

8

Transformasjon av en profesjon – sykehuset mellom penger og pasienter

Jorunn Andrea Brænd ^{a)} (1. forfatter) og *Kristian Larsen* ^{b)}

Transforming a profession – hospitals between economy and patients

New Public Management is not only a way of organising health treatment and care, but it also affects professionals' thinking. We have critically reviewed the nursing profession on the basis of interviews with 30 hospital professionals. Nearly all the informants claimed that NPM had caused a significant change in their understanding and practice of professionalism, placing a greater focus on individual patient needs. However, the nurses had less time available for each one of them. Work practice and attention is prescribed by

-
- a) Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
 - b) Institut for læring og filosofi, Aalborg Universitet/Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

standards and hospitalization programs, and some professional matters which felt important to patients fall outside these. The risk of formal complaints from demanding patients and relatives meant that nurses gave these patients more attention. The majority of the interviewed nurses found the standard of professional ethics to be as strong or stronger than before, and they claimed that the emphasis on economy had strengthened their professional performance. This is in contrast to several previously published papers. Many nurses appeared relieved to have more distance to the patient's emotions, and said they were comfortable working while keeping a professional distance. From a sociological perspective, NPM may cause the professionals to individualize criticism and direct it towards themselves.

Innledning

En profesjon springer ut av en lære eller studie der eksklusiv fagkunnskap og yrkesetikk styrer arbeidet. Fra et slikt synspunkt fester erfaring den enkelte i disiplinens verdigrunnlag. Molander og Terum (2008) karakteriserer at profesjonelle med høy autonomi tar ansvar for kvalitet og utviser skjønn i lojalitet til faget, dets etiske retningslinjer og kolleger. Lojaliteten til egen profesjon er ofte sterkere enn til organisasjonen de arbeider i (Broadbent og Laughlin, 2002). Profesjonskunnskap og etikk endres og utvikles som svar på, eller etter krav fra, samfunnets skiftende verdier og normer. De to største profesjonene i sykehus, leger og sykepleiere, har tradisjonelt virket i en tredelt rolle som representant for pasientens interesser, advokat for egne faghensyn og utøvere av offentlig helsepolitikk (Grund, 2000). En rekke studier redegjør for hvordan profesjoner utvikler seg, og hva som karakteriserer disse (Molander og Terum, 2008). I en norsk og internasjonal kontekst ser vi et

skifte i organisasjoner der profesjoner er virksomme. Det skjer endringer i offentlig styring av helse, men også i andre sektorer, som i sosial- og undervisningssektoren.

Organiseringen av helsesektoren i de nordiske landene har i de siste tiårene gjennomgått store endringer, i tråd med New Public Management. I Norge introduserte helseforetaksloven²² (2001) ikke bare sterkere statlig kontroll, men også vekt på markedsorientering, med nye økonomiske begreper, klassifikasjoner og logikker. Behandlingskapasiteten er høynet, og over de siste 20 årene er liggetiden nær halvert og antall sykehussenger mer enn halvert (www.ssb.no). I helsevesenet blir hver minste undersøkelse, inngrep, behandling eller annen profesjonell intervensjon beskrevet, kategorisert og taksert slik at prisen på arbeidet kan regnes ut, sammenlignes og gi anledning til konkurranse. I helsesektoren er en rekke klassifikasjonssystemer virksomme. Økonomiske takster på det faglige arbeidet kan sammenlignes mellom tilbydere, for eksempel mellom offentlige og private sykehus, mellom sykehus eller mellom sykehusavdelinger. Produktivitet og effektivitet blir stadig mer styrende for arbeid utført av helsepersonell (Larsen og Esmark, 2013). Man kan hevde at faglighet på et strukturelt nivå i stadig større grad forskyves fra å ha bakgrunn i profesjonell opparbeidet viten til å bli styrt av generelle standarder.

Disse transformasjonene av velferdsstaten med dens organisasjonsmåter og institusjoner har dermed stor betydning for profesjonene og profesjonelt arbeid. I denne artikkelen analyseres hvordan sykepleie, som er en av de største velferdsprofesjonene, er under transformasjon og utfordres gjennom endringen av velferdsstaten. Det er snakk om en

22 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>

relativt gammel, kvinnedominert velferdsprofesjon med overveiende offentlig ansatte. Gjennom en lang historie fra antikkens etikk, middelalderens kristne hospitaler og Nightingale (1860) sitt kliniske arbeid vokste det i forrige århundre frem et profesjonelt sykepleiefag med egen utdanning (Fause og Micaelsen, 2002). Ut fra profesjonens egen beskrivelse består kunnskapsgrunnlaget i hovedtrekk av klinisk observasjon av den syke, teori om hvordan man forebygger sykdom og hjelper pasienter, samt praktiske metoder. Faggruppen har dessuten utviklet profesjonsinterne yrkesetiske retningslinjer (ICN 2006; Norsk Sykepleierforbund, 2007). Norsk Sykepleierforbund har lenge arbeidet med å løfte sykepleieprofesjonen frem til noe mer enn en medisinsk assistentfunksjon (Melby, 1990; Slagstad, 2006; Høst, 2007). Det er dessuten arbeidet strategisk gjennom mange år for å erobre en sterkere posisjon på helseområdet, for eksempel via bestrebelser for å akademisere sykepleiefaget (Krøger, 2016). En del leger kan likevel anse sykepleiere som utøvere av lavt prioritert legearbeid, en holdning som kan være en kime til konflikt (Jørgensen, 2007).

Studiens kritiske blikk

I artikkelen spør vi om hva som er sykepleieprofesjonens innhold, og om hvordan det har endret seg i nyere tid. Sykepleieprofesjonen er under løpende påvirkning av samfunnets krav til effektivitet og pågående endringer i helsevesenet.

En rekke norske publikasjoner har beskrevet at sykepleieprofesjonens etiske mandat står i konflikt med NPMs kostnadseffektive drift. Publikasjonene fremstår vesentlig som profesjonsinterne vurderinger og er overveiende negative til utviklingen. De er ofte mer spesifikke på uheldige konsekvenser

enn på hva endringene konkret består i. Wyller mfl. (2013) skriver at offentlige sykehus med mange kontroll- og rapporteringssystemer ikke fremelsker tillit og ansvar hos helseprofesjonene. Under trykk fra et rasjonelt og effektivt tenkesett løsner sykepleieprofesjonens sterke bånd til humanistiske og medisinske fagområder, skriver Martinsen og Wærness (1991). Nortvedt (2013) hevder at det ropes fra alle kanter at nedskjæringer og nedprioriteringer av individuelle omsorgshensyn er gått for langt, og at det etiske og faglige grunnlaget for forsvarlige tjenester er truet. Nortvedt (i Hærnes 2004) hevder at økonomiens økende dominans i sykehusene fratar sykepleiens fag og etikk en nødvendig uavhengighet, og at dette setter sykepleiere i et kontinuerlig etisk dilemma. Kolstad (2009) peker på at høynet effektivitet i sykehus reduserer sykepleieres tid til personlig kontakt. Det utarmer deres erfaring med pasienter og pårørende og resulterer i svakere kvalitet på behandlingen. Kirkevold mfl. (2013) påpeker at kravet om økt produktivitet har ført til flere pasienter per sykepleier. Et teknisk-økonomisk språk har preget tanke og handling hos stadig flere. Dette har satt et tradisjonelt verdigrunnlag under press. Sykepleierens etiske dilemma er at de må spre knappe ressurser på stadig flere pasienter, og at de ikke har makt til å definere kvaliteten i tjenestene. Ifølge Nordhaug (2013) er et kjennetegn ved en profesjon at den forvalter et politisk legitimert samfunnsmandat over et felles gode. Hun hevder at dersom faglig kvalitet skal være i tråd med sykepleieres forvaltningsansvar i klinikken, bør sykepleiere tillegges større faglig autonomi og mindre ansvar for, og hensyntagen til, overordnede prioriterings- og ressursproblemer. Nordhaug (2013) mener at utviklingen i så måte går i gal retning. Fjeldbraaten (2010) hevder at det ikke er samsvar mellom hva sykepleiere burde gjøre i møte med pasienten, og mulighetene de blir gitt. Avgrensede oppgaver blir mer vektlagt enn

mellommenneskelig kontakt. Denne utviklingen er en trussel mot den institusjonelle kjernen i sykepleieres profesjonelle selvforståelse, konkluderer hun. Røsok og Øie (2013) finner at økonomiske verdier knyttet til NPM dominerer over andre verdier som sykehusansatte betrakter som vesentlige i arbeidet. Hensynet til effektivitet og produktivitet reduserer muligheten til å utføre en jobb av høy kvalitet og står i enkelte tilfeller i veien for å forvalte offentlige midler godt.

En rekke analyser tar slik for seg spenningene mellom stat, organisasjon, profesjon, etikk, ledelse/styringsformer og pasientpleie. Analysene viser med utgangspunkt i historiske, sosiologiske, profesjonsteoretiske, etiske samt organisasjonsteoretiske ståsteder at det er utfordringer og store skifter med transformasjonene av velferdsstat og det profesjonelle arbeidet. I denne artikkelen består den kritiske analysen av en teoretisk-empirisk intervjuundersøkelse av hvordan prester, avdelingssykepleiere og sykepleiere fra seks sykehus i Norge opplever forandringer av velferdsstaten, profesjonen og pleie- og omsorgsarbeidet i forbindelse med NPM. I den forbindelse presenteres et historisk blikk på hvordan stat, styring, profesjon, etikk og verdier endres, ikke minst under inntog av NPM. Et objektiverende blikk gjør rede for hvordan disse forandringer erfares forskjellig og delvis motsattrettet innenfor sykepleieprofesjonen, både mellom avdelingssykepleiere og sykepleiere, men også innenfor hele sykepleiergruppen. Sentralt står et kritisk perspektiv på hvordan disse transformasjonene, særlig med vekt på New Public Management, er med på å forme, utfordre og kanskje også fokusere pleie- og omsorgsarbeidet og de profesjonelle i norske velferdsinstitusjoner.

Vi vil med basis i empiri fra førsteforfatters studier i relasjon til norske sykehus beskrive og diskutere hva som kjennetegner pågående endringer i sykepleieprofesjonen og yrkesutøvernes

forståelse av egen profesjon, en profesjonstransformasjon. Det særlige bidraget i denne artikkelen er å vise spenninger mellom organisasjonformer og profesjon samt å vise hvordan det innenfor en profesjon er både ensartede fortolkninger av transformasjonene, men også forskjeller og motsetninger i hvordan profesjonsutøvere oppfatter NPM og forandringene av sykehushens rammevilkår. Kunnskap om forandringen er generelt viktig for profesjonsutøvernes selvforståelse, for organisasjonen de arbeider i, og for samfunnet for øvrig. Mer spesifikt vil slik kunnskap også gi et kritisk blikk på om sykepleiere i større grad står i etiske dilemmaer i dag enn tidligere, slik Nortvedt (i Hærnes 2004), Kolstad (2009) og Fjeldbraaten (2010) beskriver, og om det i et større perspektiv er rett at arbeidets kvalitet har sunket, slik Kirkevold mfl. (2013) og Nordhaug (2013) har hevdet. Det kritiske blikket retter seg derfor både mot endringen av profesjonen og innenfor denne, samt mot tidligere vurderinger rundt dette.

Metodikk

For å undersøke profesjonskarakteristika kan man se for seg ulike forskningsmetoder, som spørreskjema, observasjon, dokumentanalyse og intervju. Førsteforfatter valgte å intervju enkeltvis et strategisk utvalg erfarne informanter ansatt i norske sykehusavdelinger med høy gjennomstrømningstakt, det vil si mange innleggelser og utskrivninger. Informanter med stor eksponering mot pasienter og derav et robust erfaringsgrunnlag ble valgt ut. Med inspirasjon fra Weber (1922) kan man si at hensikten i denne typen studier er å beskrive og fortolke hvordan forhold henger sammen. En slik tilnærming ble valgt for å adressere den åpne problemstillingen om profesjonskarakteristika og endringer i disse. Med inspirasjon fra relevant forskning på området inneholdt intervjuguiden

spørsmål som: (i) Hvorledes opplever du at markedstenkning i sykehus har virket inn på din utøvelse av yrket? (ii) Vil markedsføring i form av økt vekt på kundeservice kunne fremelske en profesjonell holdning der man lettere ser pasienten på sine egne premisser og derav ivaretar ham bedre? (iii) Opplever du at krav om effektivisering kan ha medført dårligere service overfor pasientene, eller er det motsatte tilfelle? For full intervjuguide, se Brænd (2014). Det ble under intervjuene tilstrebet å holde en viss nøktern og nøytral holdning til forandringene av sykehusdriften med tanke på markedstenkning, kundeservice og effektivisering med videre. Hensikten var å være deskriptiv snarere enn normativ i tilnærmingen, hvilket ble støttet av utdypende spørsmål som «vil du si mer om dette?», «har du noen eksempler på dette?» eller «kan du nevne både fordeler og ulemper ved ...?».

Tretti informanter fra tre store og tre mindre sykehus som er geografisk spredt i Norge, ga mangfold i svarene (Brænd 2014). En klynge på fem informanter ved hvert sykehus – en avdelings- sykepleier, en prest og tre sykepleiere – ga svar og beskrivelser omkring oppgitte temaer. Metoden kalles «strategiske utvalg ved skjønnsmessig klyngeutvelgelse» (Hellevik, 2002). I denne artikkelen er det primært lagt vekt på sykepleie som profesjon, og intervjuutskrifter av hvordan profesjonen prester opplever forholdene, trekkes inn og forteller hvordan prester tolker forandringer om og i sykepleieprofesjonen.

Intervjuene ble gjennomført i 2006–2007. Tre av sykehusene var negativt omtalt i media i denne perioden. Det syntes å virke inn på informantenes svar. Et sykehus skiftet ofte ut faste sykepleiere og hadde en høy andel midlertidige sykepleiere fra bemanningsbyråer. Et annet var satt under skjerpet kontroll og stramme budsjettammer og sto i fare for å miste kjernevirksomhet. En avdelingsleder var nyutdannet bedriftsøkonom og syntes å inneha en reformiver som preget avdelingens driftskultur. Selv om

datainnsamlingen ligger noen år tilbake i tid, har NPM virket både før og etter, og derfor har retningen på endringer i profesjonsforståelse og adferd sannsynligvis fortsatt i de påfølgende årene.

Informantene viste stor fortellerglede med rike beskrivelser. Disse resulterte i et fyldig samlet datamateriale. Alle intervjuer ble tatt opp elektronisk. Fortløpende notater og lydopptak ble transkribert og analysert i henhold til hva Ricoeur (1976), Giorgi (1985) og Malterud (2003) anbefaler for kvalitativ dataanalyse. Selv om studien ikke hadde et kvantitativt design, åpnet svarene på enkelte spørsmål likevel for å registrere forekomst. Fenomenologiens grunnlegger Edmund Husserl (1859–1938) tok utgangspunkt i livsverdenen slik den viser seg i bevissthetsstrømmen hos et individ. Målet er å skildre umiddelbar opplevelse, noe som gir fenomenologi relevans for et kvalitativt intervju (Bengtsson, 1998; Kvale og Brinkmann, 2009). Arbeidet var inspirert av fenomenologi, som representerer en filosofi og en empirinær forskningsmetode som søker å forstå og beskrive umiddelbare opplevelser slik de erfarer (Alvesson og Skjöldberg, 1994). Til dette er det knyttet empirisk viten om medisinsk felt, helseprofesjoner, organisasjoner og klienter fra andre nordiske land samt sosiologisk tenkning som søker å beskrive og forklare subtile prosesser mellom makro, meso og mikronivå, herunder åpne for analyser av dominans og maktrelasjoner. Oppå og innvevd i dette ligger et kritisk blikk.

Empiri, resultater

Sykepleiere og prester erfarte gjennomgående at sykehusledelsen tenker mer økonomi og effektivitet enn tidligere. Samtidig mente de fleste at effektiviteten lider av mangel på samhandling

i organisasjonen både horisontalt og vertikalt. Informantene mente også at nedskjæringer i bemanningen ble foretatt raskere enn gevinsten i effektivitet tilsa.

Profesjonell holdning

Nesten alle informanter var enige om at markedsføring med mer vekt på kundeservice vil fremelske en profesjonell holdning der man lettere ser den individuelle pasienten. «Markedsføring krever profesjonell fremferd av sykepleiere. Den gir pasienten trygghet og tillit. Dette tjener både sykepleiere og pasienter på. I profesjonell sammenheng er en også omsorgsfull», uttalte en sykepleier. Sykepleiere var derimot delt i synet på hvorvidt markedsføring og mer kundeservice vil gi en profesjonell holdning som ivaretar pasienten bedre: Omtrent like mange svarte ja, nei og nøytralt på spørsmålet.

Kunder, service og pasient

De aller fleste avdelingssykepleiere og sykepleiere var kritiske til å bruke begrepet «kunde» selv. Dette står i kontrast til positive utsagn om at markedsføring stimulerer deres profesjonalitet. Man kan undres om de positive erfaringene med markedsføring som hver enkelt har, kolliderer med et ønske om å gi noe mer enn bare en tjeneste: «Jeg vil ikke se på pasientene som kunder. De er pasienter for meg, og jeg ønsker å møte dem på det.» «Det er rart å koble pasienter og penger i tankene mine.» Alle sykepleiere beskrev nøytralt eller positivt at pasienten transformeres til kunde og etterspør mer service: «Det er greit at de krever mer av oss. Det må være likeverd mellom pasient og pleier. Pasientene skal ikke være redd oss lenger.» Det handler om kompleksitet og flere nivåer der markedsføring, kunde og

profesjonalitet står på dagsordenen. Det sentrale er at det med og gjennom disse begrepene og intervju spørsmålene åpnes for en ganske stor diskrepans mellom informantene og synspunktene, men også hos den enkelte informanten. Det er for eksempel mulig at en person svarer at det på et visst nivå er faglig styrkende å støtte seg til markedsføring og dens vekt på for eksempel informasjon, service eller kundeservice. Men samme person kan godt ha en motvillighet mot at pasienten langsomt erstattes av begrepet kunde, med de implikasjoner det kan tenkes å medføre. Mange sykepleiere gjenga hvordan mer service slår gunstig ut på tjenestekvaliteten. Representative utsagn er: «Jeg bruker bevisst mer tid på informasjon nå, fordi jeg vet at det er så viktig», «Alle kommer mer i konkurranse. En blir mer våken og observerende og må tilby det beste» og «Jeg blir mer engasjert på grunn av kundetenkning, fordi det er mer fokus på det beste».

De aller fleste sykepleiere erfarte at pasienten alltid er i sentrum, uavhengig av økonomisk styresett. «Noen sykepleiere søker høy grad av nærhet med pasienter, andre ikke. Dette er situasjonsbetinget og uavhengig av markedsføringen.» En slik respons fra sykepleiere kan forklares med at ideologien bak og mantraet under utdanning om at «pasienten er i sentrum», står sentralt i profesjonen. Det kan være at observasjonsstudier ville vist noen nyanser som ikke har kommet frem gjennom individuelle intervjuer. En gjennomgående beskrivelse fra alle avdelingssykepleiere var at sentralisert makt har medført skjerpet økonomisk kontroll av sykepostene og snevret inn avdelingssykepleieres ansvarsområde og handlingsrom. Det var en utbredt oppfatning at det ikke lenger er tid til stort utover det mest nødvendige. En avdelingssykepleier sa: «Markedstenkingen har virket inn på min yrkesutøvelse som både et ja og et nei. Før gjorde vi ikke bare de viktige tingene. De kunne drevet mer effektivt den gang.» Det er verdt å merke

seg at forskjellige posisjoner innenfor sykepleien var utslagsgivende for forskjeller i oppfatninger av faglighet og grader av autonomi. Det var tydelig at alle avdelingssykepleierne, som mellomledere i store organisasjoner, særlig erfarte at sentralisert makt og derav skjerpet økonomisk kontroll av sykepostene hadde snevret inn deres ansvarsområde og faglige handlingsrom. Avdelingssykepleierne er posisjonert høyere i sykehusets organisatoriske hierarki enn sykepleierne, og man kan derfor anta at de er mer eksponert for hvordan nye styringsinstrumenter virker.

Ledelse og medmenneskelighet

Enkelte sykepleiere opplevde at ledelsens prioriteringer medfører at menneskelige hensyn i mange situasjoner forsvinner. «De som styrer, sitter så langt unna ... De snakker et språk og gjør noe annet. Dette mangler en logisk sammenheng.» Omsorg er blitt til tall på papir for sykehusledere, tall som ledere slipper å føle som menneskelige konsekvenser på kroppen, hevdet de. Og det er blitt for travelt til å gi psykisk omsorg. «Pasientene får ikke dårligere behandling, men de får dårligere komfort og psykisk behandling – som empati. Pasienten har det tøffere på sykehus nå enn før.» Flere avdelingssykepleiere rapporterte at tilbudet til pasientene er mer generelt utformet i dag som følge av økt hensyn til økonomi med løsninger som må passe alle. «Vi kan ikke lage standardpakker som også ivaretar individualitet, som før. Dette blir feil for sykepleiere som er opplært til å tenke individuell tilpasning av tjenestene.» Igjen viste undersøkelsen hvordan forskjellige posisjoner i organisasjonen avstedkom forskjellige synspunkter: Sykepleiere var mindre opptatt av rammevilkår og økonomiske handlingsrom enn avdelingssykepleiere, og mer opptatt av muligheter, eller mangel på slike, i yrkesutøvelsen. At relativt mange sykepleiere erfarte at de var mer engasjerte i

arbeidet under strammere økonomiske rammer og med økt oppmerksomhet om utvalgte områder som standarder og informasjon, er interessant empirisk i forhold til andre(s) studier. Det er dessuten komplekst fordi transformasjonene via økonomi og NPM simultant virker inn på og gir anledning til transformasjon av arbeidet, profesjonen og identiteten som knytter seg til arbeidet. Opplevelsen av økt engasjement kan dermed også forklares med at selve arbeidet er blitt mer snevert innrammet og mer fokusert ut fra sjekklister og standarder.

Yrkesutøvelse

Overordnet er det mange og også motsatt rettede perspektiver på hvordan yrkesutøvelsen er påvirket av endret styring og organisering av det profesjonelle arbeidet. Fem av 18 sykepleiere svarte at deres yrkesutøvelse er uendret som følge av at tjenestene moderniseres og er mer preget av økonomiske hensyn. Flere opplevde at de i dag gir flere inngående svar som samsvarer mer med hva pasientene etterspør, enn tidligere, og at de har fått et mer profesjonelt, og mer humoristisk, forhold til pasientene. Sykepleiere er blitt mer treffsikre på tilbudet: «Det er snakk om enkeltmennesker som ikke bare skal behandles som en i rekken av mange.» «Vi ønsker fornøyde kunder!» Informantene er mer konsentrerte om her- og nåsituasjoner og er motiverte til å innhente kunnskap som tjener formålet: «Fagpersoner blir mer skjerpet og faglig orienterte, oppdaterte som en følge av dette.» Fokus på dokumentasjon av faget er større: «Jeg blir veldig opp-tatt av å dokumentere. Jeg er mye mer skjerpet i dag.»

Sykepleiere kan oppleve at markedstenkning i sykehus har virket både positivt og negativt inn på deres yrkesutøvelse. Både tid og økonomi ble nevnt som begrensende faktorer. Derimot uttrykte alle prester at sykepleierne er blitt merkbart travlere. En del sykepleiere beskrev at tiden ikke strekker til,

og de var opptatt av hva dette gjør med pasientens situasjon: «Vi må løpe enda mer, det er hektisk å få endene til å møtes», «Faglig forsøker jeg så godt jeg kan. Men det er så travelt, jeg løper og gjør en dårlig jobb», «Hektiske hverdager kan gjøre oss veldig overfladiske for å imøtekomme tempoet som kreves i avdelingen», og: «Det tenkes økonomi hele tiden. Vi bruker mye energi på dette [...]. Jeg er lei av det. Ved sykdom blant personalet får vi ikke leie inn ekstravakter. Det fører til at pasienten får dårligere oppfølging.»

Alle informanter svarte at deres vennlighet blir satt på prøve når det er travelt. For mange er ekte vennlighet forbundet med overskudd. Flere sykepleiere avviser henvendelser for å beskytte seg. De blir aggressive og får «noe vondt i seg» som kan smitte over på kolleger og pasienter. For å spare krefter er flere selektive med hvem de viser vennlighet til. «Jeg er ikke så vennlig når jeg springer rundt på tre rom samtidig. Det stopper en gang. Når jeg kommer hjem, så kjenner jeg på at jeg ikke har fått gjort jobben min.» Noen sykepleiere opplevde at de alltid er vennlige og høflige uavhengig av tidspress. Et godt arbeidsmiljø demmer opp for negative effekter av et høyt stressnivå og stimulerer deres effektivitet. Det er tydelig at å fremstå vennlig under tidspress er en bredt erfart utfordring, men ingen av sykepleierne koblet dette opp mot at det var bedre før. Kanskje er problemstillingen iboende i et krevende serviceyrke? Likevel, en prest sa at stemningen blant sykepleiere var bedre før. «Det blir mindre vennlig på vaktrom på grunn av sukk, færre samtaler, mer misnøye nå. Det blir kos med misnøye over matpakken fremfor at vi har hatt en god dag på jobben i dag. En påtakelig mindre vennlig tone.» Det er bred enighet blant sykepleiere om at forpliktelsen til å hjelpe ikke er svekket som følge av travlere dager. «Jeg strekker meg mer, jobber mer

for å innfri forpliktelsene. Jeg har ikke lenger samme tid, men jeg har den samme forpliktelsen.»

Det foreligger både erfaringer som er positive til endringer av det profesjonelle arbeidet, for eksempel omkring en opplevelse av økt vekt på og konsentrasjon om her-og-nå-situasjoner og økt motivasjon for å oppsøke og formidle kunnskap. Men det er også prester, som kan betrakte sykepleierne med antropologers øyne, som er ganske kritiske til hva som skjer på sykehusene. Prester forteller om sykepleiere som har det stadig mer travelt, og at tiden ikke strekker til, hvilket også noen sykepleiere erfarer gjennom at de må løpe enda mer, at de blir overfladiske, at pasientene ikke blir tilstrekkelig fulgt opp, og at det er høyt stressnivå. Det virker overordnet som om sykepleierne står sterkt på opplevelsen av at forpliktelsen til å hjelpe ikke er sviktet, men da mulighetsrommet er begrenset, må de strekke seg lenger for å møte forpliktelsene. De har ikke lenger samme tid til rådighet for det faglige arbeidet, som så også er transformert.

Fagetikk og prioritet av og interaksjon med pasienter

Et tydelig funn er at alle avdelingssykepleierne mente at både fagetikk, folkeskikk og respekt står like sterkt eller sterkere enn før blant leger og sykepleiere. De var samstemte om at det er flere etikk-diskusjoner i sykehusavdelingene enn for bare få år tilbake. Derimot spriker sykepleiernes forståelse av hvor sterkt etikken står i egen yrkesgruppe. Tre omtrent like store grupper mente at etikk (i) er svekket i travelheten som følger markedstenkning, (ii) er uendret eller (iii) er styrket som følge av effektivitetskrav og risiko for klagesaker. Kontrasterende utsagn fra disse gruppene var: «Sykepleiere blir så opphengt i retningslinjer og prosedyrer at

den individuelt tilpassede omsorgen faller ut», «I det siste så har jeg tenkt at jeg bare orker litt, andre får ta resten. Jeg gir mer blaffen, jeg orker ikke, ting må bare skure og gå litt her og nå», og på den positive siden: «Markedstenkning har gjort meg mer faglig bevisst på å unngå klagesaker for manglende service og faglighet. Økt yrkesstolthet er en følge av økt etisk og moralsk oppdatering. Pasientene skal ikke svi for vår manglende tid.» Flere sykepleiere er blitt reddere for å gjøre, og bli tatt for, feil. De er mer på vakt og mer bevisst juridiske konsekvenser av å behandle pasienter galt enn før. En sykepleier sa: «Før var det godhet, omsorg og fag. Jeg er mer juridisk bevisst nå.» Noen sykepleiere erfarte at faglig skjønn forsvinner når sykepleiere i større grad er pålagt å følge faste prosedyrer og juridisk korrekt metode.

Det er også sosiale og etiske implikasjoner av markedsføring, om man betrakter hvordan sykepleierne prioriterer. Sykepleiere har stor respekt for ressurssterke pasienter og pårørende og hjelper ofte pasienter med «høyest stemme» og de tydeligst uttalte forventningene først (Brænd, 2014). Sykepleiere frykter negative medieoppslag og erstatningssaker og imøteser derfor sterke pasienter, uavhengig av hensynet til prioritet, i frykt for anklager om at de leverer for dårlige tjenester. De forteller at pasienter «uten stemme», ofte den eldre som ikke forventer mer enn det han «tilfeldigvis» får, kan bli avspist med mindre hjelp av denne grunnen. Dette er sentralt i en drøfting av hvordan styringsformer og velferdsstatene relaterer seg til ulikhet i helse (Larsen, 2008). Det er problematisk ut fra et likhetsperspektiv at velferdsstaten – som har som sentralt prinsipp å støtte de svake og at sterke skuldre må bære mest – svikter de svakeste. Hvis styrende prinsipper tidligere har vært at helseprofesjoner har rettet spesiell oppmerksomhet, støtte, hjelp, omsorg og sykepleie mot de pasientene som har hatt størst behov, er mest sårbare og har færrest sosiale, kulturelle eller økonomiske

ressurser, så er det problematisk at den nye styringen, strukturelt sett, medfører at den profesjonelles oppmerksomhet forskyves mot de som «har stemme», er yngre, sterke, har ressurser og som krever de profesjonelles oppmerksomhet. Det er til og med en ekstra utfordring når frykten for pasientklager, vel vitende om at noen har ressurser og overskudd til å klage, motiverer til at enkelte pasienter får ekstra oppmerksomhet.

Markedstenkning har effekter ikke bare på utøvelse av profesjonell holdning, kunder og service, ledelse, medmenneskelighet og faglig utøvelse, men også på etikk og jus. På den ene siden snakkes det mer om etikk i sykehusavdelingene. Det betyr at den symbolske delen har fått en høyere plass, ifølge avdelingssykepleierne. Samtidig rekonstrueres det at etikken både kan tenkes å være svekket i travelheten, uendret og også at den er styrket som følge av effektivitetskrav og risiko for pasientklager. Alle disse utsagnene kan sies å ha en sannhetsverdi, hvilket kan relateres til (a) posisjonen som aktøren står i (avdelingssykepleier versus sykepleier), (b) profesjonell identitet og yrkesstolthet koblet til etisk oppdatering versus klassisk omsorgstenkning, (c) det etiske nivået, (d) typer av praksisområder (informasjon versus kommunikasjon med pasient), (e) type og ressurser hos pasienten (sterke versus svake pasienter), (f) pasientsituasjoner (akutt versus kronisk situasjon) eller (g) tid og sted på sykehuset. Under alle omstendigheter viser analysen at markedsgjøring av det profesjonelle arbeidet har implikasjoner også i de eksplisitte og implisitte prioriteringer som pågår, og som utgjør det profesjonelle arbeidet i spenn mellom organisasjon, kolleger og pasienter.

Diskusjon

Det skjer forandringer i statlige institusjoner, hvilket i denne artikkelen er beskrevet ved markedsgjøring av norske sykehus,

med en rekke likheter med øvrige nordiske offentlige sykehus. Staten kan tenkes som et byråkratisk felt som er oppsplittet i rom av krefter som kjemper om retten til å definere og fordele offentlige goder (Wacquant, 2014). Bourdieu (2010) viser hvordan høyrehåndsstaten (finans, politi, rettsvesen, økonomi) dominerer venstrehåndsstaten (sosiale, pedagogiske og helsemessige områder) og dens profesjoner og institusjoner. Når vi ser på staten, vil man med Bourdieu (2010) si at helsesektoren, samt andre sektorer som utdanning eller vitenskap, har fått redusert autonomi på grunn av effekter fra en økonomisk-byråkratisk logikk. De utfordres av begreper, klassifikasjoner og logikker fra den økonomiske verden. Det faglige arbeidet er transformert ved at enkelte orienteringer – nemlig det som bestemte standarder, styringer og evidens tilsier – blir viktige, mens andre områder, som i prinsippet kan ha like så vital betydning for pasient og profesjonell, får mindre plass. Mange sykepleiere opplever derfor en overveldende strøm av pasienter, og de ønsker ikke å være tilgjengelige alltid. De kommer til kort fordi de ikke rekker å innfri alle. Mange «moderne» pasienter og pårørendes fremtreden harmonerer med Rose (1996) sin teori om at avansert liberalisme har lyktes i å koble ny normativ forståelse av individet som fritt og selvrealiserende sammen med politisk styring. Rose hevder at en oppfatning av individet som en autonom aktør virker inn på dets forståelse av politikk, etiske dilemmaer og egne liv. Individets moral er ikke lenger bare et produkt av tradisjon, men også streben etter å realisere seg selv. Individet står i dag i henhold til Rose (1996) fritt til, både ideologisk (det vil si at man prinsipielt kan) og moralsk (at man skal og bør), å forvalte egne ressurser og rettigheter. I dette tilfellet kan man tenke at alle skal være sin egen helses smed. Men økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser er ulikt fordelt, og mange kan

komme til kort og oppleve at de ikke har nødvendige krefter til å hente ut mer av sitt ideal-jeg. At de pasientene som krever mest, er de som får mest, kan slik analyseres til å være ugreit ut fra klassiske idealer om velferdsstaten og dens institusjoner og profesjoner. Det strider imot alle de presenterte velferdsstatlige og etiske idealene.

I løpet av de siste 20–30 årene er det kommet nye styrings- og organisasjonsformer. I helsevesenets beskrivelser brukes i stadig mindre grad helsetermer som livskvalitet, etikk, verdighet, menneskesyn, demokratisk medvirkning eller dannelse til helse (salutogenese) med tilhørende klassifikasjoner og logikker, for eksempel om helse som verdi i seg selv (Larsen, 2016). Likevel viser dette studiet at særlig avdelingssykepleiere mener at etikk i større grad enn før er på dagsordenen på ledelsesnivå. Generelt snakkes og ageres det i tiltakende grad, med referanse til Wacquant (2014) og dominans av høyrehåndsstaten, ut fra begreper som bunnlinje, kost-nytteanalyser, effektmålinger, standardisering, evidensbasing og employability. Transformasjonene, herunder av velferdsstaten, har kommet gradvis inn både i den brede mediedebatten og i helsesektoren. Samtidig viser det empiriske materialet at en del sykepleiere erfarer at fagetikken står like sterk eller sterkere enn før, at mange opplever at de har fått et mer profesjonelt forhold til fagutøvelsen, og at en sterk vektlegging av økonomi har virket positivt inn på deres yrkesutøvelse. Dette står i en viss kontrast til beskrivelsene og slutningene til Nordtvedt (2013; i Hærnes 2004), Kolstad (2009), Fjeldbraaten (2010), Røsok og Øie (2013), Kirkevold mfl. (2013) og Nordhaug (2013), som referert tidligere. At de aller fleste sykepleiere sier at pasienten fremdeles er i sentrum, og at mer service under NPM slår gunstig ut på tjenestekvaliteten, tyder på at sykehusreformen i det store er blitt akseptert av yrkesgruppen. Nordhaug (2013) sitt synspunkt om at det ikke er

sykepleieres ansvar å sørge for kostnadseffektiv drift, står i kontrast til hvordan sykepleierne beskriver sin profesjonsforståelse. Svarene tyder på at de har erfart at å virke under et mer økonomisk orientert styresett har gått greit for dem, og at NPMs språk og tenkemåte uproblematisk er blitt assimilert i deres profesjonelle virke. Man kan altså analysere at noen sykepleiere aksepterer de nye styringformene, og at de ser fordeler ved dem. Men det kan være at de nye styringsformene har bidratt til å nøytralisere kritikk mot ulikhet i helseytelser, at de sterkeste pasientene får mest oppmerksomhet, at en stadig mer innholds- og tidsstrukturert interaksjon mellom profesjonell og pasient har noen utfordringer, eller at pleie og omsorgsarbeid i stadig større grad er blitt avbrutt, intensivert, spesialisert, arbeidsoppdelt og registrert. Den nye styringformen bidrar til å styre arbeidet, men også kritikken. Kritikkk skal i denne sammenheng primært rettes mot de helseprofesjonelle selv (individualisering) og ikke mot styringen (organiseringen av arbeidet). I en sosiologisk analyse er det derfor ikke tilstrekkelig å studere hvordan informantene oppfatter virkeligheten, men man må også fortolke og forklare vilkårene som former deres oppfatning. Man må bryte med deres spontane oppfatninger og tillegge en analyse som viser hvordan og hvorfor de oppfatter den nye virkeligheten som de gjør. Det vil si en analyse av vilkårene som former deres kriterier for å oppfatte den. Det vil blant annet si å analysere hvordan NPM ikke bare tilsier en «ytre» måte å organisere behandling og pleiearbeid på i nordiske sykehus. Analysen skal også vise hvordan NPM installerer en hel tenkemåte der også de ansatte, og ikke kun ledelsen, tenker på økonomisk produktivitet, kostnytte og effektivitet.

Metodisk kunne det ha vært interessant å undersøke dypere hvordan sykepleiepraksis gjennomføres, via observasjonsstudier. Det kunne gitt litt andre typer av informasjon hvis

transformasjonene av organisasjonene var fulgt på detaljnivå. Tidsstudier kunne for eksempel vist hvordan den konkrete tiden i møtet mellom sykepleier og pasient, og det gjensidige kjennskapet mellom dem, er blitt redusert de siste 20 årene. Dessuten ville det ha vært interessant å følge nærmere hvordan pasienter og pårørende erfarer sykehusets ytelser i samme tidsperiode. Pasientgrupper er stadig mer heterogene, men det kunne vært empirisk belegg for at intensiverte, standardiserte forløp har både fordeler og ulemper.

Avslutning

Sykepleiere beskriver gjennomgripende endringer i sin profesjonsforståelse og profesjonsutøvelse før og etter NPM, med nyorganisering og sterkere økonomisk styring av sykehusene. Samtidig med at gjennomstrømningstakten har økt og liggetiden er halvert, opplever mange sykepleiere at endringene har virket positivt inn på deres yrkesutøvelse, og at fagetikken står minst like sterkt som før. Det ser ut som at effektiviteten ikke utfordrer profesjonsverdiene, men at etikken underordner seg effektiviteten. Noen distanserer seg fra arbeidet, mens andre er mer engasjerte enn før. Mange er lettet over å slippe å komme nært pasienters følelser og mener å opptre med profesjonell distanse. Det er dessuten forskjeller både mellom sykepleiere og mellom avdelings- sykepleiere og sykepleiere. Avdelingssykepleiere, som er plassert tettere på ledelsen, er overveiende positive til markedsføring, mens sykepleierne og prestene i høyere grad er kritiske overfor denne.

Markedstenkning har effekter på utøvelse av det profesjonelle arbeidet som inkluderer holdninger til kunder og service, ledelse og medmenneskelighet, faglig utøvelse, etikk og jus.

Med markedsføring trekkes de profesjonelles praksis og oppmerksomhet mot forhold som gjøres tydelige med standardiseringer og innleggelsesprogram, på godt og ondt. Og tilsvarende er det faglige områder, som for pasienten kan oppleves som viktige, som faller utenfor de profesjonelles og standardenes oppmerksomhet. Det er også en strukturell effekt at sterke pasienter og pårørende tiltrekker seg særlig oppmerksomhet fordi de stiller større krav og raskere leverer pasientklager. Organisatoriske forandringer inngår i en større sammenheng med nye vitensregimer (krav om evidens i profesjonelles arbeid) og nye standardiseringsregimer (krav om standarder knyttet til intervensjoner), og de tre faktorene bidrar til en omkalfatring av relasjoner for avdelingssykepleiere og sykepleiere: nye identitetsmuligheter for sykepleiere, etiske utfordringer, nye praksisområder, nye pasientsituasjoner. Markedsføring av det profesjonelle arbeidet har implikasjoner i prioriteringer som pågår, og som utgjør det profesjonelle arbeidet i spennet mellom organisasjon, kolleger og pasient. Fra et sosiologisk perspektiv blir det sentralt å stille spørsmål til den utformingen og sosialiseringen som de nye styringsformene initierer og installerer i kropp og sjel på administrator, leder, organisasjon og pasient. De nye styringsformene definerer på dette vis også, både implisitt og eksplisitt, at kritikk er noe man retter mot seg selv – det individualiseres. Det ser man for eksempel i den store økningen av sykefravær og stress på offentlige arbeidsplasser i helsesektoren²³. Kritikk er ikke noe man retter mot de nye styringsformene. De nye styringsformene virker dermed ikke bare i det ytre som måter å organisere behandling og pleie på, men de er også virksomme tenkemåter som stiller økonomisk produktivitet, kost-nytte og effektivitet fremst.

23 www.dsr.dk/bladetframunden

Referanser

- Alvesson, M. og Skjöldberg, K. (1994). *Tolkning og reflection. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (1998). *Fenomenologiska utflykter*. Göteborg: Didalos.
- Bourdieu, P. (2010). Statens venstre hånd og statens højre hånd. *Praktiske Grunde*. Nr. 1–2, s. 113–120.
- Broadbent, J. og Laughlin, R. (2002). Public service professionals and the New Public Management. Control of the professions in the public services. I: E. Ferlie, K. McLaughlin og S. Osborne, *New public management: current trends and future prospects*, s. 95–108. London: Routledge.
- Brænd, J. A. (2014). *Nær penger og pasienter. Perspektiver på pasientens kår, sykepleie og nærhetsetikk når økonomisk rasjonalitet endrer sykehusdriften*. PhD-avhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Fause, Å. og Micaelsen, A. (2002). *Et fag i kamp for livet: Sykepleiefagets historie i Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fjeldbraaten, E. M. (2010). *Mellom idealer og praksis: En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer spesialisthelsetjenesten*. PhD-avhandling, Aalborg Universitet.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. I: A. Giorgi (red), *Phenomenology and Psychological Research*, s. 8–22. Pittsburgh PA: Duquesne University Press.
- Grund, J. (2000). Sykehus - hvordan bør de styres? *Magma*, 3(5).
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (7. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Hærnes, N. (2004). Etik i klemme. *Tidsskriftet Sykepleien*, 92(2), s. 16–18.
- Høst, H. (2007). *Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv: en studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelseshistorie, 1960–2006*. PhD-avhandling, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Jørgensen, E.B. (2007). *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje. Om hvordan medicin og sygepleje som moderne fag, erhverv og uddannelser har konstitueret sig i Danmark samt forbindelsen mellem dem. For lægeerhvervet er perioden 1736–1937 og for sygeplejeerhvervet er perioden 1863–1957*. Danmark: Forlaget Hexis.

- Kirkevold, M., Holter, I. M., Brurås-Leine, C. og Nereng, M. K. (2013). Gjenreis helsefagenes verdigrunnlag! *Sykepleien*, 5, s.64–65.
- Krøger, C. (2016). Et fag på ville veier. *Prosa. Tidsskrift for sakprosa*. <http://prosa.no/essay/et-fag-pa-ville-veier/>
- Kolstad, B. (2009). *Verdier under press i Helse Norge. En kritisk teorianalyse av NPM inn i et profesjonsetisk miljø*. Masteroppgave i Profesjonsetikk og diakoni, Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Inter Views. Introduction til et håndverk* (2. utg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, K. (2008). Kroppe - sundhed og social ulighed. I: S. Glasdam (red.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*, s. 188–218. Dansk sygeplejeråd Nyt nordisk forlag Arnold Busck.
- Larsen, K. (2016). En modfortælling: Paradokser om stat, sundhedsvæsen, professioner, viden, sygdom og sundhed. *Social Kritik*, 148, s. 16–31 og *Tidsskrift for social analyse og debat*. Tema: Det neoliberale sundhedsvæsen
- Larsen, K. og Esmark, K. (2013). Velferdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier. *Praktiske grunde*, s. 7–14. *Norsk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. 1–2. 7 årgang. www.hexis.dk ISSN 1902–2271.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. og Wærness, K. (1991). *Pleie uten omsorg*. (2. utg.). Oslo: Pax Forlag.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp: Norsk Sykepleierforbunds historie*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund og J.W. Cappelen Forlag.
- Molander A. og Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing. What it is and what it is not*. New York: Appleton & co. (Oversatt til norsk i V. Skretkowics (red.) (1997), *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.)
- Nortvedt, P. (2013). Få helsearbeidere har tid nok. *Tidsskriftet Sykepleien*, 101(14), s. 70–71.
- Nordhaug, M. (2013). *Which Patient's Keeper? Partiality and justice in nursing care*. PhD-avhandling, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning*. Texas: Christian University Press, Forth Worth.

- Rose, N. (1996). *Inventing our selves: psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Røsok, E. og Øie, L. (2013). *Verdier i endring. Hvor står det offentlige etos og offentlige organisasjonsverdier i dag?* Masteroppgave, Handelshøyskolen i København.
- Slagstad, R. (2006). *Kunnskapens hus* (2. utg.). Oslo: Pax.
- Wacquant, L. (2014) Foucault, Bourdieu og straffestaten i den neoliberale æra. *Praktiske Grunde* 1–2, s. 103–110.
- Weber, M. (1922) *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen.
- Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., Mellin-Olsen, J., Størmer, J., Thomsen, I. og Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 133, s. 655–9.

Øvrige referanser

- DSR: Bladet fra munden – mod og vilje til et godt arbeidsliv. www.dsr.dk/bladetframunden
- Helseforetaksloven (2001). *Lov, 15. juni 2001 nr. 93, om helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- ICN (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses 2006*. Geneva, Switzerland.
- Norsk Sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.