. Dette er en del av kravet om forsvarlighet § 2-3. Alle de organisatoriske enheten skal ha en person som bærer det helhetlige administrative ansvaret for enheten. Denne stillingen er

---

<sup>12</sup> Med Weber (2000) sine ord representerer byråkratiet det legale herredømmet. Det er den lov gitte regel som har legitimitet. Det er en hierarkisk lydighetsplikt. Byråkratiske forvaltningsstaber er styrt av mål rasjonelle handlinger.

profesjonsnøytral. Der hvor det kreves medisinsk kompetanse kan det utpekes en medisinsk rådgiver. Den administrative lederen har totalansvaret for personalet i avdelingen/enheten.<sup>13</sup> Enhetlig ledelse innebærer at det ikke må være en lege som er avdelingsleder eller klinikkssjef, men at det må være en fysisk leder for å få til en klar og entydig ledelsesstruktur. Enhetlig ledelse gir klare kommandolinjer fra behandlingsnivået og opp til øverste ledelse. Enhetlig ledelse innebærer altså et helhetsansvar for faglige og administrative oppgaver og ledelse, men lederen kan fortsatt delegerer ansvaret for å utføre oppgaver til andre<sup>14</sup>. I neste punkt vil jeg se på noen linjer i utviklingen av den moderne sykepleie.

## 2.4 Historisk tilbakeblikk på sykepleien

I dette punktet besvares spørsmålet: Hvordan utvikler den moderne sykepleie seg frem til Lov om offentlig godkjenning av sykepleiere i 1948? Jeg bygger på Martinsen og Wærness (1991) sin redegjørelse i boken ”*Pleie uten omsorg*”. Frem til siste halvdel av 1800-tallet var det gangkonene som utførte sykepleie i samfunnet. De var eldre fattige kvinner, ofte enker fra arbeiderklassen. Hospitalene var nesten som interneringssteder å regne, for fattige og syke mennesker med epidemiske sykdommer (Martinsen og Wærness 1991). Med diakonisse sykepleien (den moderne sykepleie), fra midten av 1800 tallet ble sykepleien reformert i kristelig retning. Kallstanken, den uegennyttige kjærlighet og barmhjertighetsarbeidet blir sentral. Diakonisse anstaltene<sup>15</sup> rekrutterte kvinner fra middelklassen i et ungt industrisamfunn, ugifte kvinner som måtte ha et sted å være, for å ikke miste sin klasseposisjon. I Norge var det allikevel ikke nok kvinner fra gode hjem så klasse bekymringen var uttalt. Samtidig var det viktig at økonomiske og sosiale motiver ikke kom i veien for kallstanken, slik ble gangkonene degradert og utstengt fra utdanningen. Både legene og prestene ønsket kvinner med mer dannelses og pliktoppfyllelse som kunne ”ta det ansvarlige kall” (Martinsen og Wærness 1991). Diakonissens arbeid gjorde at sykepleieyrket ble akseptert av de øverste lag i befolkningen. Dette endret etter hvert rekrutteringsgrunnlaget. Forholdet mellom prestene og diakonissene var uttrykk for en patriarkalsk orden. Prestenes (far) ideologiske tanker om sykepleie ble virkeliggjort av

<sup>13</sup> <http://www.helsetilsynet.no> ”Ansvarlig ledelse på alle nivåer”. Av Olav Molven. Hentet 25.1.2007

<sup>14</sup> <http://www.legeforeningen.no/assets/RUNDSKRIVLEDELSE.rtf> Hentet 11.3.2008 og <http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=6699&subid=0> Av Anne Kjersti Befring. Hentet 11.4.2004

<sup>15</sup> Cathinka Guldberg opprettet sin første diakonisseanstalt i Kristiania i 1868 som prestedatter, var forstanderinne.

diakonissene (mor), et lydig redskap. Diakonissene var underordnet prestene (Martinsen og Wærness 1991:13).

Rundt århundreskiftet (fra 1800 – 1900 tallet) kom de verdslige sykepleieskoler, offentlige som private i gang. Kallstanken kommer i bakgrunnen og sykepleien blir mer et yrke. Med medisinen fremskritt og oppdagelsen av mikroorganismene stod kampen mot disse. Legene hadde interesse av å utdanne flere sykepleiere, og legene bidro med skole og undervisning. (Martinsen og Wærness 1991:10). Etter hvert som den positivistiske – naturvitenskapelige retning blir dominerende og med kirurgiens gjennombrudd på slutten av 1900 – tallet får legene behov for en faglært sykepleie. Krav til hygiene ble nødvendig for en resultatsikker medisinsk behandling. Legene trengte teknisk-faglig assistanse og mindre protestantestisk kristen ideologi. Fremveksten av sykepleie som faglært arbeid ble en følge av medisinen utvikling og legenes arbeid (Martinsen og Wærness 1991).

Florence Nightingale i England etablerte den første verdslige sykepleieskole i 1859. Dette ble et forbilde for andre land i Europa. Skolene fylte kravet om hygienekunnskap som den teknisk – vitenskapelige medisinen stilte. Marie Joys, utdannet i Tyskland, etablerte den første 3-årige verdslige kommunale sykepleieskole i Bergen i 1908. Legene gav den teoretiske undervisningen og avdelingssøstre tok seg av den praktiske og tekniske delen. Legene satset på den verdslige sykepleie, de unngikk dermed prestenes formynderskap over diakonissene, men også synet på behandling og pleie. Den religiøse sykepleien hadde et annet kunnskapsinnhold, var kortere og innebar frelse eller evangelisering. Legene fikk enerett og råderett over de verdslige sykepleierne (Martinsen og Wærness 1991:22). Både den verdslige og den religiøse sykepleie innebar en omsorgsideologi<sup>16</sup>. Idealet er den omsorgsfulle og selvutslettende kvinne i den praktiske sykepleien (Martinsen og Wærness 1991).

Norsk Sykepleierskeforbund NSF ble stiftet i 1912<sup>17</sup>, som følge av at etterspørselen etter sykepleierne var stor i hospitalene. Sykepleierne var overarbeidet og utnyttet. Utdanningen

---

<sup>16</sup> Karl Marx definerte ideologi som forestillinger eller kunnskap som er knyttet til klasse interesser. Det sanne eller allmenn gyldige kan bare oppnås i det klasseløse samfunn. En ideologi tilslører virkeligheten og forbindelsen mellom oppfatninger og samfunnsforhold (Østerberg 1992).

<sup>17</sup> Det internasjonale Sykepleieråd, ICN ble stiftet i 1899. Med amerikanske, engelske og tyske medlemmer. De arbeidet fra starten av mot en selvstendig og enhetlig utdanning (Martinsen og Wærness 1991).



var preget av hva legene syns det var nødvendig å undervise i. Det var kvinnesaksbevegelsens prinsipper i denne perioden som førte til at den verdslige sykepleien organiserte seg. Før dette manglet fagbevissthet, de var en umyndig masse og et allemannseie (Martinsen og Wærness 1991:23). Den verdslige sykepleiens pioner og leder var Bergljot Larsson som ledet Norsk Sykepleierskeforbund i 23 år. Med henne kom nye ideer til sykepleien. Hun betonet Nightingale skolene sitt fokus på lederansvar, utdanning og administrasjon og i 1948 kom Lov om offentlig godkjenning av sykepleiere som regulerte utdanningstilbudet (Martinsen og Wærness 1991).

I perioden etter 1912 viste NSF seg som et profesjonsforbund og de nærmeste 40 år herfra var preget av kamper for å få større faglig dyktighet som skulle føre til rettigheter over eget arbeid. Målet var monopol over eget fagområde. Sykepleie som faglært arbeid var etterspurt som en følge av medisinsens fremskritt (Martinsen og Wærness 1991:29). NSF prøvde helt frem til 1990 tallet å hindre ufaglærte i å utføre mindre attraktive omsorgsoppgaver, selv om etterspørselen av faglært sykepleie var større enn tilbudet. I enhver profesjonskamp er det myndighetene som har det siste ordet. Det er myndighetene som gir profesjonen muligheter (Martinsen og Wærness 1991). I neste punkt beskrives den historiske forståelsen av kroppen.

## 2.5 Historiske betingelser for forståelse av kroppen

I dette punktet besvares spørsmålet: Hvilke historiske forutsetninger har preget kunnskapen om kroppen? Denne redegjørelsen bygger hovedsakelig på Råheim (1997) sin artikkel ”*Forståelse av kroppen som fenomen*”. Kropp og sjel, kropp og omverdenen har blitt sett på som atskilte og vesensforskjellige enheter fra den yngre antikk (fra og med Platon 427-347f.Kr.) og frem til i dag, og er uttrykk for en dualistisk<sup>18</sup> tenkning. Kroppen hindrer tenkningen. Medisinen er preget av disse dilemmaene. Medisinen har vært opptatt av den anatomisk-fysiologiske kroppen. Den relasjonelle, følende og opplevende kroppen har falt utenfor medisinen som studieobjekt og blitt overlatt til psykologien og samfunnsvitenskapene (Råheim 1997:98). Den rådende dualistiske tenkning gjør at det er vanskelig å møte og forstå den syke på en ikke-reduksjonistisk<sup>19</sup> måte (Råheim 1997).

---

<sup>18</sup> Dualisme sikter til et skille mellom kropp og sjel, en todelt oppfatning av mennesket (Hammerlin og Larsen 1997b).

<sup>19</sup> Reduksjonisme betyr at mennesket ikke sees på som en helhet med en fysisk, psykisk og sosial dimensjon (Hammerlin og Larsen 1997b).

Med kristendommen<sup>20</sup> blir dualismen utvidet og noe endret. Kroppen er ikke bare irrasjonell men uren og ond. Men sjelen blir ren, fri og rasjonell. Kroppen måtte kontrolleres og disiplineres. Erkjennelse via kroppen og sansene ble ikke verdsatt. I middelalderen var kroppen besatt eller benådet og gjennom opplysningstiden ble kroppen mer verdslig. De nye naturvitenskapene vokste frem med det mekaniske verdensbilde. Kroppen var en komplisert maskin. Industrialiseringen og fremveksten av kapitalisme forsterket og utviklet ideen om kroppen som en maskin. Kroppen var redskap for arbeidet. Et instrument i arbeidets tjeneste. Den medisinske vitenskap og den kapitalistiske arbeidsdeling har ført til at kroppen ble en gjenstand som kan undersøkes, temmes og manipuleres (Råheim 1997:100).

Den nye naturvitenskapen satte en standard for kunnskapen som fortsatt har gjennomslagskraft.<sup>21</sup> Vi får et skille mellom kvantitative og kvalitative egenskaper og fenomen. De primære egenskaper er de som lar seg fysisk måle og matematisk beskrive, altså det objektive. De sekundære egenskapene tilskrives sansene: smak, lukt, de subjektive – relative til subjektet. Man kunne ikke vite om disse egenskapene og fenomenene eksisterte utenfor subjektet og de var dermed ikke gyldig kunnskap. Skillet mellom fysisk og objektivt målbar kunnskap om menneskekroppen og subjektiv kunnskap som opplevelse av smerte og trøtthet preger også i dag tenkningen om sykdom. Medisinen ble den vitenskapen som fikk den fysiske kroppen som sitt studieobjekt. Medisinen har bidratt til at synet på kroppen har blitt fragmentert og tingliggjort. Den fysisk målbare kunnskap om kroppen ble ansett som gyldig kunnskap mens subjektets erfarende kunnskap ble ansett som irrelevant endog forstyrrende i klinisk sammenheng. Denne dualismen er gjeldende i dag (Råheim 1997).

Den biomedisinske sykdomsmodell<sup>22</sup> har siden 1800-tallet vært rådende i medisinen. Denne modellen er bare opptatt av (endimensjonal) biokjemiske og fysiologiske prosesser i kroppen. Den naturvitenskapelig tenkning reduserte sykdom til organiske feil. I møtet med pasienten falt det sosiale perspektivet på sykdom bort (Svensson 2006:75). Fra 1950 årene

---

<sup>20</sup> I Europa kom kristendommen for fullt omkring år 400e.Kr. (Råheim 1997).

<sup>21</sup> Særlig med Galileis (1564 – 1642) kvantifiseringspostulat: Mål det som kan måles. Det som ikke kan måles fysisk, er ikke virkelig eller gyldig kunnskap (Råheim 1997:103).

<sup>22</sup> Siden ca.1880 har det vært store gjennombrudd innenfor forskning og infeksjonssykdommer er bekjempet. Arbeidet i dag som pågår for å finne medisin mot hiv og aids forutsetter denne sykdomsmodellen. Kunnskap om vaksinasjon har også vært avgjørende for samfunnet. Menneskene er avhengig av den medisinske kunnskapen for bekjempelse av sykdommer (Barbosa da Silva 2006:97).

har perspektivet på pasienten blitt utvidet og de sosiale aspektene har fått større plass. Sammenhengen mellom psyke og soma ble sentral. Etter dette har man i større grad tatt hensyn til pasientenes egne opplevelser og sosiale situasjon (Svensson 2006). I neste kapittel sies det noe om forskningsarbeidet som ligger til grunn for denne oppgaven og de utfordringer jeg har møtt underveis.

### 3. Bruk av metode

I dette kapittelet besvares spørsmålet: Hvilke metodiske valg og refleksjoner er foretatt for å svare på problemstillingen? Først gjøres rede for arbeidet med intervjuguiden. Deretter utvalget og framgangsmåte. Det gjøres rede for intervjusituasjonen. Til slutt ser jeg på bearbeidelse og presentasjon av datamaterialet.

#### 3.1 Arbeidet med intervjuguiden

Min studie gjør bruk av en *fenomenologisk tilnærming* og jeg arbeider med kvalitative data. Dette innebærer at jeg ønsker å forstå meningsinnholdet i den subjektive opplevelse (Thagaard 1998). Hvordan opplever sykepleierne omsorgen i praksis i forhold til de kontekstuelle betingelser? Jeg vil forsøke å forstå virkeligheten slik informantene oppfatter den. Fenomenologien ser på den kunnskapen individene selv har, om seg selv og verden. Og det er denne kunnskapen som er den ”virkelige”(Thagaard 1998).

Problemstillingen bestemmer valg av metode. Det sentrale i denne oppgaven er sykepleierens opplevelse av møtet med pasienten og det faglige og etiske verdigrunnet. Det er viktig med en klart definert problemstilling, slik at man vet hva man skal fokusere på, men problemstillingen bør være såpass åpen at den gir mulighet for justeringer, etter hvert som innsamling av data og analysen gir nye ideer. Det vil derfor være en ”feedback” bevegelse mellom problemstilling, datainnsamling og analysen av materialet (Thagaard 1988).

Arbeidet med problemstillingen og intervjuguiden er gjort innenfor et virksamhetsteoretisk perspektiv. Sykepleierens handlinger sees i relasjon til den institusjon som handlingene er en del av. Virksamheten i sykehuset er en helhet som må sees ut i fra ulike samfunnsnivå. Hva skjer i sykerommet mellom sykepleieren og pasienten? Derfor er det i spørsmålene lagt vekt på samspillet (indre vekselvirkning) mellom individ og miljøet. Intervjuguiden skal dekke de temaer og kategorier som problemstillingen omhandler. Jeg ønsket derfor at spørsmålene skulle kretse rundt møtet mellom sykepleieren og pasienten i forskjellige situasjoner. Forforståelsen som er nedfelt i problemstillingen og intervjuguide er en antagelse om at

handlingene i sykerommet preges av motsetningsfylte krav og verdier som legger et urimelig krysspress på sykepleieren og at dette påvirker menneskesynet i arbeidet.

I forberedelsen på intervjusituasjonen og i arbeidet med intervjuguiden ble det gjort et prøveintervju med forfatter av oppgaven og hovedveileder Yngve Hammerlin. Intervjuet ble tatt opp på bånd. Etterpå ble intervjuet skrevet ut og evaluert. Det ble også gjort et prøveintervju med nøkkelinformanten i utvalget. Intervjuet ble en evaluering og korrigerende av spørsmål til intervjuguiden. Det ble tydelig hvilke spørsmål som var tvetydige eller som informanten ikke forstod. For eksempel ble det ikke aktuelt å spørre respondent direkte om hvilket menneskesyn han har. Dette virket rart og uforståelig for prøveinformanten. Det ble derfor utarbeidet underkategorier for å samtale om informantens menneskesyn.

De spørsmålene som jeg til sist valgte å ta med meg i intervjuguiden (se vedlegg1) er klassifisert etter 5 temakategorier. Disse er: Menneskesyn, kontekst, objektgjøring, etikk og makt. Disse temaene berører hverandres innhold. Informantens valg av fortelling til meg som forsker, kan for eksempel gå mer i retning av organisatoriske forhold der hvor jeg hadde tenkt å samtale om aspekter ved etikk. Dette kan rekodes på senere stadier, hvis ønskelig, når man har hele intervjuet som tekst foran seg. Det viktigste er at man får berørt alle temaer i intervjuguiden (Thagaard 1988). I neste punkt vil jeg drøfte utvalget og fremgangsmåte.

## 3.2 Utvalget og fremgangsmåte

I kvalitative undersøkelsesopplegg benytter man seg av strategiske utvalg. Informantene velges ut fra om de er hensiktsmessige i forhold til problemstillingen. Da utvalget kan være begrenset eller lite, må forskeren velge sine informanter med omhu. De må være så presise ”pekere” til problemstillingen som overhodet mulig. Informantene bør være typiske i forhold til det fenomenet som studeres. Formålet med kvalitative metoder er en dybde analyse av materialet. Dette er med henblikk på å forstå og forklare sammenhenger ved et fenomen (Thagaard 1988). Jeg har valgt en temafokusert studie. Til grunn for datagrunnlaget ligger et strategisk utvalg med ni informanter som var egnet for å belyse problemstillingen. Min nøkkelinformant var en bekjent og hun rekrutterte ni sykepleiere fra samme avdeling (somatisk) innenfor samme klinikk, som hun selv var tilknyttet. Det lettet

rekrutteringsarbeidet at nøkkelperson spurte sykepleiere fra samme avdeling. Ved å bruke personer fra samme arbeidssted ville disse informantene ha erfaring fra samme arena foruten om tidligere erfaringsbakgrunn. De individuelle forskjeller og likheter i opplevelser og erfaringer kunne komme skarpere frem siden de arbeidet på samme felt. Kompetansen som kreves er lik for alle og oppgavene er de samme. Hvis informantene hadde vært rekruttert fra forskjellige avdelinger, kunne dette påvirke erfaringene. Hver avdeling arbeider med forskjellige problemområder og byr på ulike utfordringer og pleiekulturer. Men til felles for alle avdelingene er imidlertid de rammebetingelser, strukturelle ordninger og ressurser som bestemmer virksomheten i sykehuset. I en slik situasjon ville det også ha vært mulig å hente ut individuelle måter å jobbe og tenke på, selv om informantene var fra forskjellige avdelinger/arbeidsfelt. Sykepleie som faglig bakgrunn er likt for alle. Valget falt allikevel på sykepleiere fra samme avdeling, som lettet arbeidet for nøkkelinformanten.

Kvalitative metoder er grunnlagt på en helhetstenkning. I et helhetsperspektiv vil enkeltstående tilfeller betraktes som uttrykk i en større helhet. Dermed kan forskeren basere seg på små utvalg. Og allikevel si noe om den helhetlige sammenheng innenfor virksomheten (Thagaard 1988). Informantene ble stilt de samme spørsmålene fra intervjuguiden, med unntak av de oppfølgingsspørsmål som ble foretatt underveis. Informantene vektla temaene forskjellig, men alle har hatt noe å fortelle om de forskjellige temaene i intervjuguiden. Samlet sett gir derfor materiale som helhet en dybde forståelse av temaene, av sykepleierens opplevelse av praksis og de forhold som kan være problematiske.

Det er ingen pasienter som er intervjuet om temaet, eller hvordan de opplever sykepleietjenesten i sykehuset. Dette kunne ha vært gjort for å få utfyllende materiale om problemstillingen, fra et annet ståsted. På grunn av oppgavens omfang og ønsket om å begrense materiale i forhold til de ressurser som var til disposisjon, er pasientopplevelser utelatt.<sup>23</sup> I denne begrensning ligger også ønsket om å gjøre dybdeintervju av utvalget (9 sykepleiere), som gjorde det vanskelig å foreta flere utvalg. Imidlertid er data fra Arbeidstilsynets: Prosjektrapport – ”God Vakt! Arbeidsmiljø i sykehus”, vurdert opp mot funnene i denne oppgave (kapittel 5). Disse dataene er av kvantitativ karakter, hvilket

---

<sup>23</sup> Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: <http://www.kunnskapssenteret.no/>. PasOpp. 19/1-2007. Som undersøker blant annet pasientopplevelser i somatiske sykehus jevnlig. Omtale av hovedrapport som kom i 2003, her i kapittel 5. Intervjuene i oppgaven er foretatt året etter (første halvdel) at rapporten kom.

innebærer en motsatt men allikevel utfyllende metodetilnærming. På den annen side er spørsmålene i intervjuguiden svært konkrete når det gjelder pasientens situasjon i sykerommet. Slik kommer pasientens situasjon indirekte frem<sup>24</sup>. Sykepleiernes uttalelser om hvordan pasientene har det kan være like troverdige som pasientenes egne uttalelser, fordi mange pasienter er takknemmelige og de har små krav. Disse pasientene tar i mot det vi har å gi uten å stille spørsmålstegn og det kan gjelde særlig eldre. Allikevel er det viktig å ha pasientenes egne uttalelser for å få et fullstendig bilde av hva som foregår i sykerommet. Denne oppgaven begrenser seg til erfaringene fra åtte sykepleiere.

Blant de ni informantene som ble intervjuet var det en som trakk seg og som ikke ønsket å delta etter at vedkommende hadde lest igjennom intervjuet. Av de åtte intervjuene som ble godkjent av informantene var det én mann og syv kvinner. Alderen gikk fra 27-55 år. Tre personer var fra ledelsen, de fem andre var vanlige sykepleiere, men én hadde også spesialist- utdanning. Tilknytningen på arbeidsstedet gikk fra 14 måneder til 8 år. Intervjuene ble gjennomført i første halvdel av 2004.

Siden jeg selv er sykepleier er det viktig å presisere at jeg aldri har jobbet på dette sykehuset, eller på en slik avdeling som informantene var rekruttert fra. Jeg kjente derfor ikke til akkurat dette miljøet på forhand. Forskningsprosjektet er innmeldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Det ble også innhentet tillatelse skriftlig fra ansvarlige ledere der undersøkelsen fant sted<sup>25</sup>. I neste punkt vil jeg reflektere over intervjusituasjonen.

### 3.3 Intervjusituasjonen

Forskeren er ikke på noen stadier objektiv og kan ikke betrakte fenomener i verden løsrevet fra seg selv, ei heller kan fenomener løsrives fra sin konkrete sammenheng på ulike nivå. Forskerens forforståelse er hele tiden tilstede i fortolkningen. Forskeren er en del av det feltet som studeres, og kan ikke sette seg selv tilside. Man deltar selv i det som studeres og vil derfor ikke oppnå objektiv kunnskap. Dette er hva Skjervheim (1963) legger i selvreferanse

---

<sup>24</sup> Sykepleierens interesser innenfor et profesjonsperspektiv kan ikke sies å være sammenfallende med pasientenes interesser (Svensson 2006).

<sup>25</sup> Ved et region sykehus. På en klinisk kirurgisk sengepost.

problemet, objektiv kunnskap er samtidig en referanse (henviser) til seg selv og dermed ikke objektiv. Derfor vil forskeren pendle mellom tilskuerperspektiv og deltakerperspektiv. Fordi vi eksisterer i verden, i samfunnet er vi også deltakere. Men vi er også tilskuere gjennom at vi foretar valg (Skjervheim 1963).

Kvalitativ forskning er basert på et subjekt-subjekt forhold mellom informanten og forskeren. Gjennom intervjuet har forskeren direkte kontakt med informanten. De dataene som kommer frem er avhengig av kontakten mellom forskeren og informanten. Dette krever at forskeren er refleksiv og bevisst egne følelser. Forskeren må søke å etablere god kontakt med informanten og å opparbeide tillit slik at samhandlingen kan gi de ønskede resultater. Informanten må ikke føle at han/hun blir negativt vurdert og kritisert. Et ønsket resultat innebærer at informanten uttaler seg på en mest mulig ærlig og fri måte om det aktuelle tema (Thagaard 1988).

Som sykepleier forsker jeg på eget felt i dobbel forstand (jf. selvreferanseproblemet). Da kan det hende at man ikke gransker det som tas for gitt. Forhold kan være en selvfølge og man ser ikke at noe kan være problematisk. Den felles erfarings- og kunnskapsbakgrunn som forsker og informant har kan gjøre at forskeren ikke stiller spørsmål ved det som er en selvfølge i kulturen (Thagaard1988:72).

Informantene fortalte gjennom en dialog opplevelser fra ulike forhold i praksis. Gjennom oppfølgingsspørsmål, reflekterte informantene over erfaringer. Det kan være at informanten forteller det han har på hjertet uansett spørsmål, eller det som informanten oppfatter at er viktig i forhold til samtalens overordede tema. Derfor er det viktig at intervjueren styrer samtalen slik at man får gått igjennom alle temaene og berørt ulike sider (Thagaard 1988).

I analyser som benytter kvantitative data er det viktig at forskeren tar stilling til dataens reliabilitet (pålitelighet), validitet (gyldighet) og generalisering. Tilsvarende i analyser som benytter kvalitativt materiale er det viktig å se på dataenes troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Thagaard 1988:169). I mitt materiale ser jeg at dataene viser troverdighet fordi alle informantene gjengir de samme beskrivelser av forhold, som ble tatt opp i samtale/intervjuene. Det vil si at tendenser eller fenomen i materialet er gjentagende.



Informantene sier det samme om de ulike forhold. Bekreftbarhet og overførbarhet vil jeg si noe om i siste punkt 3.4.

Dataenes troverdighet påvirkes også av forholdet mellom informant og forsker. Siden jeg er sykepleier og har valgt å intervju sykepleiere, innehar vi samme posisjon.<sup>26</sup> Dette kan være positivt fordi det skaper ingen sosial avstand, eller rangordning mellom oss (Thagaard 1988: 91). Vi er fra samme yrkesgruppe og vi har begge opplevd sykepleierens oppgaver og arbeidsforhold. Dette skaper tillit i intervjusituasjonen fordi vi har felles erfaringer. Vi har også et felles faglig språk og er del av en kultur hvor begge parter er kjent med normer og holdninger. På den annen side, kan dette fellesskap slå negativt ut ved nærgående og sensitive spørsmål, fordi informanten kan ønske å fremstå som en god og flink sykepleier. Det kan være vanskelig å innrømme forhold hvor hvis man ikke hele tiden utfører arbeidet etisk og faglig forsvarlig. Da både informantene og jeg som forsker kommer fra samme yrkesgruppe, så vet vi begge hvilke situasjoner som er sårbare for pasientens opplevelse av ivaretagelse. Vi vet også begge hvilke arbeidsforhold som kan være vanskelig for sykepleieren. Hvordan sikre oppriktige svar på spørsmål?

I denne undersøkelsen ble det valgt en forsiktig støttende respons i intervjusituasjonen og ikke en vurdering av informanten moralsk (Thagaard 1988:86). Men det er også en balansegang for hvor mye av en begrenset praksis (etisk vanskelige forhold i praksis) det er legitimt å snakke om. Hvis man fremtrer støttende på valg som er gjort under etisk tvilsomme forhold så kan informanten bli usikker. Informanten vet kanskje at forholdene er problematiske og er ikke ute etter støtte for valg som er gjort. Han har muligens mer et behov for å fortelle, men at utsagnet står åpent med hensyn til vurdering.

Informantene kunne fritt velge hva de ville fortelle om innenfor de ulike temaer. Spørsmålene var åpne men strukturert i forhold til temaer. Spørsmålene gav også informantene en mulighet til å fortelle hvordan de syntes at et forhold bør være, i tillegg til slik de opplever at det er. For eksempel: "Hva syns du at din jobb som sykepleier bør være?". Da kan det også være naturlig å komme inn på hva som eventuelt ikke blir gjort i forhold til pasienten, uten at dette er skjult i spørsmålet. Det ligger en antagelse i spørsmålet om at

sykepleieren har en faktisk rolle i praksis som kan være avvikende fra den normative rolle. Ved at disse forhold impliseres som kjent, blir det mindre farlig og snakke om begrensninger i praksis.

Jeg hadde ikke noe ønske om å sette i gang, en følelsesmessig prosess hos informanten som han ikke var moden for. Dette lar seg ikke alltid kontrollere, men ved å la informanten være med på å styre samtalen, kunne jeg unngå langt på vei at informanten følte ubehag. Dette ble også tatt hensyn til ved at oppfølgingsspørsmål ble vurdert i intervjusituasjonen med hensyn til den sosiale stemning mellom meg og informanten. På den annen side ble det også viktig at respondenten fikk snakke ferdig innenfor rimelige rammer. Dette fremmer at informanten ikke sitter igjen med tanker og følelser som han gjerne skulle ha fått meddelt.

Videre var det viktig for å sikre informantens integritet og dataenes troverdighet, med skriftlig (se vedlegg 2) og muntlig informasjon om undersøkelsens mål og innhold i forkant av intervjusituasjonen. Det er viktig med konstruktiv kritikk og refleksjon av praksis, men ikke for å støte den enkelte sykepleier personlig. Det er viktig at den konkrete arbeidsform i praksis kommer frem, nettopp for å sikre gode arbeidsbetingelser for sykepleieren i fremtiden. Målet for samtalen var å se på om pasientens behov og rettigheter blir fulgt opp, sett med sykepleieres øyne. Ved å peke på og innse mangler ved et felt, kan vi komme videre i riktig retning. Dette er ikke sykepleierens ansvar alene. Det er derfor et gode at sykepleiene uttaler seg oppriktig om forhold som de kan synes vanskelige. Slik kan samfunnet arbeide mot dårlige forhold som vi ønsker å forandre.

Intervjuene foregikk på et rom på arbeidstid til informantene, i arbeidstiden. Forskerens reaksjoner og følelser påvirker også intervjusituasjonen. Forskeren kan føle motstand mot beskrivelser av temaer og ikke lytte godt nok etter eller ikke benytte aktuelle oppfølgingsspørsmål (Thagaard 1988:96). Det kan være vanskelig å være bevisst dette på forhand og å utvikle en strategi for å takle det. Siden oppgaven omhandler sykepleierens handlinger og erfaringer med pasienten, var jeg til en viss grad forberedt på ulike svar.

---

<sup>26</sup> Allikevel gjøres jo undersøkelsen i sammenheng med høyere utdanning, som gjør at posisjonene ikke er helt like med hensyn til utdanning.

Bruk av lydbånd ble nødvendig da det er vanskelig å nedtegne alt som blir sagt. Intervjuene hadde en varighet på en time. For å kunne følge opp informanten under samtalen og etablere god kontakt valgte jeg å ikke være opptatt med å notere underveis. Å notere stikkord underveis ville ikke bli utfyllende nok og vanskelig å arbeide med i ettertid. Alle intervjuene ble derfor tatt opp på bånd og skrevet ut etterpå. De ble levert for gjennomlesning og endelig godkjenning hos informantene. Det ble gitt informasjon om bruk av lydbånd i forkant av intervjuet, både skriftlig og muntlig. Slik at informantene skulle være forberedt på dette. Da fikk de tid til å gjøre seg kjent med, tanken på at samtalen skulle tas opp. Dette kunne minske ubehag knyttet til dette. Det var ingen informanter som sa nei til bruk av lydbånd. Jeg fikk heller inntrykk av at de syntes det var spennende at deres erfaringer kunne brukes til å belyse forholdet mellom sykepleier og pasient i klinikken. At samtalen ble tatt opp på bånd gav signaler om at deres beretninger var viktige. I neste punkt vil jeg gjøre rede for selve analysearbeidet.

### 3.4 Bearbeidelse og presentasjon av datamaterialet

Analyse er den prosessen hvor man prøver å få frem et mønster i datamaterialet, da blir materialet lettere tilgjengelig for fortolkning. Fortolkning er en begrunnet vurdering av data i forhold til problemstillingen. Data er latin og betyr de ting som er gitt, men forskningsprosessen er snarere de ting som er tatt, det forskeren griper fatt i og løfter frem (Repstad 2004:113).

Ved gjennomlesning av intervjuene er det viktig å være klar over at informantens oppfattelse av spørsmålet, påvirker svaret (Thagaard 1998). Det er ikke sikkert at forsker og informant legger samme betydning i spørsmålene. Det fremkommer i enkelte intervjuer at noen tema er bedre dekket enn andre. Dette fordi informanten er selektiv i sin vektlegging av svar. Det kan derfor være viktig å frigjøre seg litt fra temaene og analysekategoriene når man leser intervjuene, slik at man åpner opp for nye ting (Thagaard 1998). Hva er det egentlig informanten snakker om her? Ikke presse teksten inn i en på forhand satt kategori av begrep, men se etter nye eller særlig fremtredende fenomen. Det er hele tiden en vekselvirkning mellom empiri, metode og teori. Data kan virke justerende på de analysekategoriene en har

valgt. Allikevel er det viktig å ha jobbet grundig med intervjuguiden på forhand slik at data blir dekkende for problemstillingen (Thagaard 1998).

I kvalitative tilnæringsmåter sees hver informant og hans verden som en del av en større helhet (Thagaard 1998: 51). Slik at hver informant forteller sin opplevelse fra et felleskap med andre. Det er derfor informantens vektlegging av fenomen som kommer fram i samtalen, og ikke nødvendigvis at andre fenomen ikke eksisterer selv om informanten ikke snakker så mye om det. For eksempel ser jeg at noen er veldig opptatt av informasjon og kommunikasjon med pasienten. Andre snakker mer om tid og organisering. Allikevel kan dette være egenskaper som henger sammen og som eksisterer i den virksomheten han/hun er en del av. Ser man alle intervjuene/informantene under ett blir de forskjellige temaer utdypet tilstrekkelig, da de utfyller hverandre. I temaanalyse må alle uttale seg i en viss utstrekning på de kategorier som er valgt, siden temaene skal sees i sammenheng (Thagaard 1998).

Jeg opplever at informantene i varierende grad, og ikke ufullstendig har dekket alle temaområdene i samtalen vi hadde. Kategorisering av materialet innebærer at data om det samme temaet samles i en kategori. Den opprinnelige teksten splittes opp og knyttes til begreper som beskriver tekstens meningsinnhold. Kategorier av tekst og de begreper som indikerer innholdet kalles også koding. Koding innebærer å reflektere over hva materialet handler om. Kodeprosessen utgjør et samspill mellom forskerens forforståelse og tendenser i materialet (Thagaard 1998:129).

Bearbeidingen og systematiseringen av datamaterialet har gått igjennom ulike faser. Først måtte alle intervjuer skrives av fra bånd. Allerede under utskrivningen fikk jeg forståelse av hva som var utfordringer i relasjon til pasienten. Deretter leste jeg igjennom alle intervjuerne og gjorde meg kjent med materialet på nytt, hvor det å notere beskrivende koder i marg var nyttig. Informantene hadde ikke svart kronologisk på mine temaspørsmål. På dette stadium prøvde jeg å benytte matrise, men materialet var for omfattende og uoversiktlig. Jeg fortsatte derfor med å lage en sammenfattet versjon av dataene hos hver informant. For stadig å oppnå en kortere og tettere versjon av tekstens meningsinnhold. På denne måten konsentreres meningsinnholdet (Thagaard 1998). Parallelt med dette jobbet jeg med å utvikle nye temakategorier, da de opprinnelige temaområdene i intervjuguiden var for brede.

Det endelige mål om å få en oversikt over materialet, og muligheten for å se på likheter og forskjeller gjorde at jeg måtte finne kategorier som var beskrivende for materialet.

Kategoriene jeg ønsket å jobbe videre med i analysen ble derfor: ”Sykepleierens møte med pasienten” og ”Sykepleierens møte med handlingsfeltet”, som viser til praksis. Dette er gjort for ikke å presse teksten inn i underkategorier som ikke er berørt like mye hos alle. For eksempel er det flere som kommer inn på myndighet og innflytelse i avdelingen. Dette var også et område i intervjuguiden. Men det er også flere som ikke går så dypt inn i det temaet.

Det foregår en fortolkning av data hele tiden i den beskrivende og kategoriserende fasen og det er flytende overganger (Thagaard 1998). Tekst som jeg mente sa noe om praksis, opplevde jeg på et senere tidspunkt at bedre belyste møte med pasienten. Selv om jeg ser etter faktiske forhold i data så er mine koder preget av en utvelgelse som står i forhold til de tema jeg ønsker å si noe om. Bearbeidelsen og fortolkningen av data blir på mange måter en konstruksjon, en fortolkning av verden som allerede er fortolket av informantene (Thagaard 1998).

For å ivareta kravet om at et utsagn (utsnitt av en tekst) ikke skal tas ut av sin sammenheng begynte jeg å se etter konkrete ord i teksten som kunne være en kode. Slik unngikk jeg at et tekstavsnitt, ikke ble splittet opp på en urimelig måte. Utsagnene bevarer sin sammenheng (Thagaard1998). Jeg prøvde å tenke at koder (begrepsfesting) skal ”reise seg” fra teksten. Hvilken situasjon eller forhold snakkes det om her! Jeg oppdaget at ved å se etter konkrete ord, et språk som ikke er abstrakt, ble ord til koder. De bør ”oppstå” fra teksten, i et samspill med forskeren. Dette gir en rimelig fortolkning og systematisering av teksten, samtidig som man er lojal mot teksten (informanten) og den sammenheng det ble sagt i.

Det skjer hele tiden en reduksjon av data. Forskerens forforståelse styrer prosessen og det er forskerens fortolkning som ligger til grunn for analysearbeidet (Repstad 2004). Skal informantene presenteres hver for seg i den beskrivende del av datamaterialet? Siden dette er en temafokusert studie så er det ikke informantens stemme eller helhetlige fortelling som er det sentrale (Thagaard 1988). Av hensyn til informantens integritet kunne man tenke seg at alle informantene bør presenteres hver for seg i en beskrivelse som er mindre fortolket fra

forskerens side. Siden dataene er anonymisert og denne studie ikke handler om den enkelte sykepleier til forskjell fra de andre sykepleiere, har jeg valgt å ikke presentere hver informant for seg.

Når det gjelder studiets bekreftbarhet (Thagaard 1998) som jeg nevnte i forrige punkt ser jeg at mine tolkninger og forståelse bekreftes av en annen masterstudie som er benyttet i denne oppgave: Sykepleiernes helhetstenkning møter ikke en praksis hvor den kan utøves og de nyutdannede sykepleierne må justere sine idealer (Bjerga 2006). Halvard Vike (red.2002) sine studier av velferdsstaten og helsepersonell bekrefter også min forståelse. Sykepleierne i dette materiale som i Vike (red. 2002) sitt materiale opplever et misforhold mellom hva som skal gjøres og muligheten for å få gjort dette. Jeg ser i imidlertid i min studie dette i forhold til menneskesyn begrepet (Hammerlin og Larsen 1997a, b). Imidlertid kan resultatene av disse to undersøkelsene være feil selv om de viser det samme. Men jeg finner det mindre sannsynlig, da mine egne erfaringer som sykepleier, gjør at jeg opplever tolkningen i studiene som rimelige.

Overførbarhet av studien innebærer å ta stilling til om forståelsen som er utviklet kan være rimelige i andre situasjoner (Thagaard 1988). Forståelsen min baserer seg på data fra en kirurgisk sengepost. Det er også rimelig at denne forståelsen også kan gjelde medisinske sengeposter, men dette har jeg ikke undersøkt selv. Medisinske sengeposter er uansett tilknyttet de samme rammebetingelser.

Mine data baserer seg på er strategisk utvalg og ikke et tilfældighetsutvalg. Det innebærer at det er tekstens meningsinnhold som er målet og ikke utbredelsen av tendenser. Resultatene blir ikke mer presise av å knytte dem til tall. Allikevel kan mengdetermer benyttes i fremstillingen (Thagaard 1988:198). En temafokusert studie er for øvrig opptatt av både bredde og nyanser i et fenomen (Repstad 2004). Jeg har valgt å gjøre rede for hvor mange sykepleiere som ligger bak hovedtendensene i de temaene jeg tar opp. Når jeg skriver i analysekapittelet (5) ”En sykepleier uttrykker dette/det slik” så viser det til et uttrykk for hovedtendensen i erfaringene. Jeg bruker derfor uttalelser fra en informant som eksemplifiserer felles erfaringer, og disse eksemplene rommer da også den mening som de andre har. Der hvor et forhold (fenomen) bare gjelder én sykepleier er dette presisert i

teksten. I oppgaven benyttes pronomenet hun om sykepleieren og han om pasienten der jeg har valgt at dette passer, og hvis ikke annet er beskrevet.

#### Sentral bruk av teori i oppgaven i forhold til tema.

Denne oppgaven baserer seg på Hammerlin og Larsen (1997a) sin forståelse av menneskesynbegrepet og forholdet mellom individ og samfunn. Jeg benytter meg av boken ”*Menneskesyn i teorier om mennesket*”, som er sentral på dette feltet.

Halvard Vike (red. 2002) sin forståelse av komplekse organisasjoner i velferdsstaten er også benyttet fra boken ”*Maktens samvittighet*”. Her analyseres sammenhengen mellom velferdsstaten, organisasjon og profesjoner. Vike (red. 2002) mener at velferdsstaten har et kapasitetsproblem og at sykepleierne på mange måter kompenserer for dette ved å strekke sin arbeidskraft. Dette muliggjøres gjennom helhetstenkingen og den kvinnelige omsorgshabitus.

Jeg bruker også Tine Rask Eriksen (1995) ”*Omsorg i forandring*” som har gjort livshistoriske analyser av 57 danske sykepleieelever. Hun har fokusert på sykepleieutdannelsens innhold og mener at utdannelsen representerer et brudd med de omsorgskvalifikasjoner elevene har fra før. Hun utvikler begrepet omsorgshabitus som er et sett av omsorgskoder som erverves i den kvinnelige livssammenheng som ikke blir rekvalifisert i sykepleieutdanningen. Den kvinnelige livshistoriske omsorgshabitus fungerer kompenserende i sykepleiefeltet innenfor en sykehusets systemkultur.

Kari Martinsen (2003a, b) sin forståelse av omsorg brukes også fra boken ”*Omsorg, sykepleie og medisin*” og ”*Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien.*” Hun begrepsfester i sine senere arbeider omsorgens ontologi (antagelse om virkeligheten) i Knut Løgstrup teologi om livsytringene (moralen). Kjærligheten er gitt som en mulighet mellom menneskene slik at vi kan ta vare på hverandre. Kjærlighet til nesten er å handle til den andres beste og er en universell livsmulighet. Sykepleie er omsorg. Omsorg er sykepleiens begrunnelse.

Runar Bakken (2001) ”*Moder – mordet - om sykepleie, kjønn og kultur*” er også blitt benyttet. Bakken er opptatt av det kulturhistoriske grunnlaget mellom kjønn og sykepleie og bruker også begrepet omsorgshabitus. Sykepleie som fag har et synkende rekrutteringsgrunnlag da forbindelsen mellom omsorg og det kvinnelige brytes i vår tid. Han er kritisk til den omsorgsforståelse som Martinsen (2003a, b) har, og ser på denne forståelse som et uttrykk for tradisjonisering. En regressiv reaksjon på moderniteten.

I neste kapittel vil jeg gjøre rede for det teoretiske rammeverk for denne oppgaven.



## 4. Teoretisk rammeverk

I dette kapittel besvares spørsmålet: Hvilke grunnleggende begreper brukes for å forstå problemstillingen? Først omtales begrepet menneskesyn og det problematiske knyttet til et reduksjonistisk menneskesyn. Forholdet mellom individ og samfunn blir belyst. Det redegjøres for hvilket menneskesyn medisinen og sykepleien har. Så vil jeg se på tre omsorgsperspektiver, sykepleiefagets kunnskapsinnhold og Kari Martinsen sin omsorgsforståelse blir beskrevet. Deretter beskrives fagets vitenskapsinnhold og de yrkesetiske retningslinjer. Videre gjøres det rede for begrepet mulighetsstruktur. Habermas sine begreper om systemverden og livsverden tas også opp. Bourdieu sitt begrep om habitus ligger til grunn for begrepet den kvinnelige omsorgshabitus og jeg vil derfor til slutt innholdsbeskrive begrepet habitus.

### 4.1 Menneskesyn

Begrepet menneskesyn er avhengig av sammenhengen det inngår i og hva man vil belyse. Menneskesyn uttrykker grunnleggende oppfatninger om hva det vil si å være menneske, og ethvert menneskesyn representerer verdier. Begrepet menneskesyn består av ulike komponenter og viser blant annet til det spesifikt menneskelige og teorier om menneskets ontologi<sup>27</sup> (Hammerlin og Larsen 1997a:15 -16).

Menneskesyn har allment sett og i den mest utvidede betydning et tankeinnhold som omfatter: «en forståelse av, og en forklaring på menneskets vesen og menneskers virksomheter, og en vurdering av de verdimeslige syn og holdninger som tillegges menneskers forhold til omverdenen» (Hammerlin og Larsen 1997a:15).

Menneskesyn viser dermed til to forhold, et kunnskapssyn om mennesket og et verdisynt hvor menneskeverd, moral og etikk kommer frem. Ved å sette forståelsen av mennesket i sentrum, kan man se to filosofiske posisjoner:

---

<sup>27</sup> Ontologi: antakelser om eksistens og virkelighet. Hva som virkelig eksisterer. Innebærer en virkelighetsoppfatning (Barbosa da Silva red 2006).

1) Det naturalistiske perspektiv: Mennesket forstås som natur eller biologi. Mennesket blir betraktet som et fysiologisk vesen med en struktur som determineres (forutbestemt) av biologiske årsaker. Mennesket kan primært studeres som natur. Her finner vi de naturvitenskapelige fag om mennesket (Hammerlin 2001:66).

2) Det historiske og kulturelle perspektiv: Mennesket er noe mer enn sin natur. Mennesket skaper historie og formes av historien. Mennesket er et kulturvesen som er underlagt og samtidig skapende i forhold til de sosiale og kulturelle livsbetingelser. Her finner vi blant annet de humanistiske og samfunnsvitenskapelige fag om menneske og samfunn (Hammerlin 2001:66).

Menneskeverd og holdninger kommer til uttrykk gjennom menneskets forhold til omverdenen. Verdier synliggjøres gjennom moralske og etiske sider ved menneskelivet. Menneskesyn og verdier må ses i et indre forhold. Det ligger derfor et menneskesyn bak de politiske prioriteringer som utformer helsetjenestens behandlingstilbud. Det kan ligge der implisitt uten at aktørene er seg bevisst hvilket menneskesyn som formidles (Hammerlin og Larsen 1997a).

Menneskesyn varierer i tid og rom, og det er under utvikling. Det individuelle menneskesyn forandrer seg igjennom et livs løp, og forskjellige menneskesyn kan uttrykkes av samme person avhengig av konteksten rundt. Det menneskesynet som man praktiserer gjennom sin profesjon trenger ikke være det samme, som det som kommer til uttrykk på den private arena. Måten menneskesynet kommer frem eller kommuniseres på, formes gjennom blant annet erfaringer, oppdragelse, kunnskap og livssituasjoner. Det kan også tenkes at en persons menneskesyn utsettes for press, at man da handler i utakt med det som er det egentlige tenkte ståsted (Hammerlin og Larsen 1997a). Det enkelte individs menneskesyn, blir så å si satt på prøve, og kanskje viser et annet innhold enn det man ønsker å utøve. Dette kan skje i situasjoner hvor personen opplever et krysspress eller rolle konflikt. I neste del vil jeg gjøre rede for hva et reduksjonistisk menneskesyn innebærer.

### 4.1.1 Reduksjonistisk menneskesyn

Som virksomhetsteoretikere er Hammerlin og Larsen (1997a) opptatt av forholdet mellom individ og samfunn<sup>28</sup>. De forstår mennesket ut fra samfunnets ulike nivåer (makro-meso-mikro) og det er en indre vekselvirkning mellom nivåene. Mennesket er et handlende subjekt og det forholder seg skapende til alle nivåer samtidig. Individet er under påvirkning og betingelser på de ulike nivå påvirker handlingene (Knutagård 2003).

Nivåene hvor individ og samfunn møtes er individnivå, gruppe- og parnivå, organisasjons- og institusjonsnivå, samfunnsklasse og samfunnsnivå (Hammerlin og Larsen 1997a:23). Ingen av nivåene kan sees uavhengig av hverandre. Ulike fag og skoleretninger forholder seg til forskjellige nivåer uten å se det indre vekselvirkende forhold mellom dem. Sosiologiske teorier som opererer bare på makronivå er de strukturalistiske perspektivene, som anses objektivistiske. Individet er mer en passiv mottager av påvirkning utenifra og bestemmes av disse. På individnivå finner vi sosiologiske perspektiv som setter handling i fokus. Handlingsteoriens styrke er at individet sees som en selvstendig tenkende aktør (Hammerlin og Schjelderup 1994:86, Knutagård 2003:49).

Når nivåene (mikro-meso-makro) i samfunnet sees uavhengig av hverandre og individet forstås bare ut fra et nivå betegnes det som *nivåreduksjonisme*. Reduksjonisme er når problemkomplekset snevres inn og forstås ved enkelt fenomen i helheten. Biologiske, psykologiske og sosiale forhold blir stående i et atskilt og utvendig forhold til hverandre. Ved å forstå og forklare et menneske på et ensidig og begrenset grunnlag, som bare eller nesten bare biologi, får vi det Hammerlin og Larsen (1997a) kaller biologisme. Reduksjonisme er også en objektgjøring av mennesket. Subjektet blir borte, altså personenes egenverdi, valg og ansvar for seg selv. Et subjektperspektiv gjør individets selvbestemmelse tydelig (Knutagård 2003).

---

<sup>28</sup> Ande dikotomier/motsetningspar i sosiologien er aktør og struktur (mikro og makro). Aktørperspektiv er en subjektivistisk retning med vekt på handling. Strukturperspektivet er en objektivistisk retning med vekt på de overordnede sosiale strukturer. Disse igjen henviser mot et en kunnskapsoppfatning av mennesket som fritt eller ufritt (styrt). (Andersen & Kaspersen 2000, Barry Barnes 1995 ) Virksomhetsteorien pendler mellom aksene Individ og samfunn og ser en indre vekselvirkning mellom disse, også på meso nivå (gruppe). Dermed overskrider den ensidigheten, reduksjonismen ved å forstå og betrakte mennesket ut i fra et nivå, mikro, meso eller makro. (Tina Østberg 1998)

Et reduksjonistisk menneskesyn ser på pasienten bare som et objekt for behandling og pleie. Et reduksjonistisk menneskesyn innebærer at problemkomplekset blir forstått ved enkeltfaktorer, som dominerer forklaringen på en generaliserende og allmenngyldig måte. Her ligger nøkkelen til å forstå medisinen tilnæringsmåte tradisjonelt og i dag. Det er mennesket som biologisk organisme som skal undersøkes og behandles, ikke mennesket som helhet. Vi ser en oppsplitting av ikke bare, forholdet mellom individ og samfunn (nivåreduksjonisme), men først og fremst, finner vi en oppsplitting av individet (biologisme). Medisinen utøver et objektperspektiv i teori og praksis. Menneskets sosiale, psykologiske og kulturelle dimensjon er sekundært med i forståelsen av mennesket og utøvelsen av disiplinen. Den medisinske vitenskap er ensidig innrettet mot somatisk diagnostisering og behandling. Ulike yrkesgrupper er også rettet mot deler av pasientens problemområder (Hammerlin og Larsen 1997b).

Hammerlin og Larsen (1997a:27) skiller analytisk mellom teoretiske perspektiv der individ og samfunn betraktes i et indre, vekselvirkende forhold (individet i samfunnet og samfunnet i individet) og teorier som løsriver eller atskiller individ og samfunn (individ og samfunn). I den siste gruppen teorier kan man se to forskjellige posisjoner. Den ene ser individet som ensidig indrebestemt av det biologiske eller psykologiske, lite eller ikke påvirket av samfunn og miljø. Forhold i individet studeres uavhengig av samfunnet og de sosiale forholdene. Vi kan si at individet subjektgjøres. Den andre posisjonen ser individet som ytrebestemt av samfunnet. Ytre forhold utenfor individet dominerende menneskets utvikling. Mennesket sees på som et produkt av samfunnet. Individet objektgjøres (Hammerlin og Schjelderup 1994, Østberg 1998). Det er to sentrale forhold ved menneskesyn som analytisk dimensjon. Mennesket er både subjekt og objekt (Hammerlin og Larsen 1997a). Man må subjektivere objektet og objektivere subjektet<sup>29</sup>.

Medisinen har tradisjonelt sett stått i en posisjon for hard determinisme. Dette er det motsatte av å se individ og samfunn i et innvendig vekselvirkende forhold. Individet er bestemt av indre forhold i kroppen og det biologiske perspektiv er rådende. Medisinen har et objektforhold til pasienten (Barbosa da Silva 2006:96, Hammerlin og Larsen 1997a, b). Et deterministisk menneskesyn har et naturvitenskapelig ideal hvor det å forklare et forhold er

---

<sup>29</sup> Veiledning med Yngve Hammerlin.

det sentrale. Mennesket anses som på forhand bestemt/styrt av biologiske komponenter og mennesket forstås ikke ut i fra sin relasjon til omverdenen.

Et holistisk menneskesyn ser alle sider ved mennesket. Holisme betyr helhetssyn. Individet betraktes som en sammenhengende helhet hvor forandring i en del av systemet påvirker de andre systemene. Delene forstås ved hverandre og ved helheten og helheten forstås ved delene (Hammerlin og Larsen 1997a). Sykepleie som fag har et sammensatt innhold og en eklektisk bakgrunn. Den benytter kunnskap fra ulike fag, som medisin, biologi, psykologi og psykiatri. Pasientens pleiebehov kan være på flere områder samtidig og sykepleieren må derfor møte alle disse ut i fra et helhetlig menneskesyn (Barbosa da Silva red. 2006). Sykepleiens kunnskapsinnhold befinner seg på mikro- og mesonivå og mindre på makronivå. Sykepleiens kunnskapsyn kan sies å være et perspektiv hvor individ og samfunn betraktes i et indre, vekselvirkende forhold. Sykepleieren har en tverrfaglig posisjon og skal sørge for at helheten i pasientens problem områder ivaretas. I neste avsnitt vil jeg se på det som kan kalles oppsplitting av menneskesynets ulike komponenter.

### *Oppsplitting av menneskesyn, etikk, teori, praksis og metode*

Hammerlin og Larsen (1997b) peker på at menneskesyn preger valg av arbeidsmetode og teoretisk ståsted. Spesielt er de opptatt av de teorier om mennesket som er reduksjonistiske. Det er viktig at mennesket sees i en helhetlig sammenheng med de ulike virksomheter det er en del av. Menneskesynet er en viktig del av valgene vi gjør i våre faglige prioriteringer.

Ulike disipliner som arbeider med mennesker har vidt forskjellige menneskesyn. Den kunnskapen om mennesket som ligger i forskjellige vitenskapelig fag og skoleretninger er forskjellige og kan være motstridende. Et viktig forhold er ”tendensen til en oppsplitting av menneskesyn, etikk (moral), teori, praksis og metode i arbeidet med mennesker” (Hammerlin 2001:63). Det teoretiske perspektivet er nedtonet og menneskesynet og etikken blir marginal. Metode og praksis blir dominerende. Det er et faglig og etisk ansvar å stille spørsmål ved hvilket menneskesyn som kommer til uttrykk i teori, metode og praksis. Det er et ansvar man har ovenfor de menneskene man møter i et behandlingsforhold og et pleie- og omsorgsforhold (Hammerlin 2001).

Hammerlin og Larsen (1997b) etterlyser en presisering av menneskesynet som ligger bak behandlingen av mennesker. De mener at ulike virksomheter som skal hjelpe mennesker er teknifiserte og objektgjørende. Subjektperspektivet blir borte og individet blir ofte redusert til bare å være et objekt for behandling. Likeverd og integritet blir borte i møtet med behandlingsapparatet. Det blir derfor viktig at menneskesyn, teori, etikk (moral), metode og praksis sees i et indre forhold. Det er viktig å få kunnskap om menneskesynet som de ulike profesjoner bruker, fordi de intervensjoner og fattet beslutninger for andre menneskers liv. Det er derfor nødvendig med en kritisk refleksjon over hva vi gjør. (Hammerlin 2001:86). Det indre vekselvirkende forhold mellom menneskesyn, teori, etikk (moral), metode og praksis (Hammerlin 2001) sier noe normativt om vektlegging av ulike elementer i handling. Vilkår i praksis eller metodiske tilnærminger bør ikke dominere handlingen når man ønsker et helhetlig menneskesyn i den utøvende virksomhet. I neste punkt vil jeg se på sentrale sider ved sykepleie som fag.

## 4.2 Sykepleie og omsorg

I dette punkt gjøres det rede for tre omsorgsperspektiver. Så vil jeg se på fagets kunnskapsinnhold hvor omsorgsforståelsen til Kari Martinsen blir beskrevet. Deretter beskrives fagets vitenskapsinnhold og de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

### *Omsorgsperspektiver*

Hva er omsorg? Løvlie (1990) diskuterer i artikkelen "Omsorgsperspektiver" hvordan omsorg kan forstås. Det er ikke en ting som kan begrepsfestes, men et forhold og innebærer tvetydige handlinger. Motivene er ikke alltid helt klare. Løvlie (1990) antyder tre perspektiver, som utfyller hverandre fordi omsorg ikke entydig kan defineres. Det subjektive perspektivet beskriver omsorg som en følelse og en individuell psykologisk egenskap, og er et indre perspektiv. Det viser til menneskelige fenomen som velvilje, sympati og kjærlighet. Omsorg er trang til å sørge for andres behov. Dette utvikles som egenskaper som for eksempel vennlighet og hjelpsomhet. Dette peker mot det som kan kalles dyder som i dag blir betraktet som vaner. Vaner er egenskaper ved personens handlinger. Det er reaksjoner som tilegnes i samspill mellom individ og miljø og danner et handlingsmønster (Løvlie 1990:37).

Det offentlig ytre perspektivet, eller ”objektive” perspektivet kan vi se i institusjonell omsorg. Da er omsorg knyttet til roller og handler om krav og forventninger. Det ”objektive” perspektiv betrakter nestekjærlighet, barmhjertighet og solidaritet som fenomen mellom menneskene, en binding med andre. Omsorg er ikke bare en følelse i seg selv (impuls) men springer ut av andres behov, appellen fra den andre. Vi handler for den andre uansett egeninteresse. Oppfordringen fra den andre er sterkere enn min driv til å hjelpe. Nestekjærlighet er fenomen som viser et menneskelig fellesskap. Den er ikke subjektiv men heller allmenn og intersubjektiv. Moralen er ikke kognitiv eller situasjonsbestemt, den etiske appell utgår fra det allment menneskelige<sup>30</sup> (Løvlie 1990). Denne posisjonen innehar Kari Martinsen (2003b) som jeg vil vise etter dette avsnitt.

Det kritiske perspektiv på omsorg er grunnet i en rettferdighetstenkning (diskursetikk) som ikke innlemmer det følelsemessige, men kan ha en viktig funksjon for fordeling av omsorgsgoder i samfunnet, altså den offentlige omsorg. Habermas kognitivistiske standpunkt innebærer en universalisering av alles interesser. Ved ikke å bare ta den andres perspektiv, men alles perspektiv, vil man kunne handle etter regler som alle andre kunne tenke seg å handle etter i samme situasjon. Men Habermas er blitt kritisert for å splitte opp følelse og tanke og at omsorg erstattes med et abstrakt språk (Løvlie 1990:55).

Løvlie (1990) mener at omsorg bestemmes underveis, av deg og meg, og kan ikke bestemmes en gang for alle. Drivkraften eller motivet for å ”ta vare på de nærmeste næres av den subjektive omsorg. Drivkraften til å ta vare på det menneskelige næres av den ”objektive” omsorg. Kravet om å ivareta alles behov hevdes av det kritiske perspektiv” (Løvlie 1990:59). I neste avsnitt gjør jeg rede for den todeling av kunnskap som finnes i sykepleiefaget og utdyper hvordan Kari Martinsen forstår omsorg.

### *Fagets kunnskapsinnhold – omsorg som kjerneverdi*

Sykepleiens faghistorie bærer i seg en konfliktlinje som henger sammen med samfunnets status hierarki forøvrig. Det finnes en rangordning innenfor selve sykepleiefaget. Konfliktlinjen kan knyttes til to idealbilder av sykepleien (Martinsen & Wærness 1991). Legenden om Florence Nightingale (1820 – 1910) som den milde omsorgsfulle kvinne

---

<sup>30</sup> Dette perspektivet har K. Løgstrup som moralsk fenomenolog som Kari Martinsen bygger på. Dette redegjøres for i kapittel 5.1.2

representerer den praktiske sykepleien eller omsorgssykepleien slik vi finner den innenfor sykehuset og høyskolene. Det andre og mer riktige bildet av Florence Nightingale var den tøffe administrator hun var som representerte yrkets ”befrier” (fra legemakta) og som gav faget status. Denne typen sykepleie finner vi innenfor lederskapssykepleien innenfor administrativ og pedagogisk virksomhet (akademisk teoretisk sykepleie) (Martinsen & Wærness 1991).

Det er derfor to dimensjoner i sykepleiefaget, omsorg som kjerne verdi og vitenskapelig kunnskap (Loftager 1990, Martinsen 2003a). Kari Martinsen er sentral innenfor skandinavisk omsorgsforskning (Ruyter og Vetlesen red 2001) og hun forstår sykepleie i forhold til omsorgsbegrepet og bygger på Martin Heideggers<sup>31</sup> filosofi om hvordan vi viser omtanke for hverandre i det praktiske hverdagsliv (Martinsen 2003a). Omsorg er en sosial relasjon. Omsorg er et forhold mellom minst to mennesker som er knyttet til gjensidighet. Omsorg bygger på et kollektivt basert menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre, samtidig som selvhjulpenhet ikke er en motsetning. Et overordnet verdiprinsipp er ansvaret for svake. Omsorgens kjerne er at man deltar praktisk for å hjelpe den andre og denne hjelpen er betingelsesløs. Hjelpen gis ut i fra tilstanden til den hjelpetrengende og ikke ut i fra et forventet resultat. Dette viser til en generalisert gjensidighet hvor man er forpliktet ut i fra situasjonen. En forståelse av situasjonen gjør at en sørger for andre ut i fra innsikt i menneskers livssituasjon. Ved personlig engasjement knyttes bånd til andre. Omsorgsarbeid tar tid og er en mer forpliktende relasjon enn i den spontane omsorg vi ser i liknelsen om den barmhjertige samaritan<sup>32</sup>, men som omsorgsuttrykket er bygget på (Martinsen 2003a).

Omsorg er det mest fundamentale ved menneskets eksistens. Menneskets tilværelse er en med-tilværelse med andre. Min dagligverden er den jeg deler med andre. Uten andre

---

<sup>31</sup> Martinsen fjerner seg fra Martin Heideggers filosofi i senere arbeider, og hun gjør rede for dette i boken ”Fra Marx til Løgstrup” (2003b) Heidegger (1889-1976) ble medlem av det nasjonalsosialistiske parti i 1933. Filosofien hadde i seg en nazistisk ideologi. Hun beholder derimot synet på omsorg i det praktiske liv, men det begrunnes nå ut i fra Knut Løgstrups tenkning om de etiske livsytringer. Martinsen (2003b:17) Jeg gjør rede for dette i kapittel 5. Martinsen henter også inspirasjon til sin omsorgsfilosofi fra Karl Marx sin kritikk av det industrielle samfunn og at mennesket er fremmedgjort i arbeidet. Mennesket blir stående ensomt igjen mellom arbeidet og merverdi. Mennesket blir en bytteverdi som kan erstattes av andre. Det fremmedgjorte mennesket er selvdyrkende og selvopptatt. (Martinsen 2003b)

<sup>32</sup> Den barmhjertige samaritan: ”Men en samaritan som var på reise kom også dit han (den skadde jøden) lå: og da han fikk se ham, syntes han inderlig synd på ham. Han gikk bort til ham, helte olje og vin på sårene hans og forbandt dem...” Fra Lukas evangelium, 10, v. 33 – 35 Gjengitt hos Kari Martinsen. *Omsorg, sykepleie og medisin.* (2003b:15-16) Liknelsen viser at man deltar praktisk for å hjelpe, en stiller seg ikke utenfor. Liknelsen viser også at hjelpen gis betingelsesløst. (Martinsen 2003b:15-16)



mennesker har livet ingen mening. Fellesskapet er en kollektiv omsorg for hverandre. Omsorg vil si å ta hensyn til andre for min egen skyld. Å ta hensyn til andre fører over til forståelsen. Når vi forsøker å forstå den andres situasjon prøver vi å se den andres situasjon mest mulig fra den andres synspunkt (Martinsen 2003a:70). Det skjer igjennom en praktisk arbeidssituasjon men det er ikke resultatet som er målet men selve det gjensidige samspillet. Mottageren befinner seg i en ikke-selvhjulpel situasjon. Relasjonen innebærer forpliktelser fra omsorgsutøveren. Det å møte den syke gjennom omsorgsarbeidet innebærer mange forutsetninger om kunnskap og ferdigheter. Sykepleielære og medisinsk kunnskap skal være et redskap i omsorgsarbeidet og ikke omvendt. I seg selv er ikke kunnskap nok for å bli en dyktig utøver av pleie og omsorg. Fagkunnskaper og praktiske ferdigheter skal praktiseres og gå sammen i en enhet. Vi viser omsorg gjennom bruken av våre redskaper. Fagkunnskapen skal gjøre sykepleieren i enda bedre i stand til å sørge for den syke (Martinsen 2003a).

Martinsen (2003a) mener at det i sykepleietradisjonen ligger en fagautoritet ved kallet. Uegennyttighet, hjelpsomhet og orientering mot pasientens behov. Dette er kvaliteter som kan være omsorgens kjerne og som han korrigerer den vitenskapsbaserte kunnskapen i faget, med tanke på pasienten som system og mål-middel tenkning (Loftager 1990:316). I neste avsnitt vil jeg se på fagets vitenskapsinnhold.

### *Fagets vitenskapsinnhold – sykepleieprosessen*

Faghistorisk har det som vi så i forrige avsnitt, utviklet seg to motsetninger i fagets teoriutvikling. Det er omsorgsforskningen på den ene siden den og den instrumentelle sykepleieprosessen på den andre siden som har egenomsorg<sup>33</sup> som mål (Loftager 1990). Sykepleieprosessen har hatt en sterk stilling i sykepleieforskningen og i utdanningen i Norge, og kom i bruk på slutten 1960 tallet. Den bygger på den anglosaksiske sykepleieforskningen. Sykepleieprosessen er det generelle og analytiske verktøyet for sykepleien og utgjør en generell tankeramme. Hver fase har sin metode for hvordan den skal gjennomføres og resultatet er en sykepleiediagnose. I det praktiske arbeidet utarbeides det individuelle pleieplaner. Sykepleieprosessen er blitt oppfattet som en beslutningsmodell men også som en problemløsnings modell. Den er også blitt sett på som en arbeidsmåte hvor den skriftlige dokumentasjonen er blitt sentral. Uansett så er sykepleiens autonome og profesjonelle rolle

styrket og noen vil mene at med individuelle pleieplaner så er man sentrert om pasientens behov (Svensson 2006).

Sykepleieprosessen er karakterisert ved fire trinn: Datainnsamling/prioritering, planlegging, utførelse og evaluering<sup>34</sup>. Pleiediagnosen skal stilles på et generelt helsegrunnlag og ut i fra et helhetlig menneskesyn. Kunnskapen er basert på en bred kunnskapsbase. Men den er også basert på en rasjonalitet som finnes hos naturvitenskapene. Pasienten sees på som et system. Fokus dreies vekk fra pleiens spesifikke situasjon og pasientens individuelle behov.

Objektgjøring kan knyttes til en strategisk tenkning for å oppnå et resultat innenfor mål som sunnhet, uavhengighet og egenomsorg. Dette er en instrumentell resultatorientering som ikke kan gjelde kronisk syke og eldre som det er flest av (Loftager 1990). I neste avsnitt vil jeg se på de yrkesetiske retningslinjer i for sykepleiere.

### *Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer*

Et helhetlig menneskesyn forutsetter at menneskesyn, teori, etikk (moral), praksis og metode veves sammen i en og samme handling (Hammerlin og Larsen 1997b). I følge sykepleiens yrkesetiske retningslinjer<sup>35</sup> skal grunnlaget i sykepleien hvile på respekt for den enkeltes liv og verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Omsorgsetiske hensyn er nedprioritert i samfunnet og det er derfor viktig med en reflektert praksis og etisk bevissthet. En reflektert praksis skal innebære at etiske refleksjoner finner rom i praksis. De yrkesetiske retningslinjer utdyper sykepleierens menneskesyn og verdier. De skal bidra til en ”verdibevisst hverdagskultur” og er tilpasset korte samtaler i en travel yrkesutøvelse. Det mest fundamentale er plikt til å vise omsorg for alle som lider uansett årsak. Yrkesetikken kan ikke avgjøre hva som er faglig forsvarlig eller lovlig. De yrkesetiske retningslinjer kan ikke løse etiske dilemmaer, men de skal angi retning ved beslutninger. I forholdet mellom sykepleieren og pasienten skal sykepleieren ivareta pasientens integritet og retten til helhetlig sykepleie. Videre skal hun/han beskytte pasienten mot krenkende handlinger. (NSF Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere). I neste del vil jeg se på betingelser for samhandling og innholdet i begrepet mulighetsstruktur.

---

<sup>33</sup> Dorothea Orem definerer egenomsorg som: ” de aktiviteter individet selv tar initiativ til, og utfører på egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære” (Orem sitert av Karoliussen og Smebye 1987:84). Målet for egenomsorg er å ta ansvar for egen helse.

<sup>34</sup> Utøvelsen av sykepleie er en prosess i fire stadier: en behovsfase, hvor pleiebehov skal presiseres. En planleggingsfase med valg av sykepleietiltak. En gjennomføringsfase og til slutt evaluering. (Svensson 2006:203)

<sup>35</sup> NSF's yrkesetiske retningslinjer (2008 Side 5-9 i pdf format.

## 4.2.2 Sykepleierens mulighetsstruktur i klinikken

Oppgavens hovedproblemstilling er: Hvilke forhold bestemmer sykepleierens menneskesyn i sykerommet? Jeg vil derfor kort beskrive begreper som fanger inn sykepleierens handlingsmuligheter.

### Betingelser for samhandling.

*Handlingsmuligheter* bestemmes av *valgbetingelser*, man kan si de er av tre forskjellige typer: Materielle valgbetingelser, kulturelle valgbetingelser og relasjonelle forhold.

*Handlingsfeltet* bestemmes av disse (Martinussen 1988:73). Samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten blir påvirket av både indre og ytre forhold ved sykehuset som sosialt system. *Rammebetingelser* er ytre forhold som vanskelig eller tregt lar seg endre. De begrenser eller stimulerer samhandlingen mellom partene. Fysiske, sosiale, økonomiske og kulturelle vilkår og ressurser er rammebetingelser som er med på å danne grunnlaget i sykepleierens mulighetsstruktur (Martinussen1988).

To viktige rammebetingelser her er ressursfordelingen (økonomi og styringsmidler i helseforetak) og regulering av virksomheten gjennom lovgivningen. Strukturelle muligheter bestemmer handlingsmulighetene i stor grad. Føringer er de fysiske, tekniske, økonomiske, juridiske og politiske rammebetingelser som gir bestemte muligheter for handling og stenger andre muligheter ute (mulighetsstruktur). De gir strukturelle effekter (virkninger) på valgsituasjonen og handlingsmulighetene. Det er en sammenheng mellom sosiale betingelser og individets handlinger. Det kulturelle verdigrunnlaget og kunnskapsgrunnlaget er også styrende på individets *handlingsvalg*. Dette grunnlaget kan sies å utgjøre symbolmiljøet og verdisystemet i et samfunn, som gir kulturelle effekter (virkninger) på valgsituasjonen. Personlige egenskaper og preferanser er også viktige vilkår for handlingsmuligheter (Martinussen1988).

## 4.3 Systemverdenen og livsverden

I denne delen vil jeg gjøre rede for noen sentrale begreper fra Habermas sin teori om kommunikativ handling og noen sentrale begreper hos Weber, en av sosiologiens klassikere innenfor handlingssosiologi (Østerberg 1990). Habermas regnes blant representantene for

kritisk teori (konfliktteori) (Wallace&Wolf 1995). Sentralt innefor kritisk teori står kritikken av det bestående samfunn. Samfunnet er basert på interesskonflikter og særlige økonomiske eiendomsforskjeller. Våre ideer er sosialt formet og vi kan ikke oppnå objektiv kunnskap. Verdier og kunnskap kan ikke sees adskilt. Målet med kunnskapen er sosial endring og fremgang (Wallace&Wolf 1995:113).

Habermas ser på forbindelsen mellom sosial struktur, kultur og personlighet, han står i en dialog til Weber og hans beskrivelse av byråkratiets fremvekst (Wallace&Wolf 1995:118). Byråkratiseringen av samfunnet er en følge av den historiske rasjonaliseringstendens. Økende rasjonalitet i samfunnet er en følge av vitenskapens utbredelse og sterke stilling. Samtidig med at tradisjonell legitimitet svekkes. Religionens svekkede stilling gjør at mennesket må velge verdier. Dette kombinert med kapitalismens fremvekst og profitorientering (Andersen og Kaspersen 2000). Det rasjonelle står som motsetning til troen på Gud som forklarer og forener verden (Bakken 2001).

Rasjonalisering er derfor en historisk bevegelse fra en handlinstypen til en annen. I retning fra affektiv (emosjonelt motivert) handling, tradisjonsbundne handlinger (vanemessig) og verdirasjonell (tro og plikt) handling. Til formålsrasjonelle handling som er kjennetegnet ved at handlinger utføres for å oppnå bestemte mål. Aktøren er kalkulerende og vurderer hva som mest effektivt fører frem til det ønskede mål (Andersen og Kaspersen 2000, Weber 2000). Alle samfunn bygger på disse handlinger i varierende grad, og historisk er verdirasjonell handling og formålsrasjonell handling mest utbredt i vestlige kapitalistiske samfunn. Alle handlinger inngår i en organisatorisk eller institusjonell orden og hviler på en oppfatning om dets rettferdighet eller rettsmessige plass: legitimitet (Andersen og Kaspersen 2000, Weber 2000 ).

I de moderne vitenskapeliggjorte og kapitalistiske samfunn er den instrumentelle fornuft dominerende. Instrumentell fornuft kjennetegnes av en fornuft som bertakter verden som gjenstand for teknisk manipulasjon. De mest effektive midler tas i bruk for å oppnå et mål og dette målet blir ikke tatt opp til diskusjon. Instrumentell fornuft er en beherskende fornuft over menneskekroppen og naturen (Andersen og Kaspersen 2000:177, Weber2000).

---

Byråkratiseringen av samfunnet innebærer en økende forvaltning av alle livets områder i institusjoner, statsapparat, rettssystem og markedssystem. Adferden domineres av formålsrasjonalitet. Den moderne veslige kapitalisme har en iboende rasjonalitet. Den instrumentelle eller formålsrasjonelle fornuft (handling) planlegger og ensretter, behersker og kontrollerer samfunnets deler (Andersen og Kaspersen 2000, Østerberg 1990).

I det moderne samfunn har vi to viktige perspektiver, som har hvert sitt organisasjonsprinsipp. Hver sin rasjonalitetsform og hver sin handlingsorientering (Andersen og Kaspersen 2000:370). En handlingskontekst er en verden med enten system eller sosial integrasjon (Jensen red.1990), som viser til henholdsvis systemverden og livsverden.

Livsverden<sup>36</sup> er alle de faktorer i bevissheten som påvirker vår forståelse, fortolkning av verden og som strukturerer den. Gjennom kommunikasjon oppnås forståelse. Meninger utveksles. Språkhandlinger mellom medlemmene i en gruppe er med på identitetsdannelsen, sosialiseringen og fortolkningen av kulturell kunnskap. Sosial integrasjon skapes gjennom normative strukturer i folks bevisshet (Wallace & Wolf 1995:119). Livsverden er menneskenes subjektive opplevelse av verden. Livsverden baserer seg på kommunikativ rasjonalitet. Habermas tror på den rasjonelle kommunikasjonens frigjørelse, for å oppnå rettferdighet i samfunnet. En fornuftig argumentasjon med gyldige argumenter vil i dialogen skape de riktige handlinger (Andersen og Kaspersen 2000, Wallace & Wolf 1995:126).

I utviklingen fra liberalistisk kapitalisme (1800 tallet) og til vår tids organisert kapitalisme utvikles systemer av institusjoner. Markedet som er styrt av penger og statsorganisasjoner styrt av makt. Menneskser møtes uten å dele samme livsverden. I tradisjonelle samfunn er systemintegrasjon og sosial integrasjon ensbetydende. Samfunnet er ikke differensiert i selvstendige sfærer. Systemverden er derfor de moderne styringsmedier som organiserer storsamfunnet. Generelle prinsipper og lover regulerer sosiale relasjoner. Systemverden løsrives fra livsverden (Wallace & Wolf 1995).

Staten regulerer markedet (frie og like byttransaksjoner) og staten krever et annet legitimitetsgrunnlag enn det økonomiske. Instrumentell rasjonalitet er den integrerende

---

<sup>36</sup> Fenomenologisk tradisjon. Hentet begrepet fra Edmund Husserl (1859 – 1938). Forståelse må baseres på den naturlige sanselige erfaring. Kunnskap og vitenskap gjør at mennesket har et stivnet forhold til hverandre. Mennesket må finne

mekanisme og som legitimerer en beslutning. Etter hvert som moderniseringen av samfunnet og rasjonaliseringen i systemverden griper om seg, kolonialiseres livsverden. Mennesket faller ut av de meningsbærende strukturer. Mennesker får rasjonelle motiver. Livsverden blir rasjonalisert på en instrumentelle måte. Instrumentell rasjonalitet fortrenger eller kolonialisere den kommunikative gjensidige rasjonalitet, som forgår gjennom språkhandlinger og meningsutvekslinger. Legitimeringskriser oppstår når verdier og sosial identitet i livsverden trues. Vi får normoppløsning og meningstap (Wallace & Wolf 1995). Habermas tese om at systemverden kolonialisere livsverden bygger på den rasjonaliseringstendens som Weber så i samfunnet. Hele modernitetens historie ”kan med med Habermas leses som en suksessiv nedbrytning av verdiforankrede og tradisjonelle forestillinger og livsformer” (Bakken 2001:114).

De viktigste kjennetegnene ved velferdskapitalismen er økt statsintervensjon. På den ene siden gir dette økte styringsmuligheter og sikring mot nød og urett. Men denne statliggjøringen innebærer som sagt kolonialisering av livsverden. Sosialintegrasjon byttes ut mot systemintegrasjon. Når livsverden underlegges systemetverdenens logikk og mister sitt normative grunnlag får vi patologiske former. Vi får en grenseløs utbredelse av instrumentell rasjonalitet og mennesket tingliggjøres. Men livsverden er tilgjengelig for refleksjon og i dialogen kan vi motvirke kolonialisering av livsverden (Jensen red.1990).

I neste del vil jeg gjøre rede for begrepet habitus som viser til kroppliggjort kunnskap.

## 4.4 Habitus

Forholdet mellom kjønn og omsorg og de kulturelle og historiske båndene som ligger mellom dem utgjør den kvinnelige omsorgshabitus som er videreført som et etisk og faglig ideal i den moderne sykepleie (Bakken 2001). Denne forståelsen vil jeg benytte i analysen når jeg ser på sykepleierens møte med pasienten. Derfor vil jeg her gjøre rede for begrepet habitus som ligger til grunn for begrepet den kvinnelige omsorgshabitus.

Bourdieu (1990,1995) sitt begrep om habitus viser til de kulturelle disposisjoner som er kroppliggjort. Det er et system av varige men foranderlige disposisjoner De er formet inn i

---

kroppen gjennom sosialisering i det daglige liv. Habitus er formet av nødvendigheten og viser til et rom (objektiv samfunnsstruktur) av sosiale posisjoner med tilhørende økonomisk og kulturell kapital. Posisjonene fordrer ulike egenskaper og virksomheter. Det sosiale rom differensierer grupper av mennesker etter den totale mengde kapital og fordelingen av denne. De viktigste kapitalformene er økonomisk kapital og kulturell kapital, hvorpå økonomisk kapital er den viktigste. Ulike kapitalformer er også ulike maktformer. Kapital er ressurser og tilganger som individer og institusjoner besitter. Det sosiale rom bygger på en relasjonell forståelse hvor distinksjonen (avstand og forskjell) mellom gruppene nettopp definerer dem. (Bourdieu 1995).

Habitus er strukturert gjennom den sosiale inndelingen i samfunnet (rommet). Habitus er den måten vi oppfatter verden på og viser til fortolkningskjema. Vi fortolker verden gjennom tidligere erfaringer. Habitus er ikke bare mentale tankeskjema men er nedfelt i rutiniserte og automatiske kroppsbevegelser og viser til praktiske handlingsferdigheter. Kroppsspråket viser til den posisjonen en har i samfunnet. De mentale strukturer avspeiler de sosiale strukturer. Habitus er tilegnet i kraft av at individet har vært praktisk situert innenfor bestemte sosiale omgivelser over lang tid. Disposisjonene er ubevisste og de oppleves som naturlige og selvfølgelige selv om de er tillært i sin sosiale sammenheng. De er formet av ytre sosiale forhold (Andersen & Kaspersen 2000, Bourdieu 1990).

Bourdieu forsøker å overvinne skillet mellom objektive strukturer og subjektive handlinger<sup>37</sup> ved at habitus viser forbindelsen mellom dem. Handlinger er betinget av fortidig erfaringskunnskap men denne kan også brukes kreativt. Individet er heller ikke helt fritt men formet av disposisjoner. Slik er habitus strukturerende men den er selv strukturert av de objektive strukturer. De objektive grensene blir av subjektene virkelige og styrende for oppfattelsen av verden. Individet forstår verden fra sitt posisjonelle ståsted og kunnskapen er praktisk. Kunnskapen er ikke intellektuell men på et pre-refleksivt nivå. Den er en del av vår person og vår måte å organisere oss i verden (Andersen & Kaspersen 2000, Bourdieu 1995).

Felt er en avgrenset sfære i det sosiale rommet som har sine egne regler og form for kapital. (Bourdieu 1995). Det innebærer at en har inkorporert disposisjoner som er i samsvar med

krav, koder og regler på feltet. Praktisk deltagelse på feltet over tid vil disponere for å handle i tråd med det som anses som hensiktsmessig og slik sett realiserer man de målsettinger som gjelder for feltet. En forutsetning for å inneha en posisjon i et felt er at man nettopp har de disposisjoner (habitus) som er gyldige på feltet og dermed reproducerer disse. Våre disposisjoner er tilpasset krav på feltet (Andersen & Kaspersen 2000, Bourdieu 1990). Bourdieu mener at samfunnsforhold kan avdekkes gjennom å ”avsløre” de objektive strukturer og subjektens miskjennelse om dem. Man må foreta et brudd med de sosiale aktørenes forståelse og avdekke de overindividuelle strukturer av sosiale posisjoner. I tillegg må man forstå de subjektive disposisjoner som er individets praktiske kunnskap som reproducerer de objektive strukturer (det sosiale rom) (Andersen & Kaspersen 2000, Bourdieu 1995).

I neste kapittel vil jeg gjøre rede for analysearbeidet og svare på de forskningsspørsmål jeg beskrev i innledningen.

---

<sup>37</sup> Hos Bourdieu er handlinger som regel basert på interesser og ikke primært normer. (Kasperesen & Andersen 2000, Bourdieu 1990)



## 5. Menneskesyn i sykerommet

Dette kapittel inneholder en beskrivelse og en analyse av datagrunnlaget, som innebærer min fortolkning av sammenhenger, og den betydning jeg mener innholdet viser. Hvordan disse mønstre kan forstås vil jeg diskutere ved bruk av teori etter hvert som de forskjellige tema behandles. Jeg vil besvare den overordnede problemstillingen: Hvilke forhold bestemmer sykepleiernes menneskesyn i sykerommet? Dette kapittelet er bearbeidet og analysert etter to temaområder: ”Sykepleierens møte med pasienten” og ”Sykepleierens møte med handlingsfeltet”. Alle temaene har underkategorier og disse vil de bli presentert underveis.

### 5.1 Sykepleierens møte med pasienten

Det konkrete møte med pasienten sier noe om den tilnærmingen sykepleieren velger og det menneskesyn som utøves ovenfor pasienten. Det kan være vanskelig å skille ut analytisk hvordan sykepleieren tenker ovenfor pasienten, hennes handlinger og holdninger. Disse lar seg vanskelig skille fra betingelser og vilkår i konteksten. Det er allikevel viktig å se på hvilket utgangspunkt sykepleieren har faglig og verdimessig, slik at ansvarslinjene i helsevesenet blir tydelige. Dette punkt beskriver hvordan sykepleierne forsøker å ivareta pasienten ut i fra et faglig og menneskelig ståsted og hvilke kulturelle valgbetingelser sykepleiefeltet rommer. Disse erfaringene er derfor samtidig en beskrivelse av sykepleierens menneskesyn.

#### 5.1.1 Helhetlig menneskesyn

I denne delen besvares spørsmålet: Hvilke menneskesyn finnes i sykerommet?

Alle (8) sykepleierne i dette materialet ønsker og forsøker å se alle sider ved pasienten, det vil si på en helhetlig måte. I det følgende eksemplifiserer jeg hvordan de beskriver dette.

En sykepleier uttrykker dette slik: ”Det høres veldig fint ut. Men det er faktisk det man strever etter, er å få et helhetlig syn på pasienten... ikke bare at nå kommer en pasient og skal operere en ... i benet, han har vondt i benet, ikke tenke bare på det. Men tenke hele pasienten. Alt fra hjemmesituasjon til før operasjon og etter operasjon. Altså hele forløpet. Først og fremst er jeg til for pasienten og alt de trenger”. Sykepleieren sier også at hun lytter

til pasientene, hun prøver å ”lese litt på pasienten”, være nøytral, fleksibel og gå forsiktig frem”. Sykepleieren strever etter å få med seg hele pasienten og ikke bare benet som er brukket. Pasienten er noe mer en bare et brukket ben. Hun er *til* for pasienten, først og fremst. En helhetlig tilnærming sikres gjennom ”å lese litt på pasienten”, da får hun med seg alt pasienten trenger. Sykepleieren er lydhør for pasientens behov.

En annen sykepleier uttrykker et helhetlig menneskesyn slik når hun forteller at hun prøver å være litt i forkant av pasienten. Hun gir beskjed om at pasienten bare kan ringe på hvis det er noe. Hun sier: ”...men ellers så er jo omsorg så mye. Ta opp sengehesten for gamle, for eksempel, er omsorg. Gi ringesnora! Det er to sånne helt grunnleggende omsorgs ting, mindre skade”. Sykepleieren viser ansvar for pasienten og hun ser pasienten som et subjekt. I hverdagen blir handlinger som å huske å gi pasienten ringesnora og å ta opp sengehester<sup>38</sup> viktige omsorgshandlinger. De er viktige omsorgshandlinger fordi en som er gammel kan falle ut av senga, en som ikke klarer å gå alene kan reise seg og falle. Hvis pasienten ikke kan finne ringesnora selv er det viktig at den er han gitt, festet til sengen eller tøyen. Slik unngår man at pasienten blir fratatt muligheten til å be om hjelp. Dette er elementære praktiske oppgaver, som ligger i den daglige pleien av pasienten. Men disse handlinger kan vise og utgjøre forskjellen på pasienten som subjekt eller objekt. Ser man pasienten som et subjekt eller forstås pasienten som et objekt for pleie?

En tredje sykepleier uttrykker et helhetlig menneskesyn slik når hun forteller at hun ”prøver å gjøre ting og være i forhold til pasientens premisser”, men hun ”har i bak hodet at du skal ha noe gjennomført”. Hun prøver å få til en dialog med pasientene og at de får være med å bestemme ”for eksempel når vi skal gjøre de ulike oppgaver i stell/pleien, det kan være sår skift”. Sykepleieren er opptatt av kommunikasjon med pasienten, ”for eksempel når jeg værer at pasienten ikke skjønner legen på visitten”. Det kan være vanskelig å bryte inn og hun går ofte tilbake og forklarer etterpå. Hun forteller at hun prøver å møte pasienten ”der han er, ser etter behov”. Hun prøver ”å være på nivå med pasienten”. I forhold til pasientens egen forståelse. Hun synes det er viktig å ikke gå for nært. Hun føler seg frem.

---

<sup>38</sup> En ”grind” som kan dras opp og ned på den ene sengens side. Slik at ikke pasienten faller ut.

Alle informantene i dette materiale viser at de ser pasienten som et helt menneske. Pasienten er en person og et subjekt. Sykepleierne prøver å få til en helhetlig forståelse av pasientens behov, samtidig som de yter omsorg. *Et helhetlig menneskesyn uttrykkes gjennom omsorgshandlinger.* Gjennom hverdagslivets hendelser har kvinner utviklet en evne og en rolle til å ha bevisstheten rettet mot andre og deres behov. Gjennom sosialisering og kunnskaps overføring, der omsorg, fellesskap og nærhet var en kontinuerlig måte å være i verden på. Det er en "være for andre" orientering (Foss 1997). En sykepleier uttrykker det å "være for andre" slik: "Det er viktig å prøve å oppfatte signaler fra pasienten. At man tar seg litt tid og gjør seg litt flid med det man driver med". Sykepleieren forteller at mange pasienter setter pris på at noen klarer "å oppfatte hvordan de har det uten å måtte fortelle det selv". I neste avsnitt vil jeg se på et parallelt perspektiv som eksisterer side om side med sykepleiernes helhetsperspektiv, og det er å se pasienten som en diagnose. Denne måten å se pasienten på er en kontrast til den helhetstenkningen sykepleierne gir uttrykk for.

### *Pasienten som en diagnose*

Fem av åtte sykepleiere kommer spesielt inn på det de oppfatter som legenes diagnosestenkning rundt pasienten. En sykepleier uttrykker dette slik når hun sier at noen ganger synes hun pasientene bare blir sett på som en diagnose: "Jeg synes vi som sykepleiere er flinkere til å se pasienten, helheten enn legene er. Jeg synes de er veldig mye mer diagnose fokusert". Som sykepleiere jobber de annerledes: "For vi er, ... du skal planlegge, du skal skrive en pleieplan, ...altså du skal bli kjent med pasienten, alle behovene pasienten har. Og da er det ikke bare den diagnosen som pasienten er inne for som er viktig. For at pasienten skal ha det bra. Jeg føler at vi, at pasienten blir sett som hele mennesker som dem er". En annen sykepleier uttrykker diagnosenkningen slik når hun sier at pasientene blir behandlet individuelt: "...men de blir behandlet som en diagnose. Diagnoser som er spennende blir prioritert". Hun sier det er to forskjellige kulturer mellom legene og pleierne.

Helsevesenet bygger på en ideologi om en biomedisinsk sykdomsmodell. Hvilket innebærer et reduksjonistisk syn på sykdom (Gjengedal 1997). Denne modellen ser etter fysiologiske forandringer og årsaker. Diagnostiske prinsipper går hand i hand med sykdomsårsaker. Medisinen ønsker å stille en diagnose og klarer ikke å se den lidende. Medisinen forstår ikke og samhandler ikke med pasientens opplevelser og subjektive reaksjoner (Gjengedal 1997).

Den biomedisinske modellen er nødvendig for medisinen som vitenskap, men den er ikke nødvendig for å møte pasienten, heller utilstrekkelig (Barbosa da Silva 2006:95). Pasienten vurderes som et objekt og sykdom er en kroppslig defekt. Modellen utelukker andre kunnskapsformer og ser ikke alle sider ved mennesket. Forskjellen mellom ”disease” og ”illness” illustrerer dette. ”Illness” viser til pasientens opplevelse av å være syk. Men den biomedisinske sykdomsmodellen reduserer dette til somatiske dysfunksjoner eller skader i kroppen, ”disease” (Barbosa da Silva 2006).

Den biomedisinske modellen har konsekvenser for kommunikasjon med pasienten. Den kan føre til en enveiskommunikasjon hvor legen og eller andre nedvurderer eller objektiverer pasienten, den Andre. Medisinsk behandling (cure) etter en biomedisinsk modell er uforenelig med et helhetssyn på pasienten og omsorg (care) (Barbosa da Silva 2006:110). En sykepleier uttrykker dette slik:

Legen går visitt her. De opererer. Det er klart at legen har jo møtt pasienten på poliklinikken ofte. Der går de jo veldig dypt inn på, i alle fall syke historien. Men samtidig så er det jo sykepleieren som ser pasienten 24 timer i døgnet,... absolutt vi kjenner de bedre. Legene har et annet bilde av pasientene. De ser andre problemer enn det sykepleierne gjør. Opplever ofte at legene tror det går mye bedre enn det gjør. Fordi legene er ikke hos pasientene slik som pleierne er. De er kanskje blitt vant med det. At rollen er det. De skal operere. At de ikke ser på det som så viktig. Dette er kanskje spesielt for kirurgene...at de ikke er interessert. Bare opptatt av operasjonen.

Legene er bare opptatt av operasjonen og de tror det går bedre med pasienten enn det gjør. Det biomedisinske menneskesynet er ikke et perspektiv eller en kunnskapsforståelse som ser individ og samfunn i et indre vekselvirkende forhold. Modellen er uttrykk for det Hammerlin og Larsen (1997a) omtaler som nivåreduksjonisme, hvor mennesket bare betraktes på mikro nivå. Reduksjonisme er når problemkomplekset snevres inn og forstås ved enkeltfenomen i helheten og er et uttrykk for biologisme (Hammerlin og Larsen 1997a,b).

Sykepleierne i dette materialet er som tidligere beskrevet ikke opptatt av pasienten som en diagnose. Denne modellen og tenkemåten i den medisinske kultur er et felt som gir den sykepleiefaglige betraktning en motstandserfaring. Dette viser til en konflikt mellom pleien og moderniteten (Martinsen 2003a). I neste avsnitt vil jeg se på hvordan vi kan forstå mennesket som en helhet gjennom omsorgskompetanse.

### *Mennesket som helhet*

Gjengedal (1997) mener at en kvalitetsforbedring i møtet mellom helsearbeider og pasient er mulig innenfor eksisterende rammer. Samtidig understreker hun at det er nødvendig å ha et kritisk blikk på de forhold helsearbeiderne jobber under, som jeg vil ta for meg i punkt 5.2. Kvalitetsforbedringen innebærer å opparbeide seg omsorgskompetanse. Erfaring med og forståelse for omsorgssituasjoner kan utvide helsearbeiderens horisont. Forståelse bygger på tidligere erfaringer. Hvis man skal forstå nye situasjoner og ikke behandle pasienten som en diagnose, må man sette sin egen forforståelse til side. I møtet med pasienten utfordres sykepleieren til å korrigere sin forforståelse. Ved å være åpen og lydhør vil sykepleieren få innblikk i pasientenes livsverden. Ved å tviholde på egne oppfatninger får helsearbeideren ikke muligheten til å forstå nye situasjoner. Ved bare å se mennesket i lys av diagnosen lukker vi oss for mennesket som helhet. Diagnosekunnskap i seg selv er ikke nok for å forstå pasientens opplevelse (Gjengedal 1997).

Vi ser at sykepleierne uttrykker et helhetlig menneskesyn i sine omsorgshandlinger, parallelt med at de må forholde seg til det medisinske perspektivet, som ser pasienten som en diagnose. Allikevel er den omsorgskompetansen som Gjengedal (1997) mener er viktig, absolutt til stede hos de sykepleierne jeg har intervjuet, på tross av legenes perspektiv. Sykepleierne legger vekt på en åpen tilnærming hvor de søker pasientens subjektive opplevelse. En sykepleier uttrykker dette slik:

Men jeg har alltid vært opptatt av hvordan jeg kommuniserer, prøve å høre på pasienten, hva er det han egentlig sier. Og prøve å spørre de viktige tingene. Ofte det man ser, er at en selv kan ha en helt annen tanke: hva som er problemet til pasienten. Og så spør man pasienten, og da kan det være helt annet, det de tenker på. Derfor er det så viktig å kommunisere på den måten at du spør pasienten. Og lar den fortelle deg, hva er det de syns, for vi syns jo så mye annet. Eller vi tror ofte.

Vi har forskjellig omsorgskompetanse - måter å arbeide på ut i fra kunnskap og hvilke verdier vi har. Det er også slik at vi fremtrer forskjellig for hverandre. Vi virker ulikt på hverandre. Noen går bedre sammen enn andre. Dette kan forklares ut i fra menneskesyn og hvordan vi tolker våre arbeidsoppgaver. Vi har ulike måter å samhandle med pasientene på. I en personalgruppe kan pleiere og leger være dyktige på ulike områder, derfor kan de utfylle hverandre. Det kan være at noen blir nøkkelpersoner i systemet og bærere av egenskaper og

kvaliteter som er viktig for opprettholdelse av omsorg og behandling. Kommunikasjonen og dialogen er en menneskelig handling, hvor personligheten spiller en viktig rolle og ikke minst det menneskesyn aktørene legger til grunn. En sykepleier uttrykker hvordan personligheten påvirker dialogen slik: ”Til enkelte pasienter finner du ikke noe prat. Da kan du forklare hva som helst, i alle mulige språk. De vil ikke skjønne det av meg. Så går kollegaene min inn og forklarer det med tre ord. Da vet de hva de vil. Det skjer. Da er det jo kjemien som ikke passer. ..”. Han sier sykepleierne ofte må bruke hverandre på denne måten: ” Det har skjedd ofte...eller jeg kjenner pasienten bedre.... Og så sier de: ”Du har jo så god prat, kan du ikke gjøre noen ting med han!”. Han vil ikke høre på meg. ”Ja, vent litt”. Og fem minutter senere. Versegod!”.

Sykepleieren bruker seg selv og sin personlighet og gode kontakt som er oppnådd med pasienten for å motivere pasienten videre. Omsorgskompetanse blir en handlingskompetanse som gir sykepleieren og pasienten et grunnlag for å ”arbeide sammen”. Samhandlingen mellom pasienten og sykepleieren blir særegen og viser til forholdet mellom disse to. I neste avsnitt vil jeg gå over til å se på de helsepolitiske føringer som beskrives i ”Pasienten først!” retningslinjene, som viser til verdier som bør prege forholdet mellom pasient og sykepleier.

### *Pasienten først!*

I en utredning fra Helse- og omsorgsdepartementet, ”Pasienten først!” (NOU 1997: 2), settes pasientenes behov i sentrum i forhold til drift av sykehuset. Tiltak for ledelse og organisering utredes for å bedre driften av sykehusene. Her oppfattes drift i praksis, at sykehuset på en bedre måte dekker pasientens behov. Pasientens behov skal være utgangspunkt for all behandling og pleie. Dette skal prege oppbygging, praksis og ledelse. Pasientens behov skal ivaretas gjennom ti retningslinjer<sup>39</sup>. Helsepersonell skal først og fremst sikre pasientens ve og vel. Retningslinjene fokuserer på de mellommenneskelige kvaliteter ved helsepersonell sitt forhold til pasienten.

En av disse ”Pasienten først!” retningslinjene er helhet. ”En pasient er mer enn et kasus. Pasienten kan ha et symptom, men er en hel person – et medmenneske som skal behandles med takt og diskresjon slik at dets verdighet ivaretas, angst møtes og integritet respekteres”

---

<sup>39</sup> 1. Tilgjengelighet, 2. Lydhørhet, 3. Faglighet, 4. Forsvarlighet, 5. Ansvarlighet, 6. Punktlighet, 7. Åpenhet, 8. Helhet, 9. Vennlighet, 10. Gjensidighet. (NOU1997:2) ”Pasienten først!” (Kapittel 1).

(punkt 1.1.8).<sup>40</sup> Den økende spesialisering gjør at pasienten stykkes opp i sykdommer og organer. Interessen rettes inn mot en liten del av pasienten. Helhetsperspektivet er derfor viktig for å ivareta pasientens behov.

Vike (red. 2002:125) finner i sin undersøkelse av sykehuset at sykepleierne er opptatt av sykepleier-pasient relasjonen og at ambisjonen om å sette pasienten i sentrum appellerer sterkt til dem. De finner ikke dette i tilsvarende grad hos legene. De finner derimot at kravene i ”Pasienten først!” retningslinjene går i motsatt vei fra kravene i ISF<sup>41</sup>. ISF som finansieringssystem er et målrettet system som skal belønne innsats. Men også bringe utgiftene under kontroll. Samtidig ønsker man at sykehuset skal gjøre mer for pengene. Disse intensjonene kan ikke realiseres samtidig (Vike red. 2002). Faktisk så påpeker Vike (red. 2002) i et annet ”Pasienten først!” prinsipp, om vennlighet, at departementet selv påpeker disse motstridende krav mellom økonomiske verdier og relasjonelle verdier:

Pasientens egne ressurser til selvhelbredelse må tas i bruk.... Lav liggetid, høye krav til inntjening fra poliklinikk og dagkirurgi, samt økende grad av spesialisering og sentralisering svekker grunnlaget for å gi pasient og pårørende tilstrekkelig hjelp til å aktivisere disse selvhelbredende kreftene i seg (NOU 1997:2, punkt 1.1.9).

Den moralske orienteringen i ”Pasienten først!” oppleves av sykepleieren som et etisk problem ved seg selv, og er i følge Vike (red. 2002) en transporterung av dilemma til de som står nærmest pasienten og manglende mulighet for å realisere disse verdiene. Dette vil jeg se på i del 5.2.1. I neste del vil jeg ta for meg forskjellige verdiparadigmer som kan sies å utspille seg i sykepleiefaget og som følger opp den helhetlige omsorg som sykepleierne i dette materialet vektlegger og foretrekker som sitt ståsted i arbeidet.

### 5.1.2 Kulturelle valgbetaingelser

I denne delen besvares spørsmålet: Hvilke kulturelle valgbetaingelser bestemmer sykepleierens handlingsmuligheter? Sykepleiens grunnlag, omsorgsrasjonalitet<sup>42</sup> er på mange måter en kunnskap alle kan ha (har i kraft å være menneske), og gir ikke status i vårt

<sup>40</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-2/2.html?id=140691> Hentet 18.3.2008

<sup>41</sup> Innsatsstyrt finansiering. Innført 1997. Ikke generelle bevilgninger.

<sup>42</sup> Et begrep utviklet av Kari Wærness (2001) som jeg kommer tilbake til i punkt 5.2.2. Omsorgsrasjonalitet viser at det er fornuftig å bruke følelser i arbeidet. Da er sykepleieren ivaretaende mot pasienten på en ikke instrumentell måte (Wærness 2001).

samfunn (Foss 1997). Vitenskap og spesialiteter gir tyngde og anseelse, og mulighet for innflytelse i beslutninger. Sykepleiefaget havner i et dilemma. Man ønsker ikke å gi slipp på de verdiene som faget hviler på, omsorgsrasjonaliteten. På den andre siden er status, anerkjennelse og innflytelse koblet til en annen verdi, instrumentell rasjonalitet. Dette er de moderne, vestlige kriterier for faglig anerkjennelse og legitimitet (Foss 1997:246). Slik har også profesjonaliseringen av sykepleien gått hand i hand med vitenskapeliggjøringen av faget.

Universitetsskolenes ideologi på toppen av hierarkiet legger vekt på lederskap og omsorgsideologi som pådyttes den konkrete sykepleie i praksis. En intern konflikt i faget tildekker de motsetningene (fra medisinen) som sykepleierne møter i praksis. Sykepleierne er fortsatt underordnet legene og siden universitetssykepleien står svakt i akademisk sammenheng mener Martinsen og Wærness (1991) at de underordner sine egne.

Universitetssykepleien har fjernet seg fra det konkrete og praktiske omsorgsarbeid (via sykepleieprosessen) i stedet disiplineres de praktiske omsorgsarbeiderne til medisinen lydige hjelpere, men lederskapssykepleien (akademisk-teoretisk) er fortsatt underordnet medisinen som den ikke kan frigjøre seg fra. Sykepleien vil ikke få samme status som medisinen så lenge de henger seg på medisinen (naturvitenskapelig ideal) og definerer seg ut fra denne (Martinsen og Wærness 1991). Sykepleien må finne sin egen identitet, omsorg? I neste avsnitt vil jeg se på hvordan Kari Martinsen begrepsfester omsorg i sykepleien innenfor moralfilosofi.

### *Omsorgsforståelse*

Kari Martinsens (2003b)<sup>43</sup> omsorgsforståelse er samtidig en positivisme kritikk<sup>44</sup>. Hun mener at vitenskapen har for mye definisjonsmakt i samfunnet fremdeles, også de kvalitative forskningsmetoder. Dette er begrunnet i synet på den reflekterte praktiker. Den reflekterte praktiker leves frem gjennom å være i praksis, hvor fagkunnskap og klokskap vinnes over tid. Grunnleggende spørsmål om menneskets eksistens er et metafysisk<sup>45</sup> spørsmål.

---

<sup>43</sup> Den feministiske forskningen om offentlig omsorg har vært stor i Skandinavia. Men dette har ikke hatt noen innvirkning på organiseringen av offentlige omsorgstjenester. Kari Martinsens historiske og filosofiske arbeider har hatt økende innflytelse i sykepleiefaget senere år og brukes nå i grunnutdanningen (Wærness 2001:277).

<sup>44</sup> Naturvitenskapens forbilde. Livet er stoff som kan bearbeides. Basert på lovmessigheter. Kunnskapen uttrykkes i et klart og entydig begrepspråk. Martinsen (2003b:12) Positivisme striden er en kunnskapsstrid som fortsatt pågår i samfunnet i følge Martinsen (2003b:39). Den positivistiske vitenskapsoppfattelse er forbilde for samfunnsvitenskapene. Hvor objektive og almene lovmessigheter er målet (Martinsen 2003b).

<sup>45</sup> Utenfor vitenskapens herredømme.



Sykepleieren er tett på livet og lidelsen. Sykepleieren møter de metafysiske spørsmål og må ta de opp. Omsorgen viser seg i livet med medmennesker. Vitenskapen kan ikke gjøre rede for omsorgen (Martinsens 2003b).

I sine senere arbeider forstår Martinsen (2003b:17) omsorgshandlinger som etisk begrunnet ut i fra de suverene livsytringer<sup>46</sup>, slik Knut Løgstrup beskriver det, som gitt, fordi vi er skapt. Dette er en situasjonsetikk<sup>47</sup> og ikke vår tids nytteetikk (Martinsen 2003b:69). Den etiske fordring om å dra omsorg for hverandre er synonymt med kjærligheten. Omsorgen for den andre viser seg i menneskelige relasjoner gjennom tillit, åpenhet, håp og barmhjertighet. Disse fenomenene er livsytringer som bærer menneskene. Disse trenger ikke begrunnelse men er gode og praktiske knyttet til livsspørsmålene. Utgangspunktet er den fellesmenneskelige umiddelbare erfaring. Det sanselige inntrykk som utgangspunkt for erfaring. Universelle verdier er gitt: kjærligheten til nesten, omsorgen for den andre. Inntrykket i erfaringen bærer i seg en appell om å ta vare på den andres liv. Livet er grunnleggende moralsk og sykepleie og moral er en enhet (Martinsen 2003b).

Livsytringene er spontane, de er en før - reaksjon som gjør at jeg er hos den andre, det kan ikke besluttes eller presteres med viljen. Men jeg kan svikte livsytringene ved å ikke stille meg åpen for dem. Livsytringene er der som en livsmulighet mellom meg og den andre. Den etiske fordring melder seg når livsytringene uteblir. Hvis man stiller seg åpen for livsytringene i relasjonen med den andre, at man tar vare på hverandre ut fra en gitt avhengighet, vil fordringen ikke reise seg. Martinsen (2003:83c).

Livet i de mellommenneskelige relasjoner er moralsk, å være i en bevegelse fra seg selv til den andre for å handle til den andres beste. Vi er utlevert den andre<sup>48</sup>. Livet ytrer seg som en ivaretagelse og mottakelse av den andre. Livsytringene er kjærlighetens og omsorgens uttrykksformer. Denne livsforståelsen at livet er gitt, gir samtidig grunnleggende verdiforutsetninger. Kjærlighet til nesten og omsorgen for den andre. Dette er ingen

---

<sup>46</sup> Baserer seg på Knut E. Løgstrups tenkning. 1905 – 1981. Teolog og filosof, men også fenomenologisk påvirkning. Suveren betyr at livsytringene står over mennesket og er sterkere. De er gitt i skapelsen som en mulighet (Martinsen 2003b).

<sup>47</sup> Situasjonsetikk i betydningen livets grunnvilkår som finnes i relasjoner mellom mennesker. Situasjoner er typiske og enestående på en gang. Det typiske er noe felles vi kjenner oss igjen i (Martinsen (2003b:69).

<sup>48</sup> Menneskene er skapt av Gud. Ut fra skapelsestanken er livet strukturert for å ta i mot den andre. Som skapt er livet grunnleggende godt (Martinsen (2003b:21).

menneskelig ytelse men en livs mulighet til å ta vare på hverandre (Martinsen 2003b:21). Dette mener Martinsen står som en motsats til menneskelivet innenfor en teknisk instrumentell livsforståelse. I moralen (livsytringene) ligger de ubegrunnede forutsetninger som strukturerer livet sammen med andre. Livsforståelsen innenfor det naturvitenskapelige vitenskapsbilde<sup>49</sup> er en forståelse av mennesket som materiale og råstoff som skal bearbejdes. Den er derfor erobrende og beherskende i forhold til den andre. Den sansbare erfaring er derfor truet og dermed blir også etikken som springer ut av den ugyldig. Det levende inntrykket i den sansende erfaringsverden reiser den etiske fordring i relasjoner. Den andre gjør inntrykk på meg. Dermed settes livsytringene i spill når den etiske fordring reises om å ivareta den andre. Mennesket har to valg, i følge Martinsen (2003b). Vi kan ta vare på hverandre eller erobre hverandre ved den teknisk-instrumentelle livsforståelse. Hun skriver:

Det er den fenomenologiske tydingens oppgave å gjendrive den teknisk-instrumentelle livsforståelsen, for å vise at den ikke svarer til erfaringen, til menneskets gitte vilkår og muligheter. Tydingen har vår epokes overbevisning mot seg, men den umiddelbare erfaring med seg (Martinsen 2003b:22).

Dette er den kjempende motsetning som sykepleien møter. Mellom instrumentell livsforståelse og erfaringens livsforståelse. Omsorgens ontologi er livsytringene. Ontologiske antagelser, er antakelser om eksistensen og virkeligheten, og dets iboende egenskaper (Barbosa da Silva 2006). Livsytringene uttrykker sykepleierens inntrykk av den andre, pasienten i sitt umiddelbare nærvær. Sykepleieren uttrykker så dette gjennom ferdigheter og samtaler (Martinsen 2003:27).

Sykepleiens oppgave er å ta imot den andre, ikke som en oppgave men i gjensidig forståelse ut fra situasjonen til pasienten. En personorientert profesjonalitet bygd på praktisk kunnskap gjør sykepleieren i stand til å ta i mot pasienten. Ren vitenskapsbasert profesjonalitet gjør at avstanden til den andre blir stor. Praktisk filosofi bør være sykepleierens forbilde og ikke naturvitenskapen. Vitenskapen skal være der, men ikke som sykepleiens begrunnelse. Mennesket kan ikke være et pleieobjekt i relasjonen mellom sykepleier og pasient (Martinsen 2003:99). En sykepleier uttrykker denne praktiske sykepleiekunnskapen slik:

---

<sup>49</sup> Martinsen henviser til Newton (1642-1727), fysikkens "far".

God sykepleie er jo at du kan møte pasienten der han er. På det nivået pasienten er. Med åpne kort og kan gi den omsorgen pasienten trenger. At du føler at pasienten er fornøyd. At du føler at pasienten har det bra. Samtidig som du kan ordne med alle disse andre tingene. At du føler, du kan jo se det veldig godt på pasienten hvis han har det bra. Så føler du at du har gjort en forholdsvis god jobb. Dårlig sykepleie er vel å være helt sånn overflatisk og bare, gjøre det du må gjøre også ikke noe mer. Altså å gå inn med et vaskevanns fat og ikke tilby hjelp. Mens en god sykepleier går inn med vaskevanns fat og kanskje tilbyr hjelp da. ”Er det noe jeg kan hjelpe deg med?”. Det er vel egentlig på alle plan. Hvis du sier til pasienten: ”Nå får du opp å gå litt da, trene litt, du kan ikke bare ligge i senga di!”. I stedet for å gå inn å si: ” Skal jeg hjelpe deg så du får gått deg en tur!”.

Sykepleieren uttrykker omsorg i handlingen ved en gjensidig forståelse av pasientens situasjon. Hun setter seg inn i pasientens situasjon, det kan være vanskelig å komme seg opp etter operasjon for å trene. Hun tilbyr derfor hjelp på en omsorgsfull måte. Sykepleieren syns det er viktig at pasienten har det bra. Dette er en praktisk kunnskap som erverves i praksis. Mål og middel smelter sammen i en prosess, samtidig som hun viser omtanke utføres praktiske oppgaver. Setter man forståelsen av mennesket i sentrum er det viktig at vi møter pasienten som et menneske og ikke bare som en diagnose, et objekt som viser til et reduksjonistisk menneskesyn. Omsorg for andre er omsorg til mennesker som etter allment aksepterte normer ikke er selvhjulpne og hvor en ikke kan basere seg på likeverdige gi og ta relasjoner. Teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter er ikke nok i seg selv, men pleiens omsorgskvalitet vokser ut av hvordan kunnskaper og ferdigheter tas i bruk. Dette er bundet til forståelsen av pasientens situasjon (Loftager 1990:314, Martinsen 2003a:73). Denne måten å tenke og handle på er også blitt oppfattet som uttrykk for den kvinnelige omsorgshabitus, som viser til livshistoriske forutsetninger for omsorg, spesielt for kvinner slik Eriksen (1995) forstår det. Det vil jeg vil ta for meg i neste avsnitt.

### *Den kvinnelige omsorgshabitus*

Praktisk kunnskap finnes i det Eriksen (1995) omtaler som den kvinnelige omsorgshabitus<sup>50</sup> og hun bygger på Bourdieu sitt begrep om habitus og felt. Habitus er et system av varige disposisjoner som strukturerer den subjektive handling og er en del av personligheten. Måten å tenke på og vurdere på, er tilegnet gjennom at individet har vært praktisk situert innenfor et felt over lang tid (Bourdieu 1995). Den kvinnelige omsorgshabitus er en form for

<sup>50</sup> Tine Rask Eriksen. ”Omsorg i forandring” (1995) Doktorgradsavhandling (dansk) som undersøker sammenstøtet mellom kvinnelig omsorgskultur og sykepleieutdannelsen. Eriksen (1995) bruker hele Bourdieu sitt begrepsunivers, i sin analyse av sykepleiestudentenes møte med utdanningen (57 informanter) gjennom livshistoriske analyser.

omsorgskapital i betydningen kulturell kapital, knyttet til kvinnens posisjon og de felt kvinner har vært virksomme på (Eriksen 1995). Den kvinnelige omsorgshabitus springer ut av den kvinnelige livssammenheng hvor kjønn og arbeidsdeling er bestemmende. Den kvinnelige livshistoriske sammenheng atskiller seg fra den økonomiske produksjon (mannlig) i samfunnet. På grunn av arbeidsdelingen mellom kjønnene har kvinners livssammenheng vært en omsorgsrettet læreprosess. Historisk har arbeidsdelingen i familien vært bestemt av den arkaiske (tidlige enkle samfunnsformasjoner) produksjonsmåten, og blir reaktivert via mor-barn relasjonen. Kvinners produksjonsmåte i det arkaiske samfunnet er knyttet til forplantningen og det nødvendige for å opprettholde livet. Det er ”å være i gang” og ”å stå til rådighet”. Det er guds vilje å stadig utføre en strøm av gjøremål (Eriksen 1995:141:min oversetting fra dansk).

Med kapitalismens produksjonsmåte<sup>51</sup> og den borgelige familie blir den kulturelt bestemte arbeidsdeling og forestilling om kvinnen også formet av verdier fra den borgelige familie. Den kvinnelige omsorgshabitus som inkorporeres i familien er basert på både arkaisk og kapitalistisk arbeidsdeling. De inkorporerende omsorgskoder er bestemt av den drifts- og kroppsstrukturering med tilgang fra begge produsjonsmåter. Det er en dobbel tilgang som har en iboende motsatthet. Med det arkaiske som en primær strukturering av kjønnene og forsterket av en borgelig kultur, med forestillingen av moderlighet som å stille seg til rådighet. Det foregår en ”kroppslig inkorporering som er kulturelt forankret i et patriarkalsk samfunn med en arkaisk og kapitalistisk produksjonsmåte, delvis styrt av en rasjonell logikk” (Eriksen 1995:141, fra dansk min oversetting). Den kapitalistiske produksjonsmåten innebærer kroppskontroll og affektkontroll som er den samfunnsmessige logikk og sammenfallende med den mannlige logikk. Det mannlige og kvinnelige fungerer som sosiokulturelle kategorier som sosialiserer frem en logikk: væremåte i praksis. Den kvinnelige omsorgshabitus blir dratt i to retninger, den blir formet av produksjon og reproduksjon av liv, den kvinnelige logikk: Å nære og gi liv. Men den blir også formet av kontrollen av kropp og liv, den mannlige logikk. Den mannlige logikk er kjennetegnet ved at den er: rasjonelt orientert, strukturert tid, fremadrettet og synlig viten (Eriksen 1995).

---

<sup>51</sup> Karl Marx (1818 – 1883) begreper om produktivforholdene og produksjonskreftene som utgjør produksjonsmåten i et samfunn. Produksjonsmåten er en bestemt måte (bestemt epoke) samfunnet organiserer sin materielle produksjon, også vitenskapelige, tekniske og organisatoriske områder (Kaspersen & Andersen 2000:44, Østerberg red. 1990).

De kvinnelige omsorgskoder er kjennetegnet ved ”å være i gang, å ivareta en strøm av ikke - strukturerte gjøremål, gjentakelser av de samme gjøremål, være tilstede kroppslig og mentalt, være nærværende og empatisk, ta ansvar for andre, stille seg til rådighet, tilsidesette seg selv, dele andres lidelse og lindre andres lidelse” (Eriksen 1995:143, min oversetting og utvalg).

En fellesnevner for disse disposisjoner er en ansvarsfølelse slik jeg tolker det. Ansvar for andre. Det er en sammenheng mellom omsorg og ansvarsfølelse. Dette er også hva Martinsen (2003a) sikter til når hun sier at omsorg bygger på et kollektivt basert menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre. Tilværelsen er en med tilværelse med andre. Fellesskapet er en kollektiv omsorg for hverandre (Martinsen 2003a).

Jeg viste i forrige del 5.1.1 at sykepleierne hadde en ”være for andre” orientering (Foss 1997) mot pasientens behov, eksemplene viste at sykepleierne uttrykte: ”prøver å gjøre ting og være i forhold til pasientens premisser”, ”...å oppfatte signaler fra pasienten” og ”Først og fremst er jeg til for pasienten og alt de trenger”. En sykepleier uttrykker den kvinnelige omsorgshabitus slik når hun forteller om en gang hun følte at hun prioriterte feil:

Det var en gang faktisk, med en veldig syk pasient og han døde da. Og så hadde jeg vært hos han to dager på rad. Så var jeg hos han tredje dagen, så sa jeg til han: ”ja vet du hva, jeg skal komme inn å ta deg opp etterpå”. Så fikk jeg ikke tid til det. For det bare kokte. Alt gikk bare hals over hode. Så kom jeg på, jeg husker jeg gikk hjem den dagen: ”søren og, jeg glemte, jeg glemte til å med å si ha det til han”. Og så kom jeg dagen etterpå, så var han død. Og da kjente jeg bare: ”å, nei...!”. Og da begynte jeg bare å grine, for jeg tenkte, det her var jo ikke rettfærdig. Det var jo ikke sånn det skulle skje. Da kjente jeg at jeg slet. Akkurat det er den eneste gangen jeg følte at jeg prioriterte litt feil.

Denne situasjonen viser at sykepleieren har en ansvarsorientering som er rettet mot pasientens tilstand og hun søker å være tilstede i hans lidelse. Eriksen (1995) mener at kvinnens disposisjoner for omsorg blir negert og invaderes av den mannlige logikk, fordi kvinner nå arbeider ute i samfunnet og ikke bare i familien (Eriksen 1995).

Eriksen(1995) finner i sitt materiale at det ikke skjer en forsterkende sosialisering av omsorgshabitus i møtet med utdanningen, men et brudd (Foss 1997). Den kvinnelige omsorgshabitus fungerer som en kompensatorisk og usynlig kvalifikasjon i sykepleiefeltet

(Eriksen 1995:314). Møte med utdanningen er et møte med en systemkultur som Eriksen (1995) definerer som en kultur tett knyttet til maktforhold og den herskende produksjonsmåte og arbeidsdeling, innenfor den offentlige institusjon av omsorgsyntelser. Det er en patriarkalsk kultur med en naturvitenskapelig logikk og viser til den mannlige logikk (Eriksen 1995:32). Således blir den profesjonsrettede omsorgshabitus annerledes enn den primære omsorgshabitus, som et sett av før-bevisste omsorgskoder. Den profesjonsrettede habitus blir en "vitenskapelig" habitus som er språklig og har et system av skjemaer. For observasjon, vurdering og tiltak. Vi får en utvikling fra livslære til systemlære med behandlingsrettede koder (Eriksen 1995).

"Opphavet" og kilden til den kvinnelige omsorgshabitus kan også forstås langs den idéhistoriske linjen (billedlige forestillinger): Kvinnen - Jomfruen - Jomfrumoderen - Hustrumoderen og tilslutt Modernordet<sup>52</sup> (Bakken 2001). Kjønn og sykepleie er historisk sammenvevd. Kvinners endrede materielle livsbetingelser endrer derfor sykepleien. Men omsorg eller etikk for den saks skyld kan ikke administreres som om det var en ting. Man kan sette en stol inntil en seng, men ikke omsorg eller omsorgshabitus (Bakken 2001:182). Den tause alliansen mellom kvinnelig omsorg og sykepleie sikrer ikke pasienten helhetlig omsorg i uoverskuelig fremtid (Bakken 2001).

### *Tradisjonisering*

Et hovedtrekk innenfor sykepleiens praksis område, spesielt innefor sykehusene er instrumentaliseringen av faget som begynte på 1950 – tallet (Bakken 2001). Dette pågår fremdeles. Sykepleie som praksis blir mer og mer bundet opp mot den medisinske behandling. Forskning og utdanning har gått i en annen retning. Den omfattende omsorgsforskning som har foregått de siste tiår med blant annet Kari Martinsen tolker Bakken (2001:110) som et forsøk på tradisjonisering av faget, som en beskyttelse mot den

---

<sup>52</sup> Morsfiguren og kvinnen truer den *hellige* alliansen mellom Gud og mannen (ren fullkommenhet). Kvinnen er uren og morsfiguren truer det patriarkalske integrasjonsprinsipp. Jomfruen derimot er ren og blir symbolsk lik mannen. Jomfruen og nonnen blir det nærmeste kvinnen kommer en lukket kropp slik som Gud og mannen. Det oppstår en hellig allianse mellom Gud, mannen, jomfruen og sykepleien. Jomfruen eller nonnen representerer i hospitalene og klostrene uegennyttig oppofrelse. Hun stiller sitt liv til rådighet for den lidende Andre. Den moderne sykepleie på midten av 1800 tallet får med protestantismen (reformasjonen) et annet kvinnebilde i tillegg: moderen. Jomfrumoderen blir nå sykepleiens ideal. Mellom jomfruen og Moderen oppstår den omsorgsforutsetning som forbinder pleie av syke med det kvinnelige. Morsfiguren som tilfredsstillers andres behov, barmhjertighet og uegennyttig kjærlighet. Med den borgelige familie fortsetter disse idealene med Hustrumoderen. Kvinner stiller sitt liv til rådighet for de(n) Andre. Men herren i himmelen er byttet ut med herren i medisinen. Fra 1960 tallet skapes det andre livsbetingelser for kvinnen i den norske velferdsstat som i dag resulterer i Modernordet, med hensyn til kulturelle forutsetninger for omsorg som livslære hos kvinnen (Bakken 2001).

mektige medisinen. Vektleggingen av de kroppslig-sanselige dimensjonene innenfor utdanningen er et forsøk på å varme opp faget innenfor en kjølig systemkultur. I følge Bakken (2001) kan dette tolkes som en reaksjon på moderniteten eller at systemverden spiser opp livsverden. Når meningstap og anomi (normoppløsning) blir et resultat i livsverden kan flere valgmuligheter tre inn. En protest og et motsvar på dette kan være å riste av seg trekk ved det moderne samfunn, slik som Kari Martinsen gjør ved å begrepsfeste sykepleiens grunnvilkår innenfor Løgstrups teologi<sup>53</sup>. Bakken (2001) skriver det slik: ”å heve sider ved livet opp og utover det som kan velges, eksempelvis en overhistorisk vesensbestemmelse av menneskets eksistensielle grunnvilkår...” (Bakken 2001:113). Men å forsøke å fundere faget på et udiskutabelt grunnlag, å få fast grunn under føttene er bare et av flere valg, og et uttrykk for moderniteten (Bakken 2001:114).

På den annen side mangler systemverden legitimitet i seg selv. Den er avhengig av folks oppfatninger i livsverden. Hva som er riktig og hva som er galt. Samtidig som livsverden blir kolonialisert hentes legitimitetsgrunnlaget herfra, fra de normative vurderinger. Et paradoks av gjensidig avhengighet (Bakken 2001).

Med velferdstatens utvikling og kvinnens endrede stilling på arbeidsmarkedet oppløses den tause alliansen mellom det kvinnelige og sykepleie som fag. Reproduksjonen av den kvinnelige omsorgshabitus er synkende da rekrutteringen til faget er i nedgang (Bakken 2001). Dette kaller Bakken (2001) modermordet, en kvinnelig omsorgsverdi som samfunnet ikke kan regne med lenger. Hvem vil stille sitt liv og sin kropp til disposisjon for den Andre – som en yrkeskarriere? Utviklingen av sykepleie som moderne fag er nært knyttet til det kvinnelige i samfunnet, og når den tradisjonelle kvinnelige livssammenheng forandrer seg brytes den tause alliansen mellom det kvinnelige (omsorg) og sykepleie (Bakken 2001).

### *Selvstendigjøring*

Den positivistiske tradisjon i sykepleien er utmyntet i sykepleieprosessen (Martinsen & Wærners 1991). Slik sett rommer utdanning og praksis også en instrumentalisering. Sykepleieprosessen er det vitenskapelige sykepleieideal som er med i dannelsen av profesjonsidentitet. Omsorg kan ikke ligge til grunn for profesjonsstatus fordi omsorg er

allmennmenneskelig. Men som fagbegrep forsøkes den forstått gjennom filosofiske refleksjoner og eksistensielle livsvilkår (Loftager 1990).

Selvstendigjøringen av faget er knyttet til vitenskapeligjøringen av faget som har foregått siden 1980-tallet (Martinsen & Wærness 1991:113). Vitenskapen i sykepleien som i samfunnet for øvrig blir sett på som den høyeste form for kunnskap og den har høyest status. Praksiskompetanse er annenrangs. Det vitenskapelige ideal er det samme som i medisinen og en problemløsende metode. Som metode er den teknisk instrumentell, beregnelig og er orientert mot en løsning. Språket er entydig eksakt. Dette språket skaper avstand. Relasjoner blir beregnelige. Følelser og intuisjon er ikke gyldige da det ikke kan beregnes. Blikket blir distansert og klassifiserende. I bevegelsen mot den andre er vi opptatt av våre resultater fordi disse skal dokumenteres i sykepleieprosessens mål-middel tenkning (Martinsen & Wærness 1991). Sykepleien som fag "lever" derfor innenfor to forskjellige verdiparadigmer. Bakken (2001) ser også utviklingen av teorier og modeller som sykepleieprosessen som forsøk på selvstendigjøring av faget.

Martinsen (2003a) er kritisk til den hjelp – til selvhjelp ideologi som ligger til grunn for egenomsorgsbegrepet. Målet om selvhjulpenhet og uavhengighet er basert på aktiv behandling, som står sentralt i sykepleieprosessen. Dette bryter med den kjernen sykepleien bør ha, at vi sørger for andre (omsorg) så lenge de trenger det uten at formålet er selvhjulpenhet og uavhengighet. Mennesker er grunnlegende avhengig av hverandre og lever i gjensidighet. Det er det menneskelige samspill som er vesentlig. Målrasjonelle handlinger hvor vi skal prestere har ikke noe med omsorgens vesen å gjøre, i følge Martinsen (2003a).

Én sykepleier i mitt materiale oppfatter sykepleieprosessen slik: "Det er viktig å finne ut hvor mye mennesket klarer alene.... Man bruker jo egenomsorgsbegrepet her hele tiden samtidig som man prøver å ha omsorg...se hva slags evner og krefter de har...men det er jo ikke dermed sagt at man skal se bort fra den andre siden (omsorg)...". Utsagnene gir inntrykk av at egenomsorg, det å understøtte pasientens selvhjulpenhet, ikke er en motsetning til det å

---

<sup>53</sup> K.E Løgstrup dansk teolog og filosof 1905 - 1981. "Den etiske fordring" utgitt i 1956. Mennesket er ikke selvberørende. Mennesket kan ikke sees på som uavhengig og selvstendig. Vi er hverandres liv og skjebne. Motstander av etisk relativisme, det finnes et etisk fundament for alt og alle gjennom de suverene livsyttringene (Martinsen 2003b).



bry seg, å ha omsorg. Omsorg og egenomsorg tenkes samtidig. I neste avsnitt vil jeg se på hva som oppfattes som en utdypende relasjon mellom pasient og sykepleier.

### *Trenger vi utdypende relasjoner i sykepleien?*

En sykepleier uttrykker omsorgsforståelse slik når hun forteller at: ”Det er altfor liten tid til det å skape relasjoner med pasientene.... Det er en masse som må gjøres der og da, og så må du jo prioritere det først, og da blir sånne ting i bak, til sist. Men vi prøver i alle fall med de som har sånne store ting, som amputasjoner, at de får litt tid, vi bruker gjerne stellsituasjon, til å snakke litt med de”. Hun sier det er for liten tid til å være hos pasienten: ”Da må det må være mer bemanning rett og slett. At du har mer tid!”. Sykepleieren sier de fleste pasienter er takknemlige. På tross av at hun ”har minimalt med tid” i forhold til hva hun hadde ønsket: ”Det blir på en måte ”første - hjelp” hele veien. At man ikke får utdypet ting”.

Sykepleieren gir uttrykk for at hun ønsker ”å skape relasjoner” med pasientene og å få ”utdypet ting”. Sykepleieren begrunner hvorfor dette ikke skjer med tidsaspektet, men det vil jeg ta for meg i del 5.2. Jeg vil nå se på den verdien og forståelsen sykepleieren samtidig uttrykker med disse utsagnene. Uttalelsene kan fortolkes som om sykepleieren føler at hun *ikke* står i en omsorgsrelasjon med pasienten, men at hun utfører oppgaver med eller på pasienten. Pasientens subjektive opplevelse er ikke innlemmet i handlingen, den ligger ved siden av og blir primært ikke tatt hensyn til. Det er oppgavene med kroppen ”som må prioriteres først”. Men det er ikke det hun ønsker. Hun ønsker at innholdet i handlingen heller er en utdypende relasjon. Sykepleieren bærer i seg en helhetlig omsorgsforståelse og ser seg selv i en gjensidig relasjon. Dette bekrefter den tenkningen Martinsen (2003a,b) legger til grunn for det som bør være sykepleierens verdiorientering og omsorgsforståelse. Den umiddelbare erfaring er at meningen i situasjonen er å være hos pasienten. Det å ta i mot pasienten ut i fra hans ståsted. Da kan hun hjelpe han. Omsorg er å vise omtanke for hverandre i det daglige liv. Omsorg er en sosial relasjon. Praktiske ferdigheter kombineres med menneskelig innsikt i den andres situasjon. Gjennom omsorgsarbeidet uttrykkes et helhetlig menneskesyn og en forståelse av pasienten som et subjekt.

Hva er relasjoner i sykepleien? Trenger vi utdypende relasjoner i sykepleier-pasient forholdet? Bakken (2001:158) er kritisk til den kjærlighetsforståelse som skal gi retning til omsorgen, og som Martinsen (2003b) henter fra de suverene livsytringer hos Løgstrup.

Bakken (2001) forstår det slik hos Martinsen at det gode smelter sammen med det rette når vi bør møte pasienten med kjærlighet, å være åpen og mottaende og svare på pasientens appell. Kjærlighet er moralens ubegrunnede utgangspunkt. Livet i kjærlighet står over argumenter (Bakken 2001).

Denne holdning er ingen garanti for at pasienten erfarer relasjonen som god og riktig. Hvem skal avgjøre om handlingen er gal eller riktig! Sykepleieren eller pasienten? (Bakken 2001). Den som gir omsorg, i betydning åpen og mottaende kan ikke bedømme om det er av det gode eller rette. Kjærligheten mellom pasient og sykepleier er ikke gjensidig og kan av pasienten oppleves som påtrengende. Den før-rasjonelle spontane livsytring som Martinsen mener bør være omsorgsholdningen er *egentlig* en omsorgshabitus som ikke er universell og ubegrunnet, men knyttet til kulturell konstruksjon. Omsorgshabitus kan ikke begrepsfestes (Bakken 2001). Kvinnen og sykepleieren er sosialisert til å være åpen for å kunne se den etiske appell om å bli tatt i mot slik den utgår fra den andre. Dette er et kulturelt omsorgsgrunnlag som er truet av samfunnsmessige endringer (Bakken 2001:168), som jeg har vært inne på tidligere. Dessuten ved å begrepsfeste faget innenfor en fenomenologisk retning forsterker det forbindelsen mellom de tradisjonelle kvinnelige egenskaper (kulturell konstruksjon) og sykepleie. Sykepleien undertrykker seg selv (Bakken 2001).

En sykepleier uttrykker det å være åpen for den andre slik da jeg spurte: "Hva legger du vekt på når du er sammen med pasienten?". Hun svarte:

Jeg legger veldig mye vekt på pasienten, holdt jeg på å si. Prøver alltid å føle på pasienten før jeg gjør noe egentlig. Holder meg egentlig ganske passiv, så jeg føler hvor han ønsker meg. Bare et par minutter, sånn at jeg finner ut av pasienten før jeg gir meg til pasienten på en måte. I forhold til hvor nærme de vil jeg skal møte de, og hva slags behov de har. Prøver virkelig å føle på pasienten... Vi gir jo omsorg, men det er ikke alltid jeg føler at jeg kan gi omsorg på det nivået som jeg ønsker. Men det er jo tidspresset. Empati føler jeg at jeg bruker ofte, for jeg prøver, jeg setter meg alltid inn i situasjonen til mennesker og prøver å se det fra deres sted da. Og tenker hva de trenger. Og det tror jeg er veldig viktig for hvis du, og hva hadde du trengt selv, i en sånn situasjon. At du prøver å plukke opp de tingene som kanskje ikke blir sagt, men som ikke tar så lang tid å gi på en måte.

Dette er en evne til å se og ta i mot pasienten ut fra hans ståsted (livsytringene settes i spill) men det er også et uttrykk for den kvinnelige omsorgshabitus. Jeg er enig med Bakken

(2001) i at den kvinnelige omsorgshabitus er en kulturell konstruksjon som ikke er universell og ubegrunnet. Jeg er også enig med Martinsen (2003b) i at omsorg må forstås som en grunnleggende tilbøyelighet (og nødvendighet) for ivaretagelse mellom mennesker slik jeg tolker henne, at hun begrepsfester dette hos Løgstrup er hennes valg. Etter min mening er omsorg som fenomen knyttet til menneske livet på tross av kjønn, selv om omsorg i sykepleien har vært knyttet til kvinner. Men omsorg er en verdi som kan velges vekk i konkurranse med andre verdier, slik som også Bakken (2001) hevder.

Tilbake står spørsmålet om subjektet i forhold til objektet, hvis den kvinnelige omsorgshabitus negeres. Skal pasienten som subjekt være med i sykepleier- pasient relasjonen, eller er handlingene rettet mot subjektet som objekt. Grunnlaget for et helhetlig menneskesyn i sykerommet er truet fra en systemverden med effektivisering og målstyring (som jeg vil ta for meg i punkt 5.2), men trusselen mot det kulturelle rekrutteringsgrunnlaget til sykepleie faget større og mer prekær (Bakken 2001). Jenter sosialiseres ikke til å "føle på" den andre lenger. Dette er en underliggende krise, en utilsiktet konsekvens av sen moderniteten (fra 1970 tallet) som samfunnet ikke forstår ringvirkningene av. Velferdssamfunnet klarer ikke å møte befolkningens behov for sykepleie i fremtiden (Bakken 2001). På grunn av den skjulte forbindelsen (eller bindingen) mellom kjønn og den materielle og sosiale struktur i velferdsstaten ser ikke staten sitt eget grunnlag, den implisitte forventning, den parasittiske forbindelsen mellom kvinners omsorgshabitus og organisasjonenes politiske og økonomiske betingelse i dagens samfunn (Vike red. 2002). Dette drøftes nærmere i del 5.2.1.

I lys av dette kunne man si at velferdsstatens "omsorgsyttelser" bæres oppe av det moralske ansvaret som aktører (hovedsaklig kvinner på pleiesiden) virkeliggjør på individnivå, altså det normative grunnlaget i livsverden. Behovet for sykepleie er der enten det skal grunngis ut i fra en etisk appell om å bli tatt i mot i kjærlighet eller om det er den kvinnelige omsorgshabitus som "sørger for" dette. Eller om dette er ett og samme fenomen, slik Bakken (2001) mener, og slik jeg mener. Hvis den kvinnelige omsorgshabitus er truet er det uansett viktig at man har fokus på at den andre (pasienten) får hjelp og *måten* dette skjer på. Slik at ikke instrumentell rasjonalitet (oppgaveorientering) blir enerådende som valgbetingelse ut fra pasientens situasjon. Yrkesetikk og den allmenne etikken blir viktig som retningslinjer i et

individuelt ansvar. Betydningen av et helhetlig menneskesyn realiseres gjennom omsorgshandlinger som ser alle sider hos pasienten. De politiske og juridiske føringer (punkt 2.1) som helsepersonell i dag jobber etter krever at pasientens opplevelse og behov ivaretas gjennom individuell omsorg i samspillet mellom sykepleier og pasient. Allikevel som Bakken (2001) sier etikk og omsorg kan ikke innsettes ved en seng. Moralene utøves av menneskene og omsorgskodene i habitus står i forhold til det felt som de er gyldige innenfor, eller det felt som *trenger* dem. Jeg vil avslutningsvis se på det som blir omtalt som lite omsorg i sykepleien i neste avsnitt.

### **Lite omsorg og helhet**

En sykepleier uttrykker omsorgens plass i arbeidet slik når hun forteller at: ” Her blir det lite Kari Martinsen tror jeg, men man prøver jo å ta vare på folk. Jeg husker ikke helt. Jeg skrev til og med eksamen om Kari Martinsen men jeg husker ikke hva hun la hovedvekt på! Ja det er den kommunikasjonsdelen, pasienten i sentrum!”. Hverdagen består av mange praktiske oppgaver rettet mot pasienten. Disse er av instrumentell art, rettet mot å løse et problem. Men som sykepleieren sier ”...man prøver jo å ta vare på folk”. Så på hvilken måte? I forhold til menneskesyn som grunnleggende analytisk dimensjon må subjektet sees i objektet. Et helhetlig menneskesyn ser helheten i menneskets dimensjoner. Dette er også hva sykepleierne i dette materialet (del 5.1.1) jobber mot i samhandlingen med pasienten.

Hvorfor husker ikke sykepleieren helt hva Kari Martinsen mener? Er det bare store abstrakte ord som ikke passer til virkeligheten! Livsytringene er et valg og det er det valget Martinsen (2003b) mener at sykepleierne bør ta. Livsytringene kan tolkes som et uttrykk for å velge (slik som Martinsen gjør) det gode og inkluderende mellom mennesker uansett sammenheng, men spesielt i sykepleien blir dette viktig. Vi skal ta i mot den som trenger hjelp. Vi skal være åpne for dette menneskets uttrykk eller ytringer. Jeg velger å møte den andre ut i fra hans behov og det er utgangspunktet for min hjelp. Dette budskapet og kunnskapsinnholdet har sykepleieren absolutt fått med seg, og hun deler dette når hun sier: ” men man prøver jo å ta vare på folk”. Sykepleie og omsorg er å ta vare på folk. Det er også hva Martinsen (2003b) mener om en i et annet språk: kjærlighet til nesten og den etiske fordring melder seg når livsytringene uteblir. Men i følge informanten ”blir det lite Kari Martinsen” og det tolker jeg som at omsorgen ikke har en så stor plass i arbeidet.

### 5.1.3 Oppsummering

Sykepleierne strever etter å få et helhetlig syn på pasienten. De skal bli kjent med pasienten og alle behovene han har. Et helhetlig menneskesyn uttrykkes gjennom omsorgshandlinger. Legenes reduksjonistiske menneskesyn gjør at de oppfatter pasienten som en diagnose. Sykepleierne viser at de forstår mennesket som en helhet gjennom en omsorgskompetanse som er rettet mot pasientens egen opplevelse av situasjonen. I de helsepolitiske føringer som er nedfelt i "Pasienten først!" prinsippene finnes det motstridende og uforenlige krav i forhold til de intensjoner som ligger i Innstasstyrt finansiering. Altså to ulike krav og verdier som sykehusene jobber etter (Vike red.2002). Det innebærer "økt" menneskelighet og økt lønnsomhet på en gang.

Sykepleien som fag lever mellom to verdiparadigmer og havner i et dilemma. Omsorg er ikke vitenskapelig kunnskap, det er en annenrangs kunnskap. Fordi det er noe alle kan ha. Vitenskapeliggjøringen av faget viser til en annen verdi i samfunnet, instrumentell rasjonalitet. Sykepleien prøver å definere sitt fag ut i fra medisinske naturvitenskapelige krav. Allikevel er sykepleien i en underordnet posisjon både i teori og praksis (Foss 1997, Martinsen og Wærness 1991).

Kari Martinsen (2003a, b) mener at omsorg viser seg i livet med medmennesker og har ikke noe med vitenskap å gjøre. Omsorgshandlinger er etisk begrunnet ut i fra de suverene livsytringer. Kjærligheten bærer menneskene oppe. Livet ytrer seg som en ivaretagelse og mottakelse av den andre. Omsorg er sykepleiens begrunnelse. Vitenskapen er erobrende og beherskende i forhold til den andre. Instrumentell livsforståelse står i motsetning til erfaringens livsforståelse.

Den kvinnelige omsorgshabitus kan være en nødvendig forutsetning for omsorgens praktiske kunnskap i sykepleiefeltet (Eriksen 1995). Den viser til disposisjoner som tradisjonelt har vært knyttet til den kvinnelige livs sammenheng. De kvinnelige omsorgskoder er kjennetegnet ved blant annet: "å være i gang", "å ivareta en strøm av ikke-strukturerte gjøremål", "å stille seg selv til rådighet" og "lindre andres lidelse" (Eriksen 1995). Disse

disposisjoner utsettes for en negasjon innenfor en patriarkalsk kultur med en naturvitenskapelig logikk, både i utdanningen og ved at kvinner jobber ute i samfunnet. Kvinner endrede materielle livsbetingelser kan endre den tause alliansen mellom kvinnelig omsorg og sykepleie (Vike red.2002).

Vitenskapeliggjøringen av faget har gått hand i hand med selvstendigjøringen av faget. Omsorgsforskningen kan tolkes som et forsøk på å tradisjonalisere faget. Som et motsvar på moderniteten og systemverden som spiser opp livsverden (Bakken 2001). Sykepleierne i dette materialet mener at den "egentlige mening" er å ha en utdypende relasjon til pasienten. De har en evne til å ta i mot den andre i en åpen appell, dette er samtidig et uttrykk for den kvinnelige omsorgshabitus. Siden den kvinnelige omsorgshabitus utsettes for en negasjon i vår tid vil *ikke* forbindelsen mellom kvinner, omsorg og sykepleie kunne regnes med i fremtiden som en like stor selvfølgelighet. Pasientens selvsagte omsorgsgrunnlag i sykerommet er truet i følge Bakken (2001). Behovet for sykepleie er der uansett om det skal grunnis innenfor moralfilosofi, slik Martinsen (2003ab) gjør, eller om det er de kvinnelige omsorgskoder som sørger for at pasienten blir tatt i mot i en åpen appell. I forhold til menneskesyn begrepet må mennesket også forstås som et subjekt og ikke bare som et objekt. En ren oppgaveorientering mot pasienten viser til instrumentell rasjonalitet. Yrkesetikk og allmenn etikk blir viktig som retningslinjer i et individuelt ansvar. Moralens utøves av menneskene og omsorgskodene i habitus står i forhold til det felt som trenger dem. Det kulturelle rekrutteringsgrunnlaget til sykepleien fra den kvinnelige omsorgshabitus er truet på grunn av samfunnsmessige endringer for kvinnen. I neste punkt vil jeg se på sykepleierens møte med handlingsfeltet, og handlingsmuligheter i forhold til et helhetlig menneskesyn og forståelsen av omsorg i relasjonen.

## 5.2 Sykepleierens møte med handlingsfeltet

Sykepleierens møte med pasienten kan ikke sees løsrevet fra den materielle og kulturelle kontekst den er omgitt av. Samtidig som man går inn i de strukturer som sykepleien er innfelt i, er det viktig at man ikke fratrukker den enkelte ansvar for sine handlinger. Uansett er det viktig å belyse de forhold som kan gi grobunn for dårlig sykepleie, men også selvsagt hva som gir god sykepleie. Ansvar for en positiv og riktig utvikling ligger på alle nivåer. Arbeid med

holdninger i kulturen bør foregå parallelt med en utvikling av ressurser og rammebetingelser. Data under dette temaområde forteller om informantenes møte med praksis og hvilke muligheter og begrensninger det gir for utøvelse av et helhetlig menneskesyn. Det er derfor en beskrivelse av hvilke handlingsmuligheter sykepleieren har. To viktige betingelser i handlingsfeltet er: Den økonomiske situasjonen og hvordan tidsaspektet virker inn på sykepleier-pasient relasjonen. Disse to forhold har flere underkategorier og de vil bli presentert underveis. Et tredje forhold som er viktig i handlingsfeltet er samarbeidet med legene, som viser en interessekonflikt om arbeidsoppgaver. Jeg vil ser også på hvilke muligheter sykepleierne har for kompetanseutvikling. Deretter vil jeg se på sykepleiernes grad av selvstendighet i avdelingen.

### **5.2.1 Den økonomiske situasjonen**

I denne delen vil jeg besvare spørsmålet som jeg beskrev innledningsvis: Hvordan påvirker den økonomiske situasjonen sykepleierens arbeid i avdelingen? Jeg har tidligere gjort rede for de økonomiske føringer i punkt 2.2. Sykehuset forholder seg til ulike tilskudd, både aktivitetsuavhengige og aktivitetsavhengige. Innsatsstyrt finansiering ISF er aktivitetsavhengig og gjør at sykehuset kan tjene penger etter DRG systemet som viser til diagnose grupper med ulik inntjeningsverdi. Vi så også i punkt 2.1 at juridiske føringer pålegger sykehuset og helsepersonell å utnytte resursene best mulig og ikke påføre samfunnet unødig tidstap og utgift. I tillegg er det overordnede verdigrunlaget i helsepolitikken en mer pasientorientert helsetjeneste. Sykepleierne står derfor ovenfor to krav, økt lønnsomhet og ”økt” menneskelighet. Dette ble også vist i del 5.1.1 under ”Pasienten først!”, hvor vi så at departementet selv påpekte en motsetning mellom økonomiske verdier og relasjonelle verdier.

Alle (8) informantene i mitt materiale kommer spesielt inn på avdelingens økonomi. De er frustrert over avdelingens sparesituasjon og de forstår heller ikke grunlaget i den. En sykepleier uttrykker dette slik: ”Alle møter handler om penger, spare, tjene penger. Før var lidelse i fokus, nå er det økonomi som er målet. Jeg har opplevd at leger kjefter hvis pasienter blir strøket av operasjonslista, hvis det er en diagnose som gir masse penger. Det smitter nedover i systemet. Spiser opp alle”. Videre sier hun:”...jeg synes det var dårlig før,

men det er ingen ting mot det som er nå. Økonomien styrer alt. Jeg tror det bare kommer til å bli verre...”.

Uttalelsene viser at sykepleieren opplever at økonomien er selve målet for sykehuset, de skal tjene penger og det spiser opp alle. Dette er en opplevelse som kan tolkes som om målet for arbeidet er forskjøvet. Helsepolitikken og lovgrunnlaget skal sikre pasienten god og individuell pleie og behandling. Økonomiske føringer er ikke bare en mulighetsstruktur, et middel for å realisere andre formål. Men det er alt organisasjonen dreier seg om. Målet er pengene: inntjeningen. En annen sykepleier uttrykker dette slik: ”Jeg ser jo hvordan helsevesenet har forandret seg da! Det har det gjort veldig mye på de siste syv årene<sup>54</sup> syns jeg. Bare siste året så har det blitt mer bedrift, at de tenker pasientene som en del, som en gjenstand, som går på økonomi, profitt, det er veldig upersonlig. Og det går fortere og fortere. Det skal være mer og mer effektivt, og lønnsomt. Pasientene er sykere nå når de reiser hjem, enn de var for et par år siden”.

Sykepleieren opplever at pasienten er blitt en gjenstand i bedriften. *De* tenker pasienten som en del. I motsetning til seg selv, fremstår ikke pasienten som en gjenstand. Sykepleieren holder fast ved pasienten som et menneske. Helsevesenet har forandret seg, nå handler det om profitt, det går fort og det skal være lønnsomt. En tredje sykepleier uttrykker det slik når hun forteller at hun er frustrert over at det aldri er penger til noen ting. De må hele tiden spare og skrape. Hun syns det er positivt å tenke økonomi og være bevisst på dette:

Men at det hele tiden skal spares på pleiesiden, ovenfor pasientene. Det er frustrerende. Rett og slett. Det er vanskelig. På den ene siden har du personale som er helt utslitte fordi vi ikke får lov å leie inn ekstra folk. Vi skal ha minimumsbemanning hele tiden, samtidig som, også får du kjeft hvis du ikke har klart å spare penger. Og så vet du at du må ha et visst antall mennesker for at hjula skal gå rundt. Og så får du forståelse for det!”.

Utfordringen med økonomisk ansvar og for lite ressurser på alle nivåer i avdelingen er at det tvinger frem en økonomisk rasjonell tenkning som har forrang hos den enkelte på bekostning av menneskelige hensyn, som virker direkte inn på pleien og oppfølgingen av pasienten. Det er viktig å spare penger. Dette gir konsekvenser for pasienten. Økonomiske krav nedfeller

---

<sup>54</sup> Intervju foretatt våren 2004.



seg i handlingsfeltet. Samhandlingen mellom pasient og sykepleier er preget av effektivitetskrav. Det er en slags tilstand av ”nød”. Det er ikke nok pleiere til å ta seg av pasienten, eller ”gjenstanden” som sykepleieren sa.

Det er forskjell på hensikten med omsorgen og omsorgens hensikt. Dette peker mot forskjellen på formålrasjonelle handlinger og omsorgsrasjonelle handlinger. Ved formålrasjonell handling er målet utenfor handlingen, egnede midler brukes til å oppnå et resultat atskilt fra handlingen. Ved omsorgsrasjonelle handlinger er omsorgen formålet i seg selv, det er mål og middel på en gang (Løvlie 1990:50). Den moderne institusjonsomsorg kan ikke ensidig bygge på omsorgens bruk og funksjon, som formålrasjonalitet, men må bygge på omsorgens tilstedeværelse (Løvlie 1990). Slik blir formålet med sykehuset, helsehjelp og behandling ikke det eneste men det samtidige med omsorgshandlinger, omsorgens hensikt som er omsorgsrasjonalitet.

De siste 10- 15 årene har det foregått en markedsgjøring av samfunnet. Statlige virksomheter underlegges markedets prioritering basert på tilbud og etterspørsel. Lønnsomhet og økonomiske interesser står i sentrum. Det blir et samfunn hvor privat sektor gjør som den vil og offentlig sektor gjør som den får beskjed om hvis det er midler igjen, etter at markedsprinsippene har gjort sitt. Statens organisering av kollektive oppgaver og tjenester løses innefor markedet med produkter (helsepersonell) og kunder (pasienten). Dette er kommersialiseringens epoke (Vetlesen 2001).

Habermas så to farer ved det moderne samfunn (Andersen og Kaspersen 2000, Wallace & Wolf 1995). I tillegg til kolonialiseringstenen hvor instrumentell rasjonalitet tar over for kommunikativ rasjonalitet i livsverden, så Habermas et forfall i den borgelige offentlighet, på grunn av kommersialisering. Utviklingen av en borgelig offentlighet<sup>55</sup> med politisk meningsdannelse: en resonnerende offentlighet, sammenfaller med utviklingen av kapitalistisk markedsøkonomi og borgelige rettsstater. Samfunnet differensieres i sfærer: familien, staten og offentligheten. Det blir to former for offentlighet, staten og den borgelige offentlighet. Den borgelige offentlighet er ikke status avhengig men argumentets autoritet blir bestemmende. Øvrighetens maktutøvelse diskuteres i den borgelige offentlighet.

---

<sup>55</sup> Fra føydalsamfunnet på 1700 tallet.

Sosiale bånd konstrueres via språket, via en argumentativ diskurs. Men den borgelige offentlighet ble aldri fullt ut realisert i overgangen fra en liberal kapitalisme til en regulert kapitalisme. Den kommunikative diskurs erstattes med konsum og den offentlige debatt blir underholdning, ikke et diskusjonsmedium. Dette er en trussel mot demokratiet.

Meningsutveksling blir underholdning som tjener kommersielle interesser og ikke demokratiske interesser (Andersen og Kaspersen 2000, Gjengedal 1997).

I kommersialiseringens epoke (Vetlesen 2001) er hensikten for enhver organisasjon å tjene penger. Dette betyr at man kan miste øye for de viktige verdier som er nedfelt i helsepolitikken og lovverket. Vi så i Stortingsmelding nr.26 (1999 – 2000) ”Om verdier for den norske helsetjenesten” at det primære for helsetjenesten er styrking av menneskeverdet. Målet er en mer pasientorientert helsetjeneste med vekt på respekt og nestekjærlighet. Pasientens behov skal stå i sentrum. Handlingene skal være i samsvar med den andres behov uten å ta hensyn til om det er til nytte for samfunnet. I praksis kommer disse normative verdiene i konflikt med økonomiske verdier.

Samfunnet har utviklet to forskjellige omsorgssystemer. Den private og uformelle omsorgen og den offentlige formelle omsorgen utført av profesjoner (den profesjonelle omsorg). Sistnevnte har vært utsatt for kritikk for å være regelstyrt, kald og oppgaveorientert (Jensen red.1990). Omsorgsformen i det private har blitt opphøyet som moralsk målestokk for den offentlige omsorgen. Privat omsorg viser til nærhet og innlevelse. Forsøk på å løse denne forskjellen har resultert i at man har prøvd å skyve ansvaret (eksportere) tilbake til det private felt. Med fokus på blant annet selvhjelpsgrupper og frivillige organisasjoner med offentlig støtte. Eller at man har hentet (importere) omsorgsidealer fra det private inn i det offentlige felt (Jensen red.1990:11). På et kunnskapsmessig nivå har den profesjonelle omsorgen blitt supplert med omsorgsmodeller fra hverdagslivet. I dag er skillet mellom den offentlige og den private omsorgsformen blitt mer utvisket (Jensen red.1990). I neste avsnitt vil jeg se på Habemas sin tese om kolonialisering av livsverden.

## Kolonialisering av livsverden

Det har blitt hevdet at det eksisterer en omsorgskrise, i betydningen omsorgens vilkår i helsevesenet (Gjengedal 1997). En omsorgskrise i dagens helsevesen kan forklares ut i fra et system hvor helsearbeiderne belønnes for effektivitet, målbare resultater og tekniske

ferdigheter. Dette på bekostning av menneskelig engasjement og lydhørhet for pasienten (Gjengedal 1997:151). Vi har nettopp sett i dette materialet at sykepleierne er frustrerte over at ”det hele tiden skal spares på pleiesiden, ovenfor pasientene”. De skal ha ”minimumsbemanning hele tiden”, og ”...det er veldig upersonlig...det går fortere og fortere”.

En omsorgskrise kan også knyttes til forventninger og ressurser som har blitt omtalt som kriser isolert sett. Stadig nye behandlingstilbud øker befolkningens tiltro til hva som kan behandles. Troen på eksperter som kan løse alt. Behandling og utstyr koster og det blir derfor et spørsmål om å prioritere innenfor knappe ressurser, da disse ikke er ubegrenset. Det kan også være et spørsmål om en fordelingskrise. Ny teknologi og medisinsk utvikling øker behovene. Samfunnet må derfor ta stilling til når kostnadskrevende behandling skal benyttes (Gjengedal 1997). Sammen med mangel på forståelse for pasientens lidelse, som den biomedisinske sykdomsmodell har ført til med et reduksjonistisk menneskesyn, har forventnings- og ressurskrisen bidratt til utviklingen av en omsorgskrise. Disse samfunnsstrukturer kan ikke helsearbeideren endre alene (Gjengedal 1997).

Vi har sett i punkt 4.2 og 5.1 at omsorg bygger på erfaringsdannelser fra det daglige liv. Moralen og rasjonaliteten som kjennetegner omsorg er annerledes enn den formålrasjonelle handling. Utøvelsen av omsorg krever en etisk kompetanse og praktisk visdom (Loftager 1990:315, Martinsen 2003a). Omsorg er typisk for livsverden. Livsverden er den primære etiske sfære med mellommenneskelig meningsdannelse, felles normer og ekspresive relasjoner. Her utvikles innsikt og oppfattelse av rett og galt (Bakken 2001). Omsorgsidealet hos sykepleierne utøves innenfor rammene av systemverden, i den statlige byråkratiske helsetjeneste. Systemverdenen er de vitenskapelige, tekniske og administrative handlinger som er styrt av en instrumentell logikk med mål-middel tenkning i relasjonene, vi får objektgjøring og kalkulering (Bakken 2001). Systemverdenen er upersonlig og formell. I hvor stor grad kan kvaliteter som tilhører livsverden realiseres innenfor systemverdets sammenheng? (Loftager 1990).

Omsorgskrisen kan forstås i lys av Habermas sitt begrep om instrumentell rasjonalitet (Gjengedal 1997). Habermas teori om utviklingen av det moderne samfunn viser at den

kommunikative rasjonalitet er truet av den instrumentelle rasjonalitet. Livsverden som er den private sfære bygger på kommunikativ rasjonalitet og verdier her er forskjellig fra den offentlige sfære, systemverden med verdier som målrasionalitet eller instrumentell rasjonalitet (Gjengedal 1997, Wallace & Wolf 1995). Institusjonalisering visker ut skillet mellom den private og den offentlige sfære. Målrasionaliteten ved markedsøkonomi og byråkratisering fortrenger den kommunikative rasjonalitet. Dette kalles systemverdenens kolonialisering av livsverden (Wallace & Wolf 1995). Eller med andre ord måloppnåelse innenfor økonomiske rammer invaderer det personlige i nære relasjoner og skygger for ivaretagelsen av hverandre. Den instrumentelle rasjonalitet blir en dominerende verdi.

De endrede samfunnsforhold med vekt på markedsprinsipper i velferdsstaten gjør det vanskelig å realisere verdier tilhørende livsverden. Velferdsstaten skulle sikre basale behov ved en stabil økonomisk utvikling, men staten har også en blandingsøkonomi med regulering av marked. Spørsmålet er om en ekspansjon av stat og marked er av det gode når den stadig beveger seg inn i dagliglivets sfære? Disse aktiviteter som omsorg er av en slik karakter at de ikke kan inngå i en økonomisk nyttetenkning eller bli styrt av statlige direktiver og regler. Fordi omsorgens grunnlag da ikke er tilstede. Men det er dette som skjer (Loftager 1990:318).

Den profesjonelle sykepleie forgår i statlig regi og reguleres etter lover og direktiver og vil da få systemkarakter. Pasienten møter en kompleks helhet av behandlingmessige og administrative rutiner, hierarkiske autoritetsforhold og profesjonsinteresser (Loftager 1990:326). Er det en illusjon å tenke seg at den profesjonelle sykepleie i helsevesenet kan foregå på andre premisser enn den instrumentelle rasjonalitets premisser? Har omsorgen og moralen muligheter i den instrumentelle verden? Sykepleien som utøvende fag kan ikke bare reduseres til instrumentelle handlinger, nettopp derfor er det mulig med også kommunikativ rasjonalitet i systemverden. På den annen side er det også slik at sykepleierens praktiske og teoretiske verktøy – sykepleieprosessen, som er en problemløsende metode har karakter av instrumentell rasjonalitet som tilhører systemverden (Loftager 1990). I forhold til kolonialiseringstesen om at systemverden spiser opp livsverden kan man si at systemverden går i retning av å fortrenge livsverden men at dette ikke skjer fullt ut. De lever side om side og forholder seg til hverandre (Loftager 1990). Erfaringene i mitt materiale viser at

oppgaveorienteringen er stor. En sykepleier uttrykker dette slik når hun forteller at sykepleieprosessen er todelt og det er mange forhold å legge vekt på:

Det er det menneskelige: kommunikasjonen, den syns jeg er veldig viktig. Men samtidig er den andre delen av sykepleieprosessen veldig viktig. Vi må kartlegge, evaluere, og utføre oppgaver hele tiden. Det går jo veldig på det, her på kirurgen. Du blir jo flink til å se det praktiske. Det er to sider av sykepleieprosessen, den praktiske og kommunikasjonen. Men jeg vil si at jeg syns ofte her hvor det går så fort, at kommunikasjonen ikke blir så stor del som man skulle ønske.

I forhold til disse utsagnene ser det ut som instrumentell rasjonalitet tar stor plass i arbeidet og at kommunikasjon, det menneskelige, ikke får den plassen som sykepleieren ønsker seg. Samtidig uttrykker sykepleierne i dette materialet at penger og effektivitet har kommet veldig i fokus og at dette tar over alt: ”økonomien styrer alt”. Vi har sett i dette materiale at sykepleierne utøver i stor grad helhetlig omsorg for sine pasienter selv om den blir begrenset av økonomiske betingelser. Pasienten blir tenkt ”som en gjenstand”, ”det går fortere og fortere”. Slik sett er systemverden og instrumentell rasjonalitet dominerende og tilsidesetter kommunikativ rasjonalitet. Kommunikativ rasjonalitet som gjensidig omsorgsforståelse. Det blir mer et ønske og ikke systematisk tilstede i arbeidet. Gjengedal (1997) mener den kommunikative rasjonalitet likner sykepleiens omsorgsrasjonalitet selv om den siste er mer omfattende. Omsorgsrasjonalitet er hele handlingen og ikke bare det artikulerte. Det er også slik jeg tolker Martinsens (2003a) forståelse av omsorg hvor omsorg er en sosial relasjon hvor man viser omtanke for hverandre i det praktiske arbeid. Hjelpen gis ut fra situasjonen til den andre og hjelpen er betingelsessløs. Omsorg omfatter hele handlingen.

En sykepleier uttrykker forholdet mellom praktiske oppgaver og omsorg slik: ”Det bør være slik at du klarer å se alle sidene ved et menneske”. Hun sier også: ”At du ikke bare gjør de robotaktige tingene, ”nå skal jeg skifte såret ditt”, hvis du har for mye sånne dager, da er det sånn at jeg gruer meg. Da kjenner jeg det i magen. Dagen må gjerne være hektisk, jeg liker å bevege meg, liker ikke å sitte, å ikke ha noe å gjøre, men jeg liker at vi har tid til å gjøre hver oppgave ordentlig”. Et sårskift er ikke bare en mekanisk prosedyre som sykepleieren skal gjøre fortest mulig. Hun ønsker å gjøre denne ordentlig og å tilnærme seg pasienten gradvis som et helt menneske og ikke som et objekt. Hun sier hun ”kjenner det i magen”. Altså føles det ikke riktig. De strukturelle og organisatoriske rammer er viktig for kvaliteten på

sykepleien. Slik at sykepleie *ikke* blir å ”gjøre de robotaktige tingene”. Fagets innhold og ulike aspekt avgjør ikke alene omsorgens helhetlige nivå, den krever derfor en systemverden som ikke fortrenger omsorgen.

For øvrig er det nok ikke mulig å realisere den grenseløse omsorg som man finner i de nære og uformelle relasjoner i livsverden, innenfor høyt spesialiserte sykehus (Loftager 1990). Det er derfor *en* grense for hvor mye omsorg som kan utøves i systemverden. Fordi sykehus institusjonen ikke kan miste sin systemkarakter, effektiv produksjon (behandling), ved formalisering og standardisering. Sykepleie som omsorgsutøvelse er ikke umulig i systemverden, men den er begrenset (Loftager 1990). Mitt materiale viser at omsorgen er begrenset når det gjelder å ha en plass i arbeidet, utfoldelsen og utøvelsen blir hindret. I neste avsnitt vil jeg se nærmere på konsekvensene av kolonialisering av livsverden.

### **Instrumentalisering av relasjoner**

Evnen til moralsk ansvarlighet, solidaritet og omsorg læres i livsverden i det daglige liv. Grunnlaget for utvikling av omsorg og erfaring ligger i livsverden. Når systemverden kolonialiseres livsverden vil ikke omsorgskompetansen som kan hentes ut herfra være like stor og selvfølgelig. Forutsetningene og kvalifikasjonene for å bry seg om andre kan ikke læres i utdanningen, det må være der fra før (Loftager 1990). Omsorgskompetansen vises i praksis men den læres også i det praktiske liv, gjennom måten mennesker tar vare på hverandre i nære relasjoner. En sykepleier uttrykker omsorgskompetanse slik:

Det er viktig å ha god omsorgsvilje i forhold til pasienten. Men det er jo det å ivareta pasienten der og som blir viktig, både det medisinske og, hva skal jeg si, det psykologiske og fysiske. At du ivaretar alle sidene ved et menneske. At du ikke fokuserer så mye på en side, at du glemmer å ta med de andre. At du har et helt åpent øye på alt, at du tar med alt... sånn at du får et holistisk, er det, det, heter! At du ikke blir veldig enspora.

Denne omsorgsviljen og helhetstenkning rundt menneskes behov kan svekkes av en omgripende systemverden, som vi har sett i det foregående. Hvis utdannelsen skal prøve å kompensere for dette må praktiske læreprosesser bli en større del av utdanningen (Loftager 1990). På den annen side så vi i del 5.1.2 at den kvinnelige omsorgshabitus eller omsorgskompetanse ikke gjennomgår en forsterkende sosialisering i møte med utdannelsen.

Møte med utdannelsen representerte et brudd fordi utdanningen er en del av en systemkultur hvor den profesjonsrettede habitus blir en ”vitenskapelig” habitus. Dette innebærer en behandlingsrettet rasjonalitet (Eriksen 1995). En omsorgsvilje som sykepleieren i dette materialet sikter til, kan i lys av at dette ikke hente særlig grunnlag fra utdanning og praksis. Eriksen (1995) fant på den annen side i sin undersøkelse at omsorgshabitus som før - bevisste omsorgskoder fungerer kompenserende i den instrumentelle systemverden. En omsorgsvilje som ”er der fra før” (Loftager 1990) synes avgjørende for utøvelsen av omsorg i systemverden. I tillegg har vi den faktor at rekrutteringsgrunnlaget til sykepleiefagert er synkende. Den kvinnelige omsorgshabitus er i endring på grunn av de strukturelle samfunnsendringer for kvinner i vår tid (Bakken 2001).

Vetlesen (2001) mener at dyder kan anses som en nødvendig del av og en forutsetning for omsorg. Handlinger som er rettet mot det gode for andre. Dyder er egenskaper ved personer, som rettskaffenhet, mot, ærlighet og integritet. De utvikles og erverves i praksis. Omsorg er avhengig av dyder, at individer lykkes med å tilegne seg dyder som gir ansvarsfølelse for andre. Sosiale praksiser fremmer dydenes kultivering. Men sosial praksis gjennomgår store strukturelle forandringer (Vetlesen 2001), som vi har sett med markedsgjøring og fokus på instrumentell rasjonalitet. Sosial praksis kan endres i retning av at den ikke er egnet som arena hvor omsorg utøves – dyder som fremmer ansvarsfølelse (Vetlesen 2001:282).

En sykepleier uttrykker forholdene i praksis slik: ”Pasientene var lenger i avdelingen før, før de reiste hjem. ...de fikk mer tid på å komme seg...det går i operasjoner, også ut og så inn, og så nye operasjoner”. Hun sier: ”Men du hører jo rett som det er at: ”nå er det så og så mange pasienter, nå må så og så mange reise i dag”. Litt den stilen der”. Hun er opprørt over at man ”får mindre og mindre tid....At det går på samleband. Jeg syns at det er ganske uverdige i perioder. Måten man behandler, det er mennesker det er snakk om. Og eldre mennesker som har det kanskje veldig vanskelig hjemme. De blir sendt hit og dit... Og det syns jeg ikke er riktig at det skal være sånn. Selv om man prøver å holde igjen”. Sykepleieren opplever at det er et press på å sende pasienter hjem men hun prøver å holde igjen.

En annen sykepleier uttrykker forholdene slik: ”Jeg syns jo noen leger ikke har helt forståelse for hvilket nivå pasienten er på for eksempel. Tilskriver pasientene et bedre funksjonsnivå

enn det han har. For å få han videre i systemet, altså vi kan være uenig om hva dem skal planlegge videre for pasienten...vi som har pasienten 24 timer i døgnet vi kan jo godt være uenig om at pasienten, kan reise hjem for eksempel". Sykepleieren opplever at pasientene blir tilskrevet et bedre funksjonsnivå for å få pasienten videre i systemet.

Systemverdens kolonialisering av livsverden var Habermas sin forklaring på demokratiets svekkede stilling igjennom økende markedskrefter og kommersialisering. Men kolonialisering av livsverden kan også forklare tendensen til omsorgskrise i de vestlige samfunn Gjengedal (1997). Konsekvensene for sykepleiefaget ved kolonialiseringen av livsverden, er en instrumentalisering av relasjoner Bakken (2001). Ivaretagelse av mennesker får preg av å eksistere uavhengig av normer. Omsorgen er truet når målet for koordinering av handlinger innenfor sykehus blir effektiv målstyring. Som sykepleieren sa "det bør være slik at de klarer å se alle sider ved et menneske" og "at du ikke bare gjør de robotaktige tingene". Vi så også i del 5.1.1 at sykepleie ble oppfattet som en utdypende relasjon. Meningen var ensbetydende med å være hos pasienten da kan sykepleieren hjelpe pasienten på en ikke instrumentell måte. Hun så seg selv i en gjensidig hjelpende relasjon hvor pasienten som et subjekt ble viktig. Det er ikke systemverdenens instrumentelle rasjonalitet i seg selv som er problematisk. Men når denne får virke alene. Når mennesket ikke kan skille mellom målrasjonelle handlinger og kommunikative handlinger, særlig i dagliglivet, ikke bare på ekspertenes arena, trues livsverden av meningstap og normoppløsning. Sentrale verdier knyttet til livsverden som omsorg må derfor få en anerkjent plass i arbeidet (Bakken 2001).

Så spørsmålet er om den instrumentelle rasjonalitet, både som kunnskap, verdi og mål får råde alene? Sykepleierne i dette materialet opplever at "økonomien styrer alt" og min tolkning er at økonomien begrenser handlingsmulighetene i forhold til utøvelsen av et helhetlig menneskesyn i omsorgshandlingene. I forhold til perspektivet om et helhetlig menneskesyn er det ikke rasjonelt (fornuftig) å spare eller tjene penger som en dominerende verdi i sykehuset.

Vi har sett at pleie og omsorg mellom mennesker tilhørende livsverden eksisterer innenfor markedsløggens prinsipper i systemverden, å gi flest mulig omsorg på kortest mulig tid! Dette bringer med seg konsekvenser for sykepleierens handlingsmuligheter. Jeg vil gå



nærmere inn på dette i neste avsnitt, og se på hvordan Vike (red.2002) forstår det i den norske velferdstaten.

### *Desentralisering av dilemma<sup>56</sup> – ytelseskrav og yteevne*

Vike (red. 2002:67) definerer dilemma som opplevde motsetninger mellom moralske krav og andre krav som ikke kan forenes. Dilemmaet her er en motsetning mellom kravene og kapasiteten i organisasjonen. Makt og ansvar splittes opp. Det er stor avstand mellom statlige myndigheter og de enkelte yrkesutøvere hvordan dette oppleves og erfares på kroppen. For storting, regjering og ledelse blir problemet definert som et økonomisk og administrativt kapasitetsproblem. For de som jobber nærmest brukeren/pasienten/klienten og jo lenger ned man kommer i organisasjonen, fremstår kapasitetsproblemet som et konkret etisk og menneskelig dilemma. Motsetningen mellom ytelseskrav og yteevne (dilemmaet), er på dette nivå ikke abstrakt og formelt (Vike red. 2002).

En sykepleier uttrykker motsetningen slik: ”Enkelte dager er en katastrofe”. Da er det vanskelig å føle ”at du gjør en god jobb”, sier han. Informanten sier han ikke kjenner økonomien, ”og jeg skjønner det heller ikke”. Han sier han ser hva som skjer med pasienten ”og at han må reagere på det og da har jeg på en måte, ikke fri hånd til å gjøre det som jeg syns er riktig. Jeg må tilpasse meg til situasjonen på posten hver dag. Hvor mye folk har vi. Hva slags tiltak kan vi gjøre i dag. Hva kan vi rett og slett ikke gjøre!”. Informanten forteller at denne situasjonen skaper stress og han blir helt utslitt. Når han er stresset blir han utålmodig: ”Da har jeg ikke tid til å sette meg på sengekanten å snakke til den gamle, en dame som ikke vil ta sine tabletter. Eller jeg har ikke tid for å vente lenge på en pasient som trenger infusjon<sup>57</sup>, eller når pasienten ikke er tilstede når det er visitt. Da får ikke pasienten snakket med legene den dagen. Legene har det også travelt”. Dette kan føre til kranling med pasientene. Han sier at dette ikke er riktig. Men at han ”må gjøre de viktigste tingene”.

De viktigste ”tingene” for sykepleieren er ikke nødvendigvis de viktigste ”tingene” for pasienten. Informanten bruker beskrivelsen katastrofe. Dette kan tolkes som om situasjonen oppleves som svært vanskelig og kritisk. Sykepleieren ser hva som skjer med pasienten og han har ikke ”fri hånd” til å møte pasienten ut i fra hva han vurderer som riktig. Han må

---

<sup>56</sup> Vike mfl (2002) bygger på Heidi Haukelien (2000). *Kall og byråkrati. Omsorgsideologier og omsorgspraksiser blant sykepleierne*. Hovedoppgave. Universitetet i Oslo. (Vike mfl 2002)

tilpasse seg ressurser på posten hver dag. Dette påvirker uforutsette situasjoner og relasjonelle sider ved arbeidet (som ikke lar seg klassifisere i DRG systemet), som den gamle damen som ikke vil ta sine medisiner eller pasienten som ikke er tilstede ved visitt. Det er da også vanskelig å utøve ”Pasienten først!” (NOU 1997:2) prinsipper som helhet, lydhørhet og vennlighet, med utgangspunkt i pasientens situasjon. Eller sykepleierens ønske og vurdering om helhetlig omsorg. Sykepleieren må vurdere situasjonen ut i fra knappe vilkår i praksis. Vi ser at praksis dreier sykepleieren mot å utøve et reduksjonistisk menneskesyn. Fikk den gamle damen tatt sine medisiner og hvordan?

Gjennom rettighetslovgivningen har alle krav på helsehjelp når de trenger det. Denne helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull. Men de økonomiske styringsmekanismer forventer at det skal være en økonomisk avgrensning ved å kontrollere og styre ytelser og tjenester. Det oppstår et motsetningsforhold mellom det som kan avgrenses og det som ikke kan avgrenses (Vike red. 2002). Pasientene kan ikke avgrenses for de har rett til og krav på hjelp. Sykepleieren og andre er pliktige til å hjelpe. Det økonomiske grunnlag er derimot avgrenset, organisasjonen som helseforetaket skal kontrollere og styre (helse) ytelser som tjenester. Den kan ikke bruke flere midler enn den har til rådighet. Derfor oppstår det et misforhold mellom ytelseskrav og økonomisk yteevne (Vike red. 2002).

Disse tjenester er helsetjenesten som er arbeidet til sykepleierne, legene og andre. Handlingene foregår i møtet i mellom helsepersonell og pasienten. Det er menneskets lidelse og behov som er det sentrale i møtet. Derfor handler dette også om samvittighet, identitet og moral. Sykepleieren og andre opplever et misforhold mellom det de faglig bør gjøre og hva de menneskelig sett ønsker å gjøre, og hva som er de faktiske økonomiske ressurser (Vike red. 2002). På individnivå opplever sykepleieren dette som et identitetsproblem og følelse av utilstrekkelighet. Problemene oppleves og erfares på individnivå og ansvaret blir også plassert der. Dette mener Vike (red. 2002) er feilaktig og at misforholdet må settes i sammenheng med organisasjonenes betingelser og virkemåte. En sykepleier uttrykker misforholdet slik:

Personalsituasjonen er et stort problem. Jeg skjønner ikke så riktig hvorfor man må spare så mye med personal. Men det virker også inn på min jobb, at jeg har mindre tid

---

<sup>57</sup> Væske eller medisin som infunderes, gis rett i blodårene/intravenøst (egen forklaring).

for pasienter. Også blir det dårligere stell. Rett og slett. Det er ikke bare med stell, med vask av pasienten, det blir også for meg samtalen om sykdom. Eller når man ser de har problemer, psykiske problemer. Ofte hjelper det at man setter seg fem minutter på sengekanten og snakker litt med dem.

Sykepleieren opplever at det blir dårligere stell, men det går også utover samtalen om sykdom. Sykepleieren forvalter organisasjonens grenser, det vil si de grenser som egentlig ikke finnes, møtes og får sitt konkrete resultat i samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Fordi sykehuset som organisasjon har en grenseløs ambisjon om universell omsorg (Vike red.2002). Sykepleieren bærer organisasjonens grenser i kroppen, hvor hun skal imøtekomme to motstridende prosjekter samtidig, økonomisk og administrativ avgrensning på den ene siden og å imøtekomme pasientenes behov på den andre siden som ikke lar seg avgrense. Velferdsstaten<sup>58</sup> spesielle organisasjonsdynamikk er at ”den gjør flere motsatte ting samtidig” (Vike red.2002:14). Sykepleierne er utsatt for og utsetter seg selv for makt. De tar ansvar for det organisasjonen har forpliktet seg til å gjøre men som den i prinsippet ikke har råd til å gjøre. Som jeg viste i forrige avsnitt, sykepleierne mente at det var viktig ”å ha god omsorgsvilje i forhold til pasienten”. Deres lojalitet til oppgavene blir en illojalitet mot organisasjonens mulighet for avsløring (misforhold mellom krav og evne), organisasjonens paradoks. Organisasjonen overlever videre, den reproduseres av sykepleiernes avmakt og miskjennelse av objektive maktstrukturer (Vike red.2002).

Sykehuset som organisasjon kan derfor betraktes som et asymmetrisk samspill mellom to verdisystemer. En forutsetning for dette samspill er at aktørene ser det annerledes. Sykepleierne strekker sin arbeidskraft på grunn av den selvforståelsen som springer ut av faget. Vilårene for sykehusets effektivitetsøkning reproduseres ”som synliggjøres i et symbolsystem som skjuler sine egne spor og framstår som et aspekt ved medisinsk behandling” (Vike red. 2002:130). Sykepleierne sikrer en fleksibilitet som utgjør en buffer i organisasjonen. Det økonomiske styringssystemet gjør den medisinske virksomhet entydig og avgrenset. Sykepleierne gjør sykehuset tøyelig og absorberer overskudd av ansvar fra det uklassifiserbare arbeidet. I møtet med pasienten blir sammenstøtet av to motsatte verdier virkelig og sykepleieren føler personlig ansvar. Sykepleierne skaper et verdioverskudd ved å løpe fortere mens de forsøker å kompensere ovenfor pasienten (Vike red.2002). I det etterindustrielle samfunnet har sosialdemokratiske institusjoner brutt sammen. Dette er

forårsaket av en liberal markedsøkonomi og en politisk opinion ”som henter vesentlige erfaringer fra markedsrelasjoner og en universell omsorgsambisjon som ikke lenger har finansielt og organisatorisk grunnlag” Bakken (2001:169).

Vike (red. 2002) mener at konteksten for omsorg som er den politiske økonomi miskjennes og blir subjektivt og moralsk virkelig for sykepleieren (identitetsproblem), sykepleierne internaliserer organisasjonens kapasitetsproblem. Man kunne si at det er en utilsiktet konsekvens (latent funksjon)<sup>59</sup> at pasienten ivaretas med helhetlig omsorg (begrenset), i dobbel forstand, på grunn av sykepleierens miskjennelse av de objektive maktstrukturer. Kvinnene ser ikke selv at de rommer en grenseløs og fleksibel verdi. Men velferdsstaten ser heller ikke at den rommer i seg en stilltiende, uartikulert, taus og usynlig forventning, om at ”kvinner er noe for seg selv ved å være noe for de(n) Andre” (Vike red.2002:143). Konsekvensene er dermed også uerkjente på to nivåer, individ og samfunnsnivå, mikro og makro nivå.

Formelt ble sykepleiefaget selvstendiggjort med autorisasjonsloven i 1948. Men sykepleien ble underordnet medisinen når det gjelder myndighet og ansvar. I den verdslige sykepleien stiller sykepleieren sitt liv til rådighet for de(n) lidende Andre og legen. Herren i himmelen ble byttet ut med herren i medisinen (Bakken 2001:58). Man kan fortsette her å si at ”Herren” i medisinen har fått en ledsager og det er ”Herren” i markedet. Forskjellen er at *alle* er underlagt Herren i markedet. Dette innebærer at økonomiske føringer sammen med legenes kunnskaps- og maktgrunnlag, ”leverer” de viktigste premissene for hvordan sykepleieren kan ivareta pasienten. Vike (red.2002) mener at sykepleierne strekker seg og sikrer pasientene omsorg, noe også sykepleierne i dette materialet klarer, de sikrer et visst omsorgsnivå. I del 5.1.1 så vi at de ønsket å se alle sidene ved pasienten, ”tenke hele pasienten”. Men det økonomiske kapasitetsproblem gjør at handlingsmulighetene begrenses i forhold til å møte pasienten ut i fra et helhetlig menneskesyn. I neste avsnitt vil jeg se på det som kan betegnes som et ubegrenset ansvar for sykepleierne, som forklarer noe av grunnen for at sykepleierne utgjør en fleksibel arbeidskraft i organisasjonen.

---

<sup>58</sup> Vike (red. 2002) tar for seg velferdstatens utvikling i etterkrigstiden.

## *Ubegrenset ansvar*

Sykepleierne arbeider ut i fra et humanistisk<sup>60</sup> og flerdimensjonalt menneskesyn.

Sykepleierne lærer og har som ideal at deres ansvar ovenfor pasienten har en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon. På grunn av stort press i det daglige arbeid er menneskesynet og verdigrunnlaget som skal være retningsgivende for praktisk omsorgsarbeid, blitt stående som et ideal og ikke som en reel basis for praksis (Barbosa da Silva red. 2006: 235). Et humanistisk og flerdimensjonalt menneskesyn er sammenfallende med et helhetlig menneskesyn som ser en indre vekselvirkning mellom individ og samfunn, hvor mennesket er et subjekt og et objekt på en gang (Hammerlin og Larsen 1997a).

Helhetstenkningen hos sykepleierne innebærer et ubegrenset ansvar (Vike red. 2002: 120). Sykepleieren etterstreber en helhetlig tilnærming til pasienten på individnivå hvilket er i samsvar med pasientens behov og de målsettinger om ikke å bare se pasienten som et kasus. På hvilken måte gir helhetstenkningen et ubegrenset ansvar? Sykepleieren har ansvar for det fysiske, det psykiske, det åndelige og det sosiale dimensjonen. Andre yrkesgrupper konsentrerer seg fortrinnsvis mot avgrensede deler ved pasienten som de behandler. De har dermed større mulighet til å sette grenser for sin virksomhet, uten å la seg presse av knappe ressurser og havner ikke i en situasjon hvor ivaretagelse av pasienten står og faller på sine egne handlinger (Vike red. 2002). En sykepleier uttrykker presset i det daglige slik:

Dessverre så går man ofte hjem, med den følelsen der. Man prøver gjerne å finne noen andre som kan ta over litt. Hvis det er en hjelpepleier, man kan si at: ”nå har ikke jeg fått vært så mye, kan du se til den pasienten for meg!”. Det hender også at vi sier i fra (til pasienten): ”...beklager at jeg ikke har fått mulighet til å være hos deg, så mye i dag som jeg ønsker”. ... gi en grunn for det. Jeg tror nok at de skjønner det. De ser at det er travelt, de dagene det virkelig er travelt. De fleste har god forståelse for, de vet at vi ville gjerne ha gjort mer, hvis vi hadde kunnet.

Helhetsperspektivet som er et ideal for sykepleieren gir på mange måter en utilsiktet konsekvens med hensyn til ansvar i organisasjonen. På organisasjonsnivå blir resultatet en

---

<sup>59</sup> Robert K. Mertons begrep om manifeste og latente funksjoner (konsekvenser). For hvem! Man må skille mellom funksjoner og dysfunksjoner, skadelige konsekvenser. Det går også et skille hvorvidt funksjonene er intenderte eller uintenderte. Erkjente eller uerkjente (Andersen & Kaspersen 2000, Wallace & Wolf 1995).

<sup>60</sup> Humanistiske menneskesyn, både profane og religiøse er karakterisert ved at de setter mennesket i sentrum. Mennesket sees på som fornuftig, mennesket har fri vilje og menneske sinnet er potensielt godt. Humanisme i denne sammenheng refererer til en filosofisk retning, renessansehumanismen, som oppstod i Europa under renessansen, på 1300-1500 tallet (Barbosa da Silva 2006:62).

ansvarsoversvømmelse. Sykepleieren håndterer det arbeidet som ingen har tatt høyde for i styringsverktøyene (ISF og DRG) (Vike red. 2002). Det er også mange uforutsette konsekvenser av at sykehuset behandler flere pasienter enn før. Arbeidet til sykepleierne intensiveres. Sykepleierne kan ikke avgrense seg fra pasienten faglig og de får mer å gjøre når de tar over oppgaver for legene. De utgjør dermed en fleksibel arbeidskraft (Vike red. 2002) som jeg var inne på i forrige avsnitt.

Vikes (red. 2002) analyser mellom kjønn, fag og system viser at velferdsstatens uavgrensethet (universell omsorg) former møtet mellom pasient og sykepleier. Omsorgsutøveren får objektstatus (Vike red.2002:142). For å imøtekomme behovene hos pasienten og effektivitetskrav fra staten annulleres grensene i sykepleieren (Vike red.2002). Grensene sprennes i forsøket på å utøve helhetlig omsorg. Dette muliggjøres gjennom at den kvinnelige omsorgshabitus utgjør en betydelig omsorgsressurs (reservoar). Omsorgsarbeidet er preget av andre verdier enn resultater, snarere vedlikehold, stillstand og tilbakegang<sup>61</sup>. Det kvinnelige reproducerer seg selv ved å svare på andres behov for ivaretagelse. Altså å stille seg selv til rådighet for de(n) Andre, utover og innenfor de manglende grenser som sykehuset eller organisasjonen stiller med (Vike red.2002).

Sykepleiernes fleksible arbeidskraft (Vike red.2002) har i mitt materiale vist, at de motarbeider et reduksjonistisk menneskesyn fra å bli enerådende i sykerommet. Sykepleieren som objekt sikrer i en viss grad pasienten som et subjekt i sykerommet. Kan pasienten klare seg uten den kvinnelige omsorgshabitus? Er det den kvinnelige omsorgshabitus som holder pasienten sammen som en helhet? Ja, sett ut i fra velferdsstatens ambisjon om universell omsorg i et marked med pasienter som har forskjellig pris, er forskjellen fra det ”egentlige” marked at pasienter ikke kan ekskluderes. ”Pasientmarkedet” er uendelig og forbruket av den kvinnelige omsorgshabitus trer tydelig frem. Helsetjenesten er ikke en avgrenset tjeneste. Det er den kvinnelige omsorgshabitus som kompenserer for dette. Velferdstaten er avhengig av at kvinner tar seg av ”de ”verdiløse rester” av arbeidsoppgaver knyttet til pasientgrupper som gir lite økonomisk uttelling”(Bakken 2001:170). Sykepleieren og pasienten blir et objekt for hverandre, fordi materialet i denne oppgaven viser at sykepleieren dreies mot utøvelse av et reduksjonistisk menneskesyn i praksis og blir selv et objekt i organisasjonen.

---

<sup>61</sup> Vike mfl (2002) bygger her på Kari Wærness (1999).

Velferdsstatens legitimitetskrise (at staten ikke oppfyller det den lover) absorberes ved kvinnenens habitus i sykepleietjenesten. Omsorgshabitus er ”strukturert i forhold til det å ta seg av en ”evig” handlingsstrøm av ikke-strukturerte krav, være tilstede kroppslig og mentalt, ...empatisk nærhet, ta ansvar for andre...” (Bakken 2001:171). Forutsetningen for å mestre denne situasjonen er den samme som løsningen på den, å tilsidesette seg selv slik at virkeligheten blir som den burde være når man er innesperret i ressursknapphetens dilemmaer (Bakken 2001). Det arbeidet og den omsorgskompetanse som tidligere foregikk innenfor familieinstitusjonen, fortsetter i en offentlig institusjon (funksjonstømming), ikke bare med lav lønn og lite verdsatt (Bakken 2001), men vilkårene for i det hele tatt å utøve omsorg, er svært marginalisert. En sykepleier uttrykker dette slik:

Men folk liker jo ikke å bare være et brukket ben heller. Vi har mange gamle som trenger, det er ikke lenge siden en dame, som var veldig dement som kom opp her. Lå lenge med lårhalsbrudd, og ventet og ventet på operasjon. Jeg var innom henne flere ganger og spurte: ”Hvordan har du det?”. ”Har du vondt?”, og sånn. ”Nei da, det går greit!”. Også det var ganske mange timer etterpå som jeg sa: ”Ja, nå skal du snart av gårde på operasjon, vet du! For du har brukket den lårhalsen din. Så nå er det ikke lenge...”. ”Å, så deilig!”. Da var hun helt klar og sa: ”Å, så deilig at noen forteller meg hva som skal skje da. For det visste jeg ikke!””.

Sykepleieren opplever at pasienten trenger kontinuerlig eller hyppig oppfølging, hun er derfor innom pasienten flere ganger, selv om hun egentlig bare har kapasitet til å følge opp det brekte benet. Dette viser en forståelse for pasientens situasjon og behovet pasienten har for trygghet. Dette er utgangspunktet for sykepleieren og hun handler praktisk ut i fra sin forståelse. Det er dermed to forhold som skaper en uavgrenset arbeidssituasjon for sykepleierne. Sykepleiernes selvforståelse (idealet om helhet) og motsetningen mellom den universelle velferdsambisjon og økonomisk avgrensning. Sykepleierne ”rydder opp” i denne konflikten ved å ta ansvar (Vike red. 2002). I neste avsnitt vil jeg se på et enkelttilfelle hvor én sykepleier forsøker å avgrense sin grenseløse arbeidssituasjon.

### *Forsøk på avgrensning*

Én sykepleier sier hun bør være ”den forlengende armen til pasienten” og ”jeg føler at her på kirurgen i hvert fall, går jeg ikke veldig dypt inn i det pasienten ikke kommer med selv. Jeg konsentrerer meg om de problemene pasienten er her for”. Hun syns ikke at hun skal gå så ”veldig mye utover det”. Men det dukker opp andre problemer enn det pasienten er innlagt

for, suicidale pasienter: ”Det kan være vanskelig, fordi at du vet det er et menneske som er veldig trist og veldig nede. Og som ligger på denne avdelingen. Hvor ting går fort. Men som har et tilleggsproblem. Jeg prøver å være alminnelig høflig og konsentrere meg om det... Syns ikke det er min oppgave å gå veldig inn i det psykiske. Her blir det veldig praktisk, men man prøver å være alminnelig menneskelig i kommunikasjonen”.

Disse utsagnene forteller konkret at denne sykepleieren ser og oppfatter pasientens behov. Men hun går ikke (dypt) inn i alle behovene. Hun så og si avgrensner seg mot pasienten. Hun velger en ikke helhetlig tilnærming til pasientens behov eller problemområder, hvis ikke pasienten tar opp disse selv. Konteksten pålegger sykepleieren å hjelpe pasienten med "de problemene pasienten er her for". Det er derfor pasientens medisinske diagnose som er utgangspunktet for pleieperspektivet. Sykepleieren ser pasientens sårbarhet, men hun følger ikke opp alt som ligger i denne fordringen. Dette kan forstås i lys av at det går så fort på denne avdelingen og at hun da først og fremst må forholde seg til de *medisinske* problemene hos pasienten. På den annen side vil det være situasjoner hvor det er riktig å ikke ta opp alle sider og påtrengte seg pasienten. Det kommer an på ”appellen” fra pasienten, og må vurderes i hver situasjon. Men jeg tar her, i denne erfaringen utgangspunkt i at sykepleieren er begrenset av knappe ressurser og derfor ikke tar pasienten i mot i en åpen appell, slik Martinsen (2003b) mener bør være sykepleierens tilnærming.

Tilbake til utsagnene, vi ser at sykepleieren gjør et forsøk på å avgrense sin arbeidssituasjon med ”de problemene pasienten er her for”. Dette nyanserer den situasjon som Vike (red. 2002) påpeker, som jeg var inne på i forrige avsnitt, at helhetstenkningen skaper et ubegrenset ansvar. Nettopp på grunn av et ubegrenset ansvar (helhetstenkning) forsøker sykepleier å skape en grense (altså det motsatte) ved at hun konsentrerer seg om ”de problemene pasienten er her for”, altså den medisinske diagnosen (en kirurgisk post). Men også det at pasienten ikke meddeler problemer selv. Sykepleieren finner dermed to ”legitime” grunner for ikke å tenke helhetlig. Vi ser at misforholdet mellom ytelseskrav og yteevne dreier sykepleieren mot forsøk på avgrensning som representerer et reduksjonistisk menneskesyn, som springer ut av et kapasitetsproblem. Det er interessant å se at sykepleieren her leter etter noe å avgrense sine handlinger *mot* (ikke-fleksibel/grenseløs arbeidskraft) og at det er kapasitetsproblemet, som denne sykepleieren omtaler som ”hvor ting går fort”, i stedet



for å løpe ennå fortere selv. Denne situasjonen støtter en tolkning om at det er en sammenheng mellom kapasitetsproblemet i sykehuset og et reduksjonistisk menneskesyn. I stedet for å strekke seg (omsorgshabitus) så avgrenser sykepleieren seg fordi hun er klar over kapasitetsproblemet. Dermed er heller ikke de objektive strukturer, med Bourdieu sine ord, direkte miskjent, men evnen til å påvirke denne situasjonen er liten. Det vil jeg komme tilbake til i del 5.2.3. Enten sykepleierne strekker seg fordi de utgjør en fleksibel og grenseløs arbeidskraft, eller her som i dette enkelttilfellet i mitt materiale, prøver å avgrense seg mot det uavgrensede, så er utfallet av handlingen det samme. Sykepleieren utøver et reduksjonistisk menneskesyn og pasienten blir et objekt i relasjonen. I neste del kommer jeg inn på hvordan sykepleierne opplever tidsaspektet i arbeidet.

### **5.2.2 Er det tid nok?**

I denne delen besvares spørsmålet som jeg skisserte i innledningen: Hvordan påvirker tidsaspektet sykepleierens samhandling med pasienten? Tid til pasienten er et gjennomgående tema hos alle sykepleierne. Alle (8) snakker om ”hvis du har tid”. Nesten uansett hva vi snakker om sniker dette seg inn som noe de refererer til. Alle sykepleierne er travle og de mangler tid. I det følgende fortelles hvordan tidsaspektet påvirker samhandlingen med pasienten og hvilke konsekvenser det gir i praksis. Konsekvensene er av ulik art både faglige og etiske, og vil bli diskutert etter hvert som de blir presentert. Felles for disse konsekvensene er at sykepleierne ikke får imøtegått alle behovene hos den enkelte pasient, og det påvirker sykepleierens tilstedeværelse hos pasienten.

#### *Ikke tid til observasjon*

En sykepleier uttrykker mangel på tid slik: ”Tid til å være tilstede er en forutsetning for å kunne være et medmenneske. Deretter prøve å forstå”. Hun sier det er verst når hun føler seg hjelpesløs og pasientene har så vondt med store smerter etter operasjon. Spesielt om natta: ”De kan ligge tre timer uten å bli tilsett. Det er ikke tid til observasjon”. Hun forteller videre:

Ikke alltid vi greier å lindre og kan ikke gi mer (smertestillende) fordi vi kan ikke sitte der. Det er operasjonspasienter som ikke tåler mer. Må sitte der (hos pasienten), men har ikke tid. Hva er viktigst: at pasienten er smertefri eller at han lever? Jeg har opplevd å måtte dytte til pasienten for å få han til å puste. Jeg har også opplevd å gi

smertestillende, og har følt at dette er for mye, dette går ikke! Selv om legen har sagt at han kan få.

Sykepleieren har ikke tid til å være hos pasienten for å observere når hun gir smertestillende. Hun kommer derfor ikke bare i et etisk dilemma men også i et faglig dilemma. Faglig sett er det et mål at pasienten er smertefri. Det er en sykepleiefaglig oppgave å observere om pasienten har smerter, gi smertestillende og observere effekt av denne. Det etiske dilemma viser seg når pasienten har sterke smerter som sykepleier ikke kan lindre. Hun har heller ikke tid til å være hos pasienten men må prioritere andre pasienter. Hvis hun skal lindre pasientens smerter må hun være hos pasienten for å observere hvor mye smertestillende pasienten tåler og at pasienten ikke slutter å puste. Eksempelet viser at hun kan ikke lindre pasientens smerter verken med medikamenter eller sin tilstedeværelse. Operasjonspasienter blir liggende tre timer alene uten å være smertefrie. Et etisk dilemma er ”en etisk konflikt som oppstår der to eller flere etiske regler, prinsipper eller plikter kolliderer med hverandre i en konkret situasjon på en slik måte at uansett hva man velger å gjøre, så gjør man feil” (Barbosa da Silva 2006:138).

Det er sykepleieren som står hos pasienten over tid og som ser at pasienten har vondt. Situasjonen krever at hun for det første er hos pasienten, og for det andre at hun prøver å lindre smertene med medikamenter. Det siste krever observasjon og tilstedeværelse. Legen er fysisk på avstand fra pasienten og ser ikke lidelsen over tid. Selv om det forordnes medikamenter fra legen så løser ikke dette situasjonen. Sykepleieren føler at ”dette (mer smertestillende) er for mye”. Det er sykepleieren som bærer organisasjonens grenser i kroppen, manglende yteevne og et kapasitetsproblem (Vike red. 2002). Resultatet sees også hos pasienten som blir liggende alene med smerter i tre timer.

Bjerga (2006:60) viser i sin masteroppgave lignende dilemma som oppstår i samarbeidet med legene men også i fordringen fra pasienten. Den ene omhandler å utføre ordinert behandling. Sykepleieren opplever et dilemma hvor hun og legen oppfatter situasjonen forskjellig. Legen ordinerer behandling (Bi-pap<sup>62</sup>) ut fra pasientens diagnose. Sykepleieren opplever pasienten som svært dårlig men hun får ikke pasienten til å samarbeide om denne behandlingen. Sykepleieren blir utfører av en behandling som pasienten ikke forstår og som

---

<sup>62</sup> Bi – pap en type respirator som understøtter respirasjonen men som ikke puster helt for pasienten (Egen forklaring).

hun selv vurderer som nytteløs og at de forlenger liv. Legen ordinerer medikamenter som sykepleier protesterer mot da hun vurderer at pasienten ikke tåler dette. Sykepleieren har kunnskap, erfaring og observerer tilstanden til pasienten. Hvilket valg skal hun ta? ( Bjerga 2006)

Denne situasjonen forstås ut i fra begrepet om moralsk ansvar, moralsk stress og moralsk fortvilelse (Bjerga 2006<sup>63</sup>). Bjerga (2006) finner at sykepleieren tar moralsk ansvar og hun føler moralsk stress og fortvilelse. Sykepleieren utsettes for et krysspress og et ansvar for å stå i situasjonen. Moralsk stress kan knyttes til ufriheten eller tvangen som sykepleier opplever når hun er uenig i behandlingen. Manglende mulighet til å påvirke avgjørelser fører til maktesløshet som øker det moralske stresset. Begrepet om handlingsmediering (Bjerga 2006<sup>64</sup>) blir også brukt for å belyse dilemmaet. Handlingsmediering beskriver hvordan avstand til situasjonen fører til at man føler mindre på hva som er riktig eller galt å gjøre i situasjonen. Legen kan trekke seg unna situasjonen. Legen står ikke fysisk midt oppi dilemmaet (Bjerga 2006). I neste avsnitt vil jeg se på andre konsekvenser som følger av mangel på tid.

### *"Å, jeg er så tørst! Ja men hvorfor ba du ikke om vann?"*

En sykepleier uttrykker tidsmangelen slik: "Det er hovedsakelig at det går så fort som gjør det vanskelig å ta seg av pasienten i sykehuset". Hun ønsker seg mer tid til hver enkelt pasient.

Hun sier at pasientene oppfatter stress og:

Ja, at de føler seg usikre... Mange forsiktige pasienter tør ikke å be om ting. Dette er en verden som liksom er ny for dem. De bare ser noen mennesker som løper fort rundt omkring. Og du kan komme inn etter fire timer: "Å, jeg er så tørst". "Ja men hvorfor ba du ikke om vann?". "Nei, jeg vil ikke forstyrre for dere har det jo så travelt!". Det hører vi ofte. Og det oppfatter de at vi løper mye og fort, og at de ikke skal dra i den klokka! Selv om vi sier: "du må bare dra i den når du har behov".

Disse uttalelsene illustrerer at tidsaspektet blir sykepleierens hovedproblem når det gjelder utøvelsen av helhetlig sykepleie og omsorg. Pasientene oppfatter også at sykepleieren har det travelt og de blir usikre og tør ikke be om ting.

---

<sup>63</sup> Bjerga (2006) bygger her på: Gutierrez, K . M. (2005). Critical Care Nurses Perceptions of responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs.*24 (5),s. 229 – 241. Liaschenko, J. & Peter, E.( 2004). Perils of Proximity: aspatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing Inquiry* 2004:11 (4) s. 218 – 225.

<sup>64</sup> Bjerga (2006) bygger her på: Nina Olsvold (1996) Etikk light – om etikk i medisinenes tjeneste. *Sosiologi i dag*, 3. s.3-28.

En annen sykepleier uttrykker tidsproblematikken slik: ”Etikk var teoretisk viktig. Det ligger i bunn, men blir glemt. Det bare ligger der. Maset om omsorg. Men jeg mener det hjelper oss å tenke”. Sykepleieren sier det er fokus på informasjon men ikke på kommunikasjon. ”Man tenker praktisk”. Videre sier hun: ”Skulle ønske at når vi går inn i rommet, at vi ser pasienten og ikke bare det vi skal gjøre. Vi kjører vel ofte over når det er knapt om tid”.

Omsorgens kvalitet og omfang blir tidsavhengig, det er noe du tar deg tid til, hvis muligheten er der. Det er ikke noe som preger *enhver* handling, sykepleieren blir instrumentell i mange av sine handlinger, ikke bare på grunn av medisinsens reduksjonistiske menneskesyn. Informanten sier: ”Etikk var teoretisk viktig. Det ligger i bunn, men blir glemt”. Sykepleieren opplever at de ikke ser pasienten, men det de skal gjøre med han eller henne, altså de pleieoppgaver som er knyttet til pasientens situasjon. De ”kjører over” pasienten når det er knapt med tid, hvilket innebærer at praktiske og fysiske oppgaver gjøres først ut i fra sykepleierens ståsted. Pasientens subjektive opplevelse av situasjonen blir en sekundær oppgave. Sykepleieren sier etikk og omsorg ”hjelper oss å tenke”. Dette kan forstås som at sykepleieren har en subjektforståelse for pasienten og et ønske å vise helhetlig omsorg i arbeidet. Sykepleieren liker ikke å se på pasienten som en diagnose, eller en oppgave.

Eksempelet viser at det skjer en oppsplitting av menneskesyn, teori, etikk (moral), metode og praksis (Hammerlin og Larsen 1997b), som jeg var beskrev i kapittel 4. De praktiske oppgaver blir viktigst og dominerende. ”Etikk var teoretisk viktig”. Vi ser at menneskesyn og etikk (moral) blir nedtonet og marginalt. Vi får også en instrumentalisering av relasjoner slik Bakken (2001) sier det, som innebærer at ivaretagelse av mennesker får preg av å eksistere uavhengig av normer.

En tredje sykepleier uttrykker konsekvensen av mangel på tid slik: ”Det nye målet i sykepleien er pasientansvar. Sykepleierne skal ha ansvar for færre for å få gjort en god jobb”. Men hun sier at, ”sykepleie krever tid, medmenneskelighet og tilstedeværelse”. Videre sier hun: ”Det er ikke det du gjør som er problemet, men det du ikke får gjort. Gamle mennesker kan være bekymret for katten hjemme, det er ingen til å mate den eller passe den. Mens vi er opptatt av å få stelt såret. Det bør være tid til å få gjort noe med både katten og såret”. Hun

sier ”det er et hovedproblem at en føler seg utilstrekkelig, og det er mange grunner til det”. Det sykepleieren ikke får gjort er også med på å skape instrumentalisering av relasjoner (Bakken 2001). Tidligere i del 5.2.1 viste jeg det som Vike (red. 2002) mener er velferdsstatens kapasitetsproblem. Sykepleierne føler seg utilstrekkelige på grunn av misforholdet mellom ytelseskrav og yteevne. Dette misforholdet kommer også frem i dette materiale.

”Fordelen” med at helsepersonell bare konsentrerer seg om den syke delen av pasienten er at det er effektivt for sykehuset som bedrift. Det gir utsikter til økonomisk vinning og balanse (Barbosa da Silva 2006). Tidsaspektet er en viktig faktor for det økonomiske felt, som vi så i forrige del 5.2.1. Pasienten er blitt en ”gjenstand” i bedriften, det skal være ”lønnsomt og effektivt”. ”Og det går fortere og fortere”. Men tidsaspektet er også helt avgjørende for kvaliteten og innholdet på sykepleien. For at sykepleieren skal få hjulpet pasienten med det som også er viktig for han eller henne må man først og fremst være tilstede og få tid til å utføre de gjøremål som er ønsket. Derfor er ulempen med effektivitet at man mister synet for helheten til fordel for delene (Barbosa da Silva red.2006). Dette fører til at pasienten blir behandlet som et objekt og over tid kan også helsepersonell begynne å betrakte seg selv som et objekt (Barbosa da Silva red.2006). Når sykepleieren bare er opptatt av såret viser dette til et reduksjonistisk menneskesyn. Det å se pasienten som et objekt er også i strid med de helsepolitiske målsettinger og de faglige krav om å se subjektet og ha øye for hele mennesket. I neste avsnitt vil jeg se på hva begrepet omsorgsrasjonalitet rommer og om disse innsikter har hatt noen innflytelse på sykepleiernes handlingsmuligheter i sykerommet.

### *Omsorgsrasjonalitet*

Begrepet rasjonalitet<sup>65</sup> viser til hvilken fornuft vi bygger våre handlinger på og begrepet rasjonalitet, knyttet til omsorg, viser at kvinner har en evne til innlevelse og å identifisere seg med andres situasjon. Samtidig som de bruker sin fornuft. Den erfaringsverden som kvinner har med ansvar for andre, betyr at denne rasjonaliteten bygger på verdier. Vi tar vare på hverandre fordi det er sånn det skal være, omsorgshandlingene er selvfølgelig og uutalte (Foss 1997:245).

---

<sup>65</sup> Rasjonalitet som begrep er både et samfunnsmessig begrep og et psykologisk begrep (Foss 1987:245).

Omsorgsrasjonalitet er et begrep utviklet av Kari Wærness (2001). Omsorgsrasjonalitet viser forbindelsen mellom fornuft og følelser, enten arbeidet er lønnet eller ulønnet, formelt eller uformelt, og står i motsetning til teorien om den rasjonelle aktør<sup>66</sup>. Rasjonelle handlinger har også et følelsesmessig aspekt. Faktisk så er det fornuftig å vise følelser når man utøver omsorg. Dette peker mot omsorgens egenart, som fenomen. Hjertet må med i arbeidet, ellers blir det upersonlig og oppgaveorientert. Begrepet omsorgsrasjonalitet har også et innhold som betyr at omsorg er en relasjonell handling, at omsorg skapes og utvikles i en relasjon mellom to mennesker (Christensen og Syltevik 1999). Jeg har tidligere (4.2 og 5.1.2) vært inne på omsorg som fenomen slik Martinsen (2003a, b) forstår det. Omsorg er knyttet til generalisert gjensidighet hvor man er forpliktet ut i fra situasjonen. Man deltar praktisk for å hjelpe den andre, og hjelpens utgangspunkt er den andres behov. En forståelse av situasjonen gjør at sykepleier sørger for pasienten og resultatet er ikke målet men samspillet hvor hjelp og omtanke er en del av relasjonen.

Forståelsen av omsorg i begrepet omsorgsrasjonalitet ble viktig for å synliggjøre vesentlige sider ved kunnskap og forutsetninger for utøvelse av omsorg, som er blitt borte i planlegging og forskning om offentlig omsorg (Wærness 2001). I sosial-politisk planlegging og organisering med mål-middel rasjonalitet er det en begrenset forståelse for at instrumentell rasjonalitet ikke passer til utøvelse av omsorg i praksis. Hverdagens situasjoner innenfor omsorgsarbeid krever et tenkesett som er kontekstuell og beskrivende. Omsorgsrasjonalitet tilsier at pleier og pasient må bli kjent med hverandre og at sykepleier må leve seg inn i den andres situasjon. Menneskelige og moralske kvaliteter i forholdet til pasienten kan bare virkeliggjøres i situasjoner som ikke er preget av stor travelhet. Sykepleier må ha ro nok til at den hjelpetrengende får tillit og trygghet på at sykepleier oppfatter pasienten som en konkret person (Wærness 2001).

I forhold til lite økonomiske ressurser, som mitt materiale har vist, kan man si at valg-betingelser i handlingsfeltet frarøver mennesket (sykepleier) vesentlige handlingsmuligheter, som står i forhold til arbeidets egenart. Dette innebærer muligheten til å ivareta

---

<sup>66</sup> Mennesket tar rasjonelle valg/fornuftige valg i en verden av knappe ressurser. Aktøren benytter strategiske handlinger: veier for og imot. Viser en økonomisk tenkning. Som er et utilitarisme/nytte perspektiv. Mennesker følger sine egne interesser og er målorientert. Handlinger er kalkulerende og ikke bestemt av normer. Kritikken mot den rasjonelle aktør teorien går på at aktøren ikke kan ha oversikt over alle konsekvenser (utfall) av valg, at informasjonen er ufullstendig og

følelsesmessige sider ved arbeidet, det vil si hos pasienten. Vi så i forrige avsnitt at gamle mennesker kunne være bekymret for katten hjemme, men sykepleieren kunne ikke gjøre noe med dette, som kunne vært løst ved å ta noen telefoner og pasienten hadde sluppet å bekymre seg. Sykepleieren hadde nok med å stelle såret og ble dermed oppgaveorientert.

Rammebetingelsene blir derfor mangelfulle i forhold til omsorgsrasjonalitet. Hvis man hadde tatt hensyn til omsorgsrasjonaliteten i helsepolitisk (økonomisk) planlegging ville man dessuten kunne unngå en oppsplitting av menneskesyn, teori, etikk (moral), metode og praksis. Som vi så i kapittel 4 fører oppsplittingen til at man mister subjektperspektivet og det fører til at virksomheten reduserer mennesket til et objekt (Hammerlin og Larsen 1997b).

Wærness (2001) mener å ikke ha sett studier av effektivitet innenfor offentlige tjenester som tar hensyn til vesentlige sider ved omsorgsutøvelsen. Økonomisk effektivitet måles som omsorg for flest mulig på minst mulig tid (Wærness 2001). Det er en selvmotsigelse både hva angår virkeligheten og teoretisk sett. Omsorg krever tid og kan ikke på forhand beregnes. Planlegging (forskning) og offentlige utredninger om helsetjenesten innenfor den økonomiske diskurs ignorerer viktige bidrag fra omsorgsforskningen<sup>67</sup>. Når Wærness (2001) allikevel finner i studier av eldreomsorgen at pleierne yter god omsorg, mener hun det er på tross av heller en på grunn av hva organisasjonen legger til rette for<sup>68</sup> (Thorsen og Wærness (1999) sitert av Wærness 2001:276).

Dette støtter Vike (red. 2002) sitt poeng i sin analyse av kjønn, fag og system at den kvinnelige omsorgshabitus er en omsorgsressurs som fungerer som en organisasjonsmessig buffer (tar unna/er fleksibel) og danner grunnlaget for velferdstatens omsorgsreservoar. Men dette reservoar er i følge Bakken (2001) ikke utømmelig. Vi har i materialet som ligger til grunn for denne oppgave sett at sykepleiernes kvinnelige omsorgshabitus nettopp utgjør en omsorgskompetanse som kommer godt med for å ivareta pasienten ut i fra et helhetlig menneskesyn, selv om dette blir begrenset av rammebetingelser. I neste avsnitt vil jeg se på

---

handlingen er derfor aldri optimalt fornuftig, heller irrasjonell. Dette innebærer også at aktøren har begrenset kunnskap om målene (Barnes 1995, Wallace & Wolf 1995).

<sup>67</sup> For eksempel Thorsen, K. og Wærness, K. (red) 1999. *Blir omsorgen borte? Eldeomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo. Ad Notam Gyldendal (Wærness (2001).

<sup>68</sup> Begrepet omsorgsrasjonalitet har sitt opphav i Wærness sine observasjoner av at hjemmehjelpere utførte en del gratis arbeid for klientene. Dette ble oppfattet som en ikke rasjonell handling i en sammenhenger hvor hun la frem sine studier. Dermed hevdet Wærness det motsatte, at det nettopp er fornuftig å bruke følelser i omsorgsarbeidet. (Christensen og Syltevik red. 1999)

hvilken status sykepleiarbeidet har i forhold til det medisinske arbeidet og det økonomiske styringssystem.

### *Medisinens restarbeid*

Jeg har tidligere vært inne på at sykepleierne har et ubegrenset ansvar (5.2.1) på grunn av sykepleierens helhetstenkning og sykehusets kapasitetsproblem. Vike (red. 2002:113) mener at det er en kontraktskarakter mellom legenes arbeid og sykehusets forvaltning av økonomiske ressurser. Legenes arbeid anses som organisasjonens ryggrad. Det medisinske arbeidet er forenlig med det økonomiske styringssystemets logikk. Legenes arbeid er klassifisert tydeligere som bytteverdi enn før DRG og ISF kom. Sykepleiernes arbeid som er av relasjonell karakter blir en restkategori som ikke inngår i verdisirkulasjon. Det er en restkategori fordi den ikke kan innleses i de medisinske termene som utgjør DRG-systemet, selve inntjeningen (Vike red. 2002). En sykepleier uttrykker det slik når hun sier de har spart en sykepleiestilling: ”Pluss vi skal jo løpe fortere, være mer effektive...vi er jo i dialog og sier om konsekvensene, men vi blir bare pålagt allikevel. Vi blir ikke hørt kan du si. For dette dreier seg om tall, og de som sitter høyere oppover i systemet, det er jo tall de ser på”. Sykepleieren når ikke frem til ledelsen med sine synspunkter og de konsekvenser som påføres pasienten når de må ”løpe fortere”.

Dette kan forklares med at sykepleieren er en generalist og organiseringen av arbeidet står i motsetning til hvordan sykehuset er organisert i spesialiserte enheter med utskilling av medisinske oppgaver (Vike red.2002). Kombinasjonen av faglig identitet, med idealet om helhet, og en institusjon som er inndelt i spesialistoppgaver, skaper rester til dem som befinner seg i kontinuerlig kontakt med pasienten. Relasjonelt arbeid har ingen inntjeningsverdi. Sykehusets lønnsomhet er basert på DRG systemet som måler det medisinske arbeidet. Dette var jeg inne på i forrige del (5.2.1), forholdet med økonomisk avgrensning og det som ikke avgrenses – pasientens behov. DRG systemet gjør det mulig å kontrollere og intensivere operasjon- og behandlingsfrekvensen. Dette gir sykepleierne mer arbeid og ansvar uten at det er blitt flere av dem (Vike red. 2002:113). Det medisinske arbeidet er entydiggjort ved DRG systemet men skaper et ”ekstra arbeid” som ikke er innregnet i tilstrekkelig grad. Denne ”resten” som ingen ”vet om”, løser helsearbeidene ved å strekke seg enda litt lenger og å intensivere arbeidet. Inntaket av pasienter er primært tilpasset legenes virksomhet som innebærer en avgrensning av deres område (Vike red. 2002).



Slik sett er det sykepleierne og annet helsepersonell som prøver å demme opp for det ”usynlige arbeidet” som systemverden (økonomisk styring) ikke regner med, pasientens opplevelser og reaksjoner.

Innsatsstyrt finansiering og DRG er motivert av ønsket om å entydiggjøre og standardisere et komplekst problem og å gjøre det kontrollerbart (Vike red. 2002:121). I slike prosesser blir det alltid en rest tilbake som ikke lar seg plassere.<sup>69</sup> Sykehusenes inntjening avhenger av hvor mange poeng de kan dokumentere (Vike red. 2002). Men vi har sett at sykepleiernes omsorg er vanskelig å plassere innenfor det økonomiske styringssystemet, arbeidet lar seg ikke kategorisere innenfor de rådende medisinske kategorier. Pleietyngden kan til en viss grad måles. Men hva med samtale og tilstedeværelse (relasjonelt). Det er vanskelig å beregne et gjennomsnitt på forhand i forhold til ulike diagnoser.

Det organisatoriske apparatet blir forsøkt gjort entydig ved at tvetydigheter elimineres bort. Sykdom som ikke er helt avgrenset (ikke kan opereres) men er diffuse og komplekse som ved en del kroniske sykdommer, gir derfor lite inntekter til sykehuset. Lidelser som krever tid og kunnskap for at pasienten skal ivaretas, noe særlig sykepleierne står for, gir lite inntekt. Man kan si at verdsettelsen av dette sykeleiarbeidet og denne kompetansen, rett og slett er omregnet i lav prisfastsettelse (Bakken 2002:170). Dette er en objektgjøring av mennesket som er innfelt i det økonomiske styringssystem på en veldig konkret og direkte måte. Det å ivareta pasienten ut i fra et helhetlig menneskesyn og et omsorgsperspektiv for den enkelte pasient, blir ikke sett på som viktig, det er ikke det primære, medisinenes restarbeid er verdiløs. Sykehusene driver med ”cure” ikke ”care” (Svensson 2006). Dette bekrefter Wærness (2001) sine erfaringer om at det i planlegging av helse og sosial virksomhet er en begrenset forståelse, eller snarere helt fraværende forståelse av at instrumentell rasjonalitet, ikke passer som eneste kriterium for utøvelse av omsorg i praksis. Sykepleie er ikke bare tekniske oppgaver som utføres *på* ett menneske.

---

<sup>69</sup> Vike (red. 2002) viser til Zygmunt Bauman. *Modernity and Ambivalence* (1991) og hans begrep om ambivalens. Forhold som i sin natur er tvetydig og uklassifiserbart. Skapt av troen og jakten på det entydige (Vike red.2002).

I en artikkel publisert i Sykepleien nr.1/2006 ”*Betaling etter innsats*”<sup>70</sup> omtales en revidering av kostnadsvektene og fordelingsnøkkelen som angår pleiekostnadene. Pleiekostnader er innberegnet i dagens DRG, men det er et etterslep med hensyn til hvordan pleien som gis i dag er dokumentert i kostnadsvektene. Den nye fordelingsnøkkelen har egne pleiekategoriserte data. De enkelte pleiekategorier er basert på kriterier som er uttrykk for pasientens behov for sykepleie. Slik kan man måle pleietyngde. Denne nøkkelen vil vise gjennomsnittlig pleietimer for døgnet for hver DRG. Dette er et forsøk på ”å regne inn” eller måle pleien. Allikevel vil det være vanskelig å beregne alle situasjoner i sykerommet, både med hensyn til det uforutsette som skjer (fysiske og psykososiale forhold) og reaksjoner og følelser som tar tid å imøtekomme, dette varierer også fra menneske til menneske.

Vike (red.2002:112) mener at sykepleierens ”arbeid er preget av en omfattende og kompleks overvåkning av pasienters tilstand og at mangelen på tid og kapasitet er et kjennetegn ved de fleste situasjoner”. Vike (red. 2002) ser det slik at sykepleieren utgjør institusjonens siste fortolkningsinstans på grunn av denne kontinuerlige overvåkingen. Selv i situasjoner som ikke er akutte kreves en skjerpet oppmerksomhet med hensyn til tolkning og refleksjon, fordi situasjoner forandrer seg og blir akutte. En sykepleier uttrykker arbeidssituasjonen slik når hun sier at de er midtgruppen i avdelingen og de blir mye avbrutt. Hun synes det er vanskelig å jobbe på den måten hun ønsker:

Og når det er veldig travelt...du føler at du aldri blir ferdig med noe. Der er sykepleierne litt sårbare, for vi er liksom midtgruppen av både leger, sekretærer, hjelpepleiere, det er henvendelser veldig mye til oss. Og da kjenner jeg at jeg blir veldig frustrert, hvis jeg hele veien blir nappet i og skal, folk skal spørre og ha en rettleiing i en situasjon, og så er du kanskje dypt inne i en situasjon og så må du gå ut av den. Og så må du sette deg inn igjen i den, da kjenner jeg av og til at da topper det seg litt. Det er vel det jeg har kjent på at er det verste. Som er vanskeligst.

En sykepleier uttrykker arbeidsforholdene slik når hun forteller om oppgaver: ”som sykepleieren blir pålagt mer og mer, hvor portørene ikke kan gjøre ting som de gjorde før. Kjøkkenberedskap må vi jo ha, og dette med å hente væske, hente medisiner, alle disse små tingene som på en måte er ganske omfattende i hverdagen, som sykepleieren må inn å gjøre

---

70 Av Ann Lisbeth Sandvik, rådgiver SINTEF Helse PaFi og Siri Vedeld Hammer, helsefaglig direktør ved Ullevål universitetssykehus. SINTEF Helse PaFi har på oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet fått ansvar for drift og utvikling av DRG-systemet og finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF). Sykepleien.no Tilgjengelig fra <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1303&categoryID=31> Hentet 10.3. 2008.

nå. Til og med brette kartonger må vi gjøre”. Hun sier de trenger en service-medarbeider som kunne gjort disse oppgavene: ”Hentet, fraktet og brettet kartonger. Vi må til og med etter se at de som vasker her, vasker ordentlig”.

Det er mange oppgaver som skal gjøres på begrenset tid i kombinasjon med avbrytelser fordi de representerer midtgruppen. Det er henvendelser fra flere grupper og sykepleieren blir ikke ferdig med en handling. Dette i kombinasjon med travelhet påvirker sykepleierens mulighet for en lyttende og nær samhandling med pasienten. Ikke-sykepleiefaglige praktiske oppgaver stjeler dyrebar tid som sykepleieren kunne brukt på pasienten. Vi har sett at sykepleierne ikke får snakket nok med pasientene, ”de får ikke utdypet ting”. Nye forefallende praktisk-materielle oppgaver, blir pådyttet deres arbeidsfelt.

Hamran (1991) finner i sin studie av pleiekulturen som omfatter både sykepleiere og hjelpepleiere at de ikke får realisert felles verdier. Pleiekulturen og pleiearbeidet står i motsetning til den teknologiske tenkemåten til arbeid. Produktivitets- og effektivitetsnormene kan ikke være målestokk for det arbeidet sykepleierne gjør. Arbeidet er derfor presset inn i en arbeidsform som ikke er tilpasset arbeidets egen rytme. Verdier knyttet til reproduktivt arbeid blir ikke synlig (Hamran 1991).

Arbeid som kan måles og stykkes opp danner skjulte forutsetninger (kriterier) for hva som er viktige og riktige verdier i vårt samfunn. Ferdige kategorier som skal måle effektivitet utviklet med utgangspunkt i andre typer arbeid, industrien, kan ikke være retningsgivende for pleiearbeidet. Prosess og resultat lar seg ikke skille ad, i det reproduktive arbeid. Det å sørge for den andre er en prosess. Oppgaver i pleiearbeidet eller i forhold til pasienten kan ikke tas ut av sin sammenheng og omregnes til tid. Kvaliteten kan ikke avgjøres på forhand av fastlagte standarder. Organiseringen av arbeidet må skape betingelser for god sykepleie. Betingelser som gjør det mulig å vurdere den aktuelle situasjon man har foran seg. Arbeidet må grunnlegges på egne premisser (Hamran 1991).

Én informant sier at det å være sykepleier er et mye større ansvar enn han hadde trodd før han begynte utdanningen: ”Det ble fullstendig annerledes når jeg begynte utdanningen. Fordi det er mye mer ansvar, jeg visste ikke en gang hva ordet betyr. Og hva som kan skje hvis man ikke er hundre prosent våken med i saken. Og ikke vet hva man gjør”.

En grunnleggende verdi i pleiekulturen er ansvar. Sykepleiere som hjelpepleiere forvalter et stort ansvar. De har et kontinuerlig ansvar som ikke følger det formelle ansvaret. Ansvaret er nedfelt i språket, ”passe på, å følge med, å ha overblikk, å våke, å overvåke, å gi beskjed, å si i fra, å gi hjelp og å hente hjelp” (Hamran 1991:169). Pleiepersonalet har ansvaret for det daglige livet i avdelingen. De må vurdere ulike situasjoner hele tiden og de har ansvar for at alt som skal gjøres blir gjort. Dette innebærer også å sørge for at andres arbeid blir gjort. Pleierne må være i forkant av situasjoner, de må ha overblikk og kunne skille det alvorlige fra det mindre alvorlige. De har ikke spesialist kompetanse, men de må gjøre gode praktiske vurderinger som krever et bredt kunnskapsgrunnlag. Faglig kyndighet her innebærer omtanke, overblikk og ansvarsfølelse. Man trenger eksakt kunnskap og erfaring, men dette må tilpasses ulike komplekse situasjoner. Innsikt og forståelse krever konsentrasjon, nærhet og nærvær (Hamran 1991:170). Dette innebærer at arbeidet er personlig krevende (Hamran 1991) som igjen er noe annet enn tidskrevende. Men arbeidet er både tidskrevende og personlig (menneskelig) krevende hvilket betyr at når du ”tar vekk tiden” blir det ikke mye igjen i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Vi har sett i denne delen at sykepleierne mangler tid og er travle.” Tid til å være tilstede er en forutsetning for å kunne være et medmenneske. Deretter prøve å forstå”. I neste avsnitt vil jeg se på den nærmest permanente tilstand av mangel på tid og hvilke prioriteringsproblemer dette fører med seg. Dette har konsekvenser for menneskesynet i den utøvende sykepleie.

### *Tidsklemme hele tiden*

En sykepleier uttrykker konsekvensen av tidsmangelen slik: ”Det er lett å tenke, blir du aldri fornøyd du eller!” og ”den der masedama på 23 (endret tall)”. Men hun viser ikke dette. Informanten sier at det ikke er riktig å tenke sånn, men at det skjer allikevel. Hun forklarer at det blir et uromoment med pasienter som ringer på hele tiden, i den planlagte dagen. Hun sier: ”Dagen din blir hele tiden avstykket og alt det du gjør, blir hele tiden avbrutt av den ene pasienten, som hele tiden skal ha noe ekstra”. Pasientens adferd oppleves av informanten som mas og det er lett å bli irritert: ” Kan jo høre det hver morgen når du kommer på og nattevakta sier: ”Hu vet du, har jo holdt på i hele natt”. Informanten forteller at når du er hardt presset så rekker du ikke tenke annerledes: ”Du er i tidsklemme hele tiden. Og at du føler at sånne uvesentlige ting forstyrrer. Også behøver det jo ikke være uvesentlig!”. Hun

---

tror at enkelte pasienter blir satt i bås som masete, fordi det ”stadig vekk er en eller to pasienter som stykker opp den planlagte dagen”.

Pasienten kan oppleves som masete hvis han/hun ofte ringer på og ber om noe. Dette fordi det forstyrrer og stykker opp den planlagte dagen for sykepleieren. Sykepleieren har det travelt og har ikke tid til å ta seg av det som for henne blir uvesentlige gjøremål.

Tilstedeværelsen hos pasienten er ikke styrt ut i fra pasientens behov, men ut i fra bemanning og ressurser i avdelingen. Situasjoner i sykerommet oppstår ikke i en forenelig logikk med de rutiner som vi jobber etter. Situasjoner bryter inn i det arbeidsmønsteret og de rutiner som er etablert. Fordi planlagte oppgaver og prosedyrer gjennomføres systematisk, er sykepleierens oppgaver definert på forhånd etter avdelingens arbeidsvaner. Når det oppstår uforutsette situasjoner blir disse arbeidsmønstre forstyrret. Sykepleieren står derfor hele tiden i konflikt mellom den tiden som står til rådighet mellom planlagte og uforutsette oppgaver.

Sykepleieren klarer ikke lenger å se den enkeltes situasjon og helhet for seg. Den enkelte pasient går inn i et sammenligningsgrunnlag med alle de andre pasientene. Herfra blir behovene til den enkelte gjort om til vesentlige og mindre vesentlige oppgaver som sykepleieren står ovenfor. Tid blir en vesentlig ressurs i samhandlingen mellom pasient og fagperson. Tid til å være medmenneske, å lytte til pasientens behov, og å være til for den andre er krevende rent menneskelig, men også tidsmessig. Sykepleieren skal formidle og utøve en praktisk kunnskap samtidig med at pasientens subjekt ivaretas. Kommunikasjon er derfor en sentral del av virksomheten i sykerommet.

En annen sykepleier uttrykker konsekvenser av mangel på tid slik: ...jeg ikke er så tilstedeværende i mitt møte med pasienter, at jeg lett kan skli litt vekk, at jeg kan merke på meg selv at jeg ikke er ekte. At jeg lett kan bli litt sånn, at jeg pusher, at det går fort”. Hun sier pasientene merker dette. Hun har fått høre: ”Å guri land du har hatt det travelt i dag!”. Jeg har liksom ikke hatt tid til å, jeg kan spørre deg, men jeg er ikke der og lytter. Jeg er mer sånn, ”å ja” har du det sånn og sånn, ”okey!”. Men jeg må gå. Det er ikke den: ”Hvordan har du det i dag?”. At du får gått igjennom med de på den måten. Og det tror jeg de merker ganske lett”.

På grunn av denne tiden som mangler blir sykepleieren hele tiden stående i en prioriteringskonflikt hvorpå det er de medisinske/fysiske og praktiske forhold som må tas først. Samtale kommer i annen rekke. Sykepleieren blir avfeieende og kort i samtalen med pasienten, hun kan ikke vise nærhet og tilstedeværelse. Pasienten blir derfor møtt med at kropp og sjel er delt i to. Det fysiske blir sett og gjort noe med, mens det psykososiale delen av mennesket blir en del som man tar hvis det er tid. Det er oppgaver knyttet til menneskets kropp som får første prioritet. Dette er i strid med de faglige og etiske retningslinjer om å ivareta hele mennesket.

En sykepleier tredje uttrykker tidsproblematikken slik når hun sier at pasientene synes det er slitsomt å se på at "de sliter sånn". Noen syns synd på dem mens andre blir sinte:

"Uff a meg for en hverdag!". Mens andre bare: "herlighet, nå må du hjelpe meg!". De kan bli litt sinte igjen. Og det og smitter veldig, hvis du har en firemannsstue, stemningen smitter i rommet på en måte. Noen opplever det vel kanskje som om de blir litt forbigått..., når du ligger flere på en stue så er det kanskje en som trenger mer hjelp enn andre, og da får jo den mer, og da vil den som ikke får noe, føle at: "jeg får ingen ting!". Det er sånn typisk som kan skje spesielt på en fire- mannsstue.

En helhetlig tilnærming og arbeidsmetode i forhold til pasientens problemer blir styrt av forholdet mellom arbeidsoppgaver og den tiden som står til disposisjon. Prioritering av de viktigste problemområdene må løses innenfor svært effektive rammer. Én sykepleier opplever at: "det bor mer i sykepleierne enn de får mulighet til å gi. Hvis vi får tid til å gjøre en god jobb". Hun sier "du må velge å prioritere i arbeidet, blir fort utbrent, det blir en ond sirkel...". I neste avsnitt vil jeg se på noen etiske sider og problemer knyttet til prioriteringskonflikter i sykepleier-pasient relasjonen.

### **Etikk, relasjoner og prioriteringer**

Vi har sett at sykepleierne forsøker å ivareta alle sider ved pasienten men at dette blir begrenset av mangel på tid. En sykepleier uttrykker det slik: "Selv om jeg lærte på skolen at jeg ikke skulle si: "lårhalsen" som ligger i 58 må ned til undersøkelse!, men praksisen bringer det med seg. Og du kan si jeg svømmer med i strømmen". Sykepleieren sier det er lettere å huske de enkelte pasienter og å holde oversikt "når man kaller de med sykdommen". Når han pleier pasienten ser han "jo pasienten som et menneske". Men sykepleieren har "sin

prioriteringsliste” som han må følge. Han kan derfor ikke hjelpe pasienten med ”alt som de ikke klarer selv”.

Helhetsperspektivet går side om side med oppgaver som skal gjøres og sykepleieren prøver å ta seg av *hele* mennesket men han må følge *sin* prioriteringsliste. Denne prioriteringslisten er først og fremst en prioritering mellom behovene til flere pasienter som sykepleieren har ansvar for, dernest kan han prioritere innad hos den enkelte pasient hva han kan imøtekomme.

I en hovedoppgave av Nordhaug (2004) ”*Mellom omsorgshensyn og fordelingsrettferdighet*” diskuteres det normative grunnlaget i sykepleien ut i fra et moralfilosofisk perspektiv. Nordhaug (2004) mener at det viktigste normative grunnlaget i sykepleien er sykepleier-pasient relasjonen. Denne relasjonen har normativ egenverdi, i betydning forpliktelsen i seg selv. Relasjonen forplikter. Egenverdien henter sitt grunnlag i nærheten til pasienten (nærhetsprinsipp<sup>71</sup>). Omsorgsrelasjoner har ikke-instrumentell verdi, selv om foranledningen for møtet mellom sykepleier og pasient er av formålrasjonell karakter hvor målet er å ”løse” eller møte pasientens behov. I en omsorgsrelasjon er det tilknytningen til den andre som står sentralt. Den er den bestemte andre som gir sykepleieren et moralsk grunnlag og forpliktelse til å handle i forhold til det hun ser.

Moral er enkeltmenneskets måte å forholde seg til verden på (Barbosa da Silva 2006). Moral handler om hvordan vi faktisk forholder oss til ting og hvordan vi behandler levende vesener. Etikk er refleksjon over det moralske liv. Ut i fra en oppfatning om rett og galt, godt og ondt. Normativ etikk er en etisk refleksjon over eksempelvis spørsmålet: Hvordan bør vi på best måte leve vårt liv alene og sammen? Hvilke regler og prinsipper bør vi følge? Hva er best å gjøre i en bestemt situasjon? Normativ etikk er et system av regler, prinsipper og teorier som søker å svare på slike spørsmål for å løse (og forebygge) interessekonflikter på ulike nivå og å oppnå en god moral som sannferdighet og rettskaffenhet. Moral varierer fra kultur til kultur mens normative etiske regler skal være universelle og gjelde alle i ellers like situasjoner. Man kan på en måte si at vi tenker etisk og handler moralsk (Barbosa da Silva 2006:133). Yrkesetikken til sykepleieren er en prinsippbasert yrkesetikk med et system av regler og

prinsipper, og er derfor normativ. For eksempel regelen om at grunnlaget i sykepleien skal hvile på respekt for den enkeltes liv og verdighet (NSF Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere).

Det relasjonelle bånd mellom sykepleier og pasient, har en moralsk betydning. Det uegennyttige i å hjelpe akkurat denne pasient for denne pasientens skyld har en egen moralsk verdi. Derfor befinner omsorgsrelasjoner i sykepleien seg i en mellomposisjon, verken upersonlig eller fullstendig personlig. Omsorgsrelasjoner er ikke styrt av bare instrumentelle hensikter. Det å være tilstede, være mottaende og engasjert i relasjonen, at pasienten føler seg autentisk ivaretatt er etiske omsorgsverdier som utgjør noe mer en den rent tekniske mål-middel handling (Nordhaug 2004). Profesjonell omsorg er annerledes enn personlig omsorg fordi sykepleieren er underlagt bestemte upersonlige og upartiske prinsipper og regler (helselover og yrkesetikk). Allikevel vil relasjonen mellom sykepleier og pasient substansielt stå nærmere personlige relasjoner enn tradisjonelle rollerelasjoner som advokat og klient<sup>72</sup> (Norhaug 2004).

Sykepleie handler om måten handlinger utføres på, ut i fra menneskesyn perspektivet, men også omsorgsperspektivet. Det er ikke noe galt i å utføre en praktisk oppgave, et stell, et sår skift men at dette også kan være noe mer. Handlingen kan tilføyes en menneskelighet. Mennesket bør ikke bare være et objekt for pleie men også et subjekt i en relasjon. Relasjonen til pasienten får en moralsk verdi (ikke nytteverdi/resultat) når den partikulære, den ene bestemte pasienten møtes. I den relasjonelle omsorg i sykepleien er det partikularitet som avgjør individuell ivaretagelse av pasientene (Nordhaug 2004). Derfor er det et etisk og faglig problem dersom sykepleieren ikke har tid nok til pasienten(ene).

Oppgaveorienteringen går på bekostning av den relasjonelle innlemmelse av pasienten. Som er blitt vist i dette kapittel. Samtidig kan man si at det er umulig å gjøre en oppgave med en pasient uten at en står i en relasjon til han eller henne, men handlingen som rettes mot pasienten er objektgjørende. Det er ”såret” som skal stelles. Så lenge sykepleierens mulighetsstruktur er begrenset (mangel på tid og personell) vil ikke det partikulære

---

<sup>71</sup> Nordhaug (2004) bygger på nærhetsetikken til Tranøy, K.E (red.) 1999. *Medisinsk Etikk i Vår Tid*. Bergen: Fagbokforlaget.



menneskelige aspekt i relasjonene få sin tyngde. Fundamentale verdier i sykepleien som respekt og ivaretagelse av pasientens integritet og verdighet er truet, under hensyn til fordelingsrettferdighet (Nordhaug 2004). Ivaretagelse av pasientens verdighet ikke bare som objekt men også som subjekt, realiseres gjennom en partikulær omsorg. Dette innebærer en partiskhet i sykepleien, sykepleieren må ta hensyn til den ene bestemte pasienten hun har foran seg. Det er det som kan forsvares moralsk og som bør være den moralske forankring (Nordhaug 2004). I neste avsnitt vil jeg se nærmere på etiske sider ved fordelingsrettferdighet.

### **Individuelle versus samfunnsmessige hensyn**

Nortvedt (2006) diskuterer forholdet mellom individuelle versus samfunnsmessige hensyn som helsearbeideren møter helt konkret på individnivå, slik vi også har sett i forrige avsnitt. Vi har en helsepolitikk som ønsker å få mest mulig ut av de midler som er bevilget og inntjent (helse i hver krone)<sup>73</sup>. Maksimeringshensyn kan forstås som at ”en grunnleggende verdi for helsefag er å tilstrebe forsvarlig behandling og omsorg til *flest mulig* pasienter” (Nortvedt 2006:55). Dette foregår parallelt med at en annen grunnleggende verdi hos helsearbeiderne skal praktiseres, og det er best mulig ”behandling og omsorg til den enkelte pasient i den bestemte kliniske situasjonen”(Nortvedt 2006:55). Dette viser to verdikonflikter på to ulike nivåer for prioriteringer. Den første viser til prioriteringer på samfunns- og gruppenivå den andre viser til prioriteringer på individnivå<sup>74</sup>.

Sykepleie som profesjonsetisk praksis er i en viss forstand partisk fordi den tar hensyn til individer og personlige behov. På den annen side er helsefaglig klinisk virksomhet upartisk (mot pasienten) fordi sykepleieren innenfor denne virksomhet, må prioritere til fellesskapets beste. Upartiskhet vil innebære å få til en resursutnyttelse som tilgodeser flest mulig. Videre følger kravet om at alle pasienter skal behandles likt (Nortvedt 2006:50). Helseprofesjonenes etikk må derfor løse hvordan behørig hensyn til subjektet kan skje samtidig som helsegoder og kompetanse fordeles rettferdig og likt (Nortvedt 2006:51).

---

<sup>72</sup> Tradisjonelle rollerelasjoner har i seg upartiske forpliktelser, en upersonlig karakter og rollen har en formålsrettet hensikt. Dette vil også prege sykepleier – pasientrelasjonen. (Nordhaug 2004:39)

<sup>73</sup> Helsepersonelloven 1999 §6 om resurs bruk omtalt i kapittel 2.1.

<sup>74</sup> NOU( 1997:18) *Prioritering på ny*. HOD. Skille mellom førsteordens og annenordens prioriteringsbeslutninger. Nivåene må holdes fra hverandre da beslutningene har forskjellig siktemål. Ventetidsgarantien er en retningslinje for prioritering.

Helsefaglig etikk må ta stilling til om hensynet til å få mest mulig ut av hver krone, til flest mulig pasienter undergraver ”viktige faglige og etiske verdier som er avgjørende for god og forsvarlig individuell pasientbehandling og omsorg”(Nortvedt 2006:55). En sykepleier i dette materialet uttrykker problemet slik: ”Det er for få ansatte. I forhold til pasienter. Det er det første. Og at vi stadig rasjonaliserer. Bare på det året jeg har vært her nå, så har det blitt to pasienter mer, grensen for hvor mange pasienter vi kan ha har gått opp. To pasienter mer. De har tatt bort to stillinger. Jeg merker veldig forskjell fra jeg begynte til nå. Det kjenner man”.

Hvilke forpliktelser har sykepleieren ovenfor pasienten i en situasjon der ressurser skal fordeles innenfor et fellesskap (Nortvedt 2006:56)? Hensynet til en lik og kostnadseffektiv fordeling kan fortrenge hensynet til den enkelte pasient, slik vi så i forrige avsnitt om sykepleierens partikulære omsorg for den enkelte, som er truet av fordelingsrettferdighet. Hvordan kan disse hensyn forenes? Man kan ikke si at kostnad-nytte eller effektivitetshensyn er umoralske mens omsorg og representerer den virkelige moral. En fornuftig bruk av penger er isolert sett ikke umoralsk. De ulike hensyn har forskjellige mål og innefor samme kontekst kan de være uforenelige (Nortvedt 2006).

Vike (red. 2002) mener at de uforenelige hensyn (kapasitetsproblemet) viser seg som en kronisk utilstrekkelighetsfølelse hos sykepleierne, som jeg har vært inne på før i del 5.2.1. De har internalisert organisasjonens problem hvor to uforenelige verdihensyn møtes. Situasjonen fremstår ”som et identitetsproblem og lojalitetsproblem i spenningen mellom organisasjonen og etikken” (Vike red. 2002:14).

Prioriteringskonflikter er ikke løst ved å påvise at sykepleieren står i en situasjon med uforenelige krav, mellom økonomisk avgrensning og ambisjonen om universell omsorg (Vike red. 2002), eller mellom individuelle og samfunnsmessige hensyn (Nortvedt 2006). Pasienten har krav på at alle behov blir imøtekommet, i henhold til lover og det faglige og moralske grunnlag. Samtale, trygget og tilstedeværelse skal være med i relasjonen. Man kan si at ansvaret er tydeliggjort. Strukturene er avslørt. Utilstrekkelighetsfølelsen skyldes ikke at sykepleieren er utilstrekkelig men at de tjenester eller de behov som organisasjonen møter er uendelige og umettelige. Menneskesynet som skal ligge till grunn for den faglige utøvelse,

men også til grunn for sykehusets organisering rundt pasientens behov, er truet når mest mulig skal gjøres på kortest mulig tid. En sykepleier uttrykker dette slik:

Jeg tror nok de fleste er fornøyd altså... At de føler seg ivaretatt. Mer eller mindre. Det kan variere fra dag til dag...Og det syns jeg er veldig bra i forhold til de ressursene og tiden man har. At det er såpass mange som er fornøyd. De fleste, jeg vet i hvert fall på avdelingen her, så sier ofte pasientene, at de merker at vi gjør det vi kan. At de merker at det er en god tone. At man er serviceinnstilt på en måte. Man ønsker å hjelpe de. Å strekke seg så langt man kan, og det tror jeg er viktig, bare at de merker det. Selv om man kanskje ikke har tid til de, så merker de at man ønsker å hjelpe de.

Sykepleieren strekker seg så langt hun kan, men det er ikke nok. Hun kommer til kort. Sykepleieren syns det er bra at pasientene trolig føler seg ivaretatt, ”mer eller mindre”. Fordi de ikke har ”tid til de”. Hindringer fra systemverdenen når det gjelder ressurser er omfattende. Sykepleieren er opptatt av hvordan pasienten har det, og ikke bare diagnosen og praktiske oppgaver, men sykepleierens mulighetsstruktur begrenser omsorgshandlingene.

Sykepleieren står i spenningsfeltet mellom subjektive og objektive hensyn. På klinisk nivå, eller på individ nivå, der hvor sykepleieren har et direkte ansvar for pasienten, må prioritering foregå på et faglig grunnlag ut fra pasientens tilstand og hjelpebehov. Kliniske prioriteringer skal heller ikke styres av personlig preferanser eller interesser. På et høyere nivå i samfunnet hvor prioritering av helsetjenester fordeles mellom grupper av pasienter, vil noen grupper ha prioritet fremfor andre. En lojalitet mot den enkelte pasient (partiskhet) kan bety at prioritering på klinisk nivå – individnivå – har en prinsipiell forrang foran prioriteringer på et høyere nivå i samfunnet. Det må spesifiseres hvilke grenser vi skal ha for å sikre enkeltindividet god omsorg og behandling når det også, eller samtidig, skal sikres mest mulig helsegevinst for alle. Det moralfilosofiske grunnlaget for å prioritere den enkelte ligger i relasjonen mellom mennesker og som i en profesjonskontekst innebærer et spesielt ansvarsforhold (Nortvedt 2006:59). Dette er verdier av ikke-instrumentell verdi, som skal ivaretas innenfor en instrumentell ramme som jeg har diskutert i del 5.2.1.

Nortvedt (2006) mener at den utøvende praksis eller helsearbeideren må arbeide ut ifra et forrangsprinsipp som er lojal mot og prioriterer den enkelte pasient. Dette *forrangsprinsippet* er sårbart ved fordeling av helsegoder totalt sett i samfunnet. Økonomiske og politiske

prioriteringer kan ikke alene danne grunnlag for hva som er etisk-forsvarlig virksomhet ovenfor den enkelte på individnivå. Det kliniske nivå må spesifisere pasientsentrerte prioriteringsprinsipper. Nortvedt (2006:60) kommer med et forslag til seks slike prinsipper<sup>75</sup>. Et av dem er at tid skal ha en egenverdi, tid til samtale, tid til trøst og tid til å møte uforutsette behov hos pasienten. I denne delen så vi at sykepleierne sa ”det er hovedsakelig at det går så fort som gjør det vanskelig å ta seg av pasienten i sykehuset”. Tid som egenverdi må derfor også gjenspeiles i mulighetsstrukturen slik at tidsmessig tilstedeværelse kan realiseres.

Helsearbeiderne må i fellesskap utfordre etablerte maktstrukturer med slike pasientsentrerte prioriteringsprinsipper og synliggjøre de faglige verdiene. I spenningsfeltet mellom individuell omsorg og fordelingspolitikk må helsefagene skape et rom for å holde fast ved medmenneskelige verdier (Nortvedt 2006). Ledelsen på alle nivåer i helsetjenesten har også et ansvar for å få til nødvendige individuelle hensyn i en situasjon med ressursknapphet. Hensynene må balanseres. Ledere på høyere nivå må ha et blikk for hva som kreves av tid og ressurser til den enkelte pasient (Nortvedt 2006). I neste avsnitt vil jeg diskutere hva som ligger i begrepet forsvarlig virksomhet.

### *Forsvarlig virksomhet*

Sykepleierne har en forpliktelse til å utøve forsvarlig sykepleie og omsorgsfull hjelp ut i fra helsepersonelloven (Slettebø 2006). I Lov om helsepersonell (1999) beskrives krav til organisering av virksomheten (kapittel 3 § 16) og pålegger at virksomheten ”skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”<sup>76</sup>.

Normen om faglig forsvarlighet er nedfelt i helsepersonelloven men også i de yrkesetiske retningslinjer. Yrkesetikken ser også betydningen av faglig forsvarlighet, blant annet å holde seg faglig à jour og et høyt faglig nivå. Fagpersonell er med på å definere hva som er faglig forsvarlig (Slettebø 2006). Forsvarlighet innebærer derfor to typer ansvar. Det er helsepersonellens individuelle ansvar og arbeidsgivers/leders ansvar også kalt systemansvar.

---

<sup>75</sup> Helsefaglig arbeid er en relasjonell virksomhet. Pasienter må ha mulighet til å knytte mellommenneskelige bånd. I en vanskelig ressurs situasjon må det tas individuelle hensyn. Hjelperen har også en integritet som skal ivaretas. Og skal ikke settes i en situasjon hvor han/hun må avvise/krenke pasienter. Behandling og omsorg skal holdes på et faglig og moralsk forsvarlig nivå (Nortvedt 2006:60).

<sup>76</sup> [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&&) Hentet 12.3.2008.

Dette systemansvar tolker Slettebø (2006) slik: ”Arbeidsgiver har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det er mulig å utøve forsvarlig virksomhet” (Slettebø 2006:26). Dette blant annet tilstrekkelig faglig bemanning (Slettebø 2006).

Vi har tidligere sett at sykepleierne vurderer bemanningen som liten: ”Da må det må være mer bemanning rett og slett. At du har mer tid!”. Når virksomheten er organisert slik sykepleierne forteller i dette materialet ser vi at praktiske og fysiske oppgaver kommer først. Som igjen går på å sikre liv fysisk. Kommunikasjon og omsorg med pasienten begrenses av bemanningssituasjonen. Vi ser at det må det være et minimum av bemanning for at de skal få gjort alle oppgavene med pasienten, ikke bare det praktisk-fysiske. Sykepleieren har ikke tid nok til den enkelte, hun er i tidsklemme hele tiden, hvilket innebærer at hun kommer i en prioriteringskonflikt mellom ulike hensyn, som jeg har vist i de foregående avsnitt. Sykepleieren har sin ”prioriteringsliste” mellom vesentlige og mindre vesentlige gjøremål.

I en masteroppgave av Bjerga (2006) omhandles sykehuset som organisasjon og sykepleiarbeidets organisering. Sykepleiernes arbeidsdag er styrt av produksjon og effektivitet. Det er mange administrative oppgaver, medisiner, rapport, visitt og planlegging av videre hjelpetiltak for pasienten. Sykepleierne er lite hos pasienten. Dette oppleves som frustrerende og de føler at de må gjøre alle mulige oppgaver. Som nyutdannede sykepleier fikk de lite eller ingen oppfølging på avdelingen. De hadde derimot et ønske og behov for opplæring, fadderordning, veiledning og kurs, samt medarbeidersamtaler. Sårbarhet og ensomhet i møte med vanskelige og alvorlige situasjoner ble ikke ivaretatt, for eksempel ved hjertestans. Det var ingen fast rutine for å snakke sammen i etterkant av vanskelige situasjoner. De opplevde at det ikke var arenaer for å ta opp vanskelige temaer, som døden. Samtalebehovet og behovet for refleksjon ble løst i uformelle sammenhenger (Bjerga 2006).

Bjerga (2006) undersøker primært den nyutdannede sykepleier sin opplevelse som nyansatt i sykehuset<sup>77</sup>, og hun beskriver hvordan idealer og verdier gradvis endres i løpet av en to års periode. Sykepleieren har med seg en helhetlig sykepleietenkning. De har med seg verdier knyttet til omsorg. Viktige verdier er samarbeid med pasientene, å lytte, engasjement, empati, være tilstede i situasjonen og vise nærhet. Disse verdiene er i tråd med fagets fokus på

---

<sup>77</sup> Undersøkelsen omfatter intervju av ni sykepleiere, i alderen 23 – 40 år. På medisinske og kirurgiske sengeposter.

omsorg. De viser stor personlig og faglig innsats i forhold til å mestre sitt arbeid. Møtet med praksis beskrives som et sjokk. Arbeidspresset er stort og oppgavene nærmest uendelige. Etter ca to år er disse sykepleierne blitt en del av systemet, de har opplevd virkeligheten og de har vært nødt til å forandre på noe, sine verdier (Bjerga 2006). Kravet om tilpasning til avdelingen og de andre sykepleierne kan være en forklaring på at man justerer egne vurderinger og tilpasser seg den rådende kollektive habitus. ”Å velge å gjøre det de andre gjør, vil gi sykepleieren noe trygghet i en situasjon preget av utrygghet” (Bjerga 2006:71). Sammen med hierarkiet i sykehuset og den nyutdannede sykepleierens lave plassering her, kan det være vanskelig å hevde sin rett og sine synspunkter. Sykepleierne sosialiseres og disiplineres inn i det etablerte. Det etablerte systemet verdsetter at oppgaver blir gjort (Bjerga 2006). Vi ser at sykepleierens møte med handlingsfeltet, i Bjerga (2006) sin studie og i materialet i denne oppgaven, er dominert av formålrasjonalitet. Virksomheten er derfor bare delvis forsvarlig fordi de lovpålagte plikter innebærer ikke bare at oppgaver med kroppen gjøres, men at det også gis omsorgsfull hjelp til pasienten som et subjekt. Et individuelt ansvar forutsetter at det ikke er noen mangler i systemansvaret, ellers begrenser det muligheten for at det individuelle ansvar kan realiseres fullt ut. I neste avsnitt vil jeg se på effektiv drift i sykehuset i forhold til fokus på enkeltindividets behov, slik det oppfattes i ”Pasienten først!” (NOU 1997:2).

### **Bedre drift av sykehuset**

En av de ”Pasienten først!” prinsippene<sup>78</sup> som skulle sette pasientens behov i fokus og derigjennom bedre driften i norske sykehus er: Lydhørhet (dette har jeg også vært inne på tidligere i del 5.1.1 hvor jeg gikk igjennom prinsippet helhet). Lydhørhet innebærer at pasienten skal møtes med respekt og pasientens symptomer og opplevelse av lidelsen skal tas på alvor. Sykdommer er mer enn organer og pasienter mer en kasus. Det er ikke diagnosen alene som er viktig, like viktig er pasientens opplevelse og mestring av situasjonen. Et punkt ved lydhørhet er at pasienten bør få anledning til å samtale med legen uten at andre pasienter eller andre uvedkommende hører på.<sup>79</sup> Når det gjelder å samtale med pasienten uten at andre pasienter hører på synes dette vanskelig. Én sykepleier i mitt materiale opplever at ”det private” ikke blir ivaretatt. De materielle forholdene ved avdelingen gjør det vanskelig å ta individuelle hensyn. Hun sier:

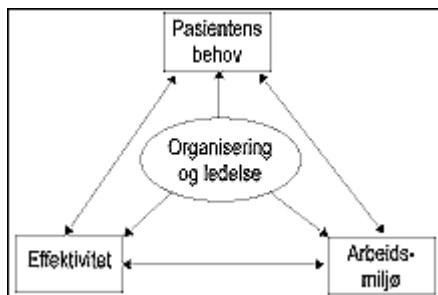
---

<sup>78</sup> NOU:1997:2 Pasienten først!

Du er jo ganske naken... ikke fysisk naken. Men at du blir jo ganske kledd av. Og sånn som når du ligger på en flermannsstue, så står jo legene og sykepleierne og snakker om deg høyløyt, mens de andre ligger å hører på. Og det går jo ikke an å gjøre noe med, for det går jo ikke an trille ut tre andre når du skal snakke med en, eller trille ut den ene når du skal snakke med den, for i gangen er det like mye folk. Så sånn er det jo bare.

Å samtale med legen alene krever også at det er en viss fysisk mulighetsstruktur tilstede. At det er enerom eller andre disponible rom som kan brukes. Vi ser derfor at materielle begrensninger påvirker sykepleierens handlingsmuligheter i sykerommet når det gjelder respektfull ivaretagelse.

Utvalget som har utformet "Pasienten først!" prinsippene (NOU1997:2), som jeg har vist tidligere, mener at de ti retningslinjene angir hva sykehus må svare på, for at organisering og ledelse er i samsvar med pasientens behov. Utvalgets mandat mener at et mest mulig konsekvent fokus på pasientens behov også vil kunne utløse effektive tiltak i organisasjonen og fremme arbeidsmiljøet blant helsepersonell. De mener det ikke er noen motsetning mellom pasientenes behov og hensynet til effektivitet og hensynet til et godt arbeidsmiljø. Disse oppfattes sammenfallende. Figur 1. nedenfor viser dette forholdet.



Figur 1. Gjengitt etter NOU1997:2 "Pasienten først". Punkt 6.1.1.<sup>80</sup>

Ut i fra figuren leser jeg at organiseringen skal tilpasses pasientenes behov og at pasienten skal delta i bestemmelser rundt sin situasjon.

<sup>79</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-2/2.html?id=140691> Hentet 18.3.2008

<sup>80</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-2/7.html?id=140696> Hentet 14/2 2007.

Mitt materiale viser ingen sammenheng mellom organisasjonenes "behov" for å være effektiv og ivaretagelse av pasientens behov, slik som figur 1 viser. Datagrunnlaget viser det motsatte. Vi husker at sykepleierne mente "det er hovedsakelig at det går så fort som gjør det vanskelig å ta seg av pasienten i sykehuset". Kravene om effektivitet hindrer sykepleieren i å ivareta pasientens behov på en helhetlig måte. Ut i fra et menneskesyn perspektiv men også ut i fra et omsorgsperspektiv. Det finnes ingen indre sammenheng mellom pasientenes individuelle behov og effektivitet på mikro- og mesonivå, i mitt materiale. Forholdet mellom effektivitet og behov viser at de er vesensforskjellige. I de to neste avsnittene vil jeg se på to undersøkelser hvor kvantitativ metode er brukt og sammenligne med de funn som er gjort i denne oppgavens datainnsamling.

### **Om kulturelle og organisatoriske forhold for sykepleierne.**

Fra rapporten "Arbeidsmiljø i sykehus", oppsummering etter tilsyn i landets sykehus 2005, av Arbeidstilsynet finner vi opplysninger om blant annet sykepleierens arbeidsmiljø.<sup>81</sup> Arbeidstilsynet har funnet omfattende brudd på arbeidsmiljølovgivningen. Manglene er gjennomgående og like på landsbasis. Lovverket sidestiller arbeiderens (her: helsepersonell) rettigheter gjennom arbeidsmiljøloven med pasientenes rettigheter gjennom pasientrettighetsloven. HMS-arbeidet (helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeidet) i helseforetakene har ikke prioritet eller fokus. HMS arbeidet mangler status, aksept og anerkjennelse som metode for å bedre forhold.

Et gjennomgående funn i denne undersøkelsen er at de ansatte opplever et misforhold mellom de oppgaver de er satt til å løse og sin arbeidskapasitet. Opplevelse av utilstrekkelighet, dårlig samvittighet og redsel for å gjøre feil pga av en svært presset arbeidssituasjon i perioder. Dette vil gi uheldige konsekvenser for helse og velferd over tid for den enkelte. De ansatte har stor omsorg for pasientene og deres behov, og de strekker seg veldig langt i yrkesutøvelsen for å imøtekomme pasientene, tidvis på bekostning av egen helse. Disse utfordringer som skisseres her, er de samme som sykepleierne i dette materialet gir uttrykk for. Sykepleierne må hele tiden prioritere å gjøre de viktigste oppgavene, de føler

---

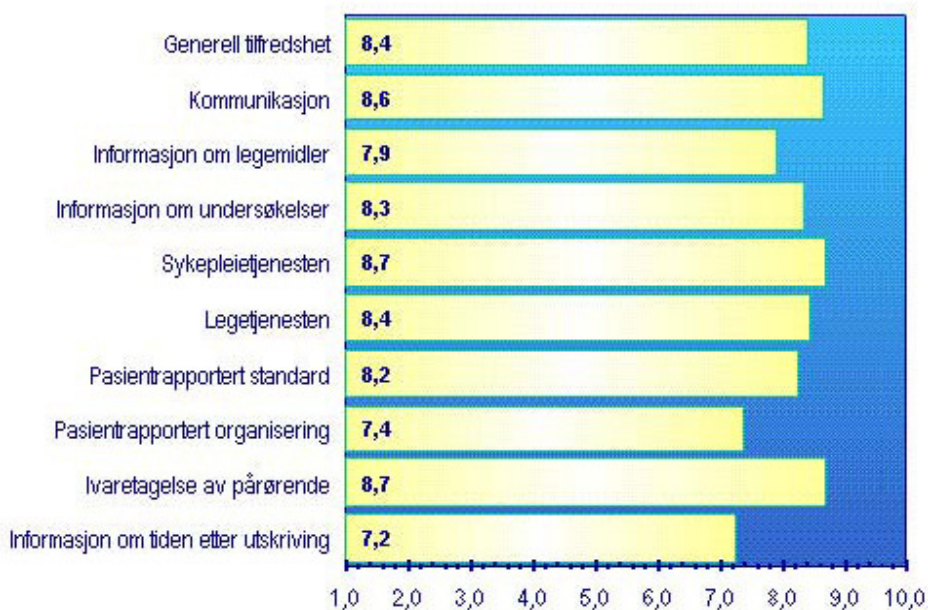
<sup>81</sup> God vakt! Arbeidsmiljø i sykehus. Prosjektnummer 01119. Det er gjort 22 tilsyn i landets helseforetak og med fem private sykehus (oppstart 2003). Overordnet mål for arbeidstilsynet er å bidra til et forsvarlig arbeidsmiljø i helseforetakene. Dette påvirker sykepleierens evne til å ivareta pasienten etter ønskede og gitte kriterier. Pålegg er gitt etter tilsynene. Det vil bli kontrolltilsyn i 2008 for å se om tiltak har gitt forbedringer. Se <http://www.arbeidstilsynet.no/>. Hentet 20/1-2007



at de ikke får gitt nok til pasientene. I neste avsnitt vil jeg se på en undersøkelse som er gjort om ”pasientopplevelser”.

### Pasientens opplevelser av helsetjenesten

I 2003 kom det en Hovedrapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Tidligere Stiftelse for helsetjenesteforskning): Pasientopplevelser i helse øst. Pasienter innlagt i somatiske sykehus (Utredningsrapport 13/2003). Undersøkelsen ble gjort på oppdrag fra Helse Øst RHF. Formålet ved undersøkelsen var å få pasientenes tilbakemeldinger (måling av pasienterfaringer) på sitt sykehusopphold. Det ble også gjort undersøkelser i andre helseregioner. Det ble sendt ut 6186 spørreskjemaer til pasienter to - tre uker etter hjemreise. 3211 spørreskjemaer ble returnert. Svarprosenten er dermed 52.<sup>82</sup>



Figur 2. Gjennomsnittsscore for helse øst RHF samlet. Verdi - intervall fra 1-10, hvor 10 er best.<sup>83</sup>

<sup>82</sup> Rapporten kan leses på <http://www.heltef.no/index.php?artikkelid=58&back=1>. 20/1-2007. For videre lesning om metodevalg, og innhold. Resultatene i undersøkelsen er gyldig for de pasientgrupper som er i stand til å svare. Vi må derfor se bort i fra de sykeste og de med størst funksjonssvikt. Dette er også de pasientgrupper som trenger mest hjelp, har mindre egenomsorg og krever mye ressurser. De kan være mer sårbare og utsatt for mangelfull pleie - og behandling.

<sup>83</sup> (Gjengitt fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesteforskning. Utredningsrapport 13/2003 side 19)

I figur 2. ser vi at laveste score er 7,2 og høyeste score er 8,7. Tallene er ganske jevne og de ligger ganske høyt opp mot beste verdiscore. Når det gjelder funnene på sykepleietjenesten så er scoren 8,7 hvilket er høyt. En presisering på sykepleietjenesten som variabel /indeks er:<sup>84</sup> pleierens omsorg, - pleierkompetanse og - pleierne hadde tid når jeg trengte det. Indeksen Ivaretagelse av pårørende kommer også høyt opp og likt som sykepleietjenesten. Variabelen innebærer: - pårørende tatt i mot på sykehuset, - nærmeste pårørende fikk informasjon. Pasientenes opplevelse av organisering er målt ved: - fast gruppepleiere, - en lege hadde hovedansvaret, - organiseringen av arbeidet, - og uforutsett venting, så er denne på 7,4. Altså noe lavere enn inntrykket av sykepleierne. Legenes inntrykk på pasientene målt ved – legeomsorg og – legekompetanse er høyere enn organiseringsinntrykket, og ligger nesten rett bak sykepleierne i score med 8,4. Kommunikasjon målt ved: - fikk fortalt om tilstanden min, - legene snakket så jeg forstod dem, og - pleiepersonalet snakket forståelig, ligger jevnt i score med inntrykket av sykepleierne.

Pasientene er alt i alt fornøyd med sykepleietjenesten. Mye tyder på at sykepleieren tar seg godt av pasienten og ser alle sider ved ham. Hvis man sammenligner disse pasientopplevelsene med det som ble funnet i rapporten fra Arbeidstilsynet, så er det jo rart at pasientene er fornøyde når sykepleierne er misfornøyde med sin arbeidskapasitet. Denne uoverensstemmelsen at pasientene er langt på vei fornøyd, men at sykepleierne opplever et gap mellom hva de skal gjøre og muligheten til å få gjort det, bekrefter Vikes (red. 2002) analyser om at sykepleierne (og andre pleiere) utgjør velferdstatens omsorgsreservoar i sykehuset. De er en fleksibel og grenseløs arbeidskraft som tar unna det arbeidet som permanent skapes av det kroniske misforholdet mellom ytelseskrav og yteevne (Vike red. 2002). Sykepleierne strekker seg for å yte god sykepleie til pasientene. De påtar seg organisasjonenes ansvar.

I forhold til data som jeg har funnet i mitt materiale, så eksisterer det en grense for hvor langt denne arbeidskraften kan strekkes. Vi ser at fysiske (og teknisk-medisinske) oppgaver prioriteres først og at den mellommenneskelige delen, en mer helhetlig omsorg, kortes ned. De har ikke nok tid til å snakke med og være hos pasientene. Derfor vil sykehusets

---

<sup>84</sup>(Gjengitt fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesteforskning. Utredningsrapport 13/2003 side 12)

kapasitetsproblem slik Vike (red. 2002) definerer det og slik det også fremkommer i mitt materiale, ikke bare forbruke en omsorgsressurs (som utgjøres av omsorgshabitus) i velferdsstaten, men dreie sykepleierens handlinger mot et reduksjonistisk menneskesyn i den utøvende sykepleie.

Arbeidsforholdene på alle nivå må være tilrettelagt slik at sykepleiarbeidet faktisk lar seg gjennomføre. Den enkelte yrkesutøver har ansvar for sine handlinger. Samtidig er det viktig at samfunnet ivaretar aktørenes handlingsmuligheter i de ulike profesjoner. I neste del vil jeg se på det som kan betegnes som en interessekonflikt mellom sykepleierne og legene i avdelingen.

### 5.2.3 Interessekonflikt

I denne delen besvares spørsmålet: Hvilke interessekonflikter i sykerommet påvirker sykepleiernes fagutvikling og autonomi i avdelingen? En sentral samarbeidspartner for sykepleierne er legene. Legens virksomhet i organisasjonen er hele tiden med på å forme arbeidet til sykepleierne. Tre av åtte sykepleiere i dette materialet innehar lederposisjoner i avdelingen, og felles for alle tre er at de forteller om det som kan betegnes som en interessekonflikt, angående oppgaver mellom sykepleierne og legene<sup>85</sup>.

En sykepleier uttrykker interessekonflikten slik når hun forteller at hun har fått delegert personalansvar og drift i avdelingen fra avdelingslederen (overlegen): ”Legene har mye mer fokus på legefaget...avdelingslederen har personalansvar, men det har han delegert til meg. Så han er ikke så interessert...avdelingslederen er ikke så mye tilstede så de ser det ikke, eller de føler at, ja dette har vi aldri gjort og det ønsker vi ikke å gjøre!”. Driften i avdelingen er ikke sykepleierens formelle ansvar, men hun påtar seg det siden sykepleierne alltid har gjort dette. Legene har ikke erfaring med drift, men de har allikevel fått denne funksjonen. Hun forteller at slik er systemet: ”Det er noe legeföreningen har bestemt at det skal være en lege som er avdelingsleder på de kliniske postene”.

---

<sup>85</sup> Tre av åtte sykepleiere her viser til to avdelingssykepleiere, og én oversykepleier som representerer viktige posisjoner på et annet nivå i avdelingen, og de har erfaringer som de andre ikke nødvendigvis har. Ledernes erfaringer bekrefter de erfaringene som tidligere har kommet frem i materialet om den økonomiske situasjonen og mangel på tid.

Sykepleieren forteller videre at klinikken har for lite antall senger og drift innebærer at hun må bruke tid på å få flyttet pasienter over på andre poster. Det er krav om ”pasientflyt” og hun må ta kontakt med legene for å sikre driften i avdelingen: ”Snakker og med legene om at vi må stoppe inntak, kanskje avbestille operasjonspasienter, hvor legen ikke ønsker det. Fordi de ønsker å operere”. Hun sier: ”Jeg har den makten at jeg sier at sånn er hverdagen... men allikevel, du får jo kjeft. Men da kan jeg bare si, sorry, jeg gjør mitt beste, jeg kan ikke gjøre bedre”. Hun sier at hun får ”gehør” for det noen ganger. Men klinikksjefen er pålagt fra direktøren: ”...ikke sant resultater, resultater. Det dyttes jo nedover i systemet”. Sykepleieren har bedt om å få det skriftlig, det delegerte ansvaret, men det får hun ikke. Sykepleieren vil gjerne vite hva som er hennes arbeidsområde og hvilken myndighet hun er delegert. Men det kan de ikke gi henne. Sykepleieren sier at hun kan trampe i gulvet og si at dette går hun ikke med på: ”Dette vil jeg ikke! Men da vil jeg nok og få svar, at da må du finne deg en annen jobb”. Hun sier at hvis hun setter seg i mot så går det utover personalgruppen,” Og som sykepleier er jeg jo vant med å ta ansvar. Det er jeg lært opp til, ikke sant. Det er grunnholdningen for så mange år siden som jeg ble utdannet. Så det ligger så langt inn i sjelen min”.

Hovedårsaken, i følge Vike (red. 2002), til at sykepleierne arbeider med en mer eller mindre permanent utilstrekkelighetsfølelse er ”måten sykehusorganisasjonen styres og ledes på”. Han mener at det mest iøynefallende funnet i feltarbeidet<sup>86</sup> sitt, er at sykepleierne (kvinnekroppen) ”inkorporerer utilstrekkelighet og dårlig samvittighet nettopp gjennom disiplinert tilrettelegging av seg selv for Legen, organisasjonen og den lidende” (Vike red. 2002:158). Ifølge Vike (red. 2002) er et viktig aspekt ved makt i velferdsstaten, evnen til å skjærme seg fra ansvarsoversvømmelsen og å kunne delegere dilemmaer.

Sykepleieren forteller også at legene mener at det er de som står for inntjeningen på sykehuset. De har syv års doktorskole: ”Sykepleierne har ikke det, om vi bare er 24 timer rundt pasienten! Jo fordi at du får jo DRG poeng for å operere pasienten. Det er jo inntekten til sykehuset. Og hvis ikke legene er der for å operere så får vi ingen DRG poeng. Så sier jeg

---

<sup>86</sup> Studien er basert på undersøkelser av velferdsstaten ”nedenfra og innenfra”. To kommuner og et fylkessykehus. Dette innebærer profesjoner nærmest pasienten - klienten men også den økonomiske, faglige og administrative ledelse på flere nivåer. Se side 15-18. (Vike red. 2002 )

og om hvis ikke sykepleieren er der for å stelle pasienten så kan dere heller ikke operere. Men det vil ikke gå. De har syv års doktorskole”.

En av ”Pasienten først” retningslinjene som skulle bedre pasientens situasjon i sykehuset men også driften i sykehuset var: Gjensidighet. Den gjensidige avhengighet mellom yrkesgruppene er av betydning for pasientens tillit til systemet. Respekt på flere plan er nødvendig:

- respekt for det enkelte fagområdets egenart
- respekt for den kompetanse som de ulike yrkesgrupper representerer
- respekt for medarbeidernes tid (punkt 1.1.10).<sup>87</sup>

Sykepleierne får ikke noe respekt for det arbeidet de gjør og de har heller ikke noen innflytelse over eget arbeidsfelt, men det forventes at de tar ansvar, noe de også gjør. I Agora nr.3/4-2002 om ”Makt” mener Lars Bugge i sin artikkel om:” Bourdieus teori om makt”, at hans begrep om kapital samtidig er hans begrep om makt. Et maktforhold er en bestemt kapitalfordeling. Sosial ulikhet i forhold mellom mennesker er et maktforhold. Bugge kommer frem til en definisjon av makt som han mener ligger implisitt i Bourdieus verker:

Kapital er knappe sosiale ressurser som er tillagt en bestemt verdi av et sosialt fellesskap og som i kraft av sin knapphet er i stand til å skape, forsterke eller opprettholde ulikheter mellom sosiale aktører. (Agora nr.3/4-2002:226).

Legene har større makt enn sykepleierne på grunn av sin kunnskapskapital. Legene er opptatt av sitt fag og dytter drift og personalansvar i avdelingen over på sykepleierne som er marginalisert med hensyn til ressurser. I tillegg har legene tilkjempet seg i en profesjonskamp med sykepleierne avdelingslederstillingene, samtidig som de delegerer avdelingslederopp-gaver til sykepleierne. Vi ser at gamle strukturer overlever de nye og blir den uformelle struktur. Den formelle struktur følges ikke. Dette viderefører således det tradisjonelle og historiske forholdet mellom leger og sykepleiere. Legen er øverst i det faglige hierarkiet (Svensson 2006). Vi ser at det medisinske reduserende perspektiv på pasienten blir dominerende og sykepleierens kunnskapsforståelse av pasienten må vike plass.

---

<sup>87</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-2.html?id=140689> Hentet 18.3.2008

Maktkampen mellom legene og sykepleierne forsterkes av de økonomiske styringsmidler, og DRG poengene sykehusene får for hver pasient som opereres. Vike (red 2002) mener at det er kontraktsskarakter mellom de økonomiske styringsverktøy og det medisinske arbeidet. Legene oppfatter dette som en inntjening, de står for. Arbeidet til sykepleierne er ikke likeverdig. Dette er med på å hindre sykepleieren i å møte pasienten som et subjekt i sykerommet. Fordi det er antall pasienter inn og ut av sykehuset som teller. Dette er en direkte påvirkning fra de ytre rammebetingelser.

I det daglige er det derfor to konflikter som løper side om side og som er styrende for hva sykepleierne kan gjøre. Den første er konteksten med politiske og økonomiske rammebetingelser. Den andre er legenes definisjonsmakt og kunnskapsmakt over klinikken. Sykepleierens handlingsmuligheter på egne premisser blir begrenset av både de økonomiske rammebetingelser og legenes fagprioriteringer og medisinske syn på pasienten. I neste avsnitt vil jeg gjøre rede for hvorvidt sykepleierne får gjennomført kompetanseutvikling.

### *Kompetanseutvikling*

De tre lederne i avdelingen opplever at de ikke får gjennomført fagutvikling blant sykepleierne. En sykepleier uttrykker problemene slik når hun forteller at hun befinner seg ”mellom barken og veden”. Som leder har hun mange ansvarsområder. Hun må sørge for faglig oppdatering og kompetanseutvikling for sykepleierne. Men det brukes mye tid på drift i avdelingen, sikre at det er nok personale. Sykepleieren sier hennes arbeidsoppgaver er å ta hensyn til personalet og være lyttende ovenfor dem. Men hun kan ikke alltid ”etterkomme deres ønsker”. Det skyldes ”innsparinger” og ”hvordan vi har det i hverdagen”. Krav som gjerne ikke blir innfridd er, kurs, hospitering, og veiledning i hverdagen. Sykepleieren sier hennes oppgaver som leder også er at faget blir tatt vare på. Etter at de fikk enhetlig ledelse er ikke sykepleiefaget i fokus:

Så der må jeg hele tiden passe på at det er i fokus og kurs. Dette vil heve kvaliteten som kommer pasienten til gode.... Fordi at det er en lege som er leder. Det er klart. Etter at legene overtok disse avdelingsleder stillingene, så er det ikke så mye fremme. Og det ser vi og på sykehus nå hvor alle mellomledere som er besatt av sykepleiere, at de blir tatt bort etter hvert. Hvor folk sier opp eller av naturlig avgang, så blir de stillingene borte. Da blir de besatt av andre yrkesgrupper.

Alle mellomledere på sykehuset som er besatt av sykepleiere blir tatt bort. De blir besatt av andre yrkesgrupper. I maktkampen med legene om lederstillinger er det legene som har vunnet, og de fjerner fortløpende sykepleiere fra lederstillinger. Kvaliteten på sykepleien blir dårligere når faget ikke er representert på ledelsesnivå. I de yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren forpliktelser i forholdet mellom sykepleieren og profesjonen. Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er etisk og faglig forsvarlig. Sykepleieren skal bidra til fagutvikling og at ny kunnskap etableres i praksis. Disse forpliktelser er vanskeligere å gjennomføre i praksis, når sykepleierne fjernes fra lederstillinger. I forholdet mellom sykepleieren og medarbeiderne skal sykepleierne ta initiativ til et faglig og tverrfaglig samarbeid. Sykepleieren skal også bidra med utforming og gjennomføring av normer for god praksis<sup>88</sup>.

En sykepleier uttrykker det tverrfaglige samarbeidet slik når hun sier hun har prøvd å dra i gang arbeidslunsj for alle, leger og sykepleiere skulle møtes i lunsjen for å diskutere pasientsituasjoner. Generelt synes hun at legene ikke er interessert i møter, da må det være noe som interesserer dem spesielt. Hun sier: ”Det siste vi har hatt er personalmøte da. Og da er det et eller annet som det skal informeres om, som gjør at legene er interessert i å komme. Hvis ikke så kommer dem ikke. Dem er liksom så veldig opptatte på sin egen tue, i forhold til faget sitt og alt det dem driver med. Så føler liksom ikke at vi er på bølgelengde i forhold til å kunne kommunisere med hverandre sånn”. Sykepleieren har selv vanskelig for å gjennomføre arbeidslunsj: ” Men det gikk ikke det heller. For du rekker jo ikke å ta lunsj også kommer ikke den, og.... Det er alltid noe uforutsett som skjer, legene må operere pasient og sykepleierne må ta seg av en dårlig pasient”.

Det er ikke tid og interesse fra legene til å avholde møter i arbeidstiden. Dette kunne ha hjulpet på samarbeidet mellom yrkesgruppene. De kunne fått mer forståelse for hverandre og ikke minst en mer helhetlig vurdering av pasientene. I kapittel fire beskrev jeg forholdet mellom menneskesyn, etikk (moral), teori, metode og praksis. I arbeidet med mennesker har dette en tendens til å bli splittet opp (Hammerlin og Larsen 1997b). Muligheten for dialog og en kritisk refleksjon over hva som gjøres er vanskelig å gjennomføre i hverdagen, når det gjelder å sette av ressurser til dette, fordi ressursene ikke er der. Interessen fra legene

---

<sup>88</sup> NSF Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ( 2008 Pdf format s.5-9).

innenfor de resursene som er, rettes mot eget fagarbeid. Den normative orienteringen til sykepleierne som jeg tok opp i punkt 5.1 med helhetlig menneskesyn og helhetlig omsorg har begrensede handlingsmuligheter. Organisasjonen styres av legenes interesser mot faget, hvilket er bra for fagets kvalitet, men det innebærer også at kunnskapssynet i den biomedisinske sykdomsmodellen dominerer virksomheten i avdelingen. Sykepleierne jobber på en annen måte. De er opptatt av andre verdier og har en kompetanse som er rettet mot pasientens behov. Arbeidsmengde/tyngde og knapphet på tid, et resultat av økonomiske føringer, gjør at sykepleierne, med det kunnskapsfeltet de faktisk besitter marginaliseres. De klarer ikke å mobilisere nok motmakt for å utvikle sykepleietjenesten faglig.

Tidligere var jeg inne på at helsepersonell må få mulighet til å utvikle seg som omsorgsutøvere (del 5.1.1). Helsearbeideren har også et moralsk ansvar for å gi plass til omsorgen Gjengedal (1997:155). En viktig ”Pasienten først!” retningslinje er: Faglighet. Helsepersonell skal holde kunnskapen sin à jour, til enhver tid innenfor sin fagkrets. Moderne sykehus skal gi helsepersonell tid til å tilegne seg ny kunnskap gjennom deltagelse på kurs og konferanser. Arbeidsgiver skal ta kompetanseutvikling på alvor og stille ressurser til rådighet og tilse at personell har nødvendig kompetanse.<sup>89</sup>

Sosial kontroll fra legene og mangel på motmakt gjør at sykepleierne marginaliseres i sin arbeidssituasjon. Mens legene trekker seg tilbake og kan utvikle faget sitt, så er det i pasientpleien, drift og oppfølging av pasientene hvor sparetiltakene merkes. Sykepleierne har ingen reell makt bak sine krav om mer rom til faglig utvikling fordi all tid og krefter går med til å sikre forsvarlig drift i avdelingen. Pasienten må sikres den oppfølging de har krav på. Tid til møter, intern undervisning og kurs er så minimale at det ikke bidrar til at sykepleierne får den faglige utvikling som de mener er nødvendig og viktig, både for yrkesgruppen og for pasienten. Sykepleierne er taperne i maktkampen om knappe ressurser som tid og penger. De presses inn i helt andre valgmuligheter enn det legene gjør. Den medisinske oppfølgingen og sykepleien som pleierne står for, er ikke så viktig. Derfor settes sparetiltakene inn her, og enda en mer effektiv og krevende hverdag blir virkeligheten for pleierne. Dette påvirker den utøvende sykepleie hos pasienten i sykerommet. I praksis er derfor møtet med pasienten

---

<sup>89</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-2/2.html?id=140691> Hentet 18.3.2008



veldig avhengig av den enkelte sykepleier og hennes/hans moralske vurdering og individuelle ansvar.

Hvordan kan forrangprinsippet, som jeg beskrev i del 5.2.2 som viste at prioritering på individ nivå bør gå foran prioritering på samfunnsnivå, hjelpe sykepleieren i en interessekonflikt, for eksempel der det står andre i kø, og legene ønsker å operere? Vi så at møtevirksomhet på tvers av fagtenestene var minimale og sykepleierne innad hadde svært lite rom for, eller nærmere bestemt ingen diskusjonsgrupper. Hvis man skal øke helsearbeidernes bevissthet og refleksjon over viktige verdier og valg, så må de få tid til å snakke sammen. Hvis de som gruppe skal få en økende bevissthet om at effektivitetskrav ikke kan bestemme alt og at subjektive hensyn går først, må forum for diskusjon og veiledning tas alvorlig fra ledelse og myndigheter og gis en plass i hverdagen. Så lenge sykepleierne ikke klarer å tilkjempe seg makt og innflytelse i avdelingen, bør staten gå inn å regulere slik at legene ikke tar monopol på sentrale lederstillinger. Lovverket åpner for at sykepleierne kan være avdelingsledere, at sykepleierne er godt representert i viktige lederstillinger formelt sett, på flere nivå, gjør at verdier i sykepleiefaget får større innflytelse. I neste avsnitt vil jeg se på sykepleiernes evne til å jobbe for selvstendighet i avdelingen.

### **Sykepleierens autonomi**

Mine data beskriver en situasjon hvor marginaliseringen går så langt at sykepleierne har mer enn nok med å sikre pasienten forsvarlig pleie og medisinsk oppfølging, i det daglige. Det å mobilisere politisk og faglig motstand for å styrke sin stilling, må foregå på fritiden.

Sykepleierne forteller at de da er så slitne at det ikke er noen krefter igjen til fagpolitisk arbeid. Personalmøter og avdelingsmøter som foregår på fritiden, er det mange som ikke møter opp på. De gir uttrykk for en avmaktsfølelse. En sykepleier uttrykker dette slik: ” Alle klager, men får ikke sagt i fra. Ingen gidder å møte opp, er for slitne”.

Legenes virksomhet, og da spesielt egen fagutvikling, gjøres mulig ved at sykepleierne påtar seg oppgaver (drift i avdelingen) som de formelt sett ikke har. Dette viser et avhengighetsforhold mellom legene og sykepleierne som legene ikke vil vedkjenne seg. Sykepleierne har og tar ansvar men de har ingen makt. De kulturelle motsetningene og maktforholdene mellom legene og sykepleierne setter sykepleierne i en avmaktsposisjon.

Legeforeningen tolker Lov om Spesialisthelsetjenesten (1999) § 2-3 og 3-9) i retning av at det må være en lege som er leder på hvert nivå, for eksempel som avdelingsleder, som kom frem i dette datagrunnlaget. Legene prioriterer ikke utvikling av pleiearbeidet i avdelingen, de prioriterer sitt eget fagfelt. Som tidligere beskrevet i punkt 2.3 kan det pekes ut en medisinsk faglig rådgiver dersom forsvarlighetsnormen krever det. I et brev fra departementet til helseforetakene angående ledelse i sykehus, og tolkning av loven, står det at ”det er ikke gitt at lederstillinger i sykehus skal besettes av leger”<sup>90</sup>. Legeforeningen tolker det slik at kravet om forsvarlighet gjør at den enhetlige lederen må være en lege. De mener det må være samsvar mellom medisinsk ansvar og myndighet. De mener at manglende samsvar her vil tilsløre ansvarsforhold og undergrave kravet om enhetlig ledelse, altså en person. I loven er det åpnet for at departementet i forskrift kan stille krav til kvalifikasjoner for lederen, og at det også kan brukes medisinsk ekspertise som rådgiver. Legeforeningen fråråder bruk av rådgivningsposisjoner.<sup>91</sup>

Sykepleierens rolle i forhold til legen har endret seg. Når det gjelder beslutningsprosesser kan det sees en utvikling i fire faser (Porter 1991 sitert av Svensson 2006:200). I første fase var sykepleieren i en helt underordnet posisjon. I andre fase fikk sykepleieren en uformell medbestemmelse. Denne rollen blir etter hvert mer åpen. I tredje fase som er den fasen sykepleien befinner seg i nå er det stor grad av åpen og direkte medbestemmelse. Denne er fortsatt uformell og ikke anerkjent av behandlingsorganisasjonen. Den siste fasen som ikke er oppnådd er det fullt ut profesjonelle nivået med formell beslutningsfunksjon. Sykepleien som profesjon må overbevise samfunnets rettslige instanser om behovet for selvstendighet (Svensson 2006:200). Denne studien har nettopp vist at sykepleietjenesten i avdelingen trenger autonomi for å styrke faget. Sykepleiernes forståelse av pasienten har et bredere perspektiv, de har et helhetlig menneskesyn.

Økt autonomi for sykepleieren innebærer at legens kontroll og makt må reduseres (Svensson 2006:201). Sykepleien har mulighet for å bli et selvstendig virkefelt som sykepleien har

---

<sup>90</sup> <http://www.legeforeningen.no/assets/RUNDSKRIVLEDELSE.rtf> Hentet 12.3.2008

<sup>91</sup> <http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=6699&subid=0> Av Anne Kjersti Befring. Hentet 11.4.2004. Eller <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=11345> Av Ellen Juul Andersen Hentet 11.3.2008

ansvar for. Gjennom sykepleieprosessen har sykepleien fått et redskap som kan brukes både praktisk og teoretisk, slik at autonomien styrkes (Svensson 2006:193).

Helsevesenets sosiale struktur er komplisert, men hvis man rendyrker forholdet mellom leger, sykepleiere og pasienten får man et trekant drama som viser konfliktlinjene. Sykepleierollen har en mellomposisjon i organisasjonen. Det spesielle ved sykehuset er at både leger og sykepleiere har kontakt med pasienten samtidig med at de har et motsigelsesfylt forhold seg i mellom. En større selvstendighet for sykepleieren vil måtte innebære at legene må justere sine forventninger til og bilde av sykepleieren. Mange leger ser på sykepleierne som assistenter for legen og ikke som selvstendige og profesjonelle kolleger. De tror at sykepleierne arbeider for legen og ikke for pasienten (Svensson 2006).

Én sykepleier i dette materialet syns at: ”den sekretærdelen man har for legene er kjedelig”. Hun trodde ikke at den skulle være så stor. ”Man gjør jo ting som er forordnet av leger men at du liksom skal stå å ”pushe” på leger: ”Har du gjort det!, har du ringt det!, har du skrevet den!, har du gjort det!”, at vi kan bruke hele dager på vente på at de får fylt ut ”ditt og datt” og sånn. Nå har de fryktelig mye, det har jo ikke noe med at de ikke vil eller gjør jobben, men det blir sånn direkte sekretærarbeid som er kjempekjedelig....”. Vike (red. 2002) mener at sykepleierne påtar seg ansvar for at andre yrkesgrupper gjør jobben sin. Han mener de praktiserer et ”føre var” prinsipp. Dette kan forklares med helhetstenkningen i faget og den kvinnelige omsorgshabitus som de kulturelle betingelser for sykepleieren.

Svensson (2006) skriver at sykepleierens rollekonflikt kan sees på som bærer av to diametralt motsatte norm- og verdisystemer. Arbeidet er regelstyrt og arbeidet krever at sykepleierne følger forordninger. På den annen side kreves det at sykepleieren viser initiativ, kreativitet og selvstendighet. Særlig har utdanningsinstitusjonene lagt vekt på det siste som ideal. Konfliktene mellom lege og sykepleier er derfor ikke blitt mindre (Svensson 2006). Sykepleierens yrkesrolle krever at både instrumentelle og ekspressive oppgaver forenes. Sykepleieren skal være både oppgaveorientert og personorientert. Sykepleieren skal mestre tekniske prosedyrer men også å kunne trøste og oppmuntre pasienten. Dette har jeg vist i punkt 4.2 og her i kapittel 5. Sykepleierne skal ta seg av pasienten på en omsorgsfull måte og ”det er en masse som må gjøres der og da”.

En annen konflikt er at sykepleieren har fått økt ansvar i tillegg til mangel på beslutnings- og kontrollmuligheter. Pleie og omsorg har fått en større rolle i behandlingen (Svensson 2006). Kunnskapsutvikling har skjedd gjennom sykepleieforskning og videreutdanning. Allikevel har de ikke fått det formelle ansvaret for sitt arbeidsområde. Sykepleieren står ovenfor forventninger om å utvikle sykepleien (individuell planlegging av pleien), komme med ideer til organisering av pleien på avdelingen, forbedre informasjonen til pasienten og å beskytte pasientens integritet og autonomi. Slik det er nå avhenger dette av legens velvilje og interesse (Svensson 2006:202). Vi har sett i dette materialet at legene har interesse for faget sitt og operasjoner, og ikke viser forståelse for sykepleiernes vilkår i avdelingen. Sykepleierne har ikke det formelle ansvar for sitt arbeidsområde.

#### **5.2.4 Oppsummering**

Sykepleierne opplever at alt handler om å tjene og spare penger. Pasientene blir tenkt som en gjenstand. Det skal hele tiden spares på antall pleiere. Samhandlingen mellom pasient og sykepleier er preget av effektivitetskrav. De siste tiåra har det foregått en markedsgjøring av samfunnet (Vetlesen 2001) hvor hensikten er å tjene penger, dette overskygger andre verdier og mål. Kan omsorg tilhørende livsverden realiseres innenfor systemverden hvor instrumentell rasjonalitet er dominerende? Siden sykepleie ikke bare kan reduseres til instrumentelle handlinger men har omsorg som kjerneverdi er det mulig. Men omsorgen blir begrenset, den blir ikke så personlig og nær. Sykepleie som fag rommer også instrumentell rasjonalitet i seg på grunn av fagets vitenskapsinnhold – sykepleieprosessen.

Sykepleierne opplever at omsorgen og kommunikasjonen med pasienten ”ikke blir så stor del som man skulle ønske”. De mener det bør være slik at du ”klarer å se alle sidene ved et menneske.... At du ikke bare gjør de robotaktige tingene....”. Sykepleierne etterstreber tilstedeværelse i arbeidet, men utfoldelsen og utøvelsen blir hindret i systemverden. Det økonomiske system begrenser sykepleierens handlingsmuligheter i forhold til utøvelsen av et helhetlig menneskesyn i omsorgshandlingene.

En omsorgsvilje som ”er der fra før” synes avgjørende for utøvelsen av omsorg i systemverden. En god omsorgsvilje erverves fra livsverden. Når livsverden er truet, både i utdanning, institusjonelt og i samfunnet for øvrig, vil ikke grunnlaget for omsorg som kan

---

hentes ut herfra være like stor. Når livsverden blir kolonialisert får vi en instrumentalisering av relasjoner (Bakken 2001). Den kvinnelige omsorgshabitus (Eriksen 1995) er i endring, på grunn av kvinners endrede livsbetingelser, hvilket betyr at sykepleiefaget mister sitt selvfølgelige kulturelle rekrutteringsgrunnlag (Bakken 2001).

Sykepleierne opplever at det er altfor liten bemanning. De får ikke gjort det de skal. Velferdstaten har et kapasitetsproblem og det blir et misforhold mellom ytelseskrav og yteevne. Dette dilemmaet blir desentralisert og blir et personlig problem (utilstrekkelighetsfølelse) på individnivå. På samfunnsnivå er det et økonomisk-administrativt problem. De økonomiske styringsmekanismer ønsker å avgrense sine tjenester. Men pasientene kan ikke avgrenses. På individnivå oppleves misforholdet som et identitetsproblem og en utilstrekkelighetsfølelse. Velferdsstaten prøver å realisere to verdisystemer samtidig, økonomiske avgrensning og individuell hjelp og omsorg. Den spesielle organisasjonsdynamikken i velferdstaten gjør at sykepleierne tar ansvar for det organisasjonen har forpliktet seg til. Ved å ta ansvar og løpe fortere reproducerer sykepleierne vilkårene i de objektive maktstrukturer. Sykepleierne ser ikke selv at de rommer en grenseløs arbeidskraft. Velferdsstaten ser heller ikke bindingen mellom kvinners omsorgshabitus og organisasjonenes behov for sykepleie. Sykepleierne får et ubegrenset ansvar på grunn av helhetstenkningen og at arbeidet intensiveres. Dette gir omsorgsutøveren en objektstatus. Sykepleieren som objekt i velferdsstaten prøver å holde pasienten sammen som en helhet. Pasienten og sykepleieren blir et objekt for hverandre sett med organisasjonens øyne.

Sykepleierne har ikke tid til å være tilstede hos pasienten slik de mener at pasienten trenger dem. Det er vanskelig å ta seg av pasienten fordi det "går så fort". Sykepleierne har ikke nok tid til å snakke med pasienten. Det er mange praktiske oppgaver som skal gjøres der og da. Omsorgens kvalitet og omfang blir tidsavhengig, den er ikke systematisk tilstede i arbeidet. Det skjer en oppsplitting av menneskesyn, teori, etikk, praksis og metode. Tidsaspektet er et hovedproblem når det gjelder utøvelsen av sykepleie. Pasienten blir utsatt for en objektgjøring. Forståelsen av omsorg som ligger til grunn for omsorgsbegrepet er blitt borte i sosialpolitisk planlegging. Pasientenes opplevelse av god omsorg er mer et resultat på tross

av, heller en på grunn av organisasjonens tilretteleggelse (Wærness 2001). Sykepleierne utgjør en betydelig omsorgsressurs.

Sykepleiernes arbeid er en rest kategori fordi det ikke kan innleses i det økonomiske styringsverktøy. Relasjonelt arbeid har ingen inntjeningsverdi. Det økonomiske styringsverktøy ønsker å standardisere et komplekst system av arbeid for å kontrollere det. Sykepleiearbeidet kan ikke entydiggjøres fordi det er rettet mot mennesker og ofte komplekse sykdommer (Vike red.2002). Sykepleierne er midtgruppen i avdelingen og får alle henvendelser rettet mot seg, de blir veldig mye avbrutt i arbeidet. Arbeidet innebærer et stort ansvar. Det er mange oppgaver som skal gjøres på begrenset tid og de blir pådyttet forefallende oppgaver i avdelingen, dette tar tid vekk fra pasienten. Pleiearbeidet har en annen dynamikk enn arbeid som produserer en vare. Det å sørge for den andre er en prosess. Pleiepersonalet får ikke realisert sine verdier. Arbeidet trenger å grunnis på egne premisser (Hamran 1992).

Sykepleierne er i tidsklemme "hele tiden" og ender opp i en prioriteringskonflikt mellom planlagte og uforutsette oppgaver. Pasientene inngår i et sammenligningsgrunnlag og blir til vesentlige og uvesentlige oppgaver som sykepleieren må prioritere. Det er også slik at sykepleieren må prioritere innad hos den enkelte hvorpå fysiske sider ivaretas først. Det utøvende sykepleie blir reduksjonistisk. Det normative grunnlaget i sykepleien tilsier at sykepleier-pasient relasjonen har moralsk egenbetydning. Dette innebærer at sykepleier må ta hensyn til den ene bestemte pasienten han har foran seg. Hensynet til fordelingsrettferdighet truer dermed den enkelte pasients verdighet som subjekt og objekt. Verdighet og integritet realiseres gjennom partikulær omsorg (Nordhaug 2004). Sykepleieren står ovenfor individuelle versus samfunnsmessige hensyn. Helsefaglig etikk må ta stilling til om hensynet til å få mest mulig ut av hver krone går utover den enkelte pasient. Sykepleieren står i en situasjon med uforenelige krav. Prioritering på individnivå bør ha prinsipiell forrang foran prioriteringer på et høyere samfunnsnivå (Nortvedt 2006).

Faglig forsvarlig virksomhet innebærer to ansvarstyper (Slettebø 2006) Et individuelt ansvar og et systemansvar. Systemansvar innebærer at forholdene må legges til rette for at helsepersonell skal få utført sine plikter. Pliktene er også omsorgsfull hjelp. For at et

---

individuelt ansvar skal kunne realiseres fullt ut må det ikke være mangler i systemansvaret. Virksomheten er derfor bare delvis forsvarlig, når sykepleierne ikke har tid nok til helhetlig omsorg. Organisasjonens behov for effektivitet er ikke sammenfallende med pasientenes behov, slik det er forstått i "Pasienten først!" (NOU 1997:2). Mitt datagrunnlag viser at effektivitetskrav hindrer sykepleieren i å ivareta pasienten på en helhetlig måte, ut i fra et menneskesyn perspektiv og ut i fra et omsorgsperspektiv.

Sykepleierne har fått delegert personalansvar og drift fra avdelingslederen (overlegen). Dette er ikke sykepleierens formelle ansvar, men de påtar seg det siden sykepleierne alltid har gjort dette.

De bruker mye tid på å sikre drift i avdelingen, hvilket innebærer nok personell og pasientflyt. Det er for lite antall senger i klinikken. Sykepleierne opplever at legene ønsker å operere. Sykepleierne har ikke makt, det vil si innflytelse og myndighet i avdelingen. Sykepleierne opplever at legene ser på seg selv som de som står for inntjeningen til sykehuset. Ledelsen i avdelingen klarer ikke å sørge for kompetanseutvikling for sykepleierne. Dette skyldes innsparinger og hvordan de har det i hverdagen. De har aldri tid til tverrfaglige møter, legene er heller ikke interessert. Det er alltid noe uforutsett som skjer. Legene har større makt enn sykepleierne på grunn av sin kunnskapskapital. De dominerer derfor virksomheten i avdelingen. De økonomiske styringsmidler forsterker denne makten. Legene har også sikret seg avdelingsleder stillingen. Sykepleierens rolle i forhold til legene har endret seg. De er ikke lenger legenes assistenter. Men sykepleierne har ikke fått den autonomi som kan sikre at arbeidet utvikles og styrkes på egne premisser.

Hovedkonklusjonen fra mitt materiale er at sykepleierne står i en midt posisjon hvor de er blitt marginalisert. De klarer ikke å etablere kunnskapsmakt som motmakt til legenes dominans. De har formelt blitt fratatt lederposisjoner men de må allikevel ivareta oppgavene som ligger til disse funksjonene. Dette er med på å begrense sykepleierens handlingsmuligheter. Den kvinnelige omsorgshabitus og et helhetlig menneskesyn kompenserer for legenes reduksjonistiske menneskesyn og sykehusets økonomiske effektivitetskrav.

## 6. Oppsummerende konklusjoner

Min overordnede problemstilling i denne oppgaven er: Hvilke forhold bestemmer sykepleierens menneskesyn i sykerommet? Sykepleierens handlingsmuligheter virkeliggjøres i møtet med handlingsfeltet. Datagrunnlaget i denne oppgaven viser at det er tre sentrale møter i sykepleierens virksomhet. Det første møtet er: ”Sykepleierens møte med pasienten”. Her kommer sykepleierens faglige fundament frem, hennes verdigrunnlag og menneskesyn. Vi ser av de kulturelle valgbetingelser at sykepleierne forsøker å utøve helhetlig omsorg, de klarer dette langt på vei til tross for begrensninger de møter på veien. Målet for sykepleierens virksomhet er omsorgshandlinger rettet mot pasienten og fagets kunnskapsinnhold innebærer et helhetlig menneskesyn.

Det andre sentrale møtet er ”Sykepleierens møte med handlingsfeltet”, hvor handlingsmuligheter og valgbetingelser av materiell og strukturell art blir synlig. Hvilke muligheter og begrensninger møter sykepleierne når de forsøker å utøve et helhetlig menneskesyn i sykepleien. De økonomiske rammebetingelser, arbeidssituasjonen og knapphet på tid begrenser samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Den utøvende sykepleie blir preget av et reduksjonistisk menneskesyn. Et tredje møte er samarbeidet med legene. Dette møtet har mye å si for sykepleierens innflytelse i klinikken. Her kommer det frem interessekonflikter og en maktkamp hvor sykepleierne spilles ut. Enhetlig ledelse utføres av en lege som er avdelingslederen.

Sammenhengen mellom disse tre møtene peker i retning av at mangelen på demokratisk og rettferdig samarbeid mellom legene og sykepleierne, er en like sterk faktor som marginaliserer sykepleierens arbeidssituasjon og autonomi, som møtet med andre begrensende vilkår i praksis, det økonomiske og helsepolitiske ressursgrunnlaget, eller den politiske økonomi (Vike red. 2002). Legenes virksomhet står i direkte samsvar med sykehusets rammevilkår. Deres sterke posisjon i sykehuset gjør at de lettere samhandler med ledelse og styringsmidler. DRG systemet sikrer aktivitetsbasert inntjening og står i forhold til medisinske kategorier (Vike red. 2002).

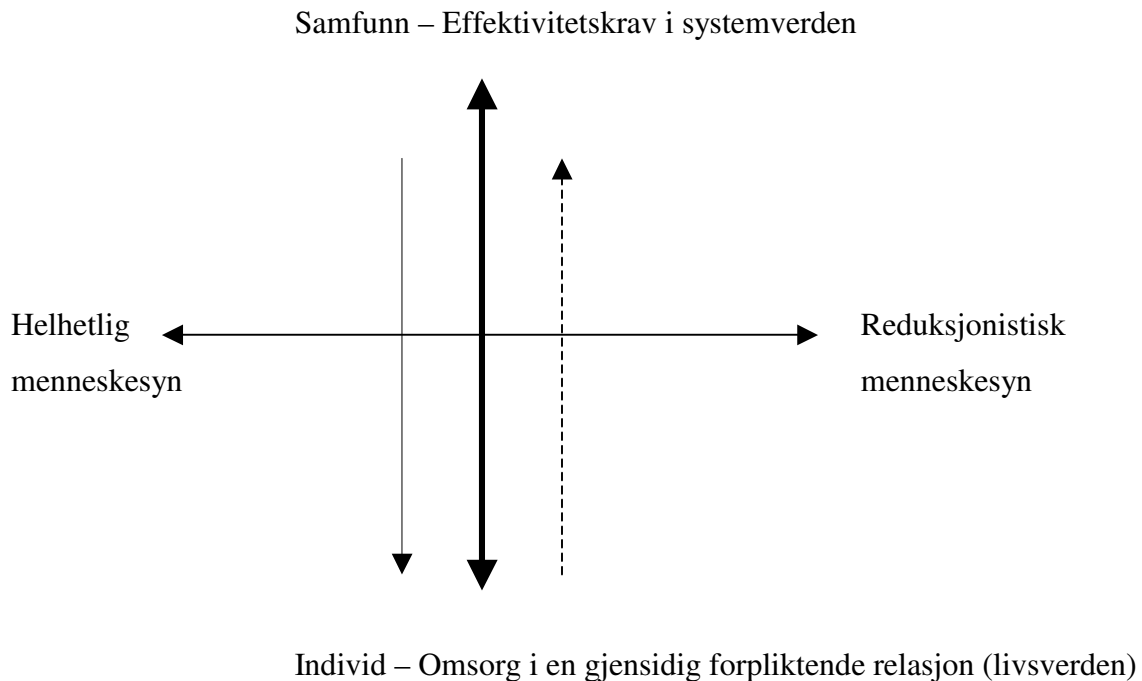


Det er derfor to forhold innenfor sykepleierens kontekst som skaper motstand og avmakt, når det gjelder handlingsmuligheter. Det er legenes dominerende virksomhet og det er økonomiske rammebetingelser som blir marginale i handlingsfeltet.

Sykepleierens faglige forankring og verdisyn, bærer *ikke* i seg en tilnærming til pasienten som representerer et reduksjonistisk menneskesyn. Sykepleierens etikk og moral, og teoretiske perspektiv har et helhetlig menneskesyn. Det metodiske verktøy, som sykepleieprosessen, har instrumentell karakter, men det forstyrrer ikke oppfatningen om at pasienten har krav på helhetlig omsorg, og det er det de går inn for å realisere. Det er i praksis at utøvelsen av et helhetlig menneskesyn blir forstyrret. Handlingsmulighetene i praksis gjør at pasienten blir en oppgave og ikke ”de hele mennesker de er”.

Kan sykepleierne forandre disse handlingsmulighetene? Kan sykepleierne ta ansvar for dette? Og rette opp dette i praksis? Nei, i følge Vike (red. 2002) har sykepleierne internalisert sykehusets organisatoriske problem. Sykepleiernes følelse av utilstrekkelighet samsvarer med at sykehuset ikke har noen ytre grense. De bærer organisasjonenes grenser i kroppen. Det er et permanent misforhold mellom ytelseskrav og yteevne. Denne mangel på muligheter og samtidig et forsøk på å løse problemet finnes også i mitt materiale. De forsøker å kompensere. Sykepleierne sa: ”Å strekke seg så langt man kan... Selv om man kanskje ikke har tid til de... ” og ”det er et hovedproblem at en føler seg utilstrekkelig...”.

Data viser entydig at konteksten som sykepleieren står i fremmer et handlingsmønster som er strid med de normer og retningslinjer man har for å møte den enkelte pasient. Det skapes marginale situasjoner. Først og fremst er dette forårsaket av mangel på tid. Tid som ressurs peker mot det økonomiske ressurs grunnlaget. I møtet mellom sykepleier og pasient blir menneskesynet satt på prøve. Pasienten er sårbar og avhengig av den hjelpen som tilbys. Det er på det menneskelige plan (individ nivå), helt konkret i møtet mellom sykepleier og pasient, manglende ressurser erfares på kroppen. Det er her den menneskelige lidelse skal avhjelpes, men det er også her et komplekst sosialt system møtes. Det skaper et motsetningsforhold mellom menneskesynet hos sykepleieren og den praksis det arbeides innenfor. De økonomiske styringsmidler fremmer et reduksjonistisk menneskesyn.

*Handlingsmuligheter i handlingsfeltet.*

Figur 3. Effektivitet og omsorg. To uforenelige verdier i samme kontekst. Stiplet pil angir svak påvirkning. Hel pil angir sterk påvirkning.

Figur 3. viser forholdet mellom samfunn og menneskesyn. Uansett hvilket handlingsfelt vi befinner oss på, men i dette tilfelle sykerommet, er det en indre vekselvirkning mellom samfunn og individ. Menneskesynet finnes i samfunnet da det ligger nedfelt i de føringer som gir individet handlingsmuligheter. Men menneskesynet finnes også på individnivå, hos den enkelte. Hva skjer på veien fra makro- til meso- til mikronivå, og omvendt? Det helhetlige menneskesynet som sykepleieren forsøker å utøve i praksis blir begrenset av flere faktorer på ulike samfunnsnivå. Mitt empiriske materiale viser at påvirkningen fra samfunnets føringer og strukturelle ordninger er sterkere enn den påvirkning som individet påfører systemet i handlingsfeltet. Selv om det pågår en indre vekselvirkning mellom samfunn og individ, så blir ikke sykepleierens tilbakemeldinger på systemet fanget opp. De positive tilbakeføringer fra sykepleieren på individnivå, på systemets rammebetingelser, kommer ikke igjennom til meso- og makronivå. Vilårene som påvirker menneskesynet og

omsorgshandlinger i handlingsfeltet har ingen endringsmuligheter, fordi tilbakemeldinger fra sykepleierne ikke blir tatt alvorlig av ansvarlige på organisasjons- og institusjonsnivå. Som sykepleieren sa: ...”vi er jo i dialog og sier om konsekvensene, men vi blir bare pålagt allikevel. Vi blir ikke hørt kan du si. For dette dreier seg om tall,...”.

Er sykepleierens reduksjonistiske menneskesyn i sykerommet et resultat av en strukturell effekt? Presses det frem et reduksjonistisk menneskesyn i en kontekst som ikke er godt nok tilrettelagt for en helhetlig ivaretagelse av pasienten. Sykepleierens arbeid foregår innenfor en mulighetsstruktur som ikke gir grunnlag for handlinger som er systematisk forankret i et helhetlig menneskesyn. Pasientens behov og krav på helhetlig omsorg er sikret gjennom rettigheter i lovverket, men handlingsfeltet for å imøtekomme disse krav er ikke tilsvarende sikret, de er begrenset av økonomiske styringsmidler. Sykepleiernes omsorgsreservoar, som utgjøres av den kvinnelige omsorgshabitus (Vike red.2002), sikrer pasienten et visst helhetlig omsorgsgrunnlag i sykerommet.

Sykepleierne i sykerommet frarøves handlingsmuligheter som står i forhold til sykepleiarbeidets egenart. De ulike dimensjoner i sykepleiefaget får en vektlegging mot instrumentell rasjonalitet i handlingsfeltet og omsorgshandlinger må vike. Når vi ser på hvordan vi kan forstå omsorg ved hjelp av Martinsen (2003a,b) sin moralfilosofi, blir denne kunnskapen stående alene. Kunnskapen har ingen reel innflytelse over arbeidet i avdelingen, men den fungerer også kompenserende i sykerommet. Det er sykepleieren som ivaretar pasienten ut i fra et helhetlig menneskesyn. Vi har sett at møtet med handlingsfeltet dreier sykepleieren mot et reduksjonistisk menneskesyn. Sykepleierens møte med praksis viser at det skjer en oppsplitting av det innbyrdes forholdet mellom menneskesyn, etikk (moral), teori, metode og praksis (Hammerlin og Larsen 1997b). Effektivitetskrav i praksis dominerer handlingsmulighetene og etikk (moral) og faglige perspektiver blir nedtonet.

Det også rimelig å si at det foregår en ansvarsfraskrivelse fra staten. Hvis ikke handlingsmuligheter i praksis er tilstede, til å gjennomføre pleie og omsorg i henhold til lovverket og faglige standarder, så er dette en forskyvning av et ansvar og en offentlig oppgave (helhetlig ivaretagelse av pasienten), til enkeltpersoner som står i den konkrete relasjon til pasienten. Helseprofesjonene er på mange måter gitt målet, men ikke godt nok

middelet. Det blir en privatisering (personliggjøring) av et institusjonelt og offentlig ansvar til individnivå og gruppenivå. Eller som Vike (red. 2002) sier, desentraliseringa av dilemma. Sykepleieren internaliserer et organisatorisk problem. Slik at enkeltmennesker og yrkesutøvere blir stående i etiske dilemma og vanskelige handlingsstrukturer.

Systemverden med instrumentell rasjonalitet og effektivitetskrav virker sammen med den biomedisinske sykdomsmodell som innebærer et reduksjonistisk menneskesyn. Dette bidrar til at sykepleierne dreies mot et reduksjonistisk menneskesyn i den utøvende sykepleie. I den biomedisinske sykdomsmodellen, er pasienten bare et objekt for behandling (Hammerlin 2001) men på grunn av effektivitetskrav er pasienten også blitt et objekt (gjenstand) i markedet. Det finnes derfor en motsetning i praksis mellom hva sykepleierne har kapasitet til å gjøre og hva de ser at burde hvert gjort ut i fra et helhetlig menneskesyn. Sykepleierens faglige perspektiv med vekt på en helhetlig tilnærming til pasienten blir i praksis et ideal som de jobber mot. Det finnes også en indre motsetning mellom legenes medisinske prioriteringer og sykepleiernes vurderinger av pasientens pleiebehov. Legene ønsket å skrive ut pasientene, de tilskrev pasientene et bedre funksjonsnivå i følge sykepleierne. Deres helhetlige menneskesyn kompenser for legenes mer reduksjonistiske menneskesyn, sykepleiernes helhetlige menneskesyn er en kompenserende buffer mot objektgjøringen av pasienten.

Ressursfordelingen i samfunnet har derfor konsekvenser for møtet mellom pleier og pasient i sykerommet. Den fører til en objektgjøring av pasienten. Pasienten blir en oppgave. Det er viktig at forholdene er tilrettelagt for en forsvarlig virksomhet i sykerommet. Denne virksomheten må baseres på en utøvelse av et menneskesyn som ivaretar pasientens helhet. Det er viktig å motarbeide en objektgjøring i behandlingsvirksomheten så vel som i pleie- og omsorgsvirksomheten. Tid og samtale er viktige faktorer i sykerommet. Møtet mellom sykepleieren og pasienten bør ikke være et praktisk anliggende hvor fysisk stell og oppgaver har forrang.

Forholdet mellom sykepleierne og organisasjonen viser at det er legenes maktgrunnlag dvs. kunnskapsgrunnlag som bestemmer forståelsen av pasienten og dermed også virksomheten rundt pasienten i sykerommet. Sykepleierens opplevelse av avmakt i sykerommet fremmer et reduksjonistisk menneskesyn. Sykepleierne står i spenningsfelt med verdi- og

interessekonflikter. Her finnes også en prioriteringskonflikt innenfor sykepleierens oppgaver, kommunikasjonen blir underordnet. De fysiske dimensjonene ved mennesket blir hovedfokus selv om sykepleierne har en subjektforståelse for pasienten. Sykepleierne klarer å se mulighetene men de klarer ikke å mobilisere motmakt. De blir holdt tilbake av legene. Legene er opptatt av faget og operasjoner og delegerer fra seg personal- og driftsansvar i avdelingen. Dette gjør at sykepleiernes kompetanseutvikling ikke får noen plass i arbeidet.

Vi har sett i kapittel fem at sykepleieren står i spenningsfeltet mellom objektive og subjektive hensyn, hensyn som sykepleieren møter konkret ovenfor pasienten. Hvordan kan hensynet til den ene ikke gå utover hensynet til de andre, og omvendt? Samfunnet ønsker å få mest mulig ut av de midler som er bevilget samtidig som pleie og omsorg til den enkelte skal være av god kvalitet (Nortvedt 2006). Altså en verdikonflikt på to nivåer, individ og samfunnsnivå. Hva er det mest gyldig i en verdikonflikt?

Betydningen av et helhetlig menneskesyn kan realiseres i et handlingsfelt hvor det ikke skjer en oppsplitting av menneskesyn, teori, etikk (moral), metode og praksis. Sykepleierens moralske vurdering peker mot et individuelt ansvar i den enkelte situasjon. I diskusjonen om etikk, relasjoner og prioriteringer ble det vist at sykepleier- pasientrelasjonen har en moralsk egenverdi, en ikke-instrumentell verdi (Nordhaug 2004). Denne verdien er truet av hensynet til fordelingsrettferdighet. Det er hensynet til den ene bestemte pasienten som sykepleieren har foran seg som avgjør individuell ivaretagelse. Det ligger en normativ forpliktelse i sykepleier-pasientrelasjonen (Nordhaug 2004). Derfor vil forrangprinsippet om å være lojal mot den enkelte og å prioritere hans eller hennes behov være retningsgivende i konkrete situasjoner (Nortvedt 2006). For at medmenneskelige verdier ikke skal miste sin plass i sykerommet kreves det et moralsk ansvar, og normative vurderinger hos sykepleieren for at virksomheten skal være forsvarlig. Marginale rammebetingelser fremmer et reduksjonistisk menneskesyn i den utøvende sykepleie, men det individuelle ansvar kan korrigere disse betingelser slik at relasjoner ikke blir instrumentelle. Den individuelle motstand hos den enkelte sykepleier, mot enerådende økonomiske verdier i systemet kan motarbeide betingelser i systemverden, og det vil være helt avgjørende for at sosial praksis skal være en egnet arena (Vetlesen 2001) for utøvelse av sykepleie og omsorg. Da er det også mulig å

hente ut en omsorgskompetanse fra livsverden innenfor rammene av instrumentell rasjonalitet. Sykepleierens individuelle vurderinger og ansvar er og blir stort.

Mangelfulle rammer er et alvorlig brudd på *ansvar* ovenfor enkeltmennesket. Det gjelder pasienten som sykepleieren, fordi i en knapphetssituasjon blir de et objekt for hverandre. Forholdene må legges til rette slik at man sikrer omsorgshandlinger som står i forhold til pasientens behov. Disse må være i en **kontekst** som fremmer handlinger som ivaretar hele enkeltmennesket. Bare slik kan vi bevare menneskets subjekt i sykerommet, og motvirke objektgjøringen av mennesket. Dette er et samfunnsansvar og kan ikke ene og alene løses i den konkrete relasjon mellom sykepleieren og pasienten.

### *Veien videre.*

Sykepleiernes handlingsmuligheter er begrenset men deres faglige og menneskelige vurderinger er avgjørende for å ivareta alle sider hos pasienten. Veien videre vil derfor være mindre statlig styring i det økonomiske eller materielle felt med tanke på effektivitet. Men DRG systemet er etablert i det markedsstyrte samfunnet og da må systemet også inkludere pleiarbeidets form på en slik måte at det tar høyde for at alle situasjoner i sykerommet *ikke* kan forutsees. Omsorg kan ikke beregnes på forhand. Omsorgen og pleie må ha sin plass i sykehuset, dette kan sikres gjennom at sykepleietjenesten får selvstendighet og myndighet i de ulike avdelinger. Staten må derfor gå inn å sikre pleiarbeidets rettigheter på lik linje med pasientenes rettigheter. Sykepleierne blir faglig svekket når de ikke har autonomi i avdelingen og de er generelt truet av effektivitetskrav. Pasientenes rettigheter som står i forhold til sykepleierens oppgaver, kan bare realiseres i et handlingsfelt som ikke ser bort fra det sykepleiefaglige perspektiv.

Datagrunnlaget i denne oppgaven er innhentet fra kirurgisk klinikk. Det kunne derfor vært interessant og sett om det var like sterke skiller mellom effektivitetskrav og omsorg i en ren medisinsk avdeling. Er sykepleierens helhetlige menneskesyn og omsorgsforståelse like truet av et kapasitetsproblem, og legenes kunnskaps- og verdisyn om mennesket? Et annet tema kan være å forske på *individuelle* løsninger som velges, det vil si strategier for å løse forskjellige situasjoner preget av effektivitet. Hvilke vurderinger og løsninger benyttes for å ivareta pasienten i en knapphetssituasjon?

## Kildeliste

- Amundsen, K, Mehlum, L og Schjelderup, G. 2001. *Humanistisk-medisinske perspektiver på selvmord og forebygging*. Seksjon for selvmordsforskning og – forebygging. Universitetet i Oslo.
- Andersen, H og Kaspersen, L. B. (red.) 2000. *Klassisk og moderne samfundsteori. 2.* redigerte utgave. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bakken, R. 2001. *Moder – mordet – om sykepleie, kjønn og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Barnes, B.1995. *The elements of social theory*. London: University of Exeter. UCL press
- Barbosa da Silva, A. (red.) 2006 *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo :Gyldendal Norsk Forlag.
- Bourdieu, P.1990 *The Logic of Practice*. Stanford, California. Stanford Univerity Press.
- Bourdieu, P.1995 *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Norsk utgave. Oslo. Pax Forlag A/S
- Bjerga, G. H. 2006 *Den nyutdannede sykepleierens opplevelser som nyansatt i sykehuset*. Mastergradsoppgave i profesjonsetikk. Det teologiske fakultet. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Christensen, K. og Syltevik, L. J. (red)1999. *Omsorgens forvitring?* Antologi om velferdspolitiske utfordringer. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Eriksen, T. R .1995 *Omsorg i forandring*. København. Munksgaard.
- Foss, C. 1997. Helsefag, kjønn og strategi. Profesjonalisering av omsorgsfagene – til hvilken pris? Alsvåg, H, Anderssen, N, Gjengedal, E og Råheim, M. (red.) *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS. S.243-265
- Fugelli P, Stang G. og Wilmar B. (red.) 2003. *Makt og medisin*. Makt og demokratiutredningen 1988-2003. Rapportserien Nr.57, Mars 2003.
- Gjengedal, E.1997 *Kriser i helsevesenet: Utfordringer for omsorgsarbeideren*. Alsvåg, H, Anderssen, N, Gjengedal, E og Råheim, M. (red.) *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS. s.147 – 166.

- Hammerlin, Y. 2001. Menneskesyn – i teorier om mennesket og teorier om selvmord. I: Amundsen, K, Mehlum, L. og Schjelderup, G. (red) *Humanistisk – medisinske perspektiver på selvmord og forebygging*. Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging. Universitetet i Oslo.
- Hammerlin, Y. og Larsen, E.1997a. *Menneskesyn i teorier om mennesket*. Oslo: Ad notam Gyldendal AS
- Hammerlin, Y. og Larsen, E.1997b. *Menneskesyn - av betydning for arbeidet for mennesker?* Nordiske udkast, ( nr.2) 97-114.
- Hammerlin, Y og Schjelderup, G.1994 *Når livet blir en byrde*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Hamran, T. 1991. *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jensen, K. (red.)1990 *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Karoliussen, M. og Smebye, K. L.1987. *Sykepleie - fag og prosess*.1 utgave 1982. Universitetsforlaget AS.
- Knutagård, H. 2003 *Introduktion til verksamhetsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Loftager, J. 1990. Sygeplejen imellom system og livsverden. (Jensen, T. K. Jensen, Lars U. og Kim, W. C. red.) *Grundlagsproblemer i sygeplejen*. 1.utgave 2.opplag. Århus: Philosophia forlag. s. 310-330
- Løvlie, L.1990. Omsorgsperspektiver. (Jensen, Karen. red.) *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S. s.33 – 60.
- Martinsen, K. 2003a *Omsorg, sykepleie og medisin*. 1.utgave 1989 Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. 2003b *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*.1.utgave 1993. Universitetsforlaget
- Martinsen, K. og Wærness, K.1991 *Pleie uten omsorg?* Oslo. Pax Forlag A/S.
- Martinussen, W.1988 *Sosiologisk analyse. En innføring*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2003 *Pasientopplevelser i helse øst*. Pasienter innlagt i somatiske sykehus. Hovedrapport. Utredningsrapport 13/2003. Holt, T. O, Danielsen Ø, og Veenstra, M. Tidligere Stiftelse for helsetjenesteforskning.  
HELTEF
- Nordhaug, M. 2004. *Mellom omsorgshensyn og fordelingsrettferdighet. Sykepleie i et prioriteringsetisk dilemma*. Hovedfagsoppgave, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Oslo: Universitetet i Oslo.



- Nortvedt, P. 2006. Etisk teoridebatt – forholdet mellom lojalitet og rettferdighet i helsefag. Slettebø, Å og Nortvedt, P (red.) *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 50 – 61.
- NOU 1997:2 ”Pasienten først!”. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Repstad, P. 2007. *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. 1. utgave 1987. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruyter, K. W. og Vetlesen, A. J. (red.) 2001. *Omsorgens tvetydighet – egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Råheim, M. 1997. Forståelse av kroppen som fenomen. Alsvåg, H., Anderssen, N., Gjengedal, E. og Råheim, M. (red.) *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS. s.95 – 123.
- Slettebø, Å. 2006 Etikk og jus. Slettebø, Å. og Nortvedt, P. (red.) 2006 *Etikk for helsefagene* Oslo: Gyldendal akademisk. s.17 - 33
- Skjervheim, H. 1957 Deltakar og tilskodar. I blandingskompendium. Generell teori. Sosiologi hovedfag. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. *Sosiologisk forståelse og forklaring*. Utgitt 1997. Universitetet i Oslo. UNI PUB. Akademia AS. s.125 – 138.
- Strand, T. 2004 *Ledelse, organisasjon og kultur*. 4. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.
- Svensson, R. 2006. *Samfunn, medisin, sykepleie*. 1. utgave 1998 . Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thagaard, T. 1988 *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Vetlesen, A. J. 2001. Dydens gjenkomst og omsorgens grunnlag. Ruyter, K. W. og Vetlesen, A. J. (red.) 2001. *Omsorgens tvetydighet – egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. S. 282 – 322.
- Vike, H. (red) 2002 *Maktens samvittighet*. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. 1. utgave, 6. opplag 2007. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wallace, R. A. and Wolf, A. 1995. *Contemporary sociological theory*. Continuing the classical tradition. Fourth edition. New Jersey: Prentice-Hall.
- Weber, M. 1994. *Den protestantiska etiken og kapitalismens anda*. Lund: Grahns Boktryckeri AB
- Weber, M. 2000 (Egil Fivelsdal red.) *Makt og byråkrati*. 3. utgave Oslo: Gyldendal

Wærness, K. 2001. Omsorgsetikk, omsorgsrasjonalitet og forskningens ansvar. Ruyter, K. W og Vetlesen, A. J (red.) 2001. *Omsorgens tvetydighet – egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 262 – 281.

Østerberg, D.(red.)1990 *Handling og samfunn*. Oslo Pax forlag.

Østerberg, D.1992. *Sosiologiens nøkkelbegreper*.1.utgave 1984. Trondheim: J. W. Cappelens Forlag AS

Østberg, T.1998 *Døvhets og døve –belyst ved tre sosiologiske forståelsesmodeller*. Skådalen publication series no.5 Oslo: Skådalen Kompetansesenter.

St. melding nr. 44 (1995-96) Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering. Tilgjengelig fra: <http://odin.dep.no/hod/norsk/publ/stmeld/030005-040004/index-dok000-b-n-a.html> (Hentet 6/2-2007)

St. melding nr.5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/042001-040004/dok-bn.html> ( Hentet 6/2-2007)

Samdata somatikk helse sintef.

[http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/SAMDATA Somatikk sektorrapport kortversjon, 2005.pdf](http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/SAMDATA_Somatikk_sektorrapport_kortversjon_2005.pdf) ( 6/2-2007)

NSFs yrkesetiske retningslinjer og ICNs etiske regler. 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=10801&categoryID=1435> (Hentet 19/2-2008)

Lov om helsepersonell 1999 (helsepersonelloven). Oslo: HOD. <http://www.lovdatab.no/>

Lov om pasientrettigheter 1999 (pasientrettighetsloven).Oslo: HOD. <http://www.lovdatab.no/>

Lov om helseforetak 2001 (helseforetakloven). Oslo: HOD. <http://www.lovdatab.no/>

Lov om spesialisthelsetjenesten 1999. Oslo: HOD. <http://www.lovdatab.no/>

Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord:47427

## Vedlegg 1. Intervjuguide

### 1.MENNESKESYN

#### HOVEDSPØRSMÅL;

- 1.Hva legger du vekt på når du er sammen med pasienten?
- 2.Hvordan synes du en sykepleier/lege skal møte en pasient?
3. Er du opptatt av hvordan du kommuniserer med pasientene?
- 4.Hvordan mestrer pasientene sin sykdom og lidelse, synes du? På hvilken måte synes du pasientene er forskjellige her?

#### TILLEGGSSPØRSMÅL;

Hva er viktig for deg for å kunne være et medmenneske?

Hva er viktigst for deg i møtet med pasienten?

Har du opplevd at pasientens sykdomshistorie og lidelse har gått veldig inn på deg? Kan du beskrive hvordan du følte deg?

### 2.KONTEKST

#### HOVEDSPØRSMÅL;

- 1.Hvordan opplever du pasientens situasjon i sykerommet!
- 2.Når du har det veldig travelt, hvordan prioriterer du arbeidet? Hva er vanskelig?
- 3.Hva er dine forventninger til det å være sykepleier?

*Underspørsmål;* Hvilke sykepleiefaglige krav er du forpliktet ovenfor?

4.Opplever du at det er forskjell på hvordan du opptrer/fremtrer for pasientene i praksis, og slik du mener det er riktig å være?

#### TILLEGGSSPØRSMÅL;

Opplever du at det er rom for i praksis, å bry seg om pasienten og gi dem det de trenger?

Er det noen hindringer eller begrensninger som gjør det vanskelig å ta seg av pasienten?

Er det noe du skulle ønske var annerledes?

### 3.OBJEKTGJØRING

#### HOVEDSPØRSMÅL;

1. Opplever du å kunne være deg selv i møtet med pasienten?

*Underspørsmål;*

Viser du følelser ovenfor pasientene? På hvilken måte?

2. Synes du at pasientene blir behandlet som individuelle personer?

3. Opplever du at det er forskjell på hvordan legene er sammen med pasientene, og hvordan pleierne er det?

#### TILLEGGSPØRSMÅL;

Kan du fortelle om et møte med en pasient som du husker spesielt godt? Hvorfor!

Når opplever du god kontakt med pasientene? Under hvilke forhold!

Beskriv hvordan det er å hjelpe syke mennesker?

#### 4. ETIKK

#### HOVEDSPØRSMÅL;

1. Kan du beskrive hvordan du viser omsorg for dine pasienter?

*Underspørsmål;*

Føler du deg forpliktet ovenfor pasienten, og i så fall, hva innebærer dette?

2. Hva er god sykepleie og hva er dårlig sykepleie?

*Underspørsmål;*

3. Synes du at etiske retningslinjer er en integrert del av praksis?

*Underspørsmål;*

Hvilke yrkesetiske retningslinjer er du underlagt som sykepleier.

#### TILLEGGSPØRSMÅL;

Er det noe som har gjort spesielt inntrykk på deg i møte med pasientene?

Har det skjedd noen endringer som er positive for pasienten i løpet av de årene du har jobbet?

Er det noe i din praksis som opprører deg?

#### 5. MAKT

#### HOVEDSPØRSMÅL;

1. Erfarer du at pasientene blir tatt med på medisinske beslutninger?

*Underspørsmål;*

Synes du at pasientene får informasjon om alt som gjøres for han/henne og hvorfor?

2. Er det noe ved sykehuset som system, som gjør det vanskelig å ta seg av pasienten?

*Underspørsmål;*

Hva gjør du hvis du opplever å ikke kunne hjelpe pasienten med det han/hun trenger?

3. Hva vil du si er pasientens rettigheter?

*Underspørsmål;*

Synes du at pasientenes rettigheter er godt nok ivaretatt i praksis?

4. Hvis du selv ble syk og måtte legges inn på sykehus, var det noe du ville være redd for?

**TILLEGGSPØRSMÅL HVIS DET ER TID;**

Hvordan har du erfart at forhold som er etisk vanskelig blir løst? Har du et eksempel?

Hva du gjør og sier har stor betydning for pasienten.! Kan du si noe om dette!

Hvordan samhandler du med pasienter som vet at de skal dø?

Hvordan opplever du pårørende. Er de en ressurs for pasienten?

## **Vedlegg 2.**

### Informasjon til informantene og redegjørelse for tema.

Hei! Vil du delta i mitt studie?

Jeg er utdannet sykepleier og skriver nå på en hovedfagsoppgave ved Institutt for Sosiologi, Universitetet i Oslo om menneskesyn, verdigrunnlag og møtet mellom sykepleier og pasient.

Jeg ønsker å foreta et personlig intervju hvor jeg ønsker at din opplevelse av pasientens situasjon i klinikken skal komme frem. Intervjuet vil ha en varighet på ca.60 min og basere seg på ca. ti spørsmål. Samtalen oss i mellom blir en dialog hvor jeg ønsker at du skal utdype følgende tema;

Kommunikasjon og den nære samhandling mellom sykepleier og pasient;  
Eksempel på spørsmål følger:

Hvordan opplever du møtet med pasientene? Hva er viktig når du møter en pasient! Hvordan synes du det i praksis er å hjelpe et annet menneske? Er du opptatt av hvordan du fremtrer for pasientene? Hvilke forventninger har du til jobben din? Synes du at det etiske verdigrunnlaget er en integrert del av praksis. På hvilken måte er det synlig! Hvordan opplever du omsorgen i praksis?

Jeg vil se på den enkelte sykepleier sin opplevelse og erfaring (av seg selv og pasienten) i sykerommet. Dine svar vil derfor inngå i min hovedoppgave, som data jeg ønsker analysere, for å si noe om møtet mellom pasient og sykepleier, og hvilke verdi baserte erfaringer dette frembringer i praksis.

Som intervjuer er jeg forpliktet av Personopplysningsloven.

Forskriftene i denne loven er jeg forpliktet til å opplyse deg om. Jeg ønsker å fortelle deg at du er sikret anonymitet og integritet i den ferdige oppgaven. Videre ønsker jeg at du skal skrive under på, at du samtykker til å være med på intervju. Alle data blir makulert når oppgaven er ferdig.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. For de som ikke ønsker at jeg bruker båndopptaker, så vil jeg respektere det. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når du selv ønsker, uten å måtte begrunne dette. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede opplysninger bli slettet. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres når oppgaven er ferdig. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Som student er jeg underlagt taushetsplikt, og dataene vil bare bli behandlet i samråd med min faglige veileder, som også har taushetsplikt. Dette innebærer også at du som forteller må anonymisere bakgrunnsopplysninger, hvis du har en pasient historie å fortelle. Dette fordi du

er underlagt taushetsplikt som yrkesutøver. Jeg vil levere tilbake alt jeg noterer for gjennomsyn, slik at du kan vurdere og godkjenne det som blir nedtegnet. Videre ønsker jeg da at du skriver under på om du godkjenner det endelige intervjuresultat, og i denne sammenheng ber jeg om å få bruke sitater fra din fortelling?

Jeg håper du vil være med og ser frem til en hyggelig samtale!

**SAMTYKKEERKLÆRING:**

..... (ditt navn) samtykker om å delta i studiet

om verdigrunnlag og menneskesyn. Tlf.:.....

Vennlig hilsen Tanja Lind.

Adresse; (tatt ut)

**FAGLIG VEILEDER:** Forsker Yngve Hammerlin. Kriminalomsorgens Utdanningscenter.

Adresse; (tatt ut)

**Vedlegg 3.** Brev til ledelsen/Søknad om intervju.

Tanja Lind.  
Adresse; (tatt ut)

Til; (tatt ut)

**FORESPØRSEL OM INTERVJU AV SYKEPLEIERE.**

Med dette brev søker jeg om å få gjennomført et personlig intervju med opptil seks sykepleiere ved (tatt ut), og henviser til samtale med avdelingssykepleier (tatt ut).

Jeg er utdannet sykepleier(1992) og skriver nå på en hovedfagsoppgave i sosiologi, ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitet i Oslo. Oppgavens tema er menneskesyn og verdigrunnlag i møtet mellom sykepleier og pasient.

I St.meld.nr.26 (1999-2000) «Om verdier for den norske helsetjenesten» fra Sosial- og Helsedepartementet rettes oppmerksomheten mot det som er målet og innholdet i helsetjenesten. Det sentrale i helsetjenesten er møtet mellom pasient og behandler. Møtet skal bygge på respekt og nestekjærlighet. Det overordnede verdigrunnlaget og de faglige mål skal ivaretas sammen med nye juridiske og økonomiske styringsformer. Det er et politisk ønske om en mer pasient orientert og effektiv helsetjeneste (punkt 1.1).

Teoretisk ser jeg på hvordan sykepleien, men også medisinen som profesjon, forholder seg til pasienten som et medmenneske, i klinikken. Jeg ønsker å se på strukturelle faktorer og ideologiske føringer i den medisinske behandlingsinstitusjon, og hvordan dette påvirker forholdet mellom pleiere og pasienter. Jeg vil belyse det mellommenneskelige forholdet i sykepleien. Helt konkret, ønsker jeg å innlede en samtale, om hvordan sykepleierne opplever den nære samhandling med pasienten. Jeg ønsker at de skal beskrive hvordan det er å hjelpe et annet menneske. Hva oppleves som riktig og godt, og hva oppleves som vanskelig!

Det sentrale i oppgaven er den enkeltes opplevelse av møtet med pasienten og det etiske verdigrunnlaget. Mitt prosjekt gjør bruk av en *fenomenologisk tilnærming* og jeg arbeider med kvalitative data. Dette innebærer at jeg ønsker å forstå meningsinnholdet i den subjektive opplevelse, hos den enkelte. Jeg vil se på pleierollen slik informantene opplever den i praksis, og forholdet mellom idealer (forventninger) og realiteter. Det er de personlige erfaringer fra den enkelte som jeg ønsker å formidle. Hvordan opplever pleierne omsorgen i praksis? Jeg vil forsøke å forstå virkeligheten slik informantene oppfatter den. Sosiologien har som oppgave å se dette i sammenheng med sosiale og materielle betingelser. Jeg vil derfor ha fokus på de hverdagslige erfaringer.

Som intervjuer er jeg forpliktet til å følge Personopplysningsloven. Jeg vil sikre informanten integritet og anonymitet. Det er frivillig å være med og informanten kan trekke seg når som helst uten å måtte begrunne dette. Dersom informanten trekker seg vil alle opplysninger bli slettet. Alle data blir makulert når oppgaven er ferdig, og ingen enkeltpersoner kan kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Informanten må videre skrive under en samtykkeerklæring om å delta i intervjuet, og han/hun vil også få intervjuet til gjennomsyn når det er ferdig skrevet, for godkjennelse.

Intervjuene vil basere seg på ca.10 spørsmål og ha en varighet på 60 minutter. Som student er jeg underlagt taushetsplikt og data vil bli behandlet konfidensielt. Alle data vil bli anonymisert.

Min faglige veileder og hovedansvarlig er ; Forsker Yngve Hammerlin, Kriminalomsorgens Utdanningssenter. Adresse; (tatt ut)



Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Se også vedlegg om Informasjonsskriv til informanter.

Jeg håper på positivt svar, og vil i samråd med avdelingssykepleier (tatt ut), lage avtaler med den enkelte, med hensyn til hva som passer avdelingen.

Jeg kan nås på telefon (tatt ut).

Med vennlig hilsen

Tanja Lind

Vedlegg