

## **Tvetydighet**

*En studie av samarbeid i helsetjenester og samarbeidslæring i helsepersonellutdanning*

—  
**Britt-Vigdis Ekeli**

*Avhandling levert for graden Philosophiae Doctor – september 2013*





# Forord

---

Utdanning av helsepersonell har fylt største delen av yrkeslivet mitt. En viktig drivkraft har vært spørsmålet: Hvordan legge til rette for læring som inspirerer til utvikling av kompetanse som kan gjøre en positiv forskjell for brukere av helsetjenester? Da regjeringen i 1988 ba de helsefaglige utdanningsmiljøene ved universitetet og høgskolen i Tromsø om å prøve ut fellesundervisning for å bedre samarbeid og kvalitet i helsetjenesten, syntes jeg det var en spennende utfordring. At den skulle bli en del av livet mitt de kommende 25 årene hadde jeg ikke tenkt. Avhandlingen er et resultat av dette lange forholdet, som både akademisk og personlig har fortont seg som en berg-og-dal-bane. Hermed inviterer jeg leserne med på turen. Til historien om hvordan fellesundervisningen fungerte både som utdanningsopplegg og kompetanseutvikler, men også til historier om hvordan ulike helseprofesjoner samarbeider i helsetjenesten. Mye har endret seg på disse årene. Felleskurset er ikke mer, andre opplegg har kommet i stedet. Avdelingen på sykehuset hvor jeg gjorde feltarbeid, eksisterer heller ikke lenger i den formen jeg opplevde den. Men – selv om historiene er historie fra en svunnen virkelighet, er de virkelige, og har forhåpentligvis en historie å fortelle.

En stor og inderlig takk til alle dere som har bidratt til å gi historiene i denne avhandlingen innhold og mening! En spesiell takk til de tidligere studentene i Felleskurset som stilte opp til fokusgruppesamtaler og intervju for å dele sine retrospektive refleksjoner med meg – og til Marianne Aars og Grete Barlindhaug som hjalp meg å lytte. Takk også til studenter, veiledere og ledere som var med å forme Felleskurset underveis, den tiden det eksisterte. En varm takk til Universitetssykehuset i Tromsø og kommunehelsetjenesten i Finnmark som tok så vel i mot meg og lot meg få gjøre feltarbeid der. Den varmeste takken går til dere - pleiere og leger - som slapp meg inn i arbeidsfellesskapene deres og delte deres erfaringer og tanker om hvordan det er å arbeide i dagens helsetjeneste, med meg.

En doktorgradsavhandling er et svennestykke og jeg hadde ikke vært i stand til å presentere det uten god faglig støtte og veiledning. En hjertelig takk til veilederen min Sidsel Saugestad som har vært med meg på denne lange berg-og-dal-bane-ferden. Du fortjener en utholdenhetsmedalje! Takk også til Finn Sivert Nielsen for konstruktive tilbakemeldinger og nyttige diskusjoner. Eline Thornquist har vært en god kollega og venn gjennom mange år. Stor takk for alle gode, inspirerende og lærerike faglige og vitenskapsteoretiske samtaler og diskusjoner i årenes løp. Takk også for gjennomlesning og tilbakemelding på et av utkastene, og for støtte og oppmuntring hele veien. I en tidlig fase av arbeidet var “støttegruppen” med Åshild,

Walter, Nina F og Sissel, en fin inspirasjonskilde og et viktig diskusjonsforum. Takk for fellesskapet og for at dere viste at selv et doktorgradsprosjekt kan ha en ende.

Jeg hadde egentlig ingen ambisjon om å ta doktorgrad. I hvert fall ikke før Arnfinn A ba meg søke en stipendiatstilling utdanningsdepartementet hadde bevilget penger til for å evaluere/forske på fellesundervisningen i Tromsø. Stillingen hadde vært utlyst to ganger uten å få kvalifiserte søkere. Jeg trengte betenkningstid før jeg skrev søknaden, og har ikke alltid vært sikker på om jeg bør takke Arnfinn. Men, i dag gjør jeg det – helhjertet! Takk for det milde påtrykket som førte meg inn i en interessant læreprosess. Stor takk også til ledelsen ved den tidligere Høgskolen i Tromsø – spesielt til Ulf Christensen og Britt Elin Steinveg for generøs utvidelse av stipendiattiden for å kunne ferdigstille avhandlingen – selv om jeg pga. ny jobb bare fikk utnyttet en liten del av den.

Jeg har vært heldig å få være del av gode kollegiale fagmiljø gjennom hele arbeidet. Stor takk til studieleder Nanna Hauksdottir og lærergruppen på Fysioterapeututdanningen, spesielt til Marianne, Sissel, Trond, Grete, Anne, Åse, Nina E, Lone, Nina T og Gyrde. Det har vært en stor glede og inspirasjon å få være del av det aktive faglige fellesskapet der. Varm takk til Jarle, Curt, Lasse, Britt Elin – og Inger-Torill, som de siste fire og et halvt årene har vært mitt nærmeste arbeidsfellesskap. Selv om arbeidet med avhandlingen i denne perioden hovedsakelig har vært “fritidsbeskjeftigelse”, har det nytt godt av den inspirasjonen jeg har fått ved å få jobbe sammen med dere, på og med det nyfusjonerte UiT. Takk også for den støtten og interessen dere har vist for avhandlingsarbeidet. En spesiell takk til Aase Tveito i staben som har hjulpet meg med å lenke kapitlene sammen til ett dokument og med avhandlingens layout.

Sist, men ikke minst, takk til familie og venner for at dere har vært der som viktige personer i livet mitt. Dere har på gode måter minnet meg på at det finnes et liv utenom jobb og avhandling. Samtidig har dere støttet helhjertet opp om det jeg har drevet med. Hjertelig takk for at dere er der – Fred, Roald, Christoffer, Monica, Caroline, Emilie, Henriette, Fredrik, Marie, Andreas, Thomas, Berit, Ingalill, Margrete og Marit. En spesiell takk til tante Solveig, som har vært del av støtteapparatet mitt siden jeg ble født. Med sin velkjente – og velmente - utålmodighet har hun gjennom de siste årene stadig minnet meg på at jeg snart må bli ferdig med dette arbeidet. Nå håper jeg at jeg er det.

Tromsø 06.09.13

Britt-Vigdis Ekeli

# Sammendrag

---

Hva skal til for å styrke kvaliteten i norsk helsetjeneste? Spørsmålet var sentralt i Helsepolitikken mot år 2000 – St.meld.nr. 41(1987-88). Et av de foreslåtte tiltakene er utgangspunkt for denne avhandlingen: Fellesundervisning for studenter fra ulike helsefaglige utdanninger, for å styrke helhetstenkning og samarbeid i helsetjenesten. Tromsø ble valgt som stedet hvor dette skulle prøves ut. Forslaget var motivert ut fra en forestilling om samarbeidsproblemer /-barrierer mellom helseprofesjonene, uten at dette ble dokumentert i meldingen. Derfor ble det også en utfordring i dette prosjektet å undersøke realitetene i denne hypotesen. Avhandlingen søker svar på følgende to problemstillinger:

- *Hvordan bidro Felleskurset i Tromsø til utvikling av samarbeidskompetanse?*
- *Hvordan samarbeider helsepersonell i dagens helsetjeneste? Hvilke barrierer hindrer dem i å samarbeide?*

Informasjonen om Felleskurset har to hovedkilder: arkivmateriale om etablering, gjennomføring og evaluering av det første kurset i 1992, og retrospektive samtaler med tidligere deltakere. Informasjon om samarbeid i helsetjenesten ble samlet inn gjennom feltarbeid – deltakende observasjon og intervjuer - på et større sykehus og i en liten kommune, samt via skriftlige kilder som årsmeldinger, rutinebeskrivelser og artikler fra tidsskrift og aviser.

Svaret på den første problemstillingen er at Felleskurset *ikke* bidro til utvikling av samarbeidskompetanse hos de tidligere Felleskursdeltakerne. Mange karakteriserte det som bortkastet tid. Helt fra første gjennomføring var kurset utsatt for sterk kritikk. Endring av opplegget i tråd med tilbakemeldingene hjalp ikke. Felleskurset fikk dårlige evalueringer gjennom alle de 9 årene det eksisterte. Til tross for dette var både studenter og tidligere deltakere overbevist om at Felleskurset var viktig, at samarbeid kan læres og at det må skje i grunnutdanningen.

Svaret på den andre problemstillingen er at det pasientrettete arbeidet i helsetjenesten var preget av arbeidsdeling og nødvendig, konstruktivt samarbeid på tvers av profesjongrensener. Forestillingen om profesjonsbarrierer var imidlertid levende, også hos helsepersonell, til tross for at de ikke hadde opplevd det i egen arbeidssituasjon. Samtidig *var* det betydelige samarbeidsproblemer - mellom enhetene i “feltavdelingen” min på sykehuset, og mellom

hjemmetjenesten og sykestua i kommunen. Her var det ofte mangel på forståelse og brist i kommunikasjonen mellom helsepersonell fra samme profesjon - men på hver sin side av de organisatoriske grensene.

Materialet i avhandlingen gir entydige svar på problemstillingene – men begge svarene rommer tvetydigheter. I forhold til Felleskurset kom den til uttrykk i en unison tilslutning til ideologien eller “tanken bak”, og en like unison avvisning av “nytteeffekten”. I helsetjenesten var tvetydigheten knyttet til forestillingen om profesjonsbarrierer. Den var der som departemental begrunnelse for fellesundervisning som skulle forberede helsefagstudenter til arbeid i en helsetjeneste preget av tverrprofesjonelt samarbeid. Og, den var der hos helsepersonell som selv aldri hadde opplevd samarbeidsproblemer over profesjongrensene.

Avhandlingens funn søkes forstått i lys av meningsorienterte sosialantropologiske perspektiv og ved hjelp av kontekstskapende perspektiver fra offentlige helsedokumenter, helsetjenesteforskning og profesjonssosiologi. Gjennom arbeidet med den helsepolitiske kontekstualiseringen ble nye tvetydigheter aktualisert. Den mest iøynefallende er den mellom helsepolitiske idealer og mål på den ene siden, og virkemidlene som skal realisere disse, på den andre.

# Innhold

---

Kapittel 1 .....	1
INNLEDNING .....	1
1.1 Avhandlingens fokus .....	2
1.2 ”Felles undervisning for ulike helsefagutdanninger. Prøveordning i Tromsø” .....	4
Nye takter i helsepolitikken.....	4
Utdanningspolitikk utfordrer fagforeningspolitikk .....	5
Felleskurset i Tromsø – utdanningspolitikk fordekt som helsepolitikk? .....	6
”Unødvendig mye tid med lite utbytte” .....	7
1.3 Fra aktør i feltet til forsker på feltet.....	8
Aktørposisjonene mine.....	9
Forskerrollen .....	10
Avhandlingens oppbygging.....	11
1.4 Samarbeid i helsetjenesten – de første inntrykkene.....	11
Sykehuset .....	12
Kommunehelsetjenesten.....	13
1.5 Samarbeidsbarrierer – antakelser eller kunnskap? .....	15
1.6 Endelig problemstilling formet i samspill med empirien .....	18
Rammen for problemstillingen: helseprofesjonene og velferdsstaten .....	19
1.7 Det fortolkende kulturbegrepet som analytisk rammeverk. ....	20
Kapittel 2 .....	24
KUNNSKAP OG MAKT – HELSETJENESTE OG PROFESJONER .....	24
2.1 Norsk styringsideologi og medisins logikk .....	24
2.2 Velferdsstaten og profesjonene .....	27
2.3 Profesjonssosiologiske perspektiver.....	29
På trekkene skal profesjoner kjennes. ....	30
Et system av profesjoner. ....	33
Profesjonssosiologiens meningsdannende funksjon .....	34
2.4 Noen hovedtrekk ved norsk helsetjeneste .....	35
Effektivitet og pasientfokus .....	36
Kritikk av reformene .....	38
Omsorg i en markedsstyrt tid .....	39
Tillit som innsatsfaktor og forutsetning .....	42
Reformer på faglighet og helse løs.....	43
Kunnskap i helsetjenesten – et evidensbasert kunnskapsideal.....	44
Refleksjon over utviklingstrekkene i norsk helsevesen .....	45
2.5 En fortelling om profesjonspolitiske maktspill .....	47
Handlingsforløp med forviklinger.....	47
Argumentasjon og virkelighetsoppfatning .....	48
Ny runde med skjerpete argumenter og aksjoner .....	49
Refleksjoner .....	51
Pasienten som argument.....	53
Hva skjedde videre? .....	55
Kapittel 3 .....	57
UTDANNING I SAMSVAR MED HELSEPOLITISKE PRIORITERINGER.....	57
3.1 ”Utdanning som fremmer samarbeid og helhetssyn” .....	57
3.2 Tromsø tar utfordringen.....	58
Utredningen.....	60

Utvalgets innstilling – mars 1990.....	61
Reaksjoner på innstillingen .....	62
Planleggingen av det første Felleskurset .....	63
Høyt tempo og stor enighet .....	64
3.3 Felles introduksjon til helsevesenets oppgaver og utfordringer .....	66
Mål .....	66
Pedagogisk opplegg og organisering.....	66
3.4 Evaluering av Felleskurset.....	67
Studentenes evalueringsrapport.....	68
Veiledernes evalueringsrapport.....	69
Andre tilbakemeldinger.....	70
Tiljubling og kritikk .....	71
3.5 Resultatet av den eksterne evalueringen.....	72
Vurdering av planleggingsprosessen.....	72
Vurdering av gjennomføringen .....	73
3.6 Felleskursets tvetydighet .....	74
Ideologi – politikk – fag - menneske.....	76
3.7 Refleksjoner fra aktørperspektiv .....	78
Handlingslammelse .....	78
Engasjement .....	79
Erkjennelse .....	80
Kapittel 4 .....	82
FELLESKURSET - RETROSPEKTIVT.....	82
4.1 Felleskurset i lys av erfaringer fra arbeid i helsetjenesten.....	83
Fokusgruppe 08.06.05 – ergoterapeut, fysioterapeut og lege.....	83
Fokusgruppe 20.06.05 – ergoterapeut, to fysioterapeuter, to sykepleiere.....	84
Fokusgruppe 05.09.05 – bioingeniør, ergoterapeut, lege og sykepleier .....	85
Fokusgruppe 17.11.05 – kommunen: ergoterapeut, lege, sykepleier to fysioterapeuter..	86
Oppsummerende refleksjoner .....	87
4.2 Kan samarbeid læres?.....	87
Fra fokusgruppene.....	88
Fra individuelle samtaler og e-postmeldinger .....	89
4.3 Enighet og inkonsistens .....	91
4.4 Opplevelser og forventninger i krysspress .....	93
Tidsperspektiv .....	93
Hva var hensikten? .....	94
Fag og faglighet.....	94
Dårlig rykte .....	95
4.5 Hensikten med felleskurset – i tilbakeblikkets klarhet .....	95
”Felles bakgrunn for å være helsearbeider” .....	96
”Generell trening i kommunikasjon, samarbeid” .....	98
4.6 Død over Felleskurset – leve samarbeidslæringen .....	100
Ideen om at samarbeidskompetanse må læres i flerfaglig fellesskap.....	101
Ideen om felles helsefaglige bakgrunn / identitet.....	101
Ideen om at tverrfaglig pasientrettet samarbeid kan læres ved hjelp av ”tørrtrening” ..	102
4.7 Oppsummerende refleksjoner.....	102
Kapittel 5 .....	105
Å FORSTÅ TVETYDIGHET – DET FORTOLKENDE KULTURBEGREPET SOM	
ANALYTISK PERSPEKTIV .....	105
5.1 Meningsaspektet ved handling .....	106



Dagliglivets virkelighet .....	108
Vitenskapelig virkelighet .....	110
Kontekst og mening .....	111
5.2 Felleskurset i et meningsorientert kulturperspektiv .....	112
Felleskurset “from the actors’ point of view” .....	113
Felleskurset som praksis.....	114
Felleskurset som ideologi.....	115
Tvetydighetens janusansikt - oppsummerende refleksjoner .....	117
5.3 Felleskursets ide – kulturell symbolikk? .....	119
Oppsummerende og utdypende symboler .....	120
Felleskurset som oppsummerende og ”hellig” symbol .....	120
5.4 Felleskursets praksis – mellom symboler og grupper .....	122
Kulturelle nettverk og sosiale grupper .....	122
Douglas’ grid-group-modell.....	123
Felleskurset i grid-group-perspektiv .....	125
5.5 Felleskurset som et tvetydig symbol?.....	127
Symbol og prosess.....	127
”Betwixt and Between” .....	129
Felleskurset – et liminalt fenomen? .....	130
Fra mislykket intermeso til nyorienterende mulighetssituasjon? .....	133
Kapittel 6 .....	136
<b>SYNLIGHET OG SANNSYNLIGGJØRING – FORSKNINGSSTRATEGISKE</b>	
<b>REFLEKSJONER .....</b>	<b>136</b>
6.1 Ubehagelige møter i døren .....	136
6.2 Representasjon – troverdighet .....	138
Etnografi.....	139
Litterære sjangre og forfatterposisjoner .....	140
Autoetnografi .....	143
Subjekt–objekt posisjoner og tolkning .....	145
Sannhet – ståsted – fakta .....	149
6.3 Metoderefleksjoner .....	151
Skriftlige kilder .....	151
Fokusgruppesamtaler som antropologisk metode .....	152
Feltarbeid – observasjon av samhandling i helsetjenesten.....	153
Tilbakeføring .....	156
Samlet blikk på de metodiske tilnærmingene .....	158
6.4 På vei inn i feltet – noen etiske refleksjoner.....	159
Første møte med feltfolket på sykehuset.....	160
Kapittel 7 .....	163
<b>SAMARBEID I SYKEHUSET .....</b>	<b>163</b>
7.1 Sykehus og Avdeling .....	163
Avdelingen .....	164
Mellom rutiner og ad hoc .....	165
Sengeposten.....	166
Elektiv enhet.....	168
Overvåkningsenheten - OVE .....	170
UBE - undersøkelses- og behandlingssenheten. ....	173
7.2 Den ellefte pasienten.....	175
7.3 Sykepleiere og leger .....	177
Sykepleiere .....	177

Legene .....	179
Arenaer for samarbeid mellom leger og sykepleiere.....	181
7.4 Parallellitet.....	183
7.5 Gråsoner.....	187
7.6 Pasienten .....	191
7.7 Formende strukturer .....	193
7.8 Samarbeid og barrierer – myter og erkjennelser .....	195
Samarbeidets med- og motkrefter .....	195
Barrierer - men ikke som forventet .....	197
Kapitel 8 .....	201
<b>SAMARBEID I KOMMUNEHELSESTJENESTEN.....</b>	<b>201</b>
8.1 Helsetjenester i en liten kystkommune .....	201
Mål og rammer .....	201
Sykehjemmet – rutiner og knapphet.....	203
Hjemmetjenesten - på brukernes premisser ... og statens.....	208
8.2 Mangetydig pasient / bruker fokus .....	213
Idealer og realiteter.....	213
Ulike perspektiv .....	215
8.3 Arbeidsdeling og samarbeid i kommunehelsetjenesten.....	216
Sykepleier – hjelpepleier/omsorgsarbeider .....	216
Pleiere - lege.....	218
Sykestua - hjemmetjenesten .....	221
8.4 Grense for samarbeid.....	226
Ja, tenke det; ønske det; ville det med; – men gjøre det.....	226
Mytespunnet grensegang.....	227
8.5 Samarbeid klemmt mellom system og individ .....	229
8.6 Refleksjoner over empirien fra helsetjenesten.....	231
Kapitel 9 .....	233
<b>SAMARBEID I HELSETJENESTEN I SYMBOLANTROPOLOGISK PERSPEKTIV ....</b>	<b>233</b>
9.1 Samarbeidets muligheter og grenser.....	233
Samarbeid mellom helsepersonellgrupper .....	234
Samarbeidshindre mellom enhetene.....	239
9.2 Metaforer og bokstavelighet i norsk helsetjeneste .....	244
Metaforen som ble bokstavelig .....	245
Prosedyrer – felles og differensierende symbol .....	246
Helsetjenestens rotmetaforer / nøkkelsymboler .....	248
DRG-systemet .....	249
Pasienten.....	251
9.3 Samarbeidets koordinater .....	254
Parallellitet og samarbeid .....	255
Forholdet innad i og mellom enhetene .....	258
Fagforening i grid-group-perspektiv .....	259
Grid-group-perspektivet oppsummert .....	261
Kapitel 10 .....	263
<b>TVETYDIGHET OG REGJERINGSMENTALITET .....</b>	<b>263</b>
Økonomi og pasienter .....	264
Tvetydighetens mange ansikter .....	268
Tvetydigheter i et reformert helsevesen .....	270
Regjeringsmentalitet.....	270
Tvetydighet – et spørsmål om kontekst.....	273

Tvetydighet – en styringspolitisk nødvendighet?.....	275
REFERANSER .....	277

VEDLEGG .....	I
Vedlegg 1 .....	I
Vedlegg 2 .....	VII
Vedlegg 3 .....	XVII



## Kapittel 1

### INNLEDNING

Det er mandag 17. august 1992. På Universitetet i Tromsø er det store auditoriet i Medisin-Helsefag (MH)-bygget i ferd med å fylles. Det er første studiedag for 217 studenter fra åtte forskjellige utdanninger: bioingeniør-, ergoterapeut-, farmasøyt-, fysioterapeut-, lege-, psykolog-, radiograf- og sykepleierutdanningen. Studentene samles, ikke bare for å markere starten på et nytt studieår. De skal også være med å realisere en helsepolitisk ide om felles undervisningsopplegg for ulike helsefaglige studier.

Rammen rundt dette første møtet mellom studenter, Høgskolen i Tromsø og Universitet i Tromsø er en blanding av formell velkomst av de to rektorene, kunstneriske innslag og praktisk orientering. De kunstneriske innslagene er delvis skreddersydd for anledningen: En teaterkabaret med tittelen ”I godt selskap” og allsang om ”Helse-glasnost”, skrevet av professor i medisin Erik Wist:

Det fins eit åpent sår fra ei vond og bitter strid  
Som stadig volde smerta når man strør salt ned.  
Kvær helseprofesjon gir kraft og kondisjon  
Te kampen for sin egen posisjon  
Og aille syns de andre ikkje vil forstå  
at ein sjøl e mest nødvendig.  
De andre heilt elendig! Man kjeinne ein ubendig  
trang til å spytte, klore, slå.

Syns du at de e like? Det er nok bare utenpå!  
Å vifte med det kvite flagg betyr at man vil ha fred  
Å ta på sæ den kvite frakk har ikkje præg av det!  
I kampen for å tjene de syke i vårt land  
man dyrke gamle feider og bruke trolldomsseider  
på dæm som samarbeider  
og hævne tainn for tainn.  
Og du kan saktens spørre: kor finnes vætt og god  
forstand?

Slik kan man tægne bilda. Men det er bilda fra i går.  
Her ute nord på øya har vi helse-glasnost-år.  
Her knyttes nye bånd i samarbeidets ånd  
Te sammen kan vi bære mange tonn!!

Rektorene er også i samarbeidsmodus. De står sammen bak talerstolen og fremfører en slags felles tale - dels i kor, dels vekselvis – som møtes med spontan applaus fra salen. Rektorene understreker at studentene er med på en historisk begivenhet. I dag virkeliggjøres en helsepolitisk visjon. Endelig skal utdanningsinstitusjonene ta konsekvensen av at helsetjeneste er lagarbeid, og tilrettelegge for utvikling av samarbeidskompetanse. De er tydelig stolte og entusiastiske over at det er Tromsø regjeringen har utvalgt til å ta det første skrittet på veien mot en ny og bedre helsepersonellutdanning. Talen avsluttes med håp om at den fellesundervisningen som studentene skal være med på vil legge grunnlag for godt profesjonssamarbeid etter endt utdanning.

Denne ”historiske begivenheten” representerer både en begynnelse og en fullbyrdelse. Begynnelsen på et nytt felles undervisningsopplegg for studenter ved helsepersonell-utdanningene i Tromsø, senere referert til som Felleskurset. Fullbyrdelsen av en helse- og utdanningspolitisk ide.

Til tross for gode intensjoner ble Felleskurset ingen suksess, i et kortsiktig perspektiv. Gjennom åtte år var det gjenstand for evalueringer og endringer, kritikk og omlegginger – og til slutt nedlegging. Hva med det mer langsiktige perspektivet? Har Felleskurset bidratt til bedre samarbeid i helsetjenesten? Har studentene som gjennomførte det blitt bedre samarbeidspartnere? Disse spørsmålene er utgangspunkt for avhandlingens tema: samarbeid i helsetjenester og samarbeidslæring i helsepersonellutdanning. I dette kapitlet vil jeg først plassere ideen om samarbeidslæring i en utdannings- og helsepolitisk kontekst og vise noen glimt fra feltarbeidene i helsetjenesten, som grunnlag for prosjektets problemstillinger. Jeg vil også gjøre rede for min egen rolle, først som aktør i det utdanningspolitiske feltet, senere som forsker.

## **1.1 Avhandlingens fokus**

Avhandlingens empiri er hentet fra to samhandlingsfelt. Empirien fra det første feltet har to kilder. Den ene er tekstanalyser av de helsepolitiske prioriteringene og prosessene som ledet frem til Felleskurset som ble gitt fra 1992 til 2000, samt planleggingen og evalueringen av det første kurset. Den andre datakilden er deltakeres vurdering av nytteverdien, formidlet i fokusgruppe-diskusjoner i 2005, altså 5 -12 år etter at de tok kurset. Utgangspunkt for kurset var en hypotese om ’samarbeidsbarrierer’ mellom profesjonene, slik den var formulert i sentrale helsepolitiske dokumenter. I de samme dokumentene fremmes ’samarbeidslæring’ som virkemiddel for å bryte ned barrierene. I Tromsø ble dette realisert i form av Felleskurset.

Det andre feltet er helsetjenesten. Empirien herfra er basert på deltakende observasjon av samarbeidsrelasjoner på et større sykehus og i kommunehelsetjenesten i en liten kommune, og intervju med helsepersonellet her. Formålet med disse feltstudiene, som ble gjennomført i 2004 og 2005, var å dokumentere konkrete samarbeidssituasjoner for å få mer innsikt i ’barrierene’ som hindret samarbeid. Funnene herfra danner bakteppe for fokusgruppeundersøkelsen om “virkningen” av Felleskurset.

Profesjonsbarrierer er vanskelig å observere. Hvordan registrere samarbeid som ikke er der? Barrierene uttrykkes tydeligst som antakelser eller påstander. Derfor ble prosjektets empiriske

fokus på 'ikke-samarbeidets' positive motstykke – samarbeidet: De overordnede spørsmålene har vært:

*Hvordan samarbeider helsepersonell i dagens helsetjeneste?*

*Hvilke barrierer hindrer dem i å samarbeide?*

*Hvordan bidro Felleskurset i Tromsø til utvikling av samarbeidskompetanse?*

For å forgripe noe av konklusjonen: De empiriske funnene i avhandlingen svekker antakelsen om at samarbeidsbarrierer mellom profesjoner utgjør et problem i det daglige arbeidet i helsetjenesten. Arbeidsdagen i kommunehelsetjenesten og på sykehuset var preget av samarbeidets nødvendighet, og stor vilje til samarbeid over profesjonsgrensene. Samtidig var det betydelige samarbeidsproblemer i feltet. Disse refererte seg i hovedsak til strukturelle forhold. Det vil si at det var i møtet mellom forskjellige organisatoriske enheter i helsetjenesten at samarbeidsbarrierene viste seg. Her hadde helsepersonell – gjerne med samme yrkesbakgrunn – problemer med å ”snakke samme språk” og finne gode løsninger sammen. Samtidig holdt helsepersonellet selv fast ved forestilling om profesjonsbarrierer, men uten å ha opplevd dem i egen arbeidssituasjon. Den retrospektive analysen av Felleskurset viser entydig at studentene hadde liten nytte av det i yrkesutøvelsen sin. At de nå samarbeider godt i det daglige - på tvers av profesjonsgrensene - ville de ikke på noen måte tilskrive Felleskurset. Samtidig mente de at mer samarbeidslæring i utdanningene bør være et mål.

Empirien fra begge feltstudiene var med andre ord på den ene siden klar og entydig, på den andre paradoksal og tvetydig. Dette har representert utfordringer både formidlingsmessig og analytisk. Men den tvetydigheten jeg til å begynne med opplevde som et brysomt biprodukt, viste seg å bli et gjennomgående empirisk funn med et interessant analytisk potensiale. Derfor har jeg valgt å bruke begrepet ”tvetydighet” i tittelen på avhandlingen. Prosjektet mitt er ikke så mye en organisasjonsteoretisk eller profesjonssosiologisk studie, som en analyse av kulturelle forutsetninger som skaper og vedlikeholder ideer om samarbeid til dels uavhengig av empiriske realiteter. Jeg har valgt å se på ”samarbeid” som symbol for sentrale verdier. Senere i kapitlet gis en skisse av det meningsorienterte kulturperspektivet, som analytisk tilnærming for å prøve å forstå samarbeid - som praksis og symbol – i helsetjenesten. Men først litt om den helse- og utdanningspolitiske konteksten Felleskurset i Tromsø kan plasseres i.

## **1.2 "Felles undervisning for ulike helsefagutdanninger. Prøveordning i Tromsø"**

Dette er tittelen på avsnitt 12.6.3. i St.meld.nr.41 (1987-88) *Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan*, som var den direkte foranledningen til det som skjedde i august 1992. Meldingen foreslår en prøveordning i Tromsø som skal skape "utdanning i samsvar med helsepolitiske prioriteringer" (12.6.1) og "utdanning som fremmer samarbeid og helhetssyn" (12.6.2). Helseutdanningsmiljøet i Tromsø tok teksten på ordet, og utviklet det som ble fremstilt som en ny helse- og utdanningspolitisk satsing. Men hvor ny var egentlig denne ideen? For å kunne svare på det må vi utvide perspektivet. Trekke noen helse- og utdanningspolitiske linjer bakover. Jeg starter med helsepolitikken.<sup>1</sup>

### **Nye takter i helsepolitikken**

På 1970-tallet startet en forskyvning av tyngdepunktet i norsk helsetjeneste fra sykehus til primærhelsetjeneste. St.meld.nr.85 (1970-71) *Om helsetjenesten utenfor sykehus*, lanserer prinsippet om den såkalte "behandlingskjede". Den skulle materialisere seg i en desentralisert primærhelsetjeneste med etablering av helse- og sosialsentre rundt om i landet, hvor ulike helseprofesjoner skulle samarbeide om tjenestetilbud. I arbeidet med innstillingen til meldingen hadde sosialkomiteen møter med representanter fra fagforeningene til aktuelle helsepersonellgrupper. Behovet for tverrfaglig samarbeid mellom yrkesgruppene ble vektlagt (Innst. S.nr.236 (1972-73)). I 1973 kom de første helse- og sosialsentrene i drift i Tromsø og på Stovner, og det virker som om samarbeid mellom ulike helseprofesjoner ble vanligere<sup>2</sup> (Bilhaug og Bruusgaard 1974, Sønneland og Aartun 1974, Finset 1974). I 1982 hevder *Helseplan for 1980-åra* (Grundt m.fl. 1982) "at en rekke av de problemer som i dag finner sin nødløsning på sykehus eller ved poliklinikker kan finne bedre og rimeligere løsninger i distriktshelsetjenesten" (ibid: 118). Samme år kom "Lov om helsetjenesten i kommunene" (Lov-1982-11-19-66) som etablerte kommunehelsetjenesten som bærebjelke i norsk helsevesen. Ut fra dokumentene som omhandler denne omleggingen av helsetjenesten, ser det ut til å være relativt kort avstand mellom ord og handling. St.meld. 85 kom i 1971, året etter var de første helse- og sosialsentrene i drift, og rundt dette vokste det frem en interesse for

---

<sup>1</sup> Her tar jeg bare med de poengene som gir grunnlag for å vurdere Felleskurset som helse- og utdanningspolitisk tiltak. I Kapittel 2.4 presenterer jeg utviklingen i norsk helsetjeneste noe grundigere.

<sup>2</sup> Det er interessant å registrere at det i et fagblad som "Fysioterapeuten" i 1973-74 begynner å komme artikler om samarbeid mellom fysioterapeuter og andre yrkesgrupper ulike steder i praksisfeltet. Et referat fra et tverrfaglig seminar innledes på følgende måte: "En voksende erkjennelse av behovet for samarbeid mellom yrkesgruppene i helsetjenesten har gitt seg konkret utslag i et seminar som ble avholdt på Røros i mai i år" (Finset 1974: 223).



tverrfaglig samarbeid blant fagpersonell. Ti år etter kom loven som fastslår den nye todelte strukturen i norsk helsevesen.

### **Utdanningspolitikk utfordrer fagforeningspolitikk**

På utdanningssiden startet også prosessen tidlig på 1970-tallet - med Bjørnson-komiteens innstilling (NOU 1972: 23) *Utdanning av sosial- og helsepersonell*. Her blir det bl.a. foreslått at utdanning av pleie- og behandlingpersonell bør foregå ved felles helse- og sosialskoler. Et flertall gikk inn for at utdanningene skulle få et mer ensartet opplegg. Komiteen foreslo et enhetlig førstetrinn over ½ til 1 år slik at studentene ikke trengte å velge yrkesspesifikk yrkesutdanning før det var gjennomført. Dette ble det rabalder av. Alle de helsefaglige yrkesorganisasjonene som ble berørt av forslagene gjorde felles sak og gikk på barrikadene – til kamp mot innstillingen. Fire år etter kom St.meld.nr.13 (1976-77) *Om organiseringen av den fremtidige utdanningen av sosial- og helsepersonell*. Den fulgte opp forslagene fra Bjørnsonkomiteen. Samarbeidsgruppen av fagorganisasjoner samlet seg igjen til protest. Men, selv om de hevdet at ”at grunnleggende synspunkter fra de berørte yrkesgrupper suverent er tilsidesatt” (Samarbeidsgruppen mellom fagorganisasjonene 1977:410), fikk de medhold på et viktig punkt: I innstillingen som ”den forsterkede kirke- og undervisningskomité” leverte til Stortinget samme år, S.nr.300 (1976-77), går flertallet inn for at helse- og sosialutdanningene fortsatt skal bestå som egne utdanninger i ”egne skoler for hver yrkesgruppe på høyskolenivå”. Dette ble også det endelige vedtaket da saken ble behandlet i Stortinget.

På midten av 1980-tallet kom to meldinger om høgre utdanning, St.meld.nr.66 (1984-85) og St.meld.nr.19 (1986-87). Disse rørte ikke ved vedtaket fra 1977, men beredte grunnen for det som skulle komme: I NOU 1988: 28 *Med viten og vilje* - legges grunnlaget for universitets- og høgskolereformen som fremmes i St.meld.nr.40 (1990-91) *Fra visjon til virke. Om høgre utdanning*. Her presenteres visjonen om et norgesnett for samarbeid og arbeidsdeling innen høyere utdanning og forskning, bl.a. realisert ved sammenslåing av profesjonshøgskoler til store flerfaglige regionale høgskoler.

I dette tilbakeskuende perspektivet stilner noe av den nyskapende susen over det som skjedde i Tromsø den 17. august 1992. Sett fra helseutdanningenes side representerte det fortsatt noe nytt - et brudd på lange tradisjoner med mer eller mindre vanntette skott mellom utdanningene. I et utdanningspolitisk perspektiv kan det derimot ses som uttrykk for kontinuitet, resultat av mer enn tjue års politisk argumentasjon for å føre helsepersonell-utdanningene sammen. Den politiske viljen var tydeligvis stor hele veien, men det samme var

de fagpolitiske motkreftene. Gjennom et vedvarende 5-årig samarbeid sto fagforeningene sammen i kampen for det de mente var en akseptabel utdanningsstandard, overbevist om at den best ble ivaretatt gjennom fagspesifikke utdanningsløp. Samtidig ble helsetjenesten omorganisert på måter som stimulerte til samarbeid mellom yrkesgruppene.

### **Felleskurset i Tromsø – utdanningspolitikk fordekt som helsepolitikk?**

I et mer langsiktig perspektiv ser vi altså dimensjoner som både gir nytt meningsinnhold til samarbeidsbegrepet og ny innsikt i departementets strategi for etablering av fellesundervisning for helsepersonell. Det avgjørende grepet ble kanskje forskyvningen av saken fra den utdanningspolitiske- til den helsepolitiske arenaen. Presentasjonen av forslaget om fellesundervisning som tiltak for ”bedre kvalitet i helsetjenesten” ga helseprofesjonene tydeligvis andre konnotasjoner enn ”samordning av utdanning”. Ved denne vrien traff departementet en positivt ladet streng hos helsefagutdannere og studenter, og fagforeningene så ingen grunn til å protestere.

Det kan altså se ut som om norsk helsepersonellutdanningspolitikk kunne innkassere en aldri så liten seier gjennom det som skjedde i Tromsø. Ut fra stemningen som preget ”den historiske begivenheten” i 1992, virker det som om utdanningsmiljøet i Tromsø delte regjeringens forventninger om at dette skulle representere begynnelsen på en ny og mer samarbeidsfokusert æra for norsk helsepersonellutdanning. Ble det slik? På nasjonalt plan bidro Stortingsmelding 40 (1990-91) *Om høgre utdanning*, til større fokus på samordning innen helsepersonellutdanningene, slik St.meld. nr. 41 (1987-88) la opp til. Det ble bl.a. opprettet et felles rådgivende organ for Utdannings- og forskningsdepartementet i saker som angikk helse- og sosialutdanning – Rådet for høgre utdanning i helse- og sosialfag (RHHS). En av sakene rådet fremmet (1993) var forslag om en felles innholdsdel på 10 vekttall/30 studiepoeng for alle grunnutdanningene det hadde ansvar for<sup>3</sup>. Intensjonen var å gi en formell ramme for fellesundervisning. Det var opp til den enkelte institusjon å bestemme organisering og innpassing. Flere høyskoler benyttet anledningen til å prøve felles undervisningsopplegg. På det lokale plan – i Tromsø – ble fellesundervisningen mellom helsepersonellutdanningene på universitetet og høyskolen en flaggsak. Men, som denne avhandlingen viser, ingen suksesshistorie.

---

<sup>3</sup> For bioingeniør- og tannpleierutdanningen ble omfanget halvert.

## ”Unødvendig mye tid med lite utbytte”

Slik karakteriserte en lege Felleskurset som han gjennomførte som student for 10 år siden. Han var ikke den eneste. En ergoterapeut vurderte det slik: *Argumentet var at vi skulle øve oss på å jobbe tverrfaglig, men jeg er nå litt usikker på effekten av det. Det må jeg si. En sykepleier spurte seg selv - og andre - både underveis og i ettertid: Hva var hensikten? Hvorfor skulle vi gjøre det? Mens en fysioterapeut sa: Jeg har ikke tenkt så mye på felleskurset, men jeg har ikke tenkt så mye negativt heller. Jeg har bare tenkt at jeg ikke har hatt bruk for det - har ikke utnyttet det etterpå.*

Dette er nedslående tilbakemeldinger. Det verste er at de, i følge mitt materiale,<sup>4</sup> er særdeles representative for deltakernes opplevelse av Felleskurset - retrospektivt. Enhver utdanner som har lagt ned mye faglig og pedagogisk tenkning i et kurs, vil i møte med denne type tilbakemelding sannsynligvis lure på hva som gikk galt. For Felleskurset - et prestisjefyllt utdanningsprosjekt med nasjonale overtoner, to overordnede styringsorgan, egen styringsgruppe, eget institusjonsovergripende råd for undervisningssamarbeid, egen prosjektgruppe med til sammen seksten medlemmer, egen prosjektleder, og deltakelse av i alt 217 studenter og 27 veiledere fra åtte utdanninger i den første gjennomføringen – kan resultatet fortone seg katastrofalt. Men – hvorfor gikk det så lang tid før denne tvilsomme ”effekten” ble kjent? Det måtte da vært mulig å få tilbakemeldinger underveis som kunne endret opplegget.

Det manglet ikke på det. Felleskurset ble helt fra starten av gjennom-evaluert av studenter og veiledere. I tillegg ble det gjort ekstern evaluering av planleggingsprosessen og den første gjennomføringen.<sup>5</sup> Kom det ikke her noen signaler om at kurset ikke fungerte etter hensikten? Jo kanskje, spesielt i etterpåklokskapens klare lys. Men det var flere grunner til at de mer langsiktige virkningene – eller mangel på sådanne – ikke kunne forutses. For det første var evalueringene underveis rettet inn mot den konkrete gjennomføringen av de enkelte års Felleskurs. Studenter og veiledere ble bedt om å svare på hvordan formål, læringsmål, organisering, faglig innhold, pedagogisk tilnærming og evaluering ble realisert i kurset. For det andre - førstesemestersstudenters vurdering av måloppnåelse har en meget begrenset referanseramme: Opplevelse av umiddelbart utbytte i forhold til egne studieforventninger. For det tredje – og i forlengelse av punkt to – de kjente ikke eget fag godt nok til å vite hvor

---

<sup>4</sup> I kapittel 4 presenterer jeg dette materialet, og i kapittel 5 analyserer jeg det.

<sup>5</sup> Kapittel 3 gis en detaljert beskrivelse av planlegging og evaluering av Felleskurset

relevant den kompetansen de eventuelt satt igjen med etter Felleskurset ville være for fremtidig yrkesutøvelse. Derfor var det en utbredt oppfatning blant de som var involvert i kurset, at den *egentlige* evalueringen først kunne gjøres etter at studentene hadde erfaring fra yrkeslivet.

De innledende sitatene fra tidligere studenter kan tolkes som uttrykk for en relativt stor diskrepans mellom de krav til samarbeid helsepersonell møter i feltet, og Felleskursets kompetanseprofil. Hvis det er tilfelle, har alle institusjoner som utdanner helsepersonell en realitetsorienterende jobb å gjøre. Helsepersonellens tilbakemelding om Felleskurset åpner for en hel rekke spørsmål om hvordan samarbeid best kan læres: Hvilke faglige forutsetninger bør være tilstede for å lære samarbeid? Hvilke pedagogiske metoder egner seg best? Har det noe å si hvor i studiet fellesundervisning plasseres? Hva var det som gikk galt i overføringen av helsepolitisk ideologi til helsefaglig utdanningshverdag? Løfter vi blikket øyner vi mer dyptgående spørsmål som: Hva er samarbeid? Kan samarbeid læres? På hvilket grunnlag bygget regjeringen sin forestilling om at økt samarbeid mellom helsepersonell kan bedre kvaliteten i helsetjenesten? Hvilke mangler var det ved den måten helsepersonell samarbeidet på som kunne rettferdiggjøre en så stor utdanningspolitisk satsing? Disse spørsmålene har vært sentrale drivkrefter for datainnsamling og analyser i denne avhandlingen. Før jeg presenterer avhandlingens andre tema om samarbeidsrelasjoner i helsetjenesten, har jeg behov for å plassere meg selv i forhold til Felleskurset.

### **1.3 Fra aktør i feltet til forsker på feltet**

Avhandlingens empiri spenner over en periode fra 1988 til november 2005. I første del av denne perioden arbeidet jeg med utdanning av helsepersonell i Tromsø, i siste del var jeg stipendiat og arbeidet med avhandlingens prosjekt. I kjølvannet av postmodernistiske og narrative strømninger er det skrevet mye om hvordan forskere kan bruke seg selv og egne opplevelser i forskningen sin. "Autoethnography" og "reflexive researcher" er begreper som gjerne brukes om denne tradisjonen (Ellis 2004, 2009, Etherington 2004, Davies og Gannon 2006).<sup>6</sup> Intensjonen er å utvide og nyansere grunnlaget for forståelse gjennom meningssøkende og meningsutdypende kritisk refleksjon over egen rolle i forskningsarbeidet. Disse perspektivene var fjernt fra meg da jeg startet prosjektet. Riktignok er jeg grunnfestet i en sosialantropologisk forskningstradisjon hvor forskeren selv er sitt viktigste "forskningsinstrument". Men da i forhold til forskning på andre mennesker og kulturer. I

---

<sup>6</sup> Jeg henter opp igjen disse perspektivene i kapittel 6.2

denne avhandlingen er det annerledes. Her vil jeg i noen kapitler befinne meg på begge sider av grensegangen forsker – utforsket.

## **Aktørposisjonene mine**

Da Stortingsmelding 41 – Nasjonal helseplan - kom i 1988, var jeg nettopp tilsatt som leder for den nyetablerte Fysioterapeututdanningen i Tromsø. Sammen med ledere for de andre helsefaglige grunnutdanningene<sup>7</sup> ble jeg oppnevnt som medlem i det utvalget som Høgskolestyret i Troms og styret ved Universitetet i Tromsø (UiTø) nedsatte for å utrede mulighetene for å få i gang fellesundervisning, i tråd med Meldingens forslag. I et møte 10.05.89 hvor utvalget bl.a. skulle diskutere målet med prosjektet, ble alle medlemmene oppfordret til å komme med sine tanker for arbeidet. Jeg sa bl.a. følgende:

*Vi må ha en visjon om at det lar seg gjøre. Vi må legge vekt på samarbeid som verdi – og holdningsskapende læring. Det er viktig at vi får kjennskap til hverandre og får bryne oss på hverandre. Rasjonalisering av undervisning må ikke bli hoveddrivkraften. Det blir viktig å ta utgangspunkt i likheter og særtrekk ved de aktuelle utdanningene for å finne fram til en felles forståelse som grunnlag for samarbeid. Vi må komme med realistiske forslag i forhold til ideologi og kultur i de aktuelle utdanningene. (Arkivet: Referat - Helseutdanningsutvalgets møte 10.05.89)*

Senere, som valgt rektor ved Tromsø helsefaghøgskole (THH) og dekan ved Avdeling for helsefag (AFH) ved Høgskolen i Tromsø (HiTø)<sup>8</sup>, hadde jeg, sammen med dekan på Fagområdet medisin<sup>9</sup> det faglige lederansvaret for Felleskurset.

I likhet med de andre i utredningsutvalget lot jeg meg lett overbevise av departementets argumenter om behovet for fellesundervisning: ”Helsetjeneste er lagarbeid. Dersom ikke målet er felles, og dersom en ikke yrkesgruppene imellom forstår hverandres språk, har en små muligheter til å fungere sammen. Lagarbeid krever trening. Og den bør starte under utdanningen” (St.meld.nr. 41 (1987-88):106). Sammen med rektor på Universitetet i Tromsø holdt jeg den engasjerte talen ved oppstarten av det første Felleskurset:

*Dette er en historisk begivenhet ... For første gang skal studenter fra alle de store helsefagutdanningene ha felles undervisningsopplegg. På mange måter er det en helsepolitisk visjon som virkeliggjøres. ... Gjennom fellesskapet i MH-bygget og felles introduksjonskurs håper vi grunnlaget er lagt for et godt profesjonssamarbeid etter endt utdanning. Opplegget her i Tromsø har derfor stor nasjonal interesse (egne notater).*

Troen på viktigheten av å være med å dra i gang denne nasjonale satsingen var ekte og entusiastisk. Deltakelsen min i realiseringen av opplegget var som bakkspiller. Den første tiden

---

<sup>7</sup> Det vil si rektor for sykepleierhøgskolen og rektor for bioingeniør- og radiografhøgskolen og representanter fra medisinerutdanningen.

<sup>8</sup> I 1994 ble Tromsø helsefaghøgskole slått sammen med de øvrige høgskolene i Tromsø til Høgskolen i Tromsø

<sup>9</sup> På begynnelsen av 1990-tallet var dette benevnelsen på Det medisinske fakultetet. Fra 2009 - Det helsevitenskapelige fakultetet.

var fellesundervisningen organisert som et prosjekt med egen prosjektleder, styringsgruppe og eget budsjett. Jeg var med i styringsgruppen, og i nær dialog med prosjektleder om forhold knyttet til planlegging av kurset og tilrettelegging av veilederopplæring.

Den eksterne evalueringen av det første Felleskurset i 1992, dannet grunnlag for Høgskolestyrets og Universitetsstyrets positive vedtak om å integrere kurset i de ordinære studieprogrammene. Det ble opprettet et råd for undervisningssamarbeid mellom UiTø og THH/HiTø ved AFH. I statuttene het det at dekan for Fagområdet medisin og rektor ved THH/dekan ved AFH skulle skifte på å lede rådet. Rådets viktigste oppgave var å sørge for at Felleskurset ble gjennomført i tråd med intensjonene. Vurdering av student- og veilederevalueringer etter hvert kurs med tanke på eventuelle endringer av neste års kurs, sto sentralt i dette arbeidet. Som rektor/dekan hadde jeg delansvar for Felleskurset i perioden 1992 - 1997. I den historien som fortelles i kapittel 3 er jeg altså en av aktørene.

### **Forskerrollen**

De rollene jeg hadde i etableringen av Felleskurset er det faktapregete grunnlaget for betenkelighetene mine med å gå inn i en stipendiatstilling som ble opprettet for å forske på Felleskurset. Jeg støttet intensjonen om et sosialantropologisk forskningsperspektiv, men var usikker på om jeg var rett person. På slutten av 1990-tallet ga utdanningsdepartementet tilsagn om finansiering av en stipendiatstilling for å forske på fellesundervisningen i Tromsø. Da stillingen hadde vært lyst ut to ganger uten å rekruttere kvalifiserte søkere, og departementet truet med å trekke tilbake finansieringen, lot jeg meg overtale til å søke.

Frykten for å undergrave prosjektets troverdighet gjennom dobbeltrollen min, preget første del av stipendiatperioden. Revitalisering av følelser preget av motstand, oppgitthet og sorg i dette nye møtet med Felleskurset - følelser jeg mente var uforenlig med forskerrollen – styrket skepsisen. Det største problemet lå ikke i de formelle aktørrollene, men på et dypere plan: Alle de synlige rollene jeg hadde i Felleskurset var næret av en sterk og inderlig tro på tiltaket. I tillegg til det ”nøytrale” faglige lederansvaret om å bidra til å realisere Felleskursets intensjoner, hadde jeg en sterk overbevisning om at dette var et nødvendig og viktig prosjekt. Det var det som fikk meg til å investere tid, krefter, profesjonell kløkt og følelser i det. Jeg brukte bl.a. mye ressurser på å holde motet oppe og troen på Felleskurset levende hos oppgitte veiledere og ledere som jobbet i ’første linjen’ i gjennomføringen.

For å ”nøytralisere” det personlige engasjementet valgte jeg i første omgang å hente datagrunnlaget mitt fra arkivet. Det var et godt, trygt og legitimt sted å starte, og det bidro en stund til å holde egne opplevelser i bakgrunnen. I denne perioden innså jeg også at det var behov for å gjøre egne feltstudier i helsetjenesten, for å kompensere for det jeg etter hvert oppfattet som manglende dokumentasjon av ’profesjonsbarrierer’ i offentlige utredninger og forskning. Feltarbeidene ga avstand til egne erfaringer og motiverte meg for et retrospektivt møte med Felleskurset. Det skjedde i form av fokusgruppediskusjoner og intervju av tidligere Felleskursdeltakere. Disse ble i hovedsak gjennomført etter feltarbeidene.

### **Avhandlingens oppbygging**

Felleskurset er hovedtema i første del av avhandlingen - etter kapitel 2 som utvider og utdyper konteksten for dens problemstillinger og analyser. Kapittel tre og fire omhandler Felleskurset i Tromsø 1992-2000 på to ulike tidspunkt. Kapittel tre gir oversikt over planlegging, gjennomføring og evaluering av det første Felleskurset i 1992. Kapittel fire presenterer deltakernes tanker om Felleskurset – retrospektivt – etter erfaring fra arbeid i helsetjenesten. I kapittel fem utredes avhandlingens analytiske perspektiv - det fortolkende kulturbegrepet - med vekt på symbolperspektiver. I første omgang som teoretisk rammeverk for analysen av funnene knyttet til Felleskurset, men også som grunnlag for analyse av materialet fra helsetjenesten. I kapittel seks gjør jeg rede for mine forskningsstrategiske refleksjoner og den metodiske tilnærmingen til datainnsamling og -materiale. I kapitlene syv og åtte presenteres materialet fra de to feltarbeidene, først fra sykehuset så fra kommunehelsetjenesten. I kapittel ni analyseres funnene fra feltarbeidene i helsetjenesten og i kapittel ti prøver jeg å nøste opp det som måtte være av løse tråder, og sette funn og analyser inn i en videre helsepolitisk sammenheng. Her presenterer jeg det andre empiriske feltet i avhandlingen:

#### **1.4 Samarbeid i helsetjenesten – de første inntrykkene**

Mens jeg arbeidet med arkivmaterialet til Felleskurset forberedte jeg feltarbeidene i helsetjenesten. Behovet for å gjøre disse feltstudiene var, som nevnt, ikke knyttet til Felleskurset som sådant, men til behovet for å forankre de politisk erklærte ’profesjonsbarrierene’ empirisk, før jeg undersøkte ”virkningene” av Felleskurset. Jeg ville med andre ord selv undersøke hvordan samarbeidsbarrierene tok seg ut i praksisfeltet. Eller, som formulert i problemstillingen, se hvordan helsepersonell samarbeider i dagens helsetjeneste. Jeg gjennomførte feltarbeid på en avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), heretter kalt Avdelingen, og i kommunehelsetjenesten i en liten kystkommune. Materialet samlet jeg gjennom deltakende observasjon av daglige gjøremål - ved

tilstedeværelser på pleierapporter, previsitter, visitter, legemøter osv. - og gjennom intervju med helsepersonell.

## **Sykehuset**

Feltarbeidet på sykehuset startet med deltakelse i et seminar for alle ansatte – sykepleiere, hjelpepleiere, kontorsekretærer og leger på Avdelingen. Dette seminaret kom til å få stor betydning for feltarbeidet og bearbeidingen av materialet fra sykehuset, derfor gir jeg et ganske detaljert referat. Temaet var ”visjon”. Hvilke visjoner skulle styre aktiviteten ved Avdelingen de kommende årene? Seminaret åpnet med opplesing av sykehusets egen fortelling. En fabel om en bortkommet pingvin - Evert.

Evert havner på et dyrehospital med mye underlig personale. Han flyttes fra avdeling til avdeling, fordi han ikke passer inn i sykehusets klassifikasjonssystem. En svømmende fugl som ikke kan fly, som dertil bærer på et egg, er vanskelig å plassere. Ikke er han syk heller. Han kan bare ikke fly. Og - det eneste han vil er å fly hjem til konen Eva på Sydpolen. Selv om Evert omsider får personalet til å forstå dette, møter han bare hoderisting. Det strider mot naturens orden at pingviner skal kunne fly. En dvaleliggende humle tenner håpet. Hun flyr som bare det, selv om vitenskapen sier at det ikke lar seg gjøre: Kroppen er for tung for de små vingene. Evert starter jakten på noen som kan hjelpe han å komme på vingene. Det er ikke lett, spesielt ikke hos den delen av personalet som sverger til ”bur og bås metoden”. Han må satse på de som følger ”bingemetoden”, det vil si de som synes det eneste fornuftige er å samarbeide. Og de forsøker virkelig å hjelpe Evert å fly. Men – det eneste som virkelig hjelper, er budskapet om at kyllingen er kommet ut av egget. Da letter Evert, og med kyllingen i en bylt i nebbet setter han kursen sørover (Byrå 2 i samarbeid med RiTØ 1991).

Historien om Evert ble introdusert som ”sykehusets kardinalhistorie” fordi den målbærer ”den organisasjonsånden som skal være sykehusets ideal”. Konteksten for historiens tilblivelse var en større omlegging av sykehusets organisasjons- og ledelsesstruktur på slutten av 1980-tallet.<sup>10</sup> Hovedtema i fortellingen er samarbeid som grunnleggende struktur i sykehusets måte å tenke og arbeide på - og at det er mulig å få til, selv om oddsene kan synes dårlige.

Historiens selvironiske form oppfordrer til selverkjennelse og gir mening til ettertanke. Selv om samarbeidets slitsomme, men produktive nødvendighet er det viktigste budskapet, pirker fortellingen også borti andre grunnstrukturer i sykehusets selvforståelse. Den stiller for eksempel spørsmål ved vitenskapens evidenskraft. Hvor sikker er den når hverdagens virkelighet med all tydelighet motbeviser evidensen? Den harselerer over sykehusets selvgodhet, der feil ikke forekommer – ved å vise at det er nettopp det, det ofte gjør. Den kommer med spark til kategoriseringens nødvendighet ved å vise dens tilfeldighet.

Samarbeid var også gjennomgangstema i seminarets innledningsforedrag ”Visjoner og trender”. Med referanse til tiden rundt omorganiseringen hvor ”krig i hvitt” og ”krig om

---

<sup>10</sup> Historien om denne omorganiseringen blir fortalt i kapittel 2.5.



ledelse” var gjennomgangstema, ble det hevdet at *Historien om Evert er skremmende aktuell i dagens sykehus. Bur og bås lever ennå i beste velgående. Vi har holdt den tverrfaglige fanen høyt i 20 år, men hvor langt har vi kommet?* I sitt innlegg var avdelingsoverlegen verken opptatt av visjoner eller samarbeid. Han fokuserte på pasienten som motiv og mål for virksomheten: *Vi trenger ikke visjoner, fordi vi vet hvor vi skal. Vi vet at vi er her for å gjøre pasientene friske. Vi skal verne menneskers helse, helbrede, lindre og trøste.* Han opponerte mot forstillingen om å være servicepersonell for kunder: *Kundemodellen er ikke den riktige for oss. Det er modellen av den barmhjertige samaritan som bør gjelde.*

Spørsmålene ”Hva bør visjonen for Avdelingen være?” og ”Hva må gjøres for å nå den?” ble diskutert i grupper og oppsummert i plenum. Jeg ble positivt overrasket over at ”samarbeid” var så sentralt i diskusjonene. Etter hvert la jeg imidlertid merke til at begrepet ble gitt et annet innhold enn i fortellingen om Evert og forelesningen, hvor jeg oppfattet at det ble fokusert på samarbeid mellom yrkesgruppene. I løpet av gruppearbeidet ble begeistring min gradvis erstattet av usikkerhet i møte med andre typer utsagn:

*Vi på overvåkningen håper på å få bedre samarbeid, både med dere på laben og dere på sengeposten. Det er viktig med forståelse og respekt for hverandres poster.  
Det er viktig med godt samarbeid innad på postene, men man bør jo også bli kjent med de på de andre postene.  
Det er viktig å tenke helhet på avdelingen. Vi må finne løsninger sammen, ikke tenke skitt om hverandre.  
Vi skaper myter om hverandre: ”kald lab – folkene der er gretne”, ”sengeposten er treg”.  
Samarbeid blir ofte forstått som å være mellom ulike grupper, men det går også sykepleierne imellom.*

Her skisseres et noe annerledes samarbeidslandskap enn det jeg forventet å finne.

Konfliktlinjene syntes å gå mellom enhetene på Avdelingen, ikke mellom profesjonene. Dette ble en vekker som fikk meg til å sette spørsmål ved egen forforståelse, og skjerpe blikket for hva som egentlig skjedde i samhandlingssituasjoner. Gjennom feltarbeidet ble linjene i det nye samarbeidskartet tydeligere og mer nyanserte. Hvordan tok tilsvarende kart seg ut i kommunehelsetjenesten?

## **Kommunehelsetjenesten**

Kommunen med ca. 1400 innbyggere ligger på Finnmarkskysten. De fleste arbeidsplassene er knyttet til fiskeindustri og serviceyrker. Kommunehelsetjenesten er lokalisert i to bygningskompleks, helsesenteret og ”Tunet”. På helsesenteret er det to sengeavdelinger. De er dimensjonert for til sammen 12 pleietrengende pasienter, men har gjennomgående 17 – 20. Dessuten er lege-, fysioterapi- og helsesøstertjeneste, barnevern, sosialtjeneste og psykiatrisk sykepleier lokalisert på senteret. Tunet er et nybygg med ti omsorgsboliger med felles kantine,

stue og aktivitetsrom. Her har hjemmetjenesten kontor, møte-/lunsjrom og lager. Den har ansvar for ca. 90 hjemmeboende brukere. Det er knapt 100 meters gangavstand mellom helsesenteret og Tunet.

Første dag på helsesenteret festet jeg meg ved teksten på et A4 ark som var klistret opp på døren inn til pleiernes kontor/lunsjrom. Det var konklusjonen på et felles møte forrige uke mellom hjemmesykepleien og sykepleierne på helsesenteret.

Denne møteplassen er blitt opprettet på bakgrunn av tidligere uklarhet og frustrasjon mellom helsesenteret og hjemmetjenesten på grunn av ulike vurderinger de to stedene mht behov for sykehjemsplass til pasienter i hjemmetjenesten. På det felles møtet som ble avholdt 29.09.04 mellom representanter fra hjemmetjenesten og sykeavdelingen på helsesenteret ble det enighet om følgende konklusjon:

Det skal avholdes møte i forkant av korttidsinnleggelse. På møtet skal sykepleier og avdelingsleder fra hjemmetjenesten og sykepleier og avdelingsleder/assisterende avdelingsleder (fra helsesenteret), diskutere den aktuelle pasient. På grunnlag av dette møtet avtales en eventuell korttidsinnleggelse. ... Når det gjelder blodprøvetøvetaking av pasienter innskrevet i hjemmetjenesten, skal dette ikke tas av sykepleier på sykestua. Legen får selv ta blodprøven om det ikke er sykepleier på vakt i hjemmetjenesten.

Notatet var underskrevet av avdelingsleder på sykestua. Jeg ble nysgjerrig. Her dreide det seg om å få bedre struktur på samarbeidet mellom sykestua og hjemmetjenesten. Det skulle etableres et felles forum for vurdering av korttidsinnleggelse, og bli klarere ansvarsdeling ved blodprøvetaking av pasienter i hjemmetjenesten.

Dette var en sak som engasjerte. I spontane samtaler tok begge avdelingslederne temaet opp. Avdelingsleder på sykehjemmet sa det slik:

*Det er viktig med godt samarbeid. Samarbeidet med legen er godt. Forholdet til hjemmetjenesten har vært bra, men nå er det en liten konflikt. Det blir viktig å vinkle mer mot samarbeid enn enveiskjøring. Litt senere i samtalen: De argumenterer med at de har liten kapasitet i hjemmetjenesten, men det er kun de som kan ha lange lunsjpauser.*

Denne lille sekvensen gir et fortettet bilde av samarbeidsforhold, sett fra en aktørposisjon. Den antyder entydige idealer men tvetydig praksis og ulikheter mellom tjenesteområdene.

Avdelingsleder i hjemmetjenesten beskrev historien bak konflikten mer utførlig:

*Du skulle vært her for en uke siden. Da skjedde det noe interessant med hensyn til samarbeid. Avdelingsleder på helsesenteret tok kontakt med meg og beskyldte hjemmetjenesten for å ha for lav terskel for innlegging av brukere på sykestua. Jeg hisset meg først opp over at hun kunne komme med en sånn uttalelse. Hun har ikke vært mer enn ett år i stillingen. Selv har jeg vært i gamet i ca. 18 år. Men, så måtte jeg tenke meg om: Hva mente hun med å beskyldte oss for å være for raske med innlegging av pasienter? Er det slik? Er det noe som kan endres?*

*En eldre kvinne som bodde hjemme trivdes ikke så godt alene i leiligheten, virket nedstemt og tiltagende forvirret. Så fikk hun urinveisinfeksjon, og pleierne som hadde ansvar for henne var bekymret for om hun fikk i seg nok væske. Vi kan jo ikke være hos henne 24 timer i døgnet for å*

*sjekke. Derfor søkte vi om å få henne innlagt på helsesenteret. Damen kom inn, blomstret opp i møte med de andre pasientene og viste ingen tegn til lite væskeinntak. Pleierne på helsesenteret kunne ikke skjønne hvorfor denne damen ble innlagt, hun var jo så frisk! For å unngå sånne uenigheter – å bli beskyldt for å legge inn folk som ikke trenger det – skal vi nå prøve å få i gang møter mellom hjemmetjenesten og helsesenteret når vi har brukere vi synes må inn på korttidsopphold. Kanskje vi også burde ta opp igjen tanken om hospitering, slik at vi blir kjent med hverandres tankegang.*

Tross konkretiseringen leser jeg også her undertekster. De dreier seg mer om premisser for samarbeid enn selve samarbeidet. Hvilken kunnskap, forståelse og erfaring skal gjelde?

I disse første møtene opplevde jeg igjen signaler om samarbeidsforhold som skurret i forhold til mine egne – allment godt begrunnede – forventninger. Igjen så jeg konturene av andre konfliktlinjer enn de jeg hadde satt meg fore å undersøke. Som på sykehuset ble de også her tydeligere gjennom de to periodene jeg tilbrakte i denne kommunehelsetjenesten. På hvilken måte tok jeg feil? Intensjonene med avhandlingen er å bidra til svar på dette spørsmålet.

## **1.5 Samarbeidsbarrierer – antakelser eller kunnskap?**

Når jeg karakteriserer forventningene til det jeg ville finne i feltet som ”allment godt begrunnet” gjør jeg det med referanse til de offentlige dokumentene det er henvist til tidligere i kapitlet, spesielt St.meld.nr.41(1987-88).

I denne typen virksomhet [helsesektoren] er personellet avgjørende for kvalitet i tjenesten (s100). Profesjonsbarrierene må fjernes uten at de faglige kunnskapene blir skadelidende (s101),

Riktignok syntes jeg det manglet en del på begrunnelsene<sup>11</sup>, men utsagnene virket tilforlatelige. Hvem har ikke hørt om problemer mellom helseprofesjonene?

Jeg startet prosjektarbeidet med å gå igjennom de offentlige dokumentene som ledet opp til forslaget om fellesundervisning for helsefagstudenter for å bryte ned profesjonsbarrierene. Det var sparsomt med forskningsreferanser som kunne underbygge antakelsen om samarbeidshindre fra tiden før Stortingsmelding 41 kom ut. Men noe var det. På slutten av 1970- og begynnelsen av 1980-tallet ble det i Danmark gjennomført omfattende undersøkelser av samarbeid mellom nøkkelpersonell i primærhelsetjenesten.<sup>12</sup> Det ble utgitt fire store rapporter (Kjøller 1979, Hultcrantz 1980, Kjøller m.fl. 1981, Frimodt-Møller 1983). Rapporten fra 1981, som spesielt fokuserer på samarbeidet lege - sykepleier, antyder

---

<sup>11</sup> Det var ikke referanselister i Stortingsmeldinger fra 1980-tallet.

<sup>12</sup> I kategorien nøkkelpersonell inngikk hjemmesykepleiere, leger og ”sundhetspejersker” – tilsvarende helsesøstre på norsk. Studien er basert på registrering av pasientkontakt og andre aktiviteter i løpet av en arbeidsdag, og måling av samarbeidsfrekvens mellom personellgruppene.

samarbeidsbarrierer av strukturell, organisatorisk, geografisk og personlig karakter.

Konklusjonene er tvetydige:

Nærværende undersøgelse viser, ... at samarbejdet næppe er så udbygget, som der har vært uttrykt ønske om. Man må derfor overveje, om årsagen hertil er, at behovet for samarbejde i realiteten ikke er så stort, eller om behovet ikke er blevet opfyldt. ... Man kan i undersøgelsen konstatere, at især de praktiserende lægers, men også i høy grad hjemmesygeplejerskernes arbeidsoppgaver hidtil har vært meget præget av medicinsk-tekniske problemstillinger i overensstemmelse med den faktisk førte sunnheitspolitikk. Disse arbeidsoppgaver har de to faggrupper i høy grad været i stand til at løse selvstendig. Det er karakteristisk, at de begge er relativt tilfredse med det indtil nu ikke særlig utviklede samarbejde (Kjøller m.fl. 1981:109-110).

I en europeisk samlerapport om samarbeid i primærhelsetjenesten, basert på rapporter fra i alt 10 land,<sup>13</sup> kommer tilsvarende tvetydighet til uttrykk i konklusjonen:

There is a discrepancy between the policy statements and the implementation of co-operation (Westrin 1986:9). In all the countries studied concern about the need for more co-operation was more or less evident. In some countries great concern was expressed persistently in policy statements. ... At the time of the investigation, however, no great degree of interprofessional co-operation in field work seemed to take place in any country studied ... The proven outcome so far, seems rather meagre both in terms of the quality of the co-operative process (few studies have been carried out in this area) and with regard to the impact of co-operation on the quality of medical and social care" (ibid:60-61).

Resultatet av en finsk empirisk studie av samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten i tre finske byer beskrives slik:<sup>14</sup> "According to the study, satisfactory cooperation exists in none of the parallel areas of social welfare and health care" (Walls 1982:41). Rapporten konkluderer med at det er en betydelig diskrepans mellom reelt og forventet omfang av samarbeid i tjenesteytingen - mellom det politiske organer forventer, og det helsepersonell erfarer (ibid:68-70).

Hvor relevante er disse studiene for de premissene som Felleskursprosjektet bygde på? De river på ingen måte grunnen vekk under Stortingsmeldingens proklamasjon av profesjonsbarrierer. At den danske undersøkelsen stiller spørsmål om behovet for samarbeid mellom helsepersonell er så omfattende som antatt, kan ha noe med den metodiske tilnærmingen å gjøre. Den fokuserte på samarbeidsformer og -frekvenser, ikke på selve samarbeidssituasjonene. Da er det ikke sikkert at barrierene er så lett å oppdage. Westrin og Walls har en indirekte tilnærming til barrierene. I stedet for å diskutere hva som hemmer samarbeid fokuserer de på hvilke forutsetninger som bør være tilstede for å få til samarbeid. Selv om Westrins samlerapport ikke kan dokumentere noe videre samarbeid mellom

---

<sup>13</sup> Belgia, Canada-Ontario, Finland, Israel, Nederland, Norge, Polen, Sverige, Vest-Tyskland og UK.

<sup>14</sup> Dette var en survey undersøkelse blant i alt 795 helse- og sosialarbeidere.

helsepersonell i de ti landene som har bidratt, beskriver den hva som trengs for å få det til: bedre samarbeidsmetoder, forskning etter teoretiske rammer og empirisk grunnlag, og mer presis organisering av samarbeid. Den finske rapporten samler det meste av samarbeidets hindringer og muligheter i rammebegrepet: “According to the results, it seems evident that the establishing of frames for cooperation, influences the amount of cooperation” (Walls 1982:69). Rapportene antyder, mer gjennom sine anbefalinger enn sin empiri, at det som hindrer samarbeid i helsetjenesten hovedsakelig kan knyttes til organisatoriske og strukturelle forhold. På den annen side avkrefte ikke forestillingen om interprofesjonelle barrierer i noen av dem.

Den forskningsrapporten fra tiden rundt St.meld. nr. 41(1987-88), som kanskje gir det beste grunnlaget for å stille spørsmål ved oppfatningen av ’profesjonsbarrierer’ som hinder for samarbeid i norsk helsetjeneste, er Måseides doktorgradsavhandling fra 1987. Den er basert på empiri fra samme sykehus hvor jeg gjorde feltarbeid. Hans forskningstema er sykehuset som sosial organisasjon. Han viser at samarbeid er en naturlig del av det kliniske arbeidet:

The construction of reality is the result of practical commitments and individual knowledge and competence synchronized with structural constraints. The participating individuals do not see themselves as forced to adequate cooperation. They cooperate adequately with respect to the reality construction because they find such forms of behavior to be reasonable, necessary or natural (Måseide 1987:358)

Internasjonal forskning fra tiden etter Meldingen underbygger skepsisen til hypotesen om ’profesjonsbarrierer’ (Bailey og Armer 1998, Campbell 1998, Flesner og Clawson 1998, Sullivan 1998ab, Engel og Gursky 2003, Miller og Freeman 2003, Leathard 2003b). Noen peker på organisasjonsmessige hindre og fordommer profesjonsgrupper har om hverandre (Horder 2003 Hugman 2003, Leathard 2003a, Miller og Freeman 2003). Mest slående er imidlertid dokumentasjonen på hvordan bedre samarbeid mellom helsepersonell fremmes som helsepolitisk tiltak for å redusere gapet mellom krav og ressurser i helsetjenesten (Kjøller 1979, Hulcrantz 1980, Kjøller m.fl. 1981, Frimodt-Møller 1983, Walls 1982, Westrin 1986, Horder 2003, Leathard 2003a,b, Vanclay 2003, Engel og Gursky 2003, Hugman 2003).

Med styrket - forskningsbasert - skepsis mot konseptet ’profesjonsbarrierer’ gikk jeg ut i feltet med to problemstillinger som utfyller hverandre:

- *Hvilke barrierer er det som hindrer samarbeid mellom ulike profesjonsgrupper i helsetjenesten, hvordan kan disse forstås og hva skal til for å redusere dem?*
- *Hvilken rolle spiller utdanning av helsepersonell i opprettholdelse og nedbygging av ”samarbeidshindre?*

## **1.6 Endelig problemstilling formet i samspill med empirien**

Samfunnsvitenskapens intensjon og viktigste oppgave er å utforske og utvikle troverdig kunnskap om de samfunn mennesker lever og arbeider i. I det ligger en dyp forpliktelse på å gå inn i og ta på alvor de mangfoldige og komplekse virkeligheter som sosialt liv representerer. Empirien har derfor hatt en sentral plass i samfunnsforskningen. Det gjenspeiler seg bl.a. i den forskningsteoretiske tilnærmingen ”grounded theory” (Glaser og Stauss 1967, Glaser 1978) og i metodelitteraturens vektlegging av fleksibilitet i forhold til utforming av problemstilling (Spradley og McCurdy 1980,1988, Spradley 1980, Wadel 1991, Nielsen 1996). Den må være klar nok til å begrunne valg av felt, fokus og metodisk tilnærming. Samtidig må den, i møte med feltet, være åpen nok til å fange opp funn som ligger på siden av eller utenfor den forforståelsen eller hypotesen den har vokst ut av.

Hypotesen om ’barrierer’ mellom profesjonsgruppene fikk et relativt hardt sammenstøt med helsetjenestens virkelighet i løpet av de første dagene på begge feltsteder. Fundamentet for de samarbeidshindrene som Stortingsmelding 41 plasserte mellom helsefaggruppene begynte å slå sprekker. Gjennom avhandlingen vil jeg prøve å synliggjøre sprekene og sannsynliggjøre grunnlaget for dem. Her vil jeg bare vise hvordan den empiriske realitetsorienteringen har virket inn på problemformuleringen. Den har ført til omformulering av den første delen av den opprinnelige problemstillingen, og nyorientering av den andre. Søket etter angivelige barrierer mellom ulike helsepersonellgrupper fortsatte jeg imidlertid med gjennom hele feltarbeidet i helsetjenesten. Det var to forhold som tvang fram en reformulering. Det første tok utgangspunkt i spørsmålene: Hvordan tar profesjonsbarrierene seg ut i praksis? Mellom hvilke profesjoner er barrierene høyest? I hvilke situasjoner fremtrer de? Barrierene det her er snakk om er immaterielle. Det eneste stedet de lar seg materialisere er som trykksverte på papir – som antakelse, forutsetning eller påstand. De fremstår ikke som skigarder i det helsefaglige landskapet, klar for oppmåling. Når den departementale hypotesen er at barrierene hindrer samarbeid, oppstår en ny utfordring: Hvordan observere samarbeid som hindres? Hvordan registrere virkningene av samarbeid som ikke er der? Det ville i verste fall føre inn i en metodisk jungel av sannsynlighetsberegning – langt fra det antropologiske feltarbeidets intensjoner om å fremskaffe et troverdig grunnlag for samhandlingsanalyser. Derfor satser jeg på å gå veien om ikke-samarbeidets positive motstykke – samarbeidet:

- *Hvordan samarbeider helsepersonell i dagens helsetjeneste? Hvilke barrierer hindrer dem i å samarbeide?*
- *Hvordan bidro Felleskurset i Tromsø til utvikling av samarbeidskompetanse?*

Gjennom denne omformuleringen flyttes fokus i større grad fra barrierer til samarbeid. Den åpner også opp for en videre forståelse av barrierene. Det er ikke gitt at de utelukkende er å finne mellom profesjonsgruppene. Det siste spørsmålet gjør det mulig å trekke mer direkte linjer mellom Felleskursets intensjoner og helsetjenestens samarbeidsutfordringer, slik de tar seg ut fra deltakernes perspektiv - og i lys av deres yrkeserfaringer.

### **Rammen for problemstillingen: helseprofesjonene og velferdsstaten**

Stortingsmelding 41 viser altså ikke til forskningsbasert dokumentasjon som begrunnelse for tiltaket om fellesundervisning for helsepersonellstudenter. I den nordiske forskningen som var tilgjengelig på den tiden (Kjøller 1979, Hultcrantz 1980, Kjøller m.fl. 1981, Frimodt-Møller 1983, Walls 1982, Westrin 1986), dokumenteres hovedsakelig barrierer av organisatorisk og strukturell art. Dessuten konkluderer den med at det er stor avstand mellom helsepolitiske intensjoner om samarbeid i helsetjenesten, og det reelle samarbeidet. Hvis Sosialdepartementet kjente til denne forskningen – hvorfor da legge så stor vekt på et personalrettet tiltak for å bedre samarbeid og helhetstenkning i helsetjenesten? Dessuten, hvordan er det mulig å forstå det sprikende forholdet mellom helsepolitikk og helsefaglig arbeid?

Ser vi på den historiske utviklingen av norsk helsevesen og den norske velferdsstaten<sup>15</sup> fram til 1990-tallet, er det vanskelig å finne svar på dette spørsmålet. Samfunnsvitenskapelig forskning har dokumentert nære forbindelser, spesielt mellom medisin og politikk fra begynnelsen av 1800-tallet (Album 1978, Slagstad 2001, Erichsen 2003ac). Slagstad viser hvordan medisinerne, som de ”nye realistiske vitenskapers representanter” var med å forme både helsetjenesten og den norske nasjonalstaten fra den ble etablert (2001:47-50). Erichsen beskriver hvordan ”legeprofesjonen historisk er blitt integrert i staten”, bl.a. gjennom statlige byråkratiske strukturer. Hun bruker begrepet ”profesjonsstat” for å understreke den tette forbindelsen (Erichsen 2003a:23). Album viser hvordan legeprofesjonen har vært premissleverandør for helsepolitiske vedtak (1978:65).

Framveksten av velferdsstaten, som skjøt fart etter krigen, var tuftet på et nært samarbeid mellom staten og det som har fått betegnelsen ”velferdsyrkene”.<sup>16</sup> (Wilding 1982, Bertilsson

---

<sup>15</sup> Begrepet ”velferdsstat” ble første gang brukt offentlig den 9. mai 1945 i en tale som venstremann og høyesterettsjustitiarius Paal Berg holdt i radioen. ”Vi skal bygge opp igjen vår gamle rettsstat, men vår tid krever at staten ikke bare har til oppgave å verne om liv og eiendom. Staten skal òg være en velferdsstat som ser det som sin oppgave å gjøre livet verd å leve for oss alle” (Slagstad 2001:244-5)

<sup>16</sup> Begrepet samler stort sett alle helse- og sosialfagsyrkene.

1990, Torstendahl 1990, Torgersen 1994, Erichsen 2003abc, Kjølørød og Thornquist 2004, Kjølørød 2005). Bertilson (1990) og Erichsen (2003b) legger vekt på gjensidigheten - hvordan profesjonene former og formes av velferdsstaten og vise versa. Bertilson (1990) og Kjølørød (2005) etablerer en grunnleggende forbindelse mellom utøvelsen av profesjonell tjenesteyting og det moderne menneskets borgerrettigheter i velferdsstaten. ”The modern professional practitioners are constitutive of modern society and its individual” (Bertilsson 1990:118).<sup>17</sup>

Med andre ord, stat og helsepersonell har en lang og sammenvevd historie med kort avstand mellom fag og politikk. Kanskje det er riktigere å si at helsepersonell - med legene i spissen – i stor grad har vært med å forme norsk helsepolitikk. Er det som skjer innen helse- og utdanningspolitikken på 1980 og -90 tallet tegn på endring i forholdet mellom staten og helseprofesjonene? Hva betyr det at staten fokuserer på det den mener er samarbeids-hindrende barrierer mellom helsepersonell, som grunnlag for et utdanningspolitisk tiltak som går på tvers av tradisjoner og institusjoner? Kan det tolkes som uttrykk for at staten er i ferd med å ta et fastere styringsgrep om helsepolitikk og helsepersonellutdanning? Representerer det endring i forhold til helsetjenestens styringslogikk? Eller må vi lete andre steder for å finne svar? Disse spørsmålene ble spesielt påtrengende etter feltarbeidene i helsetjenesten, som sådde tvil om de barrierene Stortingsmelding 41 fokuserte på. Tvilen har fulgt meg gjennom hele arbeidet, blandet med en stigende undring over den betydningen ‘profesjonsbarrierer’ hadde i Sosialdepartementets argumentasjon for fellesundervisning som tiltak for å bedre kvaliteten i helsetjenesten. Jeg vil utdype dette underveis. I de to siste kapitlene reflekterer jeg over dette i lys av funnene mine.

### **1.7 Det fortolkende kulturbegrepet som analytisk rammeverk.**

Som nevnt tidligere i dette kapitlet er valg av teoretisk perspektiv et resultat av den virkelighetsorienteringen feltarbeidene representerte. Jeg trengte teoretiske redskaper som kunne gi mening til uventete funn og åpne øynene for det innforståtte og symbolske i helsetjenestens samhandlingslandskap. Jeg har valgt det fortolkende kulturbegrepet som teoretisk bærebjelke og lar tankene til Clifford Geertz, frontfiguren i utviklingen av dette perspektivet, danne det overordnede perspektivet for analysene. Jeg benytter imidlertid også perspektiver fra andre teoretikere med faglig forankring i hermeneutisk antropologi, som Mary Douglas, Sherry Ortner og Victor Turner. I det følgende gir jeg en skissemessig

---

<sup>17</sup> Dette tema utdypes noe i kapittel 2.2



presentasjon av det meningsorienterte kulturperspektivet ved hjelp av Geertz' tilbakeskuende blikk på egen forskning.

I boken *After the Fact* ser Geertz tilbake på den utviklingen som har skjedd i feltområdene sine - Indonesia og Marokko - i løpet av de ca. førti årene mellom hans første og siste feltarbeid. Han avslutter med noen refleksjoner om hva det vil si å drive antropologi, og belyser det med en lignelse fra Sanskritlitteraturen (Geertz 1995:167). Den handler om en gammel mann som sitter foran en svær elefant. Han sier: "Dette er ikke en elefant". Når elefanten snur seg og beveger seg bort fra mannen, begynner han å lure på om det kanskje allikevel var en elefant. Først når elefanten har forsvunnet og bare fotavtrykkene står igjen er han absolutt sikker: "Det var en elefant her!" Geertz ser dette som et bilde på etnografisk antropologi: "trying to reconstruct elusive, rather ethereal, and by now wholly departed elephants from the footprints they left on my mind" (ibid). Tittelen på boken har en dobbel, for ikke å si trippel bunn: "On the literal level, it means looking for facts, which I have of course, 'in fact' been doing" (ibid). Fotavtrykkene, erfaringsmaterialet, er den andre betydningen. Den tredje tolkningen er som "post-positivist critique of empirical realism, the move away from simple correspondence theories of truth and knowledge which makes the very term 'fact' a delicate matter" (ibid:167-8).

Gjennom sine tilbakeskuende refleksjoner skarpstiller Geertz de muligheter og utfordringer som antropologifagets teoretiske forankring og metodiske tilnærminger gir: Mulighetene til å utvikle samfunnskunnskap fra posisjoner nært på mennesker og sosiale sammenhenger, i stadig søken etter hvordan mening skapes, forvaltes og utspiller seg i handling og samhandling - gjennom språk, fortellinger og ritualer. Utfordringer knyttet til flyktige, tidskolorerte og ofte tilfeldige i møter med de virkeligheter som utforskes. Utfordringer relatert til den personlige dimensjonen i møtet mellom forsker og utforsket, som på et overordnet nivå deler noe felles menneskelig, samtidig som begge bærer med seg kulturelle koder som forutsetter innforståthet og tolkningsspill. Endring og refleksjon over forskningens og forskernes begrensninger er sentralt i Geertz tilbakeskuende blikk. Endring i feltsamfunnene – byene og landene - endring i egen måte å arbeide som antropolog på, og endring av antropologifaget.

When everything changes, from the small and immediate to the vast and abstract – the object of study, the world immediately around it, the student, the world immediately around him, and the wider world around them both – there seems to be no place to stand so as to locate just what has altered and how. ... What we can construct, if we keep notes and survive, are hindsight accounts of the connectedness of things that seems to have happened: pieced-together patternings, after the facts. To state this mere observation about what actually takes place when someone is trying to

“make sense” out of something known about from assorted materials encountered while poking about in the accidental dramas of the common world is to bring on a train of worrying questions. What has become of objectivity? What assures us we have things right? Where has all the science gone? (Geertz 1995:2-3)

Dette er ord til ettertanke for enhver samfunnsforsker. Hvordan kan vi egentlig gripe noe som hele tiden er i endring? Hvordan kan vi være bevisst og ta høyde for egen og fagets endring, under tiden og i møte med feltet? Hvordan kan vi skape troverdige rekonstruksjoner av sosialt liv ”after the facts”? Hvordan kan vi ivareta objektivitet i rekonstruksjonene?

I dette prosjektet har jeg vært både elefanten og den gamle mannen i historien. Som del av elefanten var jeg med å sette spor i det helsefaglige utdanningslandskapet i Tromsø gjennom 1990-tallet. I den prestisjen som Stortingsmeldingen hadde omgitt prosjektet med lå det en implisitt forventning om at det *skulle* sette spor. Ikke bare det, det var også forutsatt at det skulle blomstre i sporene - at det skulle gro frem blomstrende samarbeid i helsetjenesten. Som del av elefanten var jeg ikke i tvil om at den satte spor. Når jeg inntar den gamle mannens perspektiv er jeg ikke sikker – i hvert fall ikke på hvilke spor elefanten satte.

Dilemma knyttet til det å være på begge sider av sporene, har jeg beskrevet, og vil dvele mer ved dette senere. Mitt forhold til Felleskurset gjør at mitt materiale kan oppfattes som mer ”assorted” enn det som ansees forsvarlig for troverdig forskning. Jeg gikk ut i feltet med det rasjonale som ideen om fellesundervisning var tuftet på. Ja, ikke bare det, prosjektet mitt var opprinnelig å finne de profesjonsrelaterte barrierene som hindret samarbeid, og dokumentere hvilken rolle Felleskurset hadde hatt i nedbyggingen av disse. I Geertz’ historie overbeviste elefantens fotspor den gamle mannen om at det hadde vært en elefant der. I mitt tilfelle er sporene så utydelige at det er grunn til å lure på om det har vært noen elefant. Derimot fant jeg andre og mer tydelige spor i det helsefaglige samarbeidslandskapet som var verd å forfølge.

Det er gått ca. 25 år siden Stortingsmelding 41 og mye har skjedd både i helse- og utdanningssektoren. Perioden som materialet i denne avhandlingen bygger på har det samme tidsspennet: Arkivmateriale 1988-2000, materialet fra feltarbeidene i 2004-2005 og materiale fra fagtidsskrift og dagspresse fra 1989 og 2013. Dette innebærer tidsforskyvning på flere plan. Jeg henter frem igjen Geertz’ ord: ”When everything changes ... there seems to be no place to stand so as to locate just what has altered and how. ... What we can construct, ... are hindsight accounts of the connectedness of things that seems to have happened: pieced-together patternings, after the facts” (Geertz 1995:2). Her er det ikke bare det motstningsfylte

i antropologisk forskning som løftes frem. Geertz rører ved grunnleggende kunnskapsteoretiske problemstillinger, som vil klinge med i denne avhandlingens fortellinger.

## Kapittel 2

# KUNNSKAP OG MAKT – HELSETJENESTE OG PROFESJONER

Hensikten med dette kapitlet er å gi litt mer kontekst for empiri og analyser. Først et historisk tilbakeblikk på det jeg oppfatter som grunnleggende rammer for avhandlingens problemstillinger: norsk styringsideologi med vekt på forholdet mellom den norske velferdsstaten og helseprofesjonene, noen profesjonssosiologiske perspektiver og en kort skisse av norsk helsetjeneste gjennom de siste ti-årene. Kapitlet avsluttes med en fortelling om hvordan noen av disse rammefaktorene ble satt i spill i Tromsø på slutten av 1980-tallet.

### **2.1 Norsk styringsideologi og medisins logikk**

Vinjes ord “Kunnskap skal styra rike og land, og yrke skal båten bera”<sup>18</sup> (1975:34) kan leses som et ideal for forholdet mellom kunnskap og kunnskapsproduksjon, stat og styringsverk, i utviklingen av den norske nasjonalstaten. I *De nasjonale strateger* beskriver Rune Slagstad en utvikling preget av sterke bånd, mellom statsmakt og kunnskap (Slagstad 2001:11-19). Allerede fra midten av 1800-tallet etableres den ”styringsmalen” som siden har vært retningsgivende for utvikling av den norske staten: økonomisk markedsliberalisme kombinert med ”kraftig Statsstyrelse” og statlig initiativ (ibid:16). Med tanke på den rollen ”ideologi” synes å spille i etableringen av Felleskurset, er det interessant å lese om de tidlige statsbyggernes forhold til dette begrepet:

De skapte en ny diskurs om stat og samfunn, eller rettere sagt: de formidlet en ny tids tenkemåte med en nasjonal tillempling som ga ideologien en usedvanlig virksom kraft. ... Stang og Schweigaard utøvde sitt systemtransformerende lederskap gjennom et bemerkelsesverdig vekselspill mellom kunnskap og makt, mellom teori og praksis. ... Embetsmannsstaten var et *kunnskapsregime*<sup>19</sup> – en forening av makt, kunnskap og verdi (ibid:18).

Slagstad kaller Stang og Schweigaard for ”*handlingsideologer* – bærere av politisk virksom ideologi” (ibid:17), med en klar forankring: ”Ved å forene vitenskapelig kunnskap med lovreform og statsforvaltning kunne de styrende gis et mer rasjonelt beslutningsgrunnlag” (ibid:19). Statistikk fikk tidlig en fremskutt plass i statens vitenbaserte regime. ”Med statistikken vokste det frem et nytt syn på samfunnet – og på menneskene som befolket det. En søkte etter ’gjennomsnittsmennesket’, som representerte det store flertall og dermed anga

---

<sup>18</sup> Publisert første gang i Dølen 3. april 1859, senere i *Diktsamling* 1864

<sup>19</sup> Uthevingen i sitatene på denne siden er Slagstads

samfunnets hovedstrøm” (ibid:39). Gjennom statistikken fikk staten godt kjennskap til sin befolkning og økte med det styringspotensialet over den.

Profesjoner som jurister og leger ble tidlig en del av statsbygging og statsapparat. Med en vitenskapelig styringsideologi som grunnlag for en sterk statsmakt, fikk de ikke bare tilgang til maktens korridorer, de ble også viktige for styringens legitimitet.

Medisinerne sto som de nye realistiske vitenskapers representanter i fremste rekke i den administrative omorganiseringssprosess. Medisinerne krevde en mer aktiv forvaltning som tok initiativ, bidro til iverksettelse og understøttet medisinenes faglige virksomhet; legene kunne f. eks. gjennom sine medisinalberetninger frembringe medisinalstatistikk. Et hovedpoeng var å gi de nye fagfolkene en permanent plassering i forvaltningen (Ibid:47-8).

Utviklingen av helsetjenesten ble altså i høy grad drevet fram av profesjonene selv, ofte av leger med *en* fot i styringssystemet og *en* på universitetet. Ved å fokusere på behovet for faglig ekspertise ble det etablert et prinsipp om krav til legevitenskapelig kunnskap i vurderingen av medisinske spørsmål og forvaltningen av helsevesenet. Karl Evang, helsedirektør fra 1938 til 1972, var en viktig kraft i realiseringen av idealet om ”den vitenskapeliggjorte sosialpolitikk, med staten som en standardiserende institusjon” (ibid:246). ”Evang ville skape ’et moderne sundhetsapparat’ – et effektivt, sentralisert helsevesen i offentlig regi, styrt med medisinsk faglig kunnskap” (ibid:363). Dette var en tid hvor medisinske forskningsfremskritt gjorde det mulig å bekjempe stadig flere sykdommer, og sykdomsforebyggende arbeid ble satt på dagsorden. Evang insisterte på at

Et moderne helsevesen måtte bygges på ”direkte samarbeid mellom de politiske (lovgivende, bevilgende og utøvende) instanser i Storting og Regjering og den medisinske sakkyndighet”. Legene skulle spille hovedrollen ikke bare på det sykdomsbehandlende nivå, men også i det administrative system (ibid).

Og slik ble det. Den medisinske profesjonen har gjennom mange år og på mange måter vært knyttet direkte til utformingen og driften av norsk helsevesen. Hvilken styringsideologi var så denne profesjonen bærer av?

Foucault viser hvordan moderne medisin oppstår som empiristisk vitenskap i forlengelse av den naturvitenskapelige revolusjon og utviklingen av den medisinske klinikken.

For clinical experience to become possible as a form of knowledge, a reorganization of the hospital field, a new definition of the status of the patient in society, and the establishment of a certain relationship between public assistance and medical experience, between help and knowledge, became necessary; the patient has to be enveloped in a collective, homogeneous space. It was also necessary to open up language to a whole new domain: that of perpetual and objectively based correlation of the visible and the expressible (Foucault 1993:196).

Foucault peker her på den medisinske vitenskapens formative potensial. Den kan under de rette betingelser skape samfunnsstrukturer og pasienter i sitt bilde. Dette er et perspektiv som

bl.a. antropologen Good underbygger gjennom sine studier fra legeutdanningen på Harvard (Good 1995). Ole Berg drøfter ”den moderne medisin som et ideologisk foretak” og viser ”hvilke verdier eller hensyn medisinen, slik den nå fungerer, tjener”.

Jeg har funnet det fruktbart å se medisinen fragmentering i forbindelse med det perspektiv som preger den, nemlig det analytiske eller reduksjonistiske. ... Man *reduserer* et fenomen til noe ”lavere” enn fenomenet selv. Den anvendte konsekvens av denne forståelsesmåte er selvsagt manipulasjon med elementer eller komponenter – for reparerende eller foredlende formål. Dette perspektiv er egentlig fantastisk – i den grad det er holdbart. Og det er fantastisk fordi det stiller *uendelig* kunnskapsøkning og *uendelig*<sup>20</sup> maktøkning i utsikt. Det gis nemlig, i prinsippet, ingen grenser for hvor langt reduksjonen kan drives. ... Forutsetningen for at medisinen skal kunne sørge for denne uendelige fremgang er særlig at den får, eller får beholde sin autonomi, og at den tilføres de ressurser den trenger (ibid:14-16).

Avhandlingen legger til grunn at det er denne logikken norsk helsevesen bygger på og er bærer av. Den har implisitt og eksplisitt skapt og regulert maktforhold og ressursbruk og er fremdeles grunnlag for vurderinger, prosedyrer og arbeidsmåter. I forlengelse av den medisinske reduksjonismen er det ikke vanskelig å se behovet for stadig oppdeling av funksjoner og dermed økt behov for spesialkompetanse. I dette perspektivet viker bildet av det helhetlige mennesket, og pasienten fremstår som syke organer<sup>21</sup> som kan undersøkes på stadig mer gjennomborende måter, og behandles på måter som lover uendelig bedring (ibid: 17).

Flere samfunnsforskere bidro på 1970-tallet med kritiske analyser av den medisinske ideologien (Løchen 1971, 1976, Illich 1975, Berg 1978, Ringen 1978, Album 1978, Martinsen og Wærness 1978). Album beskriver et stadig mer komplisert samspill mellom medisin og samfunn, knyttet til helsetjenestens økende penge- og personalforbruk, organisering og profesjonenes rolle. Som forvalter av medisinsk ideologi – den medisinske vitenskapens formende prinsipper – tilskrives legene ”naturlig” autoritet, autonomi og hegemoni, fordi de sitter på den helbredende ”formelen” (Album 1978:61-2, 65, 78). Løchen fokuserer på dilemma knyttet til misforholdet mellom det medisinske kunnskapsgrunnlaget og helseproblem allmennpraktikere møter i praksisfeltet:

Et hovedpunkt er at de modellene som medisineren orienterer seg etter i utøvelsen av sitt yrke, i noen grad synes å være irrelevante i forhold til de arbeidsoppgaver han pålegges. Han er overkvalifisert i forhold til de ”trivielle” sykdommer; han får ikke anledning til å gjennomføre en full medisinsk syklus i og med at han må sende de mest ”interessante kasus” fra seg; overfor de psykosomatiske og nervøse lidelser føler han at han kommer til kort (Løchen 1971:93-4).

---

<sup>20</sup> Uthevinger og tankestreker er Bergs.

<sup>21</sup> Foucault beskriver den endringen som kommer med den vitenskapelige medisinen, på en treffende måte: Mens legen tidligere spurte pasienten ”What is the matter with you”, så er de nå mer opptatt å få vite ”Where does it hurt?” (Foucault 1993: xviii).

Ut fra en forståelse av medisins logikk i tråd med Bergs beskrivelse, mener Løchen at den forsker seg bort fra de problemer leger møter i allmennpraksis. Det gjør at utdanningen – som jo skal være forskningsbasert - ikke utstyret legene med nødvendig kompetanse til å forstå og håndtere de ”hverdagslige” helseplagene.<sup>22</sup>

Martinsen og Wærness nærmer seg medisins logikk gjennom analyser av sykepleierrollen. De er kritiske til beskrivelsen av moderne medisin som en suksesshistorie, til sykepleieryrkets profesjonaliseringsbestrebelse og til det samspillet mellom behandlingsmedisin og sykepleie som synes å vokse ut av dette. De viser til ”en sammenheng mellom Nightingale-sykepleien og profesjonssykepleien, som begge representerer undertrykte kvinneroller i helsesektoren, og deres forhold til behandlingsmedisinen” (Martinsen og Wærness 1978:293).

I dag, med sykepleiens voksende profesjonalisering, er denne tendens blitt enda mer fremtredende, men samtidig også mer tildekket og abstrakt. Sykepleiens profesjonalisering av omsorgen gjennom en vitenskapelig begrunnet humanisme frigjør legene fra sin ”teologi” slik at disse mer systematisk kan utvikle sin teknologi. Den profesjonelle sykepleies vitenskapeliggjøring blir en ”yppersteprestvirksomhet”, et rituale som hyller og forsterker myten om at en på de aktive, teknisk høyt avanserte behandlingssykehus tror å gjøre så meget og å være så humane. *Dermed tildekker den profesjonelle sykepleie medisins teknologi og skjuler dens feilgrep*<sup>23</sup>. Det første skjer gjennom ”sykepleievitenskapens” ideologiske funksjon, og det siste ved at sykepleieren administrerer det meste av omsorgsarbeidet til hjelpepleieren. Hjelpepleieren blir den praktiske utøver av den profesjonelle sykepleiers kunnskaper, og dermed den som i første rekke bærer på medisins skader (ibid: 295).

Det ser ut til å være god overensstemmelse mellom denne forståelsen av medisin, og den som Berg og Løchen beskriver. Den uttrykker en tvil om hvor godt egnet den er som hegemonisk forståelseshorisont i helsetjenesten. I følge Martinsen og Wærness bidrar den på den ene siden til å befeste sykepleiernes underordnede rolle i helsesektoren. På den andre påvirker den sykepleiernes profesjonaliseringsstrategi og fagets vitenskapeliggjøring i en retning som til syvende og sist kan undergrave sykepleiernes egen rolle og funksjon i helsevesenet.

## **2.2 Velferdsstaten og profesjonene**

Det nære forholdet mellom stat og profesjoner – etter 1945 velferdsstaten og velferdsyrkene - har vedvart (Bertilsson 1990, Torstendahl 1990, Erichsen 2003abc, Kjølrsrød og Thornquist 2004, Kjølrsrød 2005, Torgersen 1994, Wilding 1982). Erichsen legger i sine analyser vekt på gjensidigheten - hvordan profesjonene former og formes gjennom koblingene til velferdsstaten. Hun identifiserer tre faser i utviklingen av dette forholdet (Erichsen 2003b:40-3): *Etableringsfasen*, hvor ”gamle” profesjonsgrupper, spesielt leger og tannleger, legger

---

<sup>22</sup> Dette samsvarer med det jeg selv fant da jeg intervjuet leger i allmennpraksis (Ekeli 1999, 2002).

<sup>23</sup> Uthevingene er Martinsen og Wærness’

premisser for mange av velferdsstatens ordninger og spiller en aktiv rolle i utformingen av ”nye” yrkesgrupper som hjelpepleiere, vernepleiere og sosionomer, som kan overta rutinepregete deler av eget arbeid. De ”nye” gruppene kan da ses som produkter av velferdsstaten. Den andre fasen, 1960 og -70 årene er kalt *vekst og konsolidering*. Den er karakterisert ved en sterk økning i antall yrker og utøvere, og en tiltagende spesialisering innen medisin - i tråd med reduksjonistisk ideologi. Konsolideringen knyttes til to prosesser: Statlig styrking av profesjonene gjennom etablering av offentlige godkjenningsordninger, og omlegging av utdanningssystemet med sterkere formalisering av studieoppleggene. Samtidig merkes antydning til friksjon i forholdet mellom stat og profesjoner. Den økende spesialiseringen møtes stadig oftere av kritikk, og myndighetene blir opptatt av en mer helhetlig tenkning rundt brukerne av helsetjenester. For å få det til, ”forutsette[s] samarbeid på et helt annet grunnlag enn innenfor legedefinerte hierarkier” (ibid:41). På den andre siden møtes, som vi så i kapittel 1, myndighetenes intensjon om å styrke en felles helsearbeideridentitet gjennom utdanningsreformer, med betydelig skepsis fra profesjonenes side. Den siste fasen – *Redefinering* - som begynte på 1980-tallet, knyttes til reformene av statens velferdsordninger. De endrer forholdet mellom profesjoner og stat, og skaper nye forutsetninger for forholdet mellom profesjonene. Erichsen tolker dette som et forsøk på å løse opp de tette forbindelsene mellom legeprofesjonen og staten. ”Den omformingen av forholdet mellom medisin og stat som startet rundt 1980 er av forskere beskrevet som en svekking av medisinsk autoritet, som en slags deprofesjonalisering” (Erichsen 2003a:32). På samme tid blir samarbeid - eller det som oppfattes som mangel på samarbeid mellom profesjonene – et tema som ”dukker opp med stadig større kraft i diskusjoner om utfordringer i helsetjenesten” (Erichsen 2003b:39). Endringene i forholdet mellom staten og profesjonene må også ses i sammenheng med behovet for å dempe kostnadsveksten i helsesektoren:

I økende grad synes det som om politikerne setter sine problemer med å holde budsjettene i sammenheng med det de oppfatter som profesjonsmakt og det de oppfatter som konflikter mellom profesjoner (ibid:101-2).

Margareta Bertilsson retter oppmerksomheten mot samfunnsborgerne som utgangspunkt og mål for utvikling av velferdsordninger (Bertilsson 1990), og hevder at moderne profesjoner spiller en sentral rolle i administrering av velferdsstaten, “especially within the frame of administering *citizens’ rights*”<sup>24</sup> (ibid:114). Profesjonene plasseres mellom staten og borgerne, og gis et slags dobbelt ansvar. På den ene siden skal de på vegne av staten bidra til å realisere

---

<sup>24</sup> Uthevingen er Bertilssons



dens lovfestede forpliktelser overfor borgerne. På den andre skal de ivareta borgernes rett til å få de tjenestene staten har lovd dem. De skal altså både yte tjenester, være garantist for at de som har bruk for tjenestene får dem, og sørge for at fordelingen blir rettferdig.

The welfare state is directly dependent on the competencies of various professionals to administer its wide extensions of rights. It is important for the credibility of the modern welfare policy to have access to professional expertise both in issuing and in executing rights. ... In the welfare type of society professional practices are intimately woven into the political wrap, and there is a “politicization” of the professions, at the same time political practice is being professionalized. ... The modern professional practitioners are constitutive of modern society and its individuals (ibid 117-8).

Bertilssons analyser etablerer ikke bare en grunnleggende forbindelse mellom profesjonell tjenesteyting og borgerrettigheter, men gir profesjonene en konstituerende rolle.

Profesjonenes bidrag til vitenskapeliggjøring av sosialt liv har vært vesentlig for utvikling av velferdsstaten. Men nå er ikke dette lenger tilstrekkelig, fordi vitenskapen selv oppfattes som et symbolsystem som må rettferdiggjøre seg (ibid:130). Asymmetrien mellom profesjoner og brukere krymper med en stadig mer informert og rettighetsbevisst befolkning, som i økende grad stiller spørsmål ved profesjonenes handlingsgrunnlag.

The success of the professionalized society results paradoxically in the “de-professionalization” of modern society; organizations among citizens and clients will force upon professional practitioners the necessity to review their own actions from the point of view of the larger citizenry and even of humanity as such (ibid).

Samfunnsborgerperspektivet - i denne avhandlingen forstått som pasient-/brukerperspektiv – tas opp i siste del av avhandlingen. Her går jeg videre med å skissere noen profesjons-sosiologiske perspektiver fra forskningen på 1960-80-tallet, fordi denne kan ha bygget opp under forestillingen om ’profesjonsbarrierer’ som målbæres i St.meld. nr. 41(1987-88).

### **2.3 Profesjons sosiologiske perspektiver**

Begrepet ”profesjon” indikerer et kontraktsforhold mellom en offisiell instans – i videste forstand samfunnet - og arbeidere innen et bestemt yrke. Dette forholdet er sentralt i profesjonslitteraturen (Carr-Saunders 1966, Parsons 1966, Vollmer & Mills 1966abc, Goode 1966, 1969, Elliot 1972, Wilding 1982, Freidson 1973, 1986,1988, 1994, Abbott 2009).

“[T]he professionalization is inextricably linked to the kind of society in which it takes place – to its political form, its cultural norms, and its social structure, as well as stage of technological development” (Vollmer og Mills 1966c:62). I sine analyser av forholdet mellom legeyrket og samfunnet hevder Freidson at legenes status ikke nødvendigvis bestemmes av deres kunnskap eller ferdigheter. ”What the status reflects is society’s belief that the occupation has such attributes and society’s belief in dignity and importance of its work”

(Freidson 1988:187). Tilsvarende tanker formidler Wilding: “Another important factor in governmental and public acceptance of power and influence of the professionals is belief in the importance of their work” (Wilding 1982:81). Antydningen om at samfunnets tiltro til profesjonene ikke nødvendigvis er basert på deres reelle kompetanse, men på *troen på* at de gjør viktig samfunnsnyttig arbeid, er interessant. Er det uttrykk for at profesjonene har nådd frem med det budskapet som ligger implisitt i selve profesjonsbegrepet - en erklæring eller et løfte om en vilje eller motivasjon á la det som nonner og munkes gir når de går i kloster (Bierstedt 1988:vii). I denne betydningen fremstår ”profesjon” som et relasjonelt og normativt begrep ladet med verdi, forforståelse og forventning som gir positive konnotasjoner (Freidson, 1986:21, 1994:18-9). Denne verdiladete resonansbunnen gjør profesjonstittelen attraktiv. Hvordan oppnås den? Hva er det som skiller profesjoner fra andre yrker? Hvordan defineres - og hva definerer - en profesjon? Dette har vært sentrale forskningsspørsmål i profesjons-sosiologien, og forskningen har i stor grad fokusert på grenser og grensetrekning mellom profesjoner og andre yrker. I lys av dette fremstår profesjonsbegrepet selv som en definisjon. Når det brukes, er grensen satt. Her gis en kort presentasjon av to profesjonssosiologiske perspektiv som trekker grensene på ulike måter. Det ene fokuserer på det som er innenfor - ”kjennetegns-sosiologien” eller ”trekkteoriene”.<sup>25</sup> Det andre på det som er utenfor - på relasjonene mellom yrkesgrupper (Abbott 2009).

### **På trekkene skal profesjoner kjennes.**

Trekkteoriene dominerte den profesjonssosiologiske forskningen på 1960 og -70-tallet, og har hatt sterk innflytelse på den generelle oppfatningen av profesjoner og profesjonalisering.

Professionalization seeks to clothe a given area with standards of excellence, to establish rules of conduct, to develop a sense of responsibility, to set criteria for recruitment and training, to ensure a measure of protection for members, to establish collective control over the area, and to elevate it to a position of dignity and social standard in society (Blumer 1966:xi).

Dette kan oppfattes som en mal for ”trekksosiologenes” tilnærming - etablering av kriterier som må fylles for at et yrke skal kunne kalles en profesjon. Områdene det fokuseres på er, i ulike varianter: *teoretisk kunnskap* – utviklet gjennom systematisk forskning; *utdanning* av en viss lengde; *samfunns-godkjenning* – tilkjenning av profesjonell egenkontroll med yrkesmonopol som mål; *etisk kodeks* som skal hindre misbruk av monopolrettighetene og *profesjonskultur* – ivaretatt gjennom fagforeninger og uformelle institusjoner for å fremme

---

<sup>25</sup> Begrepet er direkte oversatt fra det engelske ”trait theory” (Johnson 1972:25)

profesjonens mål og interesser (Carr-Saunders 1966, Greenwood 1966, Vollmer og Mills 1966a, Goode 1969, Ritzer 1971, Torgersen 1972).

Freidson tar på den ene siden avstand fra ”trekkteoriene” (Freidson 1994:14-6), på den andre bygger han sitt eget perspektiv rundt *ett* kjennetegn – autonomien: Den tilkjente retten til å utøve myndighet og selvkontroll i alle faglige og yrkesmessige forhold innen et felt.

However, a profession is usually taken to be a special kind of occupation, so that it is necessary to develop analytically useful distinctions between the profession and other occupations. I have argued that the most strategic distinction lies in legitimate organized autonomy – that a profession is distinct from other occupations in that it has been given the right to control its own work (1988:71).

Gjennom sin argumentasjon for statsautorisert autonomi som det mest distinkte profesjonstrekket tar Freidson oss tilbake til utgangspunktet. Han understreker at profesjoner er samfunnsgodkjente yrkesgrupper med privilegier, som krever strategisk avgrensing. Legeyrket plasseres klart innenfor avgrensingen, mens andre helseyrker, f.eks. sykepleiere, faller utenfor. ”Thus, the state has both made it illegal for other workers to compete with physicians and given physicians the right to direct the activities of related occupations” (Freidson 1988:47-8). Dermed har staten også sørget for en hierarkiserende arbeidsdeling i helsesektoren. Samtidig erkjenner Freidson at det er en viss dynamikk i feltet:

In fact, many of the tasks now performed by nonphysicians health personnel were once considered the everyday prerogatives of physicians themselves and so cannot in purely technical terms be considered something distinct from what the doctors does. What the physician does is a part of a larger technical division of labor and sometimes not a very distinct or generic part. It is the physician’s *control*<sup>26</sup> of the division of labor that is distinct. Those occupations falling under his control are called “paramedical” (ibid:48).

Freidson lanserer tittelen ”paramedical” for helsearbeid som er basert på medisinsk kunnskap ”or at the very least approved by physicians”, men ”the prestige assigned to paramedical occupations by the general public tends to be less than that of the physicians” (ibid:49). Etzioni introduserer begrepet ”semiprofesjoner” for ”new professions whose claim to the status of doctors and lawyers is neither fully established nor fully desired. Lacking a better term, we shall refer to those professions as *semi-professions*”<sup>27</sup> (Etzioni 1969:v).

På 1970 og -80 tallet ble ”semiprofesjon” et viktig begrep for de helsefaggruppene som trekk sosiologene plasserte utenfor profesjongrensen. I fagforeningene ga det opphav til debatt og strategisk arbeid for å bli kvitt ”semi” stempelen. Mitt eget forhold til profesjonsbegrepet ble farget av synspunkter i medlemsbladet til Norsk fysioterapeutforbund.

---

<sup>26</sup> Freidsons utheving.

<sup>27</sup> Etzionis utheving.

Med referanse til trekkorientert profesjonskunnskap ble fysioterapi plassert midt på en glideskala mellom yrke og profesjon. ”Den mest typiske profesjonen er ’den medisinske profesjon’. Vi fysioterapeuter er vel helst det ein kan kalle ein halvprofesjon” (Slaatto 1972:193). Forholdet til legene opptok forbundet, og retten til å foreta egne faglige vurderinger sto sentralt. Det kom til uttrykk på to måter: gjennom rekvisisjonskampen<sup>28</sup> og kampen om å få være egne fagsjefer i sykehus.<sup>29</sup> Det var også en periode mye fokus på grenseoppgangene mot andre yrkesgrupper.<sup>30</sup>

Det er ikke vanskelig å se sammenheng mellom tankegodset formidlet i fagforeningsbladet og profesjonssosiologien på 1960-70-tallet. Å føle seg som en halv profesjon kjentes ikke godt, og yrkesgruppen jobbet hardt for å fylle stadig flere kriterier for å stige på skalaen. Med andre ord, trekkvarianten av profesjonsteoriene synes å ha hatt stor gjennomslagskraft. Den bidro til å forme helsepersonells forståelse av yrker og profesjoner, forholdet mellom dem og seg selv som yrkesutøver. På fagforeningsnivå bidro trekkteorien til kamp på flere fronter: Innad for å styrke kompetanse gjennom utdanning og vitenskapeliggjøring. Mot legene for mer selvstendig yrkesutøvelse - som steg på veien mot ettertraktet autonomi. Mot myndighetene for å dokumentere yrkesgruppens kvaliteter, og oppnå legitimering av større selvstendighet. De aspirerende yrkesgruppene syntes å akseptere de profesjonssosiologiske kriteriene som ”naturlig” standard og mål for egne ambisjoner. Få eller ingen stilte spørsmål ved det faglige, samfunnsmessige eller vitenskapelige grunnlaget for profesjonskriteriene.

Innen profesjonssosiologien, derimot, møtte trekkteoriene motstand. Det er spesielt to forhold kritikken retter seg mot. Det første er etikkens tvetydige rolle innenfor selvstyrte yrkesmonopol. ”A monopoly can be abused; powers and privileges can be used to protect vested interests against the public well” (Greenwood 1966:14). Den kan også brukes som alibi for kravet om autonomi. ”[C]odes do not simply fulfil the functions suggested by the professional ideology. Rather they are part of the ideology, designed for public relations and justification for the status and prestige which professions assume vis-à-vis more lowly occupations” (Daniels 1973:49). Det andre som blir kritisert er det vitenskapelige grunnlaget

---

<sup>28</sup> Denne kampen besto i retten til å bestemme behandling for pasientene ut fra egne faglige vurderinger, i stedet for å måtte følge legens, ofte standardmessige rekvisisjon (Hårstad 1973, Nordahl 1975, Sønneland og Telje 1975, Hauger 1978, Storaker 1982, NFF 1983, Veening 1987, Kjølørød og Thornquist 2004)

<sup>29</sup> På 1970 og -80-tallet vokste kravet om at fysioterapeuter, ikke fysikalske medisinere, skulle lede de «fysikalske avdelingene». Dette navnet ble også forsøkt endret til Fysioterapiavdelinger (Sandaa 1974, NFF 1981a,b, Veening og Tischbein 1985, Johnsen 1983).

<sup>30</sup> To strategier ble fulgt: 1) å stille spørsmålsteget ved legitimiteten til andre yrkesgrupper (NFF 1980) 2) og tekke opp klare mulige grenser mot tilstøtende yrker (NFF 1982, Kullerud og Øvestad 1983).

for profesjonskriteriene. Kritikken er her at trekkteorien egentlig ikke *kan* gi noe troverdig svar på spørsmålet om hva en profesjon er, fordi den er for introvert og involvert. Den kontekstualiserer ikke profesjonsbegrepet, verken empirisk – i forhold til en større sosial sammenheng – eller teoretisk - i forhold til annen sosiologisk teori (Johnson 1972, Larson 1977, 1990, Wilding 1982). I stedet er den konsentrert om definisjoner og kriterier. ”These definitional exercises litter the field. Or again, the question of the uniqueness of professional occupations is safely buried as a basic assumption which justifies the very existence of the specialist field we call the ‘sociologies of the professions’” (Johnson 1972:10). Dessuten har trekkteorien, på grunn av sin “atheoretical character”, lett for å gjøre den feilen å godta de profesjonelles egen forståelse av sin profesjon (Johnson 1972:25-26). Trekkforskningen har, gjennom sine bestrebelser på å finne de ”riktige” trekkene, bidratt til å naturalisere profesjonene: ”Profession appears to be one of the many ‘natural concepts,’ fraught with ideology, that social science abstracts from everyday life” (Larson 1977:xi). Samlet gir kritikken langt på vei inntrykk av at trekkforskerne løper de etablerte profesjonenes ærend, noe som gir teoriene skinn av selvoppfyllende profeti, og definisjonene av ”profesjon” en tautologisk karakter. Abbott er også en av dem som stiller spørsmål ved trekkforskningens tilnærming: “Many writers had studied professionalism, but few, I felt, studied the basic conditions and context of the control of work” (Abbott 2009:xii). Hans egen profesjonsteori, som er tema for neste avsnitt, er basert på omfattende feltstudier, bl.a. i helsetjenesten.

### **Et system av profesjoner.**

Abbott ser profesjoner som historiske og kulturelle fenomen, og oppfatter forholdet mellom dem som dynamisk, både i synkront og diakront perspektiv (Abbott 2009:xiii). Drivkraften i dynamikken er *konkurranse*. Det yrkesgruppene konkurrerer om er ”Control of knowledge and its application means dominating outsiders who attack that control” (ibid:2). Dette gir grunnlag for å se på profesjoner som et interagerende system.

In this system, each profession has its activities under various kinds of jurisdiction. Sometimes it has full control, sometimes control subordinate to another group. Jurisdictional boundaries are perpetually in dispute, both in local practice and in national claims. It is the history of jurisdictional disputes that is the real, determining history of the professions (ibid).

Stridighetenes utgangspunkt og mål er altså jurisdiksjon – å bli tilkjent ”styringsretten” over et arbeidsfelt, eller visse typer oppgaver. Akademisk kunnskap er her en viktig innsatsfaktor – for den konkrete yrkesutøvelsen, men også symbolsk.

The ability of a profession to sustain its jurisdiction lies partly in the power and the prestige of its academic knowledge. ... In fact, the true use of academic knowledge is less practical than symbolic.

Academic knowledge legitimizes professional work by clarifying its foundations and tracing them to major cultural values of rationality, logic and science" (Abbott 2009:53-4).

De tre viktigste arenaene for fremsetting av krav om jurisdiksjon er: 1) Rettssystemet - for å bli tilkjent formell kontroll. 2) Den offentlige opinionen - omdømmebygging som igjen kan støtte opp under arbeidet for å oppnå formelle rettigheter. 3) Arbeidsplassen - der konkurransen om jurisdiksjonen skjer. I følge Abbott er det sistnevnte arena som er minst utforsket.

It is in the workplaces, then, that the actual complexity of professional life insists on having its effect. Here, for example, the diversity within professions must be recognised. ... Boundaries between professional jurisdictions therefore tend to disappear in the worksites, particularly in overworked worksites. There results a form of knowledge transfer that can be called workplace assimilation ... The reality of jurisdictional relations in the workplace is therefore a fuzzy reality indeed (ibid:65-6).

På det teoretiske planet fremstår grensene – jurisdiksjonen – mellom profesjoner både som flytende, og faste. På den ene siden kan de oppfattes som bevegelige og konkurranseutsatte. På den andre siden har de noe absolutt over seg: "One profession's jurisdiction preempts another's" (ibid:34). Slik Abbott fremstiller det, er det en viss logikk i denne tvetydigheten. Men i det konkrete feltet – der konkurransen foregår og jurisdiksjonen skal klargjøres - rotes det hele til, i følge siste del av det siste sitatet. Grensene forsvinner, kunnskap flyter mellom profesjonene som et slags felleseie, og jurisdiksjonens klarhet fremstår som "fuzzy". Til tross for denne erkjennelsen av misforhold mellom "kart og terreng" virker det som Abbott opprettholder en ideell forestilling om skarpe grenser mellom profesjonene. Dette er både forvirrende og forståelig. Forvirrede ut fra den praksisen han beskriver i sitatet. Forståelig ut fra jurisdiksjonens sentrale plass i Abbotts profesjonsteori.

### **Profesjonssosiologiens meningsdannende funksjon**

Grunnen til å trekke frem disse tilårskomne profesjonsteoriene er, som nevnt, et forsøk på å komme nærmere en forståelse for begrepet "profesjonsbarrierer", ved å søke dets opphav. Vi har allerede møtt det som departemental begrunnelse for fellesundervisning. I helsetjenesten vil vi møte det som en del av helsearbeidernes egen forståelseshorisont. Sosiologisk forskning med analytisk fokus på profesjonsbegrepets grensesettende funksjon kan altså antas å bygge opp under en forståelse av yrkesgrupper/profesjoner som skilte enheter. At trekkforskningen tidsmessig faller sammen med den fasen i forholdet mellom velferdsstat og velferdsyrker som Erichsen betegner "vekst og konsolidering", gir den et virkelighetskonstituerende potensial. På et generelt plan er det snakk om vitenskapens oppgave i samfunnet og vitenskapelig

grunnlag for meningsdannelse. Mer spesifikt er det spørsmål om hvilken kunnskap som utvikles og hvilke forestillinger den skaper. Disiplinen selv synes å være bevisst dette.

The work of sociologists, or of those accepted and cited by sociologists, has played an important part in defining and maintaining a professional culture. But it has not been simply a one-way process. Some statements by professional addressed to a professional audience have been taken over to become part of the basic corpus of the sociology of the profession (Elliott 1972:139).

Samtidig kan man undres over den gjennomslagskraften profesjonsteoriene synes å ha i møte med flertydig empiri. Både Freidson og Abbott viser for eksempel hvordan skarpe grenser mellom profesjoner og yrker oppslukes i det daglige arbeidets ”uryddighet”. Allikevel virker det som begge forholder seg til teorien som riktigere og sannere enn praksis. Daniels bekrefter langt på vei en slik forståelse: ”sociological analyses have tended to confuse statements about the ideal pattern of practice with statements of observable activity” (Daniels 1971:56). Den teoretiske rammen jeg har valgt for avhandlingen gir praksis en overordnet rolle og ser på profesjonsteoriene som del av de forståelsesrammer helsearbeidere bærer med seg. Nå en kort gjennomgang av noen utviklingstrekk i norsk helsetjeneste.

## **2.4 Noen hovedtrekk ved norsk helsetjeneste**

Rundt 1970 kom to sentrale dokumenter som stadfester det verdimeslige grunnlaget og meisler ut hovedtrekkene i norsk helsevesen: Lov om sykehus m.v. av 1969 (Odelstingsproposisjon nr. 36 (1967-68), og Stortingsmelding nr. 85(1970-71) *Om helsetjenesten utenfor sykehus*. I Lov om sykehus tildeles fylkeskommunene ansvar for planlegging og drift av sykehus og andre institusjoner som skal sørge for at befolkningen får nødvendig helsehjelp. Stortingsmelding 85 skisserer hovedtrekkene i organiseringen av helsetjenestene utenfor sykehus. Om begrepene ”helhetlig tjeneste”, ”samordning”, ”samlokalisering” og ”samarbeid” ikke er så fremtredende i meldingen, så gir den et begynnende innhold til dem. De sentrale verdiene er likhetsidealer, både i forhold til behovsdekning og tilgjengelighet. Tjenesten organiseres i to nivå, ett for spesialiserte helsetjenester, institusjons- eller sykehusnivået, og et primærhelsetjenestnivå som i større grad enn tidligere skal samordnes internt og defineres klarere i forhold til spesialistnivået.

I 1982 vedtas Lov om helsetjenesten i kommunene, og primærhelsetjenesten blir innarbeidet som et kommunalt ansvar. Kommunene skal sørge for nødvendige helsetjenester innen forebyggende arbeid, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg, ved å legge til rette for allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste, sykepleie og jordmortjeneste (§§ 1-1 og 1-3). Mot slutten av 1980-tallet kommer St.meld. nr. 41(1987-88) som på et overordnet plan legger grunnlag for en mer desentralisert styringsstrategi og effektiv utnyttelse av offentlige

ressurser. Meldingen viderefører velferdsverdiene - lik rett til helsetjenester og likeverdige helsetilbud til befolkningen.

Helsetjenestelitteratur fra denne tiden bærer preg av at tyngdepunktet forskyves fra sykehus til primærhelsetjeneste (Grundt m.fl. 1982). Det er antydning til interesse for samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste (Bruusgaard 1978) og mellom helsepersonellgrupper (Nygård 1986, Bjølstad 1986, Otterstad 1986). Samtidig vises det til problemer knyttet til forskning på samarbeid:

Det er enklest å angi mengden av samarbeid, ... Det er umulig å angi om mengden av samarbeid i helse- og sosialsektoren i kommunene er for lav. ... Når det gjelder samarbeid, er det trolig viktigere med kvalitet enn med kvantitet. Dette er et område som vanskelig lar seg måle, men innholdet av samarbeidet vil fortelle en del. Det kan beskrives rent subjektivt som en personlig opplevelse, eller mer presist ved å se på konkrete samarbeidssituasjoner (Otterstad 1986:13-4).

Det er tydelig at samarbeidsfokus representerer nye utfordringer for helsetjenesteforskningen, noe som bekreftes av de nordiske forskningsrapportene som ble referert i kapittel 1 (Kjøller 1979, Hulcrantz 1980, Kjøller m.fl. 1981, Fridodt-Møller 1983, Walls 1982, Westrin 1986).

## **Effektivitet og pasientfokus**

I St.m.nr. 41 legges altså grunnlaget for mer desentralisert styring og effektiv ressursutnyttelse i helsevesenet. Sosialdepartementet følger opp med å etablere Sekretariatet for modernisering og effektivisering av helsesektoren (SME), som på 1990-tallet var en sentral aktør i det helsepolitiske reformarbeidet (Sosialdepartementet 1992, 1993ab). Målsettingen – beskrevet i Inst. S nr. 120(1988-89) *om helsepolitikken mot år 2000* - var å bidra til å utvikle helsetjenesten til en serviceorganisasjon, og å lede prosjektbaserte moderniserings- og effektiviseringsarbeid for å nå dit. Tanken var at gode prosjektresultater skulle spre seg ”som ringer i vannet”. Brukernes behov skulle være styrende. ”Effektivisering” spesifiseres som evne til å utføre de riktige oppgavene på riktig måte i forhold til brukerne. Dette skulle realiseres ”gjennom vidtgående struktur- og organisasjonsendringer, med vekt på samarbeid og samordning både på tvers av nivåer og mellom institusjoner på samme forvaltningsnivå” (Sosialdepartementet 1993b:15). Strategien syntes klar og pedagogisk sin form. Ved å aktivisere helsearbeidere, helsebyråkrater og politikere på lokalplan, skulle det skapes ”grasrotengasjement”, og med det et inntrykk av at reformene var et ”bottom-up” tiltak. Man forsøkte å ”ufarliggjøre” effektivitetsbegrepet ved å integrere det som del av kvalitetsarbeidet i helsetjenesten



På 1990-tallet kom en rekke offentlige helsetjenestedokumenter: St.meld. nr. 50 (1993-94) *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*, NOU 1997:2 *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) og Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). Alle lovene kom i 1999. Jeg konsentrerer meg her om St.meld. nr 50 og de to sistnevnte lovene.

Effektivitet, styring og kontroll er veiledende stikkord for den strategien St.meld. nr. 50 legger opp til: Klar prioritering ut fra ut fra sykdoms alvorlighetsgrad og forventet effekt av tiltak. Mål- og resultatstyring, basert på statistikk-, informasjons- og indikatorsystemer. I sykehusene skal det utvikles et klassifikasjonssystem basert på såkalte diagnoserelaterte grupper (DRG) som grunnlag for en ny økonomistyring. Ellers fremmer meldingen forslag om kvalitetsutvikling gjennom rutiner for internkontroll, hvor tjenesten pålegges å dokumentere sin virksomhet (s.68). Ut fra meldingens tittel – Samarbeid og styring – forventet jeg å finne innspill i forhold til mitt tema. Det gjør jeg ikke direkte. Her er det samarbeid på strukturnivå som står i fokus. Mest av alt handler meldingen om å få på banen effektive styringsordninger, både når det gjelder økonomi- og kvalitetskontroll.

Med pasientrettighetsloven gis pasienten ny status – som rettssubjekt – i helsetjenesten. Loven stadfester pasientkrav langt utover det som tidligere ble karakterisert som ”nødvendig helsehjelp”. Pasienten får utvidet rett til medvirkning, informasjon, vurdering og revurdering av helseplager, fritt sykehusvalg og innsyn i egen journal. Klageadgangen utvides og krav til samtykke styrkes. Helsepersonelloven er også primært rettet mot pasientene. ”Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste” (§1). Ellers er intensjonen å samle ni profesjonslover i en felles lov for alt helsepersonell. Den nye loven gir ikke bare den enkelte større ansvar for egen yrkesutøvelse, men stiller også krav om samarbeid.

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig eller mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid eller samhandling med annet kvalifisert personell. Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient (§4).

Å kjenne til og erkjenne egne kompetansegrensener inkluderes altså i yrkesansvaret. Men selv om yrkesgruppene som omfattes av loven får rett til, og kan gjøre krav på å utøve selvstendige

faglige vurderinger innen sitt kompetanseområde, er det fortsatt legen som har det overordnede medisinske ansvaret. Ellers skjerper loven kravet til dokumentasjonsplikt i forhold til pasientrelatert virksomhet.

### **Kritikk av reformene**

Fra samfunnsvitenskapelig hold blir reformenes vektlegging av effektivitet, kvantifiserbare resultatindikatorer og økonomistyring tolket som en forskyvning av helsetjenestens verdigrunnlag (Lian 1996ab, Løchen 1996, Hamran 1996). Det pekes på inkongruens mellom pasienters helseproblemer og behov – og en helsetjeneste organisert for å ivareta medisinske spesialistområder (Lian 1996a:14). Reformene beveger helsetjenestens styringslogikk i instrumentell, markedsøkonomisk og ”managementbasert” retning. ”Begreper som likhet, rettferdighet og behov er i reformtiltakene byttet ut med begreper som insentiver, preferanser, konkurranse og målstyring” (Lian 1996b:119). Dermed forskyves også fordelingslogikken ”fra fordelingshensyn til effektivitetshensyn”<sup>31</sup> (ibid). Lian påpeker spriket mellom den verdirasjonelle fordelingslogikken, som formidles gjennom politiske intensjoner og den formålsrasjonelle som reformene fremmer. I reformene ser hun også motkrefter mot samarbeid. Konkurranse, insentiv- og kontrollsystemer stimulerer instrumentell tenkning der mistillit synes å ha bedre vekstvilkår enn tillit. ”Å styre ved hjelp av tillit setter samarbeidet, ikke kontrollen, i fokus. Samarbeidet kan godt være basert på en arbeidsdeling, for eksempel at den ene parten definerer reglene mens den andre håndhever dem. Poenget er at samarbeidet er basert på gjensidig tillit, ikke mistillit” (ibid:125).

Sykepleier og sosiolog Torunn Hamran viser hvordan reformideologien slår inn i sykepleiernes omsorgsarbeid. Tradisjonelt har arbeidet vært preget av sammenheng og kontinuitet, relatert til konkrete og sammensatte situasjoner med syke mennesker. Med større krav til effektivitet kommer behovet for å vurdere pleiearbeidet ut i fra kvantitative termer som tid og kostnader. ”Desentralisert styring” kan gi inntrykk av større faglig ansvar og autonomi for dem som arbeider ute i systemet. Hamran viser at det ikke nødvendigvis er slik: Arbeidet underlegges nye kontrollrutiner og større krav til dokumentasjon, hvilket forutsetter tekstliggjøring av praktisk arbeid:

Men arbeidet blir ikke bare beskrevet, det blir gitt en ny konstruksjon. ... Pleien konstrueres som enkeltstående deler. Den vises frem som oppgaver som er avgrensbare og oppstykkbare, som kan kvantifiseres og standardiseres. Enkeltoppgaver kan dessuten lettere regnes om i tid, og tid regnes

---

<sup>31</sup> Lians utheving

om til pris. Standardisering av tid innebærer en løsrivelse fra stedets umiddelbare kontekst (Hamran 1996: 142).

Med effektivitet som mål, forskyves omsorgsarbeidets fokus. Det forventes å hente sitt mål og sin mening fra en annen type rasjonalitet enn den som det tradisjonelt har vært bærer av. Fra å være knyttet til det kontekstspesifikke og relasjonelle, skal arbeidet vurderes i forhold til innsatsfaktorer og resultat. ”Pleien skal planlegges i henhold til kvalitetskriterier og standarder som er skapt *utenfor*<sup>32</sup> virksomheten. Nye standarder og rutiner setter hensynet til moralske vurderinger og faglig skjønn til side. De nye strukturene gjør helt nye kontroll-former og maktrelasjoner mulig” (ibid:143-4). I effektivitetsideologiens rasjonalitet løsrives altså omsorgsarbeidet fra den rasjonaliteten som har formet det. Løsrivingen som skjer på mange plan og ulike måter, gjør omsorgsarbeidet fremmed i sin egen virkelighet. Noen år tidligere skrev Hamran en bok med tittelen *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten* (Hamran 1992). Den kan leses som en ”før-beskrivelse” - fra en tid da pleiearbeidet fungerte i tråd med den tenkningen det tradisjonelt har vært bærer av, og kunne representere en utfordring for en instrumentell tenkemåte. Analysene av materialet mitt fra helsetjenesten indikerer at mye av den frustrasjonen jeg registrerte blant helsepersonell, både på sykehuset og i kommunen, kan forstås som forsøk på å mekle mellom omsorgsidealer og instrumentell rasjonalitet som styringsideologi for det daglige arbeidet med pasientene.

Samlet sett kan vi si at perioden 1980-2000 preges av to ideologiske strømninger – effektivitet og pasientfokus. Fra departementets side blir disse fremstilt som sammenfallende, mens de i sosiologiske analyser fremstår som motsetninger. Tvetydigheter knyttet til intensjoner om å utvikle helsetjenesten ”på brukernes premisser” - etter modeller formet av markedsorienterte begreper som effektivitet, økonomiske insentiver, konkurranse og kontroll - fortsetter inn i det nye tusenåret.

### **Omsorg i en markedsstyrt tid**

Av alle de helsetjenesterelaterte Stortingsmeldingene etter tusenårsskiftet fokuserer jeg bare på de fire som har størst kontekstskapende betydning for dette prosjektet: St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*, St.meld. nr. 28(1999-00) *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene - Omsorg 2000*, St.meld. nr. 45(2002-2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*, og St.meld. nr. 5(2003-2004) *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*.

---

<sup>32</sup> Hamrans utheving

Verdimeldingen, St.meld. nr 26, slår fast at ”Regjeringa vil føre ein politikk der det er lagt vekt på eit solidarisk og humant samfunn med menneske som syner medkjensle med kvarandre og har omsorg for dei svakaste.” (pkt. 1.1)<sup>33</sup>. Budskapet er at det ikke er noen motsetning mellom en fag- og verdibasert styring av helsetjenesten, og de instrumentelle virkemidlene som er utviklet de seneste årene. Omsorgsmeldingen, St.meld. nr. 28, søker å dreie fokus fra kapasitet og strukturelle rammer til innholdet i tjenestene og verdigrunnlaget for dem. Den tar fatt i selve omsorgsbegrepet og viser dets flertydighet:

Omgrepet omsorg er ikkje enkelt å definere og avgrense. Men sjølv om det er vanskeleg å seie eksakt kva det er, ”veit vi” som oftast kva det dreier seg om. Vi kjenner omsorga når vi møtar den, og på same måten forstår vi intuitivt kva omsorg ikkje er. Omsorg er både eit kvardagsleg ord og eit fagleg analytisk omgrep som dekkjer ein mangfaldig praksis i mange ulike sosiale samanhenger ... Omgrepet er komplekst, omfattande og uklart, og innhaldet varierer. I tillegg til å beskrive ei verksemd står omgrepet omsorg for eit ideal, ein intensjon om å ha omtanke for og syte for nokon (pkt. 3.1).<sup>34</sup>

*Omsorgstjenester* synes lettere å definere: hjemmesykepleie, hjemmehjelp og annen praktisk hjelp, og tjenestene i syke- og aldershjem. Verdiene som skal realiseres gjennom tjenestene er livskvalitet, helse, trygghet, selvstendighet, mestring av egen hverdag og styring av eget liv. Kvalitetsbegrepet knyttes hovedsakelig til forholdet mellom tjenesteyter og mottaker. Det skal bygge på trygghet, respekt, individuelle hensyn, valgfrihet, medvirkning og faglig god kvalitet. Men hvordan kvalitet i omsorgstjenestene tar seg ut – er ikke lett å si:

Det er gjennomført ei rekkje studiar av kvalitet innan omsorgstjenestene, utan at forskarane har kome fram til ein felles definisjon på kvalitet eller felles kvalitetsmål. Det finnes nesten like mange kvalitetsmål som det fins undersøkingar av kvalitet – og med dei har ein kome fram til ulike resultat (ibid: pkt. 4, første avsnitt).

Det ubestemmelige kvalitetsbegrepet gir opphav til *Rundskriv I 13/97 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* – med konkrete forskrifter og kontrollsystemer for hvordan kvalitet skal oppnås og kontrolleres. St.meld. nr.45, dels overlapper og dels utdyper de vurderinger og tiltak som fremmes i omsorgsmeldingen, men her blir kvalitetsbegrepet forsøkt definert noe klarere. Det knyttes til brukeropplevelse - ”brukeropplevd kvalitet” – som innebærer ”valfridom og individuell tilrettelegging av tenestetilbudet. Kva ein opplever som kvalitet,

---

<sup>33</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850>

<sup>34</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-28-1999-00-/3.html?id=192866>

varierer frå menneske til menneske, og er avhengig av personlege verdiar og erfaringar” (kap. 1, 4. avsnitt).<sup>35</sup> I denne tolkningen av kvalitet, får begrepet ”tillit” en sentral plass.

Mens de tre første meldingene verdiforankrer helsepolitikken, er den siste - St.meld. nr. 5 (2003-2004) *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten* - av en mer realpolitisk karakter. Her prissettes tjenestene. Sykehusreformen i 2002 overførte ansvaret for sykehusdriften fra fylkeskommune til stat, og hele spesialisthelsetjenesten ble organisert i fem regionale helseforetak (RHF) med ansvar for all offentlig og privat spesialistvirksomhet innenfor sin region. Målet var helhetlig styring av spesialisthelsetjenestene med tydelig ansvarsfordeling og bedre ressursutnyttelse, virkemiddelet et delvis innsatsstyrt inntektssystem som skulle

legge til rette for at RHF skal kunne opprettholde resultatbasert finansiering overfor tjenesteytende nivå slik at ”pengene følger pasienten”. Dette vil sammen med fritt sykehusvalg og informasjon om ventetider og kvalitetsindikatorer stimulere sykehusene til rask og effektiv behandling med god kvalitet (pkt 1, 7. avsnitt).<sup>36</sup>

Motivet for meldingen var at aktivitets- og kostnadsutviklingen i sykehusene de siste årene hadde vært høyere enn forutsatt i statsbudsjettene (ibid: pkt. 1.2). Styringen må bli bedre. Det foreslås derfor å videreutvikle modellen for innsatsstyrt finansiering basert på DRG-systemet.

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold (pasienter) i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Det er i alt 510 diagnoserelaterte grupper. Grupperingen bygger på 10 000 diagnoser og 250 prosedyrekoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkeligheten. Enhver DRG har en kostnadsvekt som uttrykker det relative ressursforbruk for pasientgruppen i forholdet til gjennomsnittet for alle pasienter. Mens gjennomsnittspasienten har en kostnadsvekt om lag lik 1, vil de mest ressurskrevende pasientene ha en kostnadsvekt nær 26. Dette gjelder for eksempel levertransplantasjonspasienter (ibid: boks 2.1).

Samlet sett formidler helsetjenestemeldingene etter tusenårsskiftet sine budskap med begreper som kan virke motsetningsfylte. På den ene siden er ”menneskeverd” og ”styrking av individuell valgfrihet” sentrale. På den andre siden verdisettes tjenestetilbudet ved å kostnadsberegne ”gjennomsnittspasienten”. Effektivitetsbegrepet utstyres med en tilsiktet tvetydighet: pasientrettet kvalitet og kostnadseffektivitet. Begrepet ”tillit” er sentralt i beskrivelsen av samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter, og ”kontroll” viktig i de systemene som skal overvåke brukernes tillit til tjenestene. Brukernes rett til nødvendig helsehjelp skal kombineres med intensjonene om kostnadsreduksjon og kostnadskontroll.

---

<sup>35</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-45-2002-2003-.html?id=1972452002-2003>

<sup>36</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20032004/stmeld-nr-5-2003-2004-/2.html?id=197380>

Samfunnsvitere viser hvilke utfordringer helsepolitikkenes tvetydigheter representerer. Hvordan faglig skjønn og etiske vurderinger brynes mot nyliberale idealer og strukturer i et velferdsspill der tillit, profesjoners kompetanse og faglige kunnskap både er innsats og forutsetning (Hydle 2000, Erichsen 2003a, Haukelien 2003, Lian 2003, Vike m.fl. 2003a, 2004, Kjølørød 2005, Ekeli 2002, 2005). Vike peker på den norske velferdsstatens uavgrensethet som overordnet premiss for tvetydighetene: ”Målet om universell velferd står i direkte motsetning til økonomisk politikk, og mekanismer for å harmonisere forholdet mellom økonomi, velferdspolitiske forpliktelser og praktisk yteevne synes å mangle fullstendig” (Vike 2004:205).

### **Tillit som innsatsfaktor og forutsetning**

Forholdet mellom velferdsstaten, velferdsyrkene og borgerne har tradisjonelt vært basert og utviklet på grunnlag av tillit (Haukelien 2003, Lian 1999, 2003, Vike 2004). Tillit er kanskje den viktigste delen av velferdsstatens kapital: ”Tillit er en størrelse som er vanskelig å skape, kjøpe og selge, beregne og kontrollere, men lett å ødelegge. Tillit utgjør økonomiens og styringens forutsetninger” (Vike 2004:50). De siste tiårenes helsetjenestereformer setter denne tilliten på spill. De kan så tvil om vurderinger knyttet til helse og sykdom tas ut fra medisinske eller økonomiske hensyn (Haukelien 2003). Helsereformene tvinger helsepersonell inn i en vanskelig dobbelrolle: De skal både være pasientens advokat og velgjører, og myndighetenes agenter, i realiseringen av reformenes intensjoner. Denne dobbeltrollen kan bidra til å undergrave pasientenes tillit. Hvordan kan de være sikker på at det er deres interesser som blir ivarett? (Lian 2003) Lian bruker begrepet ”forvitring” (1999) om disse tillitsreduserende prosessene. Om myndighetenes hensikt med de markedsorienterte reformene er å øke helsearbeiderens økonomiske bevissthet eller å redusere profesjonsmakten i helsetjenesten er uvisst.

Et mulig tegn på sviktende tillit fra politikernes og styresmaktens side kommer blant annet til uttrykk ved at profesjonene fratras makt og ansvar på flere områder. De tiltakene som utformes for å styre og kontrollere helseprofesjonenes virke, blant annet bruken av konkurranse og økonomiske insentiver, kan også tolkes som manglende tillit. Disse virkemidlene hviler nemlig på en forutsetning om at aktørene må lokkes til å gjøre de riktige tingene gjennom utsikter til økonomisk vinning, noe som forutsetter en manglende tillit til at personalet gjør de rette tingene ut fra overbevisninger om hva som er rett eller galt sett fra et faglig og etisk ståsted (Lian 2003:174).

Vike er også skeptisk til myndighetenes håndtering av tillit i helsesektoren Han mener at

.. tillit og faglig autonomi gradvis erstattes av kontrollregimer som i en viss forstand setter mistillit i system. ... de nye styrings- og kontrollregimene [som] består i å automatisere og standardisere kriteriene for ytelser, og samtidig sette institusjoner, profesjoner, spesialiteter og avdelinger i konkurranseforhold til hverandre (2004: 79)

Og her slutes på en paradoksal måte tillit/mistillitssirkelen. Men - uansett hvor tvilende staten måtte være til at helsepersonell følger opp reformene, er den helt avhengig av deres tillitsskapende arbeid i forhold til befolkningen. Av at de daglig arbeider for å realisere intensjonene om velferdsstaten, også i en tid hvor deres faglighet, etikk og arbeidsinnsats utfordres gjennom statens egne reformer.

## **Reformer på faglighet og helse løs**

Under feltarbeidet, spesielt i kommunehelsetjenesten, erfarte jeg hvordan personalet strevde med å opprettholde og etterleve faglige og etiske idealer i det daglig. Haukelien har gjort lignende observasjoner i et av helseforetakene. Hun registrerte bl.a. hvordan markedets begreper ség inn i helsepersonellens vokabular. Begrep som ”produksjon”, ”merverdi”, ”lønnsomhet” og ”resultat” var vanlige når de beskrev det de drev med. ”Noen klinikker blir ’overskuddsklinikker’, mens andre blir beskrevet som ’underskuddsklinikker’” (Haukelien 2003:116). Reformene har potensial til å marginalisere pleie- og omsorgstjenestene ”fordi uttalelser om faglig kvalitet, omsorg og verdier blir ’out of context’” (ibid:117) i den reformerte helsetjenesten. Riktignok er ”faglig kvalitet” en kvalitetsindikator, men i et kvalitetssystem med uklare og flytende vurderingskriterier, kan kvantifiserbare kategorier som ”budsjett”, ”produksjon”, ”ventelister” og ”sykemelding” være enklere å forholde seg til.

Ut fra sine analyser av samspillet mellom statens styringsideologi og tjenesteyting mener Vike å kunne dokumentere at de som arbeider på grasrotnivået ikke bare er satt til å vokte velferdsstatens grenser, men til å skape dem, i sin daglige samhandling med pasienter og brukere. Han karakteriserer dem som ”velferdsstatens strekkbare faktor” og hevder at ”velferdsprofesjonene forvalter maktens samvittighet” (Vike 2004: 206).

... i kraft av å være grensekryssere, omsorgspersoner, relasjonsansvarlige, tilstedeværende og behovsorienterte er det ingen tvil om at kvinner – spesielt slik de har funnet sin rolle i velferdsstatens førstelinjeyrker – utgjør selve kroneksempel på fleksibilitet (ibid: 207).

Det styringsstrategiske trekket med å skyve ansvaret nedover i systemet og styrke makten øverst er egnet til å øke belastningene lengst nede i systemet

Den utilstrekkelighetsfølelsen som kjennetegner velferdsstatens grasrotnivå synes å være mer eller mindre permanent. Til tross for at det arbeides kontinuerlig med effektiviseringstiltak (Vike m.fl.2003: 11). ... Den enkelte sjukepleier (eller hjelpepleier for den saks skyld), eller hele arbeidsfellesskapet, kan løpe raskere, bruke kortere tid hos hver enkelt, redusere eller kutte hjelpen til den enkelte eller omgå reglene om medisiner, for å nevne noe. Uansett hvilken strategi som velges, innebærer den en kombinasjon av intensivering av egen arbeidsinnsats og en opplevd utilstrekkelighet overfor mennesker som trenger hjelp (ibid: 13).

Denne beskrivelsen kunne nesten vært hentet ut av feltnotatene mine. Statens styringslogikk kroppliggjøres hos de som møter pasientene ansikt til ansikt, et møte hvor staten forutsetter at den enkelte helsearbeider bærer velferdsstatens ansikt. Hovedvekten av materialet mitt er fra situasjoner hvor slike møter foregår. Jeg håper med det å kunne yte et bidra til den “grasrotnære” helsetjenesteforskningen som mange etterlyser (Lian 2003, Vike m.fl. 2003, Vike 2004) for å få bedre forståelse for møtet mellom markedsstyring og omsorgsrasjonalitet.

### **Kunnskap i helsetjenesten – et evidensbasert kunnskapsideal**

Verdimeldingen, St.meld.nr.26 (1999-2000)<sup>37</sup>, opererer med et dikotomt kunnskapsbegrep (kap. 9), og peker på utfordringer knyttet til å skille pålitelig kunnskap fra upålitelig.

Kunnskap basert på faglig tradisjon settes opp mot faktakunnskap i beskrivelse av helseyrkenes kunnskapsgrunnlag. Ut fra fremstillingen kan det ”å ta omsyn til pasientens sine egne opplevingar” oppfattes å ligge utenfor det som omtales som ”god fagleg faktakunnskap”. Det argumenteres for at mengden kunnskap som bygger på vitenskapelig etterprøvbarehet, må gjøres bedre tilgjengelig for helsepersonell. Et konkret forslag er at

Sosial- og helsedepartementet vil ta eit initiativ overfor dei norske institusjonene for å få formalisert eit nasjonalt nettverk som i samarbeid med utøvarane i helsetenesta kan overvake kunnskapsfronten, leggje fram kliniske retningslinjer med grunnlag i den til ei kvar tid beste kunnskapen ... (pkt. 9.1).

Ordlyden i siste del av sitatet er identisk med formuleringer i litteratur som promoterer det evidensbaserte kunnskapssystemet – EBP-systemet - (Sackett m.fl. 1997, Bjørndal m.fl. 2000). Flere av beskrivelsene i meldingens kunnskaps-kapitel passer som hånd i hanske til dette systemet, som i løpet av kort tid spredd seg til de fleste helsefagene (Ekeland 1999, Nordtvedt og Hanssen 2001abc, Jamtvedt m.fl. 2003, Nortvedt, Jamtvedt m.fl. 2007). Intensjonen med EBP-systemet er å øke kvaliteten på helsetjenestene ved å gjøre de mer forskningsbaserte. Forholdet mellom kvalitet basert på Omsorgsmeldingens intuitive omsorgsbegrep og kvalitet basert på EBP-systemets biomedisinske forskningsideal, problematiseres ikke. Tvert i mot, dette idealet brukes som mal for hierarkisering av forskningsmetoders evne til å frembringe sikker kunnskap for klinisk arbeid (Bjørndal m.fl. 2000: 68, Jamtvedt m.fl. 2003: 61).

Kritikere ser EBP-systemet som en slags ”hegemonisering” av kunnskapsgrunnlaget for klinisk praksis, og et redskap for å underordne praksis en biomedisinsk vitenskapsideologi (Ekeland 1999, Ekeli 2002, 2005, Martinsen 2005). Ekeland hevder at “[d]en evidensbaserte

---

<sup>37</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850>



bølja representerer [difor] noko nytt, og det nye er ikkje empirisk forskning på<sup>38</sup> praksis, ... Det nye er empirisk kontroll av praksis, ein intensivert empirisme med predikator forskning i framsetet” (1999:1039). Med referanse til rapporter fra andre land viser Ekeland hvordan EBP-systemet spiller behandlingsprosedyrer i hendene på politikerne: ”Lister over behandlingsprosedyrar har blitt eit viktig vekty for beslutningstakarar innen helseomsorgs-systema til å regulere praksis. Kostnadskontroll kan no koplast direkte til standardiserte prosedyrar og normering av behandling baserte på eksplisitte kriterium” (ibid:1038).

Jeg har også stilt spørsmål ved hvordan kunnskap utviklet ved hjelp av forskningsmetoder hvis viktigste funksjon er å fjerne ”den menneskelige faktoren”, kan gi det beste grunnlaget for behandling av syke mennesker i komplekse kliniske situasjoner (Ekeli 2002, 2005). Samtidig har jeg undret meg over hvordan et kunnskapssystem som tidfester sitt filosofiske opphav til midten av 1800-tallet (Sackett m.fl. 1997:2) kan være forskningsideal i 2013.

### **Refleksjon over utviklingstrekkene i norsk helsevesen**

Tidsrommet denne helsetjenestehistorien spenner over er kort men ”handlingsmettet”. Det er mulig å identifisere noen typiske utviklingstrekk som har stor relevans for dette prosjektet. På *ontologisk nivå* ses en helsetjeneste klemt mellom egne mål og befolkningens krav om at disse oppfylles. Den trengte posisjonen er skapt i samspill mellom en rivende medisinskteknisk utvikling og forventninger om helsetjenester i forlengelsen av denne, på den ene siden, og statens behov for å få kontroll over de økonomiske konsekvensene av dette samspillet, på den andre. Jeg ser dette som et hovedtema i helsepolitikken de siste 50 årene. Forsøk på å få disse to dimensjonene til å balansere, har styrt myndighetenes reformarbeid. Ideologisk holdes velferdsprinsippene høyt. På handlingsplan iverksettes styringsmessige og økonomiske reformer som distanserer staten fra konsekvensene av velferdsprinsippene ved at ansvaret for å gi borgerne den helsetjenesten de til en hver tid trenger, samt krav til kontroll, skyves lenger og lenger ned i systemet. Dermed blir staten fremdeles garantist for at idealene realiseres, men overlater ansvaret for realiseringen til helsearbeidere på grunnplanet - i virkeligheter skapt av reformene. Staten distanserer seg fra ansvaret gjennom en kombinert utvidelse og innskrenking av helsearbeidernes ansvar. I tilrettelegging av tjenester og i møte med pasienter skal de ikke bare legge faglige, etiske og situasjonsorienterte vurderinger til grunn, de skal også tenke kostnadseffektivt. Helsearbeiderne står i fare for å kompromittere

---

<sup>38</sup> Uthevingen er Ekelands

forholdet til pasientene, som ikke lenger kan være sikker på hvem sine interesser de tjener - deres eller budsjettens. Dette kan tolkes som en intendert svekkelse av profesjonenes stilling og deres mulighet til å sette agenda for tjenestens utvikling.

*På ideologisk nivå* kan vi spore utvikling fra en slags nøktern vektlegging av de velferdsverdiene som helsevesenet skal oppfylle – yte nødvendig helsehjelp gjennom tjenester av god kvalitet – til en nærmest overdrevet betoning av verdier som nestekjærlighet, medfølelse, solidaritet og omsorg. Ikke bare synes disse å stå i direkte opposisjon til de verdiene som ligger implisitt i de helsepolitiske reformene – instrumentell rasjonalitet og markedsstyring. De fremstår som omvendt proporsjonale. Jo mer markedets verdier ”overtar styringen”, jo mer intens blir fremhevingen av de humanistiske verdiene og dess mindre rom synes det å bli for å yte tjenester i tråd med disse verdiene.

*Epistemologisk* må utviklingen ses i lys av helsetjenestens egen kunnskapsorientering. I formuleringen ”kunnskapsorientering” legger jeg de forståelsesperspektiver som tjenesten er utviklet gjennom, og som den blir forstått ved hjelp av. Det biomedisinske kunnskapsidealet har dominert og i stor grad bidratt til å forme helsetjenesten på en implisitt og ”selvfølgelig” måte. Dette kan tilbakeføres til en kombinasjon av medisinsens reduksjonistiske orientering - med fragmentering som drivkraft, uendelig fremgang som mål, og tap av helhet som konsekvens – og manglende bevissthet om dette. På 1970-tallet var det antydning til utfordring av det biomedisinske paradigmet på grunn av et økende misforhold mellom medisinsk forskningsbasert kunnskap og den kunnskapen leger i allmennpraksis trengte for å hjelpe mennesker med stadig mer komplekse relasjons- og livsstilsrelaterte helseproblemer. Men - før dette misforholdet ble så ”kritisk” at det endte opp i et paradigmeskifte, ble de biomedisinske kunnskapsidealene konsolidert og revitalisert i form av et kunnskapsbasert system som nettopp bygger på disse forskningsidealene, og presenterer lett tilgjengelige metaanalyser av forskningsresultater som det beste grunnlaget for klinisk praksis. Det er denne kunnskapen, som i tråd med intensjonene i St.meld.nr.26(1999-2000), er lagt til grunn for det nasjonale kunnskapscenteret for helsetjenesten som ble etablert i 2004.

Samlet forsterker de historiske utviklingstrekkene inntrykket av at norsk helsetjeneste slites mellom motstridende politiske signaler. For helsepersonell - statsautoriserte garantister for og ivaretaere av velferdsstatens verdier i forhold til befolkningen – betyr dette å ha sitt daglige virke med pasienter og gjøre sine kliniske vurderinger i spenningsfeltet mellom omsorgsrasjonalitet og instrumentell markedsorientert rasjonalitet. Her er det ikke bare de

helsepolitiske idealene som settes på prøve. På ulike måter, på ulike arenaer og med ulike uttrykk er det tilliten mellom velferdsstat og borgere, politikere og helsepersonell, behandlere og pasienter som utfordres. Dette er den store og utfordrende konteksten - og kanskje det egentlige grunnlaget for regjeringens forslag om fellesundervisning for bedre samarbeid og kvalitet i helsetjenesten. Men før jeg går inn i det temaet vil jeg fortelle historien om det som skjedde da Regionsykehuset i Tromsø skulle omorganiseres i tråd med helsetjenestereformene på slutten av 1980-tallet.

## **2.5 En fortelling om profesjonspolitiske maktspill**

I 1986 vedtok Troms fylkeskommune at Regionsykehuset i Tromsø (RST) skulle delta i Sosialdepartementets prosjekt for effektivisering i helsetjenesten hvor utprøving av nye organisasjons- og ledelsesformer var et av målene. I 1987 ble det nedsatt en lokal organisasjonskomité til å lede arbeidet (Østby 1989a, Førde 1989, Eriksen og Larsen 1991a). Målet var bedre ressurs- og økonomistyring, og mer hensiktsmessig håndtering av økende kompleksitet i sykehuset og dets samspill med resten av helsetjenesten og samfunnet utenfor.

Den tradisjonelle modellen for sykehusstyring kjennetegnes av profesjonenes/spesialitetenes sterke stilling og av få formelle bindinger. Denne modellen er funksjonell så lenge sykehuset har stabile og oversiktlige omgivelser, og de økonomiske rammer gir mulighet for en viss vekst. ... Dette er ikke lenger tilfelle. Sykehuset får stadig pålegg om å spare penger, krav om bedre pasientservice, om mer effektiv drift osv. (Eriksen og Larsen 1991a:1).

### **Handlingsforløp med forviklinger**

Den 2. desember 1988 ble den lokale organisasjonskomiteens forslag behandlet i sykehusstyret. I tråd med mandatet ble det foreslått å innføre delt ledelse mellom lege og sykepleier på avdelingsnivå. Dette var en forutsetning Norsk sykepleierforbund (NSF) hadde satt for i det hele tatt å delta i komitéarbeidet. I forkant av styremøtet ble det imidlertid lagt frem et alternativt forslag, initiert av Yngre Legers Forening i allianse med Norsk Kommuneforbund som organiserte hjelpepleierne: Hvis *de* støttet en ordning med lege som øverste leder for avdelingene, skulle legene sørge for at det ble opprettet stilling for ledende hjelpepleier som del av teamet rundt avdelingsoverlegen. Styret vedtok at avdelingene skulle ledes av et team på to til fire personer, der en av dem hadde det endelige beslutningsansvaret. Ved avdelinger med diagnostikk og behandling som hovedfunksjon skulle denne personen være overlege (Østby 1989a, Førde 1989). Dette vedtaket ble det strid om. I Tidsskrift for Den norske Lægeforening (Legeforeningens tidsskrift) ble styrevedtaket referert slik:

Den 2.12.88 vedtok Styret ved regionsykehuset i Tromsø (RST) prinsippa for ein ny organisasjonsplan ved sjukehuset. Vedtaket fekk store oppslag i media etter at grupper ved sjukehuset gjekk sterkt imot dei nye planane og trua med aksjoner. Dei respektive sentrale yrkesorganisasjonane engasjerte seg også i striden, og på eit møte mellom desse organisasjonane og

leinga i Sosialdepartementet den 9.12.88 var det semje om å be Styret ved RST om å vente til 15.6.89 med å sette dei nye planane i verk (Førde 1989:1101).

Sykepleierforbundet så vedtaket som et “klart brudd” på NSF’s forutsetning for å delta i prøvesykehusprosjektet og predikerte at styrevedtaket ville bety “grunnstøtet” for prosjektet. Lokalt ble det dannet en aksjonsgruppe som den 5. desember “samlet mer enn 300 personer i et auditorium med plass til 150” (Østby 1989a:5). Nesten samtlige oversykepleiere sa opp stillingene sine og bioingeniørene truet med aksjoner. NSF sentralt sørget for støtte fra Akademikernes Fellesforbund, og tok kontakt med sosialministeren for å drøfte situasjonen i Tromsø:

Følgene av henvendelsen var at Sosialministeren den 9. desember innkalte alle de berørte organisasjonene til møte. Resultatet av møtet kom i form av en henvendelse til styret for Regionsykehuset i Tromsø, hvor man ba om at iverksettelsen av vedtaket utsettes til juni 1989. ... Styret etterkom anmodningen. Samtidig forpliktet organisasjonene å avklare funksjoner og faggrensene seg i mellom. Foreløpig siste akt ved Regionsykehuset i Tromsø var å nedsette en tverrfaglig gruppe ved RST og to arbeidsgrupper med representanter fra yrkesorganisasjonene sentralt (Østby 1989a:5-6).

Stridens kjerne var hvilket prinsipp som skulle legges til grunn for ledelse av sykehusets avdelinger. I den nye desentraliserte organisasjonsmodellen ville avdelingene bli reelle styringsnivå med større ansvar for ressursfordeling og økonomistyring.

Her satses det på at lokale enheter skal ta ansvaret for sine budsjetter, for personalpolitikken og for utviklingen av enheten, samt ha programmer for koordinering mellom avdelingene. Denne modellen er basert på tanken om at økt frihet gir økt effektivitet, og at lokal autonomi kan virke befruktende på samarbeidsånden og klimaet på sykehuset. Ved at avdelingen selv klargjør sine mål og visjoner, planlegger sine aktiviteter og styrker samarbeidet vil personellet også bli mer ansvarliggjort og motivert. Denne modellen ser altså flaskehalsen i *samarbeidet* mellom gruppene og i *koordineringen*<sup>39</sup> av sykehusets ulike tjenester (Eriksen og Larsen 1991a:14-5).

## Argumentasjon og virkelighetsoppfatning

I sin argumentasjon for enhetlig legeledelse viste legeföreningen til lovverket: Lov om leger, Kvakksalverloven og Lov om sykehus, som med få unntak gir legene rettslig monopol på medisinsk undersøkelse og behandling av pasienter (Tidsskrift for Den norske Lægeförening 1988:3133-35). Ut fra dette ses all øvrig pasientrelatert aktivitet i sykehuset som hjelpetjenester for medisinsk undersøkelse og behandling – ”sykehusets hovedfunksjoner – grunnlaget for hele virksomheten kan selvsagt ikke sidestilles med eller gjemmes bort blant de øvrige funksjoner som er rene hjelpefunksjoner” (Rosenlund 1989:3481). Men:

Virksomheten innenfor legens område (diagnostikk og behandling) kan delegeres til annet personell. Oppgavene utføres da klart på legens vegne. Den som utfører oppgavene skal inneha godkjente kvalifikasjoner. ... I et sykehus er det avdelingsoverlegen som er ansvarlig for avdelingens medisinske virksomhet, og som formelt er sykepleierens overordnede innenfor området

---

<sup>39</sup> Eriksen og Larsens utheving.

diagnostikk og behandling. ... På det administrative området (vaktlister, ferieavvikling) er sykepleieren underlagt det sykepleiemessige hierarki (Brox 1989:3141).

Sykepleiernes insistering på delt sykepleiefaglig og medisinskfaglig ledelse, var basert på argumentet: Sykepleie er en egen tjeneste som bare kan ledes av sykepleiere.

Året 1988 ble avsluttet med en av de viktigste sakene for NSF – sykepleiernes ledelse av sykepleietjenesten. Ved Regionsykehuset i Tromsø ble det foreslått en organisasjonsmodell som fratru sykepleierne denne retten. ... Derfor var også reaksjonene i Tromsø som de var – en samlet motstand fra sykepleierne der mange sa opp sine stillinger. NSF har også landsmøtevedtak på å iverksette de nødvendige tiltak for å sikre sykepleierne ledelsen av sykepleietjenesten (Brokhaug 1989a:3).

Som vi så fulgte sykepleierne i Tromsø og NSF sentralt opp landsstyrevedtaket ved å aksjonere umiddelbart etter RST-styrets vedtak om enhetlig ledelse av klinikkavdelingene. I den halvårlige tenkepausen som Sosialdepartementet påla RST, ble det satset på å løse ledelsesdilemmaet. Lokalt ble det nedsatt en tverrfaglig gruppe med representasjon fra de sentrale fagforeningene, som skulle utrede forholdet til legeföreningen og hjelpepleierforbundet. Det endte med et kompromissforslag: Avdelingene skulle ledes av et team med en ”driftsleder”. Representanter for legene, hjelpepleierne og kontorlederne la ved en merknad om at kompromisstillingen ”driftsleder” burde besettes av den best skikkede overlegen, og at hjelpepleierne burde være med i lederteamet (Bakke 1989a:11). Sentralt deltok departement og helsedirektorat i arbeidet med å få på plass instruksbasert regulering av yrkesgruppenes ansvar og oppgaver. Resultatet av departementsgruppens arbeid ble av NSF spissformulert slik: ”Selvstendig fagansvar og felles ansvar i administrative spørsmål” (Bakke 1989b:2). Forslaget var at sykehusavdelinger ikke bør ledes av en person, men et team hvor de yrkesgruppene med størst kompetanse innen det aktuelle fagområdet inngår. ”På den måten kunne det gå linjer på organisasjonskartet mellom de respektive yrkesgrupper og den aktuelle fagleder” (ibid). Departementsgruppen ville ikke ha med hjelpepleierne i lederteamet fordi ”denne yrkesgruppen jobber innenfor et fagområde som faller inn under kjerneområdet til en annen yrkesgruppe, nemlig sykepleierne. Linjen i faglige spørsmål må derfor gå til sykepleieren som er medlem av ledergruppen” (ibid). Dette protesterte hjelpepleierne mot.

### **Ny runde med skjerperte argumenter og aksjoner**

Den 19. juni 1989 fattet RST-styret vedtak om at kliniske avdelinger skulle ledes av et team bestående av overlege, oversykepleier og kontorleder, som hver skulle ha det faglige ansvaret innen sitt yrkesområde. Teamet skulle ledes av en avdelingsleder med administrativt og koordinerende ansvar for avdelingens drift. Stillingen kan innehas både av oversykepleier og

overlege. Styret skulle være tilsettingsorgan (Bakke 1989b:22). Styrevedtaket ble ikke siste ord i saken. Legeforeningen varslet fortsettelse:

Så har det skjedd det som vi knapt trodde kunne skje. Styret for Regionsykehuset i Tromsø har vedtatt en organisasjonsplan som innebærer at en sykepleier kan bli tilsatt som leder av en sykehusavdeling. ... Det som ble vedtatt 19. juni i år er et politisk kompromiss, hvor hensikten må være å avverge at sykepleiere og bioingeniører går til ulovlige aksjoner, slik de truet med sist, samtidig som man håper at legene avfinner seg med det (Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1989a:2713).

Men - avdelingslederstillingene ble lyst ut med de forutsetninger styret hadde bestemt. Til de elleve avdelingslederstillingene søkte ti overleger og syv oversykepleiere. To fra sistnevnte gruppe ble innstilt. NSF's leder kommenterte det slik:

Bare 2 av oversykepleierne var det funnet rom for på innstillingene. Dette til tross for at flere av disse hadde bred administrativ utdanning/erfaring og lang erfaring som sykepleieledere. For legenes vedkommende kunne ingen dokumentere formell administrativ utdanning, og flere hadde også liten administrativ erfaring. ... Vi aksepterte ikke dette, derfor protesterte vi kraftig på innstillingen. (Brokhaug 1989c:3).

Ansettelsene ble utsatt og Legeforeningen skrev brev til styret for Regionsykehuset i Tromsø:

Den norske lægeforening har merket seg at: - det er innstilt søker uten medisinsk kompetanse til avdelingslederstilling ved en klinisk avdeling - styret i sitt siste møte valgte å utsette tilsettingen av velkvalifiserte og innstilte leger, angivelig som følge av protester fra Norsk Sykepleierforbund.

Vi har med utgangspunkt i de kvalifikasjonskrav som styret har stilt til lederstillingene gått ut i fra som en selvfølge at de som skal tilsettes minst må være spesialist i det aktuelle medisinske fagområdet. ... Tilsettingssaken og de vurderinger som ligger til grunn for den er blitt en trussel mot høyverdige medisinske miljøer som er bygd opp ved Regionsykehuset. ... Lægeforeningen kan ikke avfinne seg med at Regionsykehuset i Tromsø blir ødelagt som medisinsk institusjon og som et viktig universitetssykehus i utdanningen av leger (Haffner og Lund 1989:3140).

Legeforeningen var opprørt over at RST ville tilsette en sykepleier som leder på ortopedisk avdeling, og at sosialministeren ville oppheve den forskriften til sykehusloven som stiller krav om kvalifikasjon som lege og spesialist i relevant fag, til stilling som leder av medisinsk laboratorium, og kom med følgende refleksjon:

Vi tillater oss for egen del å tro at det ikke er det faglige rasjonale i sykepleiernes og bioingeniørens argumentasjon som har overbevist myndighetene. Det ser i stedet ut til å være andre – mindre rasjonelle, men politisk viktigere – hensyn som er blitt avgjørende. Det dreier seg kort og godt om de ulike yrkesgruppens vilje og evne til å sette makt bak kravene. Hvem er det ubehageligst å være i konflikt med? ... Normalt sindige leger er nå både opprørt og forvirret av følelsen av å være brikker i et spill som har alt annet enn helsetjenestens effektivitet og pasienthensyn som mål. ... Legene ved Regionsykehuset i Tromsø har erklært at de i verste fall vil si opp sine stillinger ved de avdelinger der det måtte bli ansatt en ikke-lege som avdelingsleder. ... Sykehusstyret må nå velge om det vil styre et avansert regionsykehus eller noe som etter hvert vil nærme seg en pleieinstitusjon (Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1989b:3137-8).

Da RST-styret den 20. oktober tilsatte leger i alle, bortsett fra avdelingslederstillingen på operasjonsavdelingen, mobiliserte Norsk Sykepleierforbund:

I alt 2800 sykepleiere over hele landet streiket den 26. oktober. Streiken var en protest mot at styret ved Regionsykehuset i Tromsø ansatte leger uten formell utdanning i økonomi og administrasjon til å lede sykehusavdelingene. Den landsomfattende streiken var en solidaritetserklæring til sykepleierne i Tromsø, men samtidig et varsel om at Norsk Sykepleierforbund ikke kan akseptere slik behandling av lederspørsmålet i sykehus. Streiken omfattet i alt 30 somatiske sykehus (Bakke 1989c:20-21).

Fra Sentralsykehuset i Østfold ble det rapportert: ”Om lag 100 sykepleiere ... lot jobb være jobbe mellom kl. 10 og 12 den 26. oktober. Alle planlagte operasjoner ble utsatt, og pasienter ved poliklinikken måtte finne seg i å vente lenger enn vanlig” (ibid). På reumatologisk avdeling var en hjelpepleier alene om å ta seg av pasientene under streiken og innkalling av pasienter som skulle innlegges ble utsatt på grunn av streiken (ibid).

Den landsomfattende streiken var bare en av aksjonene NSF iverksatte som protest mot styrevedtaket. Sykepleierforbundet oppfordret også egne medlemmer og medlemmer av søsterforbundene i de andre nordiske landene om *ikke* å søke stillinger ved RST. ”Dette er ingen blokade, men en oppfordring. Vi har tidligere sett at våre medlemmer har stor lojalitet til råd fra oss i hovedorganisasjonen” (Brokhaug til Nordlys 21.10.89:7). Videre påla NSF alle tillitsvalgte ved RST å trekke seg fra alt samarbeid med administrasjonen og fra alt internt prosjektarbeid. Aksjonene ble dømt tariffstridige av Arbeidsretten (Sykepleien 1990:6). I november gjenopptok NSFs tillitsvalgte sine verv, og forbundet sa seg villig til å fortsette prosjektarbeidet (Østby 1990:7).

## **Refleksjoner**

Dette er historien om en sykehuseier som ville ta organisasjonsmessige grep for opprettholde kvaliteten på tjenestetilbudet i en tid hvor avstanden mellom det som var medisinsk og økonomisk mulig syntes å øke, og behovet for å se helhet og sammenheng ble etterspurt fra stadig flere hold. Legeforeningen og sykepleierforbundet var med på omorganiseringarbeidet så lenge det ikke rørte ved deres medlemmers posisjoner i systemet. Sykepleierne mente de hadde sikret seg ved å få inn i mandatet for arbeidet at prinsippet om todelt ledelse av avdelingene ikke skulle endres. Dette ble fulgt lojalt hele veien til styremøtet som skulle vedta ny ledelsesstruktur. Der fremsatte representanter fra Yngre legers forening med støtte fra Hjelpepleierforbundet, et alternativt forslag om enhetlig legeledelse - i spissen for et lederteam. Styrets tilslutning til dette alternative forslaget gjorde RST til arena for en over ett år lang konflikt mellom Norsk Sykepleierforbund og Den Norske Lægeforening. Konflikten involverte og engasjerte Regjering, Storting, Rettsapparat, Likestillingsombud, media og opinion. Saken ble føljetong i de to fagforeningstidsskriftene – 38 artikler i Sykepleien og 23 i

Tidsskrift for Den norske Lægeforening – og ga opphav til minst 170 presseoppslag – 127 i lokalaviser og 50 i hovedstadspressen.<sup>40</sup> Konflikten fikk mange navn. Vurdert ut fra overskriftene, var fagforeningstidsskriftene de mest nøkterne i begrepsbruken: ”Tromsø-saken” og ”striden i Tromsø”. Dagspressen sparte ikke på krigsmetaforene: ”RST-bråk/strid/krig”, ”Profesjonskamp/-strid/-krig”, ”Maktkamp”, ”Uholdbar maktkamp”, ”Duell/krig i hvitt”, og det som skjedde ble beskrevet som ”sabelrasling”, ”sliping av kniver”, ”isfront” og ”uverdig spill”.

Striden bølget frem og tilbake mellom de to partene. Etter styrevedtaket 2. desember 1988 om legen som leder av et lederteam ved de kliniske avdelingene, gikk NSF til aksjoner. Vedtaket 19. juni 1989 om teamledelse der både overleger og oversykepleier kunne søke lederstillingen fikk legeforeningen til å true med aksjoner hvis sykepleiere ble tilsatt som leder ved kliniske avdelinger. Da styret i møtet 20. oktober 1989 skulle tilsette ledere og ingen sykepleier ble tilsatt ved de kliniske avdelingene<sup>41</sup> reagerte NSF med landsomfattende aksjoner.

Sykepleierforbundets argumentasjon var basert på en forståelse av sykepleie som eget fag, der bare deler av aktiviteten inngår i den legestyrte behandlingen. De hevdet retten til å lede eget fag. Andre argumenter var kvinneperspektiv, tradisjonell legemakt og legenes mangel på formell lederkompetanse. Legeforeningen tok utgangspunkt i lovverket som ga legen enerett til å drive medisinsk diagnostikk og behandling - hovedaktiviteten i de kliniske avdelingene – og den som er mest kostnadsdrivende. Legene burde derfor også ha det formelle økonomiske ansvaret i sykehusets nye desentraliserte styringssystem. Pasienten fungerte som argument for begge parter. Aksjonsformene til de to fagforeningene var ganske like, i hvert fall på trusselnivå: oppsigelser, oppfordring til medlemmer om ikke å søke stilling ved RST, nedlegging av tillitsverv og boikott av felles arbeidsorganer ved RST. Fra Legeforeningens side ble det bare trusler, mens Sykepleierforbundets gjorde alvor av dem.

Jeg vil trekke frem tre forhold i denne konflikten: Fagforeningens voldsomme engasjement, begge parters bruk av pasienten som argument i kampen for egne rettigheter, og forsikringer om at pasientene ikke berøres av aksjonene. Som prøvesykehus i regjeringens arbeid med å

---

<sup>40</sup> Alle artiklene jeg har forholdt meg til er listet opp i vedlegg 1. Fagforeningsartiklene måtte jeg bla meg frem til i UBs samlepermer fra 1988, 1989 og 1990. Oppslagene i avisen Tromsø fant jeg i UBs mikrofilmarkiv ved hjelp av bibliotekar. De øvrige i dataarkivet til web.retriever-info-com Jeg begrenset søket i avisene til periodene rundt de tre avgjørende møtene i RST-styret: 2.12.1988, 19.6.1989, 20.10.1989.

<sup>41</sup> To sykepleiere var innstilt, men bare en ble tilsatt – ved operasjonsavdelingen. Legene aksepterte dette fordi denne avdelingen er klassifisert som service avdeling, ikke som klinisk avdeling.



reformere norsk helsevesen ble det som skjedde ved RST viktig. Det foregikk i en tid hvor staten ønsket å redusere den fag- og profesjonsbaserte styringen av helsetjenesten, som omtalt tidligere i dette kapitlet. Dermed ble det også en viktig tid for fagforeningene å hevde sin stands rettigheter. Sykepleierne aksepterte legenes lovfestete rettigheter i forhold til diagnostikk og behandling, men hadde gjennom lang tid arbeidet for å løsrive eget fag fra legenes dominans, bl.a. ved å satse på utvikling av ledelseskompetanse, som en del av arven fra Florence Nightingale (Fause og Micaelsen 2002:146). Kari Melby som har skrevet NSF's historie - *Kall og kamp* (2000) – sier i et intervju med Sykepleien: ”Norsk Sykepleierforbund har drevet profesjonskamp helt fra stiftelsen i 1912”. Hun trekker linjer til ”Tromsø-konflikten” og ”utfordringer som er viktige for sykepleierne også i dag, slik som fagidentitet, hva som er sykepleieroppgaver og avgrensinger til andre yrkesgrupper” (Bakke 1990:14). Som aktive nasjonsbyggere formet legene i stor grad norsk helsevesen og dets ledelsesstruktur i sitt bilde,<sup>42</sup> og var på vakt mot endringer som truet den legelige autoritet. En slik situasjon oppsto gjennom vedtaket som åpnet for sykepleierledelse av de kliniske avdelingene – i en kontekst (prøvesykehus) hvor dette kunne bli mal for ledelse av norske sykehus.

### **Pasienten som argument**

Sykepleierforbundet brukte pasienten som argument for prinsippet om delt avdelingsledelse. ”For å møte framtidens utfordringer må man fokusere organisering ut fra brukernes behov og ikke de ansattes ønsker” (Østby 1998b:10). ”Høy kvalitet på ledelsen i sykehusavdelinger er en forutsetning for at pasientene skal få et tilfredsstillende tilbud” (Brokhaug 1998b:3). Dette innebar både medisinsk behandling og sykepleie. ”NSF går derfor inn for en ledelse ved kliniske avdelinger som er basert på samarbeid. En felles ledelse mot felles mål. NSF mener også at ledelsen må være enhetlig i sin form, men at det ikke betyr én person” (Østby 1998b:10). Legeforeningen mente ”det to-delte lederskap” kunne ”ha negative konsekvenser for helsetjenesten, og dermed også for pasientene. ... vår faglige kompetanse som leger er viktig også i lederposisjoner, ikke minst på sykehusavdelinger hvor den primære oppgaven er å *behandle*<sup>43</sup> syke mennesker” (Jørstad 1989:2209). Sett utenfra blir det imidlertid noe halvhjertet og tvetydig over denne type argumentasjon, spesielt når den sammenstilles med følgende utsagn:

Når det har vært debatter i ’ledelsessaken’, har det vært fokusert på at uenigheten har gått på hvem som skal lede avdelingene. Dette er ikke riktig. Det saken handler om er hvem som skal lede

---

<sup>42</sup> Se kapittel 2.1.

<sup>43</sup> Jørstads utheving

sykepleiertjenesten. ... NSF's landsmøte har pålagt organisasjonen å sette i verk alle nødvendige tiltak for at sykepleierne fortsatt skal ha ledelsen av sykepleiertjenesten (Brokhaug 1998b:3)

Konflikten i Tromsø er ett av mange symptomer på denne økende kampen om det som er igjen av lederposisjoner for leger i norsk helsevesen (Jørstad 1998:2209)

Midt i aksjonenes hete var det imidlertid media som trakk pasientene aktivt inn i debatten.

Ved bl.a. å vise til hvordan Sosialdepartementet fulgte pasientsituasjonen ved RST fortløpende (Nordlys 8.12 og 10.12.1988, 23.10, 24.10, 2.11, 9.11, 10.11, 11.11.1989)<sup>44</sup>.

Norsk Kommuneforbund tenkte også på pasientene (Nordlys 9.12, 10.12.1988, 26.10.1989), og pasientene selv var redde for å bli innlagt på RST (Nordlys 27.10.89). Sykehusdirektøren var bekymret: ”Krigen er i ferd med å lamme sykehusdriften, sier Schrøder. Det mest skremmende er at yrkesgruppene ikke ser ut til å ta hensyn til at det er pasientene som rammes” (Ekanger, Nordlys 24.10.89:12). Sjefsykepleier rykket ut og forsikret at pasientene ikke ble rammet (Nordlys 14.10.89 og 27.10.89).

Jeg har vært rundt på avdelingene de siste dagene, og jeg må si jeg beundrer avdelings-sykepleierne. De gjør en kjempeinnsats for at denne konflikten ikke skal berøre pasientenes situasjon. Jeg tror også at alle faggrupper er så profesjonelle at konflikten mellom fagforeningene ikke får konsekvenser i det daglige arbeidet på avdelingene. De samarbeider faktisk fortsatt (Eriksen 1989a:7).

Fra operasjonsavdelingen beroliget anestesioverlege og anesthesisykepleier pasienter som var urolige på grunn av alt skriveriet om bråket på sykehuset. ”De innrømmer at de støtter sine respektive fagforeningers syn på hvem som bør være ledere ved sykehusavdelingene. – Men vi er såpass profesjonelle at vi ikke lar denne uenigheten påvirke forholdet mellom oss i det daglige samarbeidet” (Eriksen 1989b:6). De siste sitatene indikerer at helsefaglig yrkesvirksomhet og helsefaggruppers fagforeningsvirksomhet er to forskjellige ting. I det daglige samarbeider leger og sykepleiere om behandling og pleie av pasienter, uavhengig av den profesjonskampen som yrkesorganisasjonene fører. Den største trusselen for pasientene ville være mangel på personale hvis medlemmene fulgte fagforeningenes oppfordring om ikke å søke stilling ved RST. En journalist stiller spørsmålet: ”Men kan det være akseptabelt for fylkeskommunen at RST nå blir slagmark for en maktkamp som nå rammer pasientene?” (Nordlys 24.10.89:12). Fylkesordfører Kirsten Myklevold svarer på vegne av sykehuseier og initiativtaker til omorganiseringen at det er:

... beklagelig hvis en maktkamp styrt av sentrale organisasjoner sør i landet smadrer hele det helsepolitiske opplegget vi satser milliarder på for å få til i Troms. Og desto verre er det at en konflikt som styres av organisasjonene sør i landet, skal ramme helsetilbudene for den nordnorske

---

<sup>44</sup> Pasientenes situasjon i ”kampen” som utspilte seg ved RST var tema i de andre avisene også, men for enkelthets skyld bruker jeg bare Nordlys som referanse.

befolkning. Vi kommer simpelthen ikke til å godta at nordnorske helsetilbud skal ødelegges av den pågående profesjonskamp, uansett hvilke grupper det er som nå forsøker å boikotte vårt sykehus.

Fylkesordføreren fører her inn en sentrum-periferi eller sør–nord dimensjon ved langt på vei å gi de sentrale fagforeningene ansvaret for problemene i Tromsø.

### **Hva skjedde videre?**

Organisasjonsplanen med ny ledelsesstruktur ble iverksatt. Det vil si at avdelingene ble ledet av et team på tre, oversykepleier, kontorleder og overlege. I de kliniske avdelingene var det vanlig at sistnevnte var leder. Den første eksterne evalueringsrapporten, etter et års drift, sier ikke så mye konkret om virkningene av omorganiseringen, annet enn at det skjer endring og utvikling på mange avdelinger. Men, den antyder hva som skal til for å lykkes:

Nyordningens suksess avhenger imidlertid av de formelle lederes innstilling og samarbeidsevne. Det er nå gitt et incitament til samarbeid. Den desentraliserte beslutningsmyndigheten fordrer at lederen tar hensyn til hele avdelingen, hvis konflikt og opposisjon skal unngås. ... Innarbeidete rutiner må revurderes, og gamle innstillinger og metoder evalueres (Eriksen og Larsen 1991a:11).

Et knapt år senere ser det ut som utviklingen begynner å gå i ønsket retning:

Den nye organisasjonsplanen har satt mange prosesser i gang. Det tenkes nytt og utradisjonelt enkelte steder. Vi synes generelt å merke en bedring i styringen og ledelse av avdelingene siden vi startet undersøkelsen i 1990, selv om det mange steder er betydelige problemer. Der lojaliteten innad i teamet er blitt større, går samarbeidet mellom medlemmene bedre enn før. Desentraliseringen stiller imidlertid lederskapet overfor mange nye utfordringer og krav. Den økte autonomien fordrer ledere som mestrer samarbeidets kunst. Ikke alle klarer det, enkelte gjør det godt og noen er i utvikling. Planen legger opp til et samarbeid mellom grupper og profesjoner som bryter med tradisjon og praksis. Misnøye med ledere og stereotype rolleoppfatninger stenger fortsatt for genuint samarbeid i enkelte team (Eriksen og Larsen 1991b:12).

Hvilken historie er det jeg nettopp har fortalt? Hva forteller den, og hva kan vi lære av den? Det er *ikke* en historie om norsk helsetjeneste, selv om den har sitt utspring i helsepolitiske intensjoner. Det er *ikke* en historie om hvordan sette “pasienten først”, selv om det var målet for reformprosessene på 1980-90-tallet. Det er heller *ikke* en historie om omorganisering av tjenestene ved sykehuset i Tromsø. Dette er en historie om hvordan forslag om endring skaper usikkerhet og muligheter. Hvordan det settes i gang prosesser drevet frem av frykt og ambisjoner, der overrumplingstaktikk, alliansebygging, trusler og krisemaksimering ble viktige innslag. Pressen fortalte sin versjon av historien ved hjelp av et arsenal av krigsmetaforer: Et *lite* knippe av overskrifter fanger noen dimensjoner:<sup>45</sup> ”Nå skal RST få krig!”, ”Duell i hvitt”, ”Sykepleierne føler seg dolket i ryggen”, ”Lar seg ikke skremme av legenes trusler”, ”Legene kan ikke lede sykepleierne”, ”Sykepleierne trapper opp krigen –

---

<sup>45</sup> Alle overskriftene finnes i referanselisten i vedlegg 1.

Søk ikke RST-jobb”. Disse overskriftene får frem bilder av sykepleiere og leger som er i konflikt med hverandre på Regionssykehuset i Tromsø. Selv om vi ikke akkurat ser for oss at de flyr etter hverandre med kniver i korridorene, er det lett å oppfatte sykehuset, hvor de utfører sitt daglige arbeid med pasientene, som arena for kampen. Media uttrykker da også bekymring på pasientenes vegne: ”Konflikt – Pasientene får lide”. Allmenheten ble kanskje ikke beroliget av overskrifter som ”Pasienter rammes ikke. Knivene slipes. Armene brettes opp til det avgjørende slaget”. Bedre da med ”RST-striden. ’Ingen fare – vi opererer som før’” som er overskriften på intervjuet med legen og sykepleieren som forsikret om at konflikten ikke innvirket på det arbeidet de sammen gjorde for pasientene. Jeg tror dem, fordi fortellingen om striden i Tromsø handler *ikke* egentlig om helsepersonell og pasienter på sykehuset. I denne historien fungerer leger og sykepleiere som nyttige “statister” og pasientene som politisk korrekte argumenter for hovedrolleinnehaverne – fagforeningene - i deres kamp for egen profesjons rettigheter og prestisje. De på sin side gjorde jobben sin: De utnyttet den mulighetssituasjonen av usikkerhet og frykt blant de lokale medlemmene, som oppsto i forlengelsen av vedtaket i sykehusstyret den 2. desember 1988, til å komme på banen for å kjempe for yrkesgruppens tilgang til sykehusets lederposisjoner.

Mer interessant for denne avhandlingens tema er imidlertid spørsmålet om hvordan fortellingens handlinger og pressens beretninger om dem, har festet seg i allmennhetens bevissthet. Hvilke bilder sitter vi igjen med av forholdet mellom sykepleiere og leger, ja – mellom helsepersonell i det store og hele? Når jeg så hvordan forestillinger om profesjonsstrid lever videre blant personalet på sykehuset, er det lett å tekke den slutning at det som skjedde i Tromsø på slutten av 1980-tallet kan ha bidratt til å forsterke forestillingen om “profesjonsbarrierer”. I kapitel 7 presenterer jeg sykehuset og forholdet mellom helsepersonell der, slik jeg erfarte det under feltarbeidet i 2004-2005. De tre neste kapitlene vil handle om Felleskurset i Tromsø 1992-2000.

## Kapittel 3

# UTDANNING I SAMSVAR MED HELSEPOLITISKE PRIORITERINGER

I dette kapitlet presenteres en oversikt over de hendelser som ledet opp til den ”historiske begivenheten” som ble beskrevet i kapitel 1. Jeg tar utgangspunkt i St.meld.nr.41(1987-88), skisserer handlingsrekken den satte i gang i det helsefaglige utdanningsmiljøet i Tromsø, og ser nærmere på organisering og evaluering av det første Felleskurset som kom ut av denne aktiviteten. Presentasjonen er kronologisk, basert på arkivmateriale som brev, andres og egne notater, referater osv. Kapitlet avsluttes med et reflekterende tilbakeblikk på egen rolle som aktør i denne prosessen.

### **3.1 ”Utdanning som fremmer samarbeid og helhetssyn”**

Den helsepolitiske ideen som drev frem fellesundervisningen i Tromsø ble altså lansert i Sosialdepartementets St.meld. nr. 41(1987-88) *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*<sup>46</sup>. ”Utdanning som fremmer samarbeid og helhetssyn” og ”Helsetjeneste er lagarbeid” var slagord som skulle inspirere utdanningsinstitusjonene til å dreie helsepersonellstudiene i ny retning – mot samarbeidskompetanse og helhetstenkning. I Meldingens strategi for en bedre helsepolitikk sies det at ”Personellpolitikken vil spille en avgjørende rolle for å nå de helsepolitiske målsettingene”. Premissene formuleres slik:

Helsetjenesten kjennetegnes ved at den har svært *mange profesjoner*<sup>47</sup> (ca.100). Spesialiseringen har kommet langt, og hver personellkategori tar seg av en liten del av brukerens problemer. Dette fører ofte til lite helhetlig behandling av brukeren som ofte har sammensatte problemer. En viktig oppgave fremover er derfor å utforme helsetjenestene slik at tilbudene fremstår som mer helhetlige for brukerne. Profesjonsbarrierene må fjernes uten at de faglige kunnskapene blir skadelidende (s.101).

Meldingen slår fast at utdanning av helsepersonell ikke bare er helsepolitikk, men også utdanningspolitikk, og at de to må samkjøres. Strenge fagskiller må mykes opp og funksjonsdelingen i helsevesenet revurderes. En del utdanninger bør få ”en fleksibilitet som gjør det mulig å utdanne personellgrupper som kan dekke flere funksjoner ... og bygge fra en utdanning til en annen” (s.106).

Det er et mål for norsk helsevesen at ”pasienten/brukeren skal være i sentrum” og tjenestene organiseres ut fra dette – service-organiseres. Helsetjeneste er lagarbeid. Dersom ikke målet er felles, og dersom en ikke yrkesgruppene i mellom forstår hverandres språk, har en små muligheter

---

<sup>46</sup> I resten av kapitlet bruker jeg betegnelsene St.meld. nr. 41, Stortingsmeldingen eller Meldingen.

<sup>47</sup> Uthevingen er fra Meldingen.

til å fungere sammen. Lagarbeid krever trening. Og den bør starte allerede under utdanningen. ... Det kreves holdningsendring hos personellet for å komme videre. Dette vil ta tid. Mye kan oppnås gjennom utdanning (s.106).

Med referanse til ”samordningsutvalget”<sup>48</sup> fremheves viktigheten av at helse- og sosialpersonell har lært å samarbeide for å kunne gi den enkelte klient/klientgruppe et godt tilbud. ”Det bør være et siktemål at den enkelte etter endt utdanning føler seg mer som helse- og sosialarbeider enn som lege, sosionom, fysioterapeut osv., og får et mer helhetlig syn på brukeren som et menneske, og ikke bare ’pasient’ eller ’klient’” (St.meld.nr.41:107).

I eget avsnitt (12.6.3) foreslår Meldingen å starte fellesundervisning for studenter fra ulike helsefagutdanninger, som en prøveordning i Tromsø. Sosialdepartementet begrunner forslaget med at forholdene ligger ”særlig godt til rette i Tromsø” fordi man på Universitetet i Tromsø (UiTø) har en tradisjon ”å ikke bare skulle kopiere de opplegg man brukte andre steder”. Og - at legestudiet har ”en sterk grad av integrering mellom såkalte prekliniske og kliniske fag”. Overføring av de øvrige helsefagutdanningene fra Sosialdepartementet til daværende Kirke- og undervisningsdepartement, og byggingen av MH-bygget, hvor alle helsefagutdanningene (unntatt psykologi) samles i 1991, inngår også i begrunnelsen. Forbildet er Hälsouniversitetet i Linköping i Sverige der samtlige helsefagutdanninger (inkludert legeutdanningen) har et felles kurs – Människa/samhälle - de 10 første ukene av studiene.

Departementet vurderer tverrfaglig samarbeid og undervisning som et interessant og nyttig tiltak for å utdanne helsepersonell med kunnskap og ferdigheter som fremmer samarbeid og helhetssyn. Erfaringene fra Linköping er ... at det må ta tid å utvikle studieopplegg hvor ideene om samordning kan realiseres fullt ut. .. Sosialdepartementet vil bistå Kultur og vitenskaps-departementet i den videre planlegging av hvordan disse ideer kan realiseres i Tromsø (ibid: 108).

Større grad av fellesskap mellom ulike helsefagutdanninger, felles undervisning i alle studieopplegg og felles første del av de 3-årige helsefaglige grunnutdanningene skal utredes.

### **3.2 Tromsø tar utfordringen**

Allerede før meldingen ble lagt frem skrev Sosialdepartementet brev til ledelsen for Universitetet i Tromsø og Høgskolestyret i Troms hvor de varsler om forslaget:

I St.meld. nr. 41(1987-88) om helsepolitikken mot år 2000 er det i kap. 12 om personalpolitikken lagt stor vekt på at utdanningene må fremme helhetssyn og samarbeid. Det er pekt på at forholdene i Tromsø ligger godt til rette for å videreutvikle nye tanker innenfor organiseringen av utdanningene. (Brev fra Sosialdepartementet av 29.03.88).

Den 12. desember 1988 kom representanter fra Sosialdepartementet og Kultur- og vitenskapsdepartementet til Tromsø for å snakke med institusjonsledere, ledere for de

---

<sup>48</sup> Et offentlig oppnevnte utvalg som forfattet NOU 1986:4 *Samordning av helse- og sosialtjenesten*

helsefaglige utdanningene ved universitetet og høgskolene,<sup>49</sup> og Fylkeslegen i Troms.

Samtalene viste

... bred enighet om de synspunkter som står i Nasjonal helseplan og at forholdene ligger særlig godt til rette for undervisningssamarbeid på dette området i Tromsø. ... i oppsummeringen etter konferansen ble det foreslått at Høgskolestyret, Universitetet og Fylkeslegen sammen nedsetter et utvalg som skal arbeide videre med saken. Den 30.12.88 og 18.1.89 ble det holdt møte hos høgskoledirektøren for å drøfte opplegg for videre arbeid (Brev til Høgskolestyret i Troms og Universitetet i Tromsø av 19.01.89)<sup>50</sup>

Brevet som sitatet er hentet fra er underskrevet av den lokale gruppen som var til stede på disse to møtene: Fylkeslegen i Troms, en professor ved Fagområdet medisin<sup>51</sup>, leder for studiestyret på legeutdanningen, rektor ved sykepleierhøgskolen og høgskoledirektøren. I brevet foreslår gruppen at Universitetet i Tromsø og Høgskolestyret i Troms nedsetter et utvalg med fire representanter fra hver, pluss en representant fra Fylkeslegen i Troms.

Utvalget skal

... utrede og fremme forslag til gjennomføring av utdanningsmessig samarbeid mellom helseprofesjonsutdanningene ved Universitetet i Tromsø og Helsefaghøgskolen i Tromsø. Målsettingen med arbeidet skal være å fremme helhetssyn og samarbeid mellom helseprofesjonene gjennom utdanningsmessig samarbeid. ... Utvalget skal avgi innstilling ... innen 1. januar 1990 (ibid).

I februar 1989 ble saken om ”Prøveordning med felles undervisningsopplegg for ulike helsefagutdanninger i Troms” behandlet i Høgskolestyret, (sak 16/89). Styret sluttet seg til forslaget fra gruppen, og oppnevnte fire representanter – rektor for sykepleierutdanningen, lederne for bioingeniør- og fysioterapeututdanningene og en student fra radiografutdanningen – til utvalget. I vedtaket inngikk et punkt om at ”utvalget bør holde nær kontakt med de berørte fagmiljøene”. Høgskolestyret vedtok også – i tråd med forslaget fra gruppen – å søke Sosialdepartementet om driftsmidler og lønn til sekretær for utvalget, også ut over utredningsperioden ”med sikte på at den som engasjeres i stillingen, kan arbeide videre som prosjektleder for den praktiske oppfølgingen av utvalgets arbeid” (Sak 16/89. Ref.: Innstilling datert 23.1.89).

Samme måned var saken ”Utvalg for felles undervisningsopplegg for helsefagutdanning” oppe i Universitetsstyret, (sak 37/89). Den hadde tidligere fått tilslutning fra Arbeidsutvalget for studiestyret for medisin, som på møtet 31.01.89, på anmodning fra studiedirektøren ved

---

<sup>49</sup> Det siktes her til Sykepleierhøgskolen og Bioingeniør- og radiografhøgskolen. Fysioterapeututdanningen var nylig etablert som en avdeling direkte under Høgskolestyret i Troms. Alle ble samlet i Tromsø helsefaghøgskole i 1991. I 1994 ble høgskolereformen iverksatt. Den samlet all høgskoleutdanning innen samme geografiske område i større høyskoler. Tromsø helsefaghøgskole ble Avdeling for helsefag ved Høgskolen i Tromsø.

<sup>50</sup> Alle referansene fra arkivet fins samlet, som siste del av referanselisten.

<sup>51</sup> Dette var i 1988 navnet på det som senere ble Medisinsk fakultet, og i 2009 Det helsevitenskapelige fakultet.

Universitetet foreslo fire medlemmer til samarbeidsutvalget – en professor fra Institutt for medisinsk biologi, en fra Institutt for klinisk medisin, en førsteamanuensis fra Institutt for samfunnsmedisin og en medisinerstudent. Styret vedtok enstemmig

... å gå inn for at det nedsettes et eget utvalg som utreder hvordan felles utdanningstiltak for helsefagutdanningene i Tromsø kan gjennomføres. Utvalgets innstilling må foreligge 1.1.90 for å muliggjøre oppfølging og tilrettelegging innen samlokalisering av universitets- og høgskoleutdanningene i MH-bygget finner sted. ... Styret anmoder Høgskolestyret i Troms om å søke midler til sekretærfunksjonen så hurtig som mulig (Jnr. 259/89/PS/333, sak S 37/89)

Det var ingen innvendinger mot det foreslåtte mandatet, men styret ba om at ressursbehov, inkludert bibliotektenester ble utredet. I brev av 15. februar 1989 (vår ref.: 259/89/PS/ee/333) fra universitetsdirektøren ble Fagområdet medisin anmodet om å innkalle til konstituerende møte i utvalget – i samråd med høgskoledirektøren. Dermed var det formelle rammeverket for oppfølging av Stortingsmelingen på plass, og utredningsarbeidet kunne starte.

## Utredningen

Torsdag den 20. april 1989 konstituerte ”Helseutdanningsutvalget” seg, med professor Helge Stalsberg, UiTø, som leder. Første møte ble brukt til å planlegge og avgrense utvalgets arbeid, og engasjere sekretær. Sosialdepartementet bevilget kr 220.000 til arbeidet. Før diskusjonen om målsetting med arbeidet i møtet 10.05.89, ble medlemmene oppfordret til å komme med sine tanker. Her er et sammendrag:

Samordning av undervisning er antakelig et bidrag til å bygge ned profesjonsmotsetninger og til bedret samarbeid i helsevesenet.

Det er viktig at vi har tro på at det lar seg gjennomføre for å kunne engasjere oss i arbeidet.

Felles undervisning må ikke begrense seg til felles forelesninger – praktisk erfaring i å jobbe sammen er avgjørende for opplæring til samarbeid.

Vi må ha en visjon om at det lar seg gjøre. Vi må legge vekt på samarbeid som verdi – og holdningsskapende læring. Det er viktig at vi får kjennskap til hverandre og får bryne oss på hverandre.

Det er viktig å få til en holdningsendring som fremmer samarbeid innenfor helsevesenet. Konflikten om organisering og ledelse innenfor Regionsykehuset i Tromsø (RST) viser behovet for dette. Vi må arbeide for at profesjon ikke blir lik provokasjon.

Vi har selv bestemt at vi skal komme sammen i MH-bygget så initiativet til fellesskap er ikke bare kommet utenfra. Vi må ta utgangspunkt i samarbeidslæring og respekt.

Ideen om felles undervisning for ulike helsefagutdanninger er god, men den krever omtanke og markedsføring i oppfølgingen. Det blir viktig å arbeide med pedagogikken. Samarbeid med andre



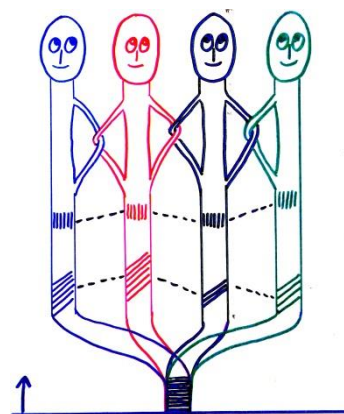
helseprofesjoner er en viktig del av den praktiske virksomheten som lege. (Referat fra møtet 10.05.89 i Helseutdanningsutvalget.)<sup>52</sup>

Utvalget enes om følgende målsetting for arbeidet: ”Opplæring til holdninger og kompetanse for samarbeid mellom ulike helseprofesjoner”. Med følgende presisering: ”Rasjonalisering av undervisning om helsetjeneste vil eventuelt være tilleggsgevinster”. Utvalget valgte å ikke trekke inn de sentrale fagforeningene i denne omgang, men oppfordret representantene i utvalget til å informere sine lokale fagforeninger uformelt. Utvalget hadde til sammen 14 møter. I tillegg ble fagmiljøene og fagforeningene invitert til en konferanse for å drøfte forslaget til innstilling. Merknader derfra ble innarbeidet i den endelige innstillingen som ble levert i mars 1990.

### Utvalgets innstilling – mars 1990

Innstillingen *Utdanning for samarbeid i helsetjenesten* presenterer utvalgets konklusjon som illustrasjon på forsiden av rapporten<sup>53</sup>: Utvalget foreslår at det legges til rette for felles undervisning mellom helsefagutdanningene i Tromsø etter en tretrinns modell:

1. Etablere en felles introduksjon<sup>54</sup> til helsevesenets oppgaver og utfordringer for studenter ved alle de helsefaglige grunnutdanningene, med et omfang svarende til seks ukes fulltids studium, i første semester.<sup>55</sup>
2. Undersøke mulighetene for felles undervisning i felles kunnskapsstoff senere i studiene
3. Legge til rette for trening i profesjonelt samarbeid knyttet til virkelighetsnære oppgaver, sent i utdanningene (s:2-3)



Undervisningen foreslås gjennomført etter prinsippene for Problem Basert Læring (PBL), fordi denne pedagogiske tilnærmingen forutsetter at studentene samarbeider i læringssituasjoner. Innstillingen anbefaler at det etableres en styringsgruppe med representanter fra de to utdanningsinstitusjonene og Fylkeslegen i Troms. En prosjektleder engasjeres for å ivareta sekretærfunksjon og fremdrift i arbeidet med å utvikle undervisningsopplegg. Det forslås frikjøp av en lærer fra hver av de involverte utdanningene til en prosjektgruppe som skal planlegge gjennomføringen av Felleskurset i første semester. Lærere som skal veilede i obligatorisk basisgruppearbeid - kjerneaktiviteten i

<sup>52</sup> Utvalgets sekretær var Ingunn Ytrehus

<sup>53</sup> Illustrasjonen er laget av utvalgets leder, professor Helge Stalsberg

<sup>54</sup> Det er denne introduksjonen som i resten av avhandlingen benevnes ”Felleskurset”.

<sup>55</sup> Avhandlingens materiale er hentet fra denne delen, som var den eneste som ble realisert i perioden 1992-2000. De to andre punktene ble ikke fulgt opp.

den problembaserte læringsmodellen – skal få tilbud om kurs i PBL. Det foreslås også at det foretas en ”en faglig kompetent evaluering” av prosjektet. (Stalsbergutvalget 1990).

## Reaksjoner på innstillingen

Oppdragsgiverne, Universitetsstyret og Høgskolestyret, var tilfreds med utvalgets arbeid. I sin vurdering fremhevet høgskoledirektøren at innstillingen ”på en utmerket måte legger grunnlag for felles undervisning og samarbeidstrening i helsefagutdanningene (saksframlegg i styresak 59/90). I møtet 26.04.90 vedtok høgskolestyret følgende:

1. Høgskolestyret takker utvalget som har utredet felles undervisningsopplegg for helsefagutdanningene for vel utført arbeid.
2. Styret mener at utvalgets forslag til videreføring (kap 10)<sup>56</sup> er adekvat i forhold til målsettingen for prosjektet og at de er godt underbygget i utredningen. Styret oppfordrer derfor helsefaghøgskolene i Tromsø til å engasjere seg videre i dette prosjektet langs de hovedlinjer som er trukket opp i utredningen
3. Høgskolestyret viser til anbefalingen under pkt. 11.3 om en styringsgruppe for prosjektet. Styret støtter dette forslaget og mener gruppen bør bestå av to medlemmer oppnevnt av Universitetsstyret, to oppnevnt av Høgskolestyret og ett oppnevnt av Fylkeslegen ... (Brev av 31.10.1990 til Helseutdanningsutvalget)

I sin innstilling vurderte også universitetsdirektøren utredningen som grundig og god, og anbefalte styret å slutte seg til forslagene, med tilsvarende forutsetninger for videreføring som høgskolestyret la til grunn. (Framlegg til sak S 116/90). I møtet 10.05.90 gjorde

Universitetsstyret følgende vedtak:

1. Styret takker utvalget for arbeidet
2. Styret gir sin tilslutning til forslagene i innstillingen fra Helseutdanningsutvalget og anbefaler at fagområdet medisin og helsefaghøgskolene i Tromsø arbeider videre med dette prosjektet langs de hovedlinjer som er trukket opp i innstillingen.
3. Styret gir universitetsdirektøren fullmakt til å oppnevne to medlemmer til styringsgruppen for prosjektet (Brev av 21.05.90 til Helseutdanningsutvalget).

Fagmiljøene uttalte seg også om innstillingen. Alle høgskolegrunnutdanningene sluttet seg i hovedsak til forslagene. Det mest problematiske syntes å være den pedagogiske tilnærmingen:

Høgskolen anser problembasert læring som en interessant og utfordrende pedagogisk modell som kan være aktuell i utdanning for samarbeid, men forutsetter [at] en i det videre arbeidet vurderer ulike pedagogiske modeller for å kunne realisere intensjonene i innstillingen (Brev av 05.09.90 fra Bioingeniør- og Radiografhøgskolen til Høgskolestyret i Troms)

Når det gjelder de pedagogiske metoder, har innstillingen kun nevnt problembasert læring som metode. I den videre planleggingen må det også være åpent for bruk av andre pedagogiske metoder (Brev av 21.05.90 fra Ergoterapeututdanningen til Høgskolestyret i Troms)

Høgskolerådet vil videre påpeke at problembasert læring har fått en for sentral vektlegging i utredningen. Selv om problembasert læring er en interessant og utfordrende pedagogisk modell som kan være aktuell i utdanning for samarbeid, finnes det også andre pedagogiske modeller/metoder

---

<sup>56</sup> Det refereres her til rapporten/utredningen «Utdanning for samarbeid i helsetjenesten».

som kan være aktuelle. Vi ber derfor om at man i det videre arbeid ikke forutsetter en bestemt pedagogisk modell for å kunne realisere intensjonene i innstillingen (Brev av 19.06.90 fra Sykepleierhøgskolen i Tromsø).

Det var også kommentarer til omfang og plassering av Felleskurset. Bioingeniør- og Radiografhøgskolen mente det var vanskelig å ta stilling til disse spørsmålene før planleggingsarbeidet kom i gang. Ergoterapeututdanningen mente kurset ikke burde komme helt i startfasen av studiet. Sykepleierhøgskolen ville at både omfang og plassering skulle revurderes. Dessuten foreslo den at de sykepleiefaglige videreutdanningene<sup>57</sup> ble representert i styringsgruppen og inkludert i planleggings- og oppfølgingsarbeidet. (Brev av 15.05.90 til Høgskolestyret i Troms). Fysioterapeututdanningen støttet utvalgets innstilling og var positiv til problembasert læring (Brev av 19.06.90).

Studiestyret ved medisin “gir sin tilslutning til at Helseutdanningsutvalgets arbeid videreføres i et prosjekt med en styringsgruppe sammensatt av to medlemmer oppnevnt av Høgskolestyret, og to medlemmer oppnevnt av Universitetet” (Brev av 05.10.90 til universitetsdirektøren)

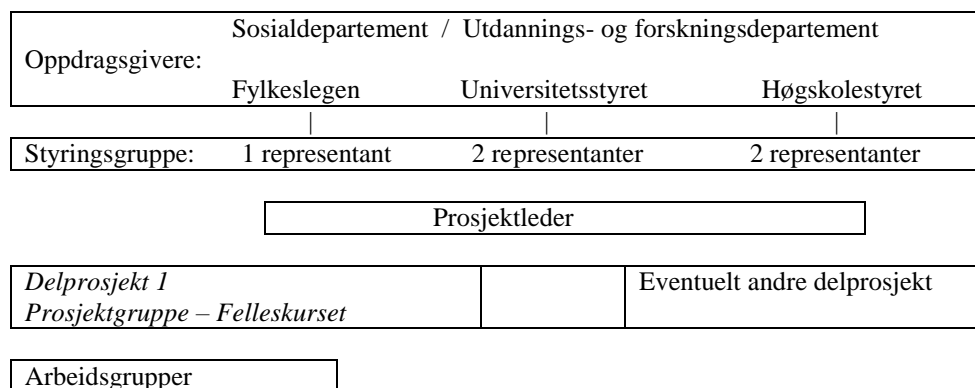
### **Planleggingen av det første Felleskurset**

Styringsgruppen utarbeidet en prosjektplan med oversikt over prosjektorganisasjon og mandat, som ble godkjent av Høgskolestyret (21.11.90), Universitetsdirektøren (26.11.90) og Fylkeslegen (23.11.90). Mandatet var å initiere og organisere planleggings- og evalueringsarbeidet, søke om bevilgninger til prosjektet, godkjenne budsjett innenfor tildelte rammer, være ansvarlig for informasjon og rapportering om prosjektet, opprette delprosjekt og prosjektgrupper, og godkjenne deres arbeids- og tidsplaner.

---

<sup>57</sup> De sykepleiefaglige videreutdanningene var på denne tiden: Helsesøsterutdanningen, Jordmorutdanningen, Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie og videreutdanning i eldreomsorg.

## Prosjektorganisasjon:



(Notat av 90.11.27/IY fra Helseutdanningsprosjektet)

Styringsgruppen vedtok 26.10.90 å etablere en prosjektgruppe som skulle planlegge gjennomføringen av Felleskurset. De enkelte utdanningene fikk ansvar for å oppnevne en lærer og en student til gruppen som fikk følgende oppdrag:

Utarbeide planer for undervisning som gir felles introduksjon til helsevesenets oppgaver og utfordringer og introduksjon til problembasert læring (PBL) som metode for bioingeniør-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege-, psykolog-, radiograf-, og sykepleierutdanningen (Notat av 29.10.90/IY fra Helseutdanningsutvalget).

Planene for introduksjonskurset måtte være godkjent av utdanningenes styringsorgan innen 1. november 1991 for at kurset skulle kunne gjennomføres fra og med høsten 1992.

Oppdragsgiverne sluttet seg til denne prosjektplanen (brev av 23.11.90 fra Fylkeslegen, brev av 26.11.90 fra Universitetet i Tromsø, brev av 03.12.90 fra Høgskolestyret i Troms). Før jeg fortsetter inn i selve Felleskurset, gjør jeg et lite stopp for å oppsummere og reflektere over prosessen så langt.

### Høyt tempo og stor enighet

Sett fra offentlige myndigheters side må Felleskursets tilblivelseshistorie kunne kalles en suksesshistorie. Det ble klart for meg da jeg gikk igjennom arkivmaterialet. Vi ser av tempo i prosessen at det er viktig for Sosialdepartementet å få fortgang. Allerede i mars samme år som Stortingsmeldingen kom, skrev det brev om saken<sup>58</sup>. Den 12. desember 1988 kom en delegasjon med representanter fra Sosialdepartementet og Kultur- og vitenskapsdepartementet til Tromsø for å diskutere fremgangen. Møtet munnet ut i bred enighet om å realisere

---

<sup>58</sup> Dette brevet er ikke arkivert sammen med de øvrige dokumentene om helseutdanningsprosjektet. Sannsynligvis finnes det i sentralarkivene til Universitetet i Tromsø og Høgskolestyret i Troms, fordi jeg regner med at dette er adressatene for departementets brev. Jeg har hentet referansen fra brev av 19.01.89 (57.1/331/1989) fra gruppen med representanter fra Fylkeslegen i Troms, Fagområdet medisin UiT, Sykepleierhøgskolen i Tromsø og Høgskolestyret i Troms.

intensjonen om undervisningssamarbeid mellom helsefagutdanningene i byen. Den 30.12.88 og 18.01.89 møttes de tre samarbeidspartnerne, og prosessen var i gang. Med andre ord, trykksverten i meldingen var knapt tørr før forslaget om fellesundervisning for helsefagutdanningene i Tromsø er i ferd med å realiseres.

Fra første stund fikk prosjektet en dobbel forankring, formelt administrativt i de øverste styringsorganene, Universitetsstyret og Høgskolestyret, og faglig ved oppnevningen av utvalget som fikk i oppdrag ”... å utrede og fremme forslag til gjennomføring av utdanningsmessig samarbeid mellom helseprofesjonsutdanningene ved Universitetet i Tromsø og Helsefaghøgskolen i Tromsø”. Jeg gjentar dette sitatet fra innstilling til sak 16/89 i Høgskolestyret i Troms og sak 37/89 i Universitetsstyret, for å grunne litt over at mandatet er så fritt for reservasjoner. Det virker som om man tar det for gitt at utredningen ikke kan konkludere med noe annet enn at det er gode grunner for å sette i gang fellesundervisning.

Det gjenspeiles også i innstillingen. Utvalget stiller ikke spørsmål ved rasjonale for forslaget om utdanningssamarbeid. Det drøfter ikke premissene som Stortingsmeldingen bygger forslaget på, og formidler ingen betenkeligheter med å legge dem til grunn for arbeidet. Med andre ord, det formidles ingen argumenter mot å etablere felles undervisningsopplegg for helsefagutdanningene, selv om tiltaket går på tvers av institusjons- og utdanningsgrenser og utfordrer faglig tenkning og profesjonell selvforståelse. Tvert i mot. Utvalget tolker mandatet sitt i tråd med intensjonene i Stortingsmeldingen. Det bruker nesten de samme formuleringene som vi finner på side 106 i Meldingen: ”Målsettingen med arbeidet skal være å fremme helhetssyn og samarbeid mellom helseprofesjons-utdanningene gjennom utdanningsmessig samarbeid” (Stalsbergutvalget 1990:10).

Etter å ha vært drøftet med fagmiljøene – utdanninger og representanter fra fagforeningene - blir innstillingen lagt frem. Både Universitetsstyret og Høgskolestyret vedtar å sette i gang arbeidet med å realisere forslagene. I perioden mai - oktober kommer det tilbakemelding fra alle de berørte utdanningene, bortsett fra psykologistudiet. Alle slutter seg til hovedtrekkene i innstillingen, selv om mange stiller spørsmål ved valg av problembasert læring som pedagogisk metode, og ber om å få diskutere omfang og plassering av Felleskurset. Heller ikke her stilles det spørsmål ved premissene for dette omfattende utdanningspolitiske tiltaket. På den ene siden er kanskje ikke det så rart. Det er jo fagmiljøenes egne representanter som har laget innstillingen. På den andre siden – ved å spre den til lærere og studieledere, med ansvar for å tilrettelegge studieløp, utarbeide timeplaner og vurdere ressursbruk, kunne man

kanskje forventet spørsmål om hvordan Felleskurset kan passes inn i eksisterende opplegg - innholdsmessig, ressursmessig og studieteknisk. Slike diskusjoner fremkommer ikke i arkivmaterialet. Virkeligheten er nok mer nyansert sett fra aktørenes perspektiv. Det reflekterer jeg over senere. Tilbake til historien om det første Felleskurset:

### **3.3 Felles introduksjon til helsevesenets oppgaver og utfordringer**

Studentene stiftet bekjentskap med resultatet av prosjektgruppens arbeid (delprosjekt 1) i form av et hefte med en irrgroenn forside med tittelen *Utdanning for samarbeid i helsetjenesten*.

Logoene til Universitetet i Tromsø og Tromsø helsefaghøgskole er trykket øverst i hvert sitt hjørne. I tillegg til kursmateriell om organisering, kurs- og forelesningstema, et relativt stort antall retningslinjer<sup>59</sup>, timeplan, gruppeinndeling, oversikt over veiledere og rombruk, inneholder kursheftet en fyldig beskrivelse av kursets formål og studentenes læringsmål, og en fem siders utlegning om ”pedagogisk ideologi og metode”.

#### **Mål**

Formålet er beskrevet slik:

- Å gi innblikk i helsevesenets oppgaver og utfordringer i forhold til menneske og samfunn, som en felles bakgrunn for det å være helsearbeider
- Å motivere til og utvikle kompetanse for samarbeid
- Å utvikle evnen til problemløsning og livslang læring (Kursheftet 1992:3)<sup>60</sup>

Læringsmålene ”for kunnskaper, holdninger og ferdigheter” er tematisert<sup>61</sup> og beskrevet i henhold til pedagogisk taksonomi som angir hvilket kunnskaps-/ferdighetsnivå det forventes at studentene skal nå i løpet av kurset.

#### **Pedagogisk opplegg og organisering**

Beskrivelsen av den pedagogiske modellen tar utgangspunkt i kursets formål og læringsmål, og plasserer dem i en problembasert læringskontekst. Fundamentet i PBL-ideologien er forståelse av læring som prosess og studentene som de viktigste aktørene i denne prosessen (Barrows og Tamblyn 1980, Barrows 1985,1994, Silén, Normann og Sandén 1989, Ness 1990, Pettersen 1995). Studentene gis ansvar for egen læring. Institusjonen setter faglige

---

<sup>59</sup> Det er retningslinjer for: gruppe-kontrakt, seminarer, prosjektarbeid, ressurstilbud og intern kursevaluering.

<sup>60</sup> I senere reviderte utgaver beskrives hensikten slik: 1) Å gi innblikk i ulike tema knyttet til helse, sykdom og helsevesen. 2) Å gi generell trening i kommunikasjon, samarbeid, selvstendig læring, problembearbeiding/-løsning og rapportering. 3) Å gi studentene en felles bakgrunn for å være helsearbeider, uavhengig av hvilken profesjon de utdanner seg til (Kursheftet Felleskurset 1995:3). Disse målene danner bakgrunn for fokusgruppe-diskusjonene i kapittel 4.5

<sup>61</sup> Læringsmålene er knyttet til temaene: ”Helse og sykdom”, ”Helse- og sosialtjeneste”, ”Rettslære”, ”Prioriteringer i helsevesenet”, ”Etikk”, ”Kommunikasjon”, ”Læring og problemløsning”, og ”Forskning og rapportering”

rammer og mål for læringen og legger til rette for gode læringsmiljø gjennom organisering av læringsaktiviteter og veiledning av læringsprosesser. ”Basisgrupper” med fast veileder er navet i opplegget. Læringen i gruppene tar utgangspunkt i faglige utfordringer, beskrevet i kursheftet som ”problem, spørsmål, påstand, illustrasjon eller liknende” (s:7). Arbeidet med utfordringene skal skje gjennom integrasjon og vekselvirkning mellom gruppeprosess, problemløsningsprosess og læringsprosess. For å lette arbeidet med innhenting av kunnskap tilbys forelesninger i ulike tema. I tillegg kan basisgruppene be om ”ressurstilbud” - utredning av aktuelle tema - ut fra egne kunnskapsbehov. Trening i bruk av bibliotek, kommunikasjon, kritisk vurdering av faglitteratur og skriftlig og muntlig rapportering inngår også i Felleskurset.

Felleskurset ble gjennomført som et introduksjonskurs i løpet av de ti første ukene i studiet, to dager i uken (mandag og tirsdag). Studentene ble inndelt i til sammen 27 basisgrupper, hver med 8-9 studenter fra ulike utdanninger, og en fast veileder. Det faglige innholdet ble beskrevet som fire kurstema<sup>62</sup> som gruppene skulle arbeide med og presentere i seminarer. Godkjenning av kurset ble knyttet til skriftlig rapportering av gruppenes prosjektarbeid.

### **3.4 Evaluering av Felleskurset**

Formålet med evalueringene var å:

- formidle erfaring med et nytt undervisningsopplegg av generell utdanningspolitisk og pedagogisk interesse
- fremskaffe grunnlagsmateriale for diskusjon om pedagogisk opplegg, kursinnhold og ressursbruk
- fremme kvalitet i undervisning og læring gjennom bevisstgjøring og diskusjon om formål, læringsmål, innhold og prosess blant lærere og studenter i kurset (Kursheftet 1992:27)

Den interne evalueringen skulle kunne ut i en samlet evalueringsrapport fra hhv studenter og veiledere. I tillegg ga studentene individuell tilbakemelding via spørreskjema.<sup>63</sup> De følgende avsnittene bygger på evalueringsrapporter fra studenter og lærere, rapport fra en lærer ved Institutt for samfunnsmedisin og fra Sykepleierutdanningen.<sup>64</sup> Forskningsinstituttet NORUT Samfunnsforskning fikk ansvaret for den eksterne evalueringen. Den ble gjennomført av sosiolog Mai-Liss Larsen (Larsen 1994). Bestillingen var at rapporten spesielt skulle fokusere

---

<sup>62</sup> TEMA 1: Ulike definisjoner og oppfatninger av helse og sykdom. TEMA 2: Organisering av helse- og sosialtjenesten. Ulike helseprofesjoners identitet og kompetanse. Muligheter og begrensninger for samarbeid i helsetjenesten. Rettslære. Etikk. TEMA 3: Prioriteringer innen helsevesenet. Etikk. TEMA 4: Helsearbeid i forhold til mennesker i ulike livssituasjoner og med ulik kulturell bakgrunn, prosjektarbeid.

<sup>63</sup> Spørreskjemaundersøkelsen inngår *ikke* i mitt materiale.

<sup>64</sup> Den relativt detaljerte gjennomgangen av evalueringsrapportene er bl.a. gjort for å gi et best mulig bakteppe for den retrospektive gjennomgangen av Felleskurset i kapittel 4.

på samarbeidsprosessen mellom utdanningene, og undervisningen – ut fra målsettingen om å fremme helhetssyn og samarbeid mellom helseprofesjonene.

### **Studentenes evalueringsrapport**

Denne bygger på det som kom frem i et felles møte med representanter fra 21 av de 27 basisgruppene. De mente at ”*Kursets formål*<sup>65</sup> er omfattende nok til å være relevante i forhold til helsearbeideres yrkesutøvelse”, men var usikre på ”hvor mye vi skulle lære”. De ”lærte for lite om helse- og sosialtjenesten til å ha innblikk i og respekt for de forskjellige helseprofesjoners identitet og kompetanse” og fikk for lite ”forståelse for betydningen av samarbeid”. Studentene ”følte heller ikke at de lærte å mestre problembasert læring”, og at ”det var for mange læringsmål i forhold til den avsatte tiden”. ”Når det gjelder introduksjonskurset generelt virker det litt for overfladisk, og vi ønsker en nivå-heving” (Studentenes evaluering av Felles introduksjon ved THH/UiTø høsten 1992:2<sup>66</sup>). Studentene syntes de fikk ”for lite informasjon om hva PBL er, hva som forventes av oss og hvilken rolle veilederen skal ha”. Forelesningene ble vurdert som relevante, men av ujevn kvalitet. Timeplanen var for stram og i varierende grad for dårlig integrert i forhold til den fagspesifikke undervisningen. Gruppesammensetning med spredning i alder og studieretning var positivt (s.3). Ufordringene som ble brukt som utgangspunkt for basisgruppearbeidet ble vurdert som engasjerende.

Når det gjaldt *læringsprosessen* la studentene vekt på ”at motivasjonen og innstillinga til å jobbe med kurset spilte en stor rolle. Denne faktoren varierte sterkt innad i gruppene og fra gruppe til gruppe, og studentene mener at dette punktet hadde størst betydning for hvordan samarbeidet fungerte.” De mente det var liten tid til å ta opp uenighet og uoverensstemmelser underveis, ”det var en tendens til å ’glatte over’ disse og konsentrere seg om progresjon i arbeidet. Dette gjaldt også m.h.t. gruppeprosessen; vi fikk lita tid til virkelig å jobbe oss gjennom denne prosessen” (s.5). *Veilederes rolle* ble vurdert som viktig. Derfor opplevdes det problematisk at kvaliteten på veiledningen var variabel. Seminarene ble vurdert som svært lærerike - mange interessante tema ble belyst fra ulike vinkler. ”Det å forelese til ei ’stor’ forsamling var en barriere de fleste måtte over, og det var fint å få trening i dette” (ibid:6).

I sin evaluering av *evalueringen* hadde studentene en del kritiske merknader. De mente den kontinuerlige evalueringen fungerte for dårlig, og at ledelsen var for lite smidige til å endre

---

<sup>65</sup> Uthevingene er mine, for bedre synliggjøring av de ulike temaene i evalueringen.

<sup>66</sup> Sidene på dokumentet mangler nummerering, så jeg startet tellingen på siden med ”innledning”.



ting underveis. Det ble lagt ulik vekt på den kontinuerlige evalueringen i basisgruppene. Noen syntes at det ble for mye evaluering, ”spesielt da vi skulle evaluere evalueringen” (ibid:7). Det virket også hemmende at evalueringen var lagt opp ut fra kursledelsens premisser. Jeg avslutter gjennomgangen av studentenes evaluering med et utsnitt fra *konklusjonen*:

Nå når dette første introduksjonskurset på Tromsø helsefaghøgskole og UiTø er avsluttet, sitter vi igjen med mange erfaringer og inntrykk, både positive og negative. Vi er enige om at tankene bak kurset absolutt er viktige. Men etter å ha prøvd ut årets plan, synes vi det er en del ting som kan forandres og forbedres.

Først og fremst må kurset ”selges” bedre. Det var store forskjeller på motivasjonen blant studentene, og ikke minst blant lærerne på de forskjellige utdanningene. I starten var det stor interesse. Dette var nytt, og folk var naturlig nok nysgjerrige. Men etterhvert dalte motivasjonen. Mange lurte på om de fikk noe igjen for alt arbeidet som det var med kurset. Å få studentene motivert er det første som det må gjøres noe med. Her er informasjon et viktig stikkord.

De fleste følte at de visste altfor lite om hva som egentlig var formålet med kurset! Vi visste ikke hva som ble forventet av oss som studenter, og det var forskjellige meninger om hvor mye tid og arbeid som skulle legges ned. Problembasert læring (PBL) var blant annet noe de færreste visste hva var. Det burde vært gitt ut informasjon på forhånd om dette. ... Det bør bli lagt mer vekt på at kurset er en del av utdanningene, og ikke bare et påheng som faglærerne helst så var borte. Ei negativ holdning fra faglærerne virket lite inspirerende på studentene. For mange ble det mye ”ekstra-arbeid” som man syntes gikk ut over det ”virkelig faglige” (les: egen utdanning)

Bedre integrering gjelder ikke bare arbeidsmengden, men også innholdet. Flere ga uttrykk for at emnene var lite relevante for dem. Kurset var for ”sykehusorientert” og virket som det var lagt opp bare for medisin- og sykepleierstudentene. Dette mente spesielt studenter fra bioingeniør og psykologutdanninga.

Det mest positive med kurset var det sosiale aspektet. Det vil si at vi ble godt kjent med studenter fra andre utdanninger, og dermed kanskje avlivet en del myter som for eksempel at sykepleierstudenten oppfører seg på en måte og legestudenten på en annen. Vi foreslår at det blir holdt en fest for alle deltakerne på introduksjonskurset tidlig i studiet

Kurset bør følges opp med en del 2 for alle faggrupper senere i studiet. Når studentene kjenner sin egen fagidentitet bedre vil det kanskje oppstå mer reelle problemer som kan skyldes ulik utdanning (ibid:7-8).

## **Veiledernes evalueringsrapport**

Rapporten ble skrevet på grunnlag av to møter med ulike deler av veiledergruppen, samtaler med enkeltveiledere og innkomne kommentarer til rapportutkast. Rapporten ble ført i pennen av prosjektleder, og presentasjonen følger retningslinjene fra kursheftet (notat, Ytrehus 1992).

Veilederne mente at kursets *formål og læringsmål* var ”relevante og i samsvar med hverandre”, men at omfang, innhold og nivå på læringsmålene burde diskuteres i lys av erfaringene, og at de taksonomiske nivåene måtte synliggjøres bedre. Studentene ”oppnådde en høy grad av selvstendighet, ansvar for egen læring og ansvar for basisgruppen gjennom kurset”. Prosjektarbeidet, med intervju som metode, ble vurdert som et viktig bidrag ”til

studentenes utvikling av forståelse for menneskelige reaksjoner ved sykdom og i ulike livssituasjoner” (ibid: 2). ”Veilederne er fornøyd med valg av *undervisnings- og læringsmetoder* med veksling mellom basisgrupper, forelesninger, ferdighetstrening, ressurstilbud, seminarer, prosjektarbeid, selvstudium og evaluering.” Noen mente at både kurset og metodene burde vært bedre introdusert i plenum, mens andre syntes det var best å gjøre det i gruppene. Seminarene - som de mente fungerte svært bra – ble vurdert som en verdifull del av kurset. Det samme ble sammensetningen av basisgruppene (ibid: 4).

Veilederne syntes at kurstema og forelesningstema kunne vært bedre koordinert, blant annet gjennom mer presise bestillinger til de eksterne foreleserne. De faglige utfordringene til basisgruppearbeidet fungerte imidlertid bra (ibid: 5). Det samme gjorde gruppeprosessene, ikke minst på grunn av den varierte bakgrunnen til studentene – interesser og personlighet. ”Variasjonen i gruppen representerer ressurser, som har blitt utnyttet ved tilegnelse av kompetanse (kunnskap, holdninger og ferdigheter), løsning av faglige problemer og i samhandling mellom gruppemedlemmene”. Dessuten mente de at potensielle kimer til konflikt i basisgruppearbeidet, også representerte muligheter for læring.

Noen veiledere erfarte at det ble nødvendig å fokusere på gruppeprosessen for at gruppen skulle komme videre i sitt arbeid. Andre veiledere beskriver tendens i gruppene til å glatte over uoverensstemmelser for å komme videre i arbeidet. Årsaken til dette tillegges kursets struktur med krav om produkt til gitte tidspunkt og dermed begrensede muligheter for å stoppe opp og fokusere på gruppeprosessen (ibid: 5).

De mente generelt at deres tilstedeværelse i gruppene hadde hatt en positiv betydning. De tilpasset seg *veilederrollen* ut fra egen personlighet og kompetanse, og mente det var bedre enn ”uniformering”. Veilederne forsvarte den sterke vektleggingen av *evaluering* med at ”kurset er nytt og omdiskutert” og derfor måtte ”underlegges grundigere evaluering enn etablerte kurs. Dessuten - ”evalueringen ut fra en pedagogisk vurdering er lagt inn som en integrert del av læringsprosessen i kurset” (ibid: 7). Konklusjonen til veilederne var at Felleskursets mål ”i høyeste grad er relevante for dagens helsearbeidere. ... ”Ut fra faglige og pedagogiske vurderinger bør introduksjonskurset gjentas (ibid: 8).

### **Andre tilbakemeldinger**

I tillegg til fellesrapportene kom det inn noen ”individuelle” tilbakemeldinger. En veileder fra universitetet konkluderte med at ”det faglige utbyttet synes å ha vært mindre enn forventet (og

forespeilet)” (Notat av 23.11.92 til styret ved Institutt for samfunnsmedisin:1<sup>67</sup>). Når det gjelder samarbeid var det annerledes:

Framfor alt har prosessen om læring om kommunikasjon vært meget bra. Problem som har oppstått i gruppa, og det har de, har blitt løst og det synes som det at problemene var løsbare ga alle en ahaopplevelse. ... Gjennom en slik prosess har en og sjølsagt utviklet en viss kompetanse for samarbeid. Men jeg mener at de spesifikke problemene knyttet til samarbeid mellom ulike profesjoner ble i for liten grad vektlagt. **Konklusjon:**<sup>68</sup> Kursets målsetting om samarbeid er delvis oppfylt. Med større vekt på dagens samarbeidsforhold i helsevesenet vil introduksjonskurset kunne bli meget bra på dette punktet” (ibid:2).

Avslutningsvis nevner han at ”planleggingen og gjennomføringen av kurset har vært tidkrevende. Kurset har medført forandringer i opplegget for emnet samfunn og sykdom på legeutdanningen, både i form og timereduksjon.”<sup>69</sup> ”Min vurdering så langt er at det er grunn til å anbefale at introduksjonskurset blir gjentatt, med de nødvendige forandringer, høsten 1993” (ibid: 4).

Sykepleierutdanningen sendte et eget vurderingsnotat til styringsgruppen via administrasjonen ved Tromsø helsefaghøgskole. Det konkluderer med at

Kurset har vært lærerikt både for studenter og veiledere. Formålet med kurset er relevant, likeledes har vi i stor grad nådd læringsmålene. Dette impliserer at vi bør gjennomføre kurset flere ganger! ... Samtidig vil vi understreke at kurset har vært svært ressurskrevende for den enkelte utdanning. Utdanningene har ikke fått tilført tilstrekkelige ressurser utenfra for å gjennomføre kurset. På helsefaghøgskolen har vi heller ikke fått uttelling for faktisk tid som har gått med til kurset (vedlegg til udatert brev med håndskrevet nr 016.2 på)

Ut fra dette stiller sykepleierutdanningen spørsmål ved om det kan forsvares at den enkelte utdanning skal bruke så mye ressurser på Felleskurset. Dessuten – det må arbeides mer med omfang og introduksjon av kurset, målformuleringer, utfordringer, undervisningsformer, veilederrollen og retningslinjer for prosjektet.

## Tiljubling og kritikk

Før jeg ser på den eksterne evalueringen, litt oppsummering og refleksjon. Overskriften samler min tolkning av tilbakemeldingene fra de som deltok i Felleskurset. Etter å ha slått fast at formålet med kurset synes relevant, at det er positivt å jobbe i grupper med mennesker med ulik alder og erfaringsbakgrunn, og at seminarene var lærerike, kan studentenes evaluering leses som en nesten sammenhengende rekke av kritiske bemerkninger. Veilederne er ikke fullt så kritiske, men mener det er en god del å ta fatt i for å gjøre Felleskurset bedre.

---

<sup>67</sup> Sidene i dokumentet er unummererte. Tallene er min nummerering som starter på den første hele tekstsiden. Overskriften er ”Evaluering av introduksjonskurset – hovedpunkter”

<sup>68</sup> Uthevet av brevsriver

<sup>69</sup> ”Samfunn og sykdom” var et studieemne i første studieår på legeutdanningen

Samtidig er både studenter og veiledere entydige i sin konklusjon om at kurset må fortsette. Studentene sier at tankene bak kurset er absolutt viktige, at det i prinsippet var et veldig bra kurs og at kurset bør følges opp med en del 2 for alle faggrupper senere i studiet – men – kurset må selges bedre og studentenes motivasjon må styrkes. Veilederne konkluderer med at kurset er et viktig skritt på veien mot samarbeid, og at erfaringene fra dette første Felleskurset må komme til nytte ved planleggingen av et nytt kurs.

Jeg finner studentenes tilbakemelding spesielt interessant. Hva er det som gjør at de, etter å ha radbrekket undervisningsopplegget, konkluderer med at Felleskurset må fortsette? Ja ikke bare det, det bør også komme lignende kurs senere i studiet. Riktignok anbefaler de at det meste bør forandres og forbedres, men først og fremst må det selges bedre. Hvordan kan dette forstås? Her har studentene vært igjennom et opplegg de karakteriserer som arbeidskrevende, som de ikke helt skjønnte meningen med, og som var dårlig integrert med den utdanningen de er tatt opp på – men – som i prinsippet var et veldig bra kurs? Her er det en grunnleggende tvetydighet ute og går. Jeg tolker det som uttrykk for tilslutning til den ideologien som ligger til grunn for etableringen av Felleskurset - men å bli utsatt for denne ideologien i praksis, kunne de gjerne vært foruten. Dette blir en viktig del av diskusjonen i kapittel 5.

### **3.5 Resultatet av den eksterne evalueringen**

Den eksterne evalueringsrapporten søker svar på følgende problemstillinger:

- Hvilke betingelser må oppfylles for at felles utdanningstilbud for ulike helseutdanninger skal kunne føre til bedre samarbeid på tvers av faggrensene?
- Hvilke muligheter og barrierer kan man støte på når ulike utdanninger skal samarbeide om utarbeidelsen og gjennomføringen av et felles kurs? (Larsen 1994:1-2)

Rapporten tar for seg to faser i arbeidet med Felleskurset: Planleggingsprosessen i prosjektgruppen<sup>70</sup> og gjennomføringen av selve kurset. Den bygger på skriftlig dokumentasjon om etablering, planlegging og gjennomføring av Felleskurset, de skriftlige evalueringsrapportene fra studenter og veiledere, og intervjuer med i alt 45 av de som var med i disse prosessene – studenter, veiledere og representanter fra prosjekt- og styringsgruppen. Materialet ble analysert ut fra organisasjonsteoretiske perspektiv.

#### **Vurdering av planleggingsprosessen**

Hovedinntrykket av planleggingsarbeidet, i Larsens fremstilling, er at det var mye smerte forbundet med det. Deltakerne i prosjektgruppen ga uttrykk for frustrasjon og misnøye. I

---

<sup>70</sup> Ut fra intensjonene i innstillingen og modellen i punkt 3.2 kalt «prosjektgruppe 1» i Larsens evalueringsrapport

første del av arbeidet virket gruppen handlingslammet. Den klarte ikke å produsere noen ting. En del av misnøyen ble knyttet til administrative uklarheter. I et ”fagtilhørighetsperspektiv” trer frustrasjonene tydeligere fram. Medlemmene, som representerte ulike faglige ståsteder, utdanningskulturer og –systemer, hadde problemer med å få til reelle diskusjoner om innhold og pedagogisk tilnærming. Særlig sistnevnte skapte problemer, fordi det utfordret tradisjonelle oppfatninger om student- og lærerrollen: I PBL-modellen er studentene hovedaktører, lærerne skal veilede og støtte studentenes læringsprosess. Innad slet gruppen med stereotype oppfatninger av hverandres yrkesgrupper. Lojalitetsproblemer mellom egen utdanning og Felleskurset var også kilde til frustrasjon. I lys av en ”tilfeldighetsmodell” får Larsen frem noen grunnleggende tvetydigheter: Som det første i sitt slag i Norge hadde prosjektet symbolverdi - som prestisjeprosjekt. ”Dette har trolig ført til at de berørte utdanningene kanskje har vært mer ’tent på selve ideen’ enn på å vurdere de praktiske konsekvensene av kurset”, noe som ”trolig har hemmet prosjektgruppen i å diskutere innholdet i kurset på rasjonelt vis” (ibid: 4). I tillegg styrket mangelen på lederskap, uklare retningslinjer og diffuse arbeidsoppgaver i første fase av planleggingen, inntrykket av tilfeldighet. Vendepunktet kom i et møte med styringsgruppen (Larsen 1994:32). Etter det klarte gruppen å omstille seg til en mer målrettet, oppgaveorientert og strukturert måte å arbeide på. Ved hjelp av en ”kommunikasjonsmodell” viser Larsen hvordan den nye strukturen tvang medlemmene til å samarbeide og gå inn i rasjonelle kommunikasjonsprosesser. I stedet for å snakke forbi hverandre begynte de å snakke med hverandre. Alt dette bidro til å gjøre arbeidet mindre konfliktylft. I sin konkluderende vurdering av planleggingsarbeidet i prosjektgruppen setter Larsen dette inn i en større sammenheng:

Erfaringene fra prosjektgruppe 1 kan betraktes som skoleeksempel på betydningen av å trene helsepersonell opp til samarbeid. En viktig forutsetning for å løse de interne problemene innenfor helsevesenet er at gruppene har felles ståsted. Dette kan læres opp i utdanningen, fordi grunnlaget for profesjonenes handlingsinnstilling dannes allerede på dette tidspunktet. Dersom profesjonene ikke er trent opp til ”lagarbeid” og ikke snakker samme språket, vil de trolig få problemer med å fungere sammen i jobbsituasjonen på en konstruktiv måte. En mulig løsning kan som sagt være å utforme strukturer som ”tvinger” til samarbeid. På denne måten kan aktørene og gruppene avstemme de fagidiologiske synspunktene opp mot hverandre, og lære av hverandres erfaringer og kunnskaper (ibid:8-9).

Det mest iøynefallende er imidlertid at arbeidet med introduksjonskurset viser hva som kan skje når ulike profesjoner som er bærere av forskjellige virkeligheter må samarbeide om et felles produkt. Det største problemet i utarbeidelsen av introduksjonskurset har trolig bunnet i at gruppene har snakket mer forbi hverandre enn med hverandre (ibid:53)

## **Vurdering av gjennomføringen**

Her står studentenes og veiledernes erfaringer i sentrum. De skriftlige evalueringsrapportene utgjør et vesentlig grunnlag for analysen. Larsen tillegger den pedagogiske metoden stor

betydning, både i forhold til organiseringen av kurset, og de erfaringene som ble høstet. Ut fra en ”administrativ modell” kan kritikken mot gjennomføringen bl.a. forstås som resultat av at kurset opplevdes som arbeidskrevende - på bekostning av egen utdanning (ibid:56-69).

”Fagtilhørighetsmodellen” løfter fram den usikkerheten som den problembaserte tilnæringsmåten skapte både hos studenter og veiledere, fordi den rokket ved de kjente student- og lærerrollene (ibid:70-3). ”Tilfeldighetsmodellen” viser at kritikken mot kurset kan ses som reaksjoner på en ukjent situasjon preget av tvetydighet.

Følelsen av ”*å famle i blinde*” kan trolig forklare at mange ble negative til kurset. Det spredte seg raskt en misnøye, og bemerkningene var krasse: Kurset var kjedelig, det var lite faglig relevant, det var banalt, det var dårlig planlagt, osv. Motstanden ble stor, noe som førte til at man sjelden hørte noe positivt om kurset. De som hevdet at introduksjonskurset var bra ”*ble sett på som litt sære*”, som en student uttrykte det (ibid:75).

I lys av ”kommunikasjonsmodellen” blir ikke bildet så negativt, spesielt hvis man fokuserer på basisgruppene. Studenter som opplevde at veilederne var aktivt med i gruppearbeidet, mente det var lærerikt. Det som går igjen hos veilederne ”er at de er opptatt av fag, og at dette har preget deres tilstedeværelse i basisgruppen” (ibid:77).

I analysen av prosjektgruppens planleggingsarbeid tar Larsen utgangspunkt i medlemmenes frustrasjon og misnøye i første del av arbeidet. I analysen av gjennomføringen er det studentenes kritikk av opplegget, som er klangbunn. Samtidig hevder hun at

Flesteparten av informantene mente at etableringen av et felles introduksjonskurs var et viktig skritt på veien for å få til et bedre samarbeid mellom profesjonene innenfor helsevesenet: ”Dette er et tiltak som absolutt bør gjentas”, må sies å ha vært en gjennomgangstone i intervjumaterialet (ibid: 57).

Selv om det har vært reist kritikk mot gjennomføringen av introduksjonskurset uttrykte både studenter, veiledere og ledere ved de respektive fagutdanningene at de ønsket at kurset skulle være et fast tilbud til helsefagstudenter, samtidig som mange ytret ønske om at samarbeidet skulle bli ytterligere formalisert senere i utdanningen (ibid: 79).

Gjennom disse sitatene oppsummerer Larsen den tvetydigheten som på mange måter har gått som en rød tråd gjennom både den interne og eksterne evalueringen. Jeg avslutter gjennomgangen av det første Felleskurset med noen refleksjoner:

### **3.6 Felleskursets tvetydighet**

I St.meld.nr.41(1987-88) foreslår Sosialdepartementet et utdanningspolitisk tiltak, som rører ved grunnleggende forestillinger og tradisjonsbærende praksiser i norsk helsepersonellutdanning. Det går på tvers av innarbeidet pedagogisk tenkning, og utfordrer tradisjonelle og markante skillelinjer innen høyere utdanning her i landet. Allikevel etableres tiltaket med stor entusiasme innenfor et miljø der krav til dokumentasjon og evidens er stort,

der kritisk sans og evne til argumentasjon er velutviklet, og autonomi betraktes som en grunnleggende rettighet og forutsetning.

Jo nærmere ideologien kommer handlingsplanet, jo mer synes det imidlertid å butte i mot. Dette kommer tydeligst til uttrykk i prosjektgruppen som planla den konkrete gjennomføringen. Det som skjedde her indikerer at realiseringen av prosjektet representerte utfordringer på mange plan. I den eksterne evalueringsrapporten vies gruppens arbeid stor oppmerksomhet. Det beskrives som smertefullt – preget av frustrasjon og misnøye blant deltakerne, spesielt første delen. Noe av dette relateres til uklarhet med hensyn til mandat, arbeidsoppgaver og ledelse, men tilskrives hovedsakelig faglige forhold knyttet til at deltakerne ser virkeligheten og hverandre fra ulike perspektiv. I prosjektgruppen endres prosjektets karakter. Fokus forskyves fra saksgang med utredning, vedtak, innstilling og nye vedtak - til faglige og pedagogiske debatter. Fra å være øvelse i byråkrati til å bli en sak som synes å røre ved dype identitetskapende strukturer i fag- og utdanningskultur. Spillet flyttes fra en arena preget av instrumentelt handlingsrasjonale i formelle kontekster, til en arena der faglige selvpoppfatninger og fordommer om hverandre berøres og settes i spill. Dette påvirket første del av planleggingsarbeidet, en fase hvor gruppen ikke produserte noen ting. Man lurte en stund på om hele prosjektet måtte skrinlegges.

Etter møtet med styringsgruppen i slutten av november 1991, skjedde en radikal forandring. Prosjektgruppen valgte leder, opprettet interne arbeidsgrupper med konkrete oppgaver og klare tidsfrister. Med andre ord, gruppen ble handlingsorientert og konsentrerte seg om å gjøre jobben den hadde påtatt seg - å få ferdig et felles undervisningsopplegg som kunne iverksettes høsten 1992. Det skjedde altså et skifte av fokus: Fra å være rettet innover mot eget og andres fag og faglighet, kompetanse- og statusforskjeller, der fordommer og stereotypier var undertekster, ble blikket løftet mot den oppgaven de var kommet sammen for å løse. Gruppen etablerte strukturer som ”tvang” frem samarbeid. Kommunikasjonen endret også karakter – fra å snakke til og forbi hverandre begynte de å snakke med hverandre. I stedet for å kjøre diskusjonene fast i kulturforskjeller begynte de ”å kommunisere med hverandre på tvers av blant annet fagtilhørighet, og ta ’hverandres roller’” (ibid:51).

Endringen i gruppen kan sikkert tolkes på mange måter, som en pragmatisk tilnærming til et prestisjetungt prosjekt. Som en konsekvens av realitetsorientering og endret situasjonsforståelse. Som endring av rasjonale fra ideologi til handling. Som klimaendring som følge av at deltakerne prøvde å ta hverandres perspektiv. Eller er det uttrykk for utvikling

mot en prosessorientert tilnærming til reelt samarbeid? Den eksterne evalueringen konkluderer med at erfaringene fra prosjektgruppen kan ses som eksempel på hvor viktig det er å trene helsepersonell i samarbeid. Men hva skal til for at Felleskurset blir en arena for samarbeidstrening for framtidig helsepersonell? Evalueringene etter det første felleskurset kan verken gi svar på dette spørsmålet eller om Felleskurset, til tross for dårlig evaluering, på lengre sikt har hatt positive virkninger på deltakernes samarbeidskompetanse. Det svaret kan vi først forvente å få når studentene har prøvd seg som yrkesutøvere i helsetjenesten. Derfor er den retrospektive evalueringen av Felleskurset, som blir presentert i neste kapittel en viktig del av dette forskningsprosjektet.

### **Ideologi – politikk – fag - menneske**

Det handlingsforløpet jeg har lest ut av arkivmaterialet og skissert her, viser hvordan ideologi kan utnyttes som drivkraft i og politisering av faglige prosesser. Vi har sett hvordan tanken om samarbeid mellom helsepersonell som kvalitetsutviklende faktor i helsetjenesten lanseres av politiske myndigheter, og plantes i et miljø hvor man regner med gode vekstvilkår. Prosessen med å få ideen til å vokse, har godt driv. Den involverer instanser som ikke bare sørger for å få lagt til rette for hurtig og god fremdrift, de sørger også for at prosjektet får legitimitet, både formelt, administrativt og faglig.

Det virker imidlertid som om ideologi i dette tilfellet driver frem administrative prosesser bedre enn faglige. Så lenge prosjektet hovedsakelig er en sak for styringsorganer og utredningsgruppe går det på skinner. Prestisjefaktoren bidrar vel også til å holde tempo oppe. Eller sagt på en annen måte, så lenge man kan forholde seg til Felleskurset som en administrativ/byråkratisk prosess, virker det nesten som den er selvgående. Det er i møtet med de faglige miljøene at det blir kluss. Det er når departemental ideologi blir konfrontert med faglig tenkning - og bærerne av denne tenkningen - at den skaper andre følelser enn begeistring. Det er når ideen om samarbeidslæring skal realiseres at den blir vanskelig å hanske med. Dette er sannsynligvis ikke så veldig forskjellig fra arbeidet med andre ideer som skal finne sin form i handling. Men - når den eksterne evalueringsrapporten bruker så sterke ord som ”smerte” for å beskrive det som skjer i denne grenseflaten - mellom ide og handling - indikerer det dyptgripende prosesser. Ved hjelp av ulike sosiologiske modeller viser den eksterne evalueringsrapporten at denne smerten kan forstås som uttrykk for reaksjoner knyttet til flerdimensjonale møter på faglige og personlige plan - noe som overhodet ikke inngår i mandatet. Smerten ses spesielt i sammenheng med frustrasjoner som genereres når kommunikasjonen krysser grenselinjer mellom ulike utdanninger og mellom de



to institusjonene UiTø og THH. Frustrasjoner som også nøres av myter om hverandre og opplevelse av statusforskjeller.

I prosjektgruppens arbeid med detaljplanlegging av Felleskurset endrer prosessen karakter, fra å være instrumentell til å bli relasjonell og kontekstuell. Isolert sett kan mandatet, uten særlige epistemologiske problemer, plasseres innenfor en instrumentell forståelsesramme. Gruppen får en oppgave som skal løses. Løsningen forventes å foreligge i form av et kurshefte som beskriver alt fra mål, innhold og pedagogisk tilnærming til gruppesammensetning og undervisningsrom. Men – det å komme dit, impliserer helt andre prosesser enn de som lar seg fange av en instrumentalistisk tilnærming. Her er det snakk om affektskapende samspill mellom mennesker, fag, vitenskap og kultur. Og – det er disse prosessene som på et visst tidspunkt holder på å velte hele opplegget. I møtet med styringsgruppen dreies imidlertid igjen oppmerksomheten mot mandatet. Prosjektgruppen samordner ressursene, omstrukturerer arbeidet og fullfører oppdraget. Analytisk kan dreiningen forstås som tilbakevending til en mer instrumentell rasjonalitet.

Jeg stopper gjennomgangen og refleksjonene om prosessene rundt etableringen av Felleskurset i Tromsø her. Spørsmålene som vokser ut av denne historien er mange: Hvordan kan vi forstå disse prosessene? Hva er det som gjør at departementets ide om samarbeidslæring blir akseptert - omtrent uten motforstillinger – av et tilsynelatende samlet helsefaglig utdanningsmiljø? Hvordan kan vi forstå studentenes ambivalens til det første Felleskurset? Slik jeg ser det, rører disse spørsmålene ved grunnleggende og kompliserte problemstillinger og diskurser knyttet til samspillet mellom politikk og fag, mellom byråkratiske og faglige prosesser, mellom statlige styringsstrategier og faglig autonomi, mellom myter og vitenskap, mellom tro og evidens og mellom kunnskap og makt. Intensjonen i denne omgang er bare å henge opp et bakteppe for de andre historiene jeg vil fortelle, i håp om at det kan bidra til å få frem kontraster og former, detaljer og dybde, sammenhenger og brudd, motiv og handling.

Videre utover i avhandlingen vil jeg hente opp igjen disse spørsmålene. I neste kapittel fullfører jeg historien om Felleskurset ved å undersøke hvordan studenter som deltok vurderer ”effekten” av det, etter å ha vært noen år i praksis.

### **3.7 Refleksjoner fra aktørperspektiv**

Historien jeg nettopp har fortalt er basert på arkivmateriale og Mai-Liss Larsens evalueringsrapport. I første kapittel plasserte jeg meg selv som deltaker i denne prosessen. Her vil jeg dele noen erfaringer og refleksjoner fra de ulike aktørrollene jeg hadde.

Det første som slår meg er de kvalitative forskjellene mellom Felleskurset slik det fremtrer gjennom arkivmaterialet og Felleskurset basert på egenopplevelse. Det var egentlig ikke noe nytt i arkivmaterialet. Allikevel virket kunnskapen fra materialet både kjent og ukjent. Som en gammel lekse jeg en gang hadde kunnet - men glemt. Det politiske spillet rundt etableringen av Felleskurset ble tydeligere gjennom dokumentene. Og - det var nesten som jeg først nå ble klar over forholdet mellom aktørgruppene som deltok i etableringen, handlingsrekkefølge, organisering, og ikke minst tempo i prosessene. De erfaringsbaserte minnene er annerledes. De er preget av gjenopplevelse av det tvetydige etos som etter hvert kom til å omgi Felleskurset – en glitrende ide i en elendig innpakning med et vedvarende dårlig rykte. Jeg gjenopplevde situasjoner hvor kursets tvetydighet utfordret til engasjement, vekket erkjennelse eller endte i handlingslammelse. I ettertid synes disse sinnsstemningene å blande seg med hverandre i de fleste situasjoner. Aktørerfaringene er emosjonelt ladet og sitter i kroppen. Jeg tar med refleksjoner over tre situasjoner. Den første fra planleggingen av det første Felleskurset. De to neste fra gjennomføringen i perioden 1992 – 1997.

#### **Handlingslammelse**

En av aktørrollene mine var som medlem av styringsgruppen for Helseutdanningsprosjektet, som hadde det overordnede ansvaret for gjennomføringen av det første Felleskurset. I praksis betød det ansvar for å følge med og støtte prosjektgruppen. Det siste ble spesielt aktuelt da prosjektleder skulle ha en kortere permisjon høsten 1991. Dette var et avgjørende tidspunkt i planleggingsarbeidet. Så langt hadde nesten ingenting materialisert seg i konkrete planforslag, tross flere møter. Det måtte det snart gjøre hvis vi skulle kunne starte opp høsten 1992. Prosjektgruppen ba om å få møte styringsgruppen for å drøfte problemet. I den eksterne evalueringsrapporten beskriver ett av medlemmene møtet slik ”*Jeg hadde nesten på følelsen av at de kun sa 'huff' – også gikk de. Det hadde ikke gjort noe om de bekymret seg litt*” (Larsen 1994:32). Selv husker jeg med skrekk og gru dette møtet, og skjønner godt at prosjektgruppen opplevde ”*Styringsgruppen som en luftig sky langt borte*” (ibid:35). Men vi var bekymret. Jeg kjenner fortsatt ubehaget ved ikke å være i stand til å gi den støtten som prosjektgruppen hadde grunn til å forvente å få. Det manglet ikke på vilje, men som styringsgruppe hadde vi lite konkret hjelp å tilby: Det var vanskelig å få inn en ny

prosjektleder for en så kort periode, og ingen i styringsgruppen kunne ”vikariere” i jobben. Det eneste vi kunne gjøre var å stille spørsmål. Ikke så mye om problemene i prosjektgruppen, men om hvordan de tenkte å løse det oppdraget de hadde fått. Etter møtet var jeg *mer* bekymret enn før. Som styringsgruppe hadde vi ansvar for arbeidet, men ingen sanksjonsmuligheter. Om prosjektgruppen hadde sagt at dette blir *for* vanskelig og trukket seg fra oppdraget, måtte vi bare akseptert. Jeg begynte å forberede meg på at det ikke ville bli noe Felleskurs i 1992, kanskje ikke i det hele tatt. Hvordan styringsgruppens handlingslammelse kunne utløse handlingspotesialet i prosjektgruppen, skjønner jeg ikke. Men som beskrevet tidligere - det gjorde den. I evalueringsrapporten beskrives det slik: ”Møtet med styringsgruppen førte imidlertid til en dreining i aktiviteten internt i prosjektgruppen. *’Det skjedde en totalomvendelse’* som en av informantene uttrykte det” (Larsen 1994:32).

## **Engasjement**

Som rektor på Tromsø helsefaghøgskole/dekan ved Avdeling for helsefag delte jeg det formelle faglige ansvaret for Felleskurset med dekan på Fagområdet medisin. Dette var den enkleste delen av Felleskursengasjementet mitt. Den ikke-foreskrevne delen var den mest ressurskrevende og utfordrende. Den besto i å være en slags ”trøste og bære” kontakt for frustrerte veiledere, studieledere og prosjektleder. Blant studentene var det mye surmuling over ulik og ofte ikke særlig god veiledning i basisgruppene. Det mest problematiske syntes å være veiledere som motarbeidet Felleskurset. Lærerne ved høgskolen klaget over at lærere fra legeutdanningen bidro til å skape negative forventninger. Og, etter hvert måtte vi alle - enten vi var for eller i mot – leve med at Felleskurset fikk et dårlig rykte. Som historien viser ble det også formelt formidlet atskillig kritikk i de årlige evalueringene. I ledelsen var vi fra første stund innstilt på å utvise stor åpenhet og endringsvilje i forhold til tilbakemeldingene. Felleskurset var jo noe helt nytt. For egen del begynte det å tære både på åpenhet og endringsvilje etter noen år. Troen på felleskurset var der fortsatt, men etter å ha endret nesten alt som kunne endres – organisering, innhold, arbeidskrav osv – frem og tilbake noen ganger, innså jeg at Felleskurset kanskje ikke var liv laga, i hvert fall ikke i Tromsø.

Den eksterne evalueringsrapporten, som bare forholdt seg til det første Felleskurset, kan i utgangspunktet synes å ha begrenset relevans som speil for mine egne erfaringer. Allikevel ser det ut som Felleskursets etos ble dannet det første året. Vi har sett hvordan frustrasjon og ”mye smerte” preget prosjektgruppens planleggingsarbeid, og at ”*det fantes mange fornuftige grunner til å skrinlegge det hele*” (Larsen 1994:2,4). Om smerten kanskje fortok seg så vedvarte frustrasjonen knyttet til den årlige planleggingsprosessen. Beskrivelsen av

studentenes opplevelse av det første Felleskurset er nesten profetisk: En følelse av å famle i blinde, økende misnøye som kom til uttrykk gjennom krasse bemerkninger, stor motstand og negativitet. Enigheten om denne type beskrivelse var så stor at de som mente noe annet “ble sett på som litt sære”(ibid:75). Selv om studentene og jeg hadde helt forskjellige aktørposisjoner, kan jeg identifisere med deler av denne beskrivelsen. I de ca.15 årene jeg hadde vært lærer i og leder av helsepersonellutdanning, hadde jeg aldri opplevd å famle så mye i blinde som her. Ingen av de organisatoriske og pedagogiske grepene vi tok, syntes å nytte. Staheten ga meg utholdenhet og evne til å leve med følelsen av å bli sett på som litt sær fordi jeg ikke ville oppgi en god ideologi for en dårlig praksis. Men så ble det bråstopp:

### **Erkjennelse**

I alle de årene jeg var med i ledelsen av Felleskurset, 1992 til 1997, var det i støpeskjeen – pendlende fram og tilbake mellom årskullenes forslag til endringer. Det svekket ikke troen på saken – opplegget kunne sikkert bli bedre. Det var bare å fortsette motiveringsarbeidet. Men så kom dråpen: Til det rådsmøtet hvor vi skulle diskutere evalueringsrapportene etter årets Felleskurs, jeg tror det var i 1996, møtte dekan fra universitetet med tre medisinerstudenter. En etter en fremførte de sine kritiske merknader. De sank inn i meg som en erkjennelse, en utmattelse, et nederlag. Hvorfor bruke mer ressurser på et undervisningsopplegg som til de grader kjempet i motvind? Jeg takket for studentenes velbegrunnede synspunkter og foreslo at Rådet nå måtte ta konsekvensene av vedvarende negativ evaluering. Vi burde skrive til Universitetsstyret og Høgskolestyret, og be om å få avslutte opplegget. Da opplevde jeg noe av det som gjorde sterkest inntrykk på meg i hele den tiden jeg var involvert i Felleskurset. Studentene ble helt fra seg. De snakket med høye stemmer i munnen på hverandre. Nei – vi måtte ikke legge ned Felleskurset. Dette var et *veldig viktig tiltak*, det måtte bare bli bedre!!

I forhold til Felleskurset var jeg hele tiden en engasjert, men etter hvert sliten tilhenger. Jeg prøvde, sammen med andre i ledelsen å være lyttende og konstruktiv. Jeg var motivator og støttekontakt, men endte opp som en desillusjonert entusiast. Det ble stadig vanskeligere å opprettholde den troen på Felleskurset som var blitt nøret av konklusjonen i den eksterne evalueringsrapporten. Her blir Felles ståsted og språk fremhevet som viktige forutsetninger for problemløsende lagarbeid i helsetjenesten, fulgt av en påstand om at “[D]ette kan læres i utdanningen.”<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> Sitatet dette er hentet fra er gjengitt på slutten av avsnittet «Vurdering av planleggingsprosessen».

Etter dette tilbakeblikket på egne Felleskurserfaringer, må jeg innrømme at de preges av lignende ambivalens som studentenes. Det var sannsynligvis denne ambivalensen som til slutt drev meg inn i dette doktorgradsprosjektet. For det første ville en studie av Felleskurset kunne gi svar på det jeg aldri helt forsto da jeg sto midt oppe idet: Hvorfor fungerte det ikke etter intensjonen - med en så unison tilslutning til ”tanken bak”? For det andre var det motiverende å skulle få anledning til å gjøre den ”egentlige” evalueringen av Felleskurset - dokumentere ”effekten” av dette viktige tiltaket. Etter erfaringene fra feltarbeidet i helsetjenesten falt imidlertid både min begeistring for, og troverdigheten til Larsens konklusjon, og jeg ble mer opptatt av hvilket grunnlag hun hadde for den. Ambivalensen og tvetydigheten ble imidlertid sterkere, og har etter hvert vist seg å bli ”nisser på lasset” i dette prosjektet. I helsetjenesten trengte disse begrepene seg igjen på, som relevante beskrivelser av felterfaringer.

Slik jeg ser det kan fortellingen om Felleskurset samles i begrepene tvetydighet og ambivalens. Dette er gjennomgangstema i etableringsprosess og evalueringer, og danner ”substansen” i det etos som kom til å omgi og kjennetegne Felleskurset fra første gjennomføring. Det virker med andre ord å være en vedvarende parallellitet mellom positive konnotasjoner knyttet til Felleskurset som ideologi og tilsvarende negative til den praksisen det representerte. Hvordan kan dette forstås? Er det mulig å finne mening i det tilsynelatende paradoksale i den varme omfavelse av ”tanken bak” og radbrekking av tankens realisering? Det interessante er at dette ikke synes å oppfattes som et paradoks av de som målbærer denne dikotomien. Hvordan kan det ha seg? Dette er spørsmål jeg tar med videre i avhandlingen. I første omgang til neste kapittel - om Felleskurset i tilbakeskuende perspektiv. Har de tidligere felleskursdeltakerne nå bestemt seg – var Felleskurset egentlig bra, eller var det det ikke? Med andre ord har ambivalens og tvetydighet forsvunnet i den retrospektive opplevelsen og vurderingen av Felleskurset, eller er den der fortsatt?

## Kapittel 4

### FELLESKURSET - RETROSPEKTIVT

Dette kapitlet forteller siste delen av historien om Felleskurset i Tromsø 1992-2000. Det gjøres ved hjelp av noen av de studentene som gjennomførte kurset. De har gjennom et varierende antall år som yrkesutøvere i helsetjenesten prøvd ut den samarbeidskompetansen Felleskurset siktet mot. Materialet ble hovedsakelig samlet inn gjennom fokusgruppesamtaler. Funnene som presenteres danner grunnlag for svaret på problemstillingen: *Hvordan bidro Felleskurset i Tromsø til utvikling av samarbeidskompetanse?*

I forrige kapittel så vi hvordan det helt fra første Felleskurs ble anlagt et midlertidig perspektiv på kursevalueringene. Gjennomgangsmelodien var at *den egentlige* evalueringen først kunne gjøres etter at samarbeidsferdighetene var prøvd ut i praksis. Innholdet i dette kapitlet kan leses som en slik evaluering – som et ”sannhetens” speil der Felleskursets berettigelse endelig kan fremtre med større klarhet.

Begrunnelsen for å velge fokusgruppesamtaler som informasjonsinnhentingsmetode,<sup>72</sup> var for det første de likhetstrekkene den har med basisgruppekonseptet som ble benyttet i Felleskurset: En gruppe representanter fra ulike yrker samlet om en felles tematikk - i dette tilfelle Felleskursets nytteverdi – møtes for å drøfte problemstillinger som kan gi økt innsikt i tema (Wibeck 2000). For det andre var det et poeng å velge en metode som reduserte betydningen av forskeren. Ikke primært fordi jeg var redd for en eventuell studentindusert bias på grunn av min tilknytning til felleskurset.<sup>73</sup> Grunnen var heller et ønske om å få en mest mulig åpen diskusjon basert på deltakernes egne tanker og vurderinger, ikke på mine spørsmål. Jeg ledet selv gruppene, men hadde med to bisittere - eller ”observatører”<sup>74</sup> - som var utenfor selve gruppesituasjonen. De noterte stikkord fra diskusjonen og hvilke yrkesgrupperepresentanter som sa hva. Ved transkripsjonen var det godt å ha, fordi jeg ikke kjente deltakernes stemmer. Bisitterne observerte også gruppe- og samtaleprosessene, og ga

---

<sup>72</sup> Vedlegg 2 a-e gir informasjon om rekruttering til og gjennomføring av fokusgruppesamtalene. I kapittel 6.3 vurderer jeg fokusgrupper som metodisk tilnærming i antropologisk forskning.

<sup>73</sup> Studentene var stort sett ikke kjent med denne forbindelsen før jeg ved innledningen til gruppesamtalene fortalte om forskningsprosjektet og min egen rolle som aktør i empirien.

<sup>74</sup> To kolleger fra Fysioterapeututdanningen deltok som observatører: Marianne Aars (fysioterapeut med hovedfag i pedagogikk) i de tre sykehusgruppene, og Grete Barlindhaug (fysioterapeut og sosialantropolog) i kommunehelsetjenestegruppen.

meg tilbakemelding om sine vurderinger etter møtene. I tillegg til de i alt fire fokusgruppene med fra tre til fem deltakere, er materialet også basert på fire individuelle samtaler med ergoterapeut, fysioterapeut, lege og sykepleier, samt en del e-postkommentarer.

Jeg starter med å gjengi deltakernes respons på åpningsspørsmålene mine: *Er det noen av dere som har tenkt tilbake på Felleskurset? Hva har dere i så fall tenkt?* Så ser jeg nærmere på en av problemstillingene som vokste ut av gruppediskusjonene: Kan samarbeid læres? Til slutt presenterer jeg deltakernes reaksjoner på gjensynet med felleskursets læringsmål.

#### **4.1 Felleskurset i lys av erfaringer fra arbeid i helsetjenesten**

I rask rekkefølge presenterer jeg starten på samtalene, den som fulgte igangsetterspørsmålene gjengitt ovenfor, fra alle fokusgruppene. Jeg har valgt å gjengi denne delen av samtalen, fordi dette var spørsmål som alle sa noe om. Sitatene er ganske lange for å formidle størst mulig meningsfylde. Deltakerne er benevnt med forbokstaven i yrkesgruppen de tilhører<sup>75</sup>. De første tre gruppene ble rekruttert fra sykehuset, den fjerde fra kommunehelsetjenesten.

##### **Fokusgruppe 08.06.05 – ergoterapeut, fysioterapeut og lege.**

*E: Vi hadde jo ganske mye felleskurs på utdanninga. Vi fikk vite at første klassen skulle møtes før vi hadde begynt å få noe yrkesidentitet, også skulle vi møtes senere når vi hadde kommet mer inn i yrket våres. Argumentet da var at vi skulle øve oss på å jobbe tverrfaglig. Men jeg er nå litt usikker på effekten av det, det må jeg si. Det var mye argumenter mot felleskurset, og det var og feil i mange sammenhenger, men jeg er litt usikker nå i dag på hva slags effekt det hadde.*

*F: Jeg er litt enig med deg, men vi hadde jo kun felleskurset første året. Det var vel slik at vi hadde felleskurset tre dager, og så hadde vi vanlig undervisning to dager. Men jeg følte at det kom for tidlig i studiet. Du er jo på en måte ikke fysioterapeut eller ergoterapeut eller lege når du har gått 2 måneder på skolen. Også følte jeg at det var en veldig negativ holdning til kurset, og det gikk litt utover den gruppa som jeg var i, i alle fall. Det var på en måte sånn at vi måtte bli fortest mulig ferdig med det her (liten latter). Det som jeg synes kanskje var mest negativt med det, er jo at du ikke føler at du er noen sånn yrkes- eller profesjon så tidlig i studiet.*

*L: Vi hadde jo også sånt opplegg med veldig intensivt første året. Med veldig, veldig mye tid til felleskurset som, antagelig kanskje var litt unødvendig mye tid med lite utbytte. Men – ingen hadde noe egentlig profesjonsidentitet. Vi var jo en gjeng studenter som nettopp var kommet inn på studiet, og noen hadde vel kjempet lenge om å komme inn på akkurat det studiet. Andre hadde begynt på et studium fordi de ikke var kommet inn på et annet studium. ... Tanken var at vi skulle unngå profesjonskamp, det var jo før vi hadde begynt – (alle ler).*

Gjennomgangstonen her er at det ble brukt mye tid på Felleskurset,<sup>76</sup> med lite utbytte. Kursets plassering er et annet problem som løftes frem. Hvor fornuftig er det med et felleskurs som

---

<sup>75</sup> B = bioingeniør, E = ergoterapeut, F = fysioterapeut, L = lege, R = radiograf, S = sykepleier

<sup>76</sup> Kurset hadde noe varierende lengde i perioden 1992 – 2000, som et resultat av endringer som følge av studentevalueringene. Det første var det lengste kurset med et omfang på to dager i uken over ti uker.

skal forberede til tverrfaglig samarbeid så tidlig i studiet, før studentene har fått en yrkestilhørighet? Negativ holdning til kurset er også noe som trekkes frem.

### **Fokusgruppe 20.06.05 – ergoterapeut, to fysioterapeuter, to sykepleiere**

*S2: De første årene så tenkte jeg på at vi hadde det. Det var jo når jeg traff de jeg hadde vært i basisgruppe med. Da tenkte jeg, det er nå en ting jeg har med meg fra det der, det er lettere å ta kontakt når du har sett det mennesket før. Men når jeg begynte å tenke, når jeg skulle hit, så begynte jeg å kjenne at det er så lenge siden (det smiles rundt bordet), 10 år, at jeg husker egentlig ikke så mye, som jeg trodde jeg gjorde.*

*S1: Ja, det tenkte jeg også. Hva i all verden skal jeg hit å prate om felleskurset for, jeg husker jo ikke i det tatt. (ler, flere ler med) Det eneste jeg husker er at det var så tidlig i utdanninga. Vi var ikke bevisst nok på det vi selv studerte, og samtidig skulle vi samarbeide med flere andre yrkesgrupper, og så vite hva vi selv skulle stå for*

*E: Jeg har ikke tenkt noe på det her i ettertid. Men jeg husker at jeg tenkte da vi var ferdig med felleskurset: Dette her var bortkasta. Men, det var kanskje litt lettvint, så jeg tenkte at det er her for en grunn, og så aksepterte jeg det. Greit nok. Jeg skulle kanskje bare lære at det var bare vanlige folk på de andre utdanningene og. Noe annet har jeg ikke fått med meg av fellesundervisninga. Hvorfor kunne vi ikke holde på med fagstoff den tida som vi brukte på felleskurset, for vi brukte jo et halvt år – altså bra mange måneder bare på vis vas. Jeg syns det var bortkasta da, og jeg vet ikke om jeg har satt noe mer pris på det nå etterpå.*

*F1: Jeg jobber jo i lag med flere som også har gått her på skolen og deltatt på felleskurset, og jeg syns de fleste sier noe lignende som det du sier, at det er - ikke at det var vis vas, men vi brukte ganske mye tid på ting som vi der og da ikke trengte. Vi var utålmodige etter å begynne med faget vårt, lære om det vi skulle ha på utdanninga, og opplevde felleskurset som bortkasta tid. (E nikker) Det var sagt at det skulle være tverrfaglig samarbeid og – ja - samhandling mellom profesjonene. Men så tidlig i utdanninga så har man ikke noen yrkesidentitet, så vi var alle sammen like ferske enten vi var medisinerstudenter eller farmasistudenter eller fysioterapistudenter. Alle var like – ja – i villrede om hva som skulle foregå, syns jeg.*

*F2: Jeg har ikke tenkt så mye på felleskurset, men jeg har ikke tenkt så mye negativt heller. Jeg har bare tenkt at jeg ikke har hatt bruk for det, har ikke utnyttet det etterpå, men jeg var jo med på det og gjorde det beste ut av det (ler litt), for det om vi ikke hadde noen yrkesidentitet. Jeg tenker i ettertid, når jeg møter igjen de som jeg var i lag med da, at det er mye lettere å ta kontakt når man har sett dem før.*

Flere i denne gruppen er svært så tydelige i sin tilbakemelding om Felleskursets manglende nytteverdi. I likhet med foregående gruppe påpeker den også det meningsløse i å skulle lære tverrfaglighet før en har fått tak på hva eget fag dreier seg om. Noen forsøkte å mildne disse negative tilbakemeldingene: *men så tenkte jeg at det er her for en grunn, vi var mer utålmodige etter å begynne med faget vårt og gjorde det beste ut av det.* Noen hadde problem med å huske hva som foregikk på Felleskurset, så mange år etterpå. Det kan representere et metodisk problem. Informasjon om noe man ikke husker, har liten verdi. Jeg gjør ikke noe poeng av dette, fordi ytringene kom tidlig i gruppearbeidet. Utover i samtalen hjalp deltakerne hverandre å bringe frem minner. Den eneste virkelige positive tilbakemeldingen – fra to – var



om hvor fint det var å møte igjen de man var sammen med i basisgruppe: *det er lettere å ta kontakt når du har sett det mennesket før.*

### **Fokusgruppe 05.09.05 – bioingeniør, ergoterapeut, lege og sykepleier**

*L: Jeg må vel bare si ærlig – nei. Jeg har ikke i mitt arbeid og mitt samarbeid med andre tenkt på at – oi, det lærte jeg på felleskurset. Jeg har ikke tenkt på felleskurset, det kan jeg ikke si. ... Det var jo et problem akkurat det med de visjonene som egentlig var for felleskurset, at det var veldig få som fikk med seg hvorfor egentlig felleskurset? Så veldig mange satt med spørsmålet: "hvorfor gjør vi dette?" (ler litt).*

*S: Nei, jeg har det vel litt på samme måten. Jeg har prøvd å tenke på det siden den mailen jeg fikk i vår, og funnet ut at jeg husker egentlig ganske dårlig. Jeg husker en del fra felleskurset – men jeg har ikke hatt noe sånt bevisst forhold til det i jobben, som jeg vet om. Jeg synes det var mye negativt rundt felleskurset i den tiden der, og i den grad jeg har tenkt på det, så er det nok først og fremst på grunn av det at det føltes som om vi ble tvunget gjennom det. Og, når jeg ser på det i ettertid føler jeg at det var så tidlig i utdanningen at jeg visste ikke en gang om jeg skulle fortsette på det jeg var begynt på, også skulle vi sette oss ned og jobbe tverrfaglig på måter som vi ikke hadde noen bakgrunn for.*

*E: Jeg vet ikke heller om jeg kan si at jeg har vært noe bevisst på felleskurset. Jeg har bestandig jobbet tverrfaglig. Siden jeg begynte å jobbe med rehabilitering, har jeg bestandig hatt samarbeid oppe som en viktig greie, kan du si. Men om jeg relaterer det akkurat til felleskurset, det er mer sånn på det personlige plan, for vi var jo en veldig tett gruppe som holdt kontakten gjennom alle tre årene og også etterpå, noen av oss i hvert fall, den harde kjerne. Og jeg har gjennom studentene jeg hadde i praksis også spurt dem, og de har kommet med noen synspunkter om felleskurset. For meg var det sånn: "hvordan ser ting ut i ergo?" – vi hadde ikke så mye som vi kunne identifisere oss med, og da ble det litt rotet med det felleskurset, at vi ble kjent med alle de andre faggruppene før vi visste hva vi sjøl skulle bli.*

*B: Jeg kjenner meg veldig igjen i det med første året, da visste en knapt hva en sjøl var, hva en hadde kommet inn på. En har jo ikke den profesjonsidentiteten helt i begynnelsen, alt er bare nytt, alt er forvirrende, alle er like grønne. Jeg tror det kunne – jeg gikk vel det første kurset – og allerede da så mente vi at det burde vært fulgt opp senere i utdanningen, når vi hadde fått litt mer faglig identitet. Men, det ble jo ikke noe, tror jeg, det er vel vanskelig å få til. Nei, jeg har ikke heller tenkt så mye på det i min arbeidssituasjon, men jeg har veldig godt samarbeid der som jeg jobber men jeg har liksom ikke koblet det til felleskurset. Det tror jeg ikke det er så mange av de andre som har gått på det som gjør heller.*

Her har den direkte kritikken fått en litt annen vikling, men uten å miste sin brodd. Når det meldes at veldig få fikk med seg hensikten med Felleskurset og følte at de ble tvunget gjennom det, er det rimelig klar tale. Også her var det hoderystende kommentarer til plasseringen av kurset i begynnelsen av utdanningen, og igjen formidles følelsen av *mye negativt rundt felleskurset*. Nytt er imidlertid etterlysningen av oppfølging av Felleskurset *senere i utdanningen, når vi hadde fått litt mer faglig identitet*. Og – som i foregående gruppe ble det løftet frem et lyspunkt - personlig utbytte av det sosiale samværet i basisgruppen.

## **Fokusgruppe 17.11.05 – kommunen: ergoterapeut, lege, sykepleier to fysioterapeuter**

*S: Jeg kan begynne. Det dukker jo opp innimellom, i og med at vi har mye studenter. Vi er jo litt nysgjerrig – hvordan er det nu, liksom i forhold til tidligere, så vi hører jo om det. Mitt felleskurs var jo bare den høsten, på 10 uker. Vi var veldig tydelig på det, husker jeg - underveis og i ettertid: Hva er hensikten? Hvorfor skal vi gjøre det her? For der satt vi, jeg tror vi var åtte stykker eller noe sånt, som ikke hadde noen slags identitet i forhold til det faget vi var begynt på, og du kunne egentlig ha satt sammen hvilken som helst gruppe, tenker jeg, og hatt et OK fellesskap, og klart å nå de samme målene – ikke meg som sykepleierstudent eller fysioterapistudent og legestudent.*

*F1: Jeg tror det gikk mye på det samme i mitt kull også. Både det som hun sier, det at man nettopp var begynt. Og så tror jeg man hadde veldig behov for å bruke tid sammen med kullet sitt og det som skjedde innad i klassen. Jeg tror at mange følte at felleskurset tok en del tid som vi kanskje heller hadde behov for skulle gå til andre ting, siden det var helt sånn i startfasen. Jeg husker at det var de timene med kun klassen, som var liksom det viktige – det å få etablert seg som klasse, og det miljøet der, som vi følte at sto veldig i fokus i begynnelsen. Det husker jeg – at det var litt sånn frustrasjon over i begynnelsen.*

*E: Ja, jeg husker det også veldig sånn – vi visste jo ikke egentlig hva ergoterapi gikk ut på, også skulle vi begynne på et felleskurs – hva kunne jeg bidra med? Jeg husker det var så mye diskusjoner om det, og hvor vi ønsket å bli kjent i våres klasse først – å bli kjent med hverandre og bli kjent litt med faget – hva kunne vi bidra med i det tverrfaglige samarbeidet? Jeg husker også at vi evaluerte at det burde komme seinere, når vi kjente faget våres. Så burde kurset ikke bare være første året, for vi hadde det bare første året. Og - som hun sier, at man kunne sette hvilken som helst slags gruppe sammen – vi var så blanke*

*F2: Jeg er enig i alle de synspunktene. Det som kanskje er at – i og med at man hadde litt med klassen og litt med felleskurset - så ble det veldig mange folk å forholde seg til på en gang. Sånn kunne det vært OK og hatt den felleskursbiten isolert, kanskje. At man først ble litt kjent med klassen og så kunne man hatt et felleskurs som var komprimert, der man kun hadde det, også ut i klassene igjen. Også kanskje møtes igjen på siste året, for eksempel og evaluert litt – samme gjengen – hva vi har opplevd på de her tre årene, og nå når vi skal ut i arbeidslivet, hva kan vi gjøre med det – altså med samarbeid videre da, og sånt. Det tror jeg hadde vært litt OK.*

*L: Ja (ler litt). Når jeg fikk den henvendelsen fra deg så satt jeg og tenkte igjennom – ja, felleskurset – jeg kan ikke egentlig huske noe fra det. Jeg kan ikke si nå i dag at jeg har hatt noe utbytte av det, i forhold til hvordan jeg tenker på samarbeid, og hvordan jeg samarbeider – det kan jeg ikke si at jeg har hatt. Den gjennomgående opplevelsen hos meg og mine kullinger da, var en frustrasjon og en irritasjon, for vi skjønte ikke poenget med det her, på det tidspunktet, for da hadde vi, på en måte tusen ting å gå igjennom. Vi hadde ikke noe identitet, ikke noen erfaring, ingen formening om hva det ville være – hva det ville si å jobbe i helsevesenet. (sukker litt) Det hadde kanskje vært et poeng med det felleskurset hvis det hadde hatt en sånn oppfølger, som det har vært nevnt.*

I denne gruppen er det bare en som er eksplisitt sier at Felleskurset ikke har hatt noen betydning for hvordan hun tenker på samarbeid. Skjønt - det ligger vel implisitt i spørsmålene om hensikten med kurset. Det som preger tilbakemeldingen her er vansker knyttet til forholdet mellom Felleskurs og fagspesifikk utdanning - ønsket om å finne en faglig identitet sammen med klassen samtidig som de skulle være aktivt med i Felleskursets basisgrupper.

Også gjengangeren: det problematiske i å skulle være rettet mot tverrfaglighet uten egen fagidentitet. Her etterlyses også oppfølgende felleskurs senere i studiene.

### **Oppsummerende refleksjoner**

Jeg kan anlegge to perspektiv. På den ene siden kan jeg se utsagnene som likeverdige momenter i tilbakeskuende vurderinger av Felleskurset. Eller de kan forstås som begrunnelser for en konklusjon om kursets manglende nytte. Jeg velger førstnevnte.

Nesten alle fokusgruppedeltakerne påpekte at kurset kom for tidlig i utdanningen. De manglet yrkesidentitet. Ja ikke bare det, de manglet grunnleggende kjennskap til det faget de skulle studere. Hvordan kunne Felleskurset forebygge profesjonskamp når de ikke en gang kjente innholdet i egen profesjon? I begynnelsen av et studium ønsker man å bli kjent med eget fag og fremtidig yrke. Felleskurset virket forstyrrende både på det og på etablering av kontakt med studentkullet på egen utdanning. Negativ holdning til kurset skapte problemer i forhold til motivasjon og innsats. Års erfaring fra arbeid og samarbeid i helsetjenesten hadde ikke gjort hensikten med felleskurset klarere: *usikker på effekt; unødvendig mye tid med lite utbytte; det var bortkasta; mange måneder bare med vis vas; bortkasta tid; har ikke hatt bruk for det; har ikke utnyttet det etterpå; ikke tenkt: 'det lærte jeg på felleskurset'; hvorfor gjør vi dette?* Samtidig mente noen at kurset ville vært mer meningsfullt hvis det ble fulgt opp senere i utdanningen, når yrkesidentiteten var etablert.

Utsagnene som er gjengitt så langt er alle fra de innledende minuttene av til sammen 90 for hver gruppe. De formidler et ganske ensartet budskap: Felleskurset var bortkastet tid uten noen som helst nytte for deres senere samarbeid med annet helsepersonell. Det er nærmest en total avvisning av nytteeffekt i alle gruppediskusjonene. Allikevel synes det å være noen undertekster som formidlet en tro på at samarbeid kan læres – hvis felleskurset kom senere i utdanningen; hvis de hadde hatt yrkesidentitet; hvis det var fulgt opp senere i studiet; hvis det ikke var så mye negativt rundt det. Oppfatningen av at samarbeid kan læres var kanskje det mest sentrale premisset for etableringen av Felleskurset. Hvorfor skulle man sette i gang med fellesundervisning for å utvikle studentenes samarbeidskompetanse hvis man ikke, på et eller annet nivå trodde at samarbeid kan læres? I neste avsnitt viser jeg hvordan dette ble tematisert i gruppediskusjonene.

## **4.2 Kan samarbeid læres?**

Dette spørsmålet ble aktualisert i den første fokusgruppesamtalen. Det sprang ut av den tvetydigheten som synes å være gjennomgående i mye av det som ble sagt. Etter gruppemøtet

utfordret observatøren (Marianne Aars) meg til å bli mer nærgående med spørsmål for å få tak i det tvetydige.

## Fra fokusgruppene

Som vi har sett, var det vanskelig for deltakerne å peke på ”nytteeffekt” av Felleskurset. På den andre siden ville de ikke gi slipp på tanken om at samarbeid kan læres. I den første gruppen ga dette opphav til følgende samtale, initiert av et spørsmål fra meg<sup>77</sup>:

- M: *Men – tilbake til det dere snakket om først, dette med effekten. Har jeg forstått det riktig når dere sier at felleskurset ikke har hatt noen betydning for deres yrkesutøvelse?*
- E: *Det er jo sterkt å si at det ikke har hatt noen effekt, det skal jeg ikke si. Jeg vet jo mer om de andre yrkesgruppene og sånn, ble kjent med en del, så det var jo positivt. Det var det, men sånn som tverrfaglige - hva skal jeg kalle det – teknikker, det vet jeg ikke om jeg er blitt så veldig mye bedre på av felleskurset. ...*
- M: *Hva tenker du på da?*
- E: *Nei jeg tenker på samarbeid.*
- F: *Jeg og følte det mer som du, at vi lærte mye mer av de gruppene på studiet enn ... for jeg synes jo samarbeid uansett går på personlighet, kanskje, mer enn på profesjon, altså.*
- E: *Mhh, mhh ... (nikker samtykkende).*
- L: *Det er veldig vanskelig å peke på hva jeg lærte på felleskurset, altså. Det var liksom heise mange dager på felleskurset, og hva de ulike profesjonene gjør, det tror jeg ikke jeg lærte noe særlig om på felleskurset (en av de andre sier nei). ... Jeg tror tanken er god, men den kommer for tidlig, altså det kommer for tidlig i studiet.*
- F: *Ja, men hvis du i starten skal gi en felles bakgrunn så må det jo komme der.*
- E: *Jeg synes jo at med tanken som ble presentert på felleskurset, så ble det jo naturlig at det kom først, i og med at det skulle komme før vi fikk de faglige identitetene. Men, tanken er nok bedre enn effekten av det, tenker jeg.*
- M: *Er tanken god da?*
- L: *Hvis en får det til. (ler)*

I ”etter samtalen” sa observatøren at jeg burde utfordret dem mer på denne tvetydigheten:

- O: *Ja, nå hopper vi fram til det siste, da du snakket om utdanning. Kan noe av det her læres? Kan det, det? Kan det læres? (O banker i bordet). Jeg lurte av og til på om du kanskje kunne vært ... for du var veldig sånn snill og forsiktig. Altså, kan man overhodet lære det her (dunker i bordet for hvert ord.), være litt mer provoserende. Fordi at jeg er enig i at de var veldig enige, og du kunne provosert noe mer på slutten der.*

Jeg tok observatørens råd med til neste fokusgruppe. Og på et tidspunkt i samtalen passet det å sette inn støtet:

- E: *Men, tilbake til felleskurset – jeg synes bare at jeg jobbet i frustrasjon, stort sett. Det var det, det handlet om.*
- S2: *Jeg tenkte før jeg kom hit, at ideen med felleskurset er så bra at den bør videreføres, senere i utdanningen.*
- M: *Betyr det at dere – til tross for alt det negative dere har gitt uttrykk for om felleskurset - at dere mener at samarbeid er noe som kan læres?*
- (Flere svarer ja i kor og nikker.)
- M: *Kan dere si litt mer om det?*

---

<sup>77</sup> Jeg benevner meg selv med bokstaven M for ”moderator”. Dette er fokusgruppelitteraturens betegnelse for den som leder gruppen (Wibeck 2000).

- S2: *Altså, å læres – når man sier: ”kan det læres?” så er det en ting, men det kan i alle fall oppøves (legger trykk på dette ordet). Man kan øve seg, og – ja, man kan lære metoder til bedre samarbeid, det tror jeg absolutt. Men, som det er nevnt flere ganger, det er kjemi – hvordan er man som person? (det humres).*
- F1: *Jeg jobber med rehabilitering, og det er jo pr definisjon tverrfaglig samarbeid - det skal i hvert fall være. Jeg jobber hele tiden tett med personer fra andre yrkesgrupper, og det er et must hvis vi skal klare å få gjort en god tjeneste, så må vi arbeide ganske tett i lag. Og det er klart at det må læres. ... Et sånt samarbeid der man er vant til å gi og ta må komme inn allerede i studietiden, så er det mye lettere, da ligger det litt mer i blodet enn hvis man kanskje skal begynne å jobbe på en sånn måte etter 10 år i arbeidslivet, så jeg tror det er veldig viktig at det er inne i studiet for å øve inn litt sånne reflekser på samarbeid, ja, sånne enkelte tiltak som man øver inn.*

(litt stillhet)

M: *Er det flere som mener at det kan læres – eller ikke læres?*

F2: *Alt kan jo læres, selvfølgelig.*

F1: *Jeg tror det kommer an på innstillingen, den kan virke inn på læringen. Ja det er klart at det kan læres. Det tror jeg, ja.*

Overbevisningen om at samarbeid er viktig, og at det kan og bør læres i utdanningen, syntes å være grunnfestet. Den lot seg ikke en gang motbevise av egne negative erfaringer med Felleskurset. Det var stor enighet i gruppene om dette. Hvis det bare kom senere i studiet og opplegget ble bedre etc. Senere i samtalen ble jeg ennå tøffere i å påpeke inkonsistens. Men først litt om hva som kom frem i de individuelle samtalen og e-postmeldingene:

## **Fra individuelle samtaler og e-postmeldinger**

Jeg hadde hatt de to første fokusgruppene da jeg hadde den første individuelle samtalen.

Dermed var blikket mitt skjerpet for spørsmålet om samarbeid kan læres, og jeg så etter en mulighet til å putte det inn på egnet sted. Her er svarene:

*Ja. Hvis man får det helt inn fra starten av, men et samarbeid det får du ikke når du melder deg ut av en gruppe, sånn som noen gjorde på felleskurset, fordi at de mener at det ikke er viktig nok (Ergoterapeut).<sup>78</sup>*

*Ja du spør fortsatt om det? Jo, jeg sa det. Man kan i hvert fall bli litt mer bevisst på hva slags folk man tror man kan samarbeide godt med, og hvem man ikke samarbeider så godt med. Man velger seg jo ut enkelte som man henvender seg mer til enn andre – som man opplever at man går bedre overens med. Men noe sånn læring studiemessig – det går vel heller på hva man kan lære seg sjøl – lære seg å lese mennesker og høre på hva som blir sagt (Fysioterapeut).*

*Ja, absolutt (sier dette meget bestemt), og det må læres før man blir gammel krok i faget. Jeg tenker meg vel at kanskje kunne man hatt et mer – kommet sammen i en stor fest for alle på medisin- og helsefagbygget. Ha noen leker for å bli kjent med hverandre, også har man litt mer yrkesrettet møte litt mer på slutten av utdanningen, også kunne man gjerne kommet sammen i etterutdanning, de som har tid og anledning til det. (Lege)*

---

<sup>78</sup> Når hun snakker om at noen melder seg ut av en gruppe, referer hun til hele sykepleiergruppen som i 1999-2000 fikk dispensasjon fra å delta på Felleskurset. Dette hadde i følge ergoterapeuten en demotiverende virkning på alle de andre. Hvordan kunne Felleskurset være så viktig hvis den største yrkesgruppen ikke trengte å være med for å lære samarbeid? Ergoterapeuten kom stadig tilbake til denne ”uhyrligheten”, gjennom samtalen.

*Læring er jo en prosess. Og læring foregår hvis du kommer i en gruppe hvor alle sammen er villig til å ta ansvar. Det er noe med det også, det at du – du vet aldri hvilken gruppe du havner sammen med, men at du da har en gruppe som skjønner litt om det å samarbeide – og det hadde vi, altså, det var veldig bra hos oss. Det skjer jo alltid noe når du kommer i en gruppe. Det ble annerledes enn jeg hadde tenkt. Men samtidig så kan man jo spørre: ”Ok, er det bortkastet tid?”*  
(Sykepleier).

Disse tror også at samarbeid kan læres. To av dem mener til og med det er viktig å komme i gang tidlig i studiet. Men de unngår inkonsistensen fra gruppene ved at de ikke referer til hva de selv lærte på Felleskurset. I stedet knytter de utsagnet til generelle tanker om hva som fremmer eller hindrer samarbeid. Ergoterapeuten legger vekt på det siste, ved å påpeke hvor ødeleggende det var for holdningen til samarbeidslæring at en viktig gruppe – sykepleierne - ikke var med da hun tok kurset. Fysioterapeuten opererer med et todelt læringsbegrep – læring i studiesammenheng versus personlig bevisstgjøring. Læring av samarbeid knyttes til sistnevnte. Legen synes sterk i troen på at samarbeid kan læres, men hun distanserer seg fra ideologiske konnotasjoner gjennom sitt pragmatiske perspektiv, både på begrunnelses- og tiltakssiden. Sykepleieren svarer mer indirekte og generelt ved å vise til læring som prosess. Han er også generell i sin henvisning til at mange opplevde kurset som bortkastet tid. Men en ting er han klar på - hvor viktig et godt fungerende gruppearbeid er for læring av samarbeid.

Det er altså nyanseforskjeller på det som kom frem i gruppene og de individuelle samtalerne. Jeg startet samtalerne på tilsvarende måte begge steder, men i sistnevnte fikk de være i sine egne tanker og begrunnelser, uten behov for å synliggjøre verken eget utbytte eller egne vurderinger overfor kolleger, eller bli påvirket av andres bekjennelser eller spørsmål. Det gjorde at jeg ikke fikk like god mulighet til å utfordre troen deres på at samarbeid kan læres.<sup>79</sup>

Med e-postkommentarene<sup>80</sup> var det litt annerledes, fordi vi ikke snakket sammen. De formidlet sendernes generelle oppfatning av Felleskurset. Noen tok opp dikotomien mellom ideologi og praksis. Jeg tar med to fra en yrkesgruppe som er lite representert i samtalematerialet:

*Jeg husker ikke så mye av selve kurset, bare at det var kjedelig og unyttig i mine øyne. Mener å huske at det herska allmenn enighet om at tanken med fellekurset var bra, men i praksis fungerte det dårlig. I alle fall i mine øyne (Bioingeniør)*

---

<sup>79</sup> Starten på sitatet fra fysioterapeuten viser et av de stedene hvor jeg prøvde å utfordre han.

<sup>80</sup> Disse kommentarene kom i forbindelse med svar på forespørselen min om deltakelse i fokusgruppe, eller som respons på mitt svar til de som ikke kunne delta. Der skrev jeg en setning om at de gjerne måtte si sin mening om felleskurset via mail.

*Jeg synes intensjonene er god om å prøve å skape bedre kommunikasjon mellom de ulike profesjonene når man en gang har samme arbeidsgiver, men jeg vet ikke om kontakten mellom profesjonene blir bedre i praksis av et slikt kurs (Bioingeniør)*

Oppsummert: alle tilbakemeldingene, uansett formidlingsform var varianter av det samme: En overveldende enighet om at det er langt mellom Felleskursets intensjoner, og utbyttet i form av samarbeidskompetanse. Men - manglende læringseffekt rokket ikke ved troen på at samarbeid kan og bør læres. Ideen om fellesundervisning er fortsatt viktig, undervisningen må bare bli bedre. Denne inkonsistensen virket å være ganske konsistent. Vi møtte den første gang i studentenes evaluering av det første Felleskurset. Arkivmaterialet dokumenterer at samme tendens kan spores i alle senere studentevalueringer. Jeg trekker tilfeldig ut studentenes evalueringsrapport fra 1999 fra arkivet:

*Vi har forsøkt å få fram en balanse mellom positive og negative aspekter, men vi må nok allerede her i innledningen avsløre at mengden kritikk sannsynligvis kommer til å overgå mengden ros. ... De fleste av oss er enige i at grunntanken bak Felleskurset er god. Helsearbeid er lagarbeid, og for ferske studenter som har valgt å få seg en utdanning innen helsevesenet er det helt klart viktig å se sin gjerning og sitt virke i akkurat dette lyset.*

Samtidig er det vanskelig å få frem gode begrunnelser for denne vedvarende inkonsistensen.

### **4.3 Enighet og inkonsistens**

Egentlig kunne overskriften like gjerne vært ”enighet om inkonsistens”. Sistnevnte henspeiler direkte på det som var gjennomgående i alle fire fokusgruppesamtalene: Deltakerne var stort sett veldig enige om at samarbeid kan læres, samtidig som de var helt klar på at de selv hadde lært lite om samarbeid på Felleskurset. Denne inkonsistensen var det vanskelig for deltakerne å forholde seg til. Jeg tok fatt i dette poenget og prøvde en mer analytisk tilnærming. Men først til fortsettelsen på historien fra punkt 4.2 om at samarbeid kan læres. Tema er fortsatt inkonsistens, men med en litt annen vinkling. En vinkling som aktiviserte indre uenighet i gruppen. Vi går inn i samtalen mot slutten, der jeg oppsummerer:

*M: Folk begynner å se på klokken nå – jeg skal forsøke å oppsummere det jeg har hørt dere har sagt. (det hmm'es) Jeg har hørt at dere har sagt at dere gikk inn i felleskurset med en negativ holdning, som dere hadde fått formidlet fra de som gikk tidligere; og at dere mener at det kan skyldes egen utdannings innstilling til felleskurset. Dere kan egentlig ikke si at dere har hatt så stor nytte av felleskurset. Dere har lært noe om kommunikasjon og samarbeid - men er usikker på om dere har lært det på felleskurset - kanskje heller andre steder. Det som har vært fremhevet er praksis, som et sted man samarbeider om pasienten – at pasienten er sentral for å få til noe samarbeid. Hvis det skal satses på fellesundervisning i fremtiden, må samarbeidet konkretiseres nettopp i forhold til dette, og kanskje trekke inn praksis – pasienten – i det. At dere tror at det går an å lære noe av dette her. Hva sier dere til en sånn oppsummering? (S1 og E nikker)*

*S2: Det manglet to ting: Vi ønsker det senere i utdanningen, når vi vet mer om våre egne fag, og vi synes at medisinerstudentene skal være med.*

*M: Hva sier dere til det?*

(litt samtykkende mumling rundt bordet)

- F2: *Jeg er enig, selv om jeg føler meg litt mer sånn positivt innstilt (ler litt), i forhold til mange andre, men jeg tror nettopp dette med den pasienten har betydning.*
- S2: *Det er litt merkelig, for du sier at du tror ikke du har noe igjen for det – å ha gått det - hva er så positivt da, å bruke så utrolig (legger trykk på dette ordet) mye tid og energi.*
- F2: *Nei, vi brukte ikke så masse tid. Det var jo ikke hele den første delen det første året.*
- S2: *Det var ti uker, to dager i uka.*
- F2: *Jeg minnes ikke at vi brukte så mye.*
- S2: *Men da kan det være lettere å selge.*
- F2: *Vi hadde det kanskje mer, men over kortere sekvenser. Men jeg tror ikke at jeg lærte noen ting, (S1 bryter ut i en hjertelig latter)*
- S2: *Dette henger ikke helt på greip*
- F2: *Nei, men likevel, jeg tror ikke det har så stor betydning for hvordan jeg jobber i dag, men...*
- F1: *Det har kanskje blitt bedre på de årene – fra vi gikk til du gikk.*
- S2: *Men, hva er bra hvis du ikke har noe igjen for det?*
- F2: *Ja, nei det kan man spørre seg, selvfølgelig, men det høres ut som det er bedre i dag enn det var da jeg gikk der.*
- (liten pause)
- M: *Det er interessant – disse tingene som dere kommer med nå. Dere har sett på hensikten,<sup>81</sup> 'ja, egentlig hvis det var det som var hensikten, så har vi kanskje nådd den – men vi har ikke hatt noen nytte av det' (alle ler høyt). Og du syntes det var OK å gå kurset (viser til F2), men hva du lærte, det vet du ikke helt. Og, dere andre har ikke hatt noen nytte av det, men, dere har tro på at dette er en god ide. (Latteren har stilnet). Skjønner dere at det (ny latter) er en del motsetninger her?*

I analysenotatet knyttet til ”etter samtalen” med observatøren skriver jeg:

Jeg prøvde å utfordre ved å påpeke motsetninger slik at deltakerne så sin egen tvetydighet. Det gjorde dem faktisk både overrasket og ettertenksomme. Det var flere motsetninger innen denne gruppen. Ikke egentlig mellom de ulike deltakernes synspunkter, mer mellom deres samstemte oppfatning av at felleskurset var verdiløst - hadde ikke hatt nytte av det i yrkeslivet – samtidig som de hårdnakket hevdet at samarbeid kan læres i utdanningen. Samtidig ble det fra enkelte deltakere i gruppen påpekt inkonsistens hos den deltakeren som var mest positiv til FK. Hun sa at hun ikke hadde hatt noen nytte av FK, men syntes det var et greit kurs. Inkonsistensen i gruppens synspunkter som kommer til uttrykk i denne dialogen er interessant. Hva er den uttrykk for? En ambivalens i forhold til FK? Er det den samme ambivalensen som gikk som en rød tråd gjennom alle evalueringene? – ”Det er et elendig kurs, men FK for å lære samarbeid er viktig”. *Dette poenget må jeg ta fatt i som et av de viktigste og kanskje mest interessante funnene.*

Som vi har sett er det ikke alltid lett for deltakerne å huske hvordan Felleskurset var. På et generelt nivå kan jeg forstå det - så mange år etterpå. Samtidig er det interessant at det er så vanskelig å huske et slikt ”unikt utdanningstiltak”. Enda vanskeligere enn å huske innholdet er å si noe om hva de lærte av det, og å skille mellom hva de lærte om samarbeide der og på egen utdanning. Slik jeg ser det, er ikke “hukommelsesproblemene” nok til å nulle ut det jeg oppfatter som en grunnleggende inkonsistens i fokusgruppedeltakernes forhold til Felleskurset: En sterk tro på at samarbeid kan læres, kombinert med en avskrivning av Felleskursets læringsutbytte. En fast overbevisning om behovet for samarbeidslæring i utdanningen, kombinert med en vurdering av Felleskurset som bortkastet tid. Eller en positiv

<sup>81</sup> Viser til utskriften av hensikten med Felleskurset, beskrevet i kursheftet for 1995 og gjengitt i punkt 4.5



vurdering av Felleskurset, kombinert med utsagnet: *Jeg har ikke hatt bruk for det - har ikke utnyttet det etterpå*. Uansett inkonsistens og tvetydighet er det vanskelig å trekke noen annen konklusjon enn at Felleskurset ikke har bidratt til utvikling av den samarbeidskompetansen mange av fokusgruppedeltakerne hevder å ha i dag.

Selv ikke mine provokative anstrengelser i fokusgruppene var sterke nok til å ”tvinge” frem endring av posisjon eller gode begrunnelser for den. Det kom heller ingen erkjennelse av at ideen kanskje ikke var så bra, allikevel. Hvordan kan dette forstås? I neste avsnitt oppsummerer jeg inntrykkene fra de tidligere studentenes tilbakemelding – ”den egentlige evalueringen” – om nytten av Felleskurset, og hva de nå tenker om samarbeidslæring.

#### **4.4 Opplevelser og forventninger i krysspress**

Jeg har samlet det jeg oppfatter som begrunnelser for påstanden om at kurset ikke har fungert etter intensjonene rundt begrepene ”tidsperspektiv”, ”hensikt”, ”fag og faglighet” og ”dårlig rykte”.

##### **Tidsperspektiv**

Mange fokusgruppedeltakere var opptatt av at Felleskurset kom for tidlig i studiet. På et tidspunkt de ikke en gang visste om de ville ha det yrket som lå i enden av den utdanningen de var kommet inn på. *Vi var jo en gjeng studenter som nettopp var kommet inn på studiet*. Dessuten, selv om de ikke visste så mye verken om yrket eller faget, så hadde de forventninger til at det var akkurat dét de skulle studere. *Noen hadde kjempet lenge om å komme inn på akkurat det studiet*. De forventet å etablere fellesskap med dem på samme studium – *vi ønsket å bli kjent med våres klasse først*. Det fikk de, men bare i deler av tiden. De måtte samtidig forholde seg til og fungere i et annet læringsfellesskap – på tvers av utdanningsgrensene. *Vi var ikke bevisst nok på det vi selv studerte, og samtidig skulle vi samarbeide med flere andre yrkesgrupper, og så vite hva vi selv skulle stå for*. Det eneste de hadde felles var at de alle var ferske studenter. Ingen hadde *formening om hva det ville si å jobbe i helsevesenet*. Retrospektivt ga dette liten mening, i hvert fall når det ikke ble noen oppfølger av Felleskurset senere i studiene, slik de var blitt lovet. *Jeg gikk vel det første året, 1992, og allerede da så mente vi at det burde vært fulgt opp senere i utdanningen*. Da hadde de kanskje hatt bedre nytte av dette første kurset. *Det hadde kanskje vært et poeng med det felleskurset hvis det hadde hatt en sånn oppfølger*.

## Hva var hensikten?

*Veldig mange satt med spørsmålet: "Hvorfor gjør vi dette?" Denne uvissheten skapte motivasjonsproblemer. Det var en frustrasjon og en irritasjon, for vi skjønnte ikke poenget med det her. Hvorfor fattet de ikke poenget? Det var jo et problem akkurat det med de visjonene som egentlig var for felleskurset, at det var veldig få som fikk det med seg. Dette til tross for at de hadde kurshefte med stive permer som informerte om hensikten i mange varianter. Argumentet var at vi skulle øve oss på å jobbe tverrfaglig. Men jeg er nå litt usikker på effekten av det. Det var flere som var. Noen måtte ty til sine egne begrunnelser for å finne mening: Så tenkte jeg at det er for en grunn, også aksepterte jeg det. Greit nok. Jeg skulle kanskje lære meg at det var bare vanlige folk på de andre utdanningene og. Andre hadde fått med seg dette med tverrfaglighet. Det var sagt at det skulle være tverrfaglig samarbeid. Men - du er jo på en måte ikke fysioterapeut eller ergoterapeut eller lege når du har gått to måneder på skolen. Det var tydelig at det var vanskelig å forholde seg til tverrfagligheten. Jeg visste ikke en gang om jeg skulle fortsette på dette her jeg var begynt på, også skulle vi sette oss ned å jobbe tverrfaglig på måter som vi ikke hadde noen bakgrunn i. Det de hadde felles var ikke så mye å lage tverrfaglighet av. Du kunne egentlig satt sammen hvilken som helst gruppe, tenker jeg, og hatt et OK fellesskap, og klart å nå alle målene. Ikke meg som sykepleierstudent eller fysioterapistudent eller legestudent.*

## Fag og faglighet

Dette syntes å oppta alle. Det ble opplevd sterkt, både som mangel og paradoks. *Vi fikk vite at vi skulle møtes før vi hadde begynt å få noe yrkesidentitet. Ja, det var faktisk poenget - å la studentene møtes før de var blitt kjent med eget yrke. Det synes jeg kanskje var det mest negative med det, at du ikke føler at du er noen profesjon så tidlig i studiet. Ikke bare følte studentene at de på Felleskurstidspunktet ikke hadde noe forhold til den profesjonen de siktet mot. De følte at det var nettopp det som ble forventet at de skulle ha. Andre var mer pragmatiske og så det paradoksale i det: Tanken var at vi skulle unngå profesjonskamp, da, det var jo før vi hadde begynt. For andre igjen var det meningsløst: Vi visste jo ikke egentlig hva ergoterapi gikk ut på, også skulle vi begynne på et felleskurs. Hva kunne jeg bidra med? Med andre ord, det virket som om de opplevde et vanskelig dilemma: Det var lagt til rette for fellesundervisning før de fikk yrkesidentitet. Men hvordan kunne det forventes tverrfaglig samarbeid når de ikke en gang kjente eget fag? Samtidig opplevde de at det som virkelig kunne gi felleskurset mening nettopp var knyttet til det de ikke hadde. For meg var det sånn:*

*hvordan ser ting ut i ergo? Vi hadde ikke så mye å identifisere oss med, og da ble det litt rotete med felleskurset.*

## **Dårlig rykte**

Gjennom den måten fokusgruppedeltakerne formidlet sine felleskursopplevelser på, er det mulig å skimte mange uklare, kryssende og motstridende mål og forventninger. Dypest sett stilte de spørsmål ved meningen med det hele. Kanskje ikke rart at Felleskurset etter hvert fikk et frynsete rykte. *Så det var en veldig sånn negativ holdning til kurset, og det gikk litt utover den gruppa som jeg var i.* Det virker som om Felleskurset levde opp til predikasjonen i sangteksten: "Evig eies kun et dårlig rykte". *Jeg syntes det var mye negativt rundt felleskurset i den tiden der, og i den grad jeg har tenkt på det, så er det nok først og fremst på grunn av det. For det følte som om vi ble tvunget gjennom det.* Fra tilretteleggerens side var imidlertid motivene for å "tvinge dem gjennom det" de aller beste. I neste avsnitt presenterer jeg fokusgruppedeltakernes reaksjon på gjensynet med beskrivelsen av hensikten med Felleskurset.

## **4.5 Hensikten med felleskurset – i tilbakeblikkets klarhet**

I en problembasert læringsmodell har beskrivelser av læringsmål en sentral plass. De skal fungere som veiledere og korrektiv for studentene i tilrettelegging av egen læreprosess. Derfor ble det lagt ned atskillig omtanke i utformingen av målene. Til fokusgruppesamtalene hadde jeg tatt med meg de målene som er beskrevet i kursheftet for 1995.

- Hensikten er - å gi innblikk i ulike tema knyttet til helse, sykdom og helsevesen
- å gi generell trening i kommunikasjon, samarbeid, selvstendig læring, problembearbeiding /-løsning og rapportering
- å gi studentene en felles bakgrunn for å være helsearbeider, uavhengig av hvilken profesjon de utdanner seg til.

Her står ingenting om flerfaglighet eller at de skal lære å samarbeide som yrkesutøvere.

Hvorfor ble det da oppfattet slik? Fra tilretteleggerens side var det nettopp et poeng at de ikke hadde etablert egen fagidentitet. Studentene skulle simpelthen lære å samarbeide – i og for seg. Konfrontert med beskrivelsen av hensikten skjønnte ikke fokusgruppedeltakerne at de kunne ta så feil:

S3: *Men – det er jo tydelig her at målet ikke er slik som vi tenkte i sted, at det skulle være så veldig tverrfaglig. Det er jo ikke det som har vært hensikten.*

F1: *Nei, ikke ut fra det som står her. Men det er jo rart at veldig mange hadde inntrykk av at det skulle være en av hensiktene med felleskurset.*

S2: *Ja, vi tenkte det alle sammen*

F1: *Ja, hvis det ikke har stått noen plass, så må det jo ha vært sagt.*

M: *Hva da?*

- F1: *At man skal lære faglig samarbeid, man skal lære om de andre yrkesgruppene. Hvis det ikke står i fagplanen, så vet jeg ikke hvor det kommer fra, men det er i hvert fall kommet fram.*
- S2: *Det er jeg enig i, jeg mener absolutt at det kom tydelig fram. Fordi det var jo der omkring at frustrasjonen lå: "Jeg vet jo ikke noe om mitt fag som jeg kan dele med de andre." (Fra gruppen 20.06.05)*

Uansett hvor forventningene om faglighet og tverrfaglig samarbeid kom fra, så var de der, og bidro til å skape det som etter hvert syntes å fremstå som Felleskursets etos – en atmosfære av forvirring, frustrasjon og negative holdninger. Og det virker ikke å ha sluppet taket enda, selv så mange år etter.

### **"Felles bakgrunn for å være helsearbeider"**

Fra tilretteleggerens side var det et uttrykt mål å få til et utdanningsopplegg som kunne bidra til nyorientering av kommende helsearbeideres identitetsdannelse: "Hensikten er å gi studentene en felles bakgrunn for å være helsearbeider, uavhengig av hvilken profesjon de utdanner seg til". Hvordan ble dette oppfattet av dem som fikk sjansen til å starte utviklingen av en slik felles helsearbeider identitet på Felleskurset?

Fra gruppen 08.06.05:

- E: *Det var egentlig ingen av studentene som helt skjønnte hva det var, og ingen av veilederne heller kunne gi oss noe OK svar på hva det er som skal være en sånn felles plattform før vi får yrkesidentitet. Det ble veldig sånn diffust. Ingen av oss skjønnte helt hva som lå i det.*
- L: *Hvis en ikke har noen egen identitet så er det vanskelig å lage en felles identitet. ... Men, hvis vi skal ses som helsearbeidere i et større perspektiv, hva er det vi har felles? Vi jobber med mennesker, vi har taushetsplikt, vi har rapporteringsplikt. Vi har hvit frakk, eller vi er hvitkledd.*
- E: *Jeg tror det er vanskelig, at vi skal ha noen sånn felles identitet, for vi er jo en kjempesvær gruppe.*

Fra gruppen 20.06.05

- F1: *Jeg tror fortsatt det er bedre å vite litt mer om sitt eget fag før man diskuterer med andre faggrupper det som er felles mellom alle profesjonene.*
- F2: *Jeg tenkte på det siste punktet. Grunnen til at jeg kanskje syntes at vi kom i mål, var at vi hadde denne pasienten, som de andre da ikke fikk – eller som noen hadde, men andre ikke. Den ga oss en felles bakgrunn. Det var det som gjorde at vi følte oss som helsearbeidere. (Det hmm'es rundt bordet.)*
- F1: *Det gir veldig mening å ha noe konkret å samarbeide om. Vi hadde ikke noe konkret å samarbeide om, men hvis vi hadde hatt en konkret pasient, så tror jeg det hadde vært mer nyttig å kunne se på den med felles øyne, der helse er en vesentlig ting. ... Vi ville være helsearbeidere for den personen.*
- S2: *Vi har alle valgt et yrke der vi skal hjelpe hjelpetrengende mennesker, og da blir det jo det vi har felles.*

Fra gruppen 05.09.05

- S: *Ja, jeg lurte på det med felles bakgrunn for å være helsearbeider. Jeg vil tro at det skal være en slags plattform som vi kunne dele på en eller annen slags måte. Men hvordan man skal få det til, vet jeg ikke. Men jeg tror nok bare det at jeg reagerer mest på ordbruken, for det å gi felles bakgrunn, det er ganske ambisiøst sagt.*
- M: *Hva kan en sånn plattform bestå i? Hva ville dere lagt i det nå? Er det mulig? Er det fornuftig?*

- L: *En felles plattform må jo være at det åpner for å gjøre noe for pasientene. Det er de vi skal hjelpe. Altså, hadde det ikke vært for pasienter, så hadde ikke vi vært der, og det er på en måte det som er felles, at man skal gjøre ting best mulig for dem man hjelper.*
- E: *Jeg får liksom litt sånn, at etikk, hva er helse, hva er sykdom og hva er helsevesenet sin oppgave? Altså drøfting omkring de problemstillingene kunne ha gitt en felles bakgrunn.*
- L: *Jeg tenker hvordan skal man kunne diskutere etikk hvis man ikke har noen erfaring i det hele tatt med sånne problemstillinger? Det er vanskelig hvis man ikke har vært inne i helsevesenet å forestille seg å være i en situasjon hvor man har et slikt etisk dilemma.*
- E: *Og hva er et etisk dilemma? Avhengig av bakgrunnen man har, selvfølgelig, men den generelle førsteklassingen er ganske ny i forhold til helsevesenet.*

Jeg lar også to av dem jeg snakket med enkeltvis få komme til orde.

Først ergoterapeuten:

- E: *Vi visste jo at alle skulle bli helsearbeidere, men kossen felles bakgrunn vi fikk, det er jo – litt sånn diffust. Jeg synes det er vanskelig å svare på rett og slett.*
- BV: *Hva er det som ligger i begrepet helsearbeider tenker du?*
- E: *At du jobber med syke folk, at du jobber med andre for å få dem til å føle at de blir ivaretatt i forhold til sin sykdom, og alt det her – at alle vet hva som er til beste for pasienten.*
- BV: *Så helsearbeider blir man i en setting i forhold til en pasient? Det at alle møter pasienter i forskjellige former?*
- E: *Ja, ut i fra hva du skal gjøre – ut i fra dine oppgaver. Du må jo ha litt klare oppgaver for å vite hvordan.*

Så sykepleieren:

- BV: *Har man en felles identitet som helsearbeider? Og hva består den i, i tilfelle?*
- S: *Nei, jeg tenker aldri på meg sjøl som helsearbeider. Jeg tenker veldig på meg sjøl som den profesjonen jeg har – at det er min identitet. Jeg tenker på meg sjøl som at jeg er sykepleier i et team som skal jobbe i fellesskap med den her pasienten. Jeg tenker aldri på meg selv som helsearbeider, jeg tenker på den profesjonen jeg har – jeg er.*
- BV: *Tenker du på hva du har felles med andre helsearbeidere?*
- S: *Aldri – utenom det vi har felles med pasienten. Hver sin oppgave som vi sammen skal gjøre med den pasienten. Også det at du forholder deg til deres profesjon, faktisk, at de kan noe om det her, ikke sant? Ergoterapeutene kan jobbe med hender, du må ha samarbeid med dem for å få dette rett. Det er veldig mange personer som kan veldig mye om en spesiell ting, som alt må komme sammen for at du skal få det til.*

Tilretteleggernes mål om å gi studentene en felles bakgrunn som helsearbeidere - uavhengig av den profesjonen de hadde valgt - synes å bygge på en forståelse om at det finnes en eller annen felles helsearbeideridentitet. Hva den innebærer eller omfatter, er derimot ikke så lett å få tak i. Heller ikke veilederne hadde det klart for seg. Det er mulig at den er knyttet til oppfatningen om felles kunnskap om helse, sykdom, etikk og helsevesen, og generell kompetanse i kommunikasjon og samarbeid. Men stort sett forblir denne angivelige felles helsearbeiderbakgrunnen diffus, i hvert fall for de jeg snakket med. De prøvde å se den for seg, men syntes det var vanskelig å tenke en felles helsearbeideridentitet uavhengig av fagspesifikk identitet og erfaring. Hvordan kan man diskutere etiske dilemma og sykdomsrelaterte problemstillinger uten å ha erfaringer med hvordan de opptrer i helsetjenesten?

Det interessante og påfallende er også det selvsagte – som trer frem som et mønster i de transkriberte samtaler: Helsearbeideridentiteten faller først på plass når pasienten kommer inn i bildet. Det er i relasjon til pasienten den felles identiteten skapes. *Det var det som gjorde at vi følte oss som helsearbeidere.* Men, om det er pasienten som gir helsearbeiderbegrepet innhold og mening, så har kanskje ikke pasienten selv særlig glede av ”den generelle” helsearbeideren. Tvert imot, den helsearbeideren som kommer til syne gjennom utsagnene er en som har sin egen profesjonalitet i bunnen. En som *vet hva hun skal gjøre ut i fra sine oppgaver*, for å bidra til at pasienten får den hjelpen han skal ha. En som først og fremst er sykepleier, lege eller ergoterapeut, og som i kraft av denne kompetansen har noe å gjøre i helsearbeiderteamet rundt det hjelpsøkende mennesket. En rød tråd i samtaler og et tilbakevendende råd fra fokusgruppedeltakerne var, at hvis samarbeidslæring skal bli meningsfull må den knyttes nærmere til praksisfeltet – til konkrete pasientsituasjoner.

### **”Generell trening i kommunikasjon, samarbeid”**

Etter hoderystende å ha ristet av seg misforståtte forventninger om at de måtte agere som representanter for det yrket de studerte for å nå målene i Felleskurset, kom også hensikten knyttet til kommunikasjon og samarbeid i et nytt lys.

Fra gruppen 08.06.05

- L: *Skal vi gå videre til neste punkt? Det er å ”gi generell trening i kommunikasjon og samarbeid, selvstendig læring, problembearbeiding/-løsning og rapportering”. Det fikk vi jo i og for seg da. Vi hadde jo disse gruppene og snakket sammen, og hadde både samarbeid og jobbet hver for oss.*
- E: *Jo, vi gjorde jo for så vidt det, i og med at vi samarbeida. Men jeg tenker at hva var det med det felleskurset som skulle være så spesielt at vi ikke kunne ta det i utdanninga. Der sliter jeg litt. Jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det. Skjønner dere hva jeg mener?*
- F: *Det jeg tenkte på er at det betydde ingenting at de andre gikk på andre utdanninger, for det var så tidlig, syntes jeg. Det kunne like gjerne vært folk fra mitt eget studium som var i gruppene, for ingen hadde sånn tilknytning til hva de skulle bli.*

Fra gruppen 20.08.06

- S3: *Og trening i kommunikasjon og samarbeid, problemløsning – det er jo vanlig gruppearbeid. Det er jo det du går igjennom når du jobber i gruppe.*
- E: *Ja, det kunne vi gjort hvor som helst, altså, i lag med klassen.*
- S2: *Her tenker jeg at det er den generelle treningen i kommunikasjon og så videre som vi fikk mest ut av, av de tre punktene, da vi gikk.*
- S1: *Det var det vi jobbet mest med. Du satt sammen i en ukjent gruppe og så hvordan man kunne samarbeide med forskjellige personligheter.*

Fra gruppen 05.09.05

- M: *Jeg vil gjerne ha deres kommentarer til hensikten. Hva tenker dere om den i lys av deres egne erfaringer?*
- S: *Store ord.*
- M: *Kjenner dere, dere igjen i den?*
- L: *Kanskje ikke så veldig i forhold til felleskurset.*
- M: *Nei, hva da? Hva er mest fremmed?*

- L: *Nei, egentlig på det – ”generell trening i kommunikasjon og samarbeid”. Det får man på en måte når man er med i gruppearbeid. Det har du på en måte hatt gjennom hele studiet, egentlig, føler jeg. Så man trenger ikke noe eget felleskurs, nei.*
- S: *Å gi generell trening i kommunikasjon, det husker jeg ikke i det hele tatt – hva den treningen gikk ut på. Så det har nok ikke bitt seg så veldig fast hos meg.*
- E: *Jeg synes det er vanskelig å si noen ting om det, men i all fall det med kommunikasjonstrening, det er jo sånn som blir når man arbeider i gruppe.*

#### Gruppen 17.11.05

- S: *Var det bare sånn? (alle ler) Her står det jo ikke noe om samarbeid (alle ler).*
- M: *Ja dette var den overordnede hensikten. Hvorfor reagerer du sånn?*
- S: *Nei, det var egentlig ikke samarbeid, men tverrfaglighet jeg savnet her.*
- M: *Nei, det står ingenting om tverrfaglighet, du har rett i det.*
- E: *Jeg tenker på punkt to der: å gi generell trening i kommunikasjon, samarbeid, selvstendig læring og det der. Det jobbet vi jo med på utdanningen. Vi begynte jo med grupper, og vi var jo så lenge i basisgruppe. Også byttet vi gruppe så vi fikk jobbe med forskjellige personer i klassen, i samme utdanning, sant. Hvordan er det med legetutdanningen i forhold til å jobbe i basisgruppe?*
- L: *Vi jobbet veldig mye i grupper på utdanningen. Det skulle liksom være PBL.*
- F: *Felleskurset var en kort bolk. Vi holdt jo på med det i tre år, så det er klart – vi lærte sikkert på felleskurset og – men største delen av læringen er jo fra tre år på egen utdanning.*

Det er to klare trender i tilbakemeldingene om Felleskursets påvirkning på deltakernes evne til kommunikasjon og samarbeid: Jo, de lærte å snakke med hverandre og å samarbeide - fordi de arbeidet sammen i basisgrupper. På den andre siden hadde de ikke trengt å være sammen med studenter fra de andre utdanningene for å lære det. Det lærte de vel så godt i gruppearbeid på egen utdanning. *Hva var det med felleskurset som skulle være så spesielt at vi på en måte ikke kunne ta det i utdanninga. Det kunne vi gjort hvor som helst, altså, i lag med klassen.* De fleste hadde erfaring med gruppearbeid fra egen utdanning, og mente den utdanningsspesifikke læringen hadde mye større betydning for den samarbeidskompetansen de utviklet gjennom studiet. *Jeg lærte mye mer om samarbeid på ergoterapien enn på felleskurset. Der var det sånn hyggelig og sosialt, ingen torde egentlig å gi hverandre noen tilbakemeldinger*<sup>82</sup>. Den mest nærliggende kommentaren er: Selvsagt lærer man mer i løpet av tre/seks år enn ti uker – to dager i uken. Allikevel vil jeg påstå at de synspunktene som kom frem i samtalene rokker ved troen på at man trenger fellesundervisning for å lære noe grunnleggende om samarbeid – også det som skal gå på tvers av yrkesgrensene.

Denne tilbakemeldingsrunden, med utgangspunkt i læringsmålene for Felleskurset, har ikke rokket ved konklusjonen om at kurset i liten grad oppfylte de intensjonene som ble tillagt dette prestisjefylte utdanningsprosjektet. Tvert i mot, forståelsen av hvorfor det ikke fungerte har fått mer dybde. På et overordnet plan ser det ut til å bunne i en diskrepans mellom

---

<sup>82</sup> Denne uttalelsen er fra en annen del av gruppesamtalen enn den som er referert ovenfor.

tilretteleggerens intensjoner og studentenes forventninger. Derfor skal jeg se litt nærmere på tilbakemeldingene i lys av tilretteleggerens intensjoner.

#### **4.6 Død over Felleskurset – leve samarbeidslæringen**

Etter de to første fokusgruppesamtalene var jeg motløs og fortvilet over den samstemte avskrivningen av Felleskurset - over entydigheten i tilbakemeldingene om den manglende nytten av kurset. Jeg var forberedt på negative tilbakemeldinger, men ikke så til de grader. Tanken på alle lærerne, som tross kollegers skepsis til opplegget hadde jobbet iherdig for å realisere dette prestisjeprosjektet, gjorde at jeg hadde vanskelig for å ta det inn over meg. Slik reflekterte jeg under bearbeidingen av materialet etter samtalen med observatøren:

Med stigende uro er jeg etter hvert blitt klar over hva jeg er i ferd med å gjøre i dette prosjektet. Ut fra tilbakemeldingene i de to første fokusdiskusjonene er det ikke bare grunnlag for å spørre, men spørsmålet tvinger seg frem: Hvilken eksistensberettigelse har Felleskurset? Men, hvordan kan jeg stille dette spørsmålet uten å devaluere verdien av samarbeidslæring og samarbeid i praksisfeltet? ”Felleskurset er dødt – leve praksisnær samarbeidslæring!” Det er her jeg opplever hvor innlysende enkelt det er – så altfor enkelt for et doktorgradsprosjekt. Så enkelt at det er pinlig at et samlet helsefaglig utdanningsmiljø ikke har innsett det tidligere: Samarbeid er ikke teori. Det kan ikke læres ved å gi teoretisk grunnlag og tørrtrening. Samarbeid er praksis og må læres i praksis og praksisfelt. Dessuten - innenfor helsetjenesten er det pasientene/brukerne som er den viktigste – for ikke å si den eneste – gode grunnen til at helsepersonell skal samarbeide. Selv om det teoretisk sikkert også er andre grunner.

Hvordan kan gode intensjoner og et omfattende tilretteleggingsarbeid ende opp som et så misforstått utdanningsopplegg? For å få svar på dette må vi gå tilbake til de ideene som formet Felleskurset (St.meld.nr.41(1987-88). Regjeringen hentet ideen om fellesundervisning for å lære helsefagstudenter å samarbeide fra Linköping, og sendte den videre med sterk anbefaling til Tromsø: ”Impulser i det videre arbeidet med utformingen av studieopplegg der utdanninger har felles enheter og får trening i praktisk samarbeid kan man hente bl.a. i Linköping i Sverige” (s.107). Herfra ble også ideen om at fellesundervisning må inn tidlig i studiet hentet: ”Samtlige linjer har et felles kurs de første 10 ukene av studiene. (”Människa/samhälle”) Hensikten er å gi et felles grunnlag, ikke bare når det gjelder kunnskaper, men også ferdigheter og holdninger” (s.108). Ideen om den felles helsefaglige identiteten kan føres tilbake til følgende utsagn: ”Det bør være et siktemål at den enkelte etter endt utdanning føler seg mer som *helse- og sosialarbeider*<sup>83</sup> enn som lege, sosionom, fysioterapeut osv” (s.107).

---

<sup>83</sup> Uthevingen er fra Stortingsmeldingen.



Slik jeg ser det er det disse tre ideene Felleskurset har vokst ut av. Det var de som ga opphav til forventninger, oppfatninger og reaksjoner hos tilretteleggere, veiledere og studenter. De bidro til å forme forestillingen om at samarbeid på tvers av yrkesgrensene læres ved å samle studenter fra ulike utdanninger i samme gruppe, og at dette måtte skje tidlig i utdanningen. Underveis ble disse ideene kilde til frustrasjon. For det første støtte de an mot studentenes forventninger om å få konsentrere seg om egen yrkesutdanning. For det andre bidro de til å skape diffuse forestillinger om en felles helsefaglig identitet – både hos studenter og veiledere. For det tredje oppfattet studentene at siden målet var å få til bedre tverrfaglig samarbeid, måtte de agere som representanter for yrker de ennå ikke kjente - og som det på grunn av Felleskurset tok lenger tid å bli kjent med. I denne blandingen av utydelighet, motstridende forventninger og forestillinger vokste Felleskursets etos frem. Det ga opphav til dårlig rykte og negative forventninger hos kommende studenter.

### **Ideen om at samarbeidskompetanse må læres i flerfaglig fellesskap**

Ved å utpeke helsepersonell som sentrale aktører for kvalitetsarbeidet i helsetjenesten, fellesundervisning mellom ulike helsefaggrupper som middel og Hälsouniversitetet i Linköping som modell, la Sosialdepartementet grunnlaget for forestillingen om at utvikling av helhetstenkning og samarbeidskompetanse må skje i en flerfaglig kontekst. Gjennom sine tilbakemeldinger har fokusgruppedeltakerne satt spørsmålsteget ved denne forestillingen. To forhold underbygger dette. For det første: ideen om fellesundervisning for å fremme samarbeid mellom helsepersonell skapte en forestilling hos studentene om at de måtte opptre som representanter for sine fremtidige yrker, noe de selvsagt manglet forutsetninger for. Dette bidro til forvirring og opplevelse av tilkortkommenhet. For det andre: fokusgruppedeltakernes beretninger om at de utdanningsspesifikke gruppene var vel så gode læringsarenaer for utvikling av samarbeidskompetanse, som de flerfaglige basisgruppene i Felleskurset. Det er disse erfaringene som gir grunnlag for å stille spørsmål ved om Felleskurset, i den formen det ble gjennomført i Tromsø (1992 – 2000), er et fornuftig helse- og utdanningspolitisk tiltak for å lære helsepersonell å samarbeide.

### **Ideen om felles helsefaglige bakgrunn / identitet**

Den felles helsefaglige identiteten får noe skjørt og tvilsomt over seg i lys av tilbakemeldingene fra helsepersonellet i fokusgruppene. Det tvilsomme trer frem i spriket mellom å være mål i fortellingen om Felleskurset, og ”illusjon” i helsearbeidernes fortellinger om egen profesjonsidentitet. I sistnevnte fortellinger eksisterer ikke den felles helsefaglige identiteten som aspekt ved den opplevde yrkesidentiteten – løsrevet fra pasienten. Det er

pasienten som er felles for helsearbeiderne. Det er pasienten som *er* deres felles ansvar og målet for samhandlingen. Men i pasientperspektiv fremstår ”fellesidentiteten” som skarpskåret profesjonskompetanse. Det er de yrkesspesifikke kvalifikasjonene som er konstituerende både for relasjonene til pasienten og til andre helsearbeidere. Det er i det partikulære vi finner det som er felles. Det som knytter helsearbeidere sammen. Det som begrunner behovet for samarbeid mellom dem og gjør dem avhengig av hverandre – i arbeidet med å yte best mulig tjenester til pasientene. Med andre ord, som læringsmål og individorientert kvalifikasjon blekner ”den felles helsefaglige bakgrunnen”. I den helsefaglige hverdagen fungerer den som en relasjonell referanseramme for helsefaglig handling og samhandling. Dermed er jeg kommet til den tredje lærdommen jeg kan trekke ut av tilbakemeldingene fra fokusgrupper og individuelle samtaler. Den er knyttet til ideen om å lære samarbeid tidlig i utdanningen – før studentene har møtt pasienter og brukere, de som er utgangspunkt og mål for den yrkesutdanningen de har valgt.

### **Ideen om at tverrfaglig pasientrettet samarbeid kan læres ved hjelp av ”tørrtrening”.**

Hvis det er slik at det bare gir mening å snakke om en felles helsefaglig bakgrunn i forhold til pasienten, er det vanskelig å se hvordan man kan drive fellesundervisning med dette målet for øyet - uten pasientkontakt. Fokusgruppedeletakerne var til dels insisterende i sin vektlegging av at samarbeidslæring først og fremst bør skje i praksisfeltet, i konkrete situasjoner med pasienter. I det perspektivet fremstår et studieopplegg for utvikling av samarbeidskompetanse i helsesektoren – uten møte med pasienter i praksisfeltet – i beste fall som lite gjennomtenkt, i verste fall som meningsløst. Det virker med andre ord å være vanskelig å nå læringsmålet om samarbeidskompetanse ved hjelp av tørrtrening ut i fra papirsituasjoner. Det kan virke urettferdig å trekke frem dette poenget, all den stund intensjonene ved etableringen av Felleskurset nettopp var at det skulle følges opp med trening i tverrfaglig samarbeid i konkret pasientarbeid i siste studieår. Dette ble aldri realisert innenfor rammen av høgskole- og universitetssamarbeidet 1992 - 2000. Allikevel besto Felleskurset i mange år. Kanskje med en større påvirkningskraft som symbol enn som utdanningstiltak.

## **4.7 Oppsummerende refleksjoner**

Har Felleskurset i det hele tatt tilført norsk helsepersonellutdanning noe nytt? Ut fra evalueringene av de årlige kursene og tilbakemeldingene fra tidligere kursdeltakere er det vanskelig å svare ja på et slikt spørsmål. På det umiddelbare og konkrete plan er vurderingene relativt klare. Som tiltak for å lære helsepersonell å samarbeide bedre i helsetjenesten, har

Felleskurset *ikke* fungert etter hensikten. Slik jeg ser det nå, er kanskje Felleskursets viktigste bidrag nettopp denne erkjennelsen. Gjennom de tidligere deltakernes reaksjoner og tanker i dette nye møtet med Felleskurset får vi innsikt i hvorfor det ikke fungerte. Deres forskrekkelse over at ”tverrfaglig” ikke var nevnt i læringsmålet om samarbeid, sier noe om manglende samsvar mellom forventninger og det de opplevde som Felleskursets mål og mening. Frustrasjon over at de - ut fra egne forventninger, men ikke i realiteten - møtte et krav om faglighet og yrkeskunnskap de ikke kunne innfri. Utilstrekkelighetsfølelse fordi de trodde at dette var forventet og en forutsetning. Problemer med å få tak i hensikten med kurset, til tross for grundig målbeskrivelser i kursheftet,<sup>84</sup> og frustrasjon over å måtte bruke så mye tid og krefter på noe de ikke forsto hensikten med. Irritasjon over å ikke kunne konsentrere seg om ”fagstoff” og ”få etablert seg som egen klasse” på den utdanningen de var tatt opp på - på grunn av felleskurset.

Noen av studentevalueringene (1992-2000) ga uttrykk for forventning til mer fellesundervisning senere i studiet, slik det var planlagt. De mente det kunne bidra til å snu den negative oppfatningen av Felleskurset. Noen av fokusgruppedeltakerne uttrykte også misnøye med at det aldri ble noen oppfølger. Det ville kanskje gitt mening til Felleskurset. Disse tilbakemeldingene oppfattet jeg først som selvmotsigelser. Hvorfor ønske mer av et opplegg som man som student slaktet og som man retrospektivt ikke har hatt noen nytte av? Etter hvert har jeg skjønnet at det er en viss logikk i det. Sett i lys av studentenes unisone tilslutning til ”tankene bak Felleskurset” og de ferdige helsearbeidernes sterke tro på at samarbeid kan og må læres i utdanningen, blir det mer forståelig. I et slikt perspektiv kan selvmotsigelsene tolkes som oppriktige, positive og logiske forventninger til at en god ide kan omsettes til god praksis. I fokusgrupper og enkeltsamtaler møtte jeg helsepersonell som ut fra egen erfaring vet hvor viktig samarbeid er for pasienter og brukere. Når de da ser tilbake på Felleskurset som bortkastet tid, er det kanskje ikke bare uttrykk for et personlig tap. Det kan også ses som en reaksjon på det de oppfatter som bortskusling av en unik utdanningspolitisk mulighet.

Jeg avsluttet forrige kapittel med noen spørsmål knyttet til det jeg oppfattet som de mest markante trekkene i historien om etablering og gjennomføring av det første Felleskurset i Tromsø: tvetydighet og ambivalens. Dette kapitlet har delvis bidratt til å forstå dette fenomenet, som synes å ha blitt Felleskursets etos. Derimot har de tidligere deltakere gjennom

---

<sup>84</sup> I kursheftet for 1992 er 6 sider brukt til dette

sine refleksjoner svart et tydelig nei på spørsmålet om deres opplevelse av tvetydighet forsvinner når de ser seg tilbake. Men den kom til uttrykk på andre måter: I spriket mellom en samstemt overbevisning om at samarbeid kan læres i utdanningen og en insistering på at de selv ikke hadde lært noe om samarbeid i Felleskurset. På den annen side mente alle at de hadde samarbeidskompetanse – en nødvendighet for at helsetjenesten skal fungere. Tross mine innstendige forsøk på å påpeke inkonsistens i forholdet mellom deres egen empiri og teori, lot de seg ikke rokke fra noen av posisjonene. Jeg ser dette som en variant av den grunnleggende tvetydigheten fra forrige kapitel: tilslutning til samarbeid som ide eller ideologi, kombinert med avvisning av den praksisen som har vokst ut av denne ideologien.

Empirien fra dette kapitlet har styrket inntrykket av Felleskurset som et tvetydig fenomen. Det vil si at spørsmålene fra forrige kapitel om hvordan en slik tvetydighet kan forstås, blir enda mer interessant å finne svar på. Det prøver jeg å gjøre i neste kapitel ved hjelp av perspektiver fra fortolkende sosialantropologi.

## Kapitel 5

### Å FORSTÅ TVETYDIGHET – DET FORTOLKENDE KULTURBEGREPET SOM ANALYTISK PERSPEKTIV

”Samarbeid” er tilsynelatende et enkelt og lett forståelig begrep med stor bruksverdi. Vi har sett det som nøkkelbegrep i en statlig ideologi, som med sterk overbevisningskraft mobiliserte helseutdanningsmiljøet i Tromsø. Det ble presentert som et middel til å fremme målet om bedre kvalitet i helsetjenesten, og var hovedmål for Felleskurset. Det ble brukt som argument for en utdanningspolitisk reform som forutsatte at ”samarbeid” er en ferdighet som kan læres. I alle sammenhenger hvor begrepet opptrer virker det selvfølgelig, entydig, selvforklarende og positivt ladet - begripelig og uangripelig.

Empirien i dette prosjektet utfordrer en slik forståelse. Vi har sett hvordan samarbeidsbegrepet har gitt opphav til tvetydig praksis: Massiv tilslutning til Felleskursets ideologi om samarbeidslæring i utdanningen, for å bedre samarbeidet mellom ulike personellgrupper i helsetjenesten. Kombinert med en nærmest total slakt av den samarbeidslæringen kurset tilbød. Misforhold mellom studentens overbevisning om at samarbeid kan læres – men selv lærte de ikke noe av det gjennom Felleskurset. Regjeringens begrunnelse for forslaget om fellesundervisning bygget på en oppfatning om manglende samarbeid mellom helsefaggrupper på grunn av barrierer mellom profesjonene. I praksisfeltet var det, som nevnt i kapittel 1.1, ikke mellom profesjonene at barrierene ”viste seg”, det var langs organisatoriske grenser. Selv om dette stemte overens med helsearbeidernes egne erfaringer, holdt *de* også fast ved forestillingen om profesjonsbarrierer. Dette siste kommer jeg tilbake til i kapitlene om helsetjenesten. Her konsentrerer jeg meg om utforskningen av Felleskursmaterialets tvetydigheter i forhold til samarbeidsbegrepet.

For å kunne gjøre det må jeg ta et skritt til siden - skifte perspektiv. De situasjonsnære refleksjonene knyttet til fortellingene om Felleskurset synes alle å lede frem til begrepet “tvetydighet”, som en oppsummering av deltakernes reaksjoner. Det gjenstår å forstå hva slags tvetydig fenomen Felleskurset var. Hvorfor vekket det så motstridende følelser, oppfatninger og vurderinger av samarbeid og samarbeidslæring? Dette synes å gjelde for alle aktørene i Felleskurset – inkludert meg selv. Derfor er mitt eget ”realitetsorienterende” møte med disse tilsynelatende motstridende oppfatningene i den retrospektive analysen av Felleskurset, en viktig del av materialet i avhandlingen. I dette kapitlet undersøker jeg

Felleskursets tvetydigheter, i neste kapitel prøver jeg å forstå min egen ambivalens. Som skissert i kapitel 1.7 har jeg valgt det fortolkende kulturbegrepet<sup>85</sup> som analytisk rammeverk, og vil i dette kapitlet prøve ut dets potensial i analysen av Felleskursets tvetydigheter – mellom samarbeid som ideal og samarbeidslæring som praksis.

Sentrale analytiske begreper i den fortolkende tilnærmingen er ”virkelighetsforståelse”, ”mening”, ”symbol” og ”kontekst”. Jeg benytter meg av samfunnsvitenskapelig teori – hovedsakelig sosialantropologisk – som vektlegger samspillet mellom menneskers/gruppers forestillingsverden og deres samhandlende praksiser. I det første avsnittet presenterer jeg den grunnleggende orienteringen i avhandlingens analytiske perspektiv. Her tar jeg utgangspunkt i Geertz’s beskrivelser. Gjennom sitt fokus på sosialt liv som meningsfull aktivitet har han ”revived and transformed the anthropological concept of culture in such a way as to make evident its relevance to a range of humanistic disciplines” (Ortner:1999a:1)<sup>86</sup>. Kapitlets øvrige avsnitt vil i hovedsak være rettet mot analyse av Felleskursets tvetydigheter. Først en helhetlig analyse av kurset. Så dekonstruerer jeg tvetydigheten og ser først på den positivt evaluerte ideologien, deretter på den negative opplevelsen av praksis, før jeg vurderer Felleskurset som tvetydig fenomen. I disse analysene trekker jeg også på innsikter fra andre symbolorienterte antropologer som Sherry Ortner, Mary Douglas og Victor Turner.

## **5.1 Meningsaspektet ved handling**

Den fortolkende antropologien har skarpere fokus på den meningen som tillegges handling enn på selve handlingen. Det er med andre ord ikke handlingens ontologiske status som er hovedanliggende, men dens epistemologiske. I Geertz’ klassiske terminologi gjelder det å få tak i hvordan virkeligheten tar seg ut ”from the actors’ point of view” (Geertz 1973:14)<sup>87</sup>. I språkhandling er han fokusert på ”not the event of speaking, but the ’said’ of speaking, where we understand by ‘the said’ of speaking that intentional exteriorization constitutive for the aim of discourse” (ibid:19). I det hele tatt gjelder det å begripe ”what people are up to”

---

<sup>85</sup> Jeg bruker ”meningsorientert antropologi”, ”det fortolkende kulturbegrep” ”fortolkende antropologi” ”hermeneutisk orientert antropologi” og ”symbolsk/symbolantropologi” som mer eller mindre synonyme begrep.

<sup>86</sup> Geertz’ fortolkende kulturbegrep kan ses som en reaksjon på positivistisk samfunnsvitenskap. «He explicitly posed this interpretive, humanistic approach against a variety of kinds of reductionist and objectivist work that had become dominant in the 1940s and especially the 1950s in anthropology and other social sciences” (Ortner 1999:3). Geertz’ perspektiver ble da også møtt med kritikk fra flere hold. Fra positivistisk hold for å legge for stor vekt på tolkning, fra kritisk samfunnsvitenskap for å være for politisk nøytral uten maktanalyser, og fra egne rekker for å være for fokusert på en bestemt oppfatning av kultur (ibid:1). En av de sterkeste kritikerne var Keesing. Hovedinnvendingen hans er den vekten Geertz legger på tolkning. Han stiller spørsmål ved grunnlaget – hva gjelder som symboler? I hvor stor grad er disse felleseie i et samfunn? Og – han frykter for konsekvensene – kultur kan ende opp som ideologi og skjule maktforhold i samfunnet (Keesing 1987).

<sup>87</sup> Opprinnelig et begrep hentet fra Malinowski.

(ibid:13) å få tak i "the structures of signification" (ibid:9) som danner grunnlag for å tolke kulturelle uttrykk og symboler.

Samtidig viser Geertz gjennom sine klassiske beskrivelser, for eksempel av "the Balinese Cockfight" (ibid:412-53) og det gamle javanesiske begravelsesritualet "slametans" møte med nye tider, hvilken dyp sammenheng det er mellom kulturens uttrykksformer og dens meningsskapende aktivitet (ibid:142-69). Et hvert forsøk på å forstå "what people are up to" må ha sitt utgangspunkt i det sosiale. Derfor må den som prøver å få tak i meningen i det folk driver med, rette blikket mot konkrete handlings- og samhandlingssituasjoner. Geertz plasserer det etnografiske objekt – eller kanskje heller prosjekt - i mellomrommet mellom "tynne" og "tykke" beskrivelser av sosiale situasjoner. Det vil si mellom en beskrivelse basert på gjengivelse av ytre hendelsesforløp, og en der det som skjer fremtrer som meningsfulle handlinger sett fra aktørens ståsted. I dette mellomrommet forskyves perspektivet fra øyeblikkets værensnivå til et nivå med lag på lag av "a multiplicity of complex conceptual structures" (Geertz 1973:10). Hans analyser går fra å beskrive hendelsesforløpet ved hjelp av rent fysiske termer til å se det som symbolske handlinger, som henter sin mening fra den kulturen – det meningssystemet - de er en del av. Sagt på denne måten kan kultur lett oppfattes som en "tolkningshåndbok", en slags fasit for kulturelle koder. Det er ikke tilfelle. I et fortolkende eller semiotisk perspektiv forstås kultur som et sammenvevd system av meningsbærende tegn – symboler. "[C]ulture is not a power, something to which social events, institutions or processes can be causally attributed; it is a context, something within which they can be intelligibly – that is, thickly – described" (ibid:14).

Med andre ord, handlinger kan verken gjøres meningsfulle i kraft av nøye gjengitt observasjon av kroppslige uttrykk, beregning av aksjonspotensial i muskler eller gjennom poetisk beskrivelse av bevegelesers eleganse. Handlinger får sin mening fra den sosiale konteksten de er del av. De initieres ut fra aktørens innforståthet med de kulturelle kodene og sammenhengene handlingene inngår i. Det er denne innforståtheten den symbolske antropologien søker. Geertz viser hvilken dobbel utfordring som ligger i dette:

To grasp concepts that, for other people, are experience-near, and to do so well enough to place them in illuminating connection with experience-distant concepts theorists have fashioned to capture the general features of social life, is clearly a task at least as delicate, if a bit less magical, as putting oneself into someone else's skin (Geertz 1983:58).

For det første må antropologen fra sin utenfra-posisjon prøve å tilegne seg innsikt i aktørens erfaringsnære og innforståtte perspektiv. Det vil si forestille seg hvordan de muligens kan

oppfatte det som skjer i den aktuelle situasjonen. Grunnlaget for denne noe overmodige tilnærmingen ligger i forståelsen av tanker/ideer som fellesskapsprodukt - ikke noe som oppstår i hodet til den enkelte aktør. Det er forestillinger formet av kulturelle kontekster og utviklet gjennom erfaring fra sosial samhandling, som danner ”tolknings skjema” for situasjoner og handlinger. For det andre skal dette aktørperspektivet finne sin mening i antropologiens meningsunivers. Det er altså snakk om en dobbel tolkningsprosess. Det er denne de tykke beskrivelsene vokser ut av. De er forankret i det konkrete og situasjonsspesifikke, ”silt” gjennom antropologens kjennskap til kulturens meningssystemer og gjort til samfunnsvitenskapelig kunnskap ved å knytte dem til fagets kunnskapstradisjoner. Skillet og koblingen mellom det erfaringsnære og det erfaringsfjerne - mellom emisk og etisk perspektiv, mellom dagligliv og vitenskap, mellom observasjon og ”fundamentals” (se 5.2), mellom beskrivelse og analyse – representerer grunnleggende utfordringer i antropologisk forskning.

Analyse i tråd med Geertz’ tilnærming forutsetter at man på bakgrunn av observasjon og beskrivelse av sosiale situasjoner har en formening om hva som kan være betydningsbærende tegn, og hvilke kontekster som kan fungere som tolkningsrammer. I innledningskapitlet skisserte jeg to situasjoner fra mine første møter med sykehuset og kommunehelsetjenesten. Begge steder fanget jeg opp tegn på samarbeidsmønstre på kollisjonskurs med min egen forforståelse. Det ene stedet var det noe i måten de ansatte beskrev problemer i forhold til kolleger på de andre *enhetene* i Avdelingen på – ikke til andre yrkesgrupper. Det andre stedet var det i form av et oppslag om behov for bedre dialog mellom sykestue og hjemmetjeneste ved beslutning om akuttinnleggelse av hjemmeboende pasienter. Hva var dette uttrykk for? Var det tilfeldige hendelser - eller tegn som kunne tolkes som utsagn om mer grunnleggende trekk i samarbeidsforholdene? Tolkningsrammen min på de aktuelle tidspunktene var en ”statsautorisert” hypotese om splid mellom yrkesgrupper i helsetjenesten. Mot denne bakgrunnen fremsto det jeg oppfattet av ord, uttrykk og situasjoner som dissonans – en diskrepans mellom tolknings skjemaene mine og den betydningen som syntes å ligge i de budskapene ”feltfolket” formidlet. Presentasjonen av feltmaterialet fra helsetjenesten i kapitel 7 og 8 gir grunnlag for å vurdere hvor representative disse hendelsene var for samarbeidsforholdene på disse stedene.

### **Dagliglivets virkelighet**

En av Geertz’ store inspiratorer, filosofen Schutz, har beskrevet hvordan mennesker gjennom livet må forholde seg til ”multiple realities”, hvorav ”the reality of the world of daily life”



(Schutz 1996:26) er den mest betydningsfulle. Det er denne intersubjektive virkeligheten som danner grunnlag og kontekst for våre oppfatninger, holdninger og handlinger. Det er her vi finner grunnriss av de handlingsmønstrene vi internaliserer gjennom livet, og som vi bruker som grunnlag for tolkning av utsagn og handlinger. Det er her vi søker og skaper mening i det vi gjør. Bech-Jørgensen refererer Schutz på følgende måte: ”[vi kan], når vi følger våres naturlige innstilling stole på vores erfaringer, og vi kan umiddelbart foregripe det, der skal ske, uden at tvivle på hvert et skridt, vi tager, og uden at tvivle på resultaterne av det vi gjør, siger og oplever” (2005:9). Her ser jeg linjer til Batesons begrep ”redundancy”.

”Meaning” may be regarded as an approximate synonym of pattern, redundancy, information and ”restraint”, within a paradigm of the following sort: Any aggregate of events or objects ... shall be said to contain “redundancy” or “pattern” if the aggregate can be divided in any way by a “slash mark”, such that an observer perceiving only what is on one side of the slash mark can *guess*, with better than random success, what is on the other side of the slash mark. We may say that what is on one side of the slash contains *information* or has *meaning*<sup>88</sup> about what is on the other side (Bateson 1990:130-1).

Mening er sentralt for å forstå hva ”virkelighet” er. I hverdagslivet skapes de sosiale realitetene som gjør handling og samhandling meningsfull, forståelig og håndterlig. Og – her dannes mennesket som meningsfull og menigsskapende sosial realitet. Dagliglivets meningsstrukturer preges av ”redundancy”- et overskudd av mening. Tord Larsen bruker begrepet ”meningsoverskudd” i en artikkel om antropologiens kulturbegrep hvor han hevder at

våre måter å se verden på, er produkter av vår egen aktivitet og ”brillene” vi ser verden gjennom, er det sedimenterte resultat av utallige samhandlingssekvenser. Tolkningskjemaene er samtidig *produkter av samhandling og forutsetninger for*<sup>89</sup> enhver samhandling og verdenstyding. De handlingene vi begår, de erfaringer vi gjør og de sosiale forløp vi setter i sving, produserer et ”meningsoverskudd” som enten forsterker de eksisterende konvensjonene eller skaller flak av dem. De kodifiserte konvensjonene tjener i sin tur som fortolkningsramme for ny handling og ny verdenstyding (Larsen, T. 1999:49-50).

Dette meningsoverskuddet representerer, slik jeg forstår det, kulturskapt forventninger. Når vi ser en handlingssekvens eller hører en del av en setning, så skaper det forventning om en bestemt fortsettelse. Med andre ord, når vi ser det som står på den ene siden av Batesons ”slash mark” gjennom våre kulturskapt briller, ser vi ikke bare en enkelt handlingssekvens, men hele handlingsmønsteret den er en del av. Dermed har vi også forventninger til fortsettelsen – til det som kommer etter ”slash’en”. Og – når det bekreftes, bidrar det til å sementere og styrke de eksisterende handlingsmønstrene, selv om det også kan tenkes at

---

<sup>88</sup> Uthevingene er Batesons.

<sup>89</sup> Uthevingene er Tord Larsens.

handlingsforløpet tar nye og uventete retninger. Analysene utover i kapitlet gir grunnlag for å forstå Felleskurset som en slik “uventet retning”.

I mitt første møte med helsetjenesten stemte ikke mine forventninger til hvor jeg ville finne samarbeidsproblemer, med hvor ”feltfolket” syntes å lokalisere dem. Paradokset var at ”feltfolket” også ga uttrykk for samme forforståelse som meg, selv om de egentlig ikke hadde erfart profesjonsbaserte samarbeidsproblemer. Her nøyer jeg meg med å antyde at dette på den ene siden kan forstås som uttrykk for at vi som har vokst opp i det norske samfunnet i større eller mindre grad deler de konvensjoner og oppfatninger som er del av en felles dagliglivets virkelighet. På den andre at helsearbeidere har sitt daglige virke i helsetjenestens virkelighet som også har sin egen logikk og egne krav til handlingsberedskap og samhandling. En oppdelt og fragmentert virkelighet formet av det biomedisinske forskningsidealet (Berg 1978,1987, Thornquist 1988ab, 1996, 1998, 2003). Omsorgsforskning har føyd til andre fragmenter (Martinsen og Wærnes 1978, Martinsen 1989, 2000, Hamran 1992, 1996). Allikevel synes hypotesen om profesjonsbarrierer å være basert på manglende kunnskap om hvordan helsetjenesten fungerer og helsepersonell samarbeider.

### **Vitenskapelig virkelighet**

I sine analyser av de mange virkeligheter vi må forholde oss til, stopper Schutz opp ved den vitenskapelige. Han gjør et poeng av at forskeren, når han forsker, setter dagliglivets virkelighet i parentes. Det vil si at han trer inn i en virkelighet som styres av en annen rasjonalitet og andre normer enn dagliglivets. Så snart forskningsproblemet er bestemt vil forskeren tre inn i

... a preconstructed world of scientific contemplation handed down to him by the historical tradition of his science. Henceforth, he will participate in a universe of discourse embracing the results obtained by others, problems stated by others, solutions suggested by others, methods worked out by others. This theoretical universe of the special sciences is itself a finite province of meaning, having a peculiar cognitive style with peculiar implications of problems and horizons to be explicated (Schutz 1971:250).

Vitenskapens virkelighet er altså ”a preconstructed world” og “a finite province of meaning”. Dette er ikke bare en karakteristikk av vitenskapelig virkelighet, det er også en synliggjøring av premisser for, og tolkning av handlinger i denne virkeligheten. Det er en beskrivelse som – om den ikke skaper hva den nevner – så viser den hvordan det som nevnes skapes. I dette perspektivet er det lettere å se forskningens begrensninger som kunnskapsgenerator. Alle vitenskaper former i større eller mindre grad forskningsobjekt og forskningsfelt i sitt eget bilde. Et sentralt spørsmål blir da hvilken avstand vitenskapelige idealer, metoder og

analytiske redskaper legger mellom vitenskapens virkelighet og den utforskete. Dette involverer grunnleggende spørsmål knyttet til forskningens mandat - ”sannhetssøking” og objektivitet. Det løfter frem spørsmål knyttet til menneske- og kunnskapssyn, og det utfordrer til selvrefleksjon om faglig og vitenskapelig praksis. Et meningsorientert kulturbegrep kan ved sitt fokus på innforståtte virkelighetsorienterende koder bidra til å kaste lys over dette.

## Kontekst og mening

Kontekst er sentralt i et meningsorientert kulturbegrep. Geertz setter likhetsegn mellom kultur og kontekst, fordi det er gjennom konteksten at kulturens uttrykksformer blir gjort forståelige (Geertz 1973:14). Tord Larsen viser hvordan et fortolkende kulturbegrep kan bidra til å synliggjøre den ”tause, språkliggjorte eller kroppsliggjorte kunnskapen”, og til å sette begrep på de forutsetningene som gjør oss i stand til å ”generere meningsfulle handlinger og gi adekvate tolkninger av det tegnregnet vi utsettes for uten stans” (Larsen, T. 1999:49). Kulturkunnskap hjelper oss altså til å se noe som noe, både ontologisk og epistemologisk. I det første tilfelle er det snakk om den selvsagte, internaliserte kunnskapen som gir ”virkelighetsbeboerne” handlings- og tolkningsskjema til å kunne fote seg i egen virkelighet. I det andre tilfellet er det snakk om ”kultur” som analytisk begrep – en sentral del av antropologiens teoretiske og diskursive univers – som gir oss mulighet til å søke etter, prøve å forstå og identifisere premisser for handlinger i de virkeligheter vi undersøker.<sup>90</sup> Batesons begrep ”framing” gir et konkret tankebilde for kontekst som tolkningsramme:

The frame around a picture, if we consider this frame a message intended to order or organize the perception of the viewer, says, ”Attend to what is within and do not attend to what is outside.” ... frames are related to what we have called ”premises”. The picture frame tells the viewer that he is not to use the same sort of thinking in interpreting the picture that he might use in interpreting the wallpaper outside the frame. ... The frame itself thus becomes part of the premise system (Bateson 1990:187-8).

Rammebegrepet skjerper oppmerksomheten mot, og bidrar til å synliggjøre premisser for forståelse. Det hjelper til å avgrense, gi utsyn over og innsikt i et felt. Det hjelper oss å lete etter premissene for det vi ser – feltets egen logikk – og å se relasjoner mellom ulike logiske eller kommunikative nivå. Schutz’ bruker begrepet ”meningsprovins” for å betegne hvordan vitenskapens virkeligheter skapes og må forstås innenfor sitt fags tradisjoner og metoder. Bateson knytter ikke framingbegrepet direkte til vitenskap eller vitenskapelighet, men mye av

---

<sup>90</sup> I mitt tilfelle vil det kanskje være riktigere å bruke begrepet ”samhandling”. Jeg forutsetter imidlertid at det relasjonelle aspektet er implisitt i det antropologiske handlingsbegrepet. Ikke nødvendigvis slik at alle enkelthandlinger skjer i forhold til andre mennesker, men at deres handlings- og tolkningsskjema er skapt av og gjennom virkelighetens handlingsfellesskap.

det han formidler dreier seg om det (Bateson 1988, 1990, 1995, Bateson og Bateson 1990). I introduksjonen til *Steps to an Ecology of mind* tar han for eksempel, på sin spesielle måte opp forholdet mellom kontekst og mening, vitenskap og dagligliv, vitenskap og myter. Her bruker han begrepet ”fundamentals” om den kunnskapen som våre observasjoner skal vurderes i forhold til (Bateson 1990: xx-xxi). Poenget hans er å få frem at forskning dreier seg om å få til en vekselvirkning mellom observasjoner og ”fundamentals.”<sup>91</sup> Det er en utfordring å få til en slik vekselvirkning. I neste avsnitt vil jeg se hvordan Felleskurset tar seg ut innenfor rammen av det meningsorienterte kulturbegrepet.

## **5.2 Felleskurset i et meningsorientert kulturperspektiv**

Forskningsspørsmålet jeg søker svar på gjennom empirien om Felleskurset er: *Hvordan bidro Felleskurset i Tromsø til utvikling av samarbeidskompetanse?* Det entydige svaret fra de som gjennomførte kurset var at det ikke bidro i det hele tatt. Gjennom fokusgruppe- og individuelle samtaler reflekterte de over begrunnelsene for dette. Disse har jeg forsøkt å sammenfatte i kapittel 4.6 og 4.7. Den eneste positive tilbakemeldingen i studentevalueringer og i fokusgruppesamtaler var knyttet til møtet med studenter fra andre utdanninger i basisgruppene. I studentevalueringen fra 1992 uttrykkes det slik:

Det mest positive med kurset var det sosiale aspektet. Det vil si at vi ble godt kjent med studenter fra andre utdanninger, og derved kanskje avlivet en del myter som for eksempel at sykepleierstudenten oppfører seg på en måte og legestudenten på en annen. Vi foreslår at det holdes en fest for alle deltakerne på introduksjonskurset tidlig i studiet.

Fokusgruppedeltakere sa det slik: *De første årene tenkte jeg på at vi hadde det [Felleskurset]. Det var når jeg traff de jeg hadde vært i basisgruppe med. Da tenkte jeg, det er nå en ting jeg har med meg fra det der, det er lettere å ta kontakt når du har sett det mennesket før* (sykepleier 20.06.05). *Jeg skulle kanskje bare lære at det var vanlige folk på de andre utdanningene og* (ergoterapeut 20.06.05). Det er interessant at verken studenter eller tidligere felleskursdeltakere synes å se dette som en dimensjon av samarbeidslæringen. Samtidig støttet kanskje disse positive erfaringene – på et eller annet bevissthetsnivå - opp under overbevisningen om Felleskursets viktighet.

Analysene i dette avsnittet er *ikke* primært rettet mot en utdypning av Felleskursets mangler som redskap for utvikling av samarbeidskompetanse. Begrunnelsene som kom frem i empirien er så klare at jeg tviler på hvor mye mer innsikt en teoribasert analyse kan gi. I stedet

---

<sup>91</sup> Selv kaller han dette for ”a sort of pinchers maneuver” (ibid: xxi). I *Mind and Nature. A Necessary Unity* beskriver han det som en vekselvirkning mellom beskrivelse av prosess og klassifisering - mellom empiri og teori (Bateson 1988: 209-10).

velger jeg å vende det analytiske blikket mot den tvetydigheten som omga Felleskurset - det etos som fulgte det fra første gjennomføring, som fortsatt ”satt i” hos de som deltok, og som dominerte de retrospektive oppfatningene.

### **Felleskurset “from the actors’ point of view”.**

Historiene om Felleskurset har et stort persongalleri. Her begrenser jeg det til studenter og utdannere. Analysene tar utgangspunkt i innsiktene fra den umiddelbare evalueringen etter det første Felleskurset og de retrospektive vurderingene fra fokusgruppesamtalene. Vel vitende om at de to aktørgruppene både på gruppe- og individnivå representerer et mangfold av forforståelse og mening, vil jeg i denne sammenhengen se dem som representanter for to meningsunivers som møtes i Felleskurset.

For de fleste studentene representerte Felleskurset starten på deres første yrkesutdanning. Vi kan derfor anta at virkelighetsforståelsen deres så langt, i hovedsak var formet av det hverdagslivet de hadde levd. Utdannerne bar også med seg sin hverdagsforståelse, men på Felleskursarenaen representerte de helsefagutdanningenes meningsunivers - en virkelighet formet av fagforståelse, pedagogiske idealer og utdanningspolitisk ideologi. I denne sammenhengen er sistnevnte det viktigste. Den eksterne evalueringen av det første Felleskurset legger bl.a. vekt på ideologien både som drivkraft og symbolverdi. “Prosjektet var prestisjetungt, fordi det kunne gjøre Tromsø til ‘nok et blikkfang for resten av Helse-Norge’” (Larsen 1994:44). “Den symbolske betydningen av igangsettingen av introduksjonskurset kan trolig forklare hvorfor utdanningene valgte å ‘stå løpet ut’” (ibid:49). Med det helsepolitiske perspektivet som drivkraft lot utdannerne seg styre av de ideene regjeringen presenterte i St.meld. nr.41(1987-88): 1) Fellesundervisning må inn tidlig i helsepersonellutdanningene for å 2) skape et felles grunnlag av kunnskaper, ferdigheter og holdninger.<sup>92</sup>

For å kunne skarpstille det meningsorienterte perspektivet på Felleskursets tvetydighet, fokuserer jeg på to empiriske forhold der virkelighetsforståelse spiller en vesentlig rolle: a) Studentene kom til høgskolen/universitetet med intensjoner om å bli bioingeniør, ergoterapeut, fysioterapeut, lege, psykolog, radiograf, sykepleier eller tannpleier. Det første utdanningsemnet de måtte få godkjent for å komme videre i eget studium var Felleskurset, hvis hovedmål var å utvikle en felles basis for å være helsearbeider. Studentene ønsket mer

---

<sup>92</sup> Utdypet i kapitel 4.6

enn noe annet å få konsentrere seg om den fagspesifikke utdanningen og bli kjent med eget kull, men en stor del av studiearbeidet de første ukene foregikk i basisgrupper der de ofte var de eneste fra egen utdanning. b) Da de begynte på Felleskurset var studentene svært positive til å være med på et undervisningsopplegg hvor de skulle få lære å samarbeide med studenter fra andre helsefaglige profesjonsutdanninger. I evalueringen og den retrospektive vurderingen av kurset var de fortsatt like positive til denne ideen. Egen totalslakt av opplegget rokket ikke ved det. I de to neste avsnittene undersøker jeg disse paradoksene.

### **Felleskurset som praksis**

Studentene som møtte opp i det store auditoriet i MH-bygget den 17. august 1992 kom til universitet/høgskolen for å starte sin yrkesutdanning. Mange hadde jobbet lenge for å samle nok poeng til å komme inn på akkurat den utdanningen. I mottakelsen som ventet dem ble det knapt sagt et eneste ord om *deres* utdanning. I stedet ble de ønsket velkommen med et program spesialdesignet for å rette oppmerksomheten mot Felleskurset. De fikk høre hvor heldige de var som skulle få delta i et nytt utdanningsopplegg – det første i landet – for å lære å samarbeide med studenter fra andre utdanninger. Den entusiasmen som dette eventuelt skapte for ideen om samarbeidslæring, endret seg raskt og endte opp i et ambivalent forhold til Felleskurset, ikke bare for disse studentene – men for alle senere kull.

Selv om studentene både i de årlige evalueringene og de retrospektive vurderingene la vekt på å være så saklige og balanserte som mulig, var konklusjonen alltid like entydig: Felleskurset var unyttig – bortkastet tid. I den praktiske studiehverdagen ble det sett på som et 'nødvendig onde'. I lys av et Geertz epistemologiske handlingsperspektiv gir dette mening. Felleskurset representerte et brudd med studentenes forventninger til den yrkesutdanningen de hadde valgt. Det forstyrret meningen med å ha valgt akkurat *den* utdanningen. Det bidro til at de ble konfrontert med sitt eget fagvalg på en negativ måte: *Vi var ikke bevisst nok på det vi selv studerte, og samtidig skulle vi samarbeide med flere andre yrkesgrupper også vite hva vi selv skulle stå for* (sykepleier 20.06.05). Faginnholdet stemte ikke med det de var innstilt på å lære. I stedet for å oppfatte Felleskurset som en integrert del av egen utdanning, opplevdes det som noe helt annet. Ikke bare det, det fremsto som et hinder for å kunne konsentrere seg om det de egentlig hadde kommet for å studere. *Hvorfor kunne vi ikke holde på med fagstoff den tida som vi brukte på felleskurset?* (ergoterapeut 20.06.05).

Vurdert som utdanningspraksis fremstår Felleskurset som “a matter out of place”<sup>93</sup> i studentenes tilbakemeldinger. Å si at noe ikke passer inn forutsetter at det er noe å passe inn i. Det vil si at dette uttrykket må ha sin referanse i en samfunnsskapt virkelighet der sosiale handlinger og fenomener gis betydning gjennom ulike systemer for klassifisering. “Where there is dirt there is system. Dirt is the by-product of a systematic ordering and classification of matter, in so far as ordering involves rejecting inappropriate elements” (Douglas 1996a:36). Felleskursets historie viser at det faller utenom alle virkelighetskonstituerende kategorier, både i studentenes og utdannelsens meningsunivers.<sup>94</sup> Studentene sa det slik: *Det var veldig få som fikk med seg hvorfor egentlig felleskurset? Veldig mange satt med spørsmålet hvorfor gjør vi dette?* (lege 05.09.05). *Vi var ikke bevisst nok på det vi selv studerte, og samtidig skulle vi samarbeide med flere andre yrkesgrupper, også vite hva vi selv skulle stå for* (sykepleier 20.06.05). Utdannerne prøvde så godt de kunne å tilpasse det regjeringsspålagte oppdraget eget meningsunivers, men det var ikke helt enkelt: “Planleggingen og kurset har vært tidkrevende. Kurset har medført forandringer i opplegget for emnet samfunn og sykdom på legeutdanningen, både i form og timereduksjon” (veileder fra legeutdanningen 1992).<sup>95</sup> Tråden i dette avsnittet spinner jeg videre på i avsnitt 5.5.

### **Felleskurset som ideologi**

Hvordan kan det da ha seg at den *ideen* som Felleskurset er vokst ut av synes å fremstå som “a matter in its right place”? Hvordan kunne studentene år etter år i evalueringene proklamere at de “er enige i at tankene bak kurset absolutt er viktige”, og protestere vilt den dagen det ble foreslått å legge ned Felleskurset? Jeg tror denne andre siden av tvetydigheten også kan gi bli mer meningsfull i lys av det fortolkende perspektivet.

En av deltakerne i fokusgruppene svarte slik på spørsmålet om hva hun hadde lært om helse, sykdom og helsevesen på Felleskurset: *Man har jo levd i et land med helsevesen. Jeg vet ikke, jeg kan i hvert fall ikke huske at jeg lærte noe sånt veldig nytt. Jeg antar at dette gjaldt flere. Allerede før de begynte på studiet var studentene kjent med norsk helsevesen. Som samfunnsborger i et land der media har stor årvåkenhet og formidlingslyst i forhold til*

---

<sup>93</sup> Begrepet er gjort kjent av Mary Douglas gjennom hennes studier av urenheter og rensesritualer i stammesamfunn. Selv henfører hun det til Lord Chesterfield, som brukte det som definisjon av ‘dirt’ (Douglas 1996a:50).

<sup>94</sup> Her sikter jeg spesielt til de utdanningspolitiske idealene fra Stortingsmelding 41 som utdannerne forpliktet seg til å følge i tilretteleggingen av Felleskurset. Den eksterne evalueringen viser hvordan disse idealene også kolliderte med utdannelsens meningsunivers (Larsen 1994:36-43).

<sup>95</sup> Se kapittel 3.4.

helserelaterte saker, både i nyhetsoppslag og debattspalter/-program, er det lett å holde seg informert og gjøre seg opp meninger om det som skjer. Media synes å ha størst affinitet til saker som fokuserer på kriser og problemer, enten det gjelder helsetjenestens kvalitet, kapasitet, tilgjengelighet eller ivaretagelse av den enkelte pasient. Dårlig kommunikasjon, manglende samarbeid og profesjonskamp blir gjerne trukket frem som problemskapere.<sup>96</sup>

Stortingsmeldingene om helsetjenesten over flere tiår synes å dele medias virkelighetsforståelse, og foreskriver bl.a. helhetstenkning og bedre kommunikasjon og samhandling mellom ulike organisasjonsnivå og personellgrupper, både som ideal og metode for å løse problemer og styrke kvalitet i helsetjenesten.<sup>97</sup> Poenget mitt i denne sammenheng er at norsk helsetjeneste er en virkelighetskonstituerende del av norsk hverdag og inngår i multiplekse og formative diskurser i det offentlige rom. Diskurser som også kommende helsefagstudenter er en del av. Med andre ord, studentene som begynte på Felleskurset hadde sannsynligvis et opinionsdannet grunnlag for å slutte seg til St.meld. nr. 41's forslag om behov for kvalitetsforbedring, og vurdere forslaget om samarbeidslæring for å redusere profesjonskamp som et fornuftig tiltak. For noen rørte dette kanskje også ved selve grunnlaget for yrkesvalget. Sagt på en annen måte – Stortingsmeldingens forslag om samarbeidslæring syntes å samsvare med studentenes egen virkelighetsforståelse og fant klangbunn i de samme verdier og vurderinger som kanskje hadde motivert deres eget yrkesvalg.

I innledningen til dette kapitlet viser jeg til samarbeidsbegrepets flertydighet i historiene om Felleskurset. Men - på tvers av denne flertydigheten synes det alltid å bære med seg positive konnotasjoner, uansett aktørperspektiv. Dette gjør "samarbeid" til et potent redskap - en "overbevisende" endringsagent. Regjeringens valg av samarbeid som fokus og mål for sitt endringsprosjekt rettet mot helsepersonellutdanningene, må derfor kunne kalles en styringspolitisk inertier. Det kan ses som et eksempel på det Foucault kaller "gouvernementalité" eller "regjeringsmakt" - "styring av individer ved hjelp av deres egen sannhet" (Foucault 2002:94). Foucault ser i denne maktformen sammensmeltingen av to måter å lede på. Den ene viser til forholdet mellom individ og samfunn – borgerånd – hvor forutsetningene for maktutøvelse ligger i den enkelte borgers internalisering og videreføring av samfunnets normer og interesser. Den andre peker på forholdet mellom hyrden og flokken – hyrdemakt – hvor avhengighetsforholdet mellom hyrden og flokken hans er det essensielle.

---

<sup>96</sup> Eksempel på medias interesse for hendelser som kan oppfattes som kriselignende tilstander i helsetjenesten, presenteres i kapitlene 2.5 og 10, og i vedlegg 1.

<sup>97</sup> Se kapittel 2.4



Hyrden sikrer flokkens lydighet gjennom inngående kjennskap til den enkelte, og en måte å lede på som gjør at flokken følger naturlig med der han går (Foucault 2002:75-93, Neumann 2002:15-6, Neumann 2003:35-8). Plasserer vi Felleskurset inn i dette bildet fremstår studentene som samfunnsborgere - meningsdannende individer som har blitt vevd inn i samfunnets diskurser om helse, sykdom og helsetjeneste. Jeg ser dette som uttrykk for borgerånd. Som vist i kapitel 1.2, har Staten siden 1970-tallet villet lede norsk helsepersonellutdanning i en mer samordnet retning, men til kraftige protester fra de som skulle ledes. Det var først da samordningstema ble flyttet fra et utdanningspolitisk til et helsepolitisk diskursivt felt at helsepersonell og helsefagutdannere fulgte etter. Som kvalitetsforbedrende tiltak i helsetjenesten ble både samarbeid og samarbeidslæring meningsfullt. Jeg ser dette om et uttrykk for hyrdemakt.

I lys av det ovenfor stående er det mulig å forstå studentenes unisone tilslutning til forslaget om fellesundervisning for å lære å samarbeide i helsetjenesten, som uttrykk for regjeringsmakt. “Tanken bak” Felleskurset traff studentene med så overbevisende kraft fordi den fant resonans i deres egen oppfatning av samarbeid som positiv verdi og nødvendig forutsetning for kvalitet i helsetjenesten. Styrken i denne overbevisningen viste seg i en vedvarende insistering på at “tankene bak Felleskurset absolutt er viktige” uansett hvor elendig Felleskurset var og hvor liten nytte de hadde av det. Selv om de premissene regjeringen ga som begrunnelse for forslaget om fellesundervisning var dårlig underbygget, visste studentene intuitivt at ideen var god. At Felleskurset ikke fungerte etter hensikten – til tross for stadige forbedringer – beviste ikke at ideen var dårlig. Det var bare utdannerne og utdanningsinstitusjonene som måtte skjerpe seg.

### **Tvetydighetens janusansikt - oppsummerende refleksjoner**

Hvilket bilde har den meningsorienterte analyserammen gitt av Felleskursets tvetydigheter? Jeg ser to: Det ene diffust og skyggeaktig, det andre med kraftige konturer og sterke farger. Det ene synes å være malplassert, det andre bidrar til å forskjønne omgivelsene. Det ene er meningsløst, det andre meningsfullt. Førstnevnte bilde representerer Felleskursets praksis, det andre dets ideologi. I et meningsorientert perspektiv fremstår altså, slik jeg ser det, samarbeid som praksis som det mest diffuse, og samarbeid som ideologi som det mest konkrete. Sammenholdt med Geertz’ insistering på at antropologiske analyser må ta utgangspunkt i det sosiale, kan dette virke underlig. Men – når vi følger hans anvisning om å ta “the actors’ point of view” og fokusere på “the ‘said’ of speaking, ... that intentional exteriorization constitutive of the aim of discourse” (Geertz 1973:19), ser vi at studentene plasserer Felleskurset innenfor

to ulike diskurser eller forståelsesrammer. Den ene er den helsepolitiske, hvor samarbeidsbegrepet utvetydig konnoterer positivt. Der er det et forståelig ideal for kvalitetsfremmende arbeid i helsetjenesten som studentene kan identifisere seg med. For noen representerte det kanskje selve grunnlaget for yrkesvalget. I denne konteksten fremstår samarbeid som en konkret og meningsfull anvisning for kvalitetsfremmende helsearbeid og Felleskurset som et fornuftig læringstiltak for å oppnå det. Den andre forståelsesrammen er studentenes egne forventninger til den yrkesutdannelsen de har valgt, og hva som må læres for bli en god sykepleier, lege osv. Her virker samarbeidslæring med mål om å utvikle “felles grunnlag for å være helsearbeider” meningsløst - i hvert fall i første studiesemester. Skal vi ta fokusgruppedeltakerne på ordet finnes det dessuten ikke noe slikt felles grunnlag - uten pasienten. I den praktiske studiehverdagen brøt Felleskurset med forventningene om å kunne konsentrere seg om det faget de skulle studere. Dessuten konnoterte samarbeid i en flerfaglig kontekst at studentene skulle lære “tverrfaglig samarbeid”. Dette utløste en opplevelse av å mangle den mest grunnleggende faglige forutsetningen for å kunne delta konstruktivt i Felleskurset - og gjorde det enda mer meningsløst. *Vi var jo en gjeng studenter som nettopp var kommet inn på studiet. Tanken var jo at vi skulle unngå profesjonskamp – det var jo før vi hadde begynt...* (lege 08.06.05).

Geertz's meningsorienterte / hermeneutiske kulturbegrep har møtt kritikk, ikke minst på grunn av fraværet av maktanalyser. Geertz's elev Sherry Ortner er delvis enig i kritikken. Samtidig hevder hun at han gjennom sin tilnærming til kulturstudier via “the actor's point of view” og sin insistering på “thick descriptions” i studier og formidling av kulturkunnskap, tilnærmer seg makt på en alternativ måte, fordi disse perspektivene er “simply analytically deploying, ‘agency’ in a nonreductionistic way” (Ortner 1999:5). Jeg kan ikke dy meg for å sammenligne dette perspektivet med Foucaults regjeringsmakt i historien om studentene og Felleskurset. I Geertz' perspektiv blir de hovedaktører og subjekt i historien. I Foucaults fremstår de som objekter, styrt av ideologien i Stortingsmelding 41, men uten å vite det selv. Når studentene insisterte på Felleskursets nødvendighet og fortreffelighet – som tanke/ide - uttrykte de sin oppriktige mening. Denne la de til grunn i evalueringene, og prøvde å påvirke utdannerne til å endre Felleskursets praksis slik at den kunne bli mer meningsfull. Det skjedde aldri, til tross for at utdannerne kontinuerlig prøvde å endre kurset i tråd med studentenes evalueringer. I stedet opphørte Felleskurset – som praksis - å eksistere, mens “tanken bak” fortsatt lever. Er Felleskursets endelige uttrykk for feilslått regjeringsmakt eller potent student “agency”? Er det uttrykk for at ideen om samarbeidslæring er urealistisk som grunnlag for

utdanningspolitikk og mål for utdanningsopplegg, til tross for at den er potent nok til å styre studenters og utdanneres holdninger ved hjelp av deres egen sannhet? Eller er det uttrykk for at praksis, når det kommer til stykket viser seg å være ideologien overlegen, både på individ og institusjonsnivå? Uansett svar på disse spørsmålene får de ikke Felleskursets tvetydighet til å blekne, snarere tvert i mot. I forlengelsen av disse siste refleksjonene blir den kanskje enda tydeligere. Felleskurset som et tvetydig symbol kommer jeg tilbake til i avsnitt 5.6. Her vil jeg se litt mer på de to sidene av tvetydigheten, hver for seg. Først den tiljublete ideologien, deretter den frustrerende praksisen.

### **5.3 Felleskursets ide – kulturell symbolikk?**

Med utgangspunkt i Webers begrep og med referanse til Geertz' kulturforståelse nærmer Ortner seg symboler på følgende måte: "Geertz argued that 'culture' must be seen as 'webs of meaning' within which people live, meaning encoded in symbolic forms (language, artifacts, etiquette, rituals, calendars and so on) that must be understood through acts of interpretation analogous to the works of literary critics" (Ortner 1999:3). Grunnlaget for å se kultur som et nettverk av mening er altså symboler og tolkningen av disse. Symboler er ikke mystiske eller skjulte. De er der som språk, sosiale konvensjoner og materielle strukturer. Alt som danner grunnlag for og er en del av sosial samhandling kan fungere som symbol.

Direkte oversatt fra gresk betyr "symbol" kjennetegn – tegn som kan skape gjenkjennelse – noe som vi ut fra våre kulturelle koder kan knytte mening til. Det ytre tegnet på noe indre. Symbolets mening er ikke gitt. Den må søkes i samspillet mellom den konteksten symbolet opptrer i og den som danner grunnlag for dets tolkning. Cassirer kaller dette for symbolets muligheter, i motsetning til en reell, fastlagt mening, som han betegner "actuality".

The difference between actuality and possibility is not metaphysical but epistemological. It does not denote any character of the things in themselves; it applies only to our knowledge of things. ... We cannot think without images and we cannot intuit without concepts. ... Human knowledge is by its very nature symbolic knowledge. ... And for symbolic thoughts it is indispensable to make sharp distinctions between real and possible, between actual and ideal things. A symbol has no actual existence as a part of the physical world; it has "meaning" (Cassirer 1992:56-7).

"Symbol" er altså et epistemologisk begrep, knyttet til vår måte å forstå den verden vi lever i på. Det vil si at det på et eller annet nivå må tolkes for å kunne gi mening. Enten intuitivt og implisitt, slik det skjer i dagliglivets virkelighet når vi samhandler med hverandre. Eller analytisk, hvor det ikke bare dreier seg om mer eksplisitt tolkning, men også om å finne ut hva som gjelder som symboler og hvordan de kommer til uttrykk i ulike sosiale grupper. Symboler kan både være materielle og immaterielle. Det som betyr noe er at de tillegges

mening og er meningsskapende i og for sosialt liv. Behovet for tolkning knytter Cassirer også til symbolers iboende tvetydighet eller riktigere – flertydighet. De videre analysene i dette kapitlet har dette som utgangspunkt.

### **Oppsummerende og utdypende symboler<sup>98</sup>**

Oppsummerende symboler kondenserer mening, ofte på emosjonelt ladete måter, som for eksempel i forhold til nasjonalflagg og religiøse symboler. Slike symboler er kraftfulle i måten de engasjerer følelser og aktiviserer forpliktelse på. Oppsummerende symboler

... speak primarily to attitudes, to crystallization of commitment. And, in the mode of commitment, the thought/action distinction is not relevant. ... The point perhaps illuminates the generally sacred status of summarizing symbols, for they are speaking to a more diffuse mode of orientation in the actor, a broader context of attitude within which particular modes of thinking and acting are formulated (Ortner 1973:1342-3).

De utdypende eller utforskende symbolene virker i motsatt retning

... providing vehicles for sorting out complex and undifferentiated feelings and ideas, making them comprehensible to oneself, communicable to others, and translatable into orderly action. Elaborating symbols are accorded central status in the culture on their capacity to order experience; they are essentially analytic (ibid:1340).

De utforskende symbolene er meningsskapende gjennom sin stadige tilstedeværelse i kulturelle handlingsrepertoar og symbolsystem. Men det er ikke den synlige manifestasjonen som er avgjørende, slik det er med de summative symbolene. Kjennetegnet ved de utforskende symbolene er deres evne til å sortere og ordne opplevelser. I sosiale samhandlingssituasjoner bidrar de til å orientere oppmerksomhet mot kulturelle koder som gir grunnlag for å forstå hvilket virkelighetskonstituerende symbolsystem samhandlingen henter sin mening fra. Jeg kommer tilbake til de utforskende symbolene i analysen av feltmaterialet i kapittel 9. Her vil jeg se nærmere på hvordan reaksjonene på Felleskurset tar seg ut i lys det oppsummerende symbolperspektivet.

### **Felleskurset som oppsummerende og ”hellig” symbol**

Første gang jeg leste Ortners symbolartikkel hoppet jeg relativt fort over analysen av de oppsummerende symbolene. Jeg så ikke relevansen i forhold til prosjektet mitt. Nasjonalflagg og religiøse symboler var langt borte fra de virkelighetene jeg utforsket. Etter å ha bearbeidet materialet fra Felleskurset og ”studentenes” vurdering av det i ettertid, hentet jeg artikkelen frem igjen. Var det allikevel noe her som kunne gi de tilsynelatende sprikende oppfatningene og reaksjonene mening? Slik jeg nå ser det, åpner konseptet om oppsummerende symboler for

---

<sup>98</sup> Begrepene i overskriften er min oversettelse av Ortners begrep «summarizing» og «elaborating symbols».

tolkning og forståelse av den overbevisende ideologidimensjonen i Felleskursets tvetydighet. Selv om det kanskje er i overkant å snakke om ”samarbeid” som et hellig symbol, tror jeg allikevel det er dette tilsynelatende lett forståelige, men vanskelig gripbare begrepet som best kan samle Felleskursets motstridende følelser og reaksjoner, og transformere dem til entydig tilslutning til “tanken bak”. I all sin selvsagte ubegripelighet fungerer ”samarbeid” som et oppsummerende symbol, et begrep som skaper positive holdninger og ”maner til” forpliktelse. Ikke fordi det appellerer til analytiske overveielser og konkrete handlinger, men fordi det aktiviserer følelser som blander seg med helsetjenestens grunnleggende idealer og forpliktelser. Jeg ser klare likheter mellom Ortners oppsummerende symboler og Geertz’ ”hellige symboler”, slik han presenterer dem i sin artikkel om religion som kulturelt system.

As we are to deal with meaning, let us begin with a paradigm: viz., that sacred symbols function to synthesize a people’s ethos – the tone, charter, and quality of their life, its moral and aesthetic style and mood – and their world view – the picture they have of the way things in sheer actuality are, their most comprehensive ideas of order (Geertz 1973:89).

På et mer konkret og detaljert nivå beskriver han hvordan hellige symboler fungerer i religionen, som

(1) a system of symbols which acts to (2) establish powerful, pervasive, and long-lasting moods and motivations in man by (3) formulating conceptions of a general order of existence and (4) clothing these conceptions with such an aura of factuality that (5) the moods and motivations seem uniquely realistic (ibid:90).

Sammenholdt med disse kjennetegnene tar erfaringene fra Felleskurset seg omtrent slik ut: Ideen om samarbeidslæring synes å gå rett hjem hos studentene. Den overbeviste – sterkt og umiddelbart – og denne opplevelsen vedvarte. Selv etter at de hadde slaktet praksisen og avskrevet nytteverdien, holdt de fast ved oppfatningen om samarbeid som en viktig verdi i helsefaglig arbeid, og fellesundervisning som en fornuftig måte å ivareta denne verdien på. Det var som om studentene/helsepersonellet forholdt seg til ideologien om samarbeidslæring som ”sannere” enn den praksisen den skapte.

Ut fra mitt empiriske materiale er det meningsfullt og oppklarende å se på “samarbeid” som et oppsummerende symbol - et symbol som tilskriver Felleskurset en etisk verdi som gjør det vanskelig å avskrive, uansett praktisk læringsverdi. “Tanken bak” overbeviste, aktiviserte følelser og holdt troen på Felleskursets levende, uansett hvor meningsløs den praktiske utformingen opplevdes. Det er fristende å hente frem Tian Sørhaugs begrep “symbolsk kosmetikk”: ”Selv i sammenhenger hvor det er rimelig å si at det symbolske ‘bare’ fungerer som kosmetikk, er det viktig å huske på at kosmetikk virker minst like mye innover som utover” (Sørhaug 2003:48). Å se på samarbeidsbegrepets symboleffekt i forhold til

Felleskurset som kosmetikk, gir mening. Den hadde ikke innflytelse på praksis - verken opplevelsen av kurset eller læringseffekten av det. Allikevel var det denne symboleffekten som holdt liv i kurset gjennom alle de 9 årene det eksisterte. Det var nettopp på grunn av den "indremedisinske" virkningen av "den symbolske kosmetikken" at Felleskurset ble oppfattet som et redskap for bedre samarbeid i helsetjenesten for både studenter og utdannere. Men - hvorfor ble de gode tankene bak Felleskurset og tilslutningen til dem aldri mer enn kosmetikk?

#### **5.4 Felleskursets praksis – mellom symboler og grupper**

Jeg tar kosmetikkmetaforen<sup>99</sup> med litt videre for å se den i forhold til "dirt"-metaforen som via Douglas' analyser har gitt mening til begrepet "a matter out of place". Begge begrepene er brukt i analysene av Felleskurset. Førstnevnte på dets ideologi, sistnevnte på dens praksis. I lys av innsiktene fra forrige avsnitt kan det være fristende å spørre: hvilken type urenheter er det den symbolske kosmetikken skjuler? Er det mulig å få bedre forståelse for hva som hindrer at praksis forenes med sin ideologi? Det er dette jeg vil undersøke i fortsettelsen.

#### **Kulturelle nettverk og sosiale grupper**

På en av de første sidene i boken *Purity and Danger. An analysis of the concepts of pollution and taboo* presenterer Douglas sin symbolantropologiske tilnærming gjennom de tre ordene *separasjon, klassifisering og renselse* (Douglas 1996a:vii). *Separasjon* er knyttet til symbolenes kulturelle og handlingsorienterende funksjon i forhold til gruppeidentifikasjon. *Klassifisering* handler om den rollen symboler spiller i et samfunns sosiale organisasjon. Hvordan de bidrar til å avgrense og hierarkisere verdier og posisjoner og derigjennom skape "cultural bias". *Renselse* henger sammen med klassifisering, ved at symboler som ikke passer inn i samfunnets aksepterte kategorier vurderes som "matter out of place" og defineres som forurensede. I analysene vil jeg benytte en den krysskoblingen som Douglas selv gjør mellom kulturell bias og gruppeidentifikasjon i analysemodellen "grid – group".

Ideologien om fellesundervisning tok utgangspunkt i en forståelse av helsepersonell som atskilte profesjonsgrupper med egne interesser å ivareta og derfor manglende evne til å se helhet i det helsefaglige arbeidet. En forståelse studentene tilsynelatende delte og ville bidra til å gjøre noe med. Hvordan kan det da ha seg at "fremmedlegeme" er det begrepet jeg syns

---

<sup>99</sup> Begrepene "symbol" og "metafor" har begge med tolkning og meningsskapning å gjøre. Mens symbol har direkte referanse til det sosiale som kontekstskapende grunnlag for mening, spiller metaforen på et dobbelt sett av kontekster. Det vil si at dens potensial som meningskaper ligger i at den ved å hente sin bokstavelige mening i en kontekst kan skape ny mening ved å plasseres i en ny.

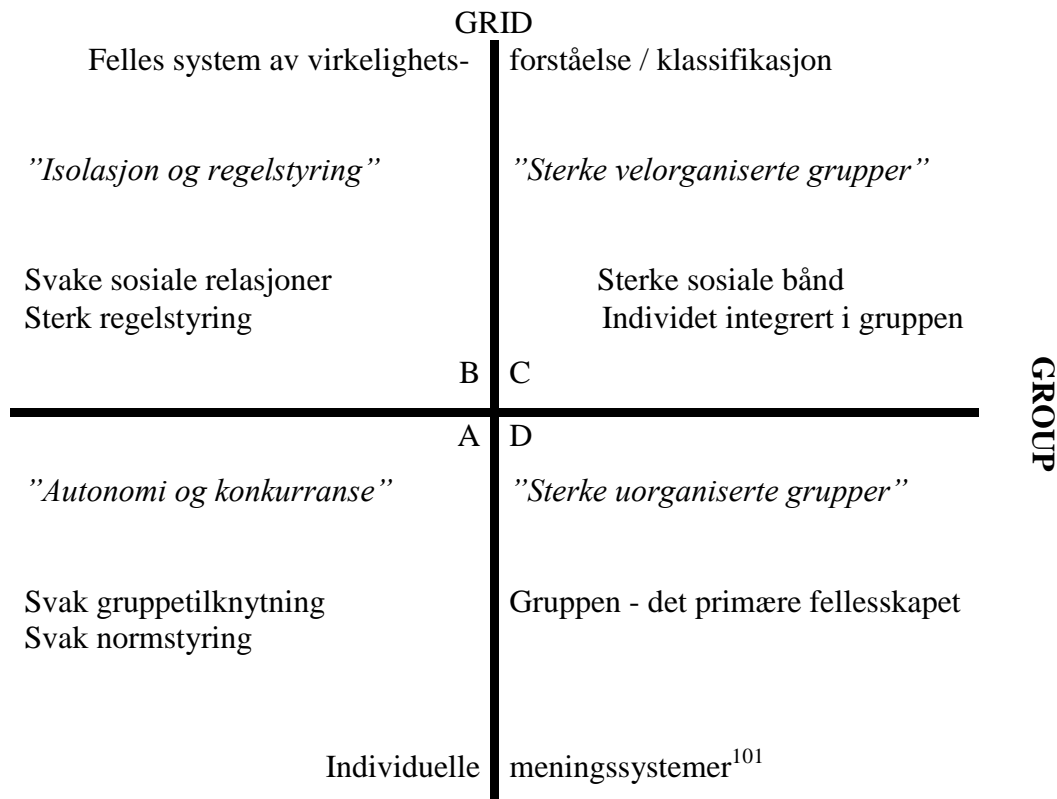
opsummerer studentenes tilbakemeldinger om Felleskurset som praksis, best? Vi vet at den doble gruppetilhørigheten – kullet på egen utdanning og Felleskursets basisgruppe - var en kilde til frustrasjon. Er det dette som reflekteres i evalueringene? I Douglas' grid-group-modell – trekkes gruppeperspektivet eksplisitt med i analysene av samspillet mellom symbolske former og sosial organisering (Douglas 1979, 1996b, 2003). Jeg benytter hennes modell til å undersøke gruppeforholdene i Felleskurset nærmere.

### **Douglas' grid-group-modell**

Modellen er et enkelt koordinatsystem for analyse av individets valgmuligheter i sosiokulturelle kontekster. Den vertikale akse representerer "order, classification, the symbolic system"(Douglas 1996b:58). Det vil si symboldannende og -dannende praksiser som kan oppfattes synonymt med begrepet "cultural bias". Denne dimensjonen kaller Douglas "grid".<sup>100</sup> "As a dimension, it shows a progressive change in the mode of control" (Douglas 1979:8). Griddimensjonen viser altså til det nettverk av meningsstrukturer som former individets virkelighetsverden - språk, verdier, normer, statushierarki, handlingsregler osv. Jo høyere på grid akse, jo tettere kulturell strukturtetthet og sterkere kontroll. Det vil si at individets handlingsrom begrenses, med liten valgmulighet når det gjelder interaksjon mellom individer. Den horisontale akse representerer sosiale grupper – "the ... pressure, the experience of having no option but consent to the overwhelming demands of other people" (Douglas 1996b:58). Gruppedimensjonen skal altså fange opp styrken i sosial organisering. "The group itself is defined in terms of the claims it makes over its constituent members, the boundary it draws around them, the rights it confers on them to use in its name and other protections, and the levies and constraints it applies" (ibid:7-8). Jo lenger til høyre på gruppeaksen, jo sterkere er gruppeorganiseringen, med klarere grenser mot andre grupper.

---

<sup>100</sup> Betegnelsen "grid" henleder oppmerksomheten på "the cross-hatch of rules to which individuals are subject in their course of interaction" (Douglas 1979:8).



Modellen er dynamisk og egnet til å undersøke “the kind of use to which people put their symbols in everyday life, as regulators or as channels of power” (Douglas 1996b:11). Den fokuserer på sammenheng mellom symbolbruk og sosial organisering. “It is a method of identifying cultural bias, of finding an array of beliefs locked together into relational patterns” (Douglas 1979:14). Modellen er altså et redskap for å analysere hvordan individet beveger seg, forhandler og handler innenfor kulturelle meningssystem.

Den åpner for ulike kombinasjoner av grid- og groupdimensjoner. Sosiale kontekster som ligger høyt på grid-aksen og langt til høyre på group-aksen, indikerer sterk regelstyring og sterk gruppeorganisering. Det vil si velorganiserte grupper med felles virkelighetsforståelse (kvadrant C). Er både grid og group dimensjonene svake, indikerer det liten organisering og stor frihet for individet - kontekster preget av stor grad av individuell autonomi, der individet er ”sin egen lykkes smed” (kvadrant A). Sterk grid- kombinert med lav group-faktor indikerer sterk styring av individet – isolasjon og regelstyring (kvadrant B). Svak grid- kombinert med sterk gruppe-dimensjon indikerer tydelige gruppegrensar med sterk kontroll utad, men liten styring og organisering innad (kvadrant D). I kapittel 9 vil jeg bruke modellen i analysen av

---

<sup>101</sup> Jeg har laget presentasjonen på grunnlag av Douglas’ beskrivelser og skisser (Douglas 1979, 1996b, 2003)



materialet fra helsetjenesten. Her prøver jeg den på Felleskursets praksis, for om mulig å skjønne mer av den sterke kritikken til studentene.

### **Felleskurset i grid-group-perspektiv**

På symbolplan kan reaksjonene på Felleskurset forstås som et sammenstøt mellom forventninger og virkelighet. Da de startet på universitetet/høgskolen hadde studentene forventninger om å få konsentrere seg om det studiet de hadde valgt. Dette ble forpurret av Felleskurset som tvang dem til å jobbe med andre tema enn det de umiddelbart forbandt med studiet sitt. Siden kursets fokus var på samarbeid i helsetjenesten antok studentene at det ble forventet av dem å agere som utøvere av det faget de nettopp hadde begynt å studere. Men - egentlig forsto de ikke hva som var hensikten med kurset, selv om den var beskrevet i kursheftet med relativt stor grundighet. Studentenes forventninger kan som vi har sett, tas som uttrykk for kulturelle verdier - forestillinger formet gjennom livet og forventninger om fremtidig yrkesutøvelse. Disse forestillingene overskygget den grundige beskrivelsen av hensikten med kurset. Heller ikke målbeskrivelsen om å utvikle en grunnleggende felles forståelse for helsearbeid *før* egen fagidentitet ble utviklet - som burde blokkere en hver forestilling om å agere som representanter for egne fag<sup>102</sup> - nådde frem til studentenes bevissthet. Samtidig etterspurte de hele tiden klarere regler for gruppearbeid, oppgaveskriving, oppgavevurdering, seminarer osv. De ønsket med andre ord enda mer kontroll. På bakgrunn av dette plasserer jeg studentenes "cultural bias" i Felleskurskontekst høyt på grid-aksen.

Når det gjelder gruppedimensjonen er bildet mer sammensatt. Her ble studentenes forestillinger om kontakt og kullfølelse med studenter på egen utdanning forstyrret av Felleskursets krav om deltakelse i basisgrupper med studenter fra andre studier. For å få godkjent kurset måtte de bruke mye tid på oppgaver og prosjektarbeid i basisgruppen. Samtidig var det gruppearbeidet som fikk den beste tilbakemeldingen, både i evalueringene av Felleskurset og i fokusgruppediskusjonene. Det å bli kjent med og ha kontakt med studenter fra andre utdanninger, hadde en klar sosial verdi. Dessuten bidro det til å svekke mytene om hverandres yrkesgrupper.

Under Felleskursets gang, derimot, virket basisgruppearbeidet som et forstyrrende tvangselement i forhold til det de egentlig ville studere. Det var hovedsakelig i ettertid de så

---

<sup>102</sup> Som vist i kapittel 4 var det relativt heftig diskusjon i fokusgruppene om dette poenget.

den sosiale gevinsten. Derfor - hvis vi forholder oss til Felleskurset som sosial situasjon, er det vanskelig å snakke om sterk gruppetilnytning, snarere tvert i mot. Det er heller slik at gruppearbeidet fremtår som en sterkt regulerende norm, med stor påvirkning på studentenes valgmuligheter. Det var et eksternt krav - vokst ut av Felleskursets organisering, intensjon om tverrfaglighet og godkjenningsordning - som hindret studentene å prioritere kullet som sosialt fellesskap. Knyttet opp mot studentenes generelt manglende forståelse for hensikten med Felleskurset, er det lett å se hvordan dette bidro til å undergrave meningen med kurset i studentenes øyne. Hvis vi plasserer disse erkjennelsene i grid-group-modellen fremstår studentene som isolerte individer underlagt sterk regelstyring – individet alene mellom sosiale grupper, styrt av ytre maktmekanismer. Dette kan virke ulogisk all den stund det faktisk var interaksjon mellom studentene. Poenget er at denne opplevdes påtvunget og som hinder for å utvikle kontakt med den gruppen de *egentlig* følte de hørte til. Jeg vil med andre ord plassere studentene på Felleskurset i modellens B-kvadrant hvor ”regelstyring og isolasjon” er stikkord.

Hvilke innsikter løftes frem gjennom grid-group-modellens kombinasjon av symbolske systemer og gruppetilhørighet? Kanskje ikke så veldig mye nytt, men noe blir mer skarpstilt, bl.a. det tvetydige gruppeforholdet. Ved å se basisgruppearbeidet som en del av regelstyringen skjønner vi at Felleskurset kunne gi studentene en følelse av manglende reell gruppetilknytning i det første semesteret på studiet. Med andre ord, grid-group-modellen får oss til å se at studentenes negative vurdering av Felleskurset *kan* knyttes til en opplevelse av å flyte mellom grupper, ikke egentlig høre hjemme noen steder. Intensjonen fra tilretteleggerens side var at Felleskurset skulle bli en integrert del av de enkelte fagspesifikke studiene. Slik ble det aldri, verken for studenter etter utdannere. I stedet bidro basisgruppens “påtvungne” arbeidsfellesskap - nødvendig for å få godkjent kurset – til at studentene følte seg som en slags “matter out of place” i forhold til egen utdanning i den tiden Felleskurset pågikk. Jeg har brukt dette begrepet for å vise hvordan Felleskurset kan oppfattes som en dobbel form for fremmedgjøring. Et fremmedlegeme i forhold til den fagspesifikke delen av utdanningen - som bidro til å gjøre studentene fremmed i sin egen utdanning.

Egentlig er ikke dette så underlig. Felleskurset representerte noe nytt og fremmed i måten å utdanne helsepersonell på. Hvilket også var intensjonen. Det utfordret den faglig-pedagogiske

tenkningen på alle de involverte utdanningene.<sup>103</sup> Frustrasjonen og handlingslammelsen i planleggingsgruppen kan tolkes som uttrykk for dette.<sup>104</sup> Dermed er vi vel tilbake til start? Fordommene og motstanden mange hadde, ble bekreftet og Felleskurset døde hen. Nei – ikke helt. Jeg håper analysene i dette kapitlet har bidratt til noe bedre innsikt, både i den entydige tilslutningen til Felleskursets ideologi og den unisone slakten av dets praksis. Men - hva med selve tvetydigheten? I det siste avsnittet vil jeg plassere den i det symbolantropologiske perspektivet for å finne ut hvordan Felleskurset kan forstås som et tvetydig fenomen.

## **5.5 Felleskurset som et tvetydig symbol?**

Svaret på problemstillingens spørsmål: *Hvordan bidro felleskurset i Tromsø til utvikling av samarbeidskompetanse?* - var entydig. Ellers går det en konsekvent tvetydighetens skillelinje mellom kursets ideologi og praksis. Begrepet “tvetydig” er et analytisk begrep som viser til at et fenomen kan forstås på flere måter.<sup>105</sup> Dette gir assosiasjoner til symbolbegrepets implisitte flertydighet. En sammenstilling av de to begrepene kan derfor oppfattes, enten som smør på flesk eller som en begrensning. Når jeg allikevel har valgt å gjøre det, er det for å utfordre til en mer “helhetlig” vurdering av Felleskursets tvetydighet. I dette paradokset ligger ønsket om utforske Felleskurset (1992–2000) som et tvetydig fenomen der tvetydigheten ligger som en iboende mulighet i dets grunnleggende struktur. Det betyr at jeg må søke symbolantropologiske perspektiv som spesifikt fokuserer på fenomener som kan oppfattes som tvetydige. Jeg finner dem hos Turner og Ortner. I Turners analyser av liminalitet<sup>106</sup> i overgangsritualer (Turner 1970) og Ortners analyse av kvinnen som et tvetydig kulturelt symbol (Ortner 2002). Jeg starter med Turners tilnærming. Men før jeg går inn i analysene av Felleskurset ser jeg litt nærmere på perspektivet hans.

### **Symbol og prosess**

Victor Turner er opptatt av symbolers flertydighet eller deres multivokalitet.<sup>107</sup> Han forstår kulturelle symboler som ”an aggregate transmitted from generation to generation by precept, teaching and example” (Turner 1997:18). Det var gjennom sitt feltarbeid hos Ndembu folket i

---

<sup>103</sup> Det viste seg bl.a. i motstanden mot å bruke problembasert læring, se kapitel 3.2

<sup>104</sup> Beskrevet i kapitel 3.6.

<sup>105</sup> Den eldste definisjonen av ”tvetydighet” kan spores tilbake til den stoiske filosofien 300 f.Kr. Definisjonen har en rent språklig referanse og sier at ”one and the same linguistic item can mean or signify two or more different things” (Atherton 2008:1).

<sup>106</sup> Egentlig er dette van Genneps begrep som Turner har benyttet og videreutviklet i sine studier av rituelle prosesser, spesielt initieringsritualer i Afrikanske stammesamfunn, og kulturelle uttrykksformer i moderne samfunn.

<sup>107</sup> Forståelsen av symbol som noe flertydig knytter Turner selv til påvirkningen fra Freud.

Zambia at karrieren som symbolantropolog startet og ble retningsgivende for hans forskningsstrategiske/-metodiske orientering.

I had entered the field as an orthodox British structural-functionalist, motivated by my mentors<sup>108</sup> to collect data on social and political organization. But the genius of the culture gently nudged me toward the description and analysis of ritual behaviour. ... I was immediately confronted with the difficulty that many of the hundreds, even thousands of distinguishable symbolic objects and actions I found in many ritual performances seemed on the face of it to have little, if anything, directly to do with components of social structure as defined above (ibid:3).

Det høres kanskje pretensiøst ut, men jeg føler et snev av gjenkjennelse i denne historien til Turner. Som beskrevet tidligere opplevde jeg selv å komme ut i feltet med forforståelse og hypoteser, som ikke passet med det jeg fant der. Funnene jeg gjorde trengte andre analytiske perspektiv enn de prosjektbeskrivelsen viste til. Det direkte svaret på problemstillingens spørsmål om Felleskurset ble ikke det mest interessante å analysere - men tvetydigheten. Den pirret nysgjerrigheten mer og hadde større analytisk potensial enn teoretiske dypdykk i Felleskursets manglende "effekt".

Tilbake til Turner. I prologen til artikkelsamlingen *Blazing the Trail*. skisserer Edith Turner<sup>109</sup> deler av Turners vandring som antropolog. "From structuralist to mystic to symbologist to liminality theorist to political anthropologist" (E. Turner 1997:ix<sup>110</sup>). I denne avhandlingen er det Turner som "liminality theorist" jeg primært henvender meg til, men også til hans forståelse av menneskelig samhandling som prosess. "I would like to stress as strongly as I can that I consider this processual approach decisive as a guide to the understanding of human social behavior" (Turner 1996:37). Med prosessuelt menes at sosialt liv må ses i tidsperspektiv "human social life is the producer and product of time" (ibid:23). I tråd med dette er Turner opptatt av den dynamikken som menneskelig virkelighet representerer. "The social world is a world in becoming, not a world in being" (ibid:24).<sup>111</sup> Det finnes ikke noe slikt som statisk handling.

---

<sup>108</sup> Senere i avsnittet refererer Turner til Durkheim, Radcliffe-Brown og Malinowski som sine læremestre.

<sup>109</sup> Antropolog med ritualer, religion og bevissthet som interessefelt. Hun var gift med Victor Turner i 40 år.

<sup>110</sup> Siden er ikke nummerert, men kommer foran side x.

<sup>111</sup> Vektleggingen av prosessperspektivet kan ses i sammenheng med Turners interesse for ritualer, men han er også opptatt av at det skal kunne brukes analytisk på alle sosiale hendelser av betydning for samfunnets utvikling. Retrospektivt kan man se hvordan hendelsene følger et tidsmessig mønster – en rekkefølge av fire sekvenser med spesielle kjennetegn. *Den første* er preget av at uenighet mellom en gruppe og resten av samfunnet, eller mellom ulike grupper, som på en eller annen måte utfordrer samfunnets verdier og regler. *Den andre fasen* er kritisk fordi den representerer et vippepunkt der krisen enten kan eskalere eller roe seg. I *den tredje* - reparasjonsfasen - settes det i gang tiltak for å minske virkningene av krisen. *Den fjerde fasen* markerer enten gjenoppretting med integrasjon av "utbryterne", eller erkjennelse av at skaden er for stor til å gjenopprettes og at det må bli en eller annen form for brudd med "utbryterne" (Turner 1996:37-43).

## ”Betwixt and Between”

Overgangsritualer markerer overgangen fra en tilstand til en annen i individets eller samfunnets liv. Ritualene forbindes kanskje først og fremst med småskala samfunn i andre deler av verden, men finnes også i dagens Norge i form av konfirmasjon, giftermål, Stortingsvalg, akademisk seremoniell osv. Med referanse til van Gennep beskriver Turner et overgangsritual som tre påfølgende sekvenser: Den første markerer oppbrudd fra en sosiokulturell tilstand eller posisjon. Andre fase - den liminale – er i grenseland mellom det som var og det som skal bli. Siste fase betegner reetablering av en ny status for individet eller en ny sosial orden i samfunnet (1970:93-7). Det er spesielt den liminale perioden som er interessant for analysene av Felleskurset. Denne midt-i-mellom-perioden som verken er det som var eller det som kommer, som både er avgrensende og grensesprengende. Et kjennetegn ved denne mellomperioden er fravær av forskjellsskapende strukturer. Derfor bruker Turner begrepene “anti-struktur” og “communitas”, både som betegnelse og karakteristikum på liminaliteten (Turner 1996:45-53).

Turners analyser av liminalitet er basert på empiri fra initieringsritualer i Ndembusamfunnet. Intensjonen med ritualene er å gjøre barn - spesielt gutter - til kompetente samfunnsborgere som kan videreføre kulturelle koder og sosiale normer. Liminalitetsperioden kan med andre ord ses på som ”utdanning” der novisene<sup>112</sup> skal formes som samfunnsborgere og kulturbærere. For novisene selv betyr liminalitet å bli et slags ”ikke-individ” fordi kategoriene ”ikke-gutt-ikke-mann” eller ”både-gutt-og-mann” ikke fins i samfunnets klassifiseringssystem. Det vil si at de slutter å eksistere som sosial realitet når det som differensierer forsvinner og alle fremstår som like; “a kind of human *prima materia*<sup>113</sup> - as undifferentiated raw material” (Turner 1970:98).<sup>114</sup> Gjennom begrepene ”strukturell usynlighet”, ”tvetydighet” og ”nøytralitet” oppsummerer Turner det han vurderer som liminalitetens negative karakteristika. På den positive siden plasserer han ”processes of growth, transformation and the reformulation of old elements in new patterns” (ibid:99) - og de sosiale fellesskapene som etableres i dette grenselandet. Disse er på den ene siden preget av autoritets- og lydighetsforhold mellom instruktørene/de eldre og novisene, på den andre siden av fullstendig likeverd mellom novisene, som er strippet for alle sosiale

---

<sup>112</sup> Turner bruker ”novise” på overgangsritualets subjekter. Dette er et begrep som også brukes for å beskrive en tidlig fase i utviklingen av profesjonell yrkesutøvelse (Benner 1984, Dreyfus and Dreyfus 1986).

<sup>113</sup> Turners utheving

<sup>114</sup> I Douglas’ perspektiv kan novisene oppfattes som ”a matter out of place” med forurensende potensial.

differensieringsattributter. ”The liminal group is a community or comity of comrades and not a structure of hierarchically arrayed positions” (ibid:100) og ”all are supposed to be linked with special ties which persists after the rites are over, even into old age” (ibid:101). I neste avsnitt vil jeg undersøke hvor vidt det er grunnlag for å forstå Felleskurset 1992 – 2000 som et liminalitetsfenomen i de helsefaglige grunnutdanningene. Jeg vil nærme meg det fra to kanter, først fra individperspektiv, så fra samfunnsperspektiv – benevnt som ”mulighetsbetingelse”.

### **Felleskurset – et liminalt fenomen?**

Overskriftens spørsmål prøver jeg å svare på ut fra fire synsvinkler: Felleskurset som 1) ”matter out of place” i utdanningsløpet, 2) og et ”nødvendig onde”, 3) der studentene opplevde seg som uformet profesjonsmateriale, 4) men hvor de også knytter bånd til medstudenter på tvers av utdanningsgrenser.

#### Felleskurset som del av utdanningene – og – som “matter out of place” i utdanningsløpet

Felleskurset var fra tilretteleggerens side ment å være en integrert del av den enkelte profesjonsutdanning. Som vi har sett opplevde ikke studentene det slik. Allerede i evalueringen av den første gjennomføringen konkluderer de med at ” For mange ble det veldig mye ’ekstra-arbeid’ som man syntes gikk ut over det ’virkelig faglige’” (Studentenes evalueringsrapport høsten 1992). I fokusgruppene kom det frem i utsagn som *Vi var utålmodige etter å begynne med faget vårt, lære om det vi skulle ha på utdanninga* (fysioterapeut 20.06.05). I disse ytringene fremstår Felleskurset ikke bare som noe annet enn den profesjonsutdanningen de var begynt på, det fremstilles som en motsats til faglighet i det store og hele. Eller enda verre - det ble oppfattet som et hinder for å kunne jobbe med det de egentlig skulle – studere eget fag. I et sosialt perspektiv ses Felleskurset som hinder for å etablere kontakt med studentkullet på egen utdanning. *Og så tror jeg at man hadde veldig behov for å bruke tid sammen med kullet sitt, og det som skjedde innad i klassen. Jeg tror at mange følte at felleskurset tok en del tid som vi hadde behov for skulle gå til andre ting* (fysioterapeut 17.11.05). En tredje type utsagn som styrker oppfatningen av Felleskurset som et grensefenomen i profesjonsutdanningene er etterlysning etter mål og mening med kurset. *Så veldig mange satt med spørsmålet: Hvorfor gjør vi dette?* (lege 05.09.05)

I tillegg vil jeg nevne to andre forhold som underbygger Felleskursets liminale karakter. De tar fatt i den negativiteten som studenter og fokusgruppedeltakere mente omga kurset.

Ragnhild Nilsen, som har studert flere sider av fellesundervisning i Tromsø (Nilsen 2003,

2004) viser i en artikkel om veiledning til en merkbar motstand fra noen av de involverte veiledernes side, spesielt fra de på universitetet. De skjønnte ikke hensikten med Felleskurset. I ingressen til artikkelen står det: ”En dyptgripende faglig uenighet fikk lov til å prege gjennomføringen av kurset. En uenighet som ikke bare var knyttet til kursets arbeidsmetoder, tema og læringsmål, men også til *Felleskurs første studieårs*<sup>115</sup> berettigelse” (Nilsen 2004:1). Det andre forholdet møtte vi i intervjuet med ergoterapeuten i kapitel 3.2, *samarbeid får du ikke når du melder deg ut av en gruppe, sånn som noen gjorde på felleskurset*. Hun refererer her til at sykepleierutdanningen søkte og fikk dispensasjon fra å være med på Felleskurset i 1999 og 2000. Dette viser at verken utdanningsledelsen som søkte om dispensasjon, eller styret ved Avdeling for helsefag på HiTø, som innvilget den, *egentlig* vurderte Felleskurset som en nødvendig del av sykepleierstudiet. Samlet gir dette et inntrykk av Felleskurset, *både* som en nødvendig og unødvendig del av den enkelte profesjonsutdanning. Gjennom sin blotte eksistens og ressursene som ble brukt på det fremstår Felleskurset som et viktig utdanningstiltak, *mens* studentene opplevde det som meningsløst i forhold til egen utdanning.

#### Felleskurset som et “nødvendig onde”

Når jeg har valgt ”nødvendig onde” som det andre ankerfestet for argumentasjonen om Felleskursets laminale karakter, refererer det til kursets status som obligatorisk del av de utdanningene som deltok. Den enkelte student måtte ha en formell godkjenning av kurset.<sup>116</sup> Det er i dette perspektivet jeg leser følgende utsagn fra fokusgruppedeltakere: *Det var mye negativt rundt felleskurset. I den grad jeg har tenkt på det, så er det nok først og fremst på grunn av at det følte som vi ble tvunget gjennom det* (sykepleier 05.09.05). I negativiteten og frustrasjonen ser jeg studenter klemt mellom formelle krav til godkjenning og opplevelse av manglende læringsutbytte av det de skal ha godkjent. Studenter i grenseland mellom det meningsløse og det meningsfulle. De tvinges til å prioritere et ”meningsløst Felleskurs” for å kunne fortsette med en ”meningsfull yrkesutdanning”.

#### Felleskursstudentene – et uformet profesjonsmateriale

Felleskurset kan altså forstås som et utdanningsmessig ”betwixt and between” fenomen i de helsefaglige utdanningene. I dette og neste avsnitt vil jeg underbygge liminalitetstrekkene ved å se på ”det udifferensierte råmaterialet”. En gjenganger i alle fokusgruppesamtalene var Felleskursets altfor tidlige plassering i studieforløpet: *For der satt vi, jeg tror vi var åtte*

---

<sup>115</sup> Nilsens utheving

<sup>116</sup> Godkjenningen ble basert på deltakelse i basisgrupper og seminar, og gjennomført og fremlagt prosjektarbeid (kursheftet 1992:14).

*stykker eller noe sånt, som ikke hadde noen slags identitet i forhold til det faget vi hadde begynt på, og du kunne egentlig ha satt sammen hvilken som helst gruppe, tenker jeg, og hatt et OK fellesskap, og klart å nå de samme målene – ikke meg som sykepleierstudent eller fysioterapistudent og legestudent (sykepleier 17.11.05). En har jo ikke den profesjonsidentiteten helt fra begynnelsen av, alt er bare nytt, alt er forvirrende, alle er like grønne (bioingeniør 05.09.05). Det var så tidlig i utdanningen at jeg visste ikke en gang om jeg skulle fortsette på det jeg hadde begynt på (sykepleier 05.09.05). I Felleskurs-sammenheng opplevde studentene seg som en identitetsløs studentmasse. Men - selv om de i begynnelsen av studiet var like grønne i forhold til egen utdanning også, var det en forskjell som gjorde en forskjell: På egen utdanning var de bioingeniør- og sykepleierstudenter - og kunne føle seg som det. Og - de opplevde samsvar mellom denne identiteten og det som foregikk i studiet. På Felleskurset opplevde de fagidentiteten som en mangel, ut fra egne forestillinger om hva som ble forventet av dem i et kurs med fokus på tverrfaglig samarbeid.<sup>117</sup> Her ligger en av spirene til Fellekursets tvetydige etos.*

#### Felleskursets fellesskap

Det mest positive som ble sagt om Felleskurset var relatert til møtet med medstudenter på tvers av utdanningene. I studentenes evalueringsrapport fra 1992 sies det slik: ”Det mest positive med kurset var det sosiale aspektet. Det vil, si at vi ble godt kjent med studenter fra andre utdanninger.” Retrospektivt hørtes det slik ut: *Når jeg traff de jeg hadde vært i basisgruppe med, tenkte jeg at det er nå en ting jeg har med meg fra det der, det er lettere å ta kontakt når du har sett det mennesket før* (sykepleier 20.06.05). Turner vurderer også det sosiale forholdet mellom novisene som et av de positive aspektene ved liminalitetsperioden. Han bruker begreper som ”community”, ”comity of comrades” og ”comradship”, og fremhever novisenes opplevelse av likeverd og etablering av vennskapsforhold som varer gjennom livet, og som ”enables a man to claim privileges of hospitality of a far-reaching kind” (Turner 1970:101).

Sammenstilt med Turners beskrivelse av det som kjennetegner den liminale perioden i overgangsritualer, gir empirien i dette prosjektet grunnlag for å forstå Felleskurset som et utdanningsopplegg med klare liminale trekk. Det vil si at det kan betraktes som en prosess som i sin utforming, plassering og funksjon bærer tvetydighetens både-og og verken-eller i seg. Med andre ord, Felleskurset 1992 – 2000 kan sies å ha en iboende tvetydighet som gjør at

---

<sup>117</sup> Se kapitel 4.5 og 4.7.



det kan karakteriseres som et tvetydig symbol. Kan denne innsikten bidra til å se nye potensial i fellundervisning for helsepersonell?

### **Fra mislykket intermesso til nyorienterende mulighetssituasjon?**

Manglende sammenheng mellom ideologi og praksis ble Felleskursets “varemerke”.

Manglende samspill mellom fellesundervisning og fagspesifikk utdanning ble et gjennomgangstema i Felleskursets empiri og en viktig grunn til at ideologiens intensjoner aldri ble realisert. Analytisk fremstår kurset som et fremmedelement i de fagspesifikke utdanningene, noe som bidrar til å opprettholde dets tvetydige karakter - grunnlaget for å se det som et symbol - som må finne sin mening i det kontekstuelle. Som symbol potenseres Felleskurset. Det vil si at det kan representere mulighetssituasjoner, avhengig av hvilken kontekst det settes inn i. Innebærer dette også nye muligheter for å skape meningsfullt samspill mellom Felleskursets ideologi og praksis?

Ortner byr på et spennende perspektiv i artikkelen ”Is Female to Male as Nature Is to Culture?” (2002). Utgangspunktet for analysene er det som synes å være et globalt fenomen: kvinners underordnede stilling i samfunnet. Den analytiske rammen er den kulturskapte distinksjonen mellom ”natur” og ”kultur”. Ut fra denne vurderes kvinnen å være nærmere naturen på grunn av sin ”kroppsbestemte” rolle i reproduksjon og oppfostring av barn. Men sistnevnte gir henne også en sentral rolle som kulturbærende ”reprodusent” av samfunnet. Dette plasserer kvinnen i en mellomposisjon mellom natur og kultur, og som en formidler mellom de to sfærene. Ortner betegner denne posisjonen som ”symbolsk tvetydighet”.<sup>118</sup>

And if it is read as an *ambiguous*<sup>119</sup> status between culture and nature, it may help account for the fact that, in specific cultural ideologies and symbolizations, women can occasionally be aligned with culture, and in any event is often assigned polarized and contradictory meanings within a single symbolic system. Middle status, mediating functions, ambiguous meanings – all are different readings, for different contextual purposes, of women’s being seen as an intermediate between nature and culture (Ortner 2002:41).

Fordi kvinnens posisjon kan forstås som symbolsk tvetydig, representerer den muligheter gjennom sin ”mediating function”. Den kan ha ”some sort of syntesizing or converting function” (Ortner 2002:38). I dette ligger det brobyggende og transformerende potensialer. Hvilken relevans har dette for det som foregikk i helsepersonellutdanningene i Tromsø (1992 – 2000)? Analysene i dette kapitlet viser at det er grunnlag for å se Felleskurset som et tvetydig symbol. Ortners perspektiv kan tas som støtte til en slik forståelse og inspirasjon til å

---

<sup>118</sup> ”symbolic ambiguity” (Ortner 2002:39).

<sup>119</sup> Ortners utheving

bruke den. Hvordan kan erkjennelsen av en tvetydighet som tilslutt bidro til nedlegging inspirere? Ortners analyser åpner for å utforske hvilke potensial som ligger i Felleskursets tvetydighet. Hvilke muligheter gir den for brobygning mellom dets ideologi og praksis, og mellom kurset og de fagspesifikke delene av utdanningene? Hvordan kan ideologiens sterke overbevisning transformeres til stimulerende samarbeidslæring? Dette må utdannere som kjenner fag, pedagogikk og kvalifiseringsmål, og studenter som kjenner sine forventninger og ambisjoner i forhold til studium, fag og yrke, sammen finne ut av. Jeg håper denne avhandlingen kan bidra med noen innsikter som kan støtte et slikt arbeid.

Rammes Felleskurset inn av Turners prosessperspektiv<sup>120</sup> på den ene siden, og liminalitetsperspektivet på den andre, får vi to forskjellige bilder. I rammen av førstnevnte ses bildet av et "håpløst" utdanningsprosjekt som forvitret på grunn av at ideologien aldri nådde frem til praksis. Fortellingen er her omtrent slik: Etableringen av Felleskurset utfordret gjeldene praksis i helsefagutdanningene i Tromsø (fase 1). Det utløste en nesten-krise i planleggingsgruppen, som så vidt ble avverget ved å endre måte å jobbe sammen på, slik at kurset kunne komme i gang (fase 2). Alle de 9 årene kurset eksisterte kan ses som en eneste lang "reparasjonsfase" (fase 3), men det førte ikke til noen nyorientering av helsefagutdanningene. Felleskursets praksis lot seg verken passe inn i de ordningene som var, eller førte til endring av disse (fase 4).

I rammen av Liminalitetsperspektivet ser vi også et prosjekt med manglende samsvar mellom ideologi og praksis, men her fremstår Felleskurset som et tvetydig symbol. Det vil si med en produktiv tvetydighet som har transformerende potensial. Sett som liminalitetsfenomen kan Felleskurset bli en fortelling om nyorientering i utdanningen av helsepersonell. Det kan f.eks. skje ved å utnytte de muligheter som ligger i *communitas*-fellesskap på tvers av utdanninger, på læringsarenaer knyttet til praksisfelt og pasienter, hvor studentene ikke bare utfordres til å samarbeide men også til å utforske samarbeidets potensial som kvalitetsfremmende tiltak i dagens norske helsetjeneste. Med andre ord, hvis vi som Turner anbefaler, ser den sosial verden som "a world in becoming" (Turner 1996:37), kan kanskje erfaringene fra Felleskurset fungere som inspirasjon til videreutvikling av norsk helsepersonellutdanning.

Noen vil kanskje si at dette er å trekke vel mye ut av analysene i dette kapitlet. De har muligens rett. Men i en tid med skarpt fokus på norsk helsetjeneste, ikke minst gjennom

---

<sup>120</sup> Se fotnote 106 i dette kapitlet.

Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009)) som ble iverksatt den 1. januar 2012, bør det være rom for atskillig begrunnet nytenkning og forsøksvirksomhet. I den sammenhengen kan kanskje dokumentasjonen av Felleskursets manglende ”effekt” sammenholdt med analysene av det potensialet som ligger i dets tvetydighet, være av interesse. Dermed lukker jeg kapitlet om Felleskurset som tvetydig symbol. I neste kapitel er min egen ambivalens et sentralt tema.

## Kapittel 6

# SYNLIGHET OG SANNSYNLIGGJØRING – FORSKNINGSSTRATEGISKE REFLEKSJONER

I likhet med foregående kapittel representerer dette et skritt til siden for å få et analytisk perspektiv på materialet som presenteres i avhandlingen. Også her er tvetydighet et hovedtema - denne gangen min egen. En tvetydighet jeg slett ikke ventet å finne, men som gradvis kom frem gjennom bearbeidingen av materialet, ikke minst i skriveprosessen. En tvetydighet som trengte seg på gjennom motstrebende erkjennelse og flere omskrivninger. I dette kapitlet velger jeg å starte med tvetydigheten fordi erkjennelsen av den i så sterk grad berørte min egen faglige identitet og tvang meg til å problematisere forskningsidealene mine. I kapittel 1.3 beskrev jeg de ulike rollene mine i empirien og forsøkene på å “mekle” mellom aktørrollen *i* empirien og forskerrollen *på* den. Hvordan jeg i begynnelsen prøvde å nærme meg Felleskurset ved å fremstille historien om etableringen ved hjelp av arkivdokumenter. I utgangspunktet for å holde meg seg selv utenfor teksten lengst mulig, men etter hvert oppdaget jeg at det ikke fungerte. Dessuten ga det datamaterialet mindre fylde.

Hensikten med dette kapitlet er å synliggjøre prosjektets forskningsstrategiske tilnærming og reflektere over metodiske valg og handlinger. I første avsnitt reflekterer jeg over hvordan det er å møte seg selv i døren og i det neste vurderer jeg forskningsmaterialet og egen rolle i lys av fagets representasjonsdiskurs. I tredje hovedavsnitt reflekterer jeg over de metodiske tilnærmingene og avslutter med noen etiske refleksjoner, som dreier avhandlingens perspektiv mot feltarbeidene i helsetjenesten. De presenteres i de to neste kapitlene.

### **6.1 Ubehagelige møter i døren**

I kapittel 1 refererte jeg historien om elefanten og den gamle mannen. Først etter at elefanten hadde forsvunnet og bare sporene sto igjen, var mannen sikker på at det hadde vært en elefant der. Slik også med meg. Det er først nå – etter atskillig refleksjon og diverse omskrivninger at sporene - ikke minst avtrykkene av egne vurderinger og handlingsvalg i dette prosjektet - trer tydeligere frem. Jeg ser konturer og nyanser som var utydelige og vanskelig å forholde seg til da jeg sto midt oppe i arbeidet med å hente informasjon fra dokumenter, fokusgrupper og feltarbeid. Når jeg betrakter sporene fra skrivebordet og reflekterer over dem i lys av teoretiske perspektiver, opplever jeg å møte meg selv i døren. Det er en vitenskapsteoretisk dør plassert mellom naturvitenskap og humanvitenskap. Møte med denne døren har rystet min

egen faglige selvforståelse og fått meg til å stille spørsmål ved hvilken side jeg egentlig befinner meg på. Hvor dypt stikker min antipositivistiske overbevisning? Hvor troverdig er jeg når jeg med henvisning til Skjervheims ”instrumentalistiske mistak” (Skjervheim 2001:241) hevder at natur og mennesker må utforskes på grunnleggende forskjellige måter? Og når jeg i tråd med antropologisk metodelitteratur hevder at forskeren er sitt eget viktigste forskningsinstrument?

Jeg møtte min egen tvetydighet gjennom kloke veilederkommentarer. Den ene var ”du må bringe deg selv inn i teksten om Felleskurset”. Den andre: ”Det er et skjult tema i metodekapitlet - en overdrevet dikotomisering mellom antropologisk kunnskapsproduksjon og naturvitenskapelige disipliner.” Begge traff en nerve. Kommentaren om den overdrevne dikotomiseringen rørte ved hele grunnlaget mitt for å studere sosialantropologi. Jeg er utdannet fysioterapeut, og tok spesialutdanning i psykomotorisk fysioterapi for å forstå mer om, og kunne tilby bedre behandling til mennesker med sammensatte, smertefulle tilstander i kroppen. I disse to utdanningene møtte jeg ulike kroppssyn. I den første, en biologisk ”organkropp” formet gjennom det biomedisinske paradigmet. I den andre en levende, samspillende menneskekropp formet gjennom levd liv. Sistnevnte kroppsforståelse viste sin styrke gjennom den måten den ”fungerte i praksis” - som ramme for å forstå helseplager og behandling av dem. Men det teoretiske grunnlaget var lite utforsket på den tiden (1970-80)<sup>121</sup>. Jeg valgte antropologi fordi faget representerer helt andre teoretiske og metodiske perspektiver enn biomedisin, og håpet det kunne bidra med teoretiske knagger til å henge den ”samspillende kroppen” på.<sup>122</sup> Da den evidensbaserte kunnskapsbølgen skyllet over helseprofesjonene på 1990-tallet var jeg en av de som stilte kritiske spørsmål ved den hegemoniske posisjonen dette kunnskapssystemet ble gitt som mal for pasientrettet praksis (Ekeli 2002, 2005). Jeg fikk både positive tilbakemeldinger og heftige motinnlegg for de perspektivene jeg bidro med i debatten. Fra begge sider ble jeg sett på som en opposent til biomedisinsk tenkning, hvilket stemte med min egen selvopfatning.

Hva var det som skjedde da jeg begynte arbeidet med denne avhandlingen? Hvorfor prøvde jeg først å holde meg selv utenfor teksten ved å dytte arkivet foran meg? Selv om både kronologi og saksinnhold kom bedre frem gjennom arkivdokumentene burde leseren få vite at det var jeg – den tidligere Felleskursaktøren - som valgte ut og satte sammen tekstene. Det

---

<sup>121</sup> Noen viktige bidrag var det imidlertid: Thornquist og Bunkan 1986, Thornquist 1988ab.

<sup>122</sup> I hovedfagsarbeidet mitt *Creating images. Interplay between life and body in chronic pain. A study of women with fibromyalgia* (1999) tok jeg fatt i noen av de problemstillingene som førte meg til antropologien.

var jeg som komponerte fortellingene, og det var jeg som kommenterte dem. I de tidlige bearbeidingene av “metodekapitlet” var det også viktig for meg å etablere et skarpt skille mellom naturvitenskapelig og antropologisk forskning. Hvorfor? Det har nok sammenheng med min egen “kunnskapshistorie”. I antropologien fant jeg en vitenskapelighet som ga mening til og teoretisk forankring for en forståelse av kroppen som levd liv. Dette var en sjelsettende opplevelse. I lys av innsiktene fra medisinsk antropologi, som jeg benyttet som teoretisk forankring i hovedfagsarbeidet, begynte jeg å stille spørsmål ved den hegemoniske posisjonen det biomedisinske forskningsidealet har fått som mal for utvikling av pasientorientert klinisk kunnskap. Og jeg gjorde det med den nyomvendtes kraft og overbevisning.

Hvorfor vender jeg da tilbake til naturvitenskapenes ideal og søker å fremstille meg selv som den nøytrale forsker som står på “objektiverende” avstand fra sitt forskningsobjekt i dette prosjektet? Jeg kan ikke gi noe godt svar. Kanskje er det uttrykk for at dette forskningsidealet er så innfiltret i vestlig tenkning at det ligger der som en ”dyp-metafor”.<sup>123</sup> Eller at det fins en slags implisitt tvetydighet i all menneskeorientert forskning. Erkjennelse av at mennesket både er et biologisk og sosialt vesen - natur formet gjennom sitt fellesskaps kulturelle koder. Erkjennelse av at ingen forskningstilnærming kan ”avsløre” ”hele sannheten” om mennesket, uansett ambisjon. Erkjennelse av at all forskning i større eller mindre grad er reduksjonistisk – kontekst-innskrenkende og –dreivende i forhold til den utforskete virkeligheten. Erkjennelse av at all forskning i større eller mindre grad skaper sitt forskningsobjekt og sine forskningsfunn i sitt paradigmes bilde (Schutz 1971, Latour og Woolgar 1986, Good 1995, Bourdieu 1999). Felles for all forskning er at den søker troverdig kunnskap. De største forskjellene ligger i måten dette gjøres og anerkjennes på. Problemet med å være subjekt på begge sider av skillelinjen forsker – utforsket inngår i diskurser om forskningens troverdighet og om grunnlaget for å frembringe gyldig kunnskap. I neste avsnitt tar jeg opp en dimensjon ved dette forholdet, representasjon.

## **6.2 Representasjon – troverdighet**

Spørsmålet om representasjon ble stadig mer påtrengende under skriveprosessen, i lys av mine roller i og mitt forhold til dette prosjektet. Hvem er det egentlig som representeres i denne avhandlingen? Gjennom hvilke stemmer formidles de empiriske virkelighetene? Jeg vil

---

<sup>123</sup> Dette begrepet har jeg hentet fra Jorun Solheim som har studert det kjønnsymbolske systemet i samfunnet vårt. Hun hevder at åpne kvinnekroppen er en ”dyp-metafor som strukturerer vår tenkning – inklusive vår fornuft – spesielt i den grad vi ikke er oss det bevisst” (1998:17).

prøve å svare på disse spørsmålene ved først å dvele litt ved etnografi som formidlingsform, deretter litterære sjangre og forfatterposisjoner.

## Etnografi

”Etnografi” er en folkefortelling eller en nedskrevet fortelling om folks liv og kultur. Innen samfunnsvitenskapene betegner *etnografi* både datainnhenting og skriftlig fremstilling (Clifford 1986ab, Marcus 1986, Marcus og Fisher 1999, Geertz 1988, Agar 2001). Geertz bruker etnografi og antropologi som synonyme begrep (1988:v). Både Agar og Marcus og Fisher fokuserer på det forskningsmetodiske. Agar fremhever deltakende observasjon som ”det diagnostiske særtrekket” ved etnografi (2001:9). Marcus og Fisher mener det er den etnografiske forskningstilnærmingen som har gitt antropologifaget status som samfunnsvitenskapelig disiplin, og legger spesielt vekt på de muligheter den gir til å fange kulturelt mangfold og bidra med kulturkritiske perspektiver (1999:18-20). Cliffords hovedinteresse er skriftliggjøring. ”We begin, not with participant-observations or with cultural texts, but with writing, the making of texts. ... writing has emerged as central to what anthropologists do both in the field and thereafter” (1986a:2). Sitatet er hentet fra en bok som utløste en etnografisk representasjonskrise. I følge Eriksen og Nielsen ble den lest

som et sammenhengende angrep på kulturbegrepet i amerikansk antropologi. Bidragsyterne distanserte seg fra enhver forestilling om antropologi som en positiv vitenskap, og forsvarte historisk kontekstualisering og en ”dialogisk metode” ... i den stadig mer problematiske kunsten det var blitt å praktisere og formidle antropologi. (2005:216)

Representasjonskrisen kan ses som uttrykk for samfunnsvitenskapelig tvetydighet i spenningsfeltet mellom ulike vitenskapelige idealer. Som del av en teoretisk nyorientering i en tid hvor de store systemteoriene mistet sin kraft og ”forskernøytralitet” og ”objektivitet” ble problematisert. Representasjonskrisen stilte grunnleggende spørsmål om samfunnsvitenskapenes sannhetssøkende ideal og initierte diskurser om etnografi som fakta eller fiksjon. Ved å løfte frem representasjon gikk man rett til forskningens kjerne: Hvilket bilde av virkeligheten er det som formidles i forskningslitteraturen? Hvordan fremstilles ”forskningsobjektene” – ut fra hvilke posisjoner? Hvordan er forholdet mellom forsker og utforsket? På hvilket grunnlag og med hvilken autoritet kan forskeren trekke konklusjoner?

Min egen representasjonskrise reflekterer noe av dette, og må ses i sammenheng med den tvetydigheten jeg har beskrevet i innledningen til dette kapitlet. Til tross for at jeg tidligere, og med stor overbevisning hadde problematisert ”objektivitet” og ”forskernøytralitet” (Ekeli 2002, 2005), klarte jeg ikke å fri meg fra disse idealene da jeg selv skulle presentere forskningen min i en avhandling. I innledningskapitlet beskriver jeg ”hvordan frykten for å

undergrave prosjektets troverdighet” drev meg inn i arkivets nøytralitet og faktaorientering, for å kunne holde meg selv unna teksten lengst mulig. Erkjennelse av egen ambivalens i møte med mitt tvetydige materiale, har gitt meg trygghet til å skrive meg selv inn i teksten, og se at det er den eneste måten å gi avhandlingen troverdighet på. Innsikt i ”refleksiv skriving” og ”autoetnografi” har bidratt til teoretisk forankring av denne overbevisningen. Det kommer jeg tilbake til.

### **Litterære sjangre og forfatterposisjoner**

Samfunnsforskere med blick for maktperspektiv og det kritiske potensialet i etnografiske ytringsformer har sett på sammenhengen mellom representasjon og litterære sjangre (Clifford 1986b, Marcus og Fisher 1999, Geertz 1988, Van Maanen 2002, White 2003). Geertz og Van Maanen er opptatt av de utfordringene som ligger i å skulle representere andre virkeligheter på vitenskapens premisser. ”What once seemed only technically difficult, getting ’their’ lives into ’our’ works, has turned morally, politically, even epistemologically, delicate” (Geertz 1988:130). Van Maanen sier det slik: ”... how one culture is portrayed in terms of another in ethnography [. It] rests on the peculiar practice of representing the social reality of others through the analysis of one’s own experience in the world of the others” (2002:ix).

Spørsmål om representasjon brakte tekstliggjøring i fokus og utfordret vitenskapelige skriftkonvensjoner. Clifford utforsker allegorien som formidlingsform. ”A recognition of allegory inescapably poses the political and ethical dimensions of ethnographic writing” (1986b:120). Van Maanen knytter nær forbindelse mellom feltarbeidet og måter å rapportere det på, med særlig vekt på subjekt – objekt posisjoner i fortellingene. Han skisserer tre typer sjangre: “the realist tales” hvor forfatteren nesten er usynlig, “the impressionist tales” - situasjons-/øyeblikks-orienterte fortellinger hvor både utforsket og forsker er i bildet, og “the confessional tales” hvor forfatteren inntar subjektposisjon<sup>124</sup> (Van Maanen 2002).

Den skriftlige bearbeidningen av datamaterialet har vært en viktig kilde til erkjennelse av egen tvetydighet. I dette avsnittet vil jeg si litt mer om hvordan det har kommet til uttrykk. Geertz’s analyser av utfordringer knyttet til det antropologiske forfatterskapet er et godt sted å starte:

The question of signature, the establishment of an authorial presence within the text, has haunted ethnography from very early on, though for the most part it has done so in a disguised form. Disguised, because it has been generally cast not as a narratological issue, a matter of how best to get an honest story honestly told, but as an epistemological one, a matter of how to prevent subjective views from colouring objective facts. The clash between the expository conventions of

---

<sup>124</sup> Historisk kan sistnevnte sjanger føres tilbake til Malinowskis dagbøker (Ellis 2004:50)



author-saturated texts and those of author-evacuated ones that grows out of the particular nature of the ethnographic enterprise is imagined to be a clash between seeing things as one would have them and seeing them as they really are (Geertz 1988:9).

Dette er gjenkjennelig. Helt fra jeg startet dette arbeidet har intensjonen min vært å fortelle ærlige historier på oppriktige måter. Jeg hadde bare ikke tatt høyde for at det skulle bli så utfordrende og avslørende. Geertz viser her at dette er en del av det etnografiske prosjektet, og han hjelper å sortere. Hvordan plasserer jeg meg selv i teksten? Hvilken stemme taler jeg med? Hvordan finne balansen mellom å formidle subjektive meninger og fakta-preget informasjon? Hvilke fremstillingsform skaper de ærligste historiene? Jeg vil prøve å svare på disse spørsmålene ved hjelp av Geertz's begreper "autor-evacuated texts" og "autor-saturated texts", og Whites tanker om plotstruktur. Førstnevnte har jeg brukt som redskap i skrive- og erkjennelsesprosessen - som hjelp til å finne ut hvor jeg selv befinner meg, ikke bare i teksten men i forhold til den analytiske tilnærmingen i det store og hele. Plottenkningen har jeg hatt nytte av i refleksjoner om hvilke type fortellinger jeg presenterer i denne avhandlingen.

Tross intensjoner om å skrive ærlige historier gikk jeg rett i den fellen Geertz beskriver i sitatet og gjorde en "hodeløs" vurdering, som i større grad enn jeg liker å innrømme, var motivert av "how to prevent subjective views from coloring objective facts." Det tok jeg inn over meg, og endret kurs på en måte som gjør at jeg nå kanskje har blitt for synlig og personlig, og teksten dermed for "author-saturated". Jeg håper ikke det. Uansett, det viktigste er at min synlighet ikke skygger for tekstens presentasjoner og analyser av forskningsmaterialet, eller at min stemme overdøver "feltfolkets".

Geertz's begrepspar "author-evacuated" - "author-saturated" har en parallell i Van Maanens "realist tales" - "confessional tales". Begge bruker begrepene til å synliggjøre og analysere forfatterposisjoner i etnografiske tekster. Geertz knytter an til en vitenskapsteoretisk diskurs om etnografi, der forfatterposisjonering ses "not as a narratological issue ... but as an epistemological one", mens Van Maanen setter det inn i en kontekst om etnografi som litterær sjanger. I tillegg til de som er nevnt i dette avsnittet opererer han, som nevnt tidligere, med en tredje sjanger: "the impressionist tales". Denne presenterer fortettete retrospektive situasjonsskildringer fra feltet, der forfatteren skriver seg selv inn i handlingen. "Impressionist tales present the doing of fieldwork rather than simply the doer or the done" (Van Maanen 2002:102). Fortellerstilen er konkret på en dramatiserende måte som er ment å engasjere. Jeg ble revet med av Van Maanens impresjonistiske måte å presentere feltefaringer på, og ville gjerne gjøre det samme. Men det fungerte ikke i forhold til mitt materiale. I stedet har jeg

valgt å bruke innslag av lett redigerte feltnotater i beskrivelsene. De er som regel veldig situasjonsorienterte, og er stort sett skrevet samme dag som hendelsene, noe som forhåpentligvis gir teksten en type autentisitet. Men hva med den samlede historien som fortelles i avhandlingen? Hvor kan den plasseres sjangermessig?

White analyserer forholdet mellom krøniken og fortellingen som historiske tekster. Mens hendingers tidsrekkefølge er det organiserende prinsipp i krøniken, skapes fortellingen ved å samle krønikens fakta i en plotstruktur. “*Hvordan*<sup>125</sup> en gitt historisk situasjon skal konfigureres, avhenger av historikerens skarpsindighet når det gjelder å avpasse en bestemt plotstruktur til den rekken av historiske hendelser som han ønsker å tillegge en bestemt slags mening” (White 2003:35). Som komprimert krønike ser forskningsprosessen i prosjektet slik ut: Gjennomgang av arkivmateriale og offentlige dokumenter om Felleskurset 2003-4. Innledende feltarbeid på sykehuset, september 2004. Første feltarbeid i kommunehelsetjenesten, oktober 2004. Videre feltarbeid på sykehuset våren 2005. Tre fokusgruppe- og fire individuelle samtaler om Felleskurset, juni–september 2005. Siste feltarbeid i kommunehelsetjenesten oktober 2005 og siste fokusgruppe i november 2005. Bearbeiding, analyser, skrivning og omskrivninger, 2005-2013. Avhandlingen slik den foreligger, er ingen en krønike. Sett i forhold til kronologien i informasjonsinnhentingen er det heller slik at jeg begynner med slutten.

Til å begynne med var jeg for oppslukt av den “uryddige” informasjonen jeg satt igjen med til å gruble over hvilken sjanger den skulle presenteres i. Funnene stemte ikke med det jeg hadde forberedt meg på, så i stedet for å vurdere hvilken plotstruktur som ville gi den beste fortellingen, måtte jeg prøve å finne mening og sammenheng i materialet. Etter hvert som jeg bearbeidet det og så hvordan forforståelsen min ble drevet fra skanse til skanse fikk jeg en følelse av at materialet selv valgte plotstruktur. Min jobb ble å få den frem så godt og engasjerende som mulig. Det var i den forbindelse jeg prøvde ut Van Maanens impresjonistiske tilnærming. Jeg trodde den kunne hjelpe meg med dramaturgien i historien om profesjonsbarrierer som ikke var der, sykepleiere som “høgger” til hverandre over strukturgrenser og hvordan en entydig negativ vurdering av Felleskurset kunne ende opp som tvetydighet. Da den ikke gjorde det, satser jeg heller på at fortellingenes innhold og bruken av feltnotater bidrar til nødvendig spenst i teksten.

---

<sup>125</sup> Whites utheving

Grunnen til at jeg starter med Felleskurset er at det var utgangspunkt og grunnlag for hele prosjektet.<sup>126</sup> Dessuten ønsket jeg å utnytte tilbakemeldingene fra fokusgruppene til å skape nysgjerrighet for hvordan samarbeid mellom helsepersonell - i følge min empiri - fungerer i praksis. Jeg tenkte at fokusgruppedeltakernes insistering på at Felleskurset ikke bidro til å fremme samarbeidskompetanse koblet med utsagnene deres om at de til daglig samarbeidet godt over profesjongrensene, kunne danne et interessant bakteppe for presentasjon av samarbeidsfunnene i helsetjenesten.

Både Geertz og Van Maanen er opptatt av forfatterens tilstedeværelse i teksten. Jeg har forsøkt å vise hvordan jeg selv i løpet av skriveprosessen har beveget meg fra å være “tekstfjern” til å bli synlig. En viktig motivasjon har vært det autoetnografiske perspektivet.

### **Autoetnografi**

Autoetnografi og reflektiv skriving har røtter i samfunnsvitenskapelige diskurser initiert ut fra postmoderne og feministiske perspektiver, og må ses i sammenheng med fortolkende og narrative forskningstilnærminger og litterære sjangre (Denzin 1989, Etherington 2004, Davies og Gannon 2006, Ellis 2004, 2009). De ulike formene for reflektiv forskningsformidling *kan* ses som svar på representasjonskrisen. Med forstavelsen “auto” vendes blikket mot fortelleren. Det kan på den ene side bety at egen historie blir en del av fortellingen (Etherington 2004), på den andre å fortelle andres historie gjennom sin egen biografi (Ellis 2009). Min ambisjon var – og er fortsatt - å skrive etnografi hovedsakelig basert på andres opplevelser og oppfatninger av Felleskurs og samarbeid i helsetjenesten. Men inspirert av autoetnografien har jeg latt aktøropplevelsene mine inngå i teksten. Den autoetnografiske tilnærmingen berører sentrale spørsmål og diskurser om forskning, representasjon, vitenskapelighet og kunnskapsutvikling. For egen del har begrepet og de diskursene det inngår i bidratt til å klargjøre - og akseptere - min egen vitenskapelige tvetydighet.

Autoetnografi inkluderer forskerens egne opplevelser på en meget eksplisitt måte. Det er ”an ethnographic statement which writes the ethnographer into the text in an autobiographical manner (Denzin 1989:34).<sup>127</sup> Ellis (2004, 2009), har brukt den autoetnografiske tilnærmingen i mye av sin forskning. Hun er opptatt av det innsiktspotensialet som ligger i samspillet mellom det personlige og selvopplevde, og det sosiale, kulturelle og politiske (2004:xix).

---

<sup>126</sup> Som nevnt tidligere, stipendiatstillingen jeg hadde var betalt av departementet for å evaluere den fellesundervisningen som var foreslått i St.meld.nr. 41 (1987-88).

<sup>127</sup> Denzin har hentet denne beskrivelsen fra Crapanzano 1980.

Materialet hun bygger sine fortellinger rundt er dialogiske. Det hun skriver er forankret i egne opplevelser av situasjoner, og konteksten er hennes egen livshistorie. Ellis skiller mellom analyse *gjennom* fortelling – ”thinking with a story” - og analyse *av* fortelling – ”thinking about a story” (ibid:197). I min sammenheng er det førstnevnte – den narrative analysen - som er relevant. Analysen ligger i selve utformingen av fortellingen, ut fra tanken om at ingenting er mer teoretisk og analytisk enn en god historie (ibid:194-5). Jeg er både fasinert av og skeptisk undrende til Ellis’ tekster. En ting er å plassere seg selv i teksten, en annen er å gi seg selv alle hovedrollene, slik Ellis gjør.

As an autoethnographer, I am both the author and focus of the story, the one who tells and the one who experiences, the observer and the observed, the creator and the created. I am the person at the intersection of the personal and the cultural, thinking and observing as an ethnographer and writing and describing as a storyteller. As an autoethnographer, I tell a situated story, constructed from my current position, one that is always partial, incomplete and full of silences, and told at a particular time, for a particular purpose, to a particular audience (Ellis 2009:13).

Ellis berører her et sentralt spørsmål i representasjonsdiskursen – etnografens posisjonering. Hun er forbilledlig klar på sin egen posisjon. Jeg sliter med hennes selvsentrering. Å gjøre egne opplevelser til fortellingens omdreiningspunkt og hovedkontekst virker fremmed og problematisk for meg. Er det uttrykk for at jeg fortsatt vakler mellom forskningsteoretiske idealer, når jeg synes Ellis er *for* biografisk - for ikke å si personlig - i tekster som presenteres som vitenskapelige? Eller stritter jeg fordi jeg selv ville hatt problemer med en så omfattende selvutlevering? Kanskje begge deler. Jeg kjenner meg imidlertid igjen i siste del av sitatet. Her peker Ellis på grunnleggende erkjennelser i situasjonsorientert forskning og etnografisk formidling.

Uansett føler jeg meg nærmere Etheringtons ”refleksive forsker” posisjon (2004). Kanskje fordi hun bygger på erfaringer fra klinisk praksis i sin relasjonsfokuserede autoetnografiske tilnærming.<sup>128</sup> ”Reflexive methodologies seem to be close to the hearts and minds of practitioners who value using themselves in *all* areas of their practice (including research) and who also value transparency in relationships” (ibid:16). Hennes svar på representasjonskrisen er gjennomsiktighet og synliggjøring av forskeren og relasjonen mellom forsker og utforsket. Fordi metodevalg og forskningsstrategi ofte styres av personlige antakelser og preferanser som ikke alltid er like bevisste, må de klargjøres og synliggjøres. Refleksjonene mine i kapittel 1.3 og 3.7 er forsøk på dette. Med andre ord, jeg har opplevd viktigheten av å følge de metodiske idealene som Etherington formidler i dette sitatet:

---

<sup>128</sup> Etherington har bakgrunn som klinisk psykolog.

As well as transparency about the impact of the researcher (and researched) on the process and outcomes of the study, reflexive research also requires transparency about the process of data collection. So although the content and process might become seamlessly interwoven stories, affecting one another, it is important that the voices of researcher and researched are not merged and reported as one story – which is actually the researcher’s interpretation” (ibid:83).

Nettopp dette siste har vært en viktig ledetråd i skriveingen. Leseren skal vite hvilke stemmer som er “feltfolkets”.<sup>129</sup> Det leder frem til neste avsnitt:

### **Subjekt–objekt posisjoner og tolkning**

Subjekt – objekt konstellasjonen kan ses som symbol på den etnografiske representasjonskrisen. Den handler ikke bare om ”de” og ”oss” og hvordan ”vi” kan representere ”dem” på måter som gjør ”dem” til troverdige ”sannhetsvitner” i ”vår” forskning. Den handler om forskningens sannhetssøkende ideal i det store og hele.

I en veiledningssamtale hvor vi drøftet teoretiske perspektiver, karakteriserte veileder empirien min som “ordbasert”. Der og da protesterte jeg, fordi den handlingsorienterte delen av feltarbeidet i helsetjenesten er det som har festet seg best i kropp og bevissthet. Det var materialet herfra som representerte de største utfordringene med hensyn til utvelgelse, tematisering og representasjon. I ettertid ser jeg at veileder hadde et poeng. Ord fra ulike kilder – avtalte samtaler/intervju, fokusgruppesamtaler og spontane samtaler i feltet - utgjør kanskje størstedelen av det materialet som presenteres i avhandlingen. Sett fra et subjekt-objekt perspektiv kan imidlertid informasjonsinnhenting ved hjelp av samtaler bidra til å skape en slags balanse og likeverd mellom ”de” og ”meg” både i møter og representasjon.

I kapittel 5.1 refererte jeg til Geertz’s plassering av det etnografiske objekt mellom tynne og tykke beskrivelser – mellom beskrivelse av hendelser fra observatørposisjon, og som aktør-initierte handlinger. Jeg observerte “feltfolkets” arbeid og samarbeid, beskrev det i feltnotater og prøvde å gjøre det meningsfullt i forhold til prosjektets problemstillinger. For å kunne forstå hendelsene som handlinger i aktørens virkelighet, trengte jeg hjelp av “feltfolket” og fokusgruppedeltakere til “sorting out the structures of signification ... and determining their social ground and import” (Geertz 1973:9). Derfor er så stor del av materialet ordbasert og avhandlingen i stor grad basert på sitater fra “feltfolk” og fokusgruppedeltakere. Ord formidlet gjennom spontane samtaler i tilknytning til det situasjonsnære, og ord formidlet

---

<sup>129</sup> Derfor har jeg konsekvent brukt kursiv på deres utsagn når de er tatt inn i mine refleksjoner og analyser. Ellers står de som egen innrykket tekst.

gjennom avtalte samtaler med ca. 38 enkeltpersoner, 34 i helsetjenesten<sup>130</sup> og 4 i forbindelse med Felleskurset. I tillegg kommer de 4 fokusgruppene. Geertz legger vekt på at tykke beskrivelser ikke bare er et resultat av å snakke med aktørene og gjengi deres uttalelser. Søker vi innsikt i virkeligheten slik den tar seg ut fra aktørposisjon, må vi etablere et kommunikasjonsfellesskap med dem. "We are seeking, in the widened sense of the term in which it encompasses very much more than talk, to converse with them, a matter a great deal more difficult" (ibid:13). Dette idealet har jeg forsøkt å strekke meg etter. Derfor overlot jeg i stor grad til de jeg snakket med å drive samtalene frem. Selv konsentrerte meg om å være en best mulig samtalepartner og moderator i fokusgruppene. Men - selv om det var viktig for meg å etablere kommunikasjonsfellesskap med "feltfolk" og fokusgruppedeltakere var det aldri tvil om hvilke roller vi hadde - som forsker og "utforsket". I denne konstellasjonen ligger det implisitt en subjekt - objektrelasjon. I fortsettelsen ser jeg nærmere på denne i forhold til spørsmål knyttet til representasjon og tolkning.

Geertz illustrerer tolkningsproblemet og den "sanne" kunnskapens "sikre" grunn gjennom den indiske fabelen om elefanten og skillpaddene: En engelskmann var blitt fortalt at verden hviler på en plattform som er plassert på ryggen av en elefant som står på ryggen til en skilpadde. Men hva hviler skilpadden på? Inderen svarte: "Ah Sahib, after that it is turtles all the way down" (Geertz 1973:29). De fleste utsagn, hendelser, handlinger og problemstillinger kan forstås på mange måter, og forståelsene hviler ofte på lag på lag med tolkninger og begrunnelser. Dette sier noe om vitenskapens oppgave og utfordring, og om tolkningens rolle i kunnskapsutviklingen. Selv i de mest "robuste" naturvitenskapene skal tallverdier og kurver tolkes og finne sin plass som ny kunnskap i vår viten om verden. I mitt prosjekt hvor så mye av materialet er basert på observasjon og muntlig formidling, er tolkningsrommet atskillig større. Bevisstheten om dette har vært nødvendig i bearbeidningen av materialet.

Mitt viktigste grunnlag for tolkning er de tilknytningspunktene jeg hadde til samtalepartnerens virkelighet. Alle jeg snakket med er helsearbeidere som har vokst opp i Norge.

Fokusgruppedeltakerne og jeg var alle tidligere aktører i Felleskurset, riktignok med ulike posisjoner og perspektiv. I helsetjenesten gjorde jeg egne erfaringer i "feltfolkets" virkelighet, og vi delte erfaringer fra konkrete situasjoner. Dette bidro til å gi samtaleutsagnene en felles kontekst. I alt tolkningsarbeid er kontekst avgjørende for den mening som tillegges utsagn og handlinger. Klargjøring av utsagnsposisjoner er en del av dette grunnlaget. I representasjonen

---

<sup>130</sup> Se vedlegg 3B.

av utsagnene har jeg valgt tre strategier for å gi dem størst mulig meningsfylde. Den første er å bruke relativt lange sitater for å utnytte det tolkningspotensialet som ligger i den tekstlige konteksten. Det benytter jeg spesielt i fokusgruppesamtalene, der det også var et poeng å få frem meningsutvekslingen i gruppene. Den andre strategien bruker jeg hovedsakelig i presentasjon av feltmaterialet fra helsetjenesten. Her fungerer “feltfolkets” utsagn fra de avtalte samtalene/intervjuene som utdypende kommentarer til observasjonsbeskrivelsene. Den tredje tilnærmingen dreier seg om å synliggjøre hvem som snakker. Fordi prosjektets ”forskningsobjekt” er samarbeid - ut fra en antakelse om profesjonskamp - bruker jeg yrkesbetegnelser som identifikasjon.

Tolkning inngikk i alle deler av datainnsamling og bearbeiding av materialet. Uansett hvor ordrett jeg gjengir utsagnene, med ”pauser” og ”latter” som medtekst, representerer de mine tolkninger, gjennom transkripsjon, utvelgelse og tekstlig sammenstilling. I løpet av feltarbeidet ble grunnlaget for tolkningene stadig bedre fundert ved at jeg hele tiden søkte “first to grasp and then to render” (Geertz 1973:10) hvordan helsetjenestens virkelighet tok seg ut fra aktørperspektiv. Hva var meningen med handlinger, prosedyrer og rutiner? Hvilken rolle spilte samarbeid i ulike situasjoner? Hva gjorde handling og samhandling meningsfull? Hvilken rasjonalitet lå til grunn? Hvordan kunne jeg forstå det jeg ikke fikk til å stemme? Disse spørsmålene var gode veiledere i tolkningsarbeidet. Fokus var hele tiden på samhandling. Hva var det, og hvordan tok den seg ut i ulike situasjoner. Det er refleksjoner i forlengelsen av disse tilnærmingene som danner grunnlag for avhandlingens beskrivelser og analyser. Håpet er at de er tykke nok til å gi mening både for “feltfolket” og andre lesere.

Den observante leser har sett at det i teksten over er antydning av to forskningsobjekt i dette prosjektet. Jeg brukte begrepsparet forsker og “utforsket” i beskrivelse av hvordan jeg prøvde å ta feltaktørens perspektiv og gi stemme til deres beretninger. Litt lenger nede identifiserte jeg samarbeid mellom helsepersonell som prosjektets “forskningsobjekt”. Sistnevnte er det mest riktige. Det er dette ulne, flertydige og abstrakte begrepet jeg søker å gi innhold og mening. Ved å sammenstille “samarbeid” og “helsepersonell” gis helsepersonell en viktig rolle i prosjektet. Som subjekt i samarbeidsforhold blir de en nødvendig “forutsetning” for å kunne studere samarbeid, og dermed en del av forskningsobjektet. Men - det er ikke dem som personligheter eller individer jeg har fokus på. Der er først og fremst dem som representanter for en yrkesgruppe *i relasjon* til representanter for andre yrkesgrupper, jeg er interessert i. “Feltfolkets” handlinger og samhandling er altså en del av forskningsobjektet. Samtidig er det deres oppfatning av det observerte samarbeidet som danner hovedgrunnlaget for tolkninger og

analyser av materialet fra helsetjenesten. Det er med andre ord “feltfolkets” handlinger/ samhandling som utgjør substansen i det observerte samarbeidet, og deres ord som tolker og formidler innsikt i samarbeidets grammatikk. Dette er min måte å prøve å følge Geertz’s, ideal om å utvikle etnografiske beskrivelser fra “the natives point of view”.

Nothing is more necessary to comprehending what anthropological interpretation is, and the degree to which it *is*<sup>131</sup> interpretation, than an exact understanding of what it means – and what it does not mean – to say that our formulations of other peoples’ system must be actor-oriented (Geertz 1973:14).

Med referanse til Geertz omtaler Ortner denne forskningsinnretningen som “cultural construction of ‘agency’, of human intentionality and forms of empowerment to act”. Hun fortsetter: “I take such a notion to be central to any understanding of the dynamics of power” (Ortner 1999:5). Dette åpner for å se meningsorientert forskningstilnærming som en potensiell utjevner av maktforhold, og brobygger mellom subjekt- og objekt-posisjoner i forskningen. I dette ligger en sterk forpliktelse til å la “feltfolkets” stemme bli hørt klart og tydelig i den etnografiske representasjonen. Og - det utfordrer begrepsbruken. Selv har jeg strevd med å finne et begrep som indikerer større likhet mellom forskerens og de “utforskede” roller og bidrag i forskningen, uten å viske ut den nødvendige forskjellen mellom disse aktørposisjonene.<sup>132</sup> Med helsetjenesten som felt og referanse burde vel ”helsearbeidere” være et naturlig valg? Det er det, og jeg bruker det i beskrivelser, refleksjoner og analyser av samarbeid i helsetjenesten. Men - for å formidle forskningsstrategiske og metodiske vurderinger, og representere helsearbeiderne som bidragsyttere til forskningsmaterialet, trengte jeg et begrep som både konnoterer likeverd i relasjoner og forskjell i posisjoner. Jeg har prøvd ut og funnet at ”feltfolk” fyller disse kriteriene og samspiller godt med ”antropolog”. Feltfolket er alle de jeg møtte i kommunehelsetjenesten og på sykehuset, som gjennom handling, samhandling og erfaringsdeling har gjort dette prosjektet mulig. Antropologen er ”jeg subjektet” i felt-sammenheng, ”moderator/M” i fokusgruppene, ”BV” i de avtalte samtaler og ”jeg” i teksten.

---

<sup>131</sup> Uthevingen er Geertz’s

<sup>132</sup> Jeg er ikke den eneste antropologen som har strevd med dette (Smedal 1994, Gullestad 1999, 2003, Kramvik 2006). Informantbegrepet er i seg selv problematisk, fordi det er så nært knyttet til objektposisjonen. Det vil si at det konnoterer subjekt – objektrelasjoner i naturvitenskapelige forskningsparadigmer og samfunnsvitenskapelig positivisme. Smedals alternativ er konsulentbegrepet. Jeg har smakt litt på det, men synes det gir uheldige assosiasjoner til økonomistyrte kunnskapstransaksjoner. Jeg burde kanskje hoppe på Gullestads ”samtalepartner”, gitt den sentrale plassen samtalematerialet har i avhandlingen. Men, det løser ikke problemet med gruppebetegnelse. Kramviks forslag ”partner(e)” blir kanskje *for* likeverdig. Det fanger verken opp den faglige dimensjonen eller de forskjellene som er, og må være mellom forsker og ”utforsket”. Når tidligere tiders antropologer dro til fjerne strøk gjorde de som regel feltarbeid hos bestemte folkegrupper som de kunne bruke samlebetegnelse på - ”Iatmulfolket” (Bateson 1995) og ”Illongotfolket” (Rosaldo 1992). Feltstudier i delkulturer i eget samfunn har fulgt samme logikk der det er mulig, som for eksempel Krogstads ”pønkere” (1986).



### **Sannhet – ståsted – fakta<sup>133</sup>**

I lys av min egen ambivalens i forhold til å skrive meg selv inn i teksten, er det interessant å lese andre samfunnsviters beretninger om hvordan de i begynnelsen av sin vitenskapelige løpebane satset på den realistiske stilen for å møte krav til vitenskapelighet og publisering (Etherington 2004, Davies og Gennon 2006, Ellis 2009). En talende kommentar: "The fact that I had no intention of publishing made it possible to include myself at all" (Etherington 2004:19). Forestillingen om at "sannheten" fins i de nøytrale detaljene sitter langt inne, selv i samfunnsvitenskapene. Det samme gjør forestillingen om vitenskapens sannhetssøkende oppgave. "The marshaling of a very large number of highly specific cultural details has been the major way in which to look of truth" (Geertz 1988:3). Som motsvar på dette fremhever Geertz det situerte – beskrivelser ut fra et angitt ståsted "this ethnographer, in this time, in this place, with these informants, these commitments, and these experiences, a representative of a particular culture, a member of a certain class" (ibid:5). Mer situert går det nesten ikke an å få det. I dette utsagnet viser Geertz hvor viktig angivelsen av forfatterposisjon er for å kunne vurdere grunnlaget for de "sannhetene" som kommer ut av analysene. Jeg har satt "sannhet" i gåseøyne fordi dette er et mål for forskning som er større enn det vitenskap av alle avskygninger kan hevde å nå. Mange samfunnsvitere har erkjent dette. "Ethnographic truths are thus inherently partial – committed and incomplete (Clifford 1986a:7). Van Maanen sier det slik: "truth as judged by some external, invariant standard is untenable when applied to ethnography (i.e., all truths are partial and contestable)" (2002:34). I en fotnote utvider han nedslagsfeltet: "Close studies also reveal the discourse-based, partial and contested nature of truth in the natural and physical sciences. In our post-Kuhnian world, facts seem bloody difficult to come by" (ibid:44). Feministiske forskere har også vist hvor viktig posisjonering er for hvilke innsikter forskningen gir (Rosaldo og Lamphere 1974, Weiner 1988, Moore 1995, Haraway 1998, Asdal og Brenna 1998). Fra sin posisjon som vitenskapsteoretiker med *en* fot i biologi og *en* i filosofi er Haraway til dels bitende i kritikken av den autoriserte objektiviteten som er knyttet til det hun kaller "de umerkete posisjoner", og som tilskrives autoritet nettopp på grunn av sin umerkete posisjonering.

Posisjonering er derfor nøkkelpaksisen for kunnskap som er organisert rundt våre synsforestillinger, slik som så mye av den vestlige vitenskapelige og filosofiske diskursen er organisert. Posisjonering medfører ansvarlighet for de mulighetsskapende praksisene våre. Av dette

---

<sup>133</sup> Det kan virke ulogisk at dette avsnittet – som tar for seg premisser for posisjonering som forfatter av vitenskapelige tekster – kommer *etter* det som nettopp er avsluttet. Grunnen er at jeg hadde behov for å fullføre den bekjennende auto-etnografiske delen før jeg tar et mer overordnet blick på forutsetninger for troverdighet i samfunnsvitenskapelige tekster.

følger at det er politikk og etikk som er grunnlaget for stridene om hva som kan telle som rasjonell kunnskap (Haraway 1998:56).

Haraway indikerer her at en frigjøring fra naturvitenskapelige forskningsideologier - hvor sannhetsgarantien så og si er innebygget i forskningsmetoder og statistiske redskaper – forutsetter en ansvarlighet som bl.a. betyr å gjøre rede for den posisjonen forskeren har skapt sitt materiale ut i fra - hvordan hun har fått frem de fakta som analysene bygger på. ”Fakta” er et begrep med ulike konnotasjoner. I naturvitenskapene er det det naturlige gitte og ”sikre” elementet som forskningen bygger sine ”sannheter” på. I samfunnsvitenskapene er det kultur- og paradigmeskapte fenomen som inngår i forskningsprosesser og analyser (Durkheim 1982, Mauss 1995, Sørhaug 1996, Latour og Wolgar 1986, Good 1995). Durkheim introduserte begrepet sosiale fakta<sup>134</sup> og Mauss benyttet det i sin etnografi om gavebytte i Polynesia.

Kjensgjerningene vi har studert er alle, om man tillater oss uttrykket, *totale*<sup>135</sup> sosiale fakta eller, om man vil – men vi liker ordet dårligere – generelle sosiale fakta; det vil si at de i enkelte tilfeller aktiviserer hele samfunnet og alle dets institusjoner. ... Det er ved å betrakte helheten under ett at vi har kunnet oppfatte det vesentlige, helhetens liv og bevegelse, menneskenes og samfunnets følelsesmessige bevissthet om seg selv og sin situasjon vis-a-vis andre. I denne helt konkrete observasjonen av sosialt liv ser vi et middel til å oppdage nye kjensgjerninger som vi bare såvidt begynner å forstå. Etter vår oppfatning er ingenting mer påkrevet eller mer fruktbart enn studiet av slike sosiale fakta (Mauss 1995: 210-2)

Sørhaug bruker Mauss’ uttrykk ”*totale fakta*” i argumentasjon mot det han mener er tendenser i norsk samfunnsvitenskap: ensidige forestillinger om det moderne som det differensierte, og det hegemoniske ved ideen om ”variabelen”. ”[T]otale fakta representerer et metodisk utgangspunkt som holder fast ved sosiale fenomeners konkrete, dvs. kvalitative og sammensatte (multiplekse), karakter” (Sørhaug 1996:13). Med dette gir Sørhaug innhold til et antropologisk faktabegrep. Det er konkret og sosialt konstituert - kjensgjerning som kan erfares gjennom sosialt liv, i situasjoner ansikt til ansikt med andre mennesker. Det konkrete omfatter mer enn det håndfaste. Det er også menneskets og samfunnets følelsesmessige bevissthet om seg selv og de sosiale fenomenenes kvalitative og sammensatte karakter. Denne faktaforståelsen er en viktig del av den antropologiske objektiviteten. Forutsetningen er at disse faktaene synliggjøres, beskrives og gjøres rede for, på måter som ikke eliminerer eller forflater den kompleksiteten som kjensgjerningene bærer med seg. Et sterkt ideal som jeg har strevd med å nå opp til. I neste avsnitt redegjør jeg for de metodiske tilnærmingene.

---

<sup>134</sup> Durkheims definisjon av sosiale fakta: ”A social fact is any way of acting, whether fixed or not, capable of exerting over the individual an external constraint; or which is general over the whole of a given society whilst having an existence of its own, independent of its individual manifestations (1982:59).

<sup>135</sup> Uthevingen er Mauss’

### **6.3 Metoderefleksjoner**

Metodisk mangfold er blitt nødvendig i en verden i endring og et fag i utvikling. Geografiske avstander krymper, ”de” og ”vi” blir vanskeligere å skille fra hverandre, og det makt- og fagkritiske potensialet i antropologisk forskning på ”hjemlige” samfunn interesserer stadig flere (Marcus 1995, Rugkåsa og Thorsen 2003, Borchrevink 2003, Gullestad 2003, Vike 2003b). Marcus argumenterer: “For ethnographers interested in contemporary local changes in culture and society, single-sited research can no longer be easily located in a world system. This perspective has become fragmented, indeed, ‘local’ at its very core” (Marcus 1995:98). I boken *Nære steder, nye rom* sier redaktørene følgende i innledningskapitlet: “Vi vil argumentere for at antropologiske studier av moderne samfunn som det norske krever en problematisering og redefinering av sentrale klassiske metodiske begreper som for eksempel feltarbeid, deltakende observasjon, nærhet og distanse” (Rugkåsa og Thorsen 2003:17). Jeg lar dette bli innledningen til refleksjon om datatypene mine, skriftlig materiale, samtale i fokusgrupper og individuelt - og vanlig feltarbeid.

#### **Skriftlige kilder**

Jeg har benyttet flere kilder. Stortingsmeldinger har vært sentrale dokumenter, spesielt St.meld. nr. 41(1987-88). Med Sosialdepartementet som avsender får denne kilden en spesiell autoritet, noe tittelen indikerer: *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*. I diskursanalytisk perspektiv fremstår denne type tekster som ”kanoniske” eller ”monumenter” (Neumann 2001). Det er tekster som peker seg ut ”som knute- eller forankringspunkter for diskursen” (ibid:52). St. meld. nr. 41 har en slik funksjon i denne avhandlingen. Den introduserte fellesundervisning som tiltak for å bedre samarbeidet i helsetjenesten, og antydte profesjonsbarrierer som begrunnelse for det. Sistnevnte ble en viktig del av den forforståelsen som er lagt til grunn for forskningstilnærming og analyser.

Jeg har tidligere dvelt ved Arkivdokumentenes rolle i min egen erkjennelsesprosess. De bidro ikke bare til å friske opp gammel kunnskap om Felleskurset, de ga også nye innsikter. Som nevnt i kapitel 3 var det gjennom arkivdokumentene jeg virkelig ble oppmerksom på de politiske dimensjonene og drivkreftene i dette tiltaket. Å følge dateringen av de dokumentene som satte i gang prosessen med å etablere Felleskurset var som å avsløre et politisk spill. Her var det noen som hadde det travelt med å realisere politiske intensjoner. På ulike måter har de skriftlige kildene gitt punktvis innblikk i den tenkningen som helsepolitikken og helsetjenesten har vært bærere av. Stortingsmeldingene og arkivet leste jeg før annen informasjonsinnhenting. Årsmeldinger og rapporter fra kommunehelsetjeneste og sykehus

brukte jeg som faktainformasjon i forbindelse med skrivingen, det vil si etter at jeg hadde gjennomført feltarbeidene. De ulike rutinebeskrivelsene på sykehus, sykehjem og i hjemmetjenesten brukte jeg som informasjonskanaler underveis i feltarbeidet, for å slippe å bry feltfolket med banale spørsmål, og som materiale til avhandlingen. Artikler i dagspresse og fagforeningstidsskrift er brukt som dokumentasjon og spill for avhandlingens empiri og analyser.

### **Fokusgruppesamtaler som antropologisk metode<sup>136</sup>**

Fokusgrupper er en tilnærming som har sin opprinnelse langt fra det antropologiske feltarbeidet. De ble først brukt til meningsmålinger og som grunnlag for utvikling av propagandamateriell og manualer (1920-50). Deretter i markedsundersøkelser (1950-80). Først etter 1980 ble fokusgrupper interessant for samfunnsforskere (Wibeck 2000:17-19). Kanskje ikke så rart at det er en viss skepsis til metoden. En av skeptikerne er Signe Howell. Hun har markert seg som en stor tilhenger av deltakende observasjon i klassiske langvarige feltarbeid, men har brukt fokusgrupper som en av flere metoder i et multisited feltarbeid. Hun sier rett ut at dette har plaget henne og at hun ”arbeidet meget bevisst for å kompensere for manglende langvarig deltakende observasjon og på utfordringen i å finne et holistisk perspektiv” (Howell 2011:176). I en fotnote begrunner hun dette med at det er ”enklere å skape tillit og dype relasjoner ved å være tilstede hele døgnet uke etter uke, måned etter måned, enn å reise til og fra for å intervju folk” (ibid:180). Når forskningstema er fjernadopsjon og informasjon om dette søkes hos de som er berørt, forstår jeg at menneskelig kontakt er et viktig fundament. For mine fokusgruppedeltakere var konteksten en helt annen. Jeg var ikke interessert i informasjon som berørte noe personlig, annet enn deres mening om Felleskurset. Settingen kjente de både fra kurset og egen utdanning. Tema fikk de vite om i rekrutteringsbrevet, og det fellesskapet de fant med hverandre gjennom samtalene syntes viktigere enn kontakten med meg. Som alternativ vurderte jeg spørreskjema og enkeltsamtaler, men ble stående ved fokusgruppe som det beste. Spørreskjema var uaktuelt på grunn av forskerstyring og multipleks tolkningsproblematikk. Enkeltsamtaler<sup>137</sup> benyttet jeg for å se om de ville gi annen informasjon enn fokusgruppene. Feltarbeid hvor jeg observerte tidligere Felleskursdeltakere i daglig arbeid i helsetjenesten ville vært å skyte i blinde: Hvilke deler av deres eventuelle samarbeidskompetanse kunne tilskrives Felleskurset?

---

<sup>136</sup> I dette avsnittet konsentrerer jeg meg om fokusgruppene fordi samtalene med feltfolket er omtalt i 6.2.

<sup>137</sup> Jeg valgte ut fire av de som hadde svart positivt på å delta i fokusgruppe, men som måtte melde avbud - fra fire forskjellige utdanninger.

Jeg bruker Agar's erfaringer til å sette fokusgrupper inn i en antropologisk forskningskontekst. I forbindelse med sine studier av stoffmisbruk ble han bedt om å være moderator i en fokusgruppe og sa motvillig ja.

The beast worried me. A few focus groups – a couple of hours each with maybe six to ten people – posed as "ethnography" or "qualitative research" in several conversations I'd heard and articles I'd read. Professionally I knew this to be a dangerous delusion. ... Focus groups were just too limited, too constrained, too thin, too, well, focused" (Agar 2001:37).

En mer motvillig moderator skal man lete lenge etter. Gruppen besto av folk i administrasjonen som nettopp hadde hatt sine første fokusgruppemøter med stoffmisbrukere. Han åpnet møtet med å spørre om hva de lærte. "What I heard surprised me and knocked me right off my professional ethnographer's pedestal. ... it was annoying to have my prejudices disrupted by this new information" (ibid). Noe av det som slo ham var hvordan denne tilnærmingen endret balansen mellom forsker og "utforsket".

This maybe wasn't such a bad thing after all. This miniature ethnographic experience had thrown a fundamental switch in the minds of the people who'd participated, the fundamental switch of control<sup>138</sup> that underlies the difference between top-heavy positivism and ethnographic listening and learning (ibid:38).

Jeg er enig med Agar i disse vurderingene. Eller rettere, jeg synes det er interessant at han ser etnografisk potensial i fokusgruppertilnærmingen, selv om den faller igjennom når den sammenlignes med 17 års feltstudier. Allikevel konkluderer han: "With focus groups on one end of the scale, and a 17-year ethnography at the other, we obviously have a range of possible experiences that can be called 'ethnographic'" (ibid). I det større bildet dreier alt seg om "partial truths" – "any ethnographic effort is going to be partial" (ibid:39). Skal vi ta Agar på ordet vil dette også gjelde den "autoriserte" antropologiske metoden – feltarbeidet med deltakende observasjon, som er tema for neste avsnitt.

### **Feltarbeid – observasjon av samhandling i helsetjenesten**

Jeg gjorde feltarbeid på to steder, i en mindre kystkommune og på et større sykehus. Men, det var verken sykehuset eller kommunehelsetjenesten jeg ville studere. Det var samarbeid mellom helsepersonellet der. For å si det med Geertz: "The locus of the study is not the object of the study. ... Ethnographic findings are not privileged, just particular: another country heard from" (1973:22,23). Jeg valgte de to stedstypene ut fra en antakelse om organisatoriske rammers innvirkning på samarbeid mellom helsepersonell. Valget av de spesifikke stedene var mer eller mindre tilfeldig. Jeg havnet i akkurat den kommunen på grunn av et privat besøk

---

<sup>138</sup> Uthevingen er Agars

dit, som endte med forespørsel til kommuneledelsen om å få gjøre feltarbeid. Vi ble enige om hvordan det kunne gjennomføres i hjemmetjenesten og på sykestua - varighet og hyppighet av feltperioder osv. Jeg ble ønsket velkommen og følte meg velkommen.<sup>139</sup> Inngangen til feltarbeidet på sykehuset var et møte med sjefssykepleier. Jeg ga oversikt over, bakgrunn for og intensjon med prosjektet. Med henvisning til sykehusets generelle forpliktelse til å være forskningsfelt, ønsket hun meg velkommen. Vi ble enige om at feltarbeidet burde gjennomføres på en av avdelingene. Det ville gjøre det lettere å få tilgang til konkrete samarbeidssituasjoner. Ulike alternativ ble vurdert: Store avdelinger – små avdelinger, avdelinger med uttalte og langvarige samarbeidsproblemer - avdelinger der samarbeidet fungerte spesielt godt. Vi ble enige om å holde oss unna ”ytterpunktene” og sjefssykepleier anbefalte en relativt stor, men oversiktlig avdeling som det “ikke var noe spesielt ved”.

De aktuelle feltstedene ble altså bestemt gjennom en blanding av vurderinger og tilfeldigheter, basert på tanken om en mest mulig ”naturlig” tilgang til å studere samarbeid mellom helsepersonell. Feltperiodene varierte. På sykehuset var jeg i et til-fra-opplegg fra september 2004 til sommeren 2005. Med til-fra-opplegg mener jeg at jeg var der jevnlig, men i flere korte perioder. I kommunehelsetjenesten var jeg i to sammenhengende perioder med et års mellomrom: 04.-23.10.04 og 14.-28.05. Her foregikk feltarbeidet på sykehjemmet og i hjemmetjenesten. På sykehjemmet hadde feltarbeidet islett av deltakende observasjon. Det vil si at jeg ble involvert i enkle oppgaver som å delta i dusjing, mating, gåstøtte og sosialt samvær med pasienter. Bortsett fra litt assistanse til en sykepleier under et hjemmebesøk, var feltarbeidene i hjemmetjenesten og på sykehuset ren observasjon. I sykehusets spesialiserte verden kunne ikke en gang en avdanket fysioterapeut brukes til å kjøre pasient-i-seng mellom sengepost og undersøkelsesrom. Alle steder deltok jeg som observatør i alle daglige aktiviteter og møter.

Som nevnt tidligere opplevde jeg feltarbeidet i helsetjenesten som kanskje den viktigste informasjonskilden i prosjektet. Men – kan mitt korte oppstykkete feltarbeid, så godt som fritt for handlingsrettet deltakende observasjon egentlig kalles feltarbeid? I følge Howell har jeg bedrevet feltarbeid i egen bakgård (2001:16) og Hastrups utgangspunkt er at det er umulig ”at studere sin egen kultur antropologisk” (1991:10). Målt opp mot idealet om at feltarbeidet ”må være betydelig, bl.a. for at ”hvert fenomen [kan] studeres via den bredest mulige manifestasjon i mange ulike kontekster, slik at de underliggende prinsipper og verdier kan

---

<sup>139</sup> Vedlegg 3A inneholder det NSD-godkjente informasjonsskrivet som ble sendt til begge praksisfelt.

avdekkes” (Howell 2001:18), faller mitt helt igjennom. Med de restriksjonene som jeg møtte i helsetjenesten ble det umulig å ”delta i alle aktiviteter for å se for seg selv hva folk gjør (og ikke bare sier de gjør) og for å få tak i alt det som ikke kommer frem gjennom spørreskjemaer og intervjuer osv” (ibid). I det følgende vil jeg gjøre en mer inngående vurdering av feltarbeidet mitt i forhold til disse idealene.

Prosjektet mitt var *hjemmeantropologi* i flere betydninger av ordet. Begge feltarbeidene var i Norge. Det ene på hjemstedet mitt hvor det fungerte som en ”vanlig” 7– 17 jobb. Det andre lå vel et halvt døgn hurtigrutereise unna. Begge steder møtte jeg hovedsakelig mennesker som har vokst opp her i landet, en overvekt av kvinner, mange i samme alder som meg. Med vel fem års daglig fysioterapi praksis i helsetjenesten og over 30 år som lærer og leder i norsk helsepersonellutdanning scorer jeg rimelig høyt på *den* hjemmeskalaen også. Hva med det som hevdes å være nødvendig distanse mellom forsker og ”forskningsobjekt” – et nødvendig ”utenfrablakk” – også i en vitenskapelig disiplin som ”måler” forskningskvalitet i grad av nærhet med de utforskete og sin egen menneskelighet som sitt viktigste forskningsinstrument (Eriksen 1992)? Å prøve å ta perspektivet som fremmed/nykommer/naiv ”kulturamatør”, er kjente metodisk knep for antropologer som velger å gjøre forskning i eget samfunn (Wadel 1991, Nielsen 1996, Frøystad 2003). Analytisk distanse gjennom antropologifagets begreper og teorier er en annen måte å gjøre det på (Gullestad 1991). Jeg hadde ikke behov for å ”fremmedgjøre” meg utover den avstanden som ligger i 30 års fravær fra daglig arbeid i en kunnskapsbasert sektor i stadig endring. Like lite som jeg av informasjonsmessige hensyn hadde behov for å etablere kontakt utover her-og-nå-situasjoner med det store antallet helsepersonell jeg møtte hver dag. Jeg ble godt nok kjent med dem til at vi begge kunne ta initiativ til spontane samtaler. Kort sagt, selv om avstand-nærhet-forholdet til felt og feltfolk var annerledes enn i det ideelle feltarbeidet, balanserte det ut ifra informasjonsbehovet i mitt temaorienterte og smalfokuserte feltarbeid.

*Omfanget* av feltarbeidet mitt var langt fra idealet. Den sammenlagte tiden var relativt kort og den var oppstykket. Hvordan kan man stole på et antropologisk forskningsmateriale som er innhentet over så korte tidsrom? I følge antropologisk konvensjon er lange tidsperspektiv nødvendig for å kunne studere ulike fenomen i forskjellige kontekster i holistisk orienterte prosjekt. Jeg deler idealet, men ser også grunner til at det bør modereres. I denne sammenhengen er det viktigste argumentet at feltarbeidet mitt ikke inngikk i et holistisk orientert prosjekt. Med ”samarbeid” som forskningsobjekt og relasjoner mellom helsepersonell som fokusområde, var kvaliteten på informasjonen mer avhengig av valg av

situasjoner, prosedyrer og rutiner der samhandling lot seg observere, enn av lengden på den tiden jeg tilbrakte sammen med feltfolket. Den totale lengden på feltarbeidene ble vurdert ut fra en opplevelse av å ha utnyttet feltenes innsiktpotensial i forhold til samhandlingstemaet. Det vil si når observasjoner og samtaler ikke bidro til ny kunnskap, men bare bekreftet de erfaringene jeg hadde. ”Bare” er ikke rette ordet, for de gjentakende erfaringene ga trygghet i representasjonsarbeidet.

*Deltakende observasjon* er, som nevnt foran, et urealistisk ideal hvis man skal studere pasientnære prosesser i dagens helsetjeneste. At jeg stort sett bare fikk anledning til å observere, ble søkt kompensert gjennom spørsmålstilling og samtaler om de observerte situasjonene. Dessuten hadde det samarbeidsfokuserte blikket mitt atskillig vidvinkel. Det vil si at jeg fanget opp og noterte ned så mye som mulig av det som skjedde til enhver tid: fysiske omgivelser, pasientprosedyrer, handlinger, samhandling, diskusjoner, utsagn osv. Alt for å forstå og kunne skape et mest mulig helhetlig og nyansert bilde av samhandling i helsetjenesten. Med andre ord, til tross for at jeg bare bedrev *observasjon* av samhandling mener jeg at materialet har nødvendig fylde og troverdighet. Sistnevnte henter det bl.a. fra egen synlighet og posisjonering som helsearbeider og forskerstudent. For feltfolket var det første viktigst. Flere ga uttrykk for at helsearbeidererfaringen min gjorde det lettere å ta meg med i pasientsituasjoner og snakke fortrolig med meg om det som skjedde i Avdelingen. At jeg var middelaldrende kvinne styrket samhørigheten for noen. På grunn av mitt tidligere yrkesmessige forhold til helsetjenesten ble jeg vist tillit som åpnet for mer innsikt. I dette ligger det også en viss deltakelse.

## **Tilbakeføring**

Allerede før jeg begynte feltarbeidene hadde jeg bestemt meg for å gi *tilbakemelding* til feltfolket. På sykehuset ble beslutningen styrket av en viss skepsis til samfunnsvitere etter et tidligere feltarbeid. Viktigste motivasjon var allikevel en kombinasjon av å ville gi noe tilbake til feltfolket, og få ”validert” egne felterfaringer. Det samme var tilfellet i kommunen. I løpet av feltarbeidet kom imidlertid disse mer prinsipielle begrunnelsene i bakgrunnen. Tilbakemeldingen ble bare en naturlig videreføring og avslutning av dialogen mellom dem og meg.

Tilbakeføringstemaet har hatt en sentral plass i fagets etikkdebatt. Informanter og studenter har bidratt til å løfte den frem (Krogstad 1986, 1988, Grennes 1988, Schackt 1992, Hviding 1998, Thuen 1998, Gullestad 1999, 2003, Fagerlid 2005).



Mens den tradisjonelle antropolog kunne skille relativt klart mellom såkalte informanter ”der ute”, og kolleger, oppdragsgivere og allmennhet ”her hjemme”, har vi som arbeider i det ”egne” samfunnet lenge opplevet at de såkalte informantene dukker opp på forelesninger og foredrag. Formidling til allmennheten er som regel det samme som tilbakeføring til dem forskningen handler om (Gullestad 1999: 81-2).

Det er grunn til å ta tilbakeføring alvorlig. Samtidig må vi være våken for eventuelle tvetydigheter i debatten: Er det forskningstilnærmingen det stilles spørsmål ved? Er det forskernes holdning og handlinger under feltarbeidet? Er det resultatenes gyldighet? Eller er det selve forskningsresultatene? Både Hviding og Gullestad legger vekt på det faglige potensialet som ligger i det å ha en god dialog med feltfolket i tid og rom, slik tilbakemeldingen åpner for.

Slik jeg ser det, kan ”tilbakeføring” for det første forstås som en del av forskningsprosessen som styrker materialets og fortolkningens validitet. Antropologen er i felten for å lære, og tilbakeføring av de ferdige analysene kan sees som en sjekk på at hun faktisk har lært noe. For det andre kan antropologen ved dette bidra til en kunnskapsbygging som har en viss sjanse til å kunne være nyttig for dem forskningen handler om ... Dialogen skaper nemlig en reell mulighet for at de berørte selv kan knytte de forbindelsene de ønsker mellom vitenskapelig kunnskap og andre kunnskapsformer. Jeg vil derfor argumentere for at det er nødvendig å se både formidling og tilbakeføring i sammenheng med selve kunnskapsbyggingen (Gullestad 1999:83).

Tilbakeføring kan altså forstås både som et forskingsstrategisk grep – å få sjekket ut materialets gyldighet sett fra de utforsketes ståsted – og en naturlig fortsettelse av dialogen med feltfolket. Begge deler er sentrale dimensjoner ved det antropologiske tolkningsarbeidet.

Tilbakemeldingene til feltfolket var noe jeg både så frem til og gruete for. Det var som å skulle opp til eksamen. Jeg gjorde det da jeg var i begynnelsen av bearbeidningen av materialet, og hadde bare så vidt begynt å få litt grep om tolkningen. Men - ville feltfolket være enig med meg? Ville de kjenne seg igjen? Ville de protestere, opponere eller avvise? Jeg ga tilbakemelding til tre forsamlinger. På sykehuset var alt personalet på Avdelingen invitert. Møtet ble plassert på et tidspunkt da sykepleierne hadde sitt månedlige fagmøte. Det kan forklare overvekten fra denne gruppen. Ellers var det en del hjelpepleiere, men bare en lege.<sup>140</sup> I kommunehelsetjenesten ga jeg tilbakemelding til sykehjemmet og hjemmetjenesten hver for seg.<sup>141</sup> Dette ble gjort både ut fra praktiske hensyn, men også for å se om de reagerte forskjellig på det jeg selv opplevde som det viktigste funnet. Alle steder hadde jeg fått forhåndsgodkjenning på å bruke digitalt opptaksutstyr.

---

<sup>140</sup> Selv var jeg litt skuffet over at det ikke var flere leger. Samtidig forsto jeg det, ut fra kjennskapet til legenes arbeidssituasjon. Og, sammenlignet med det jeg opplevde i begynnelsen av feltarbeidet: ikke en eneste lege til stede på det seminaret som skulle diskutere avdelingens visjoner og handlingsstrategi – utenom han som skulle ha foredrag - var det ingen grunn til å klage.

<sup>141</sup> Alle presentasjonene jeg brukte i tilbakemeldingene fins i vedlegg 3.

På sykehuset kom den første kommentaren på tilbakemeldingen fra en av sykepleierne med lengst fartstid på Avdelingen: *Nei det er vel sånn det er. Jeg synes det høres veldig rett ut.*

Flere svarte ja og nikk. En annen sa:

*Det der med tvetydigheter synes jeg var interessant. Hvorfor blir det sånn? Dette med kapasitetsproblemer er sentralt. Det som du tar opp er kjente ting for oss, men da kjenner jeg at jeg er mer inne på hvorfor er det sånn? – og har lyst å komme med forklaringene. Men jeg tror du har vært på samme klode som oss.*

Dette sitatet er illustrerende for reaksjonene. Det virket som alle kjente seg igjen, selv om de ikke hadde tenkt på det på den måten før. Derfor ble det ikke så mye diskusjon. I stedet begynte feltfolket å årsaks-forklare til hverandre. Det ble snakk om lite ressurser, for mange pasienter per pleier, for liten plass og andre kapasitetsproblemer. På den ene siden kan dette oppfattes som forsøk på ontologisering – på den andre kan det være et hint om å utvide tolkningsrammene for bedre å kunne forstå samarbeidets forutsetninger.

### **Samlet blikk på de metodiske tilnærmingene**

Intensjonene med dette prosjektet var å belyse virkningen av statlig initiert fellesundervisning mellom ulike studentgrupper i helsefaglige grunnutdanninger og hvordan barrierer mellom profesjoner manifesterte seg i samarbeidssituasjoner i helsetjenesten. Allerede her blir prosjektet definert som tematisk og behov for en sammensatt forskningstilnærming ligger implisitt. Jo mer jeg jobbet med problemstillingene, jo mer så jeg behovet for å bruke flere metodiske tilnærminger, men jo lenger bort kom jeg fra tradisjonelle antropologiske forskningsidealer: ”Ute” ble ”hjemme”, døgkontinuerlig tilstedeværelse over lang tid ble diskontinuerlig jobb mellom 7 og 17 i korte perioder, deltakende observasjon med vekt på deltakelse, ble *bare* observasjon, og holistiske ambisjoner ble begrenset til tematisk helhet. Hvis jeg omdanner motsatsene til sammenhenger og relaterer dem til begrepsparene smal – bred, nærhet – avstand, del – helhet er det mulig å se tilnærmingene som utfyllende og nyanserende måter å drive antropologisk forskning på. I spennet mellom *smal og bred* kan min tilnærming ses som smal i forhold til det langvarige feltarbeidet, men bred i forhold til steder og informasjonskilder. Gråsonen mellom *nærhet og avstand* inneholder mange typer av begge deler. Min nærhet ligger i kjennskap til feltet gjennom tidligere erfaring fra arbeid der. Denne nærheten opplevde feltfolket så tillitskapende at de tok meg inn i kommunikasjonsfellesskapet sitt. Avstanden lå dels i de endringene helsetjenesten hadde gjennomgått siden jeg jobbet der, og dels i feltfolkets og egen bevissthet om at jeg var der som forskerstudent, ikke som helsepersonell. I det tradisjonelle feltarbeidet trengs avstand til feltet for å etablere nærhet til feltfolket gjennom deres ”opplæring” av antropologen. Samtidig

som relasjonell nærhet ses som en forutsetning for forskningsmaterialets kvalitet. *Del – helhetsforbindelsen* dreier seg om forholdet mellom perspektiv og fokus. I forhold til feltarbeidsmalen fra Malinowski, representerer temaorienteringen min per definisjon et delperspektiv. Helheten prøver jeg å ivareta dels ved å plassere tema i forhold til flere relevante helheter, bl.a. de som gjennomgås i kapitel 2, og de mange kontekstene jeg erfarte i de ulike delene av helsetjenesten.

#### **6.4 På vei inn i feltet – noen etiske refleksjoner**

Fordi antropologisk innsikt hovedsakelig skapes i relasjoner mellom feltfolk og forsker, kan kunnskapsproduksjon aldri løsrives fra etiske vurderinger i noen deler av forskningsprosessen. Mange av refleksjonene om representasjon i kapitel 6.2 dreier seg om forskningsetikk i praksis. De angår forholdet til de menneskene som var villige til å dele sine erfaringer og innsikter med meg, og dermed bli en del av forskningsmaterialet mitt. I dette avsnittet ser jeg på ulike etiske dimensjoner, bl.a. noen situasjonsnære og personlige vurderinger knyttet til feltfolk og pasienter jeg møtte i feltet. Pasientene inngår ikke i kategorien feltfolk, det vil si at jeg ikke brukte dem som informasjonskilder i forhold til avhandlingens tematikk. Derimot hadde de en sentral rolle i det samarbeidet jeg undersøkte. Denne mellomposisjonen viste seg etter hvert å by på en del utfordringer som jeg oppfattet å være av etisk karakter.

De etiske vurderingene *i forkant av* feltarbeidet var motivert av idealene om bevissthet og synlighet, og formelle krav til forskningsetikk og personvern. Sistnevnte var det letteste. Retningslinjene fra NSD er relativt greie å forholde seg til, selv om den antropologiske forskningstilnærmingen delvis går på tvers av NSDs forskningsmetodiske tenkning. NSD-skjemaet er utformet ut fra en forståelse av et ”en til en forhold” mellom forsker og utforsket, antakelsen om at forskeren er interessert i personlige eller personfokuserende data, og en forventning om at forskningsforløpet vil bli som planlagt. Mitt møte med NSD-skjemaet aktualiserte spørsmål som: Var det nok at jeg hadde snakket med lederne for avdelingene og bedt dem henge opp de NSD-godkjente informasjonsskrivene mine,<sup>142</sup> eller måtte jeg spørre hver enkelt ansatt om de ville ha meg der? Måtte jeg skrive ny søknad til NSD hvis samarbeidet med feltfolket tok meg i andre retninger enn jeg hadde tenkt og skapte behov for nye tilnærminger? Uansett hvor godt en forbereder seg, så vil møtet med feltet alltid bli annerledes enn man har tenkt. I praksis var det i ansikt-til-ansikt-møter med feltfolk og pasienter jeg møtte de største utfordringene.

---

<sup>142</sup> Se vedlegg 3A

## Første møte med feltfolket på sykehuset

Den situasjonsnære forskningsetikken fikk jeg et sjelsettende møte med første gang jeg møtte den samlede sykepleiergruppen på Avdelingen. Slik beskrev jeg det i feltnotatene:

Stabsmøtet den 8. september er det første møtet med sykepleierne på Avdelingen. Dette er relativt sjeldne møter med lange sakslister. Det holdes i et møterom som er alt for lite hvis alle de over 100 pleierne kommer, men det gjør de ikke, så det blir plass til alle. Jeg får disponere 20 minutter og har satt opp en liste over hva jeg vil snakke med dem om. Det er viktig å være kort og klar i beskrivelsen av prosjekt og deltakende observasjon, slik at pleierne kan komme med reaksjoner og eventuelle betenkeligheter. Det blir mange spørsmål: Hvor lenge har jeg tenkt å være der? Hvordan skal den deltakende observasjonen gjøres? Blir det som i ”Salmer fra et kjøkken<sup>143</sup>”, hvor forskeren sitter i et hjørne og registrerer, eller skal jeg være med i det som skjer? ”Hva får vi igjen av å ha deg i avdelingen?” Kan de si nei til å ha meg med i situasjoner de ikke ønsker jeg deltar i? Hva med det etiske i forhold til pasienter og pårørende?

Jeg svetter i hendene og flammer på halsen. Dette er møte med feltet! Positivt i den forstand at feltfolket er engasjert, vil vite, være med å sette premisser. Uroende fordi jeg ikke helt vet hvordan jeg skal tolke spørsmålene, og er usikker på hva og hvordan jeg skal svare. Jeg er på nippet til å føle meg som en inntrenger på andres eiendom, en titter bak forhenget - til noe jeg egentlig ikke skal se. Som utenforstående og uvitende i et felt preget av kompetanse og bevissthet. Jeg prøver å nærme meg dem dels ved å svare så godt jeg kan, dels ved å spørre hva de selv tenker. ”Stå-med-hatten-i-hånden” følelsen er der igjen. Ønsket om observasjonsdata uten å måtte observere, om å få innsikt uten å måtte bry de som kan gi meg den, om å være usynlig tilstede i den synligheten som redeligheten krever, trenger seg på. Feltarbeid kjennes på kroppen. Det skapes i møte mellom mennesker – i bevegelser mellom andres og egne grenser, mellom å få, ta og ønsket om å gi, mellom å forstå og bli forstått (feltnotater fra 08.09.04).

I ettertid erfarte jeg at det ikke var spørsmål som dette som var utfordrende, selv om de i situasjonen føltes ubehagelige. De åpnet for dialog, og i denne dialogen lå en erkjennelse av fellesskap. De virkelige utfordringene møtte jeg i forlengelsen av spørsmålet: *Hva med det etiske i forhold til pasienter og pårørende?* Jeg tenkte mye på dette, og brukte bl.a. ett av de obligatoriske ”papperne” i opplæringsdelen til å sette meg inn i brukermedvirkning i norsk helsetjeneste (Ekeli 2003). Samtidig var jeg veldig klar på at pasienter og pårørende bare skulle ha en plass i randsonen av prosjektet. Jeg var ikke ute etter å se hvordan helsepersonell samhandlet med pasientene, men hvordan helsepersonell samhandlet med hverandre om pasientene. For å oppnå dette måtte jeg imidlertid være tilstede i situasjoner der det skjedde, og det syntes jeg var problematisk. Som hvitkledd forskerstudent i følget av leger og sykepleiere som gikk rundt på ”visitt” til pasientene, følte jeg meg som en med skjulte hensikter. Til å begynne med håndhilste jeg på pasientene, presenterte meg og sa at jeg ikke var personale, men skulle studere hvordan de jobber sammen<sup>144</sup>. Etter hvert syntes jeg dette

---

<sup>143</sup> Dette er tittelen på en film som er en glitrende parodi på positivistisk samfunnsforskning - om hvordan forskere på 1950-tallet innhentet ”nøytral” og ”objektiv” informasjon om enslige menns kjøkkenvaner.

<sup>144</sup> Jeg var på en avdeling med relativt stor pasientsirkulasjon. Derfor var det sjelden at jeg møtte de samme pasientene to ganger, spesielt fordi jeg også sirkulerte mellom de tre ”visittgruppene” på sengeposten.

ble kunstig. Det tilfredsstilte mitt eget behov for å være etterrettelig, men hvorfor skulle jeg belaste pasienter som hadde nok med sin egen sykdom med denne informasjonen? I verste fall kunne jeg risikere å forvirre dem slik at de kanskje ikke fikk tatt opp med legen det de hadde forberedt seg på. Gradvis lærte jeg å vurdere når jeg brøt forstyrrende inn i en rutine og i en relasjon, og redelighetskravet ble relativisert.

Verre var det med synliggjøringen av “forskeridentiteten” i en annen pasientrelatert situasjon: En av avdelingssykepleierne syntes det måtte være interessant for meg å høre pasientenes oppfatning av Avdelingen, og anbefalte meg å gå inn på dagligstuen hvor de ferdigbehandlede pasientene ventet på utskrivningssamtalen med legen. Jeg sa jeg syntes det var en god ide, men trodde det kunne bli et etisk problem. Hvordan skulle jeg få fortalt at jeg verken var pasient eller pårørende, bare en forskerstudent som var ute etter å høre hva de mente om Avdelingen. *Ikke noe problem, mente avdelingssykepleier. Der snakker alle med alle, og da spør de helt sikkert hvorfor du er her.* Slik opplevde jeg det:

I dag går jeg til sengeposten for å snakke med avdelingssykepleier om hvordan jeg kan rekruttere folk til de avtalte samtalene. Hun er sykemeldt ut uken. Får da en tanke om at jeg skal følge opp forslaget om å sette meg på dagligstuen.

Jeg drister meg inn. En mann og en kvinne sitter der. Jeg setter meg ned. Tar opp av sekken et manus som jeg arbeider med. Vet ikke helt hvordan jeg skal presentere meg. Synes det er viktig å få formidlet at jeg ikke er pasient, men forskerstudent. Det har noe med etikken i det hele å gjøre. Jeg liker ikke å sitte der under gale forutsetninger – uten å ha gitt tilkjenne hvem jeg er. Jeg kommer i snakk med kvinnen, og får da anledning til å fortelle hva jeg driver med. Like før har imidlertid mannen, som har vært innlagt, gått ut. De skal reise hjem i dag. Det kommer en annen mann inn, og deretter en mann og en kvinne. Jeg reiser meg fra sofaen og overlater plassen til dem. Finner meg en pinnestol innerst i et hjørne. Mannen forteller at han kom inn på mandag, og at han håper å komme hjem i dag. Han orker ikke å være i byen lenger. Den andre mannen er hjertens enig: ”Du får ikke sove om natten på grunn av all den trafikken. Det er biler hele tiden. Stopper de aldri å gå?” Nei, alle er skjønt enige om at måkeskrik er mye bedre enn biltrafikk (Feltnotater 07.04.05).

De to mennene begynner å fortelle historier, på en måte som inkluderer alle som sitter der. Vi ler og kommenterer. Jeg med en stigende følelse av ubehag. Det er nemlig ingen som spør meg hva jeg gjør – stikkordet for at jeg skal kunne få rensset min “forskningsetiske samvittighet”. Derfor ender det hele slik:

Jeg føler meg etter hvert ganske utilpass. Ingen spør meg om noe - det skjer noe hele tiden – folk snakker sammen, folk kommer og går - det passer derfor ikke at jeg bryter inn og forteller at jeg er her som forskerstudent. Jeg føler at jeg spionerer – tyvlytter. Det er en ekkel følelse. Når det kommer inn to nye pasienter som trenger stoler, benytter jeg anledningen til å forlate rommet. Jeg går til møterommet på sengeposten (ibid).

Når jeg leser disse feltnotatene nå, så er det jo helt pinlig. Hvor selvopptatt går det an å bli – i redelighetens navn? Hvorfor i all verden skulle noen være interessert i hvem jeg er? De har sikkert bare gått ut i fra at jeg er pårørende eller pasient. Og – hva betydde det egentlig? For

dem var jeg bare en til som lo av historiene. Ikke fikk jeg vite noe mer om hva de mente om Avdelingen, heller. Men folkelivsskildringene var gode. Situasjonær etikk fortøner seg ofte som en balansegang mellom forskningsetiske idealer og uryddige og komplekse realiteter i feltet. Med dette avsluttes de metodiske refleksjonene, og jeg har allerede plassert meg på sykehuset som er “lokus” for fortellingene om samarbeid mellom helsepersonell i neste kapitel.

## Kapitel 7

# SAMARBEID I SYKEHUSET

Nå er jeg tilbake på avhandlingens hovedspor – empirien. I dette kapitlet henter jeg frem erfaringer fra feltarbeidet på sykehuset. Det ga et bombardement av inntrykk. Selv om sykehusverden ikke var fremmed, var det en annen og egen verden på mange måter. Det selvsagte for feltfolket var uvant for meg. Det som var underforstått for dem måtte jeg spørre om. Språket de forsto sine oppgaver gjennom måtte jeg grave dypt i min helsefaglige hukommelse for å finne grammatikken til. Jeg var en outsider i sykehusets verden - allikevel var det mitt felt. Det ble mitt nettopp i anstrengelsene med å se, høre og prøve å forstå - i møtet mellom deres og min virkelighetsforståelse. Det ble mitt i arbeidet med å prøve å fange deres aktiviteter og uttrykksformer gjennom antropologiens begreper. Det ble mitt ved at jeg fikk speile prosjektets tema og problemstillinger i det meningsuniverset hvor det har sin referanse og relevans. Men – ved å gjøre sykehusverden til ”min” på denne måten, endres den. Jeg håper fortsatt den er gjenkjennelig for feltfolket, selv om de kanskje ikke ville fremstilt den slik. Situasjonene jeg fokuserer på er kanskje ikke de, de ville valgt. Valgene mine er basert på ønsket om å få frem det jeg oppfatter som sykehusets puls og atmosfære. Den travle, oppstykkete og ofte usammenhengende hverdagen som går på raske ben, kledd i hvite frakker.

Det er gått ca. 15 år siden den omstridte ledelses- og organisasjonsstrukturen kom på plass.<sup>145</sup> Jeg gir først et grovriss over sykehuset slik det var da jeg gjorde feltarbeid der,<sup>146</sup> ved hjelp av informasjon fra UNNs hjemmesider (2006).<sup>147</sup> Samarbeidsfokuset mitt er hovedsakelig innstilt på forholdet mellom sykepleiere og leger. De fire enhetene i Avdelingen er beskrevet hver for seg og de praksisnære analysene av samarbeidet der er samlet under overskriftene ”Parallellitet”, ”Gråsoner”, ”Pasienten” “Formende strukturer” og ”Samarbeid og barrierer – myter og erkjennelse”.

### **7.1 Sykehus og Avdeling**

Sykehusets mål beskrives i tre punkter: 1. ”Best når det gjelder” - ”I ett og alt: pasienten først!”. 2. ”Ha en åpen og god kommunikasjon som sikrer likeverdighet og et godt

---

<sup>145</sup> Prosessen som ledet opp til den er beskrevet i kapitel 2.5

<sup>146</sup> I 1991 skiftet sykehuset navn til Universitetssykehuset i Nord-Norge, UNN.

<sup>147</sup> Adressen er: <http://www.unn.no/category10083.html> (2006).

beslutningsgrunnlag”. 3. ”Sikre godt samarbeid på tvers av nivåer og foretaksgrenser”. Nedenfor står det med forstørrete typer: ”Vår virksomhet skal preges av kvalitet, tverrfaglig samarbeid og felles ansvar i alle ledd, og bygge på: LIKEVERD, ÅPENHET, RESPEKT OG MEDBESTEMMELSE. Så får det ikke hjelpe at vi blir best”(ibid).

Sykehuset flyttet i 1991 inn i nye lokaler, som noen år senere vurderes som altfor små for aktiviteten. I 2004 ble det gjort en del ombygging og intern rokkering for å bedre situasjonen på indremedisinsk avdeling ”hvor vi har betydelig overbelegg og korridor-pasienter” (Årsmelding 2004:5). Det året hadde sykehuset 26 551 innleggelser, 13 058 dagbehandlinger og innkasserte 36 904 DRG-poeng<sup>148</sup> (ibid:48). I 2005 var det: 26 262 innleggelser og 13 874 dagbehandlinger som samlet resulterte i 37 967 DRG-poeng (Årsmelding 2005:49). Avdelingen var både i 2004 og 2005 en av de mest ”produktive” på sykehuset. I 2004 hadde den 3557 innleggelser, 2486 dagopphold og bidro med 3783 DRG-poeng (Årsmelding 2004:48). Året etter var tallene 3847, 2318 og 4158 (Årsmelding 2005:8). Sykehusets kliniske virksomhet var i 2004 fordelt på 32 avdelinger<sup>149</sup> med 10 kvinnelige og 22 mannlige avdelingsledere (Årsmelding 2004:9). Totalt var det dette året ansatt 4 514 personer ved sykehuset hvorav 3 325 kvinner. Årsmeldingene gir ikke oversikt over antall ansatte på de ulike avdelingene. Effektivisering og nedbemanning er en gjennomgående tematikk i årsmeldingene. I 2003 vedtok styret en nedbemanning på inntil 200 stillinger (Årsmeldingen 2003:3). Det er derfor ikke rart at direktøren i meldingen året etter beskriver 2004 som et år ”i nedbemanningens tegn” med ”tilpasning til eksisterende rammer” (s.4).

## **Avdelingen**

Avdelingen ledes av et team på tre: oversykepleier, kontorleder og avdelingsoverlege. Sistnevnte er øverste leder. Avdelingen har fire enheter: En sengepost med 24 senger for pasienter som innlegges akutt eller er der fordi de har behov for oppfølging. En ”Elektiv” enhet<sup>150</sup> med 10 senger, som tar inn ventelistepasienter til undersøkelse og dagbehandling. En overvåkningsenhet – ”OVE” – for pasienter med behov for døgkontinuerlig oppfølging. En enhet for undersøkelse og behandling – ”UBE”. Her utføres undersøkelsesprosedyrer som,

---

<sup>148</sup> Her er dagkirurgiske inngrep også innregnet. DRG står for Diagnose Relaterte Grupper - ”måleredskapet” for den innsatsstyrte finansieringen av norske sykehus. Nærmere beskrevet i kap. 2.4

<sup>149</sup> Ut fra årsmeldingene virker det som antallet varierer litt fra år til år. Jeg har valgt å forholde meg til 2004-tallet fordi dette fanger opp endringer i forbindelse med den omorganiseringen som angår Avdelingen min. Samtidig vil jeg gjøre oppmerksom på at Avdelingen i 2007 sluttet å eksistere i den formen jeg opplevde den, som følge av en ny omorganisering. Jeg bruker allikevel det antropologiske presens i beskrivelsene.

<sup>150</sup> Jeg bruker anførselstegn i denne første omtalen av enhetene for å markere at navnene er mine konstruksjoner.



avhengig av funn kan utvides til behandling. Før jeg presenterer de enkelte enhetene nærmere stopper jeg opp ved det jeg oppfattet som sykehusets etos.

## **Mellom rutiner og ad hoc**

Sykehuset er en gjennom rutinisert verden. Rutinene er sykehusets tidsregning. Møter, rapporter, previsitt, visitt og prosedyrer fyller sine bestemte deler av dagen. Samtidig – gjennom og på tvers av alle rutinene – synes ad hoc situasjoner å være det mest sikre av alt. Med andre ord, sykehushverdagen er spent ut mellom de handlingsskjema og prosedyrer for pasientrettet arbeid og drift av avdelingen - og det uventete - som det også finnes rutiner for, men hvor også de situasjonsnære vurderingene kanskje får en større betydning. En antydning om behovet for ad hoc beredskap gir en av legene: *Jeg tror ca 75 % av pasienttyngden er øyeblikkelig hjelp, og det gjør det vanskelig å styre.*

Rutiner finnes både som *skjemastyrte handlingsrekker* nedskrevet i håndbøker, som aktive prosedyrestyrte handlinger og som internalisert kroppslig praksis hos de som følger dem dag etter dag, slik hjelpepleieren på Elektiv gjør:

*De elektive pasientene kommer jo til UBE, og blir innskrevet dagen før hos oss. Og da er de i røntgen, også tar de blodprøver, snakker med lege og sånne ting. Så klargjør vi journalen deres den samme dagen, om ettermiddagen, sånn at vi har den klar til om morgenen når de kommer til oss. Vi må sjekke at alt er i orden når de møter opp om morgenen. Det er faktisk så innarbeidet, du kan si at det går av seg selv.*

Noe av det samme gir sykepleieren uttrykk for, men med en litt annen undertone. Han peker på muligheten – eller faren – for at alt arbeid med pasienter kan bli rutinemessig. Selv trives han godt med rutinene. Samtidig vil det alltid være noe som utfordrer dem:

*Uansett hvor jeg jobber som sykepleier – nei ikke uansett – men i min jobb, så blir det jo etter hvert rutinemessig arbeid, både her og på sengepost, sånn sett. Man gjør jo stort sett det samme med pasientene hver dag, og det er min jobb å klare det. Men selvfølgelig, skjer det jo ting som bryter med rutinene, så er det godt å se både andre mennesker og andre arbeidsrutiner.*

I siste setning skimter vi rutinenes tvetydighet. ”Ting” gjør at de brytes, eller må brytes, for å gi rom for andre mer spesialtilpassete løsninger. Rutiner er alltid svanger med behovet for ad hoc løsninger, akkurat som ad hoc situasjonene har sine rutiner. Elektiv enhet er den sengeposten som er mest rutinisert, men også kanskje den som utfordrer mest til raske vurderinger som rutinehåndboken ikke kan hjelpe med. En av legene kommenterer ad hoc kompetansen til sykepleierne på Elektiv: *De er flinke de sykepleierne som er der, de er vant til å jobbe selvstendig, – ja å ta avgjørelser.* Et annet eksempel på rutinesituasjoner som påkaller ad hoc løsninger beskrives av en sykepleier på UBE:

*Prosedyrene har på en måte fortrinnet her, vurderingene som du gjør som sykepleier blir borte. Du føler at denne her jobben kan hvem som helst læres opp til, å putte de delene inn i en maskin. Så det eneste er de situasjonene der pasientene blir dårlig at jeg skal bruke hodet mitt. I går hadde vi en pasient som jeg trodde døde – som fikk ventrikkelflimmer og, da gjør du noen ting med det, også tar du deg av han etterpå. Han overlevde, han fikk støt og overlevde. Etterpå så kjente jeg at jeg hadde mer energi, og hadde lyst til å jobbe mer – da måtte jeg tenke over ”hva var det som gjorde at jeg synes det var bra?” Det blir nesten grotesk, fordi det var en situasjon der pasienten ble dårlig, men det var en situasjon der jeg måtte tenke ”hva skal jeg gjøre nå?” Ikke bare gjøre det som er forventet.*

I en situasjon med hjertestans er det *klare rutiner* for hvilket utstyr som trengs, og hva som skal gjøres. Den som er nærmest pasienten starter gjenopplivingen. Når andre kommer til fordeles oppgavene:

*Når stansalarmen går, så skal jo alle stille opp. Jeg har vært med på alt fra kompresjon til å ringe nødnummeret, til å hente akutt-trallen som står der, og sørge for at det er fri bane på gangen. Alle tar sine oppgaver i den situasjonen, vi ser hvor det trengs. Det er jo ganske mye erfaring som ligger bak det å vite akkurat hva du skal gjøre. For i den første tiden var det tøft når det gikk stansalarm. Jeg følte at jeg var på feil sted til feil tid. Nå føler jeg at jeg kan bidra med mer, og jeg ser hvor jeg kan være til nytte.*

Helsepersonellet i sykehuset må altså finne sin rolle og utføre sine oppgaver i dynamikken mellom rutiner og ad hoc løsninger. For noen passer rutinene best, andre fungerer godt i ad hoc situasjoner, mens enkelte synes til og med det er disse som er mest faglig stimulerende. Uansett rutiner eller ad hoc, vurderingsansvaret til den enkelte helsearbeider vil alltid være der. De må alltid kunne vurdere når rutinene må vike for ad hoc tiltak, og hvordan rutiner kan tilpasses ad hoc situasjoner. Vurderingsansvaret inkluderer bevissthet om egen kompetanse og eget fags kompetansegrenser. Grenser som synes å være i stadig bevegelse.

## **Sengeposten**

Denne enheten er organisert rundt to parallelle korridorer. Pasientrommene er plassert langs ytterveggene. Det er 4 firesengsrom, 2 tosengsrom og 4 ensengsrom. Fordi korridorpasienter er mer regel enn unntak kan det ofte være nærmere tretti pasienter på posten. Tidligere var det flere pasientrom, men disse er nå tatt i bruk til andre funksjoner som behandlings- og kontoroppgaver. I tillegg er det personalrom i den ene korridoren og vaktrom med kontor for avdelingssykepleier og sekretær i den andre. I midtfeltet mellom de to korridorene er det ulike rekvisittrom, kjøkken, skyllerom og rom for desinfeksjon. Det er to tverrforbindelser mellom korridorene. I den ene er tøylageret hvor pasientene selv kan hente T-skjorter, håndklær og underbukser. I den andre er kafeteriaen. Oppslagstavlene her er fylt med pasientrelevant informasjon. På veggene i korridorene er det bilder, for det meste grafikk. I utformingen av sengeposten leser jeg intensjoner om trivsel og aktivitet for pasientene.

Sengeposten og Elektiv har felles personale - sykepleiere og hjelpepleiere. De fleste er fast stasjonert på ett av stedene. Til sammen er det ca 40 pleiere fordelt på 33,5 stillinger hvorav 22,5 er for sykepleiere. De fleste, ca 2/3 er tilknyttet sengeposten. For hjelpepleierne er det vanlig med deltidsstillinger. Ikke fordi de vil, men fordi de ikke får større stillingsandeler. De har imidlertid god anledning til å få ekstravakter for å dekke opp turnusen, spesielt i helgene.

Takten i Sengepostens dagsrytme er de faste gjøremålene. Klokken 7.30 samles pleierne til såkalt fellesrapport. Deretter fordeler de seg på tre arbeidsgrupper, rød, grønn og blå. Når legene er ferdige med sine møter, vanligvis mellom kl 9 og 10, kommer tre – en til hver gruppe - for previsitt og visitt med etterarbeid. Under previsitten utveksles informasjon mellom gruppeleder og lege, og aktuelle tiltak drøftes. Etter visitten drøftes pasientenes situasjon på nytt og beslutninger om videre undersøkelser og behandling fattes. Gruppeleder gir rapport til sin gruppe om hvilke beslutninger som skal iverksettes for den enkelte pasient. Ved slutten av vekten overføres relevant informasjon om den enkelte pasient til neste skift. En kvinnelig hjelpepleier forteller hvordan dette tar seg ut innenfra:

*Vi har jo gruppeleder, som er en sykepleier, og så er vi minimum to ute da, som har ansvaret for stell og mat og – Vi har jo rapport på morgenen, så vi får liksom plan for dagen, også har vi midtrapport etter visitten, at vi vet hva som er planen videre, om det er noen som skal reise - så vi kan planlegge hjemreise - om det er forandringer. Og det er veldig fint, for det er også noe nytt, midtrapporten. Ting flyter, det er ikke sånn at du hele tiden må lete opp og spørre. Jobben er å klargjøre til undersøkelser, informere, kanskje litt pleie, at du må hjelpe til å dusje og, og det å støtte litt, kanskje, og trøste litt og. Ja også blir det jo at du kanskje går og leverer prøver, så er det jo rapportskrivning. Jeg har ansvaret for å skrive rapporter før vekten er over, om hva som har skjedd i løpet av dagen med mine pasienter.*

Sett innenfra har altså Sengeposten en velfungerende organisering. Det som er mest iøynefallende, sett utenfra, er det høye tempoet – alle de raske målrettede handlingene som skal utføres innen gitte tidsfrister for nesten alle pasienter samtidig. Da er det kanskje ikke så dumt å kunne lene seg på de mange prosedyrene eller rutinene som er etablert:

*Ja, på den her posten så er det veldig mye rutineoppgaver. Det er noen veldig syke pasienter, men vi domineres jo av pasienter som er inne kanskje en, to, tre dager for å få undersøkelse og behandling. Forberedelse til undersøkelse og operasjoner er rutineoppgaver. Så har du et fåtall pasienter som er kronikere da, og må ha litt mer helhetlig og langsiktig planlegging av sykdommen. Men, det er jo så pass høyt tempo at det er sjelden jeg føler jeg får tid til å ta meg av de pasientene på den måten det kanskje burde ha vært. ... Det er mange ting som skal være ferdig til et visst tidspunkt hver dag, og da må du gjøre det før du tar andre oppgaver. ... Vi har standardiserte måter å opptre på i forhold til de ulike pasientgruppene, og man får den innføringen man trenger i forhold til de pasientene og tiltakene man har fast. Jeg synes det fungerer veldig bra når vi følger dem – at vi gir god pleie.*

Rutinene hjelper godt når pasienter skal klargjøres til undersøkelse og behandling innen gitte tidsfrister. Samtidig ser den mannlige sykepleieren at de pasienter som ikke passer inn i rutinene lett kan marginaliseres. Det oppleves som problem - i sykepleiefaglig perspektiv. Arbeidsdeling og samarbeid mellom pleierne på posten bidrar også til å få det hele til å gli. Slik opplever en kvinnelig hjelpepleier det:

*Vi er så innfletta i hverandre. .. Sykepleierne har jo et kjempeansvar med medisintdeling, legevisitten og alt det der. De har ansvar for pasientene på en annen måte enn det vi har. Vi har litt mer tid til pasientene, å være hos dem og gi beskjed om det som skjer med dem når det gjelder smerter, når det gjelder visitt eller om det skjer noen ting. Vi kan sitte og holde rundt og holde om. De har liksom ikke all den tiden, for de har jo ansvar for alle pasientene når de er gruppeledere. ... Vi er et veldig bra team.*

En av de kvinnelige sykepleierne uttrykker det slik:

*Jeg synes egentlig samarbeidet med hjelpepleierne har fungert veldig greit. De har jo helt andre arbeidsoppgaver enn oss. Medisinene og det der, det er jo vårt felt. De skal gjøre observasjoner og hvis det er noe spesielt, melde det til oss. De vet hva som er deres ansvarsområde og hva som er vårt. ... Mange ganger er det sånn at det er hjelpepleierne som tar en stor del av den pleiekrevende gruppen her.*

Det viktigste skillet i arbeidsoppgaver mellom pleierne på posten synes å være sykepleierens lederansvar og ansvar for å utføre medisinsk relaterte tiltak. Den mannlige sykepleieren kaller dette *tekniske oppgaver* – *sette inn venefloner*<sup>151</sup> og *gi medisiner og sånt*. Mens hjelpepleierne i hovedsak ivaretar pleie og omsorg til pasientene. I neste avsnitt ser jeg hvordan det fungerer når pasienter er på sykehuset på døgnbasis.

## **Elektiv enhet**

Denne enheten er sengepost for de pasientene som kalles inn fra venteliste til undersøkelse og behandling. De fleste skrives inn dagen før og utskrives når inngrepet er utført. Det er ti senger fordelt på tre rom: to firesengsstuer og en tosengs. Den ene firesengsstuen er spesielt tilrettelagt for pasienter som har hatt såkalt invasiv<sup>152</sup> behandling. Pasientene kobles til monitører som registrerer hjertefunksjon, blodtrykk osv, og overvåkes i en time etter inngrepet. En sykepleier er hele tiden til stede i rommet. Det er i alt 7 sykepleiere og 3 hjelpepleiere tilknyttet enheten.

Hver morgen forligger det lister med pasientnavn, fødselsår, diagnoser og hvilken undersøkelse/behandling som skal utføres. Pasientene kommer inn i god tid før den oppsatte tiden, slik at pleierne kan klargjøre dem for inngrepet. For ukompliserte tilfeller betyr det

---

<sup>151</sup> Et kateter som stikkes inn i en vene for intravenøs væsketilførsel eller blodprøvetaking

<sup>152</sup> Invasiv betyr at legens undersøkelse og behandling skjer ved at instrumenter blir ført inn i kroppen.

barbering av lysken og innlegg av veneflon i hånden eller armen. Sykepleier setter veneflon. Ellers er det ikke store forskjeller med hensyn til arbeidsoppgaver. Hjelpepleierne på avdelingen har vært der i mange år og kjenner systemet ut og inn. Den viktigste forskjellen er her, som ellers, at det bare er sykepleierne som kan gi medisiner og overvåke pasientene etter inngrep. På Elektiv er tidspresset skrudd opp et hakk i forhold til Sengeposten. Det går rimelig hett for seg om morgenen når pasienter skal klargjøres og kjøres til lab på UBE.

*Det er hektisk, det er veldig hektisk, når de kjører på alle tre labene, som de nå gjør hele tiden, så går det i ett, ja, det er kjøring - i og med at vi har de i senger, så er det jo mye kjøring, og det er jo tungt arbeid, det er det, men jeg trives (kvinnelig hjelpepleier).*

Igjen kommer rutinene til unnsetning:

Dagvaktens koordinatorfunksjon:

- Tilse at journalene er klare for å følge pasienten til laboratoriet
- Sjekke blodprøver, evt forbehandling
- Systematisere journal for hhv angio, PCI eller fys og elektriske konverteringer
- Oppdatere whiteboardtavlen som viser hvem som ligger i hvilken seng
- Være tilgjengelig for spørsmål
- Gi rapport til kveldsvakt (rapport skal gis med grunnlag i sykepleierdokumentet).
- Bestille middag og melk/juice til kveld

Men det er bare nykommere som trenger å sjekke rutinehåndboken, for de andre er rutinene internalisert som kroppslige handlingsskjema. Som en hjelpepleier sa: *Det der er faktisk så innarbeidet. Du kan si at det går av seg selv.* Rutinearbeid i høyt tempo stenger imidlertid ikke for å se og forstå pasientens behov

*Ja, jeg ser at en pasient er redd. Og noen ganger så er det nok at de får en prat med oss, at vi tar den, selv hvor hektisk vi har det – at vi tar oss tid til å snakke med pasientene. Det syns jeg er veldig viktig. Det er derfor jeg liker best den kontakten vi har – så er det masse rutinearbeid som jeg må gjøre, så klart, sånn er det bare (kvinnelig hjelpepleier).*

Hun forstår også hva samarbeid betyr i en hektisk hverdag:

*Om jeg ser at sykepleierne har mye, så går jeg inn og tar barberingen, gjør klart, ordner til, slik at sykepleieren bare kan sette den nålen i, og ... (stopper litt opp). Ja. Kanskje sykepleieren har så mye annet også, det kan være dager hvor det er lite sykepleiere på, jeg mener da må jeg som hjelpepleier kunne gjøre det som jeg kan gjøre, og som jeg har lov å gjøre, for å lette dagen for henne. Også er det dager at det er mindre å gjøre, og det er nok sykepleiere på. Da tar de alt.*

I motsetning til sengeposten har Elektiv ingen faste leger. Det opplever pleierne problematisk

*Jo da, vi samarbeider veldig bra med legene. Det går seg til. Til å begynne med var det et fryktelig jag – vi har jo ingen faste postlege. Det ønsker vi oss. Ja, det ønsker vi oss veldig. Vi må hele tiden stole på goodwill i fra vakthavende eller andre leger, spesielt på ettermiddagene og natt. Utover det så er det jo en lege som skriver ut pasienten. Han kommer jo først når pasienten skal skrives ut*

Den eneste sikre legekontakten er altså i forbindelse med utskriving. Alle pasientene skal ha utskrivingssamtale med legen. Oftest er det pleierne som må passe på at det blir gjort: *Det er jo stort sett vi som må ordne med alt – mase og calle på legene: "Du må komme de har fly*

*klokken to – de skal reise, de må skrives ut, kom!” Det er veldig mye. Det er en hektisk arbeidsplass, det er det.* Den siste setningen kan også fungere som oppsummering av min egen opplevelse av en tett, arbeidsintensiv og fartsfylt enhet, der smilet og den kvikke replikken sitter løst. Travelhet mangler det ikke på i den nesten enheten heller:

### **Overvåkningsenheten - OVE**

Dette er en relativt lukket enhet. Tre vanlige dører uten vindu fører inn, to for senger og pårørende - i hver ende av en intern korridor - og en for personalet. Sistnevnte leder rett inn til hjertet av enheten - ”operasjonssentralen”. Her sitter det til enhver tid en sykepleier foran fire skjermer. Skjermene er knyttet til scop som viser pasientenes hjerterytme, blodtrykk og pulsslag. I tillegg til de 10 pasientene på OVE, overvåker sentralen også pasienter på Sengeposten via såkalt ”telemetriutsyr”. Skjermene står mot den ene enden av en lang skranke som er avrundet ut i rommet, den andre ender mot en vegg hvor det henger en plakate med det kjente ”Skagenbildet” av to kvinner på stranden. Ved siden av skjermene står det to skrivere, en vanlig og en til å skrive ut hjerterytmer. Bak skranken er en liten sofagruppe - en treseter, to stoler og et bord. På bordet er det nesten alltid aviser og tomme eller fulle glass og kopper. Foran skranken er en bred korridor. På andre siden ligger pasientrommene - en firesengsstue, en tosengsstue og resten enkeltrom. Rommene domineres av mye teknisk utstyr. I enkeltrommene er halve veggene som vender mot korridoren, inkludert skyvedøren inn til rommet, vindu med persiener, som ofte er nedtrukket. Disse rommene ligger nærmest kontrollsentralen. Utenfor rommene står en liten skrivepult med datamaskin. På samme side som kommandosentralen er det rom for undersøkelse og behandling, medisiner, kjøkken, skyllerom og rekvisittrom. Det er legekontorer og kontor for sykepleieledere i den ene enden av korridoren. I den andre holder kontorleder til. Her er det også et lite personalrom som sykepleierne bruker til rapporter og lunsj.

Pleierstaben består bare av sykepleiere med minst to års erfaring etter grunnutdanningen. Mange er spesialutdannet i intensiv sykepleie. Ideelt sett skulle denne andelen vært større, ja nærmere 100 %. Assisterende sykepleieleder karakteriserer staben som relativt stabil: Ca 10 av de som er her har vært i mer enn 10 år. Samtidig er det stadig ledige stillinger, og stadig nye folk innom, som for eksempel studenter fra ulike spesialutdanninger. Det er 9 – 11 pleiere på, på dagvakt, ca 1 pr pasient. På kveldsvakten er det 7, og på natten 5. I helgene er det 6 pleiere på vakt. Det er imidlertid ikke alltid at de klarer å følge denne planen. Hvis det er pasienter med store behov for pleie, behandling og tilsyn, må det kalles inn ekstravakter. En sykepleier sitter på scopet hele tiden og en er akuttvakt med koordinatorfunksjon. De andre

har ansvar for hver sine pasienter. Koordinator skal ha oversyn med alt som skjer, og fordele ressurser etter behov. Kommer det inn akuttpasienter, må det ofte gjøres en omfordeling. Akuttvaktfunksjonen består i å ta imot akutttilfellene, pluss å kontrollere at alt utstyret på enheten fungerer. Det skal kontrolleres en gang pr døgn. Her er et glimt inn i hverdagen på OVE ved hjelp av feltnotater:<sup>153</sup>

Det virker rolig på OVE i dag. Det er mørkt på pasientrommene. Desembermorgenen utenfor bidrar til det. Jeg sitter i sofaen bak skranken. Der har jeg god oversikt over det som skjer i den sentrale delen av enheten.

Etter hvert blir det stor aktivitet. Pårørende ringer. De lurar på noe i forbindelse med en dødsattest. Koordinator ringer en sengepost for overflytting av pasient. Gir et kort resyme av pasientens tilstand. En gruppe sykepleiere står i korridoren og prater – diskuterer vakter. Noen pleiere har begynt på morgenstell av pasientene. De gjør det bak nedtrukne gardiner. Jeg ser bare at en og en forsvinner inn på rommene med vaskefat og sengeskift. En pleier kommer bort til meg og sier at jeg er kommet til det rette stedet hvis jeg skal studere samarbeid. ”Det er mye grums mellom OVE og Sengeposten. De har mye pasienter og mener at vi også må ha det fullt – 10 pasienter hele tiden. De tar det stadig opp på møter med lederne. Ja, du ser vel litt av hvert. Det er mye som skurrer i samarbeidet mellom oss og sengeposten og oss og UBE, for eksempel når vi vil at Sengeposten skal ta en pasient fra oss og de har fullt, eller omvendt. Vi kan bruke ganske krast språk til hverandre, i blant. Det samme med UBE. Når de ikke synes at vi henter pasientene fort nok, så bruker de ikke alltid så diplomatisk språk.” Jeg sier at jeg fikk den første indikasjonen om skurr i samarbeidet da jeg var med på seminaret om visjoner, spesielt gjennom det som kom fram i gruppearbeidet der.

Koordinator sitter stadig ved telefonen og prøver å få plassert pasienter som må flyttes ut fra OVE. En pasient har gastroproblemer, men gastroenheten sier at de ikke har noe å tilby han. Dessuten har de flere pasienter på korridoren allerede. Hun prøver lungeavdelingen, ”men der er det bestandig ”overfylt”. Og hun har rett, det er umulig å få plass. Koordinator fortsetter å ringe rundt, men det virker håpløst. Det er også stadig telefoner inn til enheten. Disse dreier seg ofte om telemetri til pasienter på postene eller om nye pasienter til OVE. Nå var det nettopp telefon om to nye, en fra geriatrisk avdeling, og en fra en by i regionen.

Telefon fra UBE - en pasient har fått infarkt under undersøkelse. Kort etter trilles hun inn gjennom den nordlige inngangen. Hun legges inn på firesengsstuen og kobles til scopet. Hjerterytmen er rask og urytmisk, blodtrykket lavt. Jeg følger med på scopet i skranken, og ser at det skjer noe med rytmen. Plutselig begynner det å kime. Hun har gått i flimmet. Scop-sykepleier som står i telefonen, hører røret på og roper: ”Flimmet – stans på 402” Hun prøver å utløse alarmen, som det alltid skal gjøres ved hjertestans. Sykepleiere og leger strømmer til 402. Noen har med defibrillator og trillebord med diverse utstyr.

Jeg våger meg bort – holder meg i bakgrunnen. I løpet av kort tid er det 7 – 8 leger og ikke fullt så mange sykepleiere rundt pasienten. Hodeenden på sengen er vippt ned. Jeg står på gangen utenfor den åpne døren, men våger meg etter hvert inn i hjørnet ved døren. De som står rundt sengen gir pasienten diverse sprøyter. En holder på med defibrillatoren, legger gjentagne ganger de to elektrodene på pasientens brystkasse og gir elektriske støt for å få i gang hjerterytmen igjen. På grunn av at forhenget for sengen er trukket delvis for – pga de andre pasientene på stuen – ser jeg ikke hvem det er som styrer defibrillatoren, eller alt det som gjøres med pasienten. Hun har gått i sjokk, men vender så tilbake. En sykepleier jobber med pasienten - snakker til henne med rolig stemme: ”Hadde du litt vondt? Men nå går det bedre.” Det virker som de har fått henne tilbake til livet. Legene begynner å trekke unna når de ser at hjerterytmen er tilbake.

---

<sup>153</sup> For ikke å bruke for mye plass har jeg satt sammen feltnotater fra flere dager.

Etter kort tid er det bare en lege og to sykepleiere igjen. Legen setter seg ned ved sengen. Han har med seg ekkoutstyr, og begynner å undersøke pasienten ved å bevege to små ultralydhoder på pasientens brystkasse, og under ribbeben. Det kommer fram flotte bilder av hjertemuskelen og hjerteklaffene på skjermen. Jeg trekker meg tilbake til sofaen bak skranken.

Noen kjører pasienten som nettopp hadde stans forbi skranken og ut den nordlige utgangen. Hun skal til UBE å få lagt inn en midlertidig pacemaker. Det går relativt raskt, og hun er snart tilbake på OVE. Etter kort tid går alarmen for hjertestans igjen. Ny ventrikkelflimmer på samme pasient. Scop-sykepleier alarmerer ved å rope høyt ut i rommet: ”Stans på undersøkelsesrommet” I tillegg trykker hun # 34 på telefonen for å kalle på folk fra anestesivdelingen. De kommer løpende til. Undersøkelsesrommet er lite, men sykepleiere og leger trenger seg inn. Jeg går forbi og ser at pasientens hode er lagt ned. Turnuskandidaten opererer elektrodene til defibrillatoren.

Etter at det hele er over, og pasientens hjerte er kommet i gang igjen, får jeg snakke med en av sykepleierne som var med. Hun forteller hva som skjedde: Hun kom først til pasienten. Rigget til intravenøst, plasserte underlag for defibrillatorelektrodene på pasientens bryst, la ned hodet, og startet gjenopplivning. Hun ventilerte pasienten med maske. Hvis legen ikke hadde kommet til, ville pleieren startet med å støte med defibrillatoren. Anestesifolkene kom til, overtok ventilering og klargjorde til evt intubering. Legene overtok jobben med ”sjokking”, ”bagging” og kompresjon. Sykepleiere styrte med intravenøst, hentet medisin fra lager osv - og snakket med pasienten. Pasienten ble ”sjokket” flere ganger. Etter det jeg forsto skal det gis tre sjokkbølger etter hverandre, så et lite opphold. Prosedyren måtte gjentas mange ganger. Det tok lang tid før hjerterytmen ble stabil.

Turnuskandidaten og sykepleieren som kom først til, sitter sammen ved bordet utenfor rom 412 og snakker om det som skjedde. De var begge midt oppe i arbeidet med pasienten. Sykepleier sier at hun føler seg ”utblåst” – det tar på å være i slike situasjoner. Hun trenger litt tid til ”å roe ned.”

Scop-sykepleier har, mens alt dette sto på, ordnet til fredagskos. Hun startet før stansen med å rydde bordet – legge på hvit duk med to rutete tøyservietter oppå. Når det har roet seg etter stansen fortsetter hun med oppdekkingen. Henter tallerkener og engangsskjeer. Serveringen består av is, peanøtter og nonstop.

Livet på OVE pendler mellom det uforutsigbare og det rutinemessige. Dagen har sin rytme – rapport, morgenstell, previsitt, visitt og etterarbeid.<sup>154</sup> Arbeidet på scopet er også rutinepreget. Alle pasientene gjennomgås grundig en gang i timen. Det vil si at scopansvarlig analyserer kurver og tallverdier og skriver rapport - med utskrivning av hjerterytme - hver time. For hver vakt utarbeides en samlerapport som følger med journalene når pasienten flyttes til sengepost. Koordinators strev med å få overført ferdigbehandlede pasientene til sengepost, kan også karakteriseres som rutine, selv om den ikke står å lese i rutinehåndbøkene. Om enn i en litt annen kategori – fredagskosen var også rutinemessig – uansett hvor hektisk og turbulent det var. Ja, kanskje nettopp da. Intenst arbeid på en smal linje mellom liv og død krever stunder hvor man kan hente seg igjen og dele erfaringer med kolleger som forstår. Samtidig er dette et sted for uforutsigbarhet. Det ligger så å si implisitt i enhetens mandat. Pasientene er her jo

---

<sup>154</sup> Opplegget for visitten er annerledes her enn på Sengeposten. Hver pasient tas for seg. Det vil si at det er previsitt, visitt og etterarbeid på en pasient om gangen. Stort sett er det samme lege som har alle, men sykepleierne veksler fra pasient til pasient, i følge systemet med primærsykepleie, som brukes her.



nettopp fordi tilstanden er uforutsigbar. For en utenforstående virker det som det finnes prosedyrer for de fleste uforutsigbarheter. Og – allikevel er det ikke dekkende, fordi noe av det som virkelig utfordres her er en kontinuerlig situasjonsorientert vurdering av pasientens tilstand. Ikke bare for å sette i gang rette tiltak, men kanskje enda mer for å forebygge en kritisk utvikling. Mer direkte tiltaksorientert er arbeidet på UBE:

### **UBE - undersøkelses- og behandlingsenheten.**

Aktivitetene på UBE er lokalisert rundt to parallelle korridorer. I den ene er det tilrettelagt for ikke-invasiv undersøkelse og behandling. I den andre foregår invasive prosedyrer som krever at man går inn i pasientens kropp. Jeg oppholder meg i ”kontrollrommet” mellom to laber,<sup>155</sup> og observerer det som skjer gjennom røntgensikkert glass som dekker halve veggen. Igjen benytter jeg dagboknoteter til å formidle hvordan jeg opplevde prosedyrene på en av labene

Undersøkelsesrommet er stort med mye utstyr. Benken er rommets midtpunkt. Den er ”omringet” av to røntgenapparater der ”røntgenkanonene” er plassert på to buete armer, den ene i samme retning som benken, den andre på tvers. På den venstre siden av benken (sett fra kontrollrommet), er et panel med mange knotter som legen bl.a. kan styre røntgenapparatene fra. De beveger seg på skinner i taket. Det samme gjør fjernsynsskjermene som er montert på høyre side av benken – ned mot fotenden. Fem skjermer i to rekker. Ved hodeenden – litt ut i rommet – står et bord med steril ”oppdekning”. Veggen bak skjermene vender ut. I veggen på motsatt side er dør ut til korridoren. Til venstre for døren er en lang benk med diverse utstyr. Her står bl.a. kontrastvæske som brukes i undersøkelsen. Mellom undersøkelses- og kontrollrommet er det åpning uten dør. På veggen like ved denne, en rast med knagger hvor det henger ”røntgenkapper”, som går midtveis ned på leggen. Alle som skal inn i undersøkelsesrommet når det pågår undersøkelse, har på seg en slik. Mange har også på en røntgenbeskyttende krage. Det virker som hver har sin egen krage.

I dag er det bare to sykepleiere på vakt. Den mannlige pleieren forklarer at det er ønskelig å være tre pleiere. Den ene er steril og assisterer legen under inngrepet. Den andre følger med på det som skjer fra kontrollrommet, og fører fortløpende nøyaktig regnskap over hvilket utstyr som blir brukt – type og dimensjon - intravenøs tilførsel av væske, kontrast osv. Fordi det bare er to på vakt i dag, må denne pleieren også assistere på undersøkelsesrommet, bl.a. med å hente utstyr, og ikke minst overvåke pasienten hele tiden, prate med og forhøre seg om at han har det bra.

Når pasienten kommer er alt klart. Han trilles inn i egen seng, går selv ut av sengen og opp en liten trapp med to trinn til undersøkelsesbenken. Han legger seg ned på rygg. Ansiktet vender mot kontrollrommet. Sykepleieren som ”er steril” dekker pasientens ben og underliv med et grønt klede. Han snakker med pasienten mens han arbeider – spør hvordan han har det. Åpner nattskjorten, legger et håndkle over og plasserer elektroder på begge sider av brystkassen.

Sterilbordet er oppdekket. ”Sterilpleieren” vasker hendene og tar på seg hansker og munnbind - får hjelp av den andre pleieren til å ta på seg den sterile frakken utenpå røntgenkappen, klargjør instrumentene som skal brukes. Pleieren som styrer kontrollrommet går til hånd. Den sterile pleieren legger et blått klede, med et plastbelagt hull for høyre lyskere-region, over pasientens bekken, og vasker lysken på pasientens høyre side med tuffer som han holder i en tang og dypper i desinfeksjonsvæske. Hele tiden snakker han med pasienten, forklarer hva som skal skje. Når han er ferdig med å vaske går han tilbake til sterilbordet og finner et stort blått engangslaken som han

---

<sup>155</sup> Dette var det begrepet som feltfolkene brukte til daglig om de invasive undersøkelses- / behandlingsrommene.

dekker pasienten med. Oppå dette legges to mindre ”duker” – den ene over pasientens lår, den andre nedenfor føttene. Denne legges prosedyreutstyret på.

Den ikke-sterile pleieren setter opp intravenøst – en pose og en flaske. Pasienten har veneflon i en åre på håndbaken. Den sterile pleieren flytter røntgenapparatene i posisjon. Fjernsynsskjermene flyttes nær til pasienten, slik at han kan følge med på det som skjer. Den ikke sterile pleieren spør pasienten hvor tung han er. Får vite det og fyller væske i en sprøyte. Den sterile overtar sprøyten og injiserer innholdet i et slags ”rele” som er koblet til veneflonet. ”Releet” mottar slanger fra de to intravenøse væskene.

Den ikke-sterile setter seg foran skjermene i kontrollrommet hvor pasientens hjerterytme vises i tre varianter. På undersøkelsesrommet plasseres en gjennomsiktig røntgenskjerm mellom røntgenmaskinen og pasientens hode på den ene siden, og lege og steril-pleier på den andre.

Når legen kommer inn på kontrollrommene fra dagens morgenmøte er alt klargjort. Legen setter seg ned ved skjermen innerst i kontrollrommet og sjekker de digitale bildene eller rettere sagt filmen - av pasientens hjerte og årer. Så er det bare å sette i gang.

På undersøkelsesrommet snakker den sterile pleieren mye med pasienten. Det ser ut som de har god kontakt. Den ikke-sterile tar på seg blyfrakk og -halskrage. Det samme gjør legen. Inne på undersøkelsesrommet får han hjelp av pleieren med å ta på seg den sterile frakken utenpå blyfrakken. Han hilser på pasienten og forklarer: De skal prøve å gjøre noe med en liten åre for å se om han kan få det bedre i det daglige. Legen stikker en lang tynn nål inn i pasientens lyske, og injiserer en relativt stor dose med blank væske. Legen: ”Hvis vi får til dette, så blir åren mer åpen. Vi får se hva vi får til.” Etter å ha ventet et lite øyeblikk ser det ut som om han gjør et lite snitt i lysken. Ser litt blod. Så fører han en lang tynn slange inn igjennom snittet. Når dette skjer står den ikke-sterile ved pasientens hode. Legen er ferdig med innføringen av slangen, det er litt blod i lysken. Den sterile sykepleieren tar en slange fra den lille duken ved pasientens føtter, krøller den sammen og gir til legen. Legen og pleieren snakker sammen mens de holder på.

Legen sprøyter inn kontrast. Vi ser bilde av det som skjer i årene rundt hjertet på to skjermer på kontrollrommet. Legen og sykepleieren ser på skjermene ved undersøkelsesbenken. Legen forklarer pasienten hva som skjer – viser på skjermene. Alle følger nøye med. Den sterile assisterer legen ved å ta bort slanger som er brukt. Den ikke-sterile er stadig inne og snakker med pasienten. Legen spør pasienten med jevne mellomrom hvordan han har det. Han forteller også hva de driver med, og sier han mener at ”det skal gå, men det tar litt tid på grunn av kalken i årene”. Legen sier at han kan bevege armene litt under lakenet, hvis han har behov for det.

Når prosedyren er ferdig går legen ut og sykepleieren overtar. Han informerer pasienten om hva som skjer når han skal stå opp. Undersøkelsesbenken snus, pasienten får på seg underbukse og trøye. Sengen trilles inn, og pasienten flyttes over i den. De venter på at noen fra Elektiv skal komme og hente. Sykepleieren starter oppryddingen: Pakker sammen lakenene på undersøkelsesbenken og det som er igjen av oppdekningen på steril-bordet. Alt ”kastes”. Skjermene skyves bort mot veggen, slangene til det intravenøse tas av. Mens han ordner snakker han med pasienten. Den ikke-sterile ringer til Elektiv igjen og spør når de har tenkt å hente pasienten.

Klargjøring til neste prosedyre starter umiddelbart: Det legges nytt laken på undersøkelsesbenken og to puter plasseres i hodeenden. Grønn pakke hentes fra lageret, plasseres på det rustfrie stålbordet og åpnes.

Pleier fra Elektiv kommer inn på kontrollrommet, henter journalen til den ferdigbehandlede pasienten, og snakker med legen om hvilken væske pasienten har fått og skal ha. Legen dikterer inn det som er gjort, slik at sekretæren kan skrive det inn i den elektroniske journalen.

Før jeg vet ordet av det er det kommet en ny pasient på undersøkelsesbenken og prosedyren gjentar seg. Denne gangen har sykepleierne byttet roller.

Det jeg var vitne til her er presisjonsarbeid på høyt plan. Det krever at de involverte hele tiden jobber sammen og er i stand til å pendle: mellom fokus på detaljer og oversikt over situasjonen; mellom fokus på teknikk og omsorg for pasienten; mellom å følge med på skjermen hva som skjer inni pasienten og å forholde seg til hvordan pasienten har det; mellom å informere pasienten og drøfte med hverandre; mellom å handle ut fra internaliserte handlingsskjema og gjøre situasjonsorienterte vurderinger. Det som skjer drives frem av en kombinasjon av høyt spesialisert kunnskap om saksfeltet og taus kunnskap om egen og de andres funksjon i situasjonen. ”Produksjon” er et begrep jeg har hatt vanskelig for å bruke om helsetjenester. Etter å ha tilbrakt noen dager i kontrollrommet blir det litt mer forståelig. Pasienter kommer og trilles ut i en jevn strøm. Sett utenfra følges de samme prosedyrene hver gang – fra forberedelse til etterarbeid. Samtidig anstrenger både leger og sykepleiere seg for å ivareta pasienten under prosedyren. Før jeg ser jeg nærmere på disse to yrkesgruppene tar jeg med en fortelling som sier noe om at det ikke alltid var så lett å og se sykehusverden “from the actors point of view” - å forstå sykehuskulturens grammatikk.

## **7.2 Den ellefte pasienten**

Overføring av pasienter til og fra overvåkingsenheten – OVE – virket å være en tidkrevende og stressende oppgave. Her er et utsnitt av den avtalte samtalen jeg hadde med en av spesialsykepleierne på OVE:

*Fakta er at når vi har fullt, og formelt sett den ellefte pasienten meldes - vi har jo bare ti senger – så er det bare å ringe og si at vi trenger å flytte i løpet av en time. Men det har utviklet seg til en ganske hårdnakket konflikt mellom oss og sengeposten. Hvor de har begynt å spørre vår koordinator som styrer pasientstrømmen inn og ut av overvåkingen: ”Ja, har dere fått den ellefte pasienten?” Det har vært utrolig provoserende, og det har blitt en skikkelig konflikt av det. Avdelingslederne<sup>156</sup> har vært i flere møter sammen med oversykepleier om akkurat den setningen der. Det er ikke relevant for oss om vi har fått den ellefte pasienten. Det som er relevant for oss er hvilket belegg vi har av dårlige pasienter, og hvor mange personer vi er på jobb til å ta oss av dem. Kanskje vi bare har fem pasienter en helg, men vi har behov for å flytte ut fordi det er to som er på dødens rand. Så er vi blitt enige om at de skal slutte å spørre om det. Men så hender det jo da, sånn som i går, når en uerfaren doktor har tatt inn ni pasienter uten å snakke med avdelingssykepleier på sengeposten, at hun blir så fortvilet at hun spør oss om: ”Har dere fått den ellefte pasienten?” – så begynner krigen igjen. Ja, så akkurat nå har vi det litt anstrengt i forhold til posten. Vi merker jo at vi høgger i telefonen.*

Jeg opplevde å overhøre disse episodene med munnhuggeri, men hadde problemer med å forstå den voldsomme reaksjonen på et – for en utenforstående – uskyldig og legitimt

---

<sup>156</sup> Stillingsbetegnelsen ”avdelingsleder/avdelingssykepleier” brukes om de sykepleiefaglige lederne på de ulike enhetene på Avdelingen.

spørsmål. For meg var det god logikk i at sengeposten tok kontakt med overvåkningen for å få plass til en pasient som ellers måtte ligge på gangen. For de ansatte på overvåkningen var det ikke logisk i det hele tatt. Vi må altså lete etter begrunnelsen for reaksjonen andre steder enn i det tilsynelatende: en overfull sengepost med altfor mange pasienter på gangen allerede. Noen ledetråder fikk jeg gjennom andre samtaler, først med en annen spesialsykepleier fra OVE.

*Det har nå vært en diskusjon, hvor de fra sengeposten sier: "Ja, dere skal vel flytte ut alle pasientene?" Men det er sånn i en akuttavdeling, noen ganger er vi tom, noen ganger er vi stappe full. ... Hvis vi skal være en post som skal ha ferdigbehandlede pasienter,<sup>157</sup> eller at vi skal ta fra medisinske avdelinger fordi de har lite personale der, så må man jo stille spørsmålet: Skal vi være en overvåkingsavdeling?*

Oversykepleier på Avdelingen har et litt annet syn på saken:

*Det er faktisk pasienten det handler om. Å ha en seng inne på et rom, å ha det trygt, er noe annet enn å ligge som nummer fire eller fem på korridoren på sengeposten. Da er det ikke snakk om å misbruke sengene på overvåkingen. Det er ti senger der, som til en hver tid skal være i drift. De er bemannet til det.*

Her aner vi at grunnlaget for de kraftige reaksjonene på spørsmålet om "den ellefte pasienten" ikke finnes på det umiddelbare værensplanet. Vi må lete etter det på et annet nivå – i forståelsen av overvåkingsenhetens funksjon og status som akuttavdeling. Og – dermed også selvforståelsen til de som er spesialutdannet til å ta seg av kritisk syke pasienter. Vi kan tolke det som om det er dette det egentlig gjelder. Det er enhetens status og funksjon som akuttanhet som trues gjennom spørsmålet om "den ellefte pasienten". Dette bekreftes langt på vei gjennom utsagn på et møte som sykepleierne på OVE hadde innkalt Avdelingsledelsen til, for å diskutere problemet med å rekruttere spesialsykepleiere:

En sykepleier henvender seg til ledelsen: *Hva tenker dere om overvåkningen? Hva skal den være i fremtiden? Skal den ha respirator?* En annen sykepleier: *Det gir status å jobbe med maskiner. På den andre overvåkingsenheten har de fått flere goder på grunn av det. De får så lekende lett stimuleringsmidler.* Avdelingsoverlegen svarer: *Det er ingen signaler på at vår overvåkingsenhet ikke skal være en akuttanhet, men hvilket utstyr vi skal betjene er gjenstand for diskusjon. Jeg forstår ikke hvorfor respirator skal være en indikator på hvor dårlige pasientene er. Det er en myte som henger igjen i hele huset.* En ny sykepleier gjentar spørsmålet: *Er det mulig å forvente at overvåkningen skal være en akuttavdeling?* En fjerde følger opp: *Diskuterer dere noen ganger overvåkningen: Hva skal vi være?* Avdelingsoverlegen svarer: *Det har aldri vært diskutert noe annet enn at den skal være en akuttavdeling.*

---

<sup>157</sup> Her sikter hun til pasienter som er kommet over den akutte fasen og ikke trenger overvåking mer.

Spørsmålene fra sykepleierne viser at vi må bruke andre forståelsesrammer enn de organisatoriske - arbeidsbelastning og telling av pasienter - for å fatte hvordan et uskyldig spørsmål kan oppfattes som en krigserklæring. Det er også interessant at spørsmålet om respirator reises. Jeg møtte det i mange sammenhenger og sluttet aldri å forundre meg over symbolverdien som denne tekniske innretningen ble gitt. Av ansatte på overvåkingen ble den gitt forklaringsverdi i forhold til alt fra rekrutteringsproblemer via arbeidstilfredshet og ressursproblemer, til enhetens status i organisasjonen.

### **7.3 Sykepleiere og leger**

Disse yrkesgruppene utgjør nøkkelpersonellet på Avdelingen.<sup>158</sup> De fremtrer forskjellig, ikke bare i forhold til funksjon, men også ut fra arbeidsorganisering. Utenom møter opptrer legene ofte alene, eller sammen med sykepleiere i forhold til pasienten. De ivaretar oppgaver på tvers av enhetene.

*Når vi doktorer har vakt, så går vi jo rundt over alt. Vi jobber jo på alle enhetene og kjenner pleierne på alle. Vi leger går jo så pass mye i mellom at vi føler oss tilknyttet alle enhetene, men litt mer på et sted enn et annet. Men, vi har jo alle stedene som vår arbeidsplass.*

Sykepleierne har fast tilhold på en enhet, og arbeider ofte i grupper.

*Jeg tror jo at vi sykepleiere har felles arenaer hvor vi kan snakke på, men legene har ikke det. De møtes i korridoren, når de går til sengeposten eller til OVE for å gå visitter. De har ingen plass for fellesskap, slik vi har.*

I dette avsnittet tegner jeg en grov skisse av hvordan jeg opplevde de to gruppene.

Presentasjonen tar utgangspunkt i interne møter for hver gruppe og arenaer der yrkesgruppene møtes. I avsnittet ”Parallellitet” prøver jeg å se det mer fra ”the natives point of view”.

### **Sykepleiere**

Rapportering er en sentral funksjon i sykepleierhverdagen. På alle sengeenheter starter dagen med at de samles, får rapport fra foregående skrift og fordeler oppgaver. Rapportmøter er også viktig for utveksling av informasjon i løpet av dagen, etter legevisitt og ved vaktskifte. På UBE er det litt annerledes. Pleierne vet hvilken lab de skal være på, og da er oppgavene mer eller mindre gitt. Jeg tar med noen små dagbokutdrag fra rapportmøter på Sengeposten:

*Alle er samlet på gruppe grønns rom. Jeg kiler meg inn mellom døren og kontorpulten som står like innenfor. Avdelingssykepleier sitter i sivil på kanten av pulten. Hun er i gang med å fordele pleierne på grupper, og fortelle hvilke sykepleiere som skal lede gruppene i dag.*

---

<sup>158</sup> Hjelpepleiere utgjør også en viktig gruppe i det daglige arbeidet på to av enhetene – Sengeposten og Elektiv, på de to andre er det bare sykepleiere. Her konsentrerer jeg meg om forholdet mellom leger og sykepleiere.

Jeg får i likhet med de andre utlevert et ark med oversikt over alle pasientene, fordelt på de tre gruppene. Pasientinndelingen følger rom- og sengenumre. Opplysningene på arket er: navn, alder, innleggelsesdato og diagnose, samt hvor pasienten er overført fra (lokalt sykehus, OVE, eller lignende). Rapport fra nattevakten: Korte meldinger om hver pasient: sovet / ikke sovet, spesielle ting med sykdom eller ”oppførsel.” I natt falt for eksempel en av pasientene ut av sengen. Deretter gikk gruppene til hver sitt rom. Jeg ble værende hos grønn gruppe.

Denne dagen består grønn gruppe av tre sykepleiere og en student. Gruppeleder gjennomgår hver enkelt pasient med de opplysninger som er relevant for dagens tiltak. Jeg tar med den første og siste som eksempel:

P1: skal utskrives med ambulansely – vi må få legen til å informere lokalsykehuset hun skal utskrives til. Sykepleier-epikrisen er ferdig og ligger i konvolutt på skrivebordet nærmest døren.

P10: har angina, stenose og KOLS. Skal til rtg thorax. Står på antibiotika. Atrieflimmer. Er oppe og henter seg mat, ellers ligger han hele tiden. Det er ikke gunstig for å få opp slimet.

Under rapporten skriver sykepleierne ned opplysninger på pasient-arkene. Gruppeleder oppsummerer med å avtale hvem som har ansvar for hvilke pasienter på denne vekten, og minner om at det skal legges inn syv venefloner. Selv tar hun ansvar for medisindelingen.

På hver enhet har sykepleierne fagmøter hver onsdag mellom kl. 8 og 9, parallelt med at legene har sine. Begge grupper kaller møtene ”klinik”. For sykepleierne er de godkjent som internopplæring av sykepleierforbundet. Derfor registreres tilstedeværelse. Tema er aktuelle faglige problemstillinger, for eksempel rutiner for informasjon til pasienter og rutiner for medisinhåndtering. En gang i måneden er det felles fagmøte for alle pleierne fra kl. 14-15. Her drøftes tema av felles interesse. Det var et slikt møte jeg fikk bruke til tilbakemelding.

Hver uke har Avdelingens oversykepleier møte med sykepleielederne på alle enhetene. På dette møtet tar de opp alt som rører seg i og mellom de forskjellige enhetene. Det er et møte for informasjonsutveksling og drøfting av saker som møtedeltakerne har behov for å luften. Et lederforum hvor de kan få ut frustrasjon blant likekvinner og der de kan støtte hverandre i lederfunksjonen. Jeg opplevde til dels krasse fronter mellom lederne på noen av møtene. Gjengangeren var overføring av pasienter fra OVE til Sengepost, men også arbeidsfordeling og samarbeid mellom OVE, UBE og Elektiv var diskusjonstema. Ellers sto korridorpasienter, vaktturnus, bemanning, budsjett og innsparing hyppig på sakslistene. Jeg tar med et lite eksempel på forholdet mellom OVE og Sengepost kom opp i dette forumet.

Det er kommet en avviksmelding på en sykepleier på OVE. Meldingen kommer fra Sengeposten. Det gjelder en sak der sykepleieren på OVE var uvillig til å ta imot en pasient fra Sengeposten. OVE-sykepleieren mente at det var legens oppgave å avgjøre hvilke pasienter som skal til OVE. Men, i følge oversykepleier har overlegen på OVE gitt uttrykk for at terskelen på OVE skal være lav mht overflytting. I samtalen omkring denne saken blir det lagt vekt på at kommunikasjonen mellom sengeposten og OVE må være god. Sykepleierne kan ikke overprøve legene hvis de

bestemmer at en pasient skal overflyttes til OVE. Det blir litt diskusjon rundt OVE's funksjon som akuttpost versus det å være vanlig sengepost når det er fullt på Sengeposten. Leder på OVE hevder at det er en akuttpost. Hun får spørsmål om den da skal stå tom hvis det ikke er nok akuttpasienter. Det blir hevdet at pleierne på OVE ikke liker at enheten både skal være akuttpost og sengepost. Oversykepleier har tydeligvis ikke sans for dette synspunktet. Hun konstaterer: "OVE er en sengepost med akuttpasienter" (feltnotater fra 01.03.05).

Når ledere fra enhetene møtes med oversykepleier er det forståelig at det er forholdene ved egen enhet som ligger lengst fremme i bevissthet og på sakskart. Rett nok deler de en felles sykepleiefaglig tenkning, men silt gjennom egen enhets logikk fremstår den til tider som ganske forskjellig. Problemer knyttet til pasientens bevegelse gjennom Avdelingen er et hyppig diskusjonstema i ledergruppen. Men det er sjelden den samme pasienten vi ser - heller en som er perspektivspesifikk for hver av de fire enhetene. Pasienten som er ferdigbehandlet i OVE-perspektiv er for dårlig til å ligge på en vanlig stue uten tilsyn i Sengepostperspektiv. Pasienten som i UBE-perspektiv er uten komplikasjoner og kan sendes tilbake til Elektiv, er i Elektiv-perspektiv så dårlig at han burde vært sendt direkte til OVE. Pasienten som i Elektiv-perspektiv er klargjort til inngrep på UBE, skaper irritasjon på UBE fordi han ikke husket å gå på toalettet før kom dit – og ender som diskusjon om rutiner på Elektiv i ledergruppen. Vel – nok om sykepleierne. Hva med legene?

## **Legene**

Som nevnt jobber legene oftest hver for seg i undersøkelse og behandling. I den grad de samarbeider, er det med sykepleiere. De daglige møtene er derfor viktige kollegiale fora for felles vurdering av pasienter. Legene på Avdelingen samles til to møter hver morgen. Klokken 8 trenger de seg sammen på et lite rom for å vurdere eventuelle kirurgiske inngrep, basert på digitale bilder av åresystemet tatt under de invasive undersøkelsene dagen før. En halv time senere går de til et større rom, dominert av et digert bord. Den ene kortveggen er dekket av en stor svart tavle. Tema for dagen finner vi på den fullskrevne tavlen. Vanligvis er det avdelingsoverlegen som leder møtet ut fra det som står på tavlen:

Akuttinnleggelser	Elektive pasienter	Sengeposten
<p>Her står navn på pasienter som kommer til Avdelingen som akutte innleggelser, enten fra andre sykehus, eller direkte fra det området sykehuset fungerer som lokalsykehus for.</p> <p>Vakthavende lege har ansvar for innleggelsene. Hun/han skriver navnet, innleggesdato og grunn for innleggelse i dette venstre feltet på tavlen. Vakthavende må også styre det slik at det er kapasitet til å ta i mot de som kommer.</p>	<p>Denne delen av tavlen viser oversikt over de pasientene som var inne - etter venteliste - til undersøkelse og behandling i går.</p> <p>I dag står det 10 navn her.</p> <p>Det er sykepleierne som har ansvar for å ta inn fra ventelistene, alle virkedagene i uken, som fører opp disse navnene</p>	<p>Her står navn på de pasientene på sengeposten hvor det er behov for å diskutere diagnose, behandling og oppfølging.</p>

Gjennomgang av pasientene. Først de elektive som var til undersøkelse i går, så ”de akutte”. Hver pasient nevnes med navn. Det som er gjort med pasienten så langt, refereres. Hva som skal gjøres videre besluttes, og oppgavene blir fordelt på de enkelte legene. For de pasientene som har usikker diagnose, drøftes mulige differensial diagnoser. Forholdet mellom to ulike behandlingsmåter diskuteres. Bør pasienten som har fått infeksjon i implantatet sendes til Ullevål sykehus?

I dag bruker legene mye tid på å diskutere en ung pasient som er svært dårlig. Et særlig problem er den dårlige oksygeneringen, og at pasienten blir desperat av å ligge med maske. Derfor må noen være der hele tiden å legge masken på når oksygenivået synker fra 75 til 60. Pasienten har feber, infeksjon i tarmene og diaré. Temperaturen var jevnt 38 i går. I dag morges 38.4. Han har godt systolisk blodtrykk, men dårlig oksygenering. ”Vi må bli enige om en strategi hvis den blir dårligere. Ansvarlig lege spør om det er noen som kan hjelpe han å vurdere den kardiologiske siden av tilstanden. En stiller spørsmål om pasienten har lungeemboli. En av legene sier han vil være med å se på pasienten. ”Jeg tror den dårlige oksygeneringen kan skyldes lavt blodtrykk. Er han i manko på væske?” Nedsatt trykk i aorta vil kunne ha betydning for stimuleringen.

Avdelingsoverlegen konkluderer med at de ikke kommer lenger med denne pasienten nå. De må gå videre. En av legene er borte. Hvor skulle hun ha vært? Hvem tar hennes oppgaver? Møtet er slutt. De fleste går. Tre blir sittende igjen for å omfordele pasienter (feltnotat 24.11.04).

I dette dagbokavsnittet har jeg bare tatt med en brøkdel av diskusjonen denne dagen, for å gi inntrykk av den grundighet og det alvor som ble hver pasient til del. Det viser også det kollektive vurderingsansvaret legegruppen tar, og den kollegiale hjelpsomheten.

To dager i uken brukes en del av møtene til presentasjon av ”dagens artikkel”, om aktuell forskning innen feltet. Presentasjonen går på omgang. En dag i uken utvides møtet med oversykepleier og kontorleder, og en del av tiden brukes til administrative saker, som for eksempel: Klage fra et sykehjem i distriktet over Avdelingens manglende kommunikasjon ved utsending av pasienter. Pålegg fra Helsedirektoratet om å føre statistikk over korridorpasienter



og inspeksjonsrunde fra Sykehusapoteket. Ellers har legene en hel rekke faglige møter. Klinikkmøtet hver onsdag mellom kl 8 og 9 er alt nevnt. Utover det er det fagmøter ved lunsjtider både tirsdag og torsdag. Mandag og fredag er det satt av tid til presentasjon av nytt medisinsk utstyr. En ettermiddag i uken er det møte om beredskap.

Det er ikke tvil om at dette er en kunnskapsorganisasjon der det gjelder om å henge med i den forskningsdrevne utviklingen. Det slo meg hvor oppslukt legene var av fag og pasienttilfeller. Det var sjelden å høre dem snakke om utenomfaglige ting. En eller annen hadde alltid et faglig spørsmål eller en pasient de ville diskutere.

I presentasjonen av enhetene så vi hvordan leger og sykepleiere samarbeider i undersøkelse og behandling. Neste avsnitt fokuseres mer direkte på arenaer for samarbeid mellom dem.

### **Arenaer for samarbeid mellom leger og sykepleiere**

Ikke bare de viktigste, men de eneste samarbeidsarenaene er knyttet til pasientarbeidet - previsitt, visitt og oppfølging av tiltak i form av undersøkelse og behandling. Jeg gir et par eksempler på de to førstnevnte arenaene, og kommenterer det samarbeidet vi har sett – fra OVE og UBE - på de to sistnevnte. Igjen bruker jeg feltdagboken (25.11.04) som kilde for beskrivelsene. Jeg starter med previsitten:

Legen (L), og turnuskandidaten (T) sitter ved skrivebordet ved vinduet foran PC'en. Legen sitter med "grønnboka"<sup>159</sup> og sjekker labresultater og medisinarark. Hun finner lab resultatene på data'en også, men presiserer at de også må skrives inn på arkene i "grønnboka". Gruppefører (GF) for sykepleierne sitter midt imot ved det andre skrivebordet, med sykepleiejournalene foran seg. Hun har merket med rødt alt det som skal diskuteres med legen. I dag er det veldig mye.

L nevner navnet på en pasient med ribbensbrudd. Ringer laben for å få resultat på en prøve. Henter opp datajournalen og leser anamnesen. Diskuterer med turnuskandidaten (T), og beslutter å henvise pasienten til angiografi. L og T diskuterer en EKG-utskrift. En sykepleier spør om pasienten står på en medisin (hun nevner navnet). L nikker. L: "Går vi videre?" GF: "Pasienten har noen høye verdier på ... Det står nevnt i journalen at det er fare for lungeemboli." L: "Dette er en pasient man er usikker på mht mental funksjon." GF forteller om hvordan hun opplever pasienten. Skal pasienten hjem? De finner ut at han bor i omsorgsbolig. Legen ber sykepleierne undersøke hva det vil si. Skal han vurderes av geriatrik poliklinikk? GF fører inn i sykepleiejournalen fortløpende.

Neste pasient. Legen leser fra datajournalen. Skyldes pasientens tilstand hjerte eller Parkinson? Hvordan kan gastro-problemene hans virke inn? Hvor mye prøver må tas? Pasienten må forberedes på hjemreise. GF nevner at han har en cyste i høyre skulder. Legen spør GF om det er noe annet man kan gi pasienten enn nitroglyserin. Hvordan skal de forstå pasientens plager? Hvordan henger de sammen? Det bør kanskje tas et belastningsekko? Det blir litt diskusjon om informasjonen til pasienten. GF sier at familien har bedt om å bli informert. Hvordan gjør vi det? Hvis vi tar opp alle vurderingene blir de kanskje forvirret. De som føler seg dårlig informert er ofte de som vi er usikker på. Legen spør GF om de kan gå videre. GF mener at hun ikke har fått noen konklusjon på

---

<sup>159</sup> Dette er en ringperm der alle medisinske opplysninger om hver pasient samles.

problemet med informasjon til pasienten. Hun spør legen om de skal be om at pårørende kommer i morgen til visitten slik at legen kan informere. Det virker som om det blir konklusjonen.

Legen leder previsitten. Hun har via PC'en tilgang til informasjon om hva som er gjort med pasienten mht undersøkelser og behandling, og resultatene av det. Til møtet har gruppeleder for pleierne med seg sykepleiefaglig informasjon, konkrete og mer generelle spørsmål om hva som skal skje videre med hver pasient. Som vi ser av diskusjonen rundt den siste pasienten, gir hun seg ikke før det er klarlagt. I dag er det turnuskandidat med, derfor blir det en del legeintern diskusjon om EKG- og lab resultater. De andre spørsmålene er det felles diskusjon om. Sykepleieren får i oppgave å ta et nytt EKG. Når alle pasientene er grundig gjennomgått er det på tide å se hvordan pasientene har det nå. Det er visitt.

L, T og GF går til pasientene. L holder grønnboken og leder det hele. Hun setter seg ned på seng eller stol slik at hun kommer i øynehøyde med pasientene - spør hvordan de har det. Gir tilbakemelding om resultat av prøver – hva som er gjort og hva som er funnet. L viser at hun "kan" pasientene. Hun forklarer veldig detaljert og godt, på en måte som gjør det mulig for dem å forstå. Hun lytter også til pasientenes egne ønsker. En ønsker for eksempel å få tappet en cyste i lysken, mens han allikevel er på sykehuset. L sier at hun skal ta kontakt med urolog, for å se om de kan gjøre det.

Samhandlingsmønsteret mellom de tre som går visitten er som sist. L og T går først, S går bak med rapportbok. T og S er stort sett passive – bare unntaksvis spør L S om noe.

Mens L informerer en av pasientene om det videre opplegget begynner vaktalarmen hennes å pipe. Hun later som ingenting, skrur den av og fortsetter. Tar seg nesten overraskende god tid. Spør om det er noe han lurte på. Når hun er ferdig med denne pasienten leverer hun grønnboka umiddelbart til T og ber henne om å ta over.

Under previsitten forberedte L T på at dette kunne skje. T tok det helt greit, selv om det var tydelig å merke at dette var en ny rolle for henne – å være ansvarlige lege på visitten.

Nå endrer forholdet mellom legen og sykepleieren seg. Nå er sykepleieren den som vet, eller rettere sagt – turnuskandidaten viser at hun trenger sykepleierens kunnskaper. Hvilke pasienter skal de se på? Er det noe spesielt med dem? Hva er det bestemt å gjøre med dem, hvilke beslutninger er tatt? Det blir nå små konferanser på gangen hvor sykepleieren informerer før vi går inn til pasientene. Inne på pasientrommene – hvis turnuskandidaten ikke finner fram i grønnboka eller leser blodtrykket til feil pasient - hjelper sykepleieren på en diskret måte (dagboknotater).

Legen leder visitten. Tar seg god tid med hver pasient. Sørger for å gi og å få nødvendig informasjon fra dem, og gir dem anledning til å stille spørsmål om sykdom og behandling. Så lenge legen er der holder turnuskandidaten seg i bakgrunnen sammen med sykepleieren, men når legen må gå for å ta imot en akuttinnleggelse endres rollekartet. I møte med pasientene er det fremdeles legen – turnuskandidaten – som fører an, men med diskret støtte av sykepleieren. I rådslagningene på gangen er det sykepleieren som har oversikt og gir nødvendig informasjon.

To gjennomgående trekk preget møtene mellom sykepleiere og leger på Avdelingen: De skjedde omtrent uten unntak i direkte tilknytning til pasientarbeid. Det var aldri tvil om hvem som hadde det overordnede ansvaret for de kliniske beslutningene. Innenfor disse rammene foregikk reell informasjonsutveksling og åpen diskusjon om opplegget for pasientene. Legene etterspurte mye informasjon fra sykepleierne, og det var tydelig at de la stor vekt på den i sine vurderinger. De forventet også at sykepleierne skulle følge opp beslutninger, og utføre mange av dem. I de neste avsnittene reflekterer jeg over relasjonene mellom de to yrkesgruppene.

## **7.4 Parallellitet**

Jeg kom til sykehuset for å studere samarbeid mellom helsepersonell. Hva finner jeg?

Yrkesgrupper som stort sett lever sine egne liv – side om side. Legene begynner dagen med sine røntgen- og morgenmøter. Sykepleierne med sine rapportermøter. Administrasjonsmøtet har karakter av et beskjedent utvidet legemøte. På seminaret der Avdelingens fremtidsvisjoner og planer ble diskutert, var legene helt fraværende, bortsett fra avdelingsoverlegen, som kom for å presentere sine visjoner. I første del av feltarbeidet forventet jeg stadig å få være med på møter der leger og sykepleiere møttes for å ta opp aktuelle saker i Avdelingens drift, men det skjedde ikke.<sup>160</sup> Etter hvert blir bildet av leger og pleiere som to yrkesgrupper som fungerer parallelt i forhold til hverandre, mer og mer manifest:

*For det er jo to grupper, det er jo ikke til å se bort fra. Det er en sykepleiegruppe og en legegruppe, sånn er det jo. Du ser jo hvor vi sitter og har pause. Det er jo litt synd at vi ikke har pause sammen, men når legene tar pause så er det veldig mye pasientsnakk, uansett (sykepleier).*

*Altså, du kan se hele avdelingen med legene og sykepleierne som to grupper (sykepleier).*

*Ja, altså, det er jo innimellom et savn, at vi ikke har legegruppen med når det blir diskutert problemer, og når vi har vært på kurs og hørt hvordan ting kan være, så er det ingen i legegruppen som har hørt det samme. For eksempel har vi ingen møter sammen med legene. Vi har previsitten – ellers er vi vel kanskje to skip som går parallelt (sykepleier).*

Jeg kunne ikke dy meg for å nevne visjonsseminaret i samtalen med noen av legene. Fortalte om mine forventninger om å treffe alle yrkesgruppene på Avdelingen, bare for å registrere at legene glimret med sitt fravær.

*Ja - nei - det opplegget der, det må jeg si, det hadde jeg ikke noe med. Det var helt og holdent oversykepleiers opplegg (latter). Jeg blandet meg ikke opp i det, jeg gjorde bare det jeg fikk beskjed om, jeg kom og snakket om visjoner i gåseøyne (lege).*

Når jeg spør en av de andre legene, svarer han: *Men det var for sykepleiere.* Jeg sier at jeg forsto det slik at det var for hele Avdelingen, og at jeg derfor ble overrasket over at det ikke

---

<sup>160</sup> Bortsett fra det ekstraordinære personalmøtet som jeg så vidt var innom i avsnitt 7.2.

var en eneste lege med. *Ja, det er en interessant observasjon. Jeg hørte aldri noe om at det var for leger. Det var noe med fagdager, jeg oppfattet at det var arrangert av pleiepersonalet.*

Parallelliteten fikk jeg også en smakebit av da jeg møtte oversykepleier på hennes kontor - etter visjonsseminaret - for å avtale oppmøte første feltarbeidsdagen. Slik beskriver jeg det i feltnotatene:

*Jeg takker for sist. Bemerket at jeg syntes det var interessant og nyttig å få være med på seminaret, og kommenterer det totale fraværet av leger. Oversykepleier sier at det er slik det vanligvis fungerer her på avdelingen. "Legene driver med sitt, og sykepleierne med sitt. Det er vel bare en del av kulturen her på avdelingen." Hun mener at dette kulturtrekket både har positive og negative sider. Selv synes hun at hun har en mye mer selvstendig rolle enn mange av sine oversykepleier kolleger. "Selv om sykehuset har vedtatt at det skal være enhetlig ledelse, så fungerer det nesten som todelt her. Overlegen legger seg ikke opp i hva sykepleierne gjør. Han sier bare at det tar du deg av. "Det kan du. Det ordner du." Dette gjør at oversykepleier føler stor grad av autonomi, men hun legger til at det egentlig ikke skal være slik. I praksis ordner hun opp i alt det som har med sykepleierfunksjonene å gjøre. Ja mer enn det. Overlegen har overlatt til henne å skrive utkast til virksomhetsplan for hele avdelingen.*

Det er altså ikke vanskelig å få bekreftet at pleiere og leger fungerer som parallelle grupper i Avdelingen. De ikke bare beskriver at det er sånn, de synes å akseptere det som et "faktum". Oversykepleier snakker om parallelliteten som "en del av kulturen på avdelingen" – et så markant trekk at det tas for gitt av de som jobber der. Sykepleierne på enhetene synes allikevel ikke å akseptere det helt. Rettere sagt – de ser behov for endring:

*Vi har jo ingen felles treffpunkt. Det har ikke vært kultur for det, vi har ikke det, dessverre. Vi har ingen felles personalmøter, ingen felles arenaer som går på dette med å diskutere, annet enn previsitt – visitt, og annet enn de uformelle møtene vi har gjennom hele dagen. Men det er ingen problem å ta kontakt med en lege eller vise versa, ta opp ting, diskutere ting, og vi har mye latter og mye spøk oss i mellom. Vi har god kontakt med legegruppa. Så det går ikke på det, men jeg tror det er en gammel kultur som sitter der fra gammelt av, at det ikke har vært møtepunkt mellom pleiegruppa og legegruppa, og det savner vi.*

Mot slutten av samtalene stilte jeg ofte spørsmål om det er noe de vil endre på i Avdelingen, hvis de kunne. Mange av sykepleierne hadde felles møter med legene høyt på ønskelisten:

*Ja, det er et godt spørsmål det. Jeg tror nok at jeg ville trekke fram felles møtepunkt, personalmøte med legene. (liten pause) Og, vi har heller ikke hatt fast overlege her på posten. Det skulle jeg ønske at vi kunne hatt. En fast overlege som i all fall hadde et møtepunkt hvor jeg som avdelingssykepleier og den ansvarlige overlegen - kunne hatt et treffpunkt når det var behov for det, se hvordan er nå situasjonen. Vi kunne på den måten sy sammen et system som ble bedre. Jeg tror det kunne ha flytt bedre – fått mer flyt i hverdagen – tror jeg. (sykepleier).*

Dette svaret fikk jeg av flere sykepleiere. De ønsket flere felles møtepunkter mellom lege- og pleiergruppen fordi de mente det kunne bidra til å bedre forholdene på Avdelingen – stimulere informasjonsflyt, rydde raskere opp i problemer og gjøre hverdagen lettere og mer effektiv.

Men – det var tydeligvis vanskelig å få til. Legene så ikke det samme behovet:

*Selv om vi jobber på samme sykehus så er vi opplært i helt forskjellige tradisjoner. Og, ikke spør meg hvorfor det er blitt sånn, for jeg kunne ha blitt både sykepleier eller fysioterapeut eller lege, jeg søkte på alle tre utdannelsene. Jeg ser jo i hvor stor grad det å velge å bli doktor er å få en livsstil. Altså, jeg går aldri hjem før jobben er gjort, jeg skriver ikke overtid – det er ingen som tar over fra meg. Sykepleierne jobber i team, så når team A går av, så overtar team B. Om en er sykemeldt i team A så klarer resten av team A å løse jobben, med å hjelpe hverandre. Mens for en doktor, så blir det på en måte – hvis du ikke kommer og har vakt, så er det ingen der som tar over. Det er så sårbart. Men, jeg tror kanskje at vi har ikke behov for møter – vi tenker ikke på det å ha møter en gang, mens de har bedre tid til å tenke over hva de savner. (lege)*

Sykepleierne ser legenes arbeidspress, og har ikke vanskelig for å forstå at de er tilbakeholden med å gå inn for flere møter enn de som er knyttet direkte til pasientene.

*Altså, de vil jo så gjerne, men de kommer seg jo ikke fra. Legene på denne avdelingen, de er jo de som har den verste arbeidsdagen av alle legene på huset her. Lite leger har det vært bestandig, de har spist matpakken gående (sykepleier).*

Det er altså forskjell, ikke bare i måten sykepleiere og leger arbeider med pasientene på, men også hvordan arbeidet i de to yrkesgruppene er organisert. Sykepleierne jobber i grupper – der den ene kan ta over for den andre. Legene arbeider mest alene. Sykepleierne har sin vaktturnus, og overlater ansvaret til neste skift når tiden er inne. Legene styres mer av arbeidsmengden – går ikke hjem ”før jobben er gjort”. Sykepleierne har sine arenaer hvor de møtes og kan snakke sammen, legene må ofte utveksle informasjon og vurderinger i forbifarten i korridoren. Sykepleierne er knyttet til en enhet mens legene jobber på tvers - følger opp pasienter på alle enhetene. Når de har vakt må de dekke flere avdelinger, ofte med pasientkategorier de ikke alltid er så fortrolig med. Skyldes forskjellene ene og alene at det trengs flere sykepleiere enn leger til å ivareta pasientens behov gjennom døgnet? Eller skyldes det andre ting? En sykepleier antyder at vi kanskje må utvide perspektivet for å forstå:

*For når medisinerstudentene kommer til avdelinga, så kommer de med lua i handa. Ikke vet de om det ene, ikke vet de om det andre, og hvor får de rom? De blir hevet ut i det. Jeg hadde aldri i livet kunnet tenkt meg at verken nyansatte eller sykepleierstudenter kunne kommet sånn. Når sykepleierstudentene kommer, så har vi et møte med dem, ønsker dem velkommen til avdelingen, og presenterer oss. Legene vet ikke hvem som kommer og medisinerstudenter og turnuskandidater må finne frem i systemet på egen hånd. Jeg tror jo når man kommer sånn, så er man nødt å overleve, og det blir en del av strategien videre når man blir ferdige leger. I sykepleiergruppen handler det om et fellesskap, og vi har fellesskap. Medisinerstudenter og turnuser blir overlatt til seg selv. Og, dermed tror de at man må kjøre solo. Ja, det er kanskje noe yrkesspesifikt. Det er noe med karriereveien deres, der må man være ego for å gå den veien, ellers blir man ingenting.*

Sykepleieren setter forskjellene mellom de to gruppene inn i en yrkeskulturell sammenheng. Leger og sykepleiere står i ulike yrkessosiale tradisjoner. Sykepleiere ser fellesskap og ivaretagelse som verdi, mens individuelle prestasjoner verdsettes høyere i legegruppen. En av legene antyder noe lignende.

*Ja, men på en annen side, du får ikke lært opp de ferskeste doktorene hvis de ikke blir dyttet ut i det på den måten, skjønner du? Ja, du kan si alle har jo fått den store skrekken første gang – første jobben du har – så får du callingen i handa. ”Vær så god, du har vakt.” Så blir du gående alene, mens sykepleierne (sukker hørbart) de går jo fire til seks uker oppå hverandre før de får lov til å gjøre noe alene – to og to i lag. Og jeg tror ikke deres måte å gjøre det på er riktig, jeg tror de hadde hatt godt av å bli mer sparket ut i det. Og jeg tror ikke at vår måte heller er rett å gjøre det på, vi kommer altfor brått ut i det, så en eller annen mellomting burde man hatt, kanskje.*

*Når det dukker opp en konvolutt hvor det står at vi kjøper blomster til den og den – er det ingen leger som skriver seg på. Alle sykepleierne har vært og puttet 20 kroner i. Altså, det er liksom ingen kultur for å – veldig lite kultur for sånne felles ting blant leger.*

Det avtegner seg to yrkesgrupper med ulike kulturtrekk, utviklet og forsterket gjennom et samspill mellom gruppespesifikke tradisjoner og strukturelle forhold på sykehuset. Men - hvordan er det med fellesforståelsen innad i hver yrkesgruppe og bevissthet om den andre?

Her er noen selvreflekterende sitater. Jeg starter med legene:

*De snakker så mye om profesjonskamp – at det er kamp mellom profesjonene. Jeg har aldri opplevd det. Det er mye mer kamp innad i profesjonsgruppen, og mellom spesialitetene enn det er mellom de ulike profesjonene. Det er her, (han nikker mot bordet på rommet hvor legene har morgenmøtene sine), at knivene fyker, ikke mellom leger og andre profesjoner. I alle de 10 årene jeg har arbeidet her på sykehuset, har jeg aldri opplevd profesjonskamp. Det første året i studenttiden var det noen sosiologer som skulle prøve å plukke av legene deres overlegenhet. De skulle ikke tro at de var noe spesielt. Men jeg trodde ikke det. Jeg hadde vært pleiemedhjelper i 2 år, og hadde ingen forestillinger om overlegenhet.*

*Altså, det er noe med respekten for andre. De har sikkert mye å sette fingeren på i forhold til oss, vil jeg tro, men vi får jo ikke så ofte høre det. Vi baksnakker mer enn leger baksnakker sykepleiere og tjenesten, for å si det sånn. Jeg vet ikke om jeg skal kalle det ”baksnakking” – ”Herre Gud, når hun eller han kommer og skal gå visitt, så blir vi ikke ferdig før klokka ett. Det her blir en pyton dag”, altså, sånn kan man lire av seg. ”Og hun eller han, skriver nå aldri ut pasienter i dag, og her er smekke fullt og det kommer en masse nye”. (sykepleier).*

*Det er jo det her med lege – sykepleier. Når det kommer en kommentar fra legen, som jeg ikke ville tenkt over at var ondskapsfullt ment, så er det andre sykepleiere som oppfatter det som ”tenk at han sa det.” Om vi forventer at legene ser ned på sykepleierne, så vil jo uansett hva en lege sier bli tolket negativt (sykepleier).*

I disse refleksjonene over forhold innad i egen yrkesgruppe nyanseres forståelsen av forholdet mellom yrkesgruppene. Nyansene viser seg i sykepleiernes erkjennelse av problematiske sider ved egen gruppes trekk, for eksempel fordommer mot legene og tendens til baksnakking av dem. I måten de uttrykker seg på i sitatene, ligger en oppfatning som kan tolkes som en anerkjennelse av at legekulturen ikke har så mye av den slags trekk. Når legen beskriver det interne forholdet i egen gruppe spares det ikke på metaforene. Det ser nesten ut som om legen kunne tenke seg å gi nytt innhold til begrepet profesjonskamp. Samtidig toucher han inn på det samme som sykepleierne, andre yrkesgruppers oppfatning av legers overlegenhet. Både i det andre sykepleiersitatet og legens, er det klare antydninger om at dette er mer fordommer enn realiteter. Sykepleieren får det nesten til å høres ut som en slags selvpoppfyllende myte

eller formativ metafor. I det neste avsnittet ser jeg på grensene mellom yrkesgruppene. De er visst ikke så absolutte som man ofte får inntrykk av.

## **7.5 Gråsoner**

Gråsonene er helsetjenestens forskyvningsplater. Akkurat som jordkloden har sine områder hvor den beveger seg – utvider seg og trekker seg sammen – har oppgavefordelingen i sykehuset, sine. Vi skimter dem i legens forklaring til turnuskandidaten: *Det er vanskeligere å kateterisere menn, men nå har sykepleierne lov til å gjøre det.* Noen oppgavefordelinger er så selvsagte at vi må ta på tidsperspektivbriller for å se dem, som når sykepleiere setter veneflon. Eller når hjelpepleierne etter visitten får beskjed om å sjekke blodtrykk og ta EKG. Jeg snakker med en sykepleier om disse observasjonene:

*BV: Det virker som om sykepleierne har tatt over mer og mer av det som før var legefunksjoner, når det gjelder undersøkelse og oppgaver i forhold til det.*

*S: Ja, og det er jo for at legene skal få gjøre andre ting, at vi gjør det de gjorde før. For eksempel det å sette venefloner, sette urinkateter alt dette som er invasive oppgaver, hvor du går under huden eller inn i kroppen, er jo legeoppgaver i utgangspunktet, men det har fungert slik at vi har en slags delegering på det.*

Sykepleieren bekrefter at det finnes *gråsoner*, hvor oppgaver gjennom tiden har flytt fra lege til sykepleier, og stadig er i bevegelse. Det formelle grunnlaget for oppgaveflyten er ikke alltid like tydelig, men et eller annet sted ligger det vel en delegasjon i bånd. Samtidig ser vi at flyten på ingen måte er fri. Det er de profesjonelle *faglige vurderingene* knyttet til hver enkelt pasient, som styrer det hele. Som for eksempel når en av sykepleierne på sengeposten forteller hvordan de må ta beslutninger som egentlig er legeoppgaver.

*Hvis vi får en kjempedårlig pasient her, som plutselig går i et lungeødem, da kan det hende at vi bare ringer på telefonen til OVE, samtidig som vi springer bort gangen med pasienten, lukker opp døra, ”det kommer en knalldårlig inn døra hos dere. Dere må ta det”. Det er vanligvis legen som vurderer at pasienten må til OVE, men jeg har også vært borte i tilfeller hvor vi som sykepleiere bare har sprunget med pasienten, for vi ser at det er – det handler om liv og død.*

Andre gråsoneoppgaver er *automatisert*:

*Ja, det er blitt en del av våres rutiner. Legen kan bestemme at pasienten skal til angiografi. Da vet vi automatisk hva vi skal gjøre. De sørger for den skriftlige henvisningen, men når vi ser hvor tid pasienten skal av gårde, så er det vi som da automatisk gjør forberedelsene og bestiller de faste prøvene – legen ordinerer jo prøver, men alt som går på planlegging rundt undersøkelsene gjør vi da automatisk. For det at pasienten blir henvist er en delegering i seg selv, da går det automatikk i det, for det er en del av rutine våre (sykepleier).*

Så langt virker det greit. Gråsoneoppgaver er oppgaver som enten over tid har flytt fra den ene yrkesgruppen til den andre – fra lege til sykepleier, fra sykepleier til hjelpepleier – for å avlaste, slik at hhv leger og sykepleiere får frigjort tid til nye oppgaver. Eller det er oppgaver

som ”automatisk” overføres som del av nye undersøkelses- og behandlingsrutiner. Eller oppgaver av livreddende karakter, der sykepleieren påtar seg et ansvar som tilhører legen, ut fra en situasjonsorientert faglig vurdering av at pasientens tilstand er kritisk.

Men – oppgaver er ikke enkeltstående eller rutiniserte handlinger som flyter fritt i systemet, slik jeg kanskje har gitt inntrykk av. De inngår i kompliserte nettverk av kompetanse, utdanning, status og symboler. Oppgavene er utviklet gjennom, og er en del av sykehusets hierarkiserte organisasjonsstruktur. Disse, ikke fullt så enkle sidene ved gråsonene møtte jeg mer i samtalene enn gjennom observasjon. En hjelpepleier på Elektiv tok opp det med å sette veneflon. En opprinnelig legeoppgave, som nå er en ”selvsagt” sykepleieroppgave. Nå er den på vei til hjelpepleierne:

*Vi gjør stort sett akkurat det samme (hjelpepleiere og sykepleiere). Det eneste vi ikke gjør, det er å sette veneflon. Nå har det vært tatt opp at vi skal få kurs i det og få begynne å sette. Det håper vi jo, at vi som ønsker det i hver fall får gjøre det, ja. Noen ønsker det ikke, men noen ønsker det. Da kan vi klargjøre pasienten helt ferdig. Istedenfor at vi bare går inn og raker også blir det å ringe rundt og vente på en sykepleier og si at ”nå må du komme, nå er han klar”. Ja, jeg ønsker det, og jeg tror det er flere som ønsker det. Det vil jo også være lettere for flere, blant annet sykepleierne.*

En av sykepleierne på UBE har et annet syn på saken:

*Det er ofte konfliktfylt. De (hjelpepleierne) har vært der så lenge, så de er veldig, veldig flink, men har ikke papir på det, og de har ikke teoretisk bakgrunn. De har sett oss gjøre ting 100 ganger. Noe så enkelt som å legge en venekanyle. Det kom opp at noen av hjelpepleierne ville begynne å legge det, men da sa jeg: ”nei, hvis du vil gjøre sykepleieroppgaver, så får du gå på sykepleien. Jeg finner meg ikke i at det skal være sånn, jeg syns ikke det er trygt, du kan ikke anatomien. Det ser greit ut å stikke i en åre, men hva vet du om det? – om farer og arterie og vener.” Da blir det konflikt når en hjelpepleier begynner inne på fagområdet til en sykepleier.*

Et annet eksempel fra UBE: Jeg beskrev hvordan lege og sykepleier jobber sammen i undersøkelsen. Et samarbeid med klar arbeidsfordeling: Legen utfører inngrepet, sykepleieren legger forholdene til rette og går til hånd. Et samarbeid som virker så samkjørt at legen ikke behøver å si hva han trenger. Sykepleieren vet og gir ham det, ofte før han ber. Jeg ble overrasket da jeg hørte at det bare var et år siden sykepleierne begynte å gjøre denne jobben.

En av sykepleierne med lang erfaring sier:

*Vi begynte å assistere – stå steril vakt – det begynte vi med i fjor. Det har jo vært et ønske lenge at vi skulle gjøre det - fra både sykepleiere og leger, for sykepleierne vil gjerne være mer engasjerte, og legene ville gjerne ha litt mer hjelp. Og når det gjøres en sånn bestemmelse, så må vi jo ha masse møter for å finne ut hva vi skal. For legene var ikke vant til å ha assistent og sykepleierne var ikke vant til å assistere, og for i det hele tatt å finne ut hvordan vi skulle gjøre det, så måtte vi diskutere - hva starter vi med? Legene her har stått for opplæringen, learning by doing.*

En annen sykepleier – en av dem som er blitt opplært til å assistere under inngrepet - har følgende kommentar til de nye arbeidsoppgavene:



*Det er veldig bra, synes jeg. Ja, du får jo ta del i en del ting når du står og assisterer legen, noe som egentlig er ganske nytt her. Det letter sikkert deres arbeid, og det gjør jo vår hverdag mer interessant, det blir litt flere roller, så det er jo bare fint. Jeg har ikke hatt ondt av å jobbe der, så tett med leger, for vi har hver våres oppgaver. Ja, når du står og assisterer, så er det gitt hva slags oppgaver – og sykepleiers oppgaver de øker jo etter hvert som sykepleieren blir flink i forhold til å gjøre ting. I første periode var det bare sånn at man fikk gjøre sånn (viser hvordan han leverer instrumenter). Men nå får man gjøre litt mer etter hvert. Det kommer jo mye an på legene. Av noen leger får man egentlig bare være håndlanger, men hos noen leger får vi prøve på litt av hvert. Det kommer an på hvor trygg legen er, sikkert både på seg sjøl og på den sykepleieren som står ved siden av, da.*

Sykepleieren er fornøyd med de nye arbeidsoppgavene som steril assistent for legen under invasive undersøkelser. Men dette er bare en del av UBEs virksomhet. I parallellkorridoren utføres bl.a ultralydundersøkelser, såkalte ”ekko”. Det synes sykepleieren er *mer problematisk*:

*Her på ekkosiden så skal man liksom være litt sånn handlanger for de legene som driver med ekko, for alle legene som vanker i den her korridoren, og det synes ikke jeg er noe artig. Da blir du mer en assistent som blir maset på hele tiden, og får sure kommentarer fra leger som bare sitter der - så det er ikke så interessant. Alle legene vil jo ha hjelp til sitt arbeid, og få gitt en god prosedyre. Du skal ringe og bestille og ta imot de pasientene, samtidig som du har dine oppgaver. Uansett, så bruker ikke jeg å konsentrere meg så mye om de andre legene da, jeg gjør først og fremst det som jeg må gjøre. Men da er det jo noen leger som er misfornøyd med at ikke de har assistenter. Men det er ikke ordentlig godt definert hva som er sykepleiers jobb her. Vi er fortsatt i en diskusjonsfase.*

Dette tema møtte jeg i flere samtaler, både med sykepleiere og leger, og fikk inntrykk av at det ble betraktet som et problem. Fra legesiden så det slik ut:

*De var nokså frustrert på UBE fordi at – på ekkosiden på UBE så kommer jo gamlemor trillende i en sånn derre terylene kjole som er kneppet opp til hit, også har hun hofteholder og underskjorte og alt under, også er hun nesten ikke gangfør, også må legen ringe etter henne, de må få pasienten bort til undersøkelsen, så må de få henne over fra rullestolen til benken, få av kjolen, få lagt på utstyr – gjøre ekkoundersøkelsen, få på kjolen igjen, ringe til avdelingen å be de om å komme og hente henne, få henne over i rullestolen og få henne ut på gangen. Alt det der er legejobb der borte. Også kan du selv tenke deg, da går det ut over effektiviteten.*

*Mens på andre siden av gangen der kommer angiopasientene i seng, nydusjet, blir lagt på benken av to sykepleiere, det blir dekket opp fint, og som doktor så kommer du inn og får et hull i lysken – ”stikk der”. Så gjør de angiografien, drar ut nåla, og går ut og gjør papirarbeidet. Og der er det tradisjon at man utvikler seg i helt forskjellig retning. Vi hadde jo selvfølgelig ønsket at noen så nytte i å gjøre det samme med ekkoene, for nå sitter legene der borte med sånne her store bunker av undersøkelser som de ikke får gjort. Nei, jeg har prøvd så lenge jeg har vært her, men det er ingen sykepleiere som anser det som sin jobb – å hjelpe legen. Da er det plutselig det å hjelpe legen med å gjøre ekko. På andre siden av gangen der hjelper de ikke legen, der er det en del av jobben deres*

Her er noen interessante konstellasjoner. I det ene tilfellet befinner sykepleierne seg meget vel ved å være legens assistent. I det andre vil de ha seg frabedt å være legens handlanger. Den foretrukne assistentjobben er gråsonearbeid, på en høyteknifisert arena, med invasive oppgaver. Den andre innebærer typiske sykepleieroppgaver: Sørge for at pasienten blir ivaretatt i en uvant undersøkelsessituasjon – hjelpe til med av- og påkledning, legge pasienten til rette på undersøkelsesbenken og være nær. Tilsvarende har leger på OVE opplevd. Her

tilfører sykepleieren på slutten av sitatet en ny dimensjon til gråsonoppgavene – om enn kanskje bare i spøk - slik legen også til dels tolker det:

*I dag skulle jeg gjøre en ultralydundersøkelse her inne. Jeg tar selv maskinen, går inn til pasienten, rydder bort nattbordet, stolen, pårørende, får plassert maskinen inn til veggen, skrur den på, kobler til pasienten, får lagt han over på siden, ordner med masse rør og – også må jeg gå ut og spørre: ”Er det ikke sykepleier som har ansvaret for denne pasienten?” ”Jo da, det er meg”. Også kommer hun inn og hjelper meg litt, også går hun ut igjen. Altså – (sukker) – De kritiserer oss for at de får de ferskeste doaktorene og de syns vi er lite til stede, mens vi kritiserer de for at vi syns de er litt lite interessert. Altså, de burde stå vedside når vi gjorde den undersøkelsen for det er en del av jobben deres, selv om de kanskje ikke var interessert. Men, så får jeg igjen en følelse av at det liksom er for det at vi er så late at vi vil ha det sånn. Jeg har jo fått høre, en gang jeg var på intensiv og skulle gjøre ekko på en dårlig pasient, så rakk jeg støpselet til sykepleieren og spurte: ”Kan du sette i det her?” Så sa hun: ”Det er ikke en sykepleieroppgave”. Det var en fleip, men det var en undertone i den som var unødvendig, altså da får du ikke noe samarbeid.*

Gråsonene kan tilsynelatende tøyes og strekkes i alle ender. Drivkreftene bak finnes antakelig både på system- og individnivå, basert på ulike typer rasjonalitet og motivert av ulike hensikter. Retningene varierer og. Det er ikke bare slik at oppgavene skyves nedover i systemet, noen ganger synes bevegelsene å gå i motsatt retning. Jeg avslutter med et eksempel fra hver kategori – som også har en indre sammenheng.

*Altså trekket i dette –forholdet mellom sykepleier og lege – er jo at sykepleierne på mange måter har overtatt ganske mye av det som tidligere var legefunksjoner. For eksempel på overvåkningsavdelingen er det jo masse av disse tekniske prosedyrene som legene gjorde før, det gjør nå sykepleierne greit og mye enklere og mye bedre. De greier med apparater og ordner ut. Det ble jo sving på sånne overvåkningsavdelinger, først når sykepleierne virkelig fikk ansvaret, for defibrillering og alt mulig sånt, og ansvar for medikamenter og for ditt og for datt. Så er det jo veldig mye de som passer på rutine (lege).*

*Men sånn som i helgene, på nettene, på ettermiddagene, så er det sånn: ”Hvilken lege er det vi nå skal ringe til?” Det er ofte uerfarne leger som ikke er vant til de her pasientene. Det er ofte leger som overhodet ikke kan med apparaturen, og det blir veldig vanskelig. Vi har jo masse diskusjoner, akkurat om det, for vi har jo en kjempedrilling på å bruke apparatene, men det er jo ikke vi som skal forordne det. Det er det legen som skal. Vi må ofte drive opplæring av legene. Leger kan stå i akuttmottaket og ringe opp å si at det kommer en pasient som er sånn og sånn, som skal behandles med pusteassistanse. OK, hva skal innstillingen på? ”Ja, det må jo du vite”, får vi til svar. Hvis du da ber legen om å komme opp, så kan du risikere å få opp en lege som aldri har vært borte i det her. Vi må jo gjøre det. Det er greit at vi skal kunne beherske utstyret, og vise hvordan vi bruker det. Men det legen forordner, det skal han kunne. Det er vanskelig når de ikke kan (sykepleier)*

Det er kanskje ikke korrekt å snakke om oppgaver som skyves oppover i det siste eksempelet – selv om det er det sykepleieren ønsker å gjøre. Hun synes det er vanskelig å måtte ta ansvar for å foreslå og gjennomføre behandling som legen har det formelle ansvaret for – men ikke kan utføre i praksis. Hva hvis det skjer noe? Hvems ansvar er det da? Det er slike spørsmål sykepleier opplever som problematiske i denne gråsonen.

Nei – verken i Barentshavet eller på sykehuset er gråsoner enkle å hankses med. Det er vel derfor jeg har lånt dette begrepet. Det høres litt kjedelig – og grått – ut, men betegner et felt

med atskillig sprengkraft. Knyttet til oppgaver og funksjonsdeling, slik jeg bruker det, impliserer det en rekke strukturelle, praktiske, ideologiske og filosofiske spørsmål. Fra fysikkundervisningen synes jeg å huske at grått er den fargen vi får når vi blander sammen alle fargene i spekteret. I slutten av kapitlet prøver jeg å finne noen av de fagene som er gjemt i det grå. Men, først et stopp ved det samlende midtpunktet for all aktiviteten i sykehuset.

## **7.6 Pasienten**

På Avdelingen er ”Pasienten i sentrum” mer enn et helsepolitisk slagord. Det er et virkelighetskonstituerende prinsipp og en meningsskapende drivkraft. Det er pasienten som samler leger til morgenmøter som ikke slutter før alle navnene på tavlen er nevnt, undersøkelsesresultat drøftet, og beslutninger tatt. Det viktigste er å ende opp med sikkerhet for at hver enkelt blir fulgt opp av en lege, aller helst den som kjenner pasienten best. Dette er kvalitetssikring i praksis. Avdelingsoverlegen sier det slik:

*Det er hele tiden det med ansvarlighet i beslutningene som har vært min kjepphest. Sørge for at de som kjenner pasienten er med når beslutninger om pasienten tas. Ellers blir det bare tull.*

Sykepleierrapportene er en gjennomgående struktur i det daglige arbeidet på alle fire enhetene i Avdelingen. De bidrar til å holde pasientene levende i pleiernes bevissthet fra time til time dagen lang.

*Når man starter en vakt, når man har fått rapporten skal man fordele arbeidsoppgavene, og da er det gruppeleders ansvar å påse at de som er på gruppen kan det de skal gjøre. De må vurdere at de som skal ta seg av de mest kompliserte pasientene har kompetanse til det. De må påse at de tingene som skal gjøres i forhold til en pasient blir delegert ut. Når du får tildelt en pasient eller et rom, så har du ansvar for alt som skjer med den pasienten, enten du er hjelpepleier eller sykepleier (sykepleier).*

Previsitter og visitter er nesten utelukkende pasientenes. Der gjennomgås de fra A til Å.

Differensialdiagnoser sjekkes, sykepleierne formidler fra sine observasjoner og samtaler med pasientene – ønsker og engstelser.

*I previsitten så kommer sykepleierne sine observasjoner frem. For vi ser jo pasienten 24 timer i døgnet, mens legen er inne en kort stund – og da stilles det jo krav om at vi skal være à jour og vite hvordan situasjonen er med pasienten. Det er kjempe viktig at den utvekslingen skjer – med informasjonen til legen. Han spør: ”Hvordan er han i pusten? Hvordan ser føttene ut – er han mindre hoven, mer hoven? Har han hatt smerter siste døgn? Klarer han å gå oppe?” Alle sånne ting som går på funksjon og på symptomer skal vi videreformidle i en previsitt (sykepleier).*

Selv i morgentruvelheten på Elektiv, når pasientene skal klargjøres til dagens undersøkelse og behandling, ser pleierne pasienten:

*Ja. Jeg ser når en pasient er redd og – det har jeg hatt i dag, to pasienter som jeg så da jeg hilste på dem, at de var urolige og trengte beroligende. Sykepleier sørger da for at de får. Og noen ganger så er det nok det at de får en prat med oss, at vi tar den selv hvor hektisk vi har det.*

Eller i undersøkelsessituasjonen på UBE – innimellom all teknikken

*Teknikken er jo det alle ser når en kommer inn - all apparaturen. Det er jo bare hjelpemidler, du må kunne bruke. Du må jo se hvem som ligger der. Vi må se hvem som ligger på benken, hva han trenger når han ligger der. Her trenger de å være trygg. De trenger å vite at vi følger med, de trenger å vite at vi hører dem og ser dem. Da kan de ligge der i flere timer (sykepleier).*

Samme på OVE, hvor pasientene er plassert i et system av ledninger og overvåkningsutstyr:

*Vi har jo veldig mange dårlige lungepasienter bl.a. som ligger med de her pustemaskinene, og vi kan ikke kommunisere. Det å ha nærkontakt med pasienten, og prøve å gi tillit – sånn at pasienten har tillit til oss, og at de ikke skal ha mer angst. At det ikke skal være det største problemet, for det kan det ofte bli når de ikke får puste. Og da blir det ofte sånn at vi må ha kjempekontakt med pasienten, og være der hele tiden, og helst ta på pasienten for at de skal kjenne at vi er der. (sykepleier).*

Det er også ofte pasientene – undersøkelse, funn og behandling - som er gjennomgangstema i legenes uformelle møter i korridor eller på kontor

*Det er pasientene som gjør at jeg trives her. En hyggelig samtale eller en fornøyd pasient en dag, veier opp for – kan veie opp for masse – at du føler at du har gått mot veggen, og ting du ønsker som du ikke får. Det som faktisk er enklest er å være hos pasienten, hvis du føler at du har noe å bidra med. Jeg synes det er artig med pasientene, også har jeg bestandig trivdes her i kollegiet. Jeg syns jeg har hyggelige kollegaer og de fleste er interessert. Det er ingen som er redd for å "få pasient på fingrene" som vi sier av og til på fleip. Du får alltid en kollega med deg inn å se på en pasient. Det er alltid noen som er interessert sammen med deg, tar i med problemet og løser det (lege).*

Det er umulig å få med alle nyansene i Avdelingens mangefasetterte pasientfokus. Men, alle er veldig klar på at det er pasienten det hele dreier seg om. Det er pasienten som er sentrum for virksomheten. Den økende mengden av stadig mer sofistikert utstyr som kommer mellom pasient og helsepersonell, synes bare å skjerpe fokuset. Det samme med travelhet og rutiner. Skjønt – av og til kan det holde hardt, når de oppsatte prosedyreprogrammene på UBE skal gjennomføres som planlagt.

*Det er veldig teknisk, og noen ganger så føler jeg at det er en fabrikk. Pasientene kommer ferdig preparert, får gjort en reparasjon her, og ut igjen, og den lille praktiske tingen at vi møter hverandre på den trange gangen, hvor den ene fær og den andre skal inn. Også går jeg bort til den som kommer ny og hilser på "velkommen hit, kan du vente et par minutter så skal jeg legge frem utstyr til deg", og da sier de ofte: "ja, det går på løpebånd her". Og det gjør det jo, og det ser ut som de aksepterer det greit, men jeg syns det er vanskelig å møte så mange mennesker og slippe dem, aldri få noen relasjon til noen, det er så kortvarig, og du liksom – du investerer ingenting for du har ikke tid til det (sykepleier).*

Men pasientene kan også oppfattes som "svarteper", som for eksempel når de som er ferdigbehandlet på OVE skal plasseres på sengepost for videre oppfølging.

*Vi må jo flytte pasienter ut fra OVE når vi skal ta nye pasienter inn, og da har vi problemer ganske ofte (lege).*

*Så kan det være vanskelig å flytte over pasienter, vanskelig å få ut pasienter, og hvem skal ha ansvaret når det er fullt over alt. Hvem har da ansvar for pasienten? Det er litt vanskelig. Jeg har*

*jo opplevd å måtte krangle med sengeposten i flere omganger, for å få flyttet over pasientene – bruker så mye tid på det (sykepleier).*

Sett i et tidsperspektiv har både betingelsene for pasientfokus, og pasienten endret seg.

*Før hadde vi tid til dem, til informasjon i forhold til kosthold, og pårørende, og det her med rehabilitering, og oppfølging etterpå. Det er blitt borte, for de kommer inn, får behandling og ut. Også den der omsorgen vi hadde før – for hele personen i ett, tid å kartlegge hjemmeforholdene og mange sånne ting (sykepleier).*

*Jeg tror kanskje pasientene, de vil aldri føle at de får nok hos doktoren. Vi er i stand til å gjøre mye mer, så terskelen for å komme på sykehuset er mye lavere. Før så aksepterte folk å ha sykdommer og skavanker, men nå skal det gjøres noe med alt. Bare på den tiden jeg har jobbet her, så har det jo eksplodert. Det har alltid vært mye å gjøre, men det er på en annen måte nå. Folk har store krav. De tar det på internettet – ”her har vi en eksisterende behandling, kan den brukes på meg?” De har helt andre krav til hva de håper at vi kan få gjort noe med. Men folk er jo veldig forskjellig. Det var en dame som hadde brukket armen på tirsdag, men hun skulle nå til byen på fredag allikevel så hun ventet til fredag med å gå til doktoren.(lege).*

Pasient er altså et vidt, variert og dynamisk begrep – formet i samspill mellom medisinske nyvinninger og samfunnsutvikling, tid og sted. Premissene for møtet mellom pasienter og sykehuspersonell synes å befinne seg på en glideskala mellom tradisjonell paternalistisk orientert behandling og omsorg, og kundetilpasset, oppdatert valgfrihet. Kompetanse, yrkesidentitet og samhandling utfordres. En sykepleier sa det slik: *Ja, for vi mister noe av yrket vårt og identiteten i en så hektisk avdeling. Det er noe med sykepleieryrket, og det her med omsorg og ivaretagelse, å ha tid.* Da er det på tide å prøve å skille ut og trekke sammen trådene i sykehusets samarbeidsvev.

## **7.7 Formende strukturer**

Pasienten er ikke det eneste virkelighetskonstituerende prinsippet i Avdelingen. Økonomiske rammefaktorer - spesielt det diagnoserelaterte (DRG)<sup>161</sup> systemet - har atskillig formativ innflytelse på tenkning, språk, handling og samhandling, om enn på en mer implisitt og underforstått måte. Det opplevde jeg selv i en av de avtalte samtalene med en av overlegene:

Vi var godt inne i samtalen, som til da har dreiet seg om livet på Avdelingen og utviklingen ved sykehuset de siste 10-årene, da jeg stilte følgende spørsmål:

*BV: Hva tenker du om sykehusordningen nå, på stort plan – helseforetakene er etablert, man har DRG-systemet, - har det noe å si for den måten dere jobber i det daglige?*

*Legen: Tidligere, før vi fikk det systemet som vi har i dag, så fikk vi alltid tilgivelse 31.12. for de økonomiske misærene, og så begynte vi med blanke ark den 1.1. I dag er det et mye tøffere system. Ingen får tilgivelse, man skal holde seg til rammebevilgningene, implisitt DRG-systemet som gir ganske stramme rammer, slik jeg opplever det. Økonomien slik jeg kan vurdere den fra mitt ståsted,*

---

<sup>161</sup> For utdyping, se kapittel 2.4.

*påvirker i betydelig grad hvordan vi arbeider. Det virker som om økonomien på en måte har fått større plass i det daglige enn den hadde før. Til tider syns jeg at det går litt over stakk og stein. Jeg syns av og til at det kanskje er på grensen til det som er uforsvarlig.*

*BV: Ut fra det jeg har sett, har dere ganske høy produksjon på Avdelingen, dere må jo tjene inn veldig mye til sykehuset, og da ...*

*(Legen avbryter): Ja, det er mye mulig, men det blir jo ikke flere av at vi tjener inn, for det blir alltid manko. Altså, jeg mener inntjening er jo i kraft av DRG-systemet og prioritetsbonorering, men det er jo en vekt med to skåler – og jeg er ikke sikker på at den harmonien er slik som den burde være. Men, når du refererer til aktiviteten, så er det der borte på lab'en, men det er jo bare en del av det vi gjør. Jeg mener vi har jo mange andre virksomheter som ikke er så lett å anskueliggjøre for utenforstående, det er ikke så lett tallmessig å beskrive aktiviteten, og det syns jeg også er et lite problem, at når man etterspør aktivitet så er det med en gang tallbeskrivelse, og da er det veldig lett å gå til aktiviteter som lett lar seg beskrive i tall, for å kvantifisere virksomheten, men her er veldig mange funksjoner som ikke blir omtalt på samme måte, som inngår i totalaktiviteten. Jeg tenker på hele støtteapparatet rundt den laboratorievirksomheten. Det er ikke så mange som spør hvor mange doktorer det er som skal ta hånd om de pasientene og gjøre dem ferdig til å kunne kjøres inn på laboratoriet og så ta hånd om dem etterpå. Det arbeidet får ikke den samme oppmerksomheten. Men nå beskriver jeg jo dette fra mitt ståsted, og da er det litt fargelagt av at jeg har vært ganske mye involvert i diskusjoner om akkurat det her, for jeg tror oppmerksomheten er rettet mot det som er innenfor de fire veggene deres, mens alt det andre støtteapparatet, og sykepleierne, ikke minst, får litt mindre oppmerksomhet.*

Det tok litt tid før skjønnte at vi opererte med forskjellige tolkningsrammer. Jeg oppfattet en irritasjon i stemme og kroppsholdning som umiddelbart fikk meg til å tenke at jeg hadde stilt et upassende spørsmål. Vi snakket om det samme. Men det som for meg dreide seg om eksterne faktorerers innvirkning på livet i Avdelingen, aktiviserte andre konnotasjoner hos han. Jo visst fikk jeg svar på spørsmålet, men det som jeg forventet kanskje ville bli en kritikk av sykehussektorens finansieringssystem, ble i stedet en liten utblåsning om avdelingsinterne forhold. Spørsmålet mitt var ikke ment som en utprøving av tolkningsrammer, men det ble det. Og – det skjerpet bevisstheten min i forhold til dette som en konstituerende struktur i feltfolkets virkelighetsforståelse. I samtalen med avdelingsoverlegen fikk jeg nye ledetråder:

*Legene på lab'en har jo en meget god lønnsavtale og arbeidsavtale. Det er noen av de andre overlegene som syns at forskjellen i arbeidsbelastning ikke gjenspeiler forskjellen i lønn. De har mer lønn enn de andre overlegene. ... Ja, der er det forskjeller, 50 % i tillegg i lønn for de som arbeider på lab'en.*

Min gjetning er at legens måte å svare på i større grad var en respons på sykehusets eller Avdelingens lønssystem enn på sykehusfinansieringen. Kanskje var det også irritasjon over at DRG-systemet legitimerer en slik intern forskjellsbehandling. Spørsmålet blir da hvordan dette i tilfelle innvirker på samarbeidsforholdene i avdelingen. Her åpnes det for videre tolkningsmuligheter og mer sensitivitet.

## **7.8 Samarbeid og barrierer – myter og erkjennelser**

Hva har vi sett av samarbeid og barrierer i sykehuset? Pasienten er sentrum i Avdelingens virksomhet – den røde tråden som samler og fokuserer aktiviteter. *Jeg tror nok at samarbeidet rundt den enkelte pasient til daglig er stort sett rimelig bra* (lege). Det er også pasientene som binder sammen Avdelingens enheter: *i det daglige har vi kontakt gjennom pasientstrømmen* (sykepleier). Samtidig har pasienten også en Svarteperfunksjon – blir propp i systemet.

Samarbeidet er knyttet både til rutiner og akutsituasjoner. Rutinemessig møtes leger og sykepleiere på Sengeposten og OVE daglig til previsitt, visitt og oppsummering etter visitten. *Vi har veldig god dialog med legene som kommer og går visitt.* (sykepleier). Sykepleier og hjelpepleier samarbeider tett på Sengepost og Elektiv. Under de mange daglige prosedyrene på den invasive siden av UBE er det konkret aktivitetsorientert samhandling som gjelder. Sykepleieren assisterer legen på ”redskapssiden” og gjennom samordnet årvåkenhet og situasjonsvurdering ivaretar begge to pasienten under inngrepet. *Vi samarbeider så intenst med legene – vi er så avhengig av hverandre. Det er en felles oppgave å passe pasienten. Skjer det noe – så sjekker vi det, ikke sant. Ser jeg at legen okkluderer så pasienten ikke har trykk, sier jeg i fra med en gang: ”Sjekk trykket”* (sykepleier). Den siste uttalelsen er en god overgang til ad hoc samarbeidet, som i prinsippet kan – og skjer – hvor som helst og når som helst, ofte i forhold til livstruende situasjoner hvor pasienten trenger øyeblikkelig hjelp. Ut fra et akutttilfelle dagen før, stilte jeg følgende spørsmål til en av hjelpepleierne på Elektiv som var med: *Og alle får sine oppgaver i situasjonen?* Hun svarte kontant: *Alle tar sine oppgaver i den situasjonen.* I ad hoc situasjoner er det lite rom for diskusjon om hvem som skal gjøre hva – da er det samhandling som teller. Det er intense situasjoner der samarbeidet bare skjer – på tvers av alle faggrensener og gråsoner. Alles oppmerksomhet er på pasienten – å redde liv og gjenopprette helse. I yrkesgruppenes felles pasientfokus og deres rutine- og ad hoc baserte møtepunkter, trer samarbeidet og dets rasjonale tydelig frem. Men hvor finner vi det hvis vi flytter blikket til de to ”parallelt gående skipene”? Leger og pleiere som representanter for ulike kulturer, med klare oppfatninger om hverandre.

### **Samarbeidets med- og motkrefter**

Jeg ser med- og motkrefter for samarbeid i denne parallelliteten. Flest i førstnevnte kategori. Noen av de kreftene som er samarbeidsdrivende finner jeg nettopp i *forskjellene*. Det at leger og pleiere representerer ulike profesjoner som har utfyllende kompetanse i forhold til hverandre. *Samarbeidet med sykepleierne er upåklagelig. Det er åpent, og du kan stole på dem - at de vet hva de skal gjøre* (lege). Forutsetningen for å få godt samarbeid ut av

kompetanseforskjeller er imidlertid en erkjennelse av eget fags muligheter og begrensinger, og egen og andres rolle i systemet. Slik en sykepleier illustrerer i sin fortelling fra en samarbeidssituasjon med en av legene på UBE:

*Han er den som har ledelsen. Men hvis han sier noen ting sånn at han virker som om han bestemmer, så unnskylder han seg ofte. Det blir jeg brydd av, for jeg har jo sagt til han at: "Vi står ikke likt, du er legen og du har – for det første har du kunnskapen, men du har ansvaret og. Det er ikke sånn at jeg står og ser på deg og tenker at du bare dirigerer. Jeg synes det er godt at du har ansvaret. Du er utdannet til det, det er det du skal ha. Og du får lov til å si det til meg" – i en eller annen sammenheng nevnte han at jeg var assistent, så sa han: "jeg mente ikke det, jeg mente ikke at du gjør noe dårlig." Så sa jeg: "Jeg synes det er helt fint at du sier det, for jeg er assistenten din, jeg er ikke lege." Hvis jeg tror at jeg skal ha hans jobb, så får jeg gå på legestudiet.*

Her refereres det både til legens kompetanse og hans formelle rolle og autoritet. Han er den ansvarlige for det som skjer i situasjonen. I det perspektivet blir sykepleieren - både i navnet og i gagnet - hans assistent. I tillegg til å anerkjenne andres autoritet er det et poeng å være fornøyd med og trygg på det yrket en selv har valgt, slik denne historien om det gode samarbeidet viser:

*En dag hadde jeg en dårlig pasient her (på OVE), og fikk en aldeles super sykepleier som, innimellom, hadde jeg inntrykk av, skjønte bedre enn jeg skjønte, (ler) og virkelig kom med de rette forslagene. Når vekten var over, så var ikke pasienten blitt noe særlig bedre, men vi hadde i hvert fall et veldig gjennomtenkt forhold til hva vi gjorde. Det var en klar plan med det vi gjorde – den planen hadde ikke vært lagt da vi kom på, men kom gjennom samarbeidet. Det beste samarbeidet har jeg med de som er trygg i og fornøyd med sin sykepleierjobb, og som føler at vi ikke konkurrerer om hva vi skal gjøre. Vi har hver våre arenaer: "ordner du det og det – henger opp det dryppet og sånn, så ringer jeg til kirurgen og sjekker det." Hvis du får en sykepleier som er interessert og flink, og en doktor som er interessert og flink, så føler ingen av dem at den ville vært i den andre sine sko, altså at du er helt bekvem med det du er. Sånn som de artige guttene som jobber her, så sier de, når de skal gå hjem - og jeg har vært på jobb i 16 timer og skal være 10 til – at "å, jeg er så glad at jeg ikke har din jobb, vi ses i morgen. Ha det". Altså, de er helt bevisst de valgene de har tatt (lege).*

Reelt samarbeid forutsetter i følge disse sitatene minst fire ting: Opplevelse av felles ansvar for situasjonen og pasienten; Arbeidsdeling basert på at samarbeidspartnerne har utfyllende kompetanse i forhold til hverandre og ulike roller i situasjonen; Anerkjennelse av den andres kompetanse og erkjennelse av egen kompetanse og dens grenser; Trygghet i egen yrkesrolle og rollefordeling i situasjonen. Dette vil jeg karakterisere som samarbeidets "med-krefter."

Den mest markante motkraften fant jeg i yrkesgruppens oppfatninger om seg selv, de andre og samarbeidet dem imellom. *Det er selvfølgelig litt frustrasjon mellom yrkesgruppene, den hjelpepleier – sykepleierstriden er jo på en måte en gammel konflikt, men egentlig har ikke det vært noen strid her, men det har jo vært andre steder. Mellom leger og sykepleiere vil det jo alltid være knuffing (latter). Men, jeg har ikke registrert det, for å si det sånn (lege).* Her konstaterer legen at det er frustrasjon og knuffing mellom yrkesgruppene, men han kan ikke



vise til konkrete erfaringer. Et annet eksempel er sykepleieren som stadig erfarer at egne kolleger tolker det leger sier ut fra en forståelse – eller fordom – om at leger har en nedlatende holdning overfor sykepleiere. *Hvis man da sjøl tror at alle leger ser ned på sykepleierne, så vil jo uansett hva en lege sier – bli negativt, på en måte* (sykepleier). Og et tredje er legen som får ”selve” profesjonsstriden til å fortone seg som fantasi: *De snakker så mye om profesjonskamp – at det er kamp mellom profesjonene. Jeg har aldri opplevd det. Det er mye mer kamp innad i profesjonsgruppen.* Men er det da slik å forstå at grunnlaget for oppfatningene om forholdet mellom de helsefaglige profesjonene har like mye rot i fordommer som det som skjer her og nå? At helsepersonells tolkningsrammer i større grad er basert på tradisjonelle hierarkiske og paternalistiske modeller enn analyse av konkrete situasjoner? Hvilken betydning vil det i så fall få for forståelsen av samarbeidsproblemer i helsesektoren, og samarbeidslæringens intensjon om å redusere disse problemene?

### **Barrierer - men ikke som forventet**

På dette punktet virker det som om utbytte av feltarbeidet er magert. Til tross for skjerpet blikk for skurr mellom yrkesgruppene var det ikke lett å få øye på profesjonsbarrierer i de samhandlingssituasjonene jeg var med på. Riktignok opplevde jeg sykepleieres sukk over leger som var sene på visitt, vanskelig å få tak i når de trengtes, som ikke tok nok hensyn til sykepleiernes vurderinger, eller la for mye vekt på dem. Og - leger som ergret seg over sykepleiere som virker uinteressert, som heller vil være i sofakroken på lunsjrommet enn inne hos pasientene, eller som spør unødvendig mye. Negative holdninger ble av og til tatt opp i samtalene, men da like gjerne i forhold til egen yrkesgruppe. Betyr det at jeg ikke fant noen barrierer mot samarbeid? Jo, jeg gjorde, men, som nevnt, ikke der jeg forventet.

La oss se nærmere på gråsonene. Disse mangfoldige ”in-between” områdene der arbeidsoppgaver og faglig ansvar flyter mellom profesjonene. Der det forhandles mer eller mindre taust om yrkesstatus og selvforståelse. Der faglige og etiske prinsipper implisitt – av og til eksplisitt - prøves og vurderes. I det spekteret av farger som utgjør gråsonene er det lettest å trekke ut de som er knyttet til oppgaveforskyvning nedover i systemet. Oppgaver som over tid har blitt overført fra lege til sykepleier og fra sykepleier til hjelpepleier, og nå inngår som naturlige deler av den nye gruppens arbeidsområde. Også de nyansene som får frem sykepleiernes nye oppgaver i den invasive, høyteknologiske delen av UBEs virksomhet, er rimelig greie å skille ut. Sykepleierne har ingenting i mot å bli definert som legens assistent i disse funksjonene. Men vil ikke assistere legene i parallellkorridoren, som har behov for å få

hjelp med tradisjonelle sykepleieoppgaver som av- og påkledning osv. Selv om problemet oppleves så presserende at det er nedsatt en arbeidsgruppe for å utrede det, er det allikevel ikke barrieredimensjon over det. For å finne det må vi starte med å se på OVEs gråsonelignende status – slik enheten tar seg ut for de som arbeider der. Skal det være en intensiv enhet, eller en avlastende sengepost? Hva med legedekning på døgnbasis i forhold til intensivfunksjonene? *Jeg lærte jo fort at her kan jeg ikke stole på at jeg har legen i bakhånd hele tiden* (sykepleier). Hvorfor er det så vanskelig med rekruttering og stabilisering av spesialutdannet pleiepersonale? *På hele OVE er det bare stillinger for spesialsykepleiere, men det har vi jo aldri klart å få* (sykepleier). Disse problemene oppleves sterkt av de som har sitt daglige virke på OVE, og det har ringvirkninger til resten av Avdelingen. Hver gang en pasient er ferdigbehandlet og skal ut til sengepost, er en potensiell konfliktsituasjon, som aktiverer det identitetskapende spørsmålet om OVEs status – og setter i gang en kjedereaksjon, slik vi så i forhold til ”den ellefte pasienten” (7.2): *Og der har det utviklet seg til en ganske hardnakket konflikt mellom oss og sengeposten* (sykepleier).

Dermed er vi ved det jeg oppfatter som de mest markante samarbeidsbarrierene i Avdelingen. De går ikke mellom yrkesgruppene, men mellom enhetene. Det er sykepleierne på OVE og sengeposten som høgger til hverandre i telefonen. Det er gnisninger mellom pleiere på Elektiv og UVE: *Det har vel vært litt sånn mellom oss og UVE, kanskje. Vi mener UVE ikke gjør det de skal, også mener UVE at vi ikke gjør det vi skal, ikke sant?* (sykepleier). Det er legene på UBE som gnisser mot resten av legekollegiet gjennom sin synlighet og verdi i forhold til Avdelingens produksjonsstatistikk, og sine gode lønns- og arbeidsavtaler. Og legen som gjennom ti års erfaring fra arbeid i helsetjenesten ikke har opplevd profesjonskap, men at det er mellom legene *at knivene fyker, ikke mellom leger og andre profesjoner*.

Her passer det kanskje å fullføre noen av de sitatene jeg har presentert tidligere. Som når jeg bare tok med første delen av legens vurdering: *Jeg tror nok at samarbeidet rundt den enkelte pasient til daglig er stort sett rimelig bra*. Han avslutter setningen slik: *men samspillet i avdelingen kunne vært bedre*. Eller sykepleieren som slår fast: *Men i det daglige så har vi jo kontakt gjennom pasientstrømmen*. Hun forsetter slik: *og det er klart det ligger mange kimer til konflikt, fordi det er et hektisk jag, og fordi man kanskje ikke alltid og til en hver tid klarer å se den andres situasjon, dette med ”hvor mange pasienter har vi og hvor mye er det å gjøre med dem”, og det å forstå driften og driftsformen på de ulike enhetene*. Og legen som trekker frem veletablerte forestillinger om forholdet mellom yrkesgruppene, bare for å konstatere at

han ikke har erfart det: *Men – det vi har hatt mye av, det er striden mellom de fire enhetene i avdelingen.*

I bearbeidingen av samtalematerialet gikk jeg, som en kontroll og oppsummering nøye gjennom alle samtalene og markerte alt det som ble sagt om hhv samarbeid og barrierer. Det som kom frem i forholdet mellom yrkesgruppene, var i hovedsak OVE-pleiernes misnøye med legevaktordningen utenom ordinær arbeidstid og legene som synes sykepleierne kunne stilt mer opp og assistert ved ekkoundersøkelser. Alle trakk imidlertid ”demarkasjonslinjene” for de samarbeidsproblemer som måtte være i Avdelingen mellom enhetene – og nesten alle nevnte dette forholdet på en eller annen måte. Dette samsvarer godt med mine egne observasjoner. I begynnelsen var jeg både overrasket og frustrert over å ikke finne barrierene der jeg forventet – mellom helsepersonellgruppene. Men etter hvert måtte jeg erkjenne at de oftest gikk tvers gjennom den enkelte yrkesgruppe, slik legen illustrerer i dette utsagnet:

*Som sagt, det er liksom tre, fire forskjellige kulturer.<sup>162</sup> Det virker som sykepleierne på OVE synes spesielt dårlig om sykepleierne på sengeposten, eller sykepleierne på sengeposten synes spesielt dårlig om sykepleierne på UBE. Man hører jo av og til sånt: ”Ja de ringer fra UBE og sier: ja vi skulle hatt en pasient bort til angio fra sengeposten også fastet han ikke. Skjønner de ingenting der borte?” Ikke sant? Så vet jo jeg at grunnen til at de ikke faster er jo at pleierne springer jo som noen piska skinn der borte, og sånn sett kunne det sikkert ha fungert bedre. Altså, det er ikke noe stort problem, men det kunne sikkert ha fungert bedre, og det føles sikkert annerledes fra sykepleiers ståsted.*

Når jeg oppsummerer feltarbeidet på sykehuset - inntrykkene fra observasjoner og samtaler – er konklusjonen altså ganske klar. Barrierene som hindret samarbeid, bidro til irritasjon og oppstyking av sykehushverdagen - både for ansatte og pasienter - og reduserte kvalitet og effektivitet i sykehusarbeidet, hadde grunnlag i strukturbaserte forhold, ikke i profesjonskamp og kommunikasjonssvikt mellom de ulike personellgruppene.

For å gjøre et siste forsøk på å motbevise denne konklusjonen – og finne støtte for hypotesen om samarbeidsbarrierer mellom profesjonene - fikk jeg anledning til å studere alle avviksmeldingene<sup>163</sup> som ble skrevet på Avdelingen de fem første månedene av 2005 - uten å finne noe som kunne endre konklusjonen. De fleste meldingene gjaldt svikt i rutiner eller

---

<sup>162</sup> Legen snakker her om de fire enhetene.

<sup>163</sup> Dette er skriftlige meldinger som helsearbeidere skriver for å gjøre den nærmeste ledelsen på enheter og avdelinger oppmerksom på situasjoner de opplever som utilfredsstillende. Situasjonene kan i prinsippet omhandle alt mulig som oppleves problematisk, irriterende eller irregulært. Det kan være pasientrelatert, dreie seg om forhold til andre personellgrupper, omhandle utstyr eller lokaler osv. Avviksmeldingene inngår i sykehusets kvalitetssikringsopplegg, som en del av Helse- Miljø og Sikkerhetsordningen. Det er den medarbeideren som opplever problemet som skriver meldingen og leverer den til nærmeste overordnede, som tar saken videre til lederen på samme nivå i den enheten eller avdelingen klagen er rettet mot.

informasjonsflyt mellom sykehusets akuttmottak og Avdelingen, og internt mellom Sengeposten og OVE – i begge retninger. I neste kapitel flytter jeg blikket til kommunehelsetjenesten.

## Kapitel 8

# SAMARBEID I KOMMUNEHELSE TJENESTEN

Materialet som dette kapitlet bygger på ble innhentet gjennom to feltarbeid høsten 2004 (4 uker) og 2005 (3 uker). Fokus er på sykehjem og hjemmetjeneste, de to hovedbasene for den kommunale helsetjenesten. Etter presentasjon av kommunen og helsetjenestens mål og rammer, gjennomgås særtrekk ved hvert av de to stedene. Deretter ser jeg på fellestrekk og samarbeidsforhold under overskriftene ”Mangetydig pasient/brukerfokus”, ”Arbeidsdeling og Samarbeid” og ”Grense for samarbeid”. I teksten prøver jeg å få til et samspill mellom observasjonsdataene mine og feltfolkets egne oppfatninger av arbeid og samarbeid i kommunehelsetjenesten, slik de ble formidlet i de avtalte samtale/intervjuene.

### **8.1 Helsetjenester i en liten kystkommune**

Feltstedet er en typisk kystkommune. Den dekker et relativt stort geografisk område – spent ut mellom fastlandet, noen større og mange mindre øyer og skjær. Størstedelen av befolkningen på ca 1400 er i bosatt i kommunesenteret. Ellers er bosettingen spredt. De fleste arbeidsplassene er knyttet til fiskeri, fiskeindustri, og serviceyrker – i privat og offentlig sektor. I kommunesenteret er det korte avstander både geografisk og menneskelig. Coopen – møtestedet for bygdas befolkning – er sentralt plassert ved siden av kommunehuset, ikke langt fra skole, kirke, helsesenter og lensmannskontor. Bebyggelsen er samlet rundt flere parallelle veier i høydedragene rundt fjorden, og i en liten dal som strekker seg opp mot fjellet – innover i landet. Kommunesenteret har helårs veiforbindelse, men med mye vær relatert vinterstenging. Hurtigruten har daglige anløp, både på nord og sør. Ellers går det hurtigbåt til nærmeste by, og lokalbåt til de største øyene i kommunen.

### **Mål og rammer**

Visjonen for omsorgstjenestene i kommunen er ”Trygghet – verdighet og livskvalitet for den enkelte.”<sup>164</sup> Verdiorienteringen for hele tjenesteområdet er ”brukerens evne til egenomsorg, opptrening og mestring” (Handlingsplanen:2). Et av hovedmålene er at pleie- og omsorgstjenesten skal være helhetlig og samordnet (ibid:4). Dette skal bl.a. oppfylles gjennom intern informasjonsflyt om den enkelte bruker, som grunnlag for tiltrettelegging av

---

<sup>164</sup> Alle faktaopplysningene i dette avsnittet er hentet fra følgende dokumenter: *Handlingsplan for pleie- og omsorgstjenesten i X kommune*, vedtatt av kommunestyret 14.06.05; *Årsmelding X kommune Helse- og sosialetaten 2004*; *Individuell plan til bruk i X kommune*, 2003.

tjenestene (ibid:4). Brukerne skal ha individuelle planer, for at helsepersonell skal kunne ”jobbe mer tverrfaglig og samordne tiltak rundt personer som har behov fra tjenester fra ulike etater” (Individuell plan, 2003:2). Etablering av et rehabiliteringsteam ”som samarbeider med basis i felles verdigrunnlag” er et av tiltakene. I teamet inngår avdelingslederne for hjemmetjeneste og sykehjem, fysioterapeut og rehabiliteringskontakt<sup>165</sup> (Handlingsplanen:4).

Helsetjenesten består av sykehjem med en sykestueplass;<sup>166</sup> hjemmesykeleie med hjemmehjelp, psykiatritjeneste og omsorgsboliger med aktivitetstilbud; helsesøster-, jordmor- og fysioterapitjeneste. I tillegg kommer sosial- og barneverntjeneste. Samlet var det pr 31.12.04 ansatt i overkant av 130 personer i helse- og sosialetaten. Bare 51 av stillingene var faste, resten hovedsakelig ”faste vikarer” (85), ferievikar (20 - 25), ekstrahjelp ved høytider (6) lærlinger (2) og eksternt finansierte engasjementstillinger (1.75). Det store antallet personer skyldes ordningen med turnus hver 3. uke (Årsmeldingen:1). Det er spesielt hjelpepleierne som er deltidsansatt for at turnusplanene skal fungere. I 2004 var det samlede helse- og sosialbudsjettet på 18.7 millioner kroner, det reviderte på 21.2 og regnskapet på 21.4. Sammenlignet med forgående år var det en nedgang på hhv 1.3 (2002) og 2.6 mill. (2004).

Helsetjenesten er dimensjonert på grunnlag av modifiserte statistiske beregninger (vedtak fra 1998). Modifiseringen knytter seg til geografiske og demografiske forhold.

X ”kommune er en kystkommune som har desentralisert bosettingsstruktur, vanskelige kommunikasjonsforhold og fravær av kvalifiserte hjelpere i ytterkantene. Dette er årsak til at eldre innbyggere spesielt i distriktene ikke kan eller ønsker å bo hjemme når de får et hjelpebehov. Dette vil medføre en større etterspørsel av tjenester og boliger i kommunesenteret (Handlingsplanen:8).

Kommunen tar derfor utgangspunkt i en høyere dekningsgrad av institusjonsplasser for aldersgruppen 80 år og eldre – 30 %, mot det nasjonale målet på 25 % for 2006. I Fylkesmannens rapport av august 2004 påpekes det at hjelpebehov oppstår tidligere i livsløpet i dette fylket i forhold til andre. Forventet levetid er kortere både for kvinner og menn. Konklusjonen er at 74 år bør være utgangspunktet for vurdering av dekningsgrad (ibid). I 2005 ligger den for omsorgsboliger og sykestue på 37 %. For sistnevnte alene er den bare på 20 %. Det er ikke tilfredsstillende, i følge helsesjefen.

---

<sup>165</sup> En sykepleier med delt stilling mellom hjemmetjeneste og sykehjem hadde denne funksjonen.

<sup>166</sup> Dette er en plass som finansieres av Helse Nord for å kunne brukes til akuttinnleggelser og tilbakeføring av pasienter etter sykehusopphold

For å oppfylle det helsepolitiske målet om enkeltrom ble sykehjemmet ombygget i 2003. Dette førte til at det offisielle sengetallet ble redusert fra 21 til 13 – inkludert Helse Nords sykestueplass. Slik beskrives tilstanden i 2004: ”Fra januar til august har beboertallet ligget jevnt rundt 16 – 17 pasienter, med opptil 19 pasienter på det meste. Fra september og ut året har antall pasienter ligget mellom 15 – 18” (Årsmeldingen:3). For flere pasienter betyr det at de må leve sammen med en annen på et mindre rom enn før. Realisering av øvrige intensjoner med ombyggingen er satt på vent: Den delen som er spesialbygd for demente (5 rom) kan ikke tas i bruk som skjermet enhet. De syv plassene tiltenkt korttidsinnleggelse for rehabilitering og avlastning, er fylt med ”langtidspasienter” med store pleiebehov. ”De aller fleste av pasientene som er innlagt på sykeavdelingen er svært dårlig fungerende. Det er derfor små muligheter for rehabilitering med siktemål om tilbakeføring til eget hjem. Det vil si at denne gruppen har et klart varig behov for sykehjemsplass” (ibid:10). Da er det på tide å finne ut hvordan helsetjenesten fungerer i praksis. Jeg starter på sykehjemmet.

### **Sykehjemmet – rutiner og knapphet**

Sykestua, begrepet som brukes mest i det daglige, er plassert i helsesenteret, en treetasjes bygning med midtfløy og to sidefløyer. De åtte pasientrommene<sup>167</sup> i ”rehabiliteringsavdelingen” ligger på hver side av en bred korridor med salong og røykerom i den ene enden, og foajeen ved hovedinngangen mellom de to avdelingene, i den andre. I ”demensavdelingen” - er de fem rommene organisert rundt en stor stue med åpen kjøkkenavdeling. Det er til sammen 18.8 pleierstillinger, hvorav 8 for sykepleiere, de fleste i fulltidsstilling, mens nesten alle hjelpepleierne er deltidsansatt for å sikre bemanningen i helgene.

Kontoret, som er lokalisert i korridoren inn til ”demensavdelingen”, er pleiernes samlingssted – for rapporter, lunsj og en pust i bakken. Rommet er lite og hver kvadratcentimeter utnyttet. Langs veggen til venstre for døren står en kontorpult med det mobile pasientarkivet ved siden av. Mellom arkivet og sofagruppen er en liten benk hvor det alltid står kaffekanner og kopper. Bak sofaen et stort vindu ut mot gårdsplassen mellom legeføyen og ”demensfløyen”. På veggen til høyre for døren er to tavler – en whiteboard for dagsaktuelle meldinger, og en av kork for oppslag. I begynnelsen av oktober 2004 sto følgende meldinger på whiteboarden:

”Nutrisonposene skal tømmes før de kastes i søpla.” ”Vaktfordelingsmøte 7/10 kl 13.30, personalrom 2.etg.” ”Det begynner å bli den tiden på året da økonomisk tenkning må stå i fokus. Innkjøp og innleie må begrenses til et minimum. Det betyr at enkelte dager/vakter må vi drifte med redusert bemanning, samt at all bruk av overtid f.eks. vakter o.l. skal avgjøres av meg.”

---

<sup>167</sup> Inkludert helseforetakets akuttrom

Underskrevet av avdelingssykepleier<sup>168</sup> som har det faglige ansvaret for sengeavdelingene og det administrative for driften av helsesenteret. På korktavlen er det oppslag om ulike ting:

Informasjon om ny turnus – med et håndskrevet ”Jippi!!!” på; Førings av timelister; Fra kirkevergen en brosjyre som kan deles ut til pårørende i forbindelse med dødsfall; En iøynefallende oppfordring til de som jobber på natten om å sy nye gardiner til pasientrommene; Informasjonsskrivet fra meg om feltarbeidet og et ark med sykehjemmets målsetting:

*Overordnet mål:* - Helsesenteret skal være et sted hvor beboerne skal få en verdig alderdom. Beboerne skal føle trygghet og være omgitt av den omsorg de til enhver tid har behov for.

*Målsetting:* - Beboerne skal ha en verdig alderdom ved helsesenteret, og personalet skal ha en holdning som legger forholdene til rette for dette.

På en av de mange fargerike ringpermene som fyller bokhyllene over kontorpulten står det ”Rutinehåndbok” med store bokstaver. Der finnes rutiner for det meste. Jeg talte 23. De omfattet alt fra blodtrykksmåling, urin- og blodprøvetaking til prosedyrer for utpakking av medisin og renhold av tannproteser. Jeg tar med to eksempler. De gir oversikt over grunnstrukturen i ukenes og dagenes gang på sykestua. Først ukeplanen – en grovskisse over plasseringen av spesielle aktiviteter på ulike ukedager:

- Mandag: Legevisitt kl 10.00 – 11.30. Sykepleieren som skal ha visitten skal bare ha en til to pasienter for å få tid til å forberede seg, samt ha tid til litt etterarbeid.
- Tirsdag: Sykepleier skal kontrollere medisindosettene, og se til at bestilling blir levert til legekantoret.
- Onsdag: Vask av hjelpemidler i partallsuker, dvs uke 2, 4, 6 osv. Nattevakten bestiller medisinsk forbruksmateriell og bleier. Kontroll av dato første onsdag i måneden.
- Torsdag: Legevisitt kl 10.00 – 11.30 (den gjennomføres vanligvis ikke). Ansvarshavende ser til at bestilling av medisinsk utstyr og bleier blir foretatt. Torsdagsrutiner på skyllerom:
  - o Vaskefat rengjøres med skuremiddel
  - o Benker og andre flater vaskes og sprites
    - o Se til at det er nok sprit i beholderne på rommene, og at det er nok rengjøringsmiddel til dekontaminatoren
- Fredag: Fredagskaffe kl 14.00.

”Dagsruteplan for sykeavdelingen” så slik ut:

- 7.15 Tidligvakten kommer og mottar rapport fra nattevaktene
- 7.30 Dagvaktene kommer. Sykepleier eller hjelpepleier setter opp arbeidsfordeling  
Hvis noen ringer inn og er syke, prøver en å få tak i vikarer.  
Hvis noen skal ha Dulco på morgenen setter sykepleier eller hjelpepleier disse.  
En kan også gi Insulin o.a. samt henge opp sondemat hvis det er noen som skal ha det.
- 8.00 Kortvaktene kommer. Rapport fra 8.00 – 8.20.  
Etterpå begynner man stell og servering av frokost.  
I utgangspunktet dusjes ingen på mandag. De øvrige midt ukedagene dusjes en av de pasientene man er blitt tildelt. En sørger også for at pasientene får hjelp til å komme seg på toalettet og få tømt magen.
- 9.00 Mandag er en sykepleier med på legevisitten, og må av den grunn ha max. 2 pasienter å ta seg av for at pasientene ikke skal ligge og vente på stell.
- 10.00 Mat-trallene skal ut på kjøkkenet for at de skal få vasket koppene

---

<sup>168</sup> ”Avdelingsleder” og ”avdelingssykepleier” brukes om hverandre, men betegner samme type stilling – og stillingsinnehaver - den ledende sykepleierstillingen ved hhv hjemmetjenesten og sykestua.



- Hvis det er noen pasienter som enda ikke har fått spist frokost, må man ta av mat til disse, samt drikke. En er i utgangspunktet ansvarlig for sine egne pasienter, men en kan jo selvsagt hjelpe en kollega som er opptatt med å ta av mat til de øvrige pasientene.
- 10.45 Starter servering av formiddagskaffe. De som ikke avvikler pause 11 – 11.30 prøver så langt det er mulig å være sammen med pasientene under formiddagskaffen.
- 11.00 Første gruppe avvikler pause. Første gruppe bør ikke bestå av mer enn 2 personer, slik at det er nok personer igjen i avdelingen til å hjelpe til med servering av formiddagskaffen. Annenhver tirsdag er det andakt. Personalet deltar med å hjelpe pasientene til å følge med på andakten og i sangbøkene.
- 11.30 Andre gruppe avvikler pause. Kaffetrallen tas ut på kjøkkenet.
- 12.30 Middagsservering for de som behøver assistanse starter.
- 12.45 Middagsservering for de øvrige pasientene starter.
- 13.20 Middagstrallene skal være ute på kjøkkenet.  
Etter middag legges pasientene som vil hvile middag. Skifte på de pasientene som har behov for det, eventuelt tilby toalettbesøk før de legger seg.  
Skyllerom og lintøyrom tas i løpet av formiddagen, og bør være ferdig til kl 14.00.  
På tirsdager kontrollerer en sykepleier ukedosettene, helst før middag, slik at middagsmedisinene også er kontrollert.  
På onsdager går en sykepleier og hjelpepleier gjennom akuttrommet.
- 14.00 Kortvaktene går hjem.
- 14.45 Ettermiddagsskiftet kommer på. Rapport fram til 15.15.
- 15.15 Fordeling av pasienter for ettermiddagsvaktene. Deretter begynner man å ta opp pasientene som hviler middag. Ettermiddagskaffen serveres fortløpende. Ved fødselsdager og lignende serveres kaffen når alle er stått opp.
- 16.30 Kaffetralla tas ut på kjøkkenet.
- 18.30 Servering av kveldsmat til pasienter som har behov for assistanse starter.
- 19.00 Servering av kveldsmat til øvrige pasienter.
- 19.30 Koppene etter kveldsmaten tas ut på kjøkkenet.  
Etter kveldsmaten kan de pasientene som ønsker det få legge seg. De som ønsker å være oppe lenger kan etter hvert tas med til TV-stua, og få servert kveldskaffe der.
- 22.15 Nattevaktene kommer. Rapport fram til 22.30.
- 22.30 Nattevaktene tar en runde gjennom avdelingen og ser til pasientene som har lagt seg  
Sykepleier på nattevakt natt til tirsdag fyller opp ukedosettene.  
Natt til torsdag går nattevaktene gjennom rent-lageret og bleielageret og fyller ut bestillingsskjema.  
Hver natt midt i uka sorteres tøy som kommer fra vaskeriet.
- 02.00 Nattevaktene går en runde gjennom avdelingen og ser til pasientene. Pasienter som har behov for det, skiftes på.
- 06.00 Nattevaktene går en runde gjennom avdelingen og ser til pasientene. Pasienter som har behov for det, skiftes på. I uken stiller nattevaktene 2 pasienter, i helgene 4.
- 07.15 Tidligvakten kommer. Rapport gis fra nattevakten.
- 07.30 Nattevakten går hjem. SOV GODT!

Her nyttet det ikke å si at en ikke visste hva som skulle gjøres i løpet av dagen. Men – ingen trengte å sjekke rutinehåndboken for å vite hva, og når. Det lå i hele rytmen på stedet, internalisert i uniformskledde kropper. Rutinene drev dagene fremover, og var der som taus kontrollør. I det daglige fungerte de som intern klokke og kroppsliggjort tid. Pleierne trengte ikke å se på klokken for å vite om de lå før eller etter skjema. Samtidig visste de at individuell tilpasning var det viktigste ved alle aktivitetene. Derfor kunne rutinene aldri ha annet enn en veiledende funksjon. En av hjelpepleierne hadde følgende refleksjon:

*Det er de tyngste pasientene som kommer hit – de dårligste. De som kan gjøre minimalt selv. Også er det ikke mye tid til å la de gjøre det de kan selv, men man prøver jo med å vaske ansiktet og hendene og sånt. Mange dager er det bare slik at vi må skynde oss å bli ferdige. Men det varierer. Noen dager har vi kanskje fem vi skal bade, og noen har vi to. Det er derfor at ingen dager er like. At de ikke kan skjønne det der nede på kommunehuset – at det er mennesker vi har med å gjøre. Jeg*

*forstår jo at det er trangt med økonomi, for det er det jo over hele landet. Men det er tross alt de som har bygd opp det samfunnet vi har arvet nå – også skal de ikke få det de trenger.*

Hjelpepleieren peker her på vanskelige dilemma og valg som implisitte deler av de daglige rutinene på sykestua. Sagt på en annen måte - gjennom hennes refleksjoner ser vi rutinebeskrivelsenes tvetydighet. Jo - de fungerer som tidsplan og aktivitetsveileder. Men de gir også grunnlag for mer kompliserte ”rutiner”, som regulerer menneskelig samhandling. Det vil si at rutinene vil, i møte med det menneskesynet som pleieren gir uttrykk for, være en konstant kilde til vanskelige valg. Siste delen av sitatet bringer meg over til det neste særtrekket ved det daglige arbeidet på sykestua.

Forholdet mellom rutiner og eldre syke menneskers behov fremsto ofte som et *ressursspørsmål*. Helt fra min første dag på sykehjemmet slo det meg hvor langt fremme økonomi og ”budsjett” var i pleiernes bevissthet og daglige tenkning. Det kom til uttrykk så vel i lunsjpraten om vakter, som i diskusjoner om innkjøp og arbeidssituasjon.

En av pleierne sier: ”Pasient X tar enormt lang tid, men vi kan ikke leie inn folk når noen er borte. En annen: ”Hva var det de hadde satt opp på budsjettet for neste år. Var det 5000 kr for vikarer?” Flere av oss som er til stede har vanskelig for å tro det. Men det er visst tilfelle. En sier: ”Bare på en helg er jo det brukt opp.” En annen: ”De får komme opp fra rådmann og helseledelse og se hvordan vi jobber.” En lurer på om de i det hele tatt har peiling. ”Nei, de er nok ikke interessert.”

Pleierne snakker om hvordan det er å jobbe som vikarer. Kanskje er det bedre å melde seg arbeidsledig når de bare får jobbe i så få prosenter. Jeg lurer på hvorfor det er så mange vikarer i stedet for faste stillinger. Forklaringen er at sykeavdelingen er avhengig av mange hoder for å dekke opp hele døgnet og helgene. En lurer på om det er mulighet for vikariat i hjemmesykepleien hvis hun ikke kan øke vikarstillingen her. En annen svarer at det nesten ikke er fravær i hjemmetjenesten i det hele tatt. Jeg får inntrykk av at det er en del sykemeldinger her på huset (Feltnotat 15.10.04).

De utdypende samtalene ga bedre innsikt i bakgrunnen for at *stillingsandeler, budsjett og arbeidssituasjon* var del av de daglige samtalene på sykestua. Først noen betraktninger fra konstituert avdelingsleder:

*Jeg hadde skrevet: ”ikke innleie” på dagsplanene. Lørdager, søndager og på kveld har de jo vært fire på jobb, og ellers i uken så er det tre på ettermiddagen. Så skrev jeg ”ikke innleie”, for det er et stående tiltak nu, du skal ikke ta inn vikarer, for å begrense utgiftene. Da hadde jeg bare tatt avgjørelsen og skrevet ”ikke innleie”. Man er jo pliktig å overholde – altså holde seg innenfor disse økonomiske rammene, selv om vi ikke har gjort det i år. Men man har jo også plikt til å påse at driften er forsvarlig.*

Oppslaget førte til mye frustrasjon i pleiergruppen. Det måtte ekstraordinært personalmøte til for å rydde opp. Slik tok situasjonen seg ut fra hjelpepleierperspektiv:

*Akkurat nu i den høyaktuelle budsjett situasjonen - ja nu i innskrenkningstiden - så merker vi det jo selvfølgelig på at vi blir mindre folk, ikke sant. Det går, men du kjenner jo at du har ytet hele dagen. Det er litt sånn at vi plutselig bare får tredd nedover hodet ”nei, nå har dere overskredet så og så mye”, Så nu er det full skjerping – det blir ikke innleid folk, det blir ikke ditten og – spesielt på slutten av året. Vi vet at vi kan risikere å bli bare tre på ettermiddagen, og vi kan risikere at vi bare*

*blir fire på dag. Sånn som i dag - siden vi er bare fire på i dag, så har vi jo en god del som skulle dusjet, og så ble de ikke dusjet. Da må vi sette sånne ting til side. Men, altså, det går jo greit, ikke sant. Det er spørsmål om det går greit over tid. Det kan jo godt hende at dem vil merke det på oss, ikke sant, hvis det skal funke her, så må jo vi funke. ...*

*Også den evinnelige nedskjæringen og de her frustrasjonene over at de (kommunepolitikerne) ikke skjønner at vi jobber med mennesker, at ingen dager er like, altså at man må ha tid til dem - man høvler ikke bare over dem, og ferdig. Det går ikke an.*

Det første sitatet viser avdelingssykepleiers dilemma ved å måtte balansere mellom pålagt innsparing og forsvarlig drift. Hjelpepleierne viser i de to siste sitatene at trange budsjett og innsparing på personellsiden setter seg i kroppen. Det kan nok fungere over kortere perioder, men hva hvis ressursknappheten holder seg over tid? Dessuten - med innsparing på vikarsiden er det noen hjelpepleiere som må innse at stillingsandelene deres krymper ytterligere. Ingen enkel situasjon på et lite sted der jobbene ikke akkurat står i kø. Økonomi og arbeidssituasjon var også sak på personalmøtet 21.10.04.

Møtet holdes på stuen til det som skal bli skjermet enhet. Folk har alt begynt å samle seg når jeg kommer. Alle sykepleierne, fem av hjelpepleierne og alle fra kjøkkenet er der. Første sak er diskusjon om innkjøp. Det har lenge vært planlagt å kjøpe nytt kaffeservise. Det gamle kan ikke brukes for det er nesten ikke kopper igjen. Men det er ikke penger på budsjettet til å kjøpe nytt servise i år heller. Det kommer opp et forslag om å tigge kaffeservise hos det lokale næringslivet. En av sykepleierne tar på seg å gjøre det, men hun tror det blir vanskelig å få fullt servise til begge avdelinger på den måten. Noen mener det bør kjøpes nye knotter til framskapet, og et par andre steder hvor det mangler. Avdelingsleder sier det må vente til nytt budsjett, for slike knotter er ganske dyre. Det viser seg at det koster 30 kroner for to stykker. Noen forsøker å argumentere med at det er en så pass liten sum at det må da kunne gå. Men avdelingsleder er urokkelig.

Helsesjefen har kommet for å snakke om budsjettsituasjonen. Hun forteller at sykestua har de største budsjettoverskridelsene i kommunen. Alle pengene er oppbrukt, og vel så det, og det er to måneder igjen av året. Hvilke tiltak settes i verk? Vikarer skal ikke innleies med mindre det er helt tvingende nødvendig. Det vil si at en må regne med å komme på en vakt der det ikke er nok folk. ”Men” sier hun ”dere må ikke la det gå ut over liv og helse.” Hun har fått klar beskjed fra politikerne om at overforbruk ikke aksepteres, men gjentar at det ikke skal gå ut over liv og helse, verken for pleiere eller brukere. Det må heller ikke gå ut over hygiene eller medisiner.

En av hjelpepleierne problematiserer ved å vise til at det å gå underbemannet på en eller annen måte vil gå ut over liv og helse. De kan bli ennå mer slitne, og da vil jo de gamle også merke det. Helsesjefen kommenterer ikke dette (fra feltnotatene).

Fra min tilskuerposisjon fortonte dette seg som et slags absurd teater. Lederne spilte rollene sine så godt de kunne ut fra ”manus”. De makte til budsjettkontroll. Hvor godt helsesjefen kjente til pleiernes roller på sykestuas dagliglivsscene vet jeg ikke. Ut fra pleiernes reaksjoner å dømme, satt de igjen med en klar oppfatning av at de ikke ble forstått. I det daglige kom dette ofte til uttrykk ved at de brukte begrepet ”de i steinhuset” når de snakket om kommuneadministrasjonen. På den annen side gjorde helsesjefen bare jobben sin. Med overordnet ansvar for hele helse- og sosialtjenesten måtte hun reagere på sykestuas overforbruk på ca 2

millioner kroner vel to måneder før årets slutt. Godt at en av de andre budsjettenhetene var i balanse. Vi skal over til hjemmetjenesten.

## Hjemmetjenesten - på brukernes premisser ... og statens

Her var budsjettet verken samtaleemne eller kilde til frustrasjon. Jeg fikk aldri skikkelig tak i hvorfor det var slik. Hadde de rommeligere budsjett i utgangspunktet? Var det større forutsigbarhet i budsjetteringen? Var budsjett- og regnskapsrutinene bedre? Jeg vet ikke. Bare en gang opplevde jeg diskusjon om penger - til kurs. Pleierne sammenlignet hjemmetjenestens trange kursbudsjett med det de oppfattet som atskillig rommeligere i skoleetaten.

Hjemmetjenesten er lokalisert sammen med kommunens nye omsorgsboliger, ca 100 meters gangvei fra Helsesenteret. De ti omsorgsboligene er plassert på hver sin side av romslige fellesarealer: stue med kantine og et stort aktivitetsrom med aktivitetsleder. Hjemmetjenesten disponerer kontor, personal-/møterom, medisin- og rekvisittrom og lager for hjelpemidler, i fellesdelen. Personalrommet er samlingsstedet. Det er møblert med to tresetere og en toseter rundt et stort firkantet salongbord. I hjørnene mellom sofaene er to mindre bord. Langs den ene veggen en liten benk og et kjøleskap. På whiteboardtavlen over kjøleskapet står følgende:

NB! Uke 41 + 42 - ikke tilbakesending av hjelpemidler”, ”OBS! Les info om feltarbeid som skal gjøres i kommunen fra 4/10. (Informasjonsskrivet henger på tavlen ved siden av)” ”Husk å føre ansettelsesnr. i kolonne for fødselsnr. (både timelister og kjørebøker) 23/9 AJ<sup>169</sup>.”

På korktavlen ved siden av henger informasjonsskrivet fra meg, et A4-ark om personalmøte: ”Saker: Prosjektideer; Informasjon om demensutvikling; Informasjon om IPLOS ved Ida og Kjell”, og et oppslag med følgende tekst: ”Snart er det jul igjen. Kom med ønsker i fbm jule-/nyttårsturnus (egen liste ligger på kontoret).

Hjemmetjenesten besto av ca. 23 personer: fem sykepleiere, to i ¾ stilling, ni hjelpepleiere, tre omsorgsarbeidere og fem hjemmehjelpere, pluss avdelingsleder. Hun hadde arbeidet i hjemmesykepleien i 18 år, nesten alle som leder. En av sykepleierne arbeidet både her og på sykestua. Avdelingsleder syntes det var en fordel med en medarbeider som visste hvordan de tenker begge steder. Ellers var hun meget godt fornøyd med bemanningssituasjonen.<sup>170</sup>

Pleierne i hjemmetjenesten møttes to ganger daglig – kl. 8.30 og 14.15 - for rapport med utveksling av informasjon og drøfting av tiltak for brukerne. Hver onsdag kl. 8.00 hadde lederen møte med hjemmehjelperne, senere samme dag med legen. Torsdag møtte hun psykiatritjenesten.

---

<sup>169</sup> Initialene til avdelingsleder

<sup>170</sup> En dag jeg var der ringte de fra et vikarbyrå og ville tilby sine tjenester, men avdelingssykepleier kunne med stor tilfredshet svare at de ikke hadde behov. De hadde faktisk ikke stillinger nok til folk som ville jobbe der.

Hjemmetjenesten hadde ansvar for ca. 90 personer med varierende behov for pleie og omsorg. De fleste var eldre. Målet var å gjøre tjenestene så funksjonelle og brukervennlige som mulig. Hver bruker hadde sin primærkontakt. Det var en pleier som kjente og hadde spesielt ansvar for å ha oversikt over brukerens situasjon - mat og klær, medisiner og hjelpemidler, aktivitet og velvære. For at brukerne skulle slippe å forholde seg til mange forskjellige mennesker hver dag, ble arbeidsoppgaver ofte utført på tvers av yrkesfunksjonene. Det kunne for eksempel bety at hjemmehjelpere, som hadde ansvar for rengjøring, hjalp ”ukompliserte” pasienter i dusjen, og at sykepleiere tok gulvvask hvis det trengtes. Noen brukere hadde behov for hjelp flere ganger om dagen, mens andre bare trengte tilsyn en eller to ganger i uken.

Dagens gjøremål ble gjennomgått på morgenrapporten. Et skjema viste hvem som var på vakt, hvilke brukere den enkelte hadde ansvar for og spesielle tiltak for brukerne den dagen<sup>171</sup>:

7.45 – 15	8.30 - 15	8 – 15	8 – 15	8 – 15	8 – 15	8 – 15
Sykepleier	sykepleier	sykepleier	hjelpepleier	hjelpepleier	omsorgsarbeider	hjelpepleier
Kontrollere dosetter Bestille medisiner	Br 2: dusj	Br 8: dosett	Husk å ta ut B's hjelpe- midler, skal sendes	Br 13	Br 17: reise 9.00	Br 22 Dusj
Br 1 Fjerne agraffer	Br 3	Møte 10.30 – 12.00	Br 11: fyller luft i puta	Br 14 Dusj	Br 18	Br 23
	Br 4: har bestilt varer	Br 9: Dosett + frokost	Ringe etter rullestol	Br 15: Dosett	Br 19	Br 24
	Br 5: dosett	Br 10	Br 11: Lage perm	Br 16	Br 20	Br. 25: få underskr HMS
	Br 6: dosett		IPLOS		Br 21: dusj + dosett	Br 26
	Br 7: dosett					Br 27

Skjema nevner ikke det som inngår i det daglige stellet av brukerne, som hjelp til å kle av og på seg, lage mat, handle, reie seng, tilrettelegge aktiviteter og forhold i hjemmet osv.

”På brukernes premisser” kan leses både som beskrivelse av, og programerklæring for hjemmetjenesten. Det preget tanker og handlinger i det daglige og lå der som en konstant understrøm i diskusjonene rundt rapportene. I tilfeller hvor brukernes ønsker ble oppfattet å stå i motsetning til det som pleierne mente var det beste for dem, ble det ofte heftige diskusjoner. Som for eksempel i forhold til den 93 år gamle mannen som elsket sukker og spiste 3 pakker med sukkerbiter i uken. Skal han få fortsette med det? Det er jo direkte

<sup>171</sup> I det opprinnelige skjemaet sto brukers navn. I stedet for å lage alias'er har jeg valgt tall. Br står for bruker.

skadelig! Har vi ikke et ansvar for å påvirke kostholdet hans? Det var ulike svar på disse spørsmålene rundt bordet. Noen mente at de som helsetjeneste hadde plikt til å gripe inn. Jeg lar en hjelpepleier med motsatt synspunkt oppsummere:

*Her tenker vi sunnhet, kosthold, sykdom og alt, men hvor blir det av livskvaliteten i alt det her? Han som er over nitti år har sikkert spist sukkerbiter all sin tid, og han har jo levd lenge. Jeg kan ikke skjønne hvorfor han ikke skulle få lov nu. Det er det jeg sier, når dem kommer inn her, så er det så lett å overta hele styringa – da overtar vi alt, og tenker ikke på dem. Og livskvalitet det er en viktig del av livet deres når de er blitt så gammel. Det er nesten det du skal tenke på først.*

Hjelpepleieren setter her ord på de vanskelige valgene i krysspresset mellom to idealer: Å være der på brukernes premisser, og å være der som helsepersonell med ansvar for faglig baserte vurderinger. En viktig indikator på at de menneskene hjemmetjenesten forholder seg til har en annen status enn institusjonspasienter, var den konsekvente bruken av brukerbegrepet. Sykepleieren som jobbet både på sykestua og i hjemmetjenesten sa det slik:

*Brukerne i hjemmetjenesten møter vi igjen som pasienter på sykestua. .. Ja, altså, her er ikke pasientrollen, her har vi brukeren, ikke sant? Og brukerne av hjemmetjenesten er jo stort sett mer oppegående både fysisk og psykisk. ... Det som er bra er at vi møter brukeren, kan du si, på brukerens premisser. For når du er i hjemmetjenesten så blir det på brukerens premisser. Du har ikke bukta og begge endene sånn som du har på sykestua.*

En hjelpepleier utdyper begrepet ”på brukerens premisser”:

*Vi spør om det er noe de trenger hjelp til med handling. Og da prøver man jo å spørre hva de har lyst på. Hvilket pålegg liker de, for eksempel, og så prøver vi å imøtekomme det. Eller, hvis det er noen som kanskje ikke husker, så kan man jo prøve å fiske litt og si at ”kanskje du vil ha fiskekaker på brødskiven?”. Så får du kanskje til svar ”ja, det er jo godt” – for da har man jo mint han på det. Ja, vi må prøve å spørre.*

*Vi har jo klienter som er fra ganske unge til opp i årene. Dem har utrolig masse å fortelle av det dem har erfart og opplevd i gjennom livet. Senest i dag så var jeg hos en som snakket veldig masse om krigen, om evakueringen og – Ja, hvis du bare kan sette deg ned og ha tid til å ta det i mot, så har de veldig mye å fortelle. Det er jo historie. Noen ganger har vi jo det. Ikke alltid, nei, ikke alltid, men noen ganger syns jeg vi har det. Men du må liksom ha tid der og da, når de begynner å prate, altså. Det nytter ikke om jeg da har tid kanskje i morgen, jeg må ha tid der og da.*

*Du kan aldri si at ”nu, er jeg ferdig”, sant? Det er alltid noe som ligger der – det er hele tiden noe som du burde ha gjort. Det kan det bli stress ut av. Det kan være stressende noen ganger, å klare å sitte og høre – ta den tiden du trenger – også vet jeg at jeg har jo fire- fem andre jeg skal til, som venter. Jeg opplever at jeg blir stresset av det noen ganger. Samtidig så har jeg noen ganger følelsen av at – ja, i dag har jeg gjort en god jobb i det hjemmet, kanskje. Vi vet jo at hos noen så er det bare vi som er der i løpet av en dag. De har ingen andre som kommer innom den dagen.*

Gjennom disse sitatene får vi inntrykk av at ”på brukerens premisser” favner mye – og oppfattes som en sterk forpliktelse, ikke bare om å møte brukerens fysiske og pleiemessige behov, men også sosiale og mentale. Bare det å komme som ”gjest” inn i brukernes hjem fordrer ydmykhet og åpenhet for å ta det som møter. Det utfordrer pleiernes evne til å prøve å ta brukerens perspektiv og det gjør arbeidsdagen uforutsigbar. Det stiller krav om å gjøre

profesjonelle vurderinger i krysspresset mellom den enkeltes behov og alle de andres. Om å bidra til å få en viss orden i leiligheten eller si ja takk til en prat over kaffekoppen; Om å legge størst vekt på rent pleiefaglige vurderinger eller satse på ”sunn fornuft”; Om å fokusere på hygiene eller på brukerens selvfølelse og mestringsopplevelse - slik dette eksempelet viser:

*Du ser i en leilighet, der har vi jo hatt en dame som har vasket koppene, men i kaldt vann, og de er jo så fettete og griset. Og da er det greit at du går inn og vasker de av og til, for at de skal bli skikkelig rein. Men jeg syns jo det er viktig at hun klarer å opprettholde akkurat det, så får vi heller la de koppene være litt skitne. At vi om så bare skyller dem og vasker dem litt når vi tar dem i bruk. Altså, bruke sunn fornuft, det er jo det du kommer lengst med.*

*Hvis man blir usikker så må vi tenke hvordan man sjøl ville ha det. Altså, hvis man blir usikker på – hva ville jeg gjort hvis det hadde vært min mor – prøve å tenke på hvordan en selv ville hatt det, for da tror jeg du finner det enkleste svaret.*

Samarbeidet med brukerne utfordret hele tiden helsepersonellens vurderingsevne. Det gjorde arbeidsdagen til en balansegang mellom det situasjonsnære eller det prinsipielle. Som vi ser av sitatene var det å prøve å ta brukerens perspektiv en viktig rettesnor. Derfor var de skeptiske til nye ordninger som kunne marginaliserer relevansen av dette perspektivet.

Jeg er kommet til det jeg har karakterisert som det andre særtrekket i hjemmetjenesten, det statlige pålegget om innføring av *registreringssystemet IPLOS*.<sup>172</sup> Det ble nevnt under det første feltarbeidet mitt. Året etter hadde det fått en sentral plass i hjemmetjenestens hverdag. IPLOS-registreringen tok mye oppmerksomhet og tid. Systemet skal registrere pleiebehovet i kommunehelsetjenesten. Det skal gi standardisert informasjon om brukernes funksjonsnivå og tjenestebehov, som kan brukes i saksbehandling, utøvelse av tjenester og som statistikk. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en skriftlig veileder. Der kan jeg lese at systemet skal innføres i alle landets kommuner i løpet av 3-5 år.

Hovedmål: IPLOS skal gi sikker informasjon om søkere og mottakere av sosial- og helsetjenester. Informasjonen skal være relevant og nødvendig for saksbehandling og utøvelse av tjenesten, samt for planlegging og beslutninger for kommuneledelsen og statlige myndigheter.

IPLOS skal gi sentrale myndigheter faktabasert kunnskap om tjenesteproduksjon og behov i kommunene, som grunnlag for velferdspolitiske beslutninger, planlegging og styring ... IPLOS skal sikre, gjennom et standardisert sett av opplysninger, et likt vurderingsgrunnlag for søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester.

IPLOS er standardisert informasjon basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. Et obligatorisk verktøy for dokumentasjon, rapportering og

---

<sup>172</sup> IPLOS er forkortelse for Individbasert PLeie- og Omsorgs Statistikk. ”IPLOS er betegnelsen på et nasjonalt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter” (Helsedirektoratets hjemmeside).

statistikk for kommunene og sentrale myndigheter. Formålet med veilederen er å sikre entydig og ensartet registrering og bruk i alle landets kommuner.<sup>173</sup>

Registreringene som skal gi informasjon om brukerne omfatter i alt 52 variabler fordelt på seks områder: person og boligsituasjon, vurdering av helsepersonell, funksjonsevne, relevante diagnoser, kommunale tjenester og ikke-kommunale døgntilbud. Avdelingssykepleier forteller at det brukes mye ressurser – tid og krefter – på IPLOS-registreringen. Det tok tid å bli kjent med systemet og lære å bruke det, spesielt å samkjøre registreringene som skal angis på en skala fra 1 til 5. Men, hovedproblemet var at de måtte endre tenkningen i forhold til brukerne:

*Mens vi er vant til å vurdere pasienten i et langsiktig perspektiv for å kunne forebygge og legge opp et godt tilbud, så skal vi i IPLOS bare konsentrere oss om her og nå situasjonen. Dessuten er det vanskelig å vurdere funksjon på den oppdelte måten som IPLOS skjemaet krever. For eksempel kan en pasient klare å gå selv når han er hjemme eller på rommet, mens han trenger støtte eller hjelpemidler hvis han skal bevege seg ut av det kjente. (avdelingssykepleier)*

På den annen side så hun at IPLOS kanskje vil kunne bli et hjelpemiddel:

*Jeg håper jo altså, når vi er ferdig med den her registreringen av alle, så håper jeg jo at det skal være et greit hjelpemiddel som både viser ressursbruken og pleiebehovet, for da kommer det helt konkret frem.*

Samtidig var det to ting som bekymret. For det første de ressursene som gikk med til selve registreringen: *Sånn grovregnet kommer det til å ta to personer som skal jobbe i tre uker for å ta registreringen her. Og det er ganske mye. Og ikke nok med det – registreringene skal revideres hver tredje måned. Med andre ord, bare registreringen av alle brukerne vil komme til å beslaglegge mye personellressurser i hjemmetjenesten. Kommunen har ikke fått noen ekstra ressurser for å innføre IPLOS-systemet. Det leder over til den andre bekymringen:*

Gjennomgangstonen fra politiske myndigheter når det gjelder nytenkning og nye tiltak.

*De må være innenfor de rammene vi har, og helst under det igjen, sant. Altså, den der nytenkingen som vi føler vi får krav om fra ledelsen, det er jo for å spare. Men når jeg tenker nytt, da er det for at man skal få en bedre hverdag for brukerne og for dem som jobber, at de skal oppleve mer sånn spennende – ikke spennende, men jobbe på en annen måte (avdelingssykepleier).*

Når pleierne samles, enten til rapporter eller lunsj, er IPLOS et hett samtaleemne. Jeg henter ut et par avsnitt fra feltnotatene 20.10.05:

En av hjelpepleierne begynner å snakke om IPLOS-registreringen som sykepleierne så vidt er begynt å gjøre. (Sykepleierne har vært på kurs og lært hvordan de skal bruke registreringsskjemaet. Når de har fått erfaring med å bruke det, skal de lære opp hjelpepleierne.) Hun lurer på om det blir slik at man ikke kan endre noe av det de gjør hos/med brukerne uten at det blir gjort nye vedtak. Med andre ord – må man ha et nytt vedtak på høyere nivå i systemet for å utvide tilsynet med en bruker fra en til tre dager i uken? Hun synes det er bekymringsfullt, for som hun sier: "Pasientens form og behov kan jo endre seg fra dag til dag".

---

<sup>173</sup> Teksten her er hentet fra Helsedirektoratets veileder Felles forståelse – individuell registrering. Veileder. Registrering av IPLOS-opplysninger. Versjon 1.0, november 2003



Rundt bordet blir det også uttrykt bekymring for de ressursene som vil gå med til å registrere og administrere den nye ordningen. Det vil medføre at det blir mindre og mindre tid til å være sammen med brukerne. ”Det blir mer og mer skjema og vurdering, mindre og mindre pasientkontakt”. Av de timene de er på jobb bruker de nå også egentlig minst tid på brukeren, mest på det rundt henne/han, som for eksempel handlig, ordne i huset, vedhenting, snømåking. De er redd for å komme til et stadium hvor de ikke får tid til brukeren i det hele tatt, i stedet må de bruke tiden til å fylle i skjema for ditt og skjema for datt.

For en utenforstående lyder dette som fornuftige og høyst relevante spørsmål og innsigelser. Rasjonale som IPLOS-systemet er bærer av støter an mot hjemmetjenestens, på forstyrrende måter: Øyeblikksbilder av pasientens funksjonsnivå i avgrensede kontekster *mot* langsiktig tenkning ut fra vurdering av brukernes helhetlige situasjon. Fastfryste, skalerte øyeblikk *mot* erfaringsbasert kunnskap om at pasientens funksjon stadig varierer avhengig av dagsform og kontekst. Når IPLOS-registrering hver tredje måned skal brukes som vurderingsgrunnlag marginaliseres oppmerksomme pleierblikk og helhetsorienterte vurderinger. Både i IPLOS-systemet og pleiernes reaksjoner på det, ser jeg en utvikling det er grunn til å stille spørsmål ved: Bekymring for at ressursbruken forskyves fra å imøtekomme brukerens behov, til å registrere dem. Fare for en utvikling som kan bidra til å undergrave hjemmetjenestens verdigrunnlag - ”på brukernes premisser.” Dermed avslutter jeg presentasjonen av helsetjenesten i feltkommunen. Den har vært skissemessig og utvelgende i forhold til prosjektets tematikk. Hensikten har vært å gi leseren tilstrekkelig bakgrunn for de avsnittene som skal formidle fellestrekk og samarbeidsforhold. Jeg starter med ”pasienten – brukeren”, et felles verdisymbol for helsetjenesten - med atskillig sprengkraft.

## **8.2 Mangetydig pasient / bruker fokus**<sup>174</sup>

I beskrivelsen av hjemmetjenesten er brukeren sentral. I presentasjonen av sykestua forsvant pasienten i rutiner og økonomi. I det daglige arbeidet var det ikke slik. Da var det pasientene det meste dreide seg om her og. Rutinene var der for å sikre dem best mulig pleie og omsorg. Det var sorgen over at de ikke kunne bruke så mye tid på hver pasient som de ut fra et omsorgsperspektiv ønsket, som kom til uttrykk i frustrasjon over trange budsjettammer.

### **Idealer og realiteter**

Kort sagt – det var liten forskjell i fokuseringen på pasienten/brukeren de to stedene, men på grunn av ulik kontekst kom den til uttrykk på forskjellige måter.

---

<sup>174</sup> Som vi har sett brukes begrepene tjenestespesifikt: Hjemmetjenesten har brukere. På sykestua har de pasienter.

*Det er å se gleden i øynene på brukerne, de smiler til deg, for du gjør jo alt for dem, det er jo derfor du er her. Og de dagene hvor det er dårlig tid, virkelig er dårlig tid, at du føler at du har nådd over knapt nok halvparten, da får jeg dårlig samvittighet, ja (hjelpepleier, sykestua).*

*Det som er bra med hjemmetjenesten er at vi kan bidra til noe med alle de brukerne vi har, med sine behov. At de kan klare seg best mulig hjemme, synes jeg er viktig, at de kan klare seg bare med bistand fra oss (hjelpepleier, hjemmetjenesten).*

Disse pleierne er ikke i tvil om hva som motiverer til arbeidsinnsats: Å se gleden i øynene på fornøyde pasienter, og bidra til å dekke brukernes behov slik at de kan bo hjemme lenger. Samtidig ser vi også noe av det som skaper problemer på jobben. I opplevelsen av å bidra til å fylle brukernes behov for pleie og omsorg, ligger også erkjennelsen av at de ikke alltid får gjort det. Det de gjør er ok, i hvert fall de dagene de har tid til å gjøre det de mener er best for brukeren. Men ofte rekker de bare å gjøre det mest presserende, og må lære å leve med dårlig samvittighet. Med sine profesjonelle blikk ser de behovene. Samtidig ser de at de ikke har mulighet til å ivareta dem slik det forutsettes i målsettingen kommunens handlingsplan og slik deres egne situasjonsnære faglige vurderinger tilsier.

*Ja, vi går vel inn, sant, og tar over styringen i forhold til å vaske kopper, klær. Det er mye snarere for oss å gjøre det enn å ha dem til å gjøre det sjøl. Og da tar vi fra dem en del som dem kan, og lager pasienter, også klager vi sjøl når de er helt hjelpeløse: "Gud hvor tung de er å ha med å gjøre." Da har jo vi gjort en del ut av det sjøl. Dem klarer mye sjøl om du sitter på nevene litt. Ja, du er nødt for å tenke litt hva vi kan få dem til å gjøre. Men man har tidspresset på seg mange ganger for å nå alt, og da gjør man det sjøl for man er så stressa, men jeg tror det er litt viktig at man tenker før man går inn og tar over hele styringen (omsorgsarbeider, hjemmetjenesten).*

Her peker omsorgsarbeideren på et dilemma. Det avspeiler det som kan oppfattes som et sprik mellom kommunens mål for pleie- og omsorgstjenester og budsjett-rammene de må oppfylles innenfor. Hjemmetjenestens blikk er rettet mot brukernes muligheter til å fungere i sin egen sosiale og historiske virkelighet. Sykestua fokuserer på ivaretagelse av grunnleggende fysiske og sosiale behov i sykestuas virkelighet. En sykepleier som har jobbet begge steder forteller hvordan hun opplevde denne bifokaliteten:

*I hjemmetjenesten har brukerne mer kontroll, for du går inn i hjemmet på en annen måte enn når du går inn på sykestua. De bestemmer mer, pluss at du er litt i farta, det liker jeg. Til å begynne med synes jeg dagene, eller det synes jeg enda, kan bli litt lang her på helsesenteret.*

I hjemmetjenesten var det brukernes livssituasjon og virkelighetsforståelse som dannet premiss for helsearbeidet. På sykestua var det i hovedsak de daglige rutinene som styrte kontakten med pasientene. Kanskje nettopp fordi hun så hvor lett det var å bli fanget av rutinene, minnet en av hjelpepleierne på sykestua stadig seg selv om hvor viktig det var å prøve å se det fra pasientens perspektiv: *Tenk på det – hvordan vil du ha det når du blir gammel? Vi må tenke på at sånn og sånn vil jeg ha det, også gjør du det for dem som er her.* Dette representerer et nærhetsperspektiv som supplerer det mer avstandspregete basert på helsefaglig forskningskunnskap. Ut fra måten feltfolkene snakket om jobben sin, virket

nærhetsperspektivet ikke bare å være integrert i de faglige vurderingene, i mange tilfeller var det styrende.

## Ulike perspektiv

Ulikhetene i hjemmetjenestens og sykestuas virkelighetskonstituerende perspektiv kom til syne på forskjellige måter, som for eksempel i konklusjonen fra møtet om akuttinnleggelsen på sykestua og de to avdelingsledernes kommentarer, gjengitt i kapittel 1.4. Hun på sykestua fortalte om en ”tvilsom” innleggelse. Hun i hjemmetjenesten snakket om en eldre aleneboende kvinne med urinveisinfeksjon som trengte døgnkontinuering overvåkning av væskeinntak. Når kvinnen kort etter innleggelsen begynte å ”blomstre” opp, ga det næring til sykehjemspersonalets *tvil* om behovet for innleggelse. I hjemmetjenestens perspektiv var det en *bekreftelse* på behovet for å legge henne inn - på vurderingen av sammenheng mellom sosiale isolasjon, dårlig matlyst og forvirring. Avdelingsleder i hjemmetjenesten hadde denne refleksjonen:

*Vi har jo litt delte meninger av og til. Når jeg kommer og sier: ”den og den er det uforsvarlig å ha hjemme på grunn av sånn og sånn” – det er jo helst de som begynner å bli demente – da sukker de litt, og er i flere tilfeller uenig. De mener vi må kunne gjøre sånn og sånn. Men straks når pasienten er kommet inn der, så ser de det ofte annerledes: ”nei, herfra kommer han liksom aldri ut, altså, det går ikke an å utskrive en sånn pasient.” Også har jeg opplevd det motsatte, at de hadde en som var innlagt der i sommer. Når jeg fikk forklaring på hvordan hun fungerte så spurte jeg: ”Hvorfor kan ikke hun komme hjem?” Nei, det var nu ditt og det var nu datt, men når hun da kom hjem, så var det jo en som var veldig godt fungerende.*

En annen sykepleier i hjemmetjenesten beskriver det slik:

*Vi har hatt episoder hvor det kom kjempestore spørsmål om hvorfor vi hadde lagt inn en pasient akutt. Og da ble det snakket om at det skulle være ”medisinsk forsvarlig” å legge inn en pasient, mens vi snakket om ”trygghet”. Og hvis ikke trygghet, og det her med å være redd, er like god grunn som en medisinsk forsvarlig – da, altså. Ja, du kan få en pasient opp å gå på kort tid hvis du bare får trygghet rundt han. Det går ikke bare på om en arm eller fot er borte, eller er brukket eller hva. Mange eldre sliter med utrygghet når de begynner å bli demente og blir kjemperedd når de ikke ser noen.*

En med erfaring fra begge steder, skjerper bildet av vurderingsforskjellene enda litt mer:

*Vi er jo også i to verdener med ”deres” og ”våres” pasienter. Og det der er jo litt rart. Jeg har jobbet på begge plassene. Og (sukker litt) – sykestua er en liten verden innenfor fire vegger, mens vi er jo, holdt jeg på å si – ute, og man jobber jo på helt forskjellige måter, man gjør jo det. Og det går nu litt i bølgedaler hvorvidt man forstår hverandre. Jeg syns mange ganger at vi forstår ikke hverandre helt. For bare det med å observere pasienten hjemme er jo nesten umulig for oss. Da må jo vi bemanne et hjem. Mens en pasient på sykestua, sant, da er man jo der og kan kikke hele tiden - observere både mat og drikke og – ja – ut og inn. Noen forstår det, og noen forstår det ikke.*

*Og det her med å hjelpe hverandre. Vi har liksom, på en måte, bygd oss en mur, og det er noe vi kjemper med her i kommunen, det at sykestua og hjemmetjenesten, vi klarer ikke å (stopper litt) – vi klarer ikke å samarbeide på en skikkelig måte.*

Egentlig er det godt forståelig at de vurderer forskjellig på sykestua og i hjemmetjenesten. Førstnevnte er en institusjon vokst ut av medisinsk rasjonalitet, med rutinisert og prosedyrestyrt hverdag og klinisk blikk på pasientene. I hjemmetjenesten har den profesjonelle pleie- og omsorgstenkningen vokst sammen med hverdagslivets rasjonalitet. Brukernes hjem er arena for profesjonsutøvelsen og deres livssituasjon og meningsunivers er hovedkontekst for vurderingene. Samtidig er det underlig at helsearbeiderne ikke utnytter det potensialet som ligger i disse forskjellene ved å få til et bedre samspill mellom de to perspektivene og tjenesteområdene, slik målsettingen i helseplanen forutsetter. I stedet virker det som man hegner om forskjellene – blir værende i sine *to verdener* – *klarer ikke å samarbeide på en skikkelig måte*. Dette tar meg over til neste tema:

### **8.3 Arbeidsdeling og samarbeid i kommunehelsetjenesten**

I dette avsnittet prøver jeg å gi et samlet, men skissemessig bilde av de samarbeidsforholdene jeg erfarte i kommunehelsetjenesten. Jeg starter internt i de to deltjenestene, ser så på samarbeidet mellom dem og legetjenesten og avslutter med samarbeidet mellom sykestua og hjemmetjenesten. Men – først litt om begrepet ”arbeidsdeling”.

Når jeg bruker ”arbeidsdeling” og ”samarbeid” i overskriften er det i tråd med det som er vanlig innen mange sektorer. Hver for seg kan begrepene konnotere motsatser. Når de settes sammen fremtrer de som forutsetninger for hverandre. Sammenstillingen løfter også frem den sammenhengen og gjensidigheten som vel egentlig ligger implisitt i begge, og som gjøres mer eksplisitt ved å sette dem sammen. I det daglige arbeidet i helsetjenesten er det ikke alltid godt å vite hvor det ene slutter og det andre begynner. Samarbeidsbegrepet er det som brukes mest når helsepersonell beskriver forholdet seg i mellom. Arbeidsdelingen er mer knyttet til formelle autorisasjonsforhold og arbeidsinstrukser. I forholdet mellom sykepleier og hjelpepleier/omsorgsarbeider kommer den f.eks. til uttrykk i sykepleiernes ansvar for medikamenthåndtering og et utvidet vurderingsansvar når det gjelder pasienter og brukere. Arbeidsdelingen mellom sykepleier og lege er slik at legen forordner behandling – ofte ut fra sykepleiernes observasjoner og vurderinger - mens sykepleier har ansvar for iverksetting av tiltakene. Arbeidsinstrukser er hovedsakelig oppgaverelaterte og avspeiler både kompetanshierarki og ledelsesstruktur.

#### **Sykepleier – hjelpepleier/omsorgsarbeider**

En av hjelpepleierne på sykestua beskriver arbeidsdelingen i forhold til sykepleierne og reflekterer over eget ansvarsområde:

*Jeg er glad jeg ikke er sykepleier. Sykepleierne har jo større oppgaver enn det vi har. De har jo både det medisinske, og å påvise om pasienter er dårlige. Vi som hjelpepleiere – vi observerer dem jo vi og, og gir rapport videre om at sånn og sånn er det med den pasienten. Da ser vi at vi enten må hente en sykepleier eller kalle ut en sykepleier: ”Kan du være så snill å komme og se på pasienten”. Også vil sykepleieren gjerne da kontakte legen. Sykepleierne doserer ut medisinen, og vi har da lov til å ta ut av dosetten og legge i medisinbeger på brett. Det kan vi gjøre. Også kan vi jo finne at: ”nei, det her stemmer ikke”, så må vi til kardexen å sjekke den. Det vi skal følge er kardexen og dosetten. For det som står på medisinbrettet, det kan gjerne være feil.*

En annen fremhever de arbeidsoppgavene de er felles om:

*Det er klart, de har jo litt mer med medisinerne, som ikke vi har. Men, det er et sykehjem, og da må de gjøre det som trengs, både med bad og tømning og mating – de er nødt. Blir de plassert på skyllerom, så må de ta skyllerommet. Men så er det jo det at mandagene da er det legevisitt, og den som skal ha legevisitten skal kanskje ha to lette pasienter. Sånne ting blir det jo tatt hensyn til. Ja. Og dosetter blir lagt på nattestid her, for da er det mest ro. Jeg misunner dem ikke det arbeidet og stå timevis og telle tabletter, nei (ler litt).*

Når det gjelder samarbeidet mellom de to yrkesgruppene er det vanskelig å få frem problemer, både gjennom observasjon og samtaler. Her snakker først to hjelpepleiere, så en sykepleier:

*Vi er faktisk avhengige av hverandre, alle sammen, for å få hjulene til å gå rundt, og da må vi kunne samarbeide. Altså, den ene er ikke mer viktig enn den andre, det er min mening. Vi gjør ikke mange tingene alene her. Man har ingenting å stille opp med hvis man kommer alene på jobb.*

*Altså, jeg tror nok det at hvis ikke vi kunne samarbeidet, så tror jeg ikke det hadde funket her i det hele tatt.*

*Ja, vi må jo samarbeide om det meste. Sånn rent fysisk i arbeidsmiljøet her så samarbeider vi om pasientene, og fordeler oss på de forskjellige vaktene, og mange pasienter må vi være to om, når vi skal ha pasientene på do og diverse ting. Samarbeid – jeg tenker vi er jo på samme lag.*

Alle disse sitatene er fra sykestua. Her bedriver man ikke samarbeid for å være helsepolitisk korrekt. Det er simpelthen nødvendig for å få det hele til å gå rundt. I hjemmetjenesten er premissene for samarbeid annerledes. En hjelpepleier herfra beskriver forskjellene slik:

*Ja, det er to forskjellige måter å arbeide på. Der oppe (på sykestua) har du bestandig folk rundt deg hvis det skjer noe – en snor å trekke i. Her går du alene, så å si. Du går alene hjem til brukerne og du har nattevakt alene, så du har bare deg sjøl å stole på, og det var litt skremmende – det var forferdelig skremmende. Men det gikk fort å bli vant til det ansvaret. Hvis jeg lurert på noe og det er ettermiddagsvakt, da ringer jeg på sykestua og prater med sykepleieren, også dokumenterer jeg at jeg har pratet med dem. Og klarer ikke dem å svare, så ringer jeg legen..*

I det daglige arbeidet er det brukerne som er pleierens viktigste samarbeidspartnere. I forhold til de andre pleierne jobber de alene. Derfor må kontakten i pleierfellesskapet ivaretas på andre måter. De daglige rapportene er den viktigste, slik avdelingsleder ser det:

*Ja. Vi prøvde en periode – det var nok etter at du var her forrige gang – så prøvde vi å kutte morgenrapporten. Det var et lite prosjekt på det, for å begrense den tiden som gikk med til det. Pluss at det er trykk på morgenen i forhold til å gjøre noe. Så prøvde vi en periode – jeg tenker det varte i tre måneder – men det var ikke bra, vi trenger den samlingsstunden på morgenen. Når du går mye alene, så har du behov for å snakke med dine medarbeidere.*

Samarbeidet i hjemmetjenesten er altså mer en type samordning, ikke situasjonsorientert samarbeid. Nettopp derfor blir rapportene viktige. Med en arbeidsdag der den enkeltes evne til improvisasjon stadig utfordres, er det godt å kunne utveksle erfaringer, drøfte faglige vurderinger og diskutere de mange forholdene som daglig skal balanseres mot hverandre: Profesjonskunnskap eller hverdagskunnskap? Agere ut fra egne holdninger og preferanser eller ha en viss grad av felles tilnærming til de samme brukerne? Det må alltid være rom og aksept for ulike vurderinger:

*Det er klart vi er jo forskjellige personer som jobber her. Noen er kjempeeffektive og noen ser viktigheten av å gjøre det, i stedet for å gjøre det, sant. Når du kommer til brukeren så er det noen som hiver seg over oppvasken og styrer og herjer, men vi er jo så forskjellige, og det må vi jo bare akseptere. Om det står fire kopper og to asjetter oppi en vask, så er ikke det noen krise, for det er ofte like viktig det å sette seg ned å prate med, i stedet for bare holde på å styre rundt og gjøre andre ting (sykepleier).*

*Nei, vi diskuterer nu det sammen, men vi har så forskjellige holdninger – hvor vi har grensen våres og hva vi setter grenser for. Jeg tror det går litt på åssen du sjøl er. Ja, men så har vi jo brukere som vi må være veldig streng med, som må settes grenser for, og da mener jeg at har en satt grenser på formiddagen, så må neste – om ettermiddagen – ha samme grense, ellers så blir det bare rot (hjelpepleier).*

Inntrykket jeg sitter igjen med, er at sykepleiere og hjelpepleiere har funnet en arbeidsdeling og aksept på egne og hverandres oppgaver, og holdninger – ofte på tvers av yrkesgruppene - som er godt tilpasset kravene i hjemmetjenesten. Sykepleieren trenger ikke bekymre seg for at hjelpepleierne må ta mer av arbeidet med brukerne fordi de selv har det travelt med medisiner og papirarbeid. Det passer i grunnen hjelpepleierne godt. For dem er arbeidet med brukerne det mest meningsfulle. Med andre ord, arbeidsdelingen og samordningen av oppgaver mellom de to yrkesgruppene synes å ha funnet en form som gjør hjemmetjenesten til en godt fungerende del av helsetilbudet i kommunen.

## **Pleiere - lege**

Både sykestua og hjemmetjenesten hadde hver sine ukentlige møter med legen. Fra sykestua møtte både ansvarshavende sykepleier og avdelingsleder. Fra hjemmetjenesten bare avdelingsleder. Alle møtene hadde samme form. De foregikk på legekantoret og ble ledet av sykepleier. Hun/han gjennomgikk listen over ”dagens” pasienter/brukere, ga statusrapport, tilbakemelding på hvordan medisiner og andre tiltak virket, og la opp til diskusjon om konkrete problemer og utfordringer knyttet den enkelte. Fra observatørposisjon syntes dette å fungere meget bra. Det ble bekreftet gjennom samtalene:

*Når det gjelder samarbeid med legetjenesten så er det en fast struktur på det. Hver mandag fra ti til tolv har vi legevisitt. Da tar vi opp alle tingene vi kan komme på om pasientene, og har diskusjoner og sånt. Og ellers så er det ingen problemer med å få legene til å komme, det er bare å ringe inn også kommer de gjerne. Vi er jo nært, sånn fysisk sett, i samme hus (sykepleier – sykestua).*

*I forhold til hjemmesykepleien så har vi et fast møte en gang i uken, og der tar vi opp ting som ikke haster. For ting som haster tar de kontakt direkte med vakthavende lege. Det er mye enklere og mer oversiktlig her enn for eksempel sørpå hvor du må gjennom flere ledd. (lege).*

I det daglige var det lett å få legene til å stille opp:

*Samarbeidet med legene det går helt ok. Når jeg ser en lege, og har en pasient som trenger det, så kan jeg jo be han om å se på pasienten, i stedet for å hente en sykepleier som ber han. ... For jeg som hjelpepleier kan gjerne merke at legen kan stå og prate til meg, som om jeg var en sykepleier, ikke sant. Og det er greit nok, jeg kan hjelpe han å prate, men hvis jeg ser at det her overstiger min grad, så kan jeg si at "nei, det tror jeg du må ta opp med sykepleieren, for det er noe jeg ikke kan svare på." Man må vite hvor man er henne (hjelpepleier på sykestua).*

Hjelpepleieren har altså ingen problemer med å hanke inn en lege i forbifarten når hun har en pasient som trenger tilsyn. Samtidig er hun bevisst på egne faggrenser, og vet at det er hun selv som må gi beskjed til legen om hvor de går. Det er jo ikke så lett for en ny lege å se forskjell på hjelpepleiere og sykepleiere. Hjelpepleieren refererer til det som kan tolkes som et kompetansehierarki i helsearbeidet. Hun har funnet sin plass i det, og er fornøyd med det: *Men selv om jeg bare er en hjelpepleier, så har jeg allikevel noe jeg skulle ha sagt. Hvis jeg ikke kan si det, så vil ikke kommunikasjonen her funke, og da kan jeg likegodt være assistent.* Dette er i tråd med det flere formidlet – at det er kompetanseforskjellene og bevisstheten om dem som begrunner og skaper grunnlag for samarbeid.

Hjelpepleierne i hjemmetjenesten hadde også gode erfaringer med legesamarbeidet

*Men det er greit å ringe til legen hvis det er noe. Det bruker jeg å gjøre, når jeg er usikker eller har spørsmål. Og enten sier de at de trenger å komme eller så skriver jeg ned det de har sagt jeg skal gjøre. De har vært veldig grei med meg. De er jo der for å hjelpe hvis det er noe, ikke sant.*

På den annen side ønsket leder for hjemmetjenesten mer engasjement fra legen i fellestiltak:

*I de ukentlige møtene tar jeg jo opp konkrete problemstillinger, og det fungerer greit. Men det jeg føler jeg savner, det er litt mer engasjement som går mer på systemer: Etablere ordninger for kreftsyke, for eksempel, eller pårørendesamtale etter dødsfall og sånne ting som jeg ser er mangel, og som legen egentlig bør være med på. Det har jeg ikke helt fått til. ... Da føler jeg at vi tenker på en måte, mens de tenker på en helt annen måte.*

Samarbeidet mellom pleiere og leger hadde altså flere nyanser: Fra det uproblematisk og konstruktive, gjennom litt uklare forventningsstyrte "krav", til etterlysning etter engasjement i gruppebaserte tiltak. Fra akutt hjelp og veiledning ved kritiske tilstander, til tiltak rettet mot livskvalitet og trygghet. Men, bare en gang i løpet av de to feltoppholdene opplevde jeg en litt tilspisset situasjon mellom sykepleiere og lege. Det dreide seg om bruk av sykepleierbakvakt, og det var legen som tok det opp i den avtalte samtalen jeg hadde med ham.

*Det har vært en sak nå med sykehjemmet, jeg fikk brev fra avdelingssykepleieren. Det gjaldt bruk av sykepleier på vakt, og hva som er sykepleieroppgaver. De mener det ikke er behov for at sykepleiere skal rykke ut til forskjellige ting. At ambulanspersonalet kan assistere ved øyeblikkelig hjelp, og at legen selv må kunne ta EKG og blodprøver på pasienten. Noe av det er enig i, men i følge reglene*

*skal sykepleierbakkvakten tilkalles. Ambulansepersonalet har ikke noen formell plikt til å følge opp pasienten etter at den er levert. Man kan altså ikke basere seg på ambulanspersonalet, selv om de er villig til å hjelpe til. Det er ikke deres jobb. Det er sykepleier som skal være tilgjengelig, og som skal kunne ta blodprøver og EKG og se til pasienten.*

I samtalen i tilknytning til tilbakemeldingen min til sykestua, kom saken opp da jeg snakket om lege - pleier forholdet. Fungerende avdelingsleder bekreftet at hun hadde skrevet et litt surt brev til legen. *Det har med bakvaktordningen å gjøre - skal vi egentlig ta legevaktpasienter? Legen kan jo si det, men skal vi bruke vår tid og våre penger på det.* Folk begynte å le da hun sa det. En annen sykepleier fulgte opp:

*Jeg ga faktisk beskjed til legen. Når de har lagt inn en pasient som de visste det kom til å bli utrykning på: "Er du klar over en ting," sa jeg, "det blir 100 % overtid hvis jeg rykker ut på bakvakta mi." "Ja, men pasienten må jo ivaretas", sa han. "Ja, det er greit, men da får du rykke ut" sa jeg, "det er et annet budsjett." "Ja, da får jeg gjøre det," sa han. Og han gjorde det faktisk og. Det går an å stille litt krav til dem også, ikke bare godta alt.*

Det var altså verken manglende sykepleiefaglig pliktfølelse eller svikt i omsorgen for pasienten som betinget sykepleierreaksjonen. Det var pliktfølelsen overfor budsjettet og sykestuas anstrengte økonomi som var drivkraften. Legen skjønnte tegningen. Det var kanskje derfor han rykket ut selv.

*Men - til syvende og sist - den egentlige grunnen til henvendelsen, er at det koster penger. Det er høsten som er verst. Sykehjemmet har overskredet med en million eller noe sånt, allerede, og nå har de fått beskjed om å stramme inn, derfor kommer brevet nå. Men det her med at sykepleiere skal være til stede på vakt når det kommer pasienter akutt, det er både en avtale vi har hatt, og det er noe som er politisk vedtatt i sammenheng med beredskapsplanen. Og det verken skal eller bør endres på. Så det er greit at man prøver å spare inn der man kan, men det skal være en forsvarlighet som ligger i bunnen.*

Legen hadde helt rett. Det var budsjettsituasjonen som motiverte sykepleierne til å ta opp denne saken: Penger ut av et allerede overskredet budsjett hver gang sykepleierbakkvakten utkalles, merkes. Legetjenestens budsjett var fortsatt godt på plussiden. Dermed ser vi en ny dimensjon av lege - pleier samarbeidet. En dimensjon som umiddelbart virker som et fremmedelement. Hva har økonomi å gjøre i en akuttsituasjon hvor pasientens ve og vel er det eneste som egentlig teller? Men sykepleierne måtte også telle - penger. Det var november og årets regnskapstall var blodrøde. Med en stående instruks om å spare inn på alt, var det en bisarr logikk i det å stille spørsmål ved nødvendigheten av vedtatte prosedyrer. Legen måtte da selv kunne ta blodprøver og EKG. Ambulansepersonalet som inngår i en helt annen budsjettpost måtte vel kunne trå til – selv om det egentlig ikke var deres jobb.

Hva er det som er i ferd med å skje? Sykepleiere som vet hvor viktig det er å holde pasienter – spesielt eldre - i hånden, i situasjoner hvor de gjerne blir engstelige, stiller spørsmål ved om det er nødvendig - for å redusere budsjettunderskudd? Hva er det uttrykk for når faglige



vurderinger viker plassen for økonomiske kalkulasjoner? Hva vil det bety for samarbeid og kvalitet i helsetjenesten hvis økonomiske hensyn blir en overordnet premiss? Da er det kanskje ikke lenger så viktig hvordan helsearbeidere samarbeider, bare det ikke koster for mye. Eller kanskje blir den eneste virkelige gode grunnen for å samarbeide at det gir økonomisk gevinst? Jeg mener ikke med dette å antyde at sykepleierne ikke ivaretok sitt faglige ansvar ved å ta opp denne saken. De reagerte på legenes tendens til å bruke sykepleierbakvakten i stedet for å rykke ut selv – til situasjoner der det *ikke* trengtes mer enn *en* til å ivareta pasienten. Ved å påpeke hva slike ”stand-in-oppdrag” kostet, tok de ansvar for sykestuas elendige økonomi. Alle som forvalter offentlige midler har et samfunnsøkonomisk ansvar. Spørsmålet er hvor langt det skal gå. I hvilken grad skal det fortrenge, erstatte eller supplere faglige vurderinger? Dermed er jeg kommet til det tredje samarbeidsforholdet:

### **Sykestua - hjemmetjenesten**

Oppslaget på døren til personalrommet på sykestua som møtte meg første dag i feltet hadde et klart budskap, men ga grobunn for flere spørsmål. Budskapet var at det måtte opprettes en felles møteplass mellom sykestua og hjemmetjenesten i forbindelse med akutte innleggelser av brukere fra hjemmetjenesten. Men - hvorfor var det nødvendig å opprette en slik møteplass? Hvilke samarbeidsforhold var det mellom de to deltjenestene? På hvilken måte tok de felles ansvar for helhetlige helsetilbud til kommunens innbyggere? Hvordan utfylte de hverandre i dette arbeidet?

Det enkle svaret på det første spørsmålet er at det ikke fantes noe forum hvor ansatte begge steder kunne drøfte løpende fellessaker. Tidligere forsøk på å etablere et slikt hadde ikke ført frem. Det eneste samarbeidsforumet som fantes var de ukentlige møtene mellom de to avdelingslederne og helsesjefen.<sup>175</sup> Her diskuterte man aktuelle fellessaker. Sakslisten ble satt opp ved starten av hvert møte ut fra hva hver av de tre hadde behov for å ta opp. På møtet den 19.10.04 ble de enig om følgende saksliste: 1) Budsjett I. 2) Julebord. 3) Informasjon om Rehabteamet. 4) Budsjett II. 5) Kjøkkentjeneste. 6) Personellsituasjonen – samordning. Jeg ser nærmere på sak 3 og 6, fordi de har direkte relevans for forholdet mellom hjemmetjenesten og sykestua.

---

<sup>175</sup> Når det blir ledige plasser enten ved sykestua eller omsorgsbolig, utvides gruppen med lege. Møtet fungerer da som inntaksmøte. Ved tildelig av omsorgsbolig er også daglig leder av omsorgstilbudet med.

*Rehabiliteringsteamet* ble i sin tid opprettet som et felles forum hvor man til enhver tid kunne ha oversikt innbyggernes rehabiliteringsbehov.<sup>176</sup> Det hadde ligget nede en stund, men på forrige møte med helsesjefen ble det bestemt å vekke det til live igjen. Teamet besto av de to avdelingslederne, sykepleieren i den delte stillingen og fysioterapeuten. Målet var at pasientene på sykestua skulle kunne opprettholde eller bedre funksjonsnivået sitt, og at brukere i hjemmetjenesten skulle få nødvendig tilrettelegging og støtte for kunne bo hjemme lengst mulig. Som en av deltakerne sa på det første møtet: *Vi må prøve å komme i forkant og tilrettelegge bolig, hjelpemidler, støtteordninger og så videre.* Til møtene hver annen uke skulle teammedlemmene ”ta med” brukere som var aktuelle å diskutere i et slikt perspektiv.

Jeg var med på ”gjenoppstandelsesmøtet”. Det var preget av stor enighet om oppdraget og entusiasme for å få det til å fungere. Med dette friskt i minne var jeg spent på hvordan Rehabteamet hadde fungert, da jeg kom tilbake året etter. Svaret jeg fikk overrasket meg: *Det ligger fortsatt nede – og det ligger med brukket rygg.* Det viste seg å være vanskelig å realisere de gode intensjonene. Lederen i hjemmetjenesten opplevde det slik:

*Vi tok jo initiativet herfra. Men når de kom fra sykestua så hadde de ikke noe tilbakemelding til oss om dem de har inne – de var egentlig veldig sånn avventende og ventet på at vi skulle komme med våres. Og vi hadde jo. Vi avtalte faste møtedatoer – vi prøvde enda å justere det for å få det til å fungere – men de glemte, og stilte ikke opp. Det var mye sånt her, så da ble vi litt sånn furten. Vi får heller bare være så barnslig. De hadde ikke forberedt seg, de hadde ikke noen problemstillinger. De hadde ikke noen formeninger som: ”Den pasienten er inne, hvis vi kan tilrettelegge sånn og sånn hjemme, kan det være mulig å” – ”kanskje om 14 dager at hun kan komme ut”. Det er sånt vi skulle ønske, for det her med rehabilitering er jo liksom det som skal gjennomsyre helsesenteret og.*

For avdelingsleder på sykehjemmet tok det seg slik ut:

*Vi hadde jo disse tverrfaglige møtene, men det skortet veldig på sykestua der, for jeg husket aldri på at vi hadde det, og kom alltid uforberedt til møtene, og det likte dem ikke, og det kan jeg godt forstå. Men jeg var like sjokkert hver gang det satt folk på kontoret mitt, og det er ikke noe bra. Så der ligger ballen hos oss da, vi har ikke fulgt det opp noe bra. Det var sånne faglig møter hvor vi skulle ta opp flere saker. Vi følte at vi kanskje ikke fikk noe ut av det, for vi har veldig få pasienter som vi har sjanse for å skrive ut og vi kan jo nesten ikke gi noen tilbud, for vi har jo bul på veggene til en hver tid, og det er nesten ikke mulig å ta inn folk før det dør noen. Vi er ikke helt der hvor vi burde være. I handlingsplanen for helsetjenesten står det om rehabiliteringsplasser og alt det her, men vi tror jo ikke det kommer til å slå til, for vi har for mye dårlige folk til å kunne gi det tilbudet som var tenkt i planen.*

Det var tydelig store forskjeller i motivasjonen de to stedene. Hjemmetjenesten så teamet som et viktig redskap i arbeidet med å realisere intensjonene om helhetstenkning og samordning. De hadde ”med seg” brukere som de ville drøfte, mens sykestua glemte møtene. I følge handlingsplanen skal det være syv plasser til korttidsopphold for rehabilitering på sykestua.

---

<sup>176</sup> Som vist i 8.1 var dette en del i handlingsplanen for kommunens helsetjeneste.

Realitetene gjorde dette til et fjernt ideal. Fem plasser mer enn det som egentlig var der, var belagt med langidspasienter. Allikevel syntes hjemmetjenesten det var fornuftig med et felles faglig vurderingsorgan for rehabiliteringsbehov og -muligheter i kommunen. Men de insisterte ikke. Ballen ligger kanskje fortsatt på sykestuas banehalvdel.

Den andre saken: *personellsituasjonen – samordning*, ble jeg indirekte gjort oppmerksom på ved avslutningen av det første møte i Rehabteamet, oktober 2004.

Helt på tampen av møtet spør leder på sykestua (S) leder i hjemmetjenesten (H) om hvor mange sykepleiere og hjelpepleiere det er i hjemmetjenesten. Hun tenker etter, men har ikke det eksakte tallet i hodet. S sier at hun arbeider med en plan for samordning av vaktene mellom sykestua og hjemmetjenesten. ”Jeg har en stor plan om å slå de sammen”. Jeg ser bare hvordan H retter seg opp og blir ”stram i maska” når S sier dette. H: ”Da skal du vite at jeg er imot det. Jeg vet ikke hvordan du kan få det til, men – du verden – jeg skal høre på. Hvordan har du tenkt en søndag formiddag?” S: ”Jeg er sikker på at det lar seg gjøre. Det gjøres andre steder. Det er en uting med alle de småstillingene.” H: ”Jobb nu bare du med det, men jeg vil se det før du snakker med rådmannen om det!” Det viser seg at S har nevnt dette for rådmannen allerede. S skjønner at H reagerer, unnskylder seg og sier at hun nå skal ta det opp med H først, men at hun må ha litt mer tid til å utvikle ideen.

Min kommentar: Det er tydelig at dette er et ømt punkt – krusninger på overflaten av noen underliggende strømmer? Er det konkurranse perspektiv? – på systemnivå? – på individuelt nivå? – når det gjelder kompetanse? Er det forskjell i fagsyn / faglige vurderinger? Eller er det helt andre ting? (Feltnotater)

I møtet med helsesjefen fortsetter diskusjonen i mer formelle former:<sup>177</sup>

- HS:<sup>178</sup> Jeg har sett på det pleiepersonalet vi har, hadde en opptelling. Vi har 17 sykepleiere i kommunen. Det er bra mye folk. Jeg regner med at kommuneledelsen sier at vi må se på om vi kan redusere.
- H: Er enig i at vi må tenke helhetlig, men jeg kjøper ikke uten videre å ha et personale som både jobber inne og ute. Det er bra for brukerne å kunne forholde seg til få personer
- S: Jeg holder på å arbeide med en stor plan for å se hvordan vi kan få til en felles turnusordning. Jeg tenker at vi har personale knyttet til tre deler: helsesenteret, hjemmetjenesten og en fellespott. Der deler av de tre overlapper hverandre.
- HS: Vi må være åpen for å drøfte disse tingene, når vi ser på budsjettet.
- H: Skal det reduseres folk eller skal de bare utnyttes bedre?
- HS: Jeg tror det må tas fra den rammen vi har.
- H: Det er ikke nytt å tenke slik.
- HS: Vi må se på det. Hva er mulig?
- S: Jeg har hørt med H om hva hun trenger, og begynt å lage en plan. Jeg vil se hvordan vi kan utnytte en felles stab til å gå begge steder.
- H: Det er verd å tenke på. Du merket sikkert at jeg ble stram i masken når jeg fikk vite at du hadde snakke med rådmannen om det. Du må snakke med meg først. Jeg liker heller ikke at du snakker om det om ”din plan”, at ”jeg skal gjøre det”.
- S: Jeg må tenke litt mer før jeg diskuterer det med deg.
- HS: Vi tenker forskjellig, men det er viktig at man samarbeider. Vi som ledere må tenke nytt. Vi må se på brukerne og hvordan vi kan gjøre de mest fornøyde. Vi har så mye fagutdannet personale.

---

<sup>177</sup> Disse sekvensene er tatt direkte ut av feltnotatene 19.10.04

<sup>178</sup> HS står for helsesjef

- H: Vi skal altså 1) Se på bruk av ressurser, og hva som kan gjøres annerledes med dem. 2) Se på brukerne. De må ikke få redusert tilbudet. 3) Personalet skal ha en god situasjon.
- S: Det blir en annen måte å tenke på.
- HS: Jeg tror vi er nødt for å begynne å se på det (Feltnotater).

Dette prosjektet startet som et soloutspill. Lederen på sykehjemmet hadde en ”stor plan” om å samordne vaktturnusen i det som til daglig blir kalt tjenestene ”inne” og ”ute”. Hun luftet ideen med rådmannen før hun snakket med sin kollega i hjemmetjenesten. Muligens ut fra et behov om backing, vel vitende om leder av hjemmetjenestens brukerbegrunnede motstand mot et slikt opplegg. Men – i lys av kommunens økonomiske situasjon – hvor fornuftig er det å være prinsipielt imot et forsøk på en bedre ressursutnyttelse i to vaktssystem som på hver sin side er uhyre sårbare? Bør ikke de som ledere gjøre som helsesjefen foreslår, ”tenke nytt”?

Da jeg kom tilbake året etter fikk jeg vite at prosjektet hadde strandet. Jeg var nysgjerrig på i hvor stor grad dette skyldtes aktørenes posisjoner og posisjonering, sakens ”beskaffenhet” eller ulike kontekstuelle forhold. Lederen på sykestua forklarte det slik:

*Det har vi lagt på is. Foreløpig så blir det ikke noe av (sukker litt) Nei, vi tror det kan bli litt for mange hender på samme pasient, sant? Det er 90 brukere i hjemmetjenesten, også er det de 17 pasientene her. Hvis alle sykepleierne skal rullere på alle de pasientene, så er vi redd for at de mister noe av den faglige oppfølgingen, for det kan bli for mange hender som tar i folk. Og, det er litt derfor, vi vil beholde de sykepleierne vi har her, her, og at de kan være der - for å ivareta det sykepleiefaglige, rett og slett. Det er mer at brukerne ikke skal få så mange å forholde seg til.*

Den samme begrunnelsen hørte jeg for et år siden – men da fra lederen av hjemmetjenesten, som ikke var spesielt interessert i at prosjektet ble satt i gang i det hele tatt. Kan jeg tolke dette som ”prosjektleders” innrømmelse av at kollegaen hadde rett? Brukerne er ikke tjent med det. Eller er det andre ting som ligger bak? Ble turnuspuslespillet for vanskelig? – for mange biter som skulle på plass? Var det kanskje ikke så ressursbesparende som antatt? Jeg fikk ikke svar på dette. Hun hadde ikke mer å si om saken. Jeg tok den opp med helsesjefen:

*Vi diskuterte dette med felles turnus i fjor. Og der er det jo veldig motstand fra hjemmetjenesten på å ha felles turnus. Og det kan man jo godt stille spørsmål ved – hvorfor er det sånn? Det er klart, alle har behov for å ha en base som man jobber ut i fra. Nå vet jeg at tidligere helse- og sosialsjef også prøvde på det, men det kom ikke noe ut av det. Man prøvde å lage en turnus, men det skar seg da, på grunn av at man hadde for få sykepleiere til noen turnusordning. Jeg tror det er mye i forhold til det at de tenker forskjellig. For det er klart at man kunne godt fått en basisturnus for hjemmetjenesten og en basisturnus oppe på sykestua og hatt sykepleiere som hadde gått i mellom, men da må man ha ressurser til å gjøre det, at turnusen går i havn.*

Motstand fra hjemmetjenesten – der er det igjen. Hun sier ikke direkte at det er grunnen til at ideen ble skrinlagt, men den begrunnelsen ligger tydeligvis langt foran i bevisstheten. For få sykepleiere og forskjell i tenkning mellom de to tjenestene, er imidlertid også en del av bildet.

I et forsøk på å komplettere samarbeidsbildet mellom sykestua og hjemmetjenesten gikk jeg tilbake der jeg begynte - til oppslaget på kontordøren på sykestua. Jeg ville vite hvordan dette *dialogforumet om akuttinnleggelser* fra hjemmetjenesten hadde fungert. Da jeg spurte leder for sykestua virket det først som hun ikke skjønnte hva jeg snakket om – det som året før hadde vært en slik viktig sak. Da hun fikk summet seg, svarte hun: *Ja, men de funket jo ikke*. Jeg lurer på hva de da gjør for å ha dialog med hjemmetjenesten.

*Nei, vi gjør vel egentlig ikke noe. Det blir mye på telefon, vi snakkes, korte beskjeder, og vi har jo veldig lav terskel for å ta kontakt med hverandre på telefon. Jeg kan snakke med H i hjemmetjenesten flere ganger pr dag, sant, og det har vi et greit forhold til.*

Leder i hjemmetjenesten hadde også glemt hele dialogforumet, da jeg spurte henne. Hun var ikke så opptatt av et ”akuttforum”, ønsket mer kontinuerlige og strategiske samarbeidsfora:

*Nei, uff, behovet er der, det er klart. Pr i dag har vi ingen fora hvor vi diskuterer hjemmeboende eldre og dem som er inne. Hvem er inne? Hvem kan komme ut? Og hvem er ute og hvem bør inn? Kanskje litt av grunnen til at det la seg ned og døde er at det egentlig ikke er noen sirkulasjon på plassene.*

Det konkrete forslaget om en felles møteplass, fremsatt på en så kraftfull og insisterende måte viste seg altså å ende opp som en luftpeiling. I den gitte situasjonen – uenigheten om akuttinnleggelsen i september året før – fortonte forslaget seg som en fornuftig strategi for å forebygge ”meningsløse” eller ”tvilsomme” innleggelser fra hjemmetjenesten. Slik jeg har forstått det, var møtet der den famøse konklusjonen ble fattet, det eneste som ble holdt. Samarbeidsforumet døde hen - som ide.

I dette avsnittet har jeg sett på de tre samarbeidstiltakene som ble lansert i den første feltperioden min - og som var borte året etter. To av tiltakene – Rehabteam og ”felles møteplass” var faglig begrunnet, men strandet på rammefaktorer som fysiske strukturer, ressurser og demografiske forhold. Mer konkret: leder på sykestua syntes det var unødvendig å vurdere akuttinnleggelser og rehabiliteringsbehov all den stund at det ikke fantes korttidsplasser. Det tredje fellestiltaket var ressursmotivert, men ble oppgitt på grunnlag av faglige vurderinger. I tillegg kom relasjonelle forhold – først og fremst mellom de to hovedaktørene. Hvor mye den personlige dimensjonen spilte inn vet jeg ikke, men jeg kunne stadig lese noen undertekster i kommunikasjonen mellom dem.

”Idealer og realiteter” er et forslitt begrepspar som jeg kanskje bør være forsiktig med å bruke. Men jeg finner ikke et mer konsist uttrykk for de to tjenestenes forsøk på å etablere dialog med hverandre. De har flere ganger prøvd - med direkte kontakt gjennom felles personalmøter og ulike hospiteringsopplegg, uten å bevege ”frontene” i nevneverdig grad.

Etablering av godt begrunnede samarbeidsorgan har strandet. Hvorfor ble det slik, og hvordan kan det forstås? Dette er tema for det avsluttende avsnittet i dette kapitlet:

#### **8.4 Grense for samarbeid**

Når samarbeidstiltak mellom sykestua og hjemmetjenesten mislyktes gang på gang, uansett hvor godt begrunnet de var, er det da uttrykk for at det egentlig ikke er behov for samarbeid? Eller mer åpent - hva kan det være uttrykk for? Her vil jeg se nærmere på hvordan samarbeidsforholdene mellom de to tjenestene tok seg ut for de som jobber der.

#### **Ja, tenke det; ønske det; ville det med; – men gjøre det...**

Jeg fanget tidlig opp små hint om at det å jobbe i hjemmetjenesten og på sykestua var to helt forskjellige ting. Som for eksempel en ettermiddag på pleierkontoret på sykestua: En pleier fra hjemmetjenesten stakk hodet inn og lurte på om de hadde tuffer til å rense halsen med og hansker. Fra en av pleierne i sofaen kom følgende kommentar: *Har dere ikke noe der borte i hjemmetjenesten?* En annen fulgte opp: *Det er jo sykepleiere og alt der nede. Har de ikke hørt om tuffer og hansker?* En spøkefull fleip, men med en undertone som selv en utenforstående - med antenner for samarbeid – registrerte. En antydning om at avstanden er større enn de 100 geografiske meterne mellom de to tjenestene. Det ble bekreftet i utsagn som *sykestua og hjemmetjenesten er to forskjellige verdener, ”deres” og ”våre” pasienter/ brukere, og litt oppgitte sukk: vi klarer ikke å samarbeide på en skikkelig måte.* Samtidig så de begge steder gode grunner for å samarbeide. Ikke ut fra kommunalt vedtatt mål, men for brukerne/pasientenes skyld:

*For det er klart at i det lille samfunnet her, må det kunne gå an å se helhet. Brukerne i hjemmetjenesten, møter vi ofte igjen som pasienter oppe på sykestua. Så er det ikke alt som er skrevet ned, noe har du i hodet og – det er ikke alt som passer seg å bli skrevet ned heller, du føler at du har litt mer kunnskap enn det som skal stå der. Det har med tryggheten til pasienten å gjøre (sykepleier som arbeider begge steder).*

*Vi har jo prøvd tidligere, for en del år siden – å ha felles personalmøter. Vi klarte ikke å videreføre det. Jeg vet ikke helt hva som skar seg, men jeg syns at det hadde vært nyttig å ha det. Man har jo felles brukere, de er jo de samme, ofte. Altså brukerne som har vært her i hjemmetjenesten kommer inn på helsesenteret. Da hadde det kanskje vært naturlig at man fulgte hverandre litt mer, vi som jobber med det, selv om det er to forskjellige arbeidsplasser. Vi trenger jo ofte å legge inn en bruker, og vi kjenner jo vedkommende godt. Vi har jo skriftlige rapporter som følger brukeren når han eventuelt flytter, men de formidler ikke alt. Jeg ser veldig at det er behov for et tettere samarbeid, hvor vi hadde klart å få felles forståelse for ting. Vi jobber jo med de samme tingene. Vi kunne kanskje hatt større forståelse for hverandres arbeid – at det ikke blir at man lever i to forskjellige verdener (hjelpepleier, hjemmetjenesten).*

*Vi har jo pasientene felles – altså i pleie- og omsorg, så har vi pasientene som felles grunnlag. Vi har ikke vært flink å samarbeide (sykepleier, sykestua).*

*Hvis en bruker av hjemmetjenesten blir lagt inn her, så må vi samarbeide, men det er av og til litt dårlig (ler litt). De blir behandlet her, også skal vi skrive sykepleierappporter, som blir sendt med pasienten, men det er og litt dårlig, begge veier. Det er lite samarbeid om pasienten når han ligger inne her (sykepleier, sykestua).*

Det er altså både et reelt og ideologisk grunnlag for samarbeid mellom de to tjenestene: De forholder seg til samme gruppe mennesker – som brukere eller pasienter. Når disse overføres mellom de to stedene er det behov for informasjonsutveksling – også av den typen som ikke så lett lar seg uttrykke skriftlig. Og pleierne mener at det faktisk er et poeng å ha helhetsperspektiv på det som skjer i helsetjenesten i en liten kommune.

## **Mytespunnet grensegang**

Hvorfor var det da så vanskelig å samarbeide når begge parter erkjente behov for det?

*Det har kanskje vært litt sånn herre – ”uff ja, de i hjemmetjenesten, de gjør jo ingenting, de har jo så gode dager, og når pasienten blir dårlig, så kommer dem hit”, ikke sant? Og hjemmetjenesten syns sykestua er vanskelig – ja det er litt sånn der. Det har vært tatt opp før, det med samarbeidet. Jeg vet ikke om det er liten forståelse for hverandres arbeid, rett og slett for man har liten innsikt, kanskje, jeg vet ikke. Det var jo en stund at man skulle hospitere hos hverandre – her i fra til hjemmetjenesten og omvendt. Det var noen som hospiterer herifra, og det de bekreftet, det var jo bare at ”de har jo så fine dager der nede”, det er jo det dem har erfart mest. Men det var liten interesse fra hjemmetjenesten å hospitere her. Nei, noen av sykepleierne der, de føler seg utrygge – eller et eller annet sånt. Jeg tror i det hele tatt det har å gjøre med liten forståelse for hverandres arbeid, ikke sant. Vi har ikke den fulle innsikt i det dem gjør, det er en helt annen måte å jobbe på enn her (sykepleier, sykestua).*

*Nei, det er ikke noe spesielt samarbeid der. Jeg vet ikke om man tenker så mye annerledes, egentlig, men jeg tror det er litt personavhengig, på en måte. For alle sykepleierne som er her, de har vært innom helsesenteret, så det er ikke noe sånt ukjent terreng for dem, så jeg tror nok at det er litt mer sånn usikkerhet i forhold til det å komme ut her. Jeg vet ikke om vi har forskjellige måter å tenke på i utgangspunktet. Det tror jeg ikke, egentlig (sykepleier, hjemmetjenesten).*

Her er det to sykepleiere – en fra hvert sted - som uttrykker det samme, bare med forskjellig fortegn. Hun på sykehjemmet tror at det er vanskelig å få til samarbeid fordi sykepleierne i hjemmetjenesten føler seg utrygge i forhold til arbeidet på institusjon. Det samme mener hun i hjemmetjenesten - usikkerhet på hvordan man fungerer ”ute”. De antar om hverandre, og knytter begrunnelsene for samarbeidsproblemene til det. Jeg fikk høre flere slike antakelser:

*Vi får jo deres pasienter hit (ler litt), når de har dårlige pasienter så få vi dem hit. Men det har jo vært mange ganger at det har vært bare en vei. De skal hele tiden ha av oss, men jeg føler at vi får ikke igjen. Det er vi som skal ta pasienter for dem, spesielt i helgene. Vi hadde en periode hvor våre sykepleiere måtte ut i bygda, når de ikke hadde sykepleiere der, og da skulle det komme en fra deres hus og opp hit, men det fungerte ikke. Vi hadde egentlig liten nytte av det (hjelpepleier, sykestua).*

*Jeg syns jo egentlig det er trasig. Men jeg tror at vi i hjemmesykepleien har gått oss lei på det her, for mange ganger så har våres pasienter plager, det er ikke til å unngå, også kommer de jo på sykestua, sant. Og da kan vi slippe slike små som: ”Vi er ute og lufter deres pasienter”. Det er jo ikke våres pasienter, det jo felles. Altså, hva skulle vi ha gjort uten dem, og hva skulle de ha gjort uten oss? Altså, vi er jo et team - for å få det her til å gå, ellers så hadde vi ikke klart det, og det syns jeg det er veldig viktig å fokusere på, men det blir ikke. Det blir liksom ”våres” og ”deres”, og*

*det blir litt galt, Det er vanskelig å få korttidsopphold der borte. Det er visst en plass, tror jeg, som er til sånn avlastning, men den er jo bestandig full. (hjelpepleier, hjemmetjenesten).*

*Det pleier gjerne å bli litt sånn "våres" og "dokkers", og det er jo sånne ting som egentlig ikke skal være. Vi burde egentlig hatt omskoleringshjelp for å se: "hva gjør de egentlig i hjemmetjenesten", ikke sant? Eventuelt invitert hjemmetjenesten hit opp for å se: "hva gjør vi egentlig?" Sånn for å kunne se litt: "Aha, det er det dem gjør der", kanskje man skjønner litt mer hva de holder på med. Hvis man hadde vært der, så hadde man visst litt mer, også hadde det sikkert vært helt ok. Det pratet vi en gang om. Men blir vi å gjøre det – NEI (ler) (hjelpepleier, sykestua).*

I samtalene om forholdet mellom hjemmetjenesten og sykehjemmet hadde jeg ofte en følelse av å høre budskap fra posisjoner i et grenseland mellom myter og virkeligheter. Jo, de på sykestua hadde sikkert rett i at sykepleierne fra hjemmetjenesten ikke går like naturlig inn i jobben som de som er ansatt der. Samtidig hadde jo nesten alle som jobbet i hjemmetjenesten vært på sykestua tidligere. Jo, de jobber forskjellig i hjemmetjenesten og på sykestua, men fordi rutiner og ringeklokker mangler i hjemmetjenesten, så betyr det ikke at de tvinner tommeltotter. Forestillingen om at de som jobber i hjemmetjenesten "har fine dager" er vokst ut av en numerisk rasjonalitet, mens et eventuelt reelt grunnlag kanskje er forankret i opplevelsen av å gjøre et meningsfullt arbeid. Når pleierne på sykestua brukte begrepet "deres pasienter" tolket hjemmepleierne det som et utsagn om deres latskap. De så umiddelbart underteksten: "når det blir problemer må vi overta pasientene". En av sykepleierne i hjemmetjenesten tumlet tydeligvis med de samme tankene. Bunnset forholdet mellom sykestua og hjemmetjenesten i en salgs mytepreget virkelighetsoppfatning?

*Men, ikke sant, når noe synker ned i en arbeidsplass, integreres det ganske hardt der. Uvilje eller dårlig miljø eller noe sånt, det overtar oss. Jeg husker da jeg begynte på sykestua, jeg visste jo om det her, at alle sa de var sånn og sånn. Så måtte jeg på en måte gå litt sånn - jeg var nyutdannet, men jeg var heldigvis voksen – jeg måtte ikke la meg rive med. Men du lar deg rive med innimellom. Du må være bevisst på det. (sukker litt) I hvert fall så føler jeg nu at samarbeidet – det står veldig i stampe, veldig. Det er sånn at man skyter imot hverandre. Nu har jeg nesten ikke snakket med folk der borte – men de få gangene – det er liksom vi får piggene fram, det merker jeg med meg sjøl også. At jeg med en gang da kommer med usakligheter også. Da er det noe galt. Da skurrer det (sykepleier, hjemmetjenesten).*

Jeg avslutter denne sekvensen med et utsagn fra en sykepleier som var relativt ny kommunen.

I begynnelsen jobbet hun litt begge steder, før hun ble ansatt på sykehjemmet.

*Jeg jobbet først i hjemmetjenesten her, som nattevakt i sommer, og det er jo litt sånn da – du hører jo litt bakdeler om sykestua og motsatt. Nei, det bunner vel i økonomi, tror jeg, til syvende og sist. Altså – begge etater tror at de andre – at på den andre arbeidsplassen er det ikke nedskjæringer og at de har det mye bedre, – de har ikke så mye å gjøre som vi har, og det tror jeg er gjensidig fra begge hold. Man ser ikke – eller man vet ikke hva de andre har. Og så blir det litt sånn.*

På den ene siden bekrefter den nyankomne sykepleieren antakelsen om ganske så fastlåste tankemønstre om hverandre i de to tjenestene. På den andre trekker hun inn et nytt forklaringsprisnipp: *Det bunner vel i økonomi.* Ut i fra forskjellene på å ha økonomi som



samtaletema de to stedene, kan dette kanskje være et poeng. Forestillinger om bedre økonomi det andre stedet, eller systematisk skjevfordeling, kan selvsagt gi grobunn for mistenksomhet og misunnelse. Men økonomidiskusjonene jeg lyttet til på sykestua dreide seg utelukkende om sykestueinterne forhold. Heller ikke i de individuelle samtalene med feltfolket derfra ble økonomi nevnt som begrunnelse for manglende samarbeid med hjemmetjenesten. Ikke en gang som slengbemerkning. Det jeg står igjen med er en samstemt oppfatning på begge steder om at det er gode grunner for å samarbeide om felles brukere/pasienter. Til tross for denne enigheten skjedde det ingen tilnærming på handlingsplan. Pleierne ble værende hver sin verden og stanget hodet i noe som ligner mytespunnete forestillinger om hverandre.

## **8.5 Samarbeid klemt mellom system og individ**

Hva kan jeg si om samarbeid i kommunehelsetjenesten etter denne gjennomgangen?

Konklusjonen er at samarbeidsproblemer og barrierer ikke fulgte profesjonsgrensene, slik det forutsettes i St.meld.nr.41(1987-88). Barrieren gikk mellom hjemmetjenesten og sykestua. Innad på hvert sted fungerte samarbeidet mellom sykepleier og hjelpepleier upåklagelig. Begge steder var det et konstruktivt og greit samarbeid med legen.

Pasienten/brukeren var i sentrum for aktiviteten begge steder, men konteksten for pleie- og omsorgsarbeidet forskjellig. I det daglige arbeidet på sykestua hadde pleierne nærfokus på pasientene og forholdt seg relativt lite til livskonteksten deres. I hjemmetjenesten var det motsatt. Der hadde de brukerfokuset vidvinkelperspektiv. Ikke bare på hjemmesituasjon. Sosialt liv og nettverk, livshistorie og interesser var med å danne premisser for tilrettelegging av tiltak. Mens rutinene styrte aktiviteten på sykehjemmet, måtte hjemmetjenesten ha en mer improvisatorisk tilnærming. Jeg ser det slik at de to tjenestene baserer virksomheten sin på ulik rasjonalitet: Sykehjemmet er langt på vei en medisinsk institusjon,<sup>179</sup> mens hjemmetjenesten satte profesjonelt omsorgsarbeid inn i hverdagslivets rasjonalitetsramme: *De snakket om medisinsk forsvarlig, og vi snakket om trygghet.* Og i mellomrommet mellom disse forståelsene dannes forstillinger om hverandre: *Her på sykestua har sykepleiere, og også hjelpepleierne mye større ansvar enn i hjemmetjenesten (sykepleier, sykestua). Der oppe har du bestandig folk rundt deg hvis det skjer noe – en snor å trekke i. Her går du alene, så å si hele tiden (hjelpepleier, hjemmetjenesten).* Og – det syntes som om slike forstillinger etter hvert fikk et selvstendig liv som myter – som nørte opp under oppfatningene av ”de” og ”oss”.

---

<sup>179</sup> Det er formet av og bærer med seg de samme trekkene som sykehuset – i noe ”fortynnet” versjon.

I tilbakemeldingene både til hjemmetjenesten og sykestua presenterte jeg forholdet mellom de to deltjenestene som det mest problematiske ut fra mitt samarbeidsfokus. Begge steder fikk jeg unison bekreftelse på at dette også stemte med deres egne oppfatninger. Jeg tar med et lite utsnitt fra hjemmetjenesten, først min tilbakemelding:

*Når det gjelder samarbeidet mellom hjemmetjenesten og sykestua har jeg samlet det jeg har hørt og sett i begrepet "helhet og tvetydighet". Idealet er gjensidighet, men så blir det ofte ensidighet. Jeg hører det i litt sånn sleng, i overtoner og undertekster i det daglige. Det kan være morsomheter – men så har de noen doble bunner, og det er de doble bunnene jeg føler jeg har møtt en del av når dere snakker om hverandre.*

Responsen er nikkende rundt bordet. Flere sier "mhh" og "ja". En sier: *Det er nok helt prikk akkurat sånn som det er.* En annen: *Nei, man forstår ikke hverandre. Vi forstår sikkert ikke dem heller.*

I tidligere tider hadde denne erkjennelsen ført til diverse tilnæringsforsøk som hospitering og felles møter, men uten at samarbeidet ble noe bedre. De nyeste forsøkene på å forene og utnytte hverandres kompetanse og skape en mer felles virkelighetsforståelse: møteplass for å diskutere akuttinnleggelser, Reha-team og felles turnusordning – fungerte heller ikke.

Forholdet mellom pleiere – hovedsakelig sykepleiere - og kommunelege har jeg viet relativt stor oppmerksomhet, for å være sikker på å få med flest mulig nyanser. Kanskje det allikevel var mulig å finne en barriere? Svaret avhenger selvsagt av hvilket perspektiv man anlegger. I et virkelighetsorienterende perspektiv er det nyanseforskjeller. Avstanden er kortest mellom sykepleierne på sykestua og legen – ikke bare i fysisk forstand. Leder i hjemmetjenesten, mener også at det fungerer greit i forhold til individorientert brukerkontakt. Men, hun savner engasjement på systemnivå - kontakt med brukerne gjennom fellestiltak som ligger i grenseland mellom det rent medisinske og det trygghetsskapende.

Hvis jeg, ut fra det jeg så og hørte, skal sammenligne forholdet mellom hjemmetjenesten og sykestua på den ene siden, og hjemmetjenesten og legen på den andre, så er det ikke i tvil om hvor samarbeidet fungerer best. Sistnevnte er preget av konstruktiv informasjonsutveksling og faglig diskusjon - der det medisinske perspektivet og livsverden-perspektivet utfyller hverandre – gjennom en grei arbeidsfordeling. Med andre ord: i stedet for at ulikhet i virkelighetsforståelse mellom legen og hjemmetjenesten la stein til profesjonsbarrierene, ble de utnyttet de til beste for brukeren. I motsetning til det som var tilfelle i forhold til sykestua.

Kort oppsummert så jeg stadig flere nyanser og sterkere konturer av det samarbeidsbildet jeg skimtet første dagen på feltarbeidet i kommunehelsetjenesten. Det var faktisk nesten en "observerbar" grense av ulik virkelighetsforståelse, mistenksomhet og forutinntatthet som

stengte for konstruktive samarbeidsrelasjoner mellom hjemmetjenesten og sykestua. En grense med samme type personell på hver side. Samtidig forekom påstanden om barrierer mellom ulike helsepersonellgrupper stadig mer innholdsløs og virkelighetsfjern.

## **8.6 Refleksjoner over empirien fra helsetjenesten**

Her avslutter jeg presentasjonen av det empiriske materialet, fra kommunehelsetjenesten og sykehuset. Hvilke funn sitter jeg igjen med? Hvordan svarer de på problemstillingene om samarbeid og profesjonsbarrierer i helsetjenesten, og Felleskursets nytte?

Funnene viser at personell med ulik profesjonsbakgrunn samarbeider i de daglige pasientrelaterte aktivitetene. Det er nettopp derfor de samarbeider - fordi de har - ulik helsefaglig kompetanse. Gjennom arbeidsdeling og samarbeid utfyller de hverandre og skaper helhetsorienterte helsetilbud – innad i samme organisatoriske enhet. Gjennom felles involvering i pasienten søker de etter sykdommers årsaker, uttrykk og behandling. Sammen skaper de muligheter for helbredelse og lindring. Gjennom alt dette proklamerer de et slags taust samarbeidets nødvendighet. Men, både i kommunehelsetjenesten og på sykehuset hadde samarbeidet sine klare grenser. De var enkelte ganger så markante at de antok barrieredimensjoner. I kommunehelsetjenesten virket barrieren mellom hjemmetjenesten og sykehjemmet nesten ugjennomtrengelig. Utallige forsøk på å rive den ned hadde mislyktes, selv om rivelysten tilsynelatende var til stede på begge sider. På sykehuset fant jeg barrierene mellom enhetene i Avdelingen. De virket ikke like massive som i kommunen, men var stadig ”synlig” i det daglige arbeidet og i interne diskurser, enten det gjaldt pasientstrøm, kliniske vurderinger eller enhetenes selvforståelse.

Disse funnene harmonerte dårlig med det samarbeidsbildet jeg hadde med meg ut i feltet. I følge Stortingsmeldingen som la grunnlaget for Felleskurset er de også politisk ”ukorrekte”. Hvis samarbeid mellom helsepersonell fungerer slik jeg har observert det, hva skal man da med et Felleskurs i starten av helsefaglige utdanninger?

Med andre ord, empirien gir rimelig klare svar på problemstillingens spørsmål om samarbeid i helsetjenesten. Allikevel bærer den i seg tvetydigheter som forstyrrer. Hvordan kan jeg ha unngått å se de profesjonsbarrierene som synes så veletablerte både i offisiell og allmenn forståelse av forholdet mellom profesjonene? Hvordan kan det ha seg at helsepersonell som selv ikke har opplevd slike barrierer omtaler dem som fakta? Hvis jeg gjennom funnene har fanget en del av den helsefaglige virkeligheten, hvor kommer da profesjonsbarrierene fra? Og

– hvordan kan vi forstå samarbeidshindrene mellom de organisatoriske enhetene? Dette skal jeg prøve å svare på i neste kapittel.

## Kapitel 9

# SAMARBEID I HELSETJENESTEN I SYMBOL- ANTROPOLOGISK PERSPEKTIV

I foregående kapitler har jeg fortalt historier om samarbeid og barrierer i helsetjenesten - samarbeid hvor jeg forventet å finne barrierer, barrierer på steder jeg ikke så etter dem. Det ”statsautoriserte” samarbeidskartet jeg hadde med ut i feltet endret seg drastisk i møtet med terrenget. I dette kapitlet vil jeg ved hjelp av de teoretiske perspektivene som ble presentert i kapitel 5 prøve å forstå de nye topografiske beskrivelsene av samarbeid og samarbeidsbarrierer i helsetjenesten. Også det motsetningsfylte i at feltfolket, som daglig tok seg frem i og bidro til å forme det samarbeidsterrenget jeg observerte, sverget til den ”allment godkjente” kartversjonen. Riktignok stemte den ikke med deres eget terreng. Allikevel var det den de brukte når de på et generelt plan skulle snakke om samarbeid mellom helseprofesjoner.

Jeg starter med å prøve ut Victor Turners perspektiver med ”liminalitet”, ”metafor”, ”struktur – antistruktur”, og ”sosialt drama” som analytiske begrep. Utgangspunktet for denne delen av analysen er de metaforene helsepersonellet brukte i intervjuene, for å beskrive daglig arbeid og samarbeid i kommunehelsetjenesten og på sykehuset. Jeg analyserer samarbeid mellom helsepersonell og samarbeid mellom organisatoriske enheter i hvert sitt avsnitt. Inspirert av Turners ”rotmetaforer” og Ortner’s ”nøkkelsymboler” presenterer jeg det jeg mener er den institusjonsbaserte helsetjenestens rotmetaforer. Feltfolkets forestillinger om profesjonsbarrierer de selv ikke har opplevd, prøver jeg å finne mening i ved å bruke ”struktur – antistruktur” som analytiske begrep. Til slutt ser jeg hvordan de to samarbeids-variantene og ”profesjonskampen” i 1989 plasserer seg i forhold til Douglas’ grid-group-koordinater.

### **9.1 Samarbeidets muligheter og grenser**

I kapitel 5 viste jeg hvordan liminalitetsbegrepets ”betwixt and between” funksjon kan kaste lys over Felleskursets tvetydighet. Her vil jeg benytte det i utforskningen av samarbeidets grenser. I rituell sammenheng betegner begrepet overgang fra et stadium til et annet, fra en tilstand til en annen. Ordets grunnstamme er det latinske ”limen” som bl.a. gjenfinnes i det engelske ”limit” – grense. Det vil si at liminal betyr både overgang og grense ”the Latin for threshold, signifying the great importance of real or symbolic thresholds” (Turner 1996:232). Som grensebegrep markerer liminal en forskjell mellom det som er på hver side. Som en fase i overgangsritualer betegner det en tilstand mellom før og etter. I en tekstlig sammenheng tar

liminalitesbegrepet oss over i metaforenes verden. Her er det snakk om å skape ny mening ved hjelp av ord som krysser kategorigrensene hvor de transformeres til metaforer, som på en fortettet måte kan skape bilder som åpner for ny forståelse. Turner “have called such a passage ‘liminal,’ literally ‘threshold,’ movements betwixt and between the formerly familiar and stable and the not yet familiar and stable” (Turner 1997:132). Aristoteles sier det slik i den første kjente metafordefinisjonen: “Methaphor consists in giving the thing a name that belongs to something else (Ricoeur 2006:13).<sup>180</sup> Det er denne erstatningsmessige forflytningen fra en kontekst til en annen som potenserer metaforene – utstyret dem med muligheter til å skape ny forståelse. Ricoeur beskriver dette som en aha-opplevelse: “This quality really concerns the pleasure of understanding that follow surprise” (ibid: 37). Turner er opptatt av hvordan ”social actions of various kinds acquire form through the metaphors in their actor’s heads” (Turner 1996:13). Dette samsvarer langt på vei med Lakoff og Johnsons forståelse av metaforer som ”begreper vi lever etter” – tenker og handler uti fra. ”Begrepene strukturerer hva vi oppfatter, hvordan vi opptrer i verden, og hvordan vi forholder oss til andre mennesker. Begrepssystemet vårt spiller en sentral rolle i måten vi definerer hverdagens virkelighet på” (Jakoff og Johnson 2003:7). I neste avsnitt tar jeg utgangspunkt i metaforer feltfolket brukte for å beskrive forholdet til andre helsefaggrupper.

## Samarbeid mellom helsepersonellgrupper

Mitt viktigste observasjonsfunn var et uventet godt samarbeid mellom ulike helsefaggrupper i det daglige helsetjenestearbeidet. Jeg starter med å hente ut noen av de metaforene feltfolket selv brukte når de snakket om hverandre,<sup>181</sup> og ser først på hvordan leger og sykepleiere beskriver forholdet til hverandre ved hjelp av metaforer:<sup>182</sup>

- *Vi føler det er godt samarbeid med legene. Er det en sykepleier på senvakt som har problemer, så er terskelen veldig lav for å ringe til vakta og be om hjelp eller be om råd. De stiller opp*
- *Det er akkurat det med å ha en lege i bakhånd som gir litt trygghet når vi vet at vi kan ha dårlige pasienter.*
- *En dag hadde jeg en dårlig pasient, og fikk en aldeles super sykepleier som innimellom, skjønte bedre enn jeg. Vi konkurrerer ikke om hva vi skal gjøre. Vi har hver våre arenaer –*
- *Samtidig står døra her alltid åpen, så alle kan komme inn, uansett hvem, uansett når. Om det er en kollega eller en sykepleier som har problemer, er det alltid en åpen dør – det er ingen terskel.*

---

<sup>180</sup> Ricoeur har hentet sitatet fra Aristoteles’ Poetics 1475b 6-9.

<sup>181</sup> Setningene er i hovedsak hentet fra de avtalte samtaler som er presentert i sitatene i kapitlene 7 og 8. Jeg ble overrasket over hvor rikt feltfolkets metaforspråk var. Derfor ”destillerte” jeg metaforene under bearbeidingen av materialet og satte dem sammen i ulike kategorier, for å se hvilke bilder de ga av helsetjeneste og samarbeid. Jeg sammenlignet dette med observasjoner og bokstavelige beskrivelser. Metaforene viser sin potens ved at de skjærer konturene av de samarbeidslandskapene jeg hadde erfart.

<sup>182</sup> Jeg har valgt å ta med et stort antall metaforer for å vise fylde og variasjon i helsepersonellens metaforbruk.

- Det som er viktig er jo at yrkesgruppene – **at de er i en bås**, at de føler at de er **i samme båt**, og vi må samarbeide.
- Ja, vi tar opp tingene innad, og fungerer med **en stemme utad**. Det er hovedsaken.
- **Den kontaktflaten** er det primære for å få en avdeling til å gå.
- Når det har **bråket** som verst og det har vært masse å gjøre, og det har vært lite både sykepleiere og leger, så har vi faktisk klart og **beholdt roen** og **alliansene**, vi har **ikke** gått ut i **konflikt mot hverandre**.
- Vi har hatt det trivelig og klart å bli enig om å forandre på ting, til beste for alle. Det har **ikke** vært noe sånn **høgging – pigger ut**.
- Vi har ingen møter sammen med legene. Vi har previsitten – så vi er vel kanskje **to skip som går parallelt**.
- Vi snakker på **forskjellige arenaer**. Jeg tror jo at vi sykepleiere har **en arena** vi kan snakke på, men legene har ikke det.

Jeg har markert metaforene med uthevet skrift for lettere å kunne se hvilke bilder de skaper av forholdet mellom sykepleiere og leger. Lave terskler, åpne dører og kontaktflater, sier noe om behovet for og viljen til samarbeid over profesjonsgrensene. Samtidig ser vi bilder av parallelle skip og skilte arenaer. Men når det virkelig gjelder, er de der for hverandre, eller kanskje heller for pasienten. De ser verdien av å være i allianse – i samme båt/bås og snakke med samme stemme utad. Noen bilder er skyggebilder i den forstand at de viser det som *ikke* er mellom de to gruppene: konkurranse, konflikt, høgging og pigger. De samme bildene går igjen når feltfolket snakker om samarbeidet internt i enhetene. Her er det hovedsakelig forholdet mellom sykepleiere og hjelpepleiere som beskrives:

- Vi respekterer hverandre og vi **kjemper ikke** - det går veldig greit.
- Vi er faktisk avhengige av hverandre alle sammen, **for å få hjulene til å gå rundt**, og da må vi kunne samarbeide.
- Jeg tenker vi er jo **på samme lag**, og da tenker jeg også på ledelsen og personalet
- Ja – **ting flyter**, du må ikke hele tiden lete opp og spørre, for vi får midtrapport, og da venter vi til vi får vite hva som skal skje
- Ja, vi er så **innfletta i** hverandre
- Nei, jeg tror ikke det er noe kommunikasjons problem her. Vi er rett og slett **på linje**.
- Vi hjelper jo hverandre i akutsituasjoner, **da trør alle til**, de som kan, så det syns jeg er bra.

I disse metaforene er det bildet av det sammenflettete teamet som avtegner seg. Der alle trør til for å få hjulene til å gå rundt og ting til å flyte. ”Flyt” var en metafor som stadig ble brukt. Den kan tolkes som en ”kvalitetsindikator” både i forhold til pasientomsorg og det daglige arbeidet i avdelingen.

De metaforbaserte tilbakeblikkene på samarbeidet i de to feltene skjerper inntrykket fra empirikapitlene. Det er to hovedmotiver som glir over i hverandre, i disse bildene. Det ene er samarbeidsforhold mellom helsepersonell, det andre er samarbeidet innad i enhetene. Å være i samme bås/båt, i allianse, på lag og å snakke med en stemme utad, kan forstås som

beskrivelser fra posisjoner som synes å ligge nær opp til Turners "communitas".<sup>183</sup> "The liminal group is a community or comity of comrades and not a structure of hierarchically arrayed positions" (Turner 1970:8). I forhold til de pasientrettete oppgavene som skal løses innenfor enhetene fungerer helsepersonell som et fellesskap. Den viktigste differensierende faktoren er også den viktigste sammenbindende kraften i fellesskapet – kompetanseforskjellene mellom medlemmene - som samlet sett gjør at de utfyller hverandre. I disse forskjellene ligger samarbeidets imperativ og mulighet. Målet med fellesskapets samarbeid er best mulig kvalitet på de tjenestene det gir til pasienter og brukere. Dette kan forstås som "social enterprises" i Turners terminologi - arbeidsfellesskap hvor det iverksettes samhandlingsprosesser rettet mot bestemte sosiale mål, hvor hver deltaker avstemmer sin aktivitet til helheten for å nå målet. "[E]ither group is concerned with the outcomes of these decisions and social relations within the group over time" (Turner 1996:34). Dette virker som en god beskrivelse av det samarbeidet jeg erfarte på de ulike enhetene, både på sykehuset og i kommunehelsetjenesten.

Både Måseide (1987) og Hernes (1996) dokumenterer tilsvarende funn fra sin forskning i helsetjenesten. Sistnevnte sier det slik: "There is a major difference between own department and other departments as to the amount of prosocial behavior; the main area for helpful and supportive behavior is the departments in which the doctors and nurses have their work" (Hernes 1996:113)<sup>184</sup>. En engelsk studie av samarbeid mellom leger og sykepleiere på ulike typer sykehus, basert på intervjudata, peker også på samarbeidets nødvendighet ut fra kompetansemessige forskjeller og komplementaritet. "For doctors and nurses to perform to their own satisfaction they need to have skilled colleagues. There is self-interest in seeing each group become more skilled, provided this does not lead to challenges of existing authority" (Walby and Greenwell eds.1994:54). Det virker altså som om samarbeid mellom helsepersonell vokser ut av en slags innebygd logikk i et helsevesen formet av et reduksjonistisk forskningsideal som styrer mot fragmentering og spesialisering - hvor den enkelte yrkesgruppes kompetanse med nødvendighet må komme til kort, isolert sett. Hvis dette er tilfelle, hvor kommer da forestillingen om profesjonsbarrierer fra? Mitt forslag til svar trekker linjer tilbake til den profesjonssosiologiske tenkningen på 1960-70-tallet og kampen om lederstillingene ved Regionssykehuset i Tromsø (RST) på slutten av 1980-tallet.

---

<sup>183</sup> Helsefaglige fellesskap kan riktignok aldri bli så likeverdige som novisene i ritualenes liminalperiode, bl.a. fordi legen i følge loven alltid vil ha det overordnede behandlingsansvaret.

<sup>184</sup> Denne referansen er fra Helge Hernes' avhandling for Dr.oecon. graden. Han benytter spørreskjema i innhenting av materialet.



Begge de profesjonsteoretiske perspektivene som ble presentert i kapitel 2.3 fokuserer på forskjellsskapende kriterier og mekanismer. Trekkteoriene vektlegger statusgenererende krav og normer. Abbotts teori fokuserer på kamp om jurisdiksjon og konkurranse mellom profesjonene. I Turners analytiske verden representerer dette den type strukturer som etablerte samfunn skaper og fungerer ut i fra. Der status, roller, hierarkier og jurisdiksjon er viktige virkelighetskonstituerende orienteringspunkter og mekanismer for å opprettholde samfunnsorden. I forlengelse av denne tenkningen er profesjonsbarrierer en ”naturlig” konstruksjon, nettopp slik profesjonssosiologiens hierarkiserende analyser bekrefter.<sup>185</sup> Samarbeid mellom helsepersonell passer ikke inn i en slik modell. Derfor kan samarbeidende helsefaglige fellesskap best sammenlignes med Turners tilstand av anti-struktur: Et fellesskap vokst ut av en virkelighet konstituert på andre premisser. Overlegen synliggjorde disse ved hjelp av metaforer, på Avdelingens visjonsseminar: *Kundemodellen er ikke den riktige for oss. Det er modellen av den barmhjertige samaritan som bør gjelde.* Det er med andre ord pasienten som river ned normaltilstandens strukturer (for å være i det rituelle språket) og skaper et samarbeidende fellesskap - *communitas* - av hjelpere som forener sin kompetanse for å gi best mulig omsorg, behandling og pleie.

”Profesjonsstriden ved RST” illustrerer hvordan profesjonshierarkisering kan gi opphav til konfliktskapende praksis om posisjoner. Den mekanismen som driver handlingen her har sitt opphav i et av trekk sosiologiens profesjonskriterier: dannelsen av faglige fellesskap – ”to ensure a measure of protection of members, to establish collective control over the area” (Blumer 1966:xi). Den opprettholdelsen av profesjonskultur og profesjonsmakt det er snakk om her kan med rimelighet oppfattes som ”profesjonsbarrierer”, og det som skjer i Tromsø som en bekreftelse på at slike barrierer eksisterer. I fagforeningstidskrift og dagspresse ble ”Tromsø-saken” fremstilt som en ”kamp” mellom sykepleiere og leger. Pressens krigsmetaforikk kan lett ha blitt oppfattet av lesere som beskrivelser, ikke bare av forholdet mellom leger og sykepleiere, men mellom helsepersonellgrupper generelt. Den logikken som drev det som ble betegnet som ”profesjonskamp” er imidlertid forskjellig fra den profesjonsfaglige logikken som styrer det kliniske arbeidet. Førstnevnte er forankret i fagforeningenes mål om å beskytte sine medlemmer og sørge for at egen profesjon får kontroll over viktige samfunnsområder. I dette tilfelle sentrale posisjoner i et sykehus med en desentralisert styringsstruktur som fra helsemyndighetenes side var ment å bli et eksempel på

---

<sup>185</sup> Som nevnt i kapitel 2.3 var noe av kritikken, spesielt mot trekkteoriene, en tendens til tautologisering.

hvordan norsk sykehusvesen kan organiseres i fremtiden. Logikken i det kliniske arbeidet har sitt opphav i idealet om best mulig diagnostikk, behandling, pleie og omsorg for helsetjenestens pasienter og brukere. Med andre ord - fagforeningsdrevet profesjonskamp versus profesjonelt helsefaglig samarbeid.

Midt i kampens hete så vi eksempler på disse forskjellene: Legen og sykepleieren som begge støttet sine fagforeningers syn på hvem som skal lede sykehusavdelingene, men som ikke lot det påvirke det daglige pasientrettete samarbeidet (Eriksen 1989b:6). Dette kan tolkes som uttrykk for struktur versus anti-struktur. På den ene siden fagforeningskamp på en arena der strukturbaserte posisjoner står på spill i en avgjørende tid for norsk helsevesen. På den andre siden helsefaglig samarbeid om pasientene i en tid hvor de følte seg usikre på grunn av avisenes oppslag om 'profesjonskamp' på sykehuset hvor de var innlagt. Det nye her var at fagforeningene – hovedrolleinnhaverne i striden – i denne konteksten selv representerte struktur. En struktur med potensial til å strukturere, det vil si bryte ned det "communitas" som pasienten er avhengig av. Den årvåkenheten og beredskapen ledere på alle nivå – fra sykehusdirektør via sykehuseier til sosialminister – syntes å utøve for å hindre at pasienter skulle bli skadelidende, kan tas til støtte for en slik vurdering. For fagforeningene selv var kampen for posisjoner det viktigste. Da fikk det ikke hjelpe om "pasientene ved poliklinikken måtte finne seg i å vente lenger enn vanlig ... og innkalling av pasienter som skulle legges inn på avdelingen var utsatt som følge av streiken" (Bakke 1989c:20).

Før jeg avslutter dette avsnittet om samarbeid i helsetjenesten stopper jeg opp ved begrepet "flyt". Feltfolket brukte det som en kvalitetsindikator for samarbeidet innenfor hver enhet. Slik jeg ser det er flytbegrepet en god metafor for pasientrettet samarbeid innen helsefaglige fellesskap. I sine analyser av pleiekulturen i et større sykehus beskriver Hamran "flyt i arbeidet" som et viktig emisk kvalitets- og effektivitets kriterium.

'Flyt i arbeidet' er et interessant begrep. Det er en arbeidsnorm, hvor samarbeid, ressurs hensyn, ansvaret for og hensynet til pasientens sikkerhet og kravet om god pleie er vevd intimt sammen. Det er et effektivitetsbegrep som både favner om og beskriver arbeidsprosessen og dens organisering (Hamran 1992:73)

Turner benytter også flytbegrepet og ser på sammenhengen mellom det og communitas. "Flyt" er en helhetsopplevelse som fordrer involvering. Det er en tilstand hvor handlinger etterfølger hverandre og flyter sammen ut fra en innebygd logikk. Flyt karakteriseres av handlingsrettet og oppgavefokuset oppmerksomhet ut fra en oversikt over den aktuelle

situasjonen. ”Communitas is<sup>186</sup> a sort of shared flow – but it can and does occur both in structured and unstructured situations” (Turner 1997:64). Turner trekker en forbindelse mellom flyt og en kulturs nøkkelsymbol – ”particular cultural symbols in concrete situations, not of abstract systems of symbols ... My guess is that these would be liminal or liminoid symbols or symbolic actions, precisely those which are associated with social antistructure” (ibid). Denne tråden tar jeg opp igjen om litt.

## Samarbeidshindre mellom enhetene

Jeg begynte å bruke begrepet ”enhet” som en slags verdinøytral betegnelse på de organisatorisk avgrensede delene i Avdelingen på sykehuset og på hjemmetjenesten og sykestua i kommunen, fordi begreper som ”avdeling” og ”post” allerede var i bruk i de formelle organisasjonskartene. Etter hvert ble enhetsbegrepet stadig mer meningsfylt. Til tross for at de ulike enhetene representerte til dels svært ulike praksiser og praksisen innen hver enhet var svært mangfoldig, fremsto de i et samarbeidsperspektiv mer og mer som enheter - og enhetlige. Et sted hvor ”ting flyter”. Hvor arbeidsoppgaver flettes sammen innenfor sammenfallende individuell og felles forståelse av hva som er enhetens misjon og den enkeltes ansvarsområde. En slags en for alle og alle for en holdning i det daglige arbeidet med å få oppgavene gjort innen de tidsavgrensinger som rutiner og pasientbehov setter.

Her vil jeg prøve å forstå mer av det jeg etter hvert kom til å oppfatte som de ”virkelige” barrierene mot samarbeid: ”grenseområdene” mellom de ulike enhetene. Igjen tar jeg metaforbaserte eksempler fra samtalene med feltfolket som utgangspunkt for analysene.

- *Vi **kriger** jo litt, men er det noen som blir syke og ikke klarer seg hjemme eller kommer seg på do, så kan de ikke være hjemme*
- *Vi kunne kanskje hatt større forståelse for hverandres arbeid – at det ikke blir slik at man **lever i to forskjellige verdener***
- *Nå har vi jo sykestua, og **vi er jo i to verdener**, ”deres” og ”våres” pasienter.*
- *Vi har liksom **bygd oss en mur**, og det **er noe vi kjemper med** her i kommunen, det er at sykestua og hjemmetjenesten, ikke klarer å samarbeide på en skikkelig måte.*
- *Og det her med at vi lager sånn her – ”**dem og vi**” ”hvorforskal du begynne der, forlate oss, og gå over til **fienden**.*
- *Samarbeidet **står** veldig **i stampe**, veldig. Det er sånn at man **skyter imot hverandre**. Nu har jeg nesten ikke snakket med folk der borte – men de få gangene – det er liksom **vi får piggene fram***
- *For det er veldig lett når du jobber på forskjellige arbeidsplasser innenfor samme fagfeltet, så **sitter de jo litt på hvert sitt nes** også kaster litt sånn – ja, litt **avudsjuke** av og til*
- *Det er klart at når jeg er her, så er jeg **i forsvarsposisjon** for det som foregår oppe på helsesenteret, sant, og omvendt*

---

<sup>186</sup> Utvevingen er Turners

- *At man kunne være litt mer **fleksibel** i måten å ordne seg på – ikke være så snar å **høgge ned på** noe når det ikke gikk slik som det egentlig skulle gjøre.*
- *Til tider så kan det jo være litt sånn **opphetet stemning***
- *Nei, **vi lever nok litt i hver vår verden** her, det syns jeg. UBE er en verden, OVE er en annen.*
- *Akkurat nå så har vi litt **anstrengt forhold** til posten, vi merker jo at vi blir sliten og **høgger litt** i telefonen.*
- *Enkelte kan vel være litt skarpe i stemmen, og det skal fryktelig lite til før man tolker og går **litt i vranglås***
- *Men i det daglige så har vi jo kontakt da gjennom **pasientstrømmen**, og det er klart det ligger **mange kimer til konflikt**, fordi det er et **hektisk jag**, og fordi at man kanskje ikke alltid og til en hver tid klarer å se den andres situasjon.*
- *Så der var det litt sånn – **clashy kommunikasjon**, og det er sånne ting som du merker på **stemningen**, den **blir pisket opp**, også blir vi litt oppgitt*
- *Det er noen sånne her **brister i kommunikasjonen** av og til, at vi får små misforståelser med klokkeslett og sånne ting.*
- *For vi lever liksom **på våres lille øy** - vi skal jo ikke bare ha pasienter fra den avdelingen*
- *Og sykepleierne – må nødvendigvis kommunisere over **de her grensene** – men det er ganske forskjellige kulturer på de fire enhetene, det har du sikkert opplevd.*
- *Men – det vi har hatt mye av, det er **striden mellom** de tre – fire enhetene på avdelingen. Og vi har gang på gang vært ute og sagt som lederteam, nå må vi **binde dette sammen**. Nå må vi ikke la det **splittes opp** i enkelte enheter.*
- *Det er jo sånn at når du får telefoner, særlig når du sitter i trengt posisjon, så kommer du med en bisk replikk, **også baller det på seg**. Det har jo vært veldig mye mellom laben – ja på begge de to andre enhetene har de **gått i strupen på hverandre** noen ganger ... altså det har vært samarbeidsproblemer, ja.*
- *Det har vært alt fra individuelle samtaler med enkelt personer, som jo opplagt har vært for **krigerske**, og gruppesamtaler med de som har vært involvert.*
- *Det har vært litt **gnisninger** i forhold til UBE og sånt. Der har det vært tradisjon for å operere mye for seg selv og holde seg litt for seg selv og sånn<sup>187</sup>*

Det er tydelig at feltfolket lar metaforene blomstre når de snakker om forholdet til de andre enhetene. Det gjelder både i kommunehelsetjenesten og på sykehuset. Det er i hovedsak to sett av metaforer som går igjen, krigsmetaforer og metaforer som understreker atskillelse. Om utsagnene er basert på egne erfaringer eller kulturbasert forståelse er ikke lett å vite. Uansett vitner de om sterke forestillinger og sterkt engasjement i forhold til de ”på den andre siden”. Det kommer til uttrykk i metaforer som fiender - som de kriger/ strider/ kjemper og forsvarer seg mot – som de går i strupen på, høgger til og tar piggene ut mot. Eller de lever i hver sine verdener - sitter på hver sin øy, innenfor vegger og bak murer. Men – uansett kamp eller isolasjon er de bundet sammen av pasientstrømmen, som på sykehuset daglig renner som en utfordringens flod mellom dem.

I dramaene som utspiller seg mellom enhetene er det i hovedsak to sett med aktører - pasienter og helsepersonell – som aktualiserer hver sin liminalitetsfunksjon. Analytisk

---

<sup>187</sup> Her er det mulig jeg har tatt med noen flere utsagn enn det som er presentert i kapittel 7 og 8. Jeg har hentet utsagnene fra bearbeidingsprosessen der jeg samlet alle metaforiske utsagnene i alle de avtalte samtalene.

representerer skillet mellom enhetene en overgang for pasientene og en grense for personalet. For pasientene på sykehuset er det ofte snakk om livsnødvendige grensepasseringer forbundet med usikkerhet og håp. En type overganger der de er fullstendig overlatt til andre, og der alt i prinsippet kan skje. Det kan dreie seg om overganger mellom sykdom og helse, liv og død. I kommunehelsetjenesten kan overgangen mellom hjemmetjeneste og sykehjem også ha samme betydning, men som regel med enklere dramaturgi. I kapittel 7.2 viser jeg hvordan bildet av sykehuspasienten endrer seg over enhetsgrensene. Hvordan hver enhet former pasienten i sitt bilde:

På sengeposten er ivaretagelse av pasientens behov – stell og mat, helhetlige kliniske vurderinger, klargjøring til og oppfølging av undersøkelse og behandling - det bærende prinsipp. Arbeidsidealet er at ”ting flyter”. Rutineoppgaver flyter sammen med individuell tilpasning av tiltak og pleie. Dilemma er at tidsfrister og høyt tempo marginaliserer helhetlig omsorg for pasienter med mer langsiktige pleiebehov. *Det er så høyt tempo at det er sjelden jeg føler jeg får tid til å ta meg av de pasientene på den måten det kanskje burde ha vært.*

Elektiv enhets grunnstruktur er formet av idealet om den serviceorienterte formidlingsentralen. Her er det klokken og rutinene som gjelder. Viktigste oppgave er å få pasientene – nybarberte, med veneflon og oppdatert journal – til UBE på oppsatte tider, og hente dem så snart de har vært igjennom prosedyrene der. *Det er veldig hektisk når de kjører på alle labene. Da går det i ett kjøp. Så det er mye rutinearbeid.* Samtidig skal de, i det heseblesende jaget mot klokken, se - og ivareta pasientene, og sørge for å få legene til å komme til utskrivningssamtale slik at pasientene kan rekke transporten hjem.

På labene for den invasive delen av UBEs virksomhet, er det prosedyrene – utstyrsintensivt medisinsk presisjonsarbeid – som er grunnmønsteret i aktiviteten. Avansert, effektiv og økonomistyrte produksjon på grensen mellom liv og død. Pasientens ve og vel skal ivaretas i et høyteknologisk laboratorium hvor praksis er formet av et instrumentalistisk biomedisinsk rasjonale. *Det er veldig teknisk. Noen ganger føler jeg at det er fabrikk. Pasientene kommer ferdig preparert, får gjort en reparasjon her, og ut igjen.*

Pulsslaget i overvåkningsenhetens praksis er ivaretagelsen av den kritiske syke, og det spesialutdannete personalets bevissthet om dette. Deres observasjoner, vurderinger og tiltak kan bety forskjellen på liv og død. Skjerpete pleierblikk fanger opp de minste forandringer i ustabile pasienttilstander, med god hjelp av avansert teknologi. All deres kompetanse er

innrettet på å takle det uforutsigbare og få satt i gang tiltak som avhjelper kritiske situasjoner. Pasientkontakten er det primære, teknologien har redskapsfunksjon. *Det er jo spesielt, for pasientene er jo veldig dårlige.*

I denne kortversjonen av sykehusenhetenes særtrekk aner vi hvordan oppgaver, kompetanse og ulik pasienttilnærming, i et stadig vekselspill, har formet enhetene som egne kulturer og gjort de som jobber der til kulturskapere og kulturbærere. Problemene oppstår når kulturenes virkelighetsforståelse generaliseres. Når det forventes at ”innbyggerne” i de andre enhetene bruker ens egen virkelighetsforståelse som tolkningsgrunnlag. Som når sengeposten ut fra sitt omsorgsperspektiv forventer at overvåkingen skal ta inn deres korridorpasienter, hvis det er ledige senger. Som når UBE blir utålmodig hvis Elektiv lar det gå noen minutter lenger enn forventet før de henter de ferdigbehandlede pasientene, og ikke har øye for at de på Elektiv løper beina av seg for å klargjøre nye pasienter til UBE, eller blir forsinket fordi de må takle uventete ting som skjer med pasienter midt oppe i de strømlinjeformete rutinene. Det er da man går på barrikadene og striden er i gang. Det er da skillene mellom enhetene blir grenser. Det er i et slikt virkelighetskonstituerende kulturperspektiv vi kan se enhetene som egne verdener og murer som reiser seg mellom dem. Barrierene kan med andre ord tolkes som varianter av Schutz’s meningsprovinser (1971), Batesons redundancy (1990), Foucaults ”medical gaze” (1993), Tord Larsens ”briller” (1999), Goods medisinske ”konstruktivisme” (1995) eller Bourdieus distinksjoner (1995).

I slike perspektiv kan vi se forholdet mellom enhetene som konflikt mellom ulike communitas, eller struktur versus antistruktur. Strukturer formet av de ulike virkelighetsforståelsenes kulturelle symboler, versus fellesskap der forskjellsskapende strukturer er konvertert til komplementaritet og gjensidig avhengighet. Turner bruker begrepene ”arena” og ”sosiale drama” om kulturelt – eller paradigmatisk – betingete konflikter.

”Arenas” are the concrete settings in which paradigms become transformed into metaphors and symbols with reference to which political power is mobilized and in which there is a trial of strengths between influential pradiymbearers. “Social dramas” represent the phased processes of their contestations (Turner 1996:17).

Her brukes begrepet ”arena” i sin opprinnelige betydning – kampplass.<sup>188</sup> Et begrep som gjerne kan brukes på grenseområdene mellom enhetene, både i kommunehelsetjenesten og på sykehuset. Sitatet fanger opp, og hjelper å sortere det som skjer rundt disse arenaene. Det viser hvordan en enhets paradigme i sammenstøtet med en annens, transformeres til

---

<sup>188</sup> Egentlig betyr arena sand, og refererer til den sanden som de gamle romerske kamplassene var dekket med.

metaforer, i situasjoner hvor åpen kamp bare i begrenset grad kan utkjempes. Men - kanskje bidrar disse metaforkampene også til å befeste de symbolene som opprettholder og forsterker de ulike paradigmene.

Hva så med ”sosiale drama”? Jo de er der, både som øyeblikksreaksjoner og prosesser. Som øyeblikksreaksjon i form av telefonhøggeri og økt spenning i forholdet mellom sengepost og overvåkning i historien om den ellefte pasienten (kapitel 7.2). Som stram ”maske”, vaktsoomt blick og kommentaren: *Da skal du vite at jeg er imot det*, da avdelingsleder på sykestua fortalte sin kollega i hjemmetjenesten om ”sin store plan” om samordning av turnusplanene de to stedene (kapitel 8.3). Disse beskrivelsene kan også ses som første del av et drama i flere akter, svarende til Turnes beskrivelse av sosiale endringsprosesser (kapitel 5.5). I første fase utvikler det seg en uenighet om verdier og regler: På sykehuset: ”Skal overvåkningen være akuttavdeling eller sengepost?” I kommunen: ”Bruker/pasient eller økonomiperspektiv?” ”Færre hender og mer trygghet til brukere/pasienter eller ressursbesparelse og budsjettkontroll til kommuneledelsen?” Hvis dramaet får utvikle seg til neste akt, vil det kunne representere et kritisk vippepunkt mellom brudd og forsoning. Ingen av alternativene synes å være aktuelle i denne avhandlingens ”oppsetninger”. Konfliktene i eksemplene er mellom to likeverdige enheter som har de mest grunnleggende verdiene felles - ivaretagelse av pasienten/brukeren - selv om de flagger hver sine virkelighetsforståelser og symboler. Derfor er brudd mellom dem – utover den paradigmatisk avstanden som allerede er der - utelukket. Skjønt noen av prosessene i kommunehelsetjenesten endte faktisk i brudd: skrinleggingen av ideen om felles turnusplan, nedlegging av rehabiliteringsteamet – og - intensjonen om møter for felles vurdering av akuttinnleggelsler på sykestua, som aldri ble mer enn en intensjon. Tredje aktens reparasjons tema syntes derimot å være en gjenganger. Oftest som repeterende punkt på dagsorden i ulike møter slik det er vist i kapitel 7.2 og 3 og 8.3. Det er for så vidt greit nok - gitt konteksten – at fjerde akt da ikke spilles. Verken endelig brudd eller evig forsoning synes ut fra mine erfaringer å være realistiske utfall.

I dette avsnittet har jeg sett på samarbeid mellom helsepersonell innad i de enkelte enhetene og over strukturskaptene grenser. Førstnevnte er eksempel på samarbeid mellom representanter fra ulike helseprofesjoner og kjennetegnes av felleskapsansvar og komplementaritet i pasientrettet arbeid. De fungerer som *communitas* og representerer antistruktur. Sistnevnte er eksempel på hvordan representanter fra samme profesjon – hovedsakelig pleiere – har problemer med å samarbeide over enhetsgrensene. Dette kan tolkes som uttrykk for møte mellom forforståelser og symbolske handlinger med ulik paradigmatisk forankring.

Helsepersonellens egne forestillinger om profesjonsbarrierer - til tross for godt samarbeid "over dem" - har jeg prøvd å finne mening i ved å trekke linjer til profesjonssosiologisk teori og fagforeningsledet kamp om lederposisjoner. I neste avsnitt belyses disse motivene fra litt andre synsvinkler

## **9.2 Metaforer og bokstavelighet i norsk helsetjeneste**

Under gjennomlesningen av de transkriberte samtaler ble jeg fasinert av det metaforiske skråblikket som en av legene hadde på norsk helsetjeneste. Ved hjelp av metaforer fortalte han kort og presist om hvordan han opplevde helsetjenestereformene på 1990 og 2000-tallet. De som jeg beskrev ved hjelp av offentlige dokumenter i kapittel 2.4. Jeg gjorde følgende lille eksperiment: trakk ut alle metaforene i den rekkefølgen de kom, og skrev en ny analyserende variant av historien om reformene. Metaforene var: "et firehodet troll", "angriper", "melder seg helt ut", "Svarteper", "reise i vilden sky", "sikkerhetsventil", "konkurransen", "gire opp", "lønne seg", "takster som ruller og går", "inntjeningssevne" og "takstsystemet". Her er mine refleksjoner over legens ordbruk:

Bruken av metaforer i beskrivelsen av helsereformene, skjærer oppmerksomheten og bidrar til å løfte fram forhold som gjør at jeg ser nye ting: Ved å presentere de helsepolitiske kravene til sykehuset som **et firehodet troll** som **angriper**, får legen frem at det er spesielt fire av endringene som er iverksatt de senere årene, som har stor innvirkning på det som skjer i sykehusene. Ved å bruke trollmetaforen gir han også inntrykk av at det dreier seg om voldsomme, eller kanskje heller skremmende formative inngrep i sykehusenes virksomhet. Metaforen **å melde seg helt ut**, om departementets forhold til det som skjer i helseforetakene etter at reformene ble iverksatt, gir inntrykk av ansvarsfraskrivelse. Sykehusene etterlates i en verre posisjon enn da fylkeskommunen hadde ansvaret. Det siste beskrives ved hjelp av **Svartepermetaforen**. Når legen beskriver hvordan ordningen med fritt sykehusvalg virker, bruker han begrepet **å reise i vilden sky** – et begrep som i mitt vokabular beskriver forbruker bedre enn pasient. Ved å si at denne ordningen som var ment som **en liten sikkerhetsventil er blitt veldig stor** – mye større enn det den skulle avlaste, forsterkes inntrykket av at markedskreftene har invadert helsetjenesten. Noe som også bekreftes gjennom metaforene han bruker for å beskrive det nye finansieringssystemet: **konkurransen** med sykehusene sørpå, som går etter **takstene**, og dermed tvinger de oss nordpå til å **gire opp** aktiviteten for ikke å bli **utkonkurrert**. Legen forteller om hvordan tanken om at det skal **lønne seg** i kroner og øre, siver inn i systemet. Det er viktig å få **takster som ruller og går** og sørger for at **inntjeningssevnen** holdes på et nivå som er akseptabelt. Og - han ser den faren som ligger i at dette skal overta for de faglige vurderingene – slik at man sjekker med **takstsystemet** om hva som **lønner seg** før man setter i gang tiltak. Legen forteller at han er kritisk til og bekymret for denne takststyringen av helsetjenesten, og mener at det har alvorlige prioriteringsetiske implikasjoner, en "kjepphest" han har ridd i mange sammenhenger.<sup>189</sup>

Også nå, når jeg henter opp igjen disse refleksjonene slår det meg hvor talende metaforene er. I denne lille analysen har jeg tatt metaforene fra en setningssammenheng og plassert dem i en ny. Riktignok har jeg både hørt og sett de setningene metaforene er hentet fra, men det

---

<sup>189</sup> Under bearbeidingen av metaforene laget jeg tre lengre notat hvor jeg kontekstualiserte dem på ulike måter. Denne refleksjonen er hentet fra det første metafornotatet side 67.



viktigste grunnlaget for å kunne gjenfortelle dem på denne måten er kjennskapet mitt til den konteksten de refererer til – metaforenes ”thusness” og ”thereness”,<sup>190</sup> og den konteksten de plasseres inn i. Når jeg skriver det slik er det for å peke på metaforenes triple forankring: i praksis og erfaring på den ene siden, og begreper fra to erfaringsområder på den andre. Metaforen dannes når et bokstavelig begrep flyttes til et nytt erfaringsområde. Grunnlaget for denne meningsskapende forflytningen er at ”alle erfaringer finner sted innenfor en enorm ramme av kulturelle forutsetninger ... når vi erfarer vår ’verden’, er vår kultur allerede til stede i selve erfaringen” (Lakoff og Johnson 2003:58), og all erfaring er formidlet. Men hva skjer om metaforen tar sin opprinnelige referanseramme med inn i den nye konteksten?

### **Metaforen som ble bokstavelig**

”Produksjon” er et ektefødt barn av industri og marked og bærer av den ideologien som har skapt og opprettholder dette samfunnsfeltet. ”Produksjon”, av det latinske ”producere” – ”frembringe” - er et begrep som endret den vestlige verden. Ved å endre måten å frembringe varer på, endret også samfunnet seg, og selve produksjonsbegrepet fikk sin viktigste referanse i industri og handel. Den styringsideologien som nasjonsbyggerne etablerte på midten av 1800-tallet<sup>191</sup> – økonomisk markedsliberalisme kombinert med sterk statlig styring – har befestet markedet som referanseramme for produksjonsbegrepet. Overført til helsesektoren hvor virksomheten tradisjonelt har vært beskrevet gjennom begreper som ”omsorg”, ”pleie” ”undersøkelse” og ”behandling”, bør ”produksjon” oppfylle den viktigste grunnregelen i metaforteorien. Men aha-opplevelsen uteblir. Begrepet gir ingen ny forståelse. Det har mistet sin kraft som metafor og synes i stedet å ha funnet sin plass blant begrepene som beskriver aktiviteten ved dagens sykehus. I refleksjonene mine over legens metaforbaserte beskrivelse av de siste ti-årenes utvikling i norsk helsetjeneste tolket jeg ”takster som ruller og går”, ”inntjeningsvevne”, ”sjekker med takstsystemet” og ”lønner seg” som metaforer. Denne samtalen fant sted helt i innledningen til feltarbeidet på sykehuset. Etter som jeg ble bedre kjent med sykehushverdagen og feltfolkets språk, ble jeg usikker på hvor metaforiske disse begrepene var. Jeg tar med et knippe utsagn for å vurdere om det dreier seg om bokstavelig eller metaforisk tale.

- *Og vi har en pågående kamp der de **vil øke produktiviteten** med å øke våres arbeidstid, men de klarer ikke å få sykehusledelsen med på å gi oss mer lønn. Og mot det protesterer vi.*
- *Noen ganger så føler jeg at det er en **fabrikk**. Pasientene kommer ferdig preparert, får gjort en **reparasjon** her, og ut igjen*

---

<sup>190</sup> Turner bruker disse begrepene om grunnlaget for metaforene (Turner 1996:50-1).

<sup>191</sup> Se kapittel 2.1

- Også går jeg bort til den som kommer ny og sier ”velkommen hit, kan du vente et par minutter så skal jeg legge frem utstyr til deg”, og da sier de ofte: ”**ja, det går på løpebånd her**”
- De trenger nærhet og kjærlighet. Det holder vi på å utvikle oss bort i fra. Dette går så fort at vi kan se **pengene mellom hjulene når det suser forbi.**
- Men jeg vet jo, de [UBE] har ekstremt – altså – **samlebånd.** De forteller at de faktisk kan sende en pasient tilbake igjen hvis han ikke har veneflon klar
- Men allikevel den der **følelsen av å være en liten brikke i et stort system,** det er ikke lenger hva du som individ presterer eller syns og føler. Det er liksom mer – **bare produksjonen går og pengene kommer inn** og –
- Jeg har aldri følt at jobben min har vært truet, men, man tenker jo sånn, altså, etter at vi ble et A/S, etter at vi ble helt statlig
- Det er jo en av de tingene som de mener det **skal tjenes penger på,** og som er en spesialgren som andre sykehus er ute etter
- Det er ikke så lett å få **produksjon** og alle de andre tingene til å gå opp.
- Å legge planer [for avdelingen] er vanskelig. Det blir: **produsere, produsere, produsere.**
- Også må man prøve å gi litt ordentlig til hver pasient – og ikke glemme individet oppi det hele, for det er jo **en fabrikk** nesten, det her.
- Bare **konkurransen** med disse her sørpå, med fritt sykehusvalg, de går jo etter **takstene** og da må faktisk vi **gire opp** vår aktivitet slik at vi ikke blir fullstendig **utkonkurrert.**
- Nei, det er jo **produksjon** vi driver, men det er jo ikke det samme som å **produsere** hermetikk – det er en veldig annen form for **produksjon.** Vi **produserer jo prosedyrer,** det gjør vi altså. Det er klart at en god del av virksomheten vår er **samlebåndspreget,** men det er jo en ganske fin måte å organisere det på, i og med at en del av funksjonene er så spesialisert at vi kan ikke rotere så mye på det. Så jeg syns det er greit å snakke om **produksjon.**

Ser vi på konteksten til de uthevede ordene virker det som de fleste skal tas bokstavelig. Det siste sitatet bekrefter langt på vei dette. Og - det igjen bekrefter at ”produksjon” har opphørt å eksistere som metafor. Nå er det ikke lenger snakk om forflytningsbasert forståelse, men om at metaforen har tatt med sin opprinnelige referanseramme fra industri og marked inn i helsetjenesten og fungerer som et virkelighetsskapende symbol der. Hvilke implikasjoner har så det å forstå sykehusets virksomhet ved hjelp av industriens og markedets grunnbegrep?<sup>192</sup> Er det bare en naturlig konsekvens av en rivende medisinskteknologisk utvikling, som gjør behandling av syke mennesker til fininnstilt mekanikk? Er det et politisk grep for å gjøre helsepersonell mer samfunnsøkonomisk ansvarlig? Hva betyr markedsorienteringen for pasienten og helsevesenets forhold til syke mennesker? Mye av den samfunnskritiske analysen av utviklingen i norsk helsevesen, som ble presentert i kapittel 2.4, er viet konsekvensene av at grensene mellom omsorgssektor og markedssektor er i ferd med å viskes bort. Dette kommer jeg tilbake til i avslutningskapitlet.

## Prosedyrer – felles og differensierende symbol

I dagens sykehus er prosedyre et begrep som beskriver og former hverdagen. For personale er det et begrep de lever etter (Lakoff og Johnson 2003:7). ”Prosedyre” kommer opprinnelig fra

---

<sup>192</sup> Fra sine undersøkelser i norske sykehus viser Haukelien også hvordan produksjonsspråket har inntatt helsetjenesten og bidrar til å forme virkelighetsforståelsen der (Haukelien 2003).

rettsvesenet. Betegnelsen brukes spesielt om den avsluttende argumentasjonen fra begge parter før en sak tas opp til dom. Selve ordet har sin opprinnelse i det latinske "prosedere" som betyr å skride frem. I ordbøker oversettes det til "fremgangsmåte".

Som beskrevet i kapitel 7 representerer prosedyrene på mange måter sykehusets tidsregning og indre drivkrefter. Når jeg nå skal prøve å få frem bilder av forholdet mellom enhetene i prosedyreperspektiv, er det nettopp de kulturelle dimensjonene av deres virkelighetskonstituerende potensial jeg vil fokusere. Ortner sier det slik: "Root metaphors, by establishing a certain view of the world, implicitly suggest certain valid and effective ways of acting upon it" (Ortner 1973:1342). Handlingsimperativet er implisitt i prosedyrebegrepet. Men, som Ortner antyder, er handlinger kulturskapt og kulturskapende uttrykk - formet av og formende på – den kulturen de er en del av. Dette er også Swidlers utgangspunkt, men hun har en litt annen innfallsvinkel. For det første ser hun på kultur som en redskapskasse med symboler – begreper, historier, virkelighetsforståelse og handlinger - "which people may use in varying configurations to solve different kinds of problems" (Swidler 1986:273). Kulturanalyse bør derfor være rettet mot "'strategies of action,' persistent ways of ordering action through time" (ibid), og fokusere på "cultural components that are used to construct strategies of action" (ibid).

Hvis vi plasserer de fire enhetene på Avdelingen i Swidlers modell, ser vi at de har ulike oppgaver å løse. Dette former i stor grad de strategiene som utvikles. Disse forsterkes gjennom daglig praksis, ikke bare som pasientrettete prosedyrer, men også som enhetenes særtrekk og kulturelle uttrykk. Med andre ord, i de prosedyrene som praktiseres dag inn og dag ut av enhetenes tverrfaglige fellesskap ligger grunnlaget for å snakke om sengeposten, Elektiv, OVE og UBE som egne kulturer. Dermed fremstår sykehusets kanskje mest generelle kjennetegn – prosedyrene – også som de mest potente forskjellsskaperne. I det daglige fungerer de som grenselinjer mellom "oss" og "dere", der sykepleiere på hver side av grensen ofte har problemer med å forstå hverandre, og der forestillinger og antakelser om hverandres *communitas* gror frem og får metaforene til å blomstre. Dette er ikke det mest problematiske. Atskillig verre er det at grensene også blir potensielle hindre for den flyten som er helsearbeidets kvalitetsstempel. Ikke bare i forhold til det praktiske arbeidet med oppgaver som skal løses og tider som skal overholdes, men også i forhold til vurdering av pasienter, slik det beskrives i kapitel 7.3. De ulike prosedyrebaserte enhetskulturene kan også ses som en naturlig følge av de oppdelende og spesialiserende drivkreftene som ligger implisitt i den ideologien som har formet norsk helsetjeneste (kapitel 2.1). Det er her vi finner de

grunnleggende komponentene i helsetjenestens prosedyrer, og det er i deres differensierende og spesifiserende drivkrefter vi bør lete etter grunnlaget for samarbeidshindrende barrierer i helsetjenesten. Hvis dette er riktig må regjeringens satsing på samarbeidslæring i utdanningen for å styrke kvalitet og helhetstenkning i helsetjenesten, kunne kalles en skivebom.

Arbeidet med “metaformaterialet” har vært interessant. Det har åpnet for innsikter men også skapt forvirring. Som nevnt ble grensene mellom den metaforiske og bokstavelige betydningen, spesielt av de markedsrettete begrepene, stadig mer flytende etter hvert som jeg lærte sykehusets virkelighet bedre å kjenne. Både produksjon og prosedyre har mistet sin metaforkraft fordi dagens helsetjeneste i økende grad formes av den samme rasjonaliteten som disse begrepene er vokst ut av. Er det da noe metaforisk igjen? Ja, jeg mener det.

### **Helsetjenestens rotmetaforer / nøkkelsymboler**

Utgangspunktet for dette avsnittet er en oppfatning av at enhver kultur har noen nøkkelementer som er sentrale for dets organisering. Dette er symboler - symbolske enheter eller handlinger - med stort meningsgenererende potensial. Det er også Turners utgangspunkt. I sine studier av ritualer hos Ndembu-folket kalte han de først ”dominerende symboler” (1970), men bruker ”rot paradigme” og ”rot metafor” i senere tekster om symboler og symbolsk atferd i moderne samfunn (1996). Ortner bruker begrepet ”Key symbols” i overskriften til en av artiklene sine, men er også innom rotmetaforbegrepet i teksten (1973).

I kapittel 5.3 tok jeg opp Ortner analytiske skille mellom oppsummerende (summarizing) og utdypende (elaborating) symboler. Sistnevntes funksjon er å bidra til å sortere komplekse og udifferensierte følelser og ideer slik at de blir mer forståelige (Ortner 1973:1340).

Rotmetafor<sup>193</sup> er en type utdypende symboler med spesiell evne til å løfte frem sentrale trekk i kulturen:

... and indeed in this realm the basic mechanism is the metaphor. It is felt in the culture that many aspects of experience can be linked to, and illuminated by the comparison with the symbol itself ... we may say that the root metaphor formulates the unity of cultural orientation underlying many aspects of experience, by virtue of the fact that those many aspects of experience can be linked to it (Ortner 1973:1340).

Turner knytter forbindelsen mellom liminalitet/antistruktur og rotmetaforer. Han argumenterer for å se strukturer som grenser, ikke som utgangspunkt, hvis vi søker svar på spørsmål om hvordan ting utvikler seg.

---

<sup>193</sup> Selve rotmetaforbegrepet tilskriver Ortner, Stephen Pepper (1942).

The components of what I have called anti-structure, such as *communitas* and liminality, are the conditions for the production of root metaphors, conceptual archetypes, paradigms, model for, and the rest. Root metaphors have a "thusness" or "thereness" from which many subsequent structures may be "unpacked" ... For metaphors share one of the properties I have attributed to symbols. ... (Turner 1996:50-1).

Turner knytter her en forbindelse mellom anti-struktur og rotmetaforer. Er det uttrykk for at metafordannelser bare kan skje fra posisjoner som er betwixt and between det strukturerte samfunnet? Er det bare reelle felleskap som har nødvendig kreativitet til å dobbelfokusere på samfunnets strukturer? Eller kanskje trengs en kombinasjon for å skarpstille "skråblikket" slik at det fanger riktig "thusness" og "thereness"? Det er flertydigheten eller polariteten som ligger implisitt i symboler og metaforer jeg håper å få frem i presentasjonen av de to rotmetaforene jeg mener kan hjelpe oss å forstå norsk sykehustjeneste.

Jorunn Solheim, som har gjort mange studier om kroppens metaforikk er opptatt av å forstå hvilke forestillinger som kan ha grunnleggende betydning for samfunns meningsdannelse. Hun "forsøker å forstå den kroppslige 'erfaringsverden' som noe som selv er formidlet gjennom et sett av symbolske forestillinger, og forsøker å vise hvordan denne 'symbolske orden' er basert på en spesiell form for meningskonstruksjon" (Solheim:1998:12). I vår kultur mener hun at det kvinnelige - mer konkret den åpne kvinnekroppen - er en slik meningskonstruksjon. Hvilke symboler eller metaforer er bærere av særtrekkene i norsk sykehustjeneste? Hvilke er det som har rotmetaforens eller nøkkelsymbollets evne til å samle ulike erfaringsdimensjoner og skape forståelse, slik Ortner forutsetter? Jeg har blitt stående ved to: "DRG-systemet" og "pasienten". Men kan dette kalles metaforer? Er ikke dette bokstavelige og konkrete begrep med klare referanserammer? Det er verd å undersøke.

## **DRG-systemet**

I analytisk arbeid med metaforer anbefaler Turner å sjekke ut begrepenes opprinnelige betydning - når og i hvilken sammenheng de oppsto. Det kan hjelpe å synliggjøre begrepenes implisitte tvetydighet (Turner 1996:51). Jeg følger det rådet.

Diagnoserelaterte grupper ble introdusert i St.meld. nr.50 (1993-94) som ledd i satsingen på sterkere mål- og resultatstyring i helsevesenet. Som beskrevet i kapitel 2.4 er DRG et klassifikasjonssystem som skal danne grunnlag for innføring av en ny innsatsstyrt finansiering (ISF) av sykehusene. Ti år senere, gjennom St.meld. nr.5 (2003-2004) *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*, ble klassifikasjonssystemet prissatt og innført. Prinsippet er, som kjent at pasienter samles ut fra kriteriene diagnose og behandling i "tilnærmet homogene"

grupper. Disse får en pris basert på ”det relative ressursforbruk for pasientgruppen i forhold til gjennomsnittet for alle pasienter” som det heter i beskrivelsen av DRG-systemet.

Spørsmålene fra forrige avsnitt om markedsbegrepenes status i helsevesenet – metaforer eller bokstavelige – får svar her. I DRG-systemet smeltes helsetjenestens hovedsymbol – pasienten - sammen med markedets – økonomien - ved at pasienter konverteres til klingende mynt. Det burde vel gjøre DRG-systemet til den ultimate metafor? Eller kanskje heller symbol for spesialisthelsetjenestens tvetydighet. Tvetydigheten gjenspeiles i feltfolkets kommentarer:

- *Nei, for systemet er jo sånn at sykehuset må få pasienter som kan gi **kroner i kassen***
- *Det var møte her i går om hvordan man **skal sette takster** – hvordan en pasient med en sykdom skal **kodes** for at det skal **gi maks uttelling** i forhold til trygdeetaten. For at vi skal bevise at vi gjør noe, så må vi **kode rett**, sånn at vi får mer **penger**, at vi får bevist at vi gjør noe, da får vi flere stillinger.*
- *Men vi blir jo ikke flere av at vi **tjener inn**, for det blir **alltid manko**. Jeg mener **inntjening** er jo i kraft av DRG-systemet, og **prioritetshonorering**, men, man må jo se på – det er jo **en vekt med to skåler** – og jeg er ikke sikker på at den harmonien er slik som den burde være.*
- *Også når det gjelder **butikken** – hvordan det skal honoreres, har man vel vært opptatt av å lage systemer som gjør at helsevesenet på en måte skal være interessert i pasientene.*
- *Nei det er jo slik at aktiviteten innenfor UBE er enormt viktig. Det er **stor produksjon** og det er høy kvalitet, så det er ikke noen negativ beskrivelse av det som foregår*
- *Vi blir påvirket alle sammen av **at noe lønner seg, og noe lønner seg ikke**. Så det blir jo mer et prioriteringsetisk problem.*
- *Nå kan det hende at administrasjonen er litt snill med oss, for vi har **takster som ruller og går**, i motsetning til visse andre, så vår **inntjenings evne** har jo vært relativt bra. Men, det andre nivået er jo om våre beslutninger internt i avdelingen påvirkes av kunnskap **om hva vi tjener**, det tror jeg det er lite av, men det kan nok hende.*
- *Ja, det som ligger som en fare i dette her er at vi begynner å **sjekke med takstsystemet** hva som **lønner seg**, og at vi gjør ting i henhold til det.*
- *Det går jo mer eller mindre **automatisk**, også sitter det noen og passer på, ja sjekker opp at det går riktig for seg, og særlig alle de som ikke får noe særlig DRG, og **som ikke genererer noe inntekt**, de får vi jo i retur og må sjekke igjen, å gå igjennom igjen. Det er veldig masete.*
- *Nei, **de der markedskreftene** og den økonomien er jeg meget bekymret for. Vi skal faktisk **tjene penger** på å drive sykehus. Jeg syns jo det er forferdelig at vi skal **tjene penger** på syke mennesker*

Flere av disse utsagnene kan tolkes som om DRG-systemets tvetydighet kan ha betydning i forhold til vurdering av tiltak for pasientene, og skape etiske dilemmaer. Satt på spissen: pasientens potensielle helsegevinst, eller sykehusets økonomi? I kapittel 2.4 viser jeg hvordan samfunnsvitere har grepet fatt i dette dilemma og definert det som grunnlag for en potensiell tillitskrise mellom pasienter/befolkning og helsetjeneste/helsepersonell (Haukelien 2003, Lian 1999, 2003, Vike 2004). Som vi så i kapittel 7.7 har DRG-systemet også potensial til å skape motsetninger mellom legene på Avdelingen, fordi inntjeningen hovedsakelig er knyttet til en av enhetene – UBE. Riktignok er det krevende teknisk og teknologisk presisjonsarbeid som foregår her. Men det hadde vært umulig for UBE-legene å gjøre jobben hvis ikke det var et stort apparat av leger og pleiere i sving på Elektiv, sengepost og OVE, for å klargjøre og

etterbehandle pasientene. Allikevel gir UBE-legenes aktivitet atskillig større uttelling både på DRG-taksameteret og i det interne lønnsystemet. På sett og vis er det en slags indre, men foruroligende logikk i at den mest teknifiserte enheten, med prosedyrer som ligner mest på industrielle produksjonssystemer - der ansatte bruker begreper som “fabrikk” og “samlebånd” om arbeidsplass og jobb - er den som kommer best ut i forhold til DRG-systemet. Aktiviteten i de andre enhetene hvor pleierne løper beina av seg for å få pasienter til UBE i tide og leger utreder og følger opp pasienter i begge ender av UBE-besøket, er mindre synlig på sykehusets markeds plass. Denne plassen er for kunder. Sistnevnte understrekes bl.a. gjennom ordningen med fritt sykehusvalg. Hvor hører da pasienten hjemme?

## **Pasienten**

I analysene så langt har pasienten eller brukeren av helsetjenester vært en mer eller mindre tydelig tredje person, i ulike fremtoninger, med et visst potensial til å skape forståelse for samarbeidsrelasjoner. I dette avsnittet settes pasienten i fokus, med Ortners symbolteori som lyskaster. I kapittel 5.3 brukte jeg hennes konsept om summative symboler for å prøve å forstå Felleskursets tvetydighet: Insisteringen på at kurset var viktig selv om det var helt bortkastet. Ved å se samarbeid som et summativt symbol fikk denne selvmotsigelsen mening. Spesielt når den ble knyttet opp mot Foucaults regjeringmaktperspektiv.

I presentasjonen av feltmaterialet har pasienten vært viktig, men ikke i kraft av sin entydighet, snarere tvert i mot. Det er det motsetningsfylte og flertydige som gjør pasienten spesielt interessant. I beskrivelsen av ”symbol” i kapittel 5.3, ble det nettopp lagt vekt på symbolets flertydighet og dets kontekststøtthengige tolkningsgrunnlag. Er det mulig å komme nærmere en forståelse av pasientens betydning for samarbeid ved å se den som symbol?

Ortners ”elaborating symbols” - utdypende symboler - er egnet til å fange opp komplekse og udifferensierte sosiokulturelle forhold og erfaringer. De utdypende symbolene har viktige funksjoner som analytiske redskaper, ved å løfte frem virkelighetskonstituerende strukturer i sosiale system (Ortner 1973). Dette understrekes av at de gis status som kulturelle nøkkelsymbol (ibid:1339) med to gjensidig utfyllende virkningsmåter.

They may have primarily conceptual elaborating power, that is, they are valued as a source of categories for conceptualizing the order of the world. Or they may have primarily action elaborating power; that is, they are valued as implying mechanisms of successful action. These two modes reflect what I see as the two basic and of course interrelated functions of culture in general: to provide for its members “orientations”, i.e., cognitive and effective categories; and “strategies”, i.e., programs for orderly social action to culturally defined goals. (Ortner 1973:1340).

Swidler er også opptatt av nøkkelsymbolers handlingsorientering. ”The significance of specific cultural symbols can be understood only in relation to the strategies of action they sustain” (Swidler 1986:283). Gjennom feltarbeid og bearbeiding av materialet har jeg kommet til å se på pasienten (eller brukeren) som helsetjenestens nøkkelsymbol - et mangetydig symbol, som gir opphav til ulike handlingsstrategier.

Første dagen på Avdelingens fagseminar møtte jeg pasienten som handlingsorienterende metafor. Som nevnt beskrev avdelingsoverlegen Avdelingens visjon på følgende måte: *Kundemodellen er ikke den riktige for oss. Det er modellen av den barmhjertige samaritan som gjelder. Vi skal verne menneskers helse, helbrede, lindre og trøste, hjelpe pasientene å gjenvinne helse og opprettholde den.* Dette bildet av pasienten kontrasteres av følgende uttalelse fra tidligere sosialminister Tove Strand Gerhardsen. ”Sykehus bør styres som private bedrifter” (Aftenposten 15.2.86).

Å se pasienten som utdypende symbol gir mulighet til å få frem det mangfold av meninger som den er bærer av. I praksisfeltet - både i kommunehelsetjenesten og på sykehuset - opplevde jeg pasienten/brukeren som et tvetydig symbol. I de kommunale planene som mål om trygghet, verdighet og livskvalitet for den enkelte - i en helhetlig og samordnet pleie- og omsorgstjeneste. Til daglig - i den ”segregerte” tjenesten - som ”deres” og ”våre” brukere/pasienter, der utrygghet hos en dement kvinne i hjemmetjenesten ikke talte som grunnlag for å få korttids plass på sykestua. I sykehusets målsetting hvor pasienten i ett og alt skal være *den første* - som skal ivaretas gjennom godt samarbeid. I det daglige som et nummer i sengerekken utenfor de invasive laboratoriene på UBE og som et fremmedelement på OVE, hvis ikke tilstanden er akutt eller alvorlig nok. Pasientene som strømmet gjennom de forskjellige enhetene på sykehuset ble innad i hver enhet behandlet situasjonsorientert, som medmennesker med plager de trengte hjelp for. Ved grensepassering antok de symbolfunksjon med trekk som hadde ulik betydning for enhetene på hver side av grensen. På teoriplan som objektivert, redusert, generalisert og avhumanisert objekt og symbol for medisinsk kunnskapsutvikling. I helsepolitiske dokumenter som idealisert, normskapende, følende og hjelpetrengende symbol. I den realpolitiske hverdagen som DRG-poeng, ”klingende mynt”, og kunde i et produksjonssystem organisert i tråd med bedriftsøkonomiske prinsipper.

I *en* sammenheng fungerte imidlertid pasienten som et mer helhetlig, konsistent og samlende konseptuelt symbol med sterk handlingsorientering - i forhold til samarbeid mellom helsepersonell. I Stortingsmelding 41 (1987-88) fremstår pasienten - ut fra meldingens



kontekst - som et overbevisende og entydig mål og en sterk begrunnelse for mer helhetlig og samarbeidsorientert helsepersonellutdanning. I evalueringene av Felleskurset var det ideen om ”samarbeid til pasientens beste” som gjorde at studentene tviholdt på kurset, selv om det ut fra de fleste andre vurderinger burde nedlegges. *Vi er enige om at tankene bak kurset absolutt er viktige.* Når tidligere felleskursdeltakere i fokusgruppene møtte igjen kursets mål om å få en felles bakgrunn for å være helsearbeider, var det bare *en* måte det kunne forstås på: *Grunnen til at vi kom i mål, var at vi hadde denne pasienten. Han ga oss en felles bakgrunn. Det var det som gjorde at vi følte oss som helsearbeidere.*

I helsetjenesten var samarbeidet mellom helsepersonellgruppene stort sett utelukkende pasientrettet. Det var preget av kompetansebasert arbeidsdeling med varierende grad av komplementær og hierarkisk organisering. I flerfaglige kliniske kontekster fremstår altså pasienten som ”naturlig” utgangspunkt for samarbeid mellom ulike yrkesgrupper, slik vi har sett Måseide slår fast:

In order to accomplish medical duties, cooperation is required between different persons and representatives of diverse occupational groups (1987:328). The participating individuals do not see themselves as forced into adequate cooperation. They cooperate adequately with respect to reality construction because they find such forms of behavior to be reasonable, necessary, or natural (ibid: 358).

Den flertydigheten som fremkommer ved å analysere pasienten som et utdypende symbol i helsetjenesten, synes altså å forsvinne i helsepersonells møte med den enkelte hjelpetrengende pasient. Ja ikke bare det, i dette konkrete møtet konstitueres også pasienten som et symbol for samarbeid mellom helsepersonell. I dette møtet endres pasientens symbolfunksjon fra å være utdypende og flertydig til å bli oppsummerende i betydningen samlende. Et symbol som ”operate[s] to compound and synthesize a complex system of ideas, to summarize them under a unitary form” (Ortner1973:1340). Denne enhetlige formen er samarbeidets utgangspunkt, begrunnelse og mål. I møte med pasienten blir samarbeid ikke bare ”reasonable, necessary, or natural”, det blir den egentlige meningen med at det utdannes helsepersonell med ulike kvalifikasjoner. Som legen i fokusgruppene kommenterte da de diskuterte felleskursets mål om å gi studentene en felles bakgrunn for å være helsearbeider: *En felles plattform må jo være at det åpner for å gjøre noe for pasientene. Det er de vi skal hjelpe. Altså, hadde det ikke vært for pasienter så hadde ikke vi vært der, og det er på en måte det som er felles, at man skal gjøre ting best mulig for dem man hjelper.*

Dette sitatet tar oss tilbake til utgangspunktet for hele prosjektet – felles utdanningsopplegg for bedre samarbeid mellom yrkesgruppene i helsetjenesten. Gjennom beskrivelser og

analyser har jeg forsøkt å formidle mine erfaringer om reelt og nødvendig samarbeid mellom yrkesgrupper i helsetjenesten. Hvilket indikerer at det samarbeidet som regjeringen ville få til gjennom utdanning, allerede er der – i det daglige arbeidet med pasienter og brukere. Det er der i kraft av helsetjenestens i innebygde logikk: På den ene siden det samfunnsansvaret som ligger i vår humanistiske arv, om å ivareta syke og hjelpetrequende. På den andre siden den medisinske reduksjonismens fragmenterende logikk som har gjort ivaretagelsen av syke mennesker til et samarbeidsprosjekt for spesialister.

Samtidig lever forestillingen om barrierer mellom profesjonene videre, også blant helsepersonell som mangler dokumentasjon i egen empiri. For å forstå dette har jeg trukket linjer til profesjonssosiologisk teori og kampen om lederposisjonene ved Regionsykehuset i Tromsø, anført av Sykepleierforbundet og Legeforeningen. I neste avnitt vil jeg se på forholdet mellom gruppene sykepleiere, leger og fagforeninger i forhold til den kulturelle logikken – ”cultural bias” - som hver av gruppene bærer med seg.

### **9.3 Samarbeidets koordinater**

Med denne overskriften henter jeg opp igjen Mary Douglas’ grid-group-modell som ble presentert i kapitel 5.4<sup>194</sup> Koordinatsystemet er altså utviklet for å analysere individuelle handlingsvalg i forhold til to sosiale dimensjoner. ”One is order, classification, the symbolic system. The other is pressure, the experience of having no option but consent to the overwhelming demands of other people” (Douglas 1996b:58). Førstnevnte er plassert langs den vertikale aksene – griddimensjonen – og kan ses som ”cultural bias” (Douglas 1979). ”[T]he overall articulation of the categories which constitute a world view ... a system of classification as one social dimension in which any individual must find himself” (Douglas 1996b:58,59). Grid sier altså noe om i hvilken grad kulturens nettverk av meningsstrukturer – klassifikasjons- og kontrollsystermer – former virkelighet og virkelighetsforståelse, og påvirker individets valgmuligheter. Mot øvre del av aksene er strukturtettheten høy, hvilket vil si at individets handlingsvalg og interaksjon med hverandre i stor grad er begrenset av institusjonaliserte konvensjoner (Douglas 1979:8).

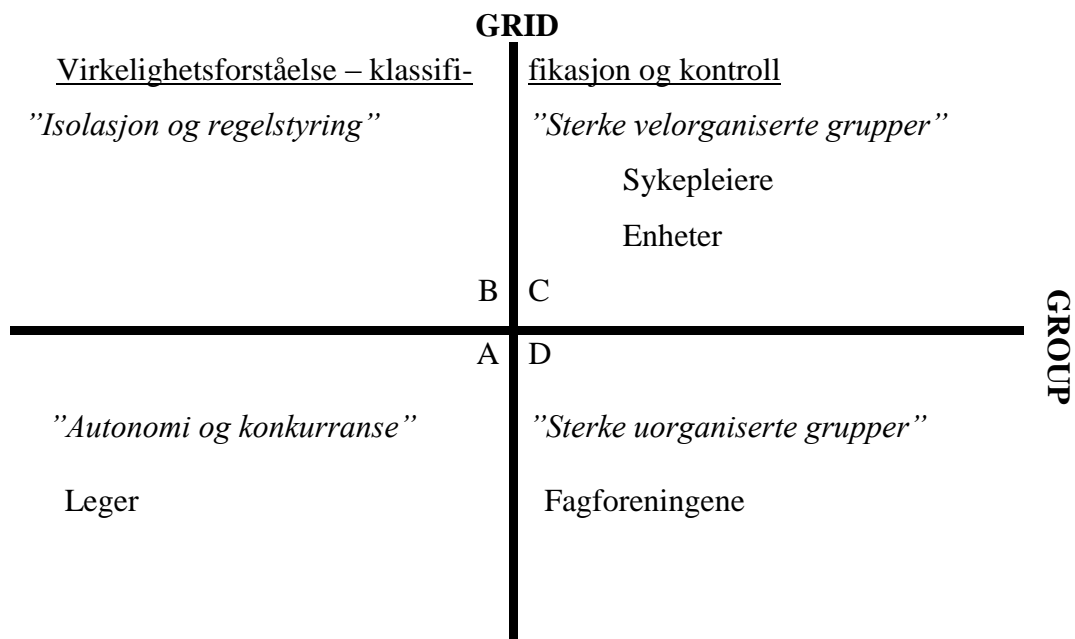
Den horisontale aksene viser til sosial kontekst og interaksjon, det vil si i hvilken grad individet er eller opplever å tilhøre en sosial gruppe. ”The group itself is defined in terms of the claims it makes over its constituent members, the boundary it draws around them, the

---

<sup>194</sup> Jeg gjentar noe av teorien og ”reproduserer” modellen, for å gjøre det lettere for leseren.

rights it confers on them to use in its name and other protections, and the levies and constraints it applies” (ibid:7-8). Gruppe kan altså forstås som ”a dimension of incorporation” (ibid:7) - en sosial enhet som skiller seg fra andre, hvor individet i større eller mindre grad må tilpasse seg gruppens forventninger eller krav. Jo lenger man kommer mot den sterke enden, dvs. til høyre på gruppeaksen, jo større blir det sosiale presset og den sosiale kontrollen.

Et metodisk poeng, som jeg ikke kommer til å gjøre noe poeng av, er at grid-group-modellens analyseenhet er individet. Feltmaterialet fokuserer på grupper – sykepleiere, leger, personale på enhetene og fagforeningsmedlemmer. På den annen side er det som enkeltindivider de opptrer, og det var også slik jeg møtte dem i deres daglige praksis. Jeg må med andre ord ta forbehold om at min bruk av modellen kan være i strid med Douglas’ intensjoner med den. Grunnen til at jeg allikevel har valgt å benytte den er at jeg finner den fruktbar i analysene av funnene fra sykehuset. Jeg konsentrerer meg om følgende: Legenes og sykepleiernes parallellitet, samarbeidsforhold i og mellom enhetene, og fagforeningenes helsepolitiske rolle.



### **Parallellitet og samarbeid**

Utenom samarbeidet knyttet til previsitt og visitt, undersøkelse og behandling av pasienter, fungerte sykepleiere og leger som to helt atskilte grupper. Som legen sa: *Vi jobber på samme sykehus men er opplært i helt forskjellige tradisjoner.* Sykepleierne jobbet i team. Nyansatte og studenter fikk en gradvis innføring i arbeidsoppgavene. Legene jobbet vanligvis alene, eller sammen med sykepleiere. Studenter og turnuskandidater, måtte klare seg selv fra første stund. I legens utlegning hørtes det slik ut: *Du får ikke lært opp de ferskeste doktorene hvis de ikke blir dyttet ut i det. Alle har fått den store skjelven første gang du får callingen i handa.*

*'vær så god, du har vakt'. Så blir du gående alene, mens sykepleierne de går jo i fire til seks uker oppå hverandre før de får lov til å gjøre noe alene. Sykepleieren så det slik: Når medisinerstudentene kommer til avdelinga, så kommer de med lua i handa. Ikke vet de om det ene, ikke vet de om det andre. De blir hevet ut i det og må finne frem i systemet på egen hånd. Jeg tror det forsterker den sologreien. Man må være ego, ellers blir man ingenting. Det er kanskje noe yrkesspesifikt. I sykepleiergruppen handler det om fellesskap, og vi har fellesskap. Det virker som om legen og sykepleieren har felles oppfatning av yrkesgruppens særtrekk, noe som også samsvarer med mine egne observasjoner.*

I grid-group perspektiv ser jeg sykepleiere og leger som representanter for forskjellige sosiale meningssystemer. Sykepleierne synes å være formet av et solid tradisjonsbærende yrkesfaglig normsystem. Et det ikke bare er generell oppslutning om, det virker å være en integrert del av sykepleieridentiteten. Det vil si at de scorer høyt på griddimensjonen – internaliserte normer. I sykehuset var gruppekonseptet en norm for organisering av det sykepleiefaglige arbeidet. Dermed peker C-kvadranten seg ut som et sted for sykepleiefaglig kosmologi<sup>195</sup> – tydelig yrkesfaglig grammatikk og sterk gruppefølelse. Det er ikke vanskelig å finne støtte for dette i norsk sykepleiehistorie. I beskrivelser av faglige og organisatoriske tenkemåter og tradisjoner som yrkesgruppen er bærer av, er det nettopp det tette normgivende og omsorgsrettete fellesskapet som skinner igjennom. (Martinsen 1989, Melby 2000, Fause og Micaelsen 2002). Et eksempel: Norges første sykepleierutdanning – diakonisseutdanningen – ble startet i 1868. Elevene bodde sammen<sup>196</sup> og fikk undervisning i diakonissehuset, eller ”moderhuset” som det ble kalt.

I moderhuset ble søstrene innlemmet i et fellesskap, et søstersamfunn som visket ut klasseforskjellene. ... Søstrene i moderhuset hadde ansvar for at tonen i huset var preget av kjærlig søstertukt og den villige underkastelse. De eldre søstrene skulle veilede de yngre på en søsterlig måte ved å være tålmodige, oppmuntrende og hjelpsomme, samtidig som de skulle vise myndighet (Fause og Micaelsen 2002:97,98).

Når jeg vurderer legene i forhold til Douglas' kriterier havner de i A-kvadranten, den diagonalt motsatte av sykepleierens C-kvadrant. Til tross for at legestanden er eksponent for det kanskje mest ”robuste” virkelighetsorienterte klassifikasjonssystemet i samfunnet, plasserer jeg dem som yrkesgruppe nede på gridskalaen. Med overordnet formelt ansvar for det kliniske arbeidet, sitter de på toppen av kompetansehierarkiet med stor frihet til å skape

---

<sup>195</sup> Her brukes kosmologi som et syntetiserende begrep: Det vil si at det brukes som samlebetegnelse på det sosiale miljø (environment) som kvadranten representerer (Douglas 2003:5, 6).

<sup>196</sup> Det var vanlig for sykepleierelever å bo sammen på sykepleierskolenes internat helt fram til 1970-tallet (Fause og Micaelsen 2002).

eller påvirke arbeidsprosedyrer og rutiner. De har tradisjon for å arbeide alene og velge relevante samarbeidspartnere i forhold til oppgavene. Også innad i egen yrkesgruppe virker de å være "solospillere". I legehistoriebøker er legen som kjemper alene mot sykdom og dårlige helseforhold, et gjennomgangstema (Larsen m.fl. 1986, Schiøtz 2003, Lærum 2005). Den lange opptakten – 60 år – til dannelsen av Den norske lægeforening gir også en indikasjon på yrkesgruppens "solomentalitet". Opptakten var så kalte medisinske "Journal-Læseselskaper" (Larsen m.fl. 1986:152), som etter hvert ble kalt legeforeninger.

Legeforeningene hadde primært et praktisk formål med sin virksomhet. De skulle gjøre legene bedre i stand til å fungere i den daglige gjerning. ... Medlemmene hadde avtalt at de elleve tidsskrifter selskapet holdt, skulle sirkuleres hver "løverdag", og at sirkulasjonen skulle besørges av selskapets bud. Møter ble neppe holdt i noen grad, men kontakt mellom medlemmene må det naturligvis ha vært. De fleste av selskapets medlemmer omgikkes i noen grad i sin daglige gjerning ved universitet og sykehus. Og de tilhørte alle, eller de fleste, det sosialt dominerende embedsmannsmiljø, og pleiet gjennom dettes lukkede klubber og eksklusive selskapelighet en betydelig grad av sosial omgang (ibid:154,155).

Vi ser her eksempler på hvordan sykepleiere og leger er bærere av ulike kollegiale tradisjoner. Sykepleiernes tette og normative kollegialitet, med egen yrkesgruppe som det primære sosiale fellesskap. Legene med sitt "instrumentelle fellesskap" knyttet til selve legegjerningen, og ønsket om å utføre den best mulig. Sosialt fellesskap ble ivaretatt på andre måter enn i kollegiale sammenhenger. Hernes' (1996) forskning på sykepleiere og legers sosiale identifikasjonsmønstre kan tolkes som støtte til disse forskjellene.

Antropologen David Ostrander har gjennom sitt arbeid med analyser og klassifikasjon av symbolsk atferd videreutviklet grid-group-modellen. Han vurderer diagonalen mellom C og A-kvadrantene som sterk fordi den er kjennetegnet av evnen til å danne "an enduring stable social structure" (Ostrander 2003:26).

... environments dominated by either square A or square C have formed, or can form, an enduring stable social structure. Such a structure is presumed by the high-grid/high-group constraints of square C; it is inherent in the weight of individual assets and abilities brought to bear in square A (ibid).

Ostrander peker her på potensialet for samspill mellom miljø/grupper preget av sterke sammen-bindene og identitetsskapende normer på den ene siden og ressurssterke individorienterte miljø/grupper på den andre. Dette er trekk som samsvarer godt både med de karakteristika feltfolket selv tillå henholdsvis sykepleier- og legegruppen, og med analysene tidligere i kapitlet. Ostrandens utdypingen av grid-group-modellen underbygger dermed en oppfatning av at to grupper som utfyller hverandre på komplementære måter kan gi grunnlag for konstruktivt samarbeid. "Along the stable diagonal we may expect a high degree of elaboration. Long traditions of doctrine, interpretation, and complex codes of symbolic action

are likely to develop along with specialized organization of practitioners” (ibid:26-7). Det var nettopp dette som preget det pasientorienterte samarbeidet, og samarbeidet innen de ulike enhetene.

### **Forholdet innad i og mellom enhetene**

I grid-group-perspektiv fremstår hver enhet som høyt spesialiserte arbeidsfellesskap som fungerer i en felles virkelighet, drevet av en felles forpliktelse for pasientene, slik analysene tideligere i dette kapitlet viser. Det vil si at enhetene scorer høyt på grid dimensjonen. I sin fremstilling av hvilke ”grid-egenskaper” C-kvadranten representerer, legger Douglas vekt på det indre samholdet, den interne spesialiseringen, rollefordelingen - og medlemmenes relasjoner til hverandre (Douglas 1979:20). ”I will argue [later] that a social system characterized by high classification would display the same cosmological bias” (Douglas 1996b:63). Med litt andre begreper gir Douglas her en lignende beskrivelse som jeg ga i oppsummeringen av enhetenes virkelighetsforståelse og praksis i avsnitt 9.1. I denne beskrivelsen ligger også grunnlaget for å definere enhetenes arbeidsfellesskap som grupper. Sterke grupper som bindes sammen av spesialiserte prosedyrer, som bidrar til felles, men enhetsspesifikk forståelse av pasienten og samarbeidets nødvendighet. Dette underbygger en plassering av enhetene i C kvadranten. Men utad representerer gruppens interne samhold og felles virkelighetsoppfatning en forskjell – som gjør en forskjell – og fremstår som grense mot grupper med annerledes ”cosmological biases”. Med andre ord, når C kvadranten vektlegger sammenhengen mellom sterk kulturell bias og sterke gruppeformende krefter, samsvarer det godt med de empiriske funnene. Det Douglas kaller ”constraining group boundary” (1979:20) viste seg som markante samarbeidshindre i feltet, preget av latent spenning.

I forhold til grid-group-modellen betyr dette at jeg vil plassere alle de organisatoriske enhetene i C-kvadranten. Innad representerer hver enhet et tett sammenvevd sosialt arbeidsfellesskap der alle finner sin rolle i et tøyelig felt mellom hierarkisk og komplementær arbeidsorganisering, basert på vurdering av kompetansebehov i forhold til oppgavene. Praksis, tenkning og selvoppfatning er, i tråd med biomedisinsk virkelighetsforståelse, formet av spesialiserte rutiner og prosedyrer tilpasset enhetens delfunksjoner. Plasseringen av enhetene i C-kvadranten får også frem et poeng om samarbeid mellom leger og sykepleiere på en mer indirekte måte. Alle enhetene på sykehuset er gjennomsyret av legenes biomedisinske klassifikasjonssystem. Det gir høy griduttelling. I det daglige organiseres legenes arbeid slik at de ivaretar oppgaver på flere enheter, dvs at de beveger seg mellom enhetene. Sykepleierne er derimot knyttet til en enhet, og har på alle enhetene, unntatt UBE, ansvar for dagsrytme og

drift. Det vil si at atmosfære og arbeid innad i enhetene i stor grad reflekterer sykepleiefaglige normer og fellesskapstradisjoner, hvilket understreker plasseringen til høyre på gruppeaksen. Kombinasjonen av medisinske reduksjonistiske spesialiseringsidealer og sykepleiernes gruppenormer virker altså samlende innad, og styrker enhetens oppslutning om eget oppdrag. Men disse sterke fusjonskreftene synes å fungere som fisjonskrefter mellom enhetene. Det er som magnetfelt hvor frastøtingskreftene er sterkest mellom poler med samme type ladning. I lys av sykepleiernes og legenes ulike bidrag til enhetenes indre styrke, kan det virke som om det er gruppedimensjonen – sykepleiernes normative enhetsspesifikke fellesforståelse - som i størst grad settes på spill når enhetene møter hverandre gjennom pasientstrømmen. Det at kulturforskjeller mellom enhetene ofte kommer til uttrykk som uoverensstemmelser mellom pleierne de respektive stedene, kan tolkes som bekreftelse på dette. Her virker det som vi har nådd grensen for grid-group-modellens forståelsesskapende potensial i forhold til samarbeidsbarrierene mellom enhetene, men kanskje den kan kaste nytt lys over de barrierene som reiste seg i forbindelse med omorganiseringen av sykehuset på slutten av 1980-tallet.

### **Fagforening i grid-group-perspektiv**

Fagforeningene har spilt sentrale roller i to av avhandlingens fortellinger. Først i forbindelse med Bjørnson-komiteens innstilling (NOU 1972:23) hvor det ble foreslått omorganisering av helsepersonellutdanningene i retning av mer samordnet utdanning i felles skoler. Det gikk de berørte fagforeningene i mot. De allierte seg med hverandre og protesterte kraftig. Da Stortingsmelding nr.13 (1976-77) tok ideen videre med tanke på implementering, gikk fagforeningsalliansen på barrikadene og fikk flertallet på Stortinget med seg - mot forslaget om felles skoler (kapittel 1.2). Andre gang var i forbindelse med omorganiseringen av sykehuset, som er beskrevet i avsnitt 2.5.

Hvilke sosiale og kulturelle konstellasjoner representerer fagforeningene? I disse to eksemplene ser vi grupper med stor påvirkningskraft, både som opinionsdannere og politiske aktører i forhold til styresmaktene. Fagforeninger kan altså forstås som distinkte og avgrensede grupper med et meget selektivt rekrutteringsgrunnlag der gruppene selv har full adgangs- og grensekontroll. De er klare på hvem de er, og hvem de kjemper mot. Det er ”vi” mot ”dem” – *men* - ”vi” og ”dem” kan variere fra kampsak til kampsak. Dermed scorer fagforeningene høyt på gruppedimensjonen og plasserer seg i den sterke enden av den horisontale aksene. Men, i C- eller D-kvadranten? Hvor sterk er griddimensjonen? Hvor velutviklet er fagforeningen som symbolsk system med meningsbærende strukturer? Slik jeg ser det, er fagforeningenes meningsbærende strukturer av et helt annet slag enn de som styrer

profesjonsgruppene i det kliniske arbeidet. Fagforeningene kan forstås som lett mobiliserbare aksjonsrettete grupper med en påvirknings- og handlingsstrategi som nesten utelukkende er rettet mot å fremme gruppens egne rettigheter. De går i allianse med enhver som kan bidra til å styrke gruppens stilling i forhold til den aktuelle saken. Det vil si at ”venner” og ”fiender” er relative begrep.<sup>197</sup> Dermed plasserer jeg fagforeningene i D-kvadranten, som karakteriseres av et dominerende gruppefokus. Det eneste som teller, ja som utgjør virkeligheten i denne kvadranten, er nettopp handlinger som kan styrke gruppen. Den er sitt eget mål, sin egen mening og sitt eget normsystem, ”a form of society in which only the external group boundary is clear: by definition, all other statuses are ambiguous and open to negotiation” (Douglas 2003: 4). Det er også en gruppe hvis viktigste oppgave er å bestå som gruppe. Derfor forventer den lojalitet fra sine medlemmer. ”The social experience of the individual is first and foremost constrained by the external boundary maintained by the group against outsiders. ... Individual behaviour is subject to controls exercised in the name of the group” (Douglas 1979:19). Her kan det være på sin plass å gjenta hva Sykepleierforbundets leder sa om sykepleieraksjonene i et intervju med Nordlys 21.10.89: “Vi har tidligere sett at våre medlemmer har stor lojalitet til oss i hovedorganisasjonen”. Vi husker også legen og sykepleieren som gikk ut i avisen for å berolige pasienter som var redd for å bli innlagt på et sykehus hvor profesjonene ”kriget” mot hverandre. De bedyret først at de støttet sine respektive fagforeningers syn, men at dette ikke innvirket på samarbeidet deres i forhold til pasientene (Nordlys 28.10.89).

Ved å vurdere fagforeningene i grid-group-perspektiv er det mulig å se dem som sosiale enheter, som riktignok representerer yrkesgrupper, men som fremstår med en helt annen indre logikk enn den som yrkesgruppen er bærer av. Deres praksis er ikke formet av de yrkesfaglige idealene og tradisjonene, men av krigens strategitenkning og beredskap. De er operative stridsenheter hvis meningsunivers kretser om å være på vakt og forsvare gruppens ære og rettigheter når det trengs, slik striden rundt Regionsykehuset i Tromsø viste. Den viste også hvor kraftfulle påvirkningsagenter fagforeningene er. Sykepleierforbundet fikk umiddelbart etter vedtaket om enhetlig ledelse av de kliniske avdelingene Sosialministeren på banen, for å få støtte for sitt syn. Vedlegg 1 viser også hvor lett det var å vekke mediernes interesse. Om mediene ikke var direkte medspillere for fagforeningene, holdt de befolkningen oppdatert om

---

<sup>197</sup> I den første fortellingen fra 1970-tallet kjempet for eksempel Sykepleierforbundet sammen med de andre helsefaglige fagforbundene mot regjeringens forslag om sammenslåing av utdanningene; mens det i lederstriden ved RST allierte seg med Sosialministeren i kampen mot Legeforeningen.



”krigen i hvitt” og bidro på den måten til å spre ”kunnskap” om det som ble oppfattet som karakteristika for forholdet mellom yrkesgruppene i helsetjenesten. En misoppfatning med stort generaliseringspotensial, som løsrevet fra sin kontekst lett kunne naturaliseres og etableres som fakta for folk flest – og for helsearbeidere.

### **Grid-group-perspektivet oppsummert**

Ved hjelp av denne analytiske modellen er det mulig å se flere nyanser i forholdet mellom de sosiale fellesskapene på sykehuset. Grid-group-perspektivet løfter frem dimensjoner ved forholdet mellom leger og sykepleiere som utdyper forståelsen, både av parallelliteten og samarbeidet mellom dem. I dette perspektivet fremstår fagforeninger som noe annet enn faglige praksisfellesskap basert på yrkets normer og tradisjoner. De blir "kamporganisasjoner" som handler *på vegne av yrkesgrupper*, men *ikke som dem*. Empiriens enheter får, som sosiale system, en tvetydighet som kanskje ikke kom like klart frem i analysene i avsnitt 9.1. Som integrerte fellesskap med en målrettet praksis basert på sterk grad av prosedyrestyring, havner de alle i C kvadranten. Dette skygger kanskje ved første øyekast for de forskjellene som gir grunnlag for å forstå det konfliktfylte og konfliktskapende forholdet mellom dem. Det får vi kanskje bedre frem ved å fokusere på de samarbeidende enhetene som korporative grupper. Grupper som innad er avhengige av hverandres kompetanse og innsats for å oppfylle enhetens spesifikke oppgaver. Eriksen snakker om ”gjensidige lojalitetsbånd” innad, og funksjon ”som en korporasjon utad” (1993:101). ”Dersom et sosialt system er et sett av sosiale relasjoner som skapes og gjenskapes av regelmessig samhandling, vil det være riktig å si at *systemets grenser går ved det punktet hvor samhandlingen avtar dramatisk*<sup>198</sup>” (Eriksen 1993:82). I min empiri gjør den det i grenselandet mellom to enheter. I lys av dette kan samarbeidsproblemene mellom enhetene tolkes som uttrykk for at gruppene også utad fungerer som korporasjoner, der grensene mellom dem markerer endring i samarbeidslogikk.

Dette gjør det mulig å se igjennom de likhetene som grid-group-plasseringen signaliserer. Riktig nok representerer enhetene likhet i sosial form, men det substansielle innholdet i den sosiale praksisen er det som gjør en forskjell. Prosedyrene og redskapene er forskjellig, og ikke minst oppgavene – selve grunnlaget for inndelingen. Det er nettopp denne praksisorienteringen Swidler legger vekt på i sin forståelse av hva som betegner kulturer.

Culture in this sense is more like a style or set of skills and habits than a set of preferences or wants. ...To adopt a line of conduct, one needs an image of the kind of world in which one is trying to act, a sense that one can read reasonably accurately (through one’s own feelings and through the

---

<sup>198</sup> Eriksens utheving

responses of others) how one is doing, and a capacity to choose among alternative lines of actions (Swidler 1986:275).

Dette bygger opp under en forståelse av enhetene som egne meningsprovinser, hvor den interne virkelighetsforståelsen styrkes gjennom indre samhandling. Samtidig kan det bidra til å skjerpe motsetningene til de andre enhetene, og gjøre grensene mellom dem mer markante. Til et sted hvor samhandlingen avtar dramatisk.

Inngangen til analysene i dette kapitlet var feltfolkets begrepsbruk i beskrivelse av handling og samhandling i sykehusets virkelighet. En begrepsbruk jeg i begynnelsen av feltarbeidet tolket metaforisk, men som etter hvert ble stadig mer bokstavelig. I det avsluttende kapitlet prøver jeg å samle avhandlingens tråder ved å analysere den tvetydigheten som denne begrepsbaserte forflytningsprosessen synes å være uttrykk for. Jeg gjør det ved hjelp av en dagsaktuell fortelling fra feltsykehuset mitt.

## Kapitel 10

### TVETYDIGHET OG REGJERINGSMENTALITET

Gjennom arbeidet med dette prosjektet har jeg erfart hvor spennende, uforutsigbar og utfordrende forskning kan være. Hvor viktig det er å la empirien få forrang – spesielt når den taler imot de hypotesene som motiverte forskningsarbeidet. Hvor forvirrende det har vært å få entydige svar – med en iboende tvetydighet - på avhandlingens problemstillinger. Hvis jeg skal prøve å sammenfatte arbeidet med denne avhandlingen i ett begrep må det bli ”tvetydighet”. Tvetydighet er blitt avhandlingens gjennomgangstema og etos. Den var der kraftfullt og overbevisende i empirien fra Felleskurset: Begeistret tilslutning til ideologien bak, koblet med en massiv kritikk av opplegg og læringsresultat. Den var der i insisteringen på at samarbeid både kan og må læres i studietiden, kombinert med et rungende ”nei” på spørsmålet om de selv hadde lært det gjennom Felleskurset. Den var der i helsepersonellens forestilling om profesjonsbarrierer til tross for at de selv ikke hadde erfart slike: Innad i de organisatoriske enhetene samarbeidet de ulike profesjonsgruppene - prosedyrebasert og situasjonsorientert, komplementært og hierarkisk - ut fra en arbeidsdeling tuftet på formell og erfarings-basert kompetanse. Men - i grenseområdene mellom enhetene var det ofte barrierer i kommunikasjonen mellom utøvere av samme profesjon. Og – tvetydigheten var der underveis i min egen forskningstilnærming.

I analysene har begrepene ”symbol” og ”struktur – antistruktur/communitas” vært sentrale. Symbol har en definerende funksjon i avhandlingens teoretiske perspektiv og synliggjør dets meningsorienterte innretning. ”Struktur” har vært et viktig begrep, både empirisk og analytisk. Empirisk fordi det angir på hvilket nivå samarbeidsbarrierene ”viste” seg. Analytisk fordi det i par med ”antistruktur/communitas” får frem samarbeidets med- og motkrefter (9.1). I tillegg har jeg løftet frem to begrep som kan stå som avhandlingens nøkkelsymboler: ”samarbeid” og ”pasient”. Analysene i kapittel 5.3 argumenterer for å se ”samarbeid” i Felleskursets kontekst, som et summativt symbol fordi det ”kondenserer” mening og skaper tilslutning til Felleskursets idé-grunnlag på en overbevisende og engasjerende måte. Som utdypende symbol (se 9.2) fremstår ”pasienten” med en flertydighet som er implisitt i selve symbolbegrepet: Som sentrum og verdigrunnlag for den nasjonale helsepolitikken og som Svarteper - et hinder for arbeidsflyt mellom helsetjenestens strukturer og enheter i praksisfeltet. Som lidende hjelpetrengende menneske og som kunde i et helsemarked. Som

mål og verdigrunnlag for helsepersonellens arbeid og som argument i en fagforeningsstrid om lederposisjoner i et sykehus. Som fokus for helsepersonells behandling og omsorg og som DRG-poeng i sykehusets regnskap.

Samlet kan ”samarbeid” og realiseringen av idealet om pasienten som verdigrunnlag og sentrum i helsearbeidet ses som uttrykk for anti-struktur eller *communitas*. Dette kommer bl.a. til uttrykk i pasientens “evne” til å omdanne atskilte profesjonsgrupper til samarbeidende behandlingsfelleskap. ”Svarteperdimensjonen” viste seg i møte med struktur. Mest synlig i grenseområdene mellom organisatoriske enheter, men også i forskjells-skapende produksjonsstrukturer og inntjeningsystem. Strukturene det er snakk om har vokst ut av det rasjonale som er premissgivende for organisering og aktiviteter i dagens helsevesen: biomedisinsk reduksjonisme kombinert med statlig markedsøkonomisk styring. Biomedisinen har formet norsk helsevesen i sitt fragmenterende, delorienterende og spesialiserende bilde og Staten har gjennom styrings- og kontrollsystemer som DRG-finansiering og ulike registreringssystemer som IPLOS (Individbasert PLeie- og Omsorgs-Statistikk) bidratt til oppstyking og svekkelse av helhetsperspektivet i tjenestene (se 8.1).

Avhandlingen kunne ha sluttet her, men i slutfasen av arbeidet dukket det opp en nyhets sak i avisen som fanget nysgjerrigheten min, og skapte gjenkjennelse. I det følgende vil jeg derfor speile avhandlingens funn og analyser i en dagsaktuell fortelling fra sykehuset i Tromsø<sup>199</sup> – 25 år etter striden om styring og ledelse<sup>200</sup>, 11 år etter den statlige overtakelsen og 8 år etter at jeg gjorde feltarbeid der. Nok en gang er intensjonen å gripe og begripe fenomenet “tvetydighet” i norsk helsevesen, og helsepolitikken som former det. Utgangspunktet for fortellingen er et krav fra sykehuseier om å redusere driftsbudsjettet for å kunne investere i nye bygninger og nytt utstyr.

## **Økonomi og pasienter**

Gjennom noen uker i februar 2013 var ledelsens prioriteringer ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) gjennomgangstema i den lokale pressen. Bakgrunnen for oppslagene var en intern uenighet om sykehusets økonomiske disposisjoner. Sykehuset var av sin eier, Helse Nord Regionale helseforetak (RHF), pålagt å spare 87.5 millioner kroner i 2013. Direktøren

---

<sup>199</sup> Inntil 1990 Regionssykehuset i Tromsø, nå Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).

<sup>200</sup> Se kapitel 2.5

innstilte på at dette skulle gjøres ved å redusere sengetallet med 37 i somatiske avdelinger.<sup>201</sup> De ansatte protesterte og mobiliserte i forkant av styremøtet den 20. februar. Innstillingen ble vedtatt mot de ansattes stemmer.

Dette er kortversjonen av fortellingen. For å kunne trekke tråder til denne avhandlingens historier trengs konkretisering og utdyping. Hovedaktørene i den aktuelle føljetongen er på den ene siden UNNs administrative ledelse og styre, samt Helse Nords ledelse. På den andre siden er UNN-ansatte leger, sykepleiere og deres lokale tillitsvalgte de som er mest synlige i presseoppslagene. I det følgende ser jeg nærmere på de to sidenes begrunnelser og argumenter.

Allerede i 2012 hadde avisen Nordlys et nyhetsoppslag der UNNs administrerende direktør forteller at sykehuset i 2011 hadde et driftsoverskudd på 18 millioner kroner. I 2012 skal det økes til 24 millioner etter krav fra eieren Helse Nord. Han ser ingen dramatik i dette:

For å nå et resultatmål på 24 millioner kroner i år, har UNN blant annet lagt opp til å styrke inntektssiden. ‘Vi har vært *flinke til å bruke det aktivitetsbaserte inntektssystemet*<sup>202</sup>. Vi har lagt opp til å ta inn 25 millioner kroner mer i år her, ved *bedre koding*, det vil si bedre beskrivelse av det vi faktisk gjør.’ Samtidig legger sykehuset opp til en *generell effektivisering*, og litt *redusert aktivitet i noen av poliklinikkene* (Nordlys 20.02.12).

Direktøren legger til at disse endringene også er faglig riktige. Han avviser journalistens antydning om at denne type tenkning minner om forretningsmessige prinsipper fra privat næringsliv: “Kommersiell virksomhet dreier seg om å skape overskudd for eierne. Men vi skaper overskudd for å bygge nye sykehusbygg, og for å kjøpe utstyr til pasientbehandling året etter.” Styreleder og administrerende direktør i Helse Nord RHF tar også avstand fra å sammenligne sykehusdrift med markedsøkonomi. Styrelederen sier det slik: “Bruk av ord som profitt og markedsøkonomi er meningsløse når hver krone brukes til helse” (kronikk i Nordlys 23.02.13). Mens direktøren understreker “at Helse Nord verken driver business eller drives etter markedsøkonomiske prinsipper” (referert i Nordlys 18.02.13:7). Han begrunner dette med at pasientene i lang tid har klaget over standarden på sykehusbyggene i nord og at det derfor er nødvendig å sette av penger til bygg og nytt utstyr.

---

<sup>201</sup> Denne reduksjonen kom i tillegg til de 12 sengene i psykiatrien som ble vedtatt nedlagt på et tidligere styremøte.

<sup>202</sup> Uthevningene i sitatene på denne og neste side er mine. Hensikten er å tydeliggjøre det jeg oppfatter som ledelsens forslag til kostnadsreducerende tiltak.

For 2013 krever altså Helse Nord at UNN skal redusere kostnadene med 87.5 millioner kroner. Fungerende UNN-direktør kommenterer det slik i Nordlys den 11. februar:

Hovedtiltakene for å oppnå dette er *reduksjon av senger og endrete bemanningsplaner*. Styret ved UNN vedtok i desember 2012 en plan for utvikling av UNN som bygger på grunnleggende forståelse av begrenset tilgang på helsepersonell som er den største utfordringen.

Tross erkjennelsen av at tilgang på helsepersonell er den største utfordringen, bruker direktøren behovet for bygg og utstyr som viktigste begrunnelse for de aktuelle innsparingene. Økning i antall kirurgiske inngrep vil kreve større og bedre operasjons- og intensivfasiliteter. Derfor må det bygges en ny A-fløy. Samtidig trekker hun frem behovet for systemendringer:

Vi må erkjenne at vi *ikke har hatt god nok oversikt*. Vi har hatt for *mange fristbrudd*. ... Vi må i større grad få *gode kvalitetsregistre* på det vi gjør. Når kvaliteten på det vi kan tilby våre pasienter ikke er god nok, må vi jobbe med tiltak for å rette opp dette. Vi gjør vårt ytterste for å gi alle våre pasienter god utredning, pleie og behandling. De skal ha et like godt tilbud som resten av landet. Våre ansatte skal ha det beste utstyret og den beste kompetansen. Derfor er det så viktig at vi er gode på utstyrssiden. *Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging* er et grep for å kunne ha den beste kompetansen til stede på jobb når pasientene trenger det. Vi har ikke vært gode nok på å koordinere våre ansatte og våre team, og *logistikken* har ikke alltid vært god nok. *Aktivitetsstyrt bemanning* vil gi oss gevinster i form av redusert overtid og, færre vikarer og mindre slitasje på fast personell.

Direktøren poengterer at omstilling i driften er helt avgjørende på et sykehus. "Ikke for å spare penger, men for å omfordele ressurser internt." Viseadministrerende direktør følger opp i et Nordlysintervju den 12. februar:

Mange tror dette handler om penger, men det gjør det ikke. Han beklager at pasienter opplever å få operasjoner utsatt. 'Dette er en utfordring for oss, og det er et sammensatt problem som ikke er lett å løse', sier [han] og legger til at antall strykninger ligger på, eller under det nasjonale måltallet.

Tross protester i media og 30-40 plakاتبærende demonstranter i styrerommet, vedtok styret å kutte de 37 "somatiske sengene". Umiddelbart etterpå forsvarte styrets nestleder vedtaket: "Å ligge til sengs er som regel ikke sunt for noen. På de fleste områder har vi lært at det er riktig å få pasientene opp av senga så tidlig som mulig. Det er slutt på den tiden da vi lot pasienter ligge til sengs en måned mens vi matet dem. De døde jo av denne behandlingen." Styreleder begrunnet det slik: "Hvis vi ikke hadde gjort dette vedtaket, ville vi ikke kunne *bygge ny A-fløy*, og det ville virkelig gått utover pasientene" (Nordlys 21.02.13). I en Nordlyskronikk den 2. mars avdramatiserer de vedtaket, bl.a. ved å påpeke at UNN i følge statistikken har lenger gjennomsnittlig liggetid enn "sammenlignbare sykehus i Norge og tomme sykehussenger i 2012". Vedtaket om sengekutt kalles *omstilling*.

Ansatte lot seg ikke overbevise av ledelsens statistikkbruk: “UNN-direktøren har konstruert et ‘supersykehus’ som bare finnes i teorien” sier de i et nyhetsoppslag samme dag som styremøtet, og fortsetter:

Helsetilsynet anbefaler at gjennomsnittlig belegg bør være 85 prosent, for å ha god nok kapasitet ved akutt sykdom og skade. På UNN er snittbelegget for tida mellom 90 og 117 prosent. Pasienter må ligge i korridorer, kontor og undersøkelsesrom. (Nordlys 20.02.13).

De ansattes argumentasjon tok utgangspunkt i fag- og pasientperspektiv. De var kritiske til at “‘bedriftsøkonomisk overskudd’ er blitt viktigere enn fag”.<sup>203</sup> “Det er uverdigg at pasienter må snakke med meg om private forhold i en travel korridor – der de ikke engang har tilgang til ringeklokke om de trenger assistanse til å gå på do. Og nå varsles det om ytterligere reduksjoner. Jeg klarer ikke å forstå logikken i regnestykket” (Nordlys 11.02.13)<sup>204</sup>. Overlege de Weerd som kommer med de siste uttalelsene er kirurg. Han reagerer på ledelsens sterke fokusering på innkjøp av nytt utstyr: “Utstyr er viktig, men vi gjør lite med moderne utstyr om vi mangler hender til å bruke utstyret. I det daglige ser jeg stadig mangel på personale og kapasitet til å ta seg av pasientene” (Weerd: kronikk i Nordlys 11.02.13).

Journalist Oddvar Nygård gir en konsentrert fremstilling av forskjellen mellom ansatte og ledelsens oppfatning av styrevedtaket i et nyhetsoppslag fra møtet den 20. februar.

Jeg kan ikke se at det ligger noen stor dramatik i dette forslaget i det hele tatt, sa styrets nestleder. Mange på UNN er ikke enig. Det viste demonstrantenes plakater med all tydelighet: ‘Spar senger, ikke penger’. ‘Ikke ødelegg UNN’. ‘Kjære styre, vis ansvar’. ‘UNN er ikke en fabrikk – stans samlebåndet’. Men fra direktør og styreflertall snakkes det i moderne bedriftstermer, også på UNN. Det heter ‘reduksjon av unødvige utgifter til overtid og vikarbruk’, ‘aktivitetsstyrt bemanning’, ‘risikoreduserende tiltak’ og ‘høyere liggetid enn sammenlignbare sykehus’ (Nordlys 21.02.13).

Mens ledelsen – både i Helse Nord og på UNN – nekter for at driftsmessige disposisjoner har noe med markedsøkonomi å gjøre, er klinikkoverlege Mads Gilbert ikke i tvil:

Med sykehusreformen i 2001 kom også en kynisk markedstenkning og ensidig fokus på økonomisk balanse. Dette gjennomsyrrer oss fra topp til bunn. Vi bruker mer tid på å rapportere økonomi enn på faglige resultater. Vi snakker ikke lenger om sykehus, vi snakker om konsern, ikke sykehusledelse men konsernledelse. Nå skal alt være lønnsomt i økonomisk forstand, men det er klart det ikke er lønnsomt å produsere svingdørspasienter og å slite ut personalet. Man snakker om å ‘ta ut økonomisk gevinst’ på redusert liggetid, det snakkes om ‘utkjøring av pasienter’ og ‘produksjon’, ikke behandling, pleie og omsorg. Det heter ikke lenger ventelister, men ‘ordreserver.’ Jeg er ikke dummere enn at jeg skjønner at vi trenger penger til langsiktige investeringer, men når det kuttes dramatisk på drift og sengetall må vi si i fra. Bit for bit ødelegger dette den faglige solidariteten i en

---

<sup>203</sup> Klinikkoverlege Mads Gilbert i nyhetsoppslag i Nordlys 13.02.13.

<sup>204</sup> Overlege Louis de Weerd i intervju med journalist Sissel Wessel-Hansen

svært viktig del av velferdsstaten. Vi kan ikke få milliardoverskudd uten at det går ut over pasientenes omsorgstilbud og arbeidsforhold for ansatte (Nordlys 13.02.13).

### **Tvetydighetens mange ansikter**

Fortellingen kan på den ene siden ses som en utdyping og kontekstutvidelse for de historiene jeg fortalte i kapitel 7, eller fungere som en oppdatert ramme for disse. Forskjellen er at stemmene til de som har skapt og skaper rammer for den daglige driften i sykehusets avdelinger er blitt tydeligere. På den andre siden kan den ses som en metafortelling om norsk helsevesen. Den viktigste grunnen til å ta den med er allikevel dens potensial til å føre oss nærmere en forståelse av tvetydighetene i avhandlingens empiri og analyser. Med andre ord, jeg håper at fortellingen kan bidra til å sortere tvetydighetenes fremtoningsformer og gjøre dem mer forståelige som del av helsetjenestens virkelighetskonstituerende symbolsystem. Først kort om hvordan tvetydighetene kommer til uttrykk i fortellingen.

Her møter vi toppledelsen i Helse Nord RHF som krever økonomiske innsparinger ved UNN, *men* benekter at dette har noe med markedsøkonomiske prinsipper å gjøre. En ledelse som ikke driver business eller er ute etter profitt, *men* som vil hente ut penger fra driften for å kunne investere i bygninger. At begrunnelsen for investeringene er ivaretagelse av pasientene endrer ikke bildet av helseforetaket som et markedsstyrt system. Det bidrar heller til å skjerpe “konturene” av dets tvetydighet.

Reduksjon av antall senger er det mest iøynefallende tiltaket toppledelsen vil iverksette, men det er bare en del av tiltakspakken. Den inneholder også: bedre bruk av det aktivitetsbaserte inntektssystemet (DRG-systemet) og bedre koding av aktiviteten, generell effektivisering og redusert aktivitet i noen av poliklinikkene, endrete bemanningsplaner og aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging, gode kvalitetsregistre, forbedret logistikk og omstilling. Bare to av tiltakene retter seg direkte mot den kliniske aktiviteten: generell effektivisering og redusert aktivitet på noen av poliklinikkene. De øvrige er systemiske og rettet mot et annet styringsnivå – regulering og kontroll av aktiviteten.

For denne avhandlingen er konteksten tiltakene settes inn i spesielt interessant: Innsparingen på 24 millioner i 2012 skulle bl.a. realiseres ved å fokusere på kodingen av det kliniske arbeidet slik at det gir bedre inntjening via DRG-systemet. Dette vil i følge direktøren også gi “en bedre beskrivelse av det vi gjør”. Effektivisering og reduksjon av aktiviteten ved poliklinikkene betegnes som “faglig riktig”. Begrunnelsen for bedre kvalitetsregistre ligger i mange “fristbrudd” og manglende oversikt over disse. Aktivitetsstyrte bemanningsplaner og



bedre logistikk “bygger på en grunnleggende forståelse av begrenset tilgang på helsepersonell som den største utfordringen”. Og, hvis man ikke bygger ny A-fløy vil det gå utover pasientene. Pasienters og ansattes beste er gjennomgående i argumentasjonen for innsparingstiltakene slik vi bl.a. så i det lange sitatet fra fungerende UNN-direktør.

Men - hvor er tvetydighetene? De ligger i kontekstualisering og sammenstilling av utsagnene. Når kravet om bedre utnyttelse av DRG-systemet fremstilles som “beskrivelse av det vi gjør”, blir det tvetydig. Det er utsagn på ulike logiske nivå som referer til ulike rasjonaliteter.

Beskrivelse av aktiviteten i et sykehus er ontologisk og har en helsefaglig og situasjonsorientert referanseramme. Utnyttelse av DRG-systemet er epistemologiske handlinger basert på en forståelse av helsefaglig arbeid som økonomiske transaksjoner i et markedsøkonomisk meningsunivers. Når reduksjon av polikliniske pasienttilbud karakteriseres som “faglig riktig”, uten noen nærmere begrunnelse, virker det som en rasjonalitetsforskyvning eller retttere sagt som et forsøk på å fremstille økonomisk motiverte tiltak som faglige riktige - selv om konsekvensene skulle bli at ventetiden øker for pasientene. Aktivitetsstyrte bemanningsplaner forstått som nok folk i forhold til de oppgaver som til en hver tid skal utføres, virker fornuftig. Men i den markedsstyrte konteksten som begrepet henter sin mening fra fungerer det som et redskap for kostnadskontroll via ulike former for registrering. I sykehushverdagen er det sammensetningen av kompetanse og erfaring i teamet rundt pasienten som teller. Tvetydigheten forsterkes ved at aktivitetsstyrt bemanning kobles til det som oppfattes som UNNs største utfordring – rekruttering. I den konteksten fremstår aktivitetsstyrt bemanning som et kompensatorisk og tildekkende tiltak. Når ledelsen underbygger vedtaket om sengereduksjon med at det “er slutt på den tiden da vi lot pasienter ligge til sengs en måned mens vi matet dem. De døde jo av denne behandlingen”, er det igjen snakk om å blande forståelsesrammer. Begrunnelsen refererer til faglige diskurser i kliniske kontekster, mens reduksjon av antall pasientsenger for å spare penger, hører hjemme i et økonomisk-administrativt diskursivt felt. Når ledelsen bærer frem sine argumenter ved hjelp av "pasienter og ansattes beste» får det også noe tvetydig/tvilsomt/uvirkelig over seg, spesielt når det kobles sammen med legens utsagn om hvor uverdigg det er å ha pasient - legesamtaler i en travel korridor, og hans skepsis til ledelsens prioritering av utstyr når det skorter på personell til å bruke det. Dette siste eksemplet kan kanskje ses som en variant av manglende samsvar mellom teori og praksis. En tilsvarende mangel på sammenheng viser de ansatte til når de beskriver forholdet mellom statistikken som brukes for å argumentere frem

sengereduksjon, og den virkeligheten den angivelig skal ha sin referanse i: “UNN-direktøren har konstruert et ‘supersykehus’ som bare finnes i teorien”.

### **Tvetydigheter i et reformert helsevesen**

Jeg har lest avisens føljetong fra feltsykehuset mitt med en blanding av gjenkjennelse og fasinasjon over de tvetydighetene som utfolder seg i ledelsens argumentasjon, begrunnelser og tiltak. Slik jeg ser det, kan dette tas som bekreftelse på at tvetydighet er et aktuelt og utfordrende fenomen i dagens helsetjeneste. Det gjør denne fortellingen godt egnet som spill for avhandlingens tvetydigheter.

Jeg vil trekke linjer til to av de tvetydighetene som er vektlagt i empirien min. Den ene er mellom Felleskursets ideologi og praksis. Her fremsto ideologien om samarbeid som kvalitetsfremmende verdi i helsetjenesten og fellesundervisning som tiltak for å realisere denne, som klarere, mer overbevisende og reell enn praksis - Felleskurset. Pasienten representerer den andre tvetydigheten. I kapittel 9.2 argumenterer jeg for at pasienten kan forstås både som oppsummerende og utdypende symbol i helsetjenesten. Som førstnevnte enhetlig og samarbeidsgenererende i helsepersonells møte med den enkelte pasient. Som sistnevnte splittende og tvetydig – både som *kunde* i et helsevesen styrt etter markedsøkonomiske prinsipper og som *sykt menneske* med behov for omsorg og behandling. Videre antar pasienten en tvetydig karakter ved passering over grenser mellom ulike meningsunivers.

I fortellingen fra UNN tar ledelsen avstand fra enhver antydning om at de styrer etter markedsøkonomiske prinsipper, mens klinikkoverlege Gilbert mener at markedsstyringen kom med sykehusreformen av 2001/2 og bidro til endring av mentalitet, rutiner og begrepsbruk på sykehuset: “Vi bruker mer tid på å rapportere økonomi enn på faglige resultater. Nå skal alt være lønnsomt i økonomisk forstand.” Men – selv om UNN-ledelsen retorisk tar avstand fra markedstenkningen er de fleste tiltakene de foreslår vokst ut av denne rasjonaliteten.

### **Regjeringsmentalitet**

I en artikkel med overskriften “Fra plan til reformer: Det store regjeringsskiftet” viser Tian Sørhaug (2003:44-80) hvordan norsk styringsmentalitet har forandret seg siden midten av forrige århundre. På den tiden fungerte planer som politiske styringsredskap innen hierarkisk organiserte tiltakskjeder i rimelig forutsigbare virkeligheter. Verktøyet var regler, instruksjoner og ressurser. Med en stadig mindre forutsigbar og mer ressurskrevende virkelighet kom behovet for å reformere. Reform representerer en mer indirekte form for politisk styring.

Politikerne fastsetter rammer og etablerer ordninger som i størst mulig grad skal fungere selvregulerende. Med det menes at handlingsinstrukser byttes ut med rapporter om virksomheten, ytre regler med interne kontrollmekanismer. Politikken trekker seg tilbake og overlater ansvaret for selvreguleringen til ledere med evne til å kommunisere og realisere politiske intensjoner. Sørhaug bruker begrepet “det store regjeringsskiftet” som metafor for det han ser som “en (sosial) mekanisering av politikken” (ibid:47), og mener at dette må forstås som del av nyliberalistiske strømninger. Han kaller endringen fra plan til reform “rasjonalitets-forskyvning av kraftig prinsipiell art” – “fra velferdsstatlig til en nyliberal politisk rasjonalitet” (ibid:48). Dessuten tillegger han denne forskyvningen en symbolsk funksjon. Mens plan-staten opererte innenfor dikotome virkelighetskonstruksjoner – fag versus politikk, fakta versus verdier osv. – utviskes grensene i reformene. Her glir fag og politikk over i hverandre. Politiske styringsstrategier fremstilles som faglig begrunnede tiltak, slik vi har sett i UNN-ledelsens argumentasjon. I empirien min så vi bl.a. hvordan forslaget om fellesundervisning, presentert som kvalitetsfremmede tiltak i Sosialdepartementets Stortingsmelding, traff adressatene – helsefagutdanninger og helsepersonell – hjemme på en helt annen måte enn forslag om samordning av helsefaglige utdanninger, som i mer enn 20 år hadde vært lansert i utdanningspolitiske meldinger. Fakta og verdier blandes altså sammen på måter som gjør det vanskelig å skille det ene fra det andre. I 2013-fortellingen fra UNN gis for eksempel statistikken en verdibærende sannhetsfunksjon i ledelsens argumentasjon for sengekutt. Den utstyres argumentene med en slags kvalitetsgaranti - en forsikring om at kvaliteten av pasienttilbudene opprettholdes. Beviskraften ligger i at statistikken “dokumenterer” at forholdene ved UNN er bedre, sammenlignet både med nasjonale måltall og tilsvarende institusjoner. Det ultimate eksempel på sammenblanding av verdi og fakta er DRG-systemet. Her omdannes pasienten – helsetjenestens eksistensberettigelse og fremste humanistiske verdisymbol - til DRG-poeng og ender som tall i statistikken og penger i sykehusets kasse. I innledningen til kapittel 7 så vi, f.eks. hvordan sykehusets årsmeldinger anga driftsresultatene av den kliniske virksomheten i DRG-poeng.

Regjeringsmakt eller regjeringsmentalitet representerer en indirekte styreform. I kapittel 5.2 brukte jeg førstnevnte begrep. Det var for å få frem hvordan staten fikk det helsefaglige miljøet i Tromsø med på et dårlig begrunnet utdanningspolitisk eksperiment ved å koble det til en helsepolitisk ideologi om samarbeid som nødvendig kompetanse for kvalitet i helsetjenesten. Den makten som lå i å flytte fokus fra selve tiltaket til dets ideologi og fremme den ved hjelp av et verdiladet begrep som “samarbeid”, mener jeg fortsatt er en

styringspolitisk inertier. I ettertid ser jeg at det kanskje ville vært vel så beskrivende å omtale dette også som “regjeringsmentalitet” fordi det nettopp var på tanke- og holdningsplan styringsmekanismen virket og gjorde ideologien mer reell enn praksis.

Empirien i avhandlingen og fortellingen i dette kapitlet er gode eksempler på regjeringsmentalitetens indirekte karakter. Den er så indirekte at selv ikke de som styres eller styrer ved hjelp av den er bevisst på dens virkning. Felleskursdeltakerne kan ses som eksempel på førstnevnte, UNN-ledernes argumenter og reaksjoner i saken om innsparing, som eksempel på sistnevnte. Foucault beskriver “gouvernementalité” som “styring av individer ved hjelp av deres egen sannhet” (2002:94). Regjeringsmaktens vei dit kan være forskjellig. I forhold til Felleskurset var det ved hjelp av en overbevisende ideologi som fant styringstiltakets målgrupper hjemme. I forhold til helsetjenesten har det skjedd over tid gjennom reformer som har desentralisert ansvar, endret finansiering og lagt lag på lag av styringsstrukturer i form av rapporterings- og kontrollsystemer mellom den politiske styringen og de ideologisk forankrede målene helseinstitusjonene skal oppfylle på vegne av regjeringen.

Fordi måloppnåelse i forlengelse av helsepolitiske idealer som “pasienten først”, “bedre kvalitet på tjenestene” osv. er umulig å måle, er det utviklet en kultur for etablering av indikatorer og indikatorstyring i helsetjenesten. I kommunehelsetjenesten så vi det i IPLOS-systemet hvor sykepleierne skulle måle brukernes funksjonsnivå hver 3. måned for å tilpasse hjelpetilbudet til pasientens behov. Hjemmesykepleiere og omsorgsarbeidere var bekymret for hvordan det ville virke inn på tilbudet til brukerne når så mye tid måtte avsettes til registrering og rapportering. Lederen for hjemmetjenesten så en fare for at kommunepolitikere ville bruke IPLOS-statistikken som redskap for nedskjæringer. I sykehusene er DRG-systemet et eksempel på indikatorstyring, hvor pasienter/sykehusopphold/behandling klassifiseres i 510 ressursorienterte diagnoserelaterte grupper som gir ulik økonomisk uttelling. Sørhaug bruker DRG-systemet som eksempel på hvordan forholdet mellom kart og terreng, lett kan blandes sammen i styring ut fra prinsipper for regjeringsmentalitet (Sørhaug 2003:57<sup>205</sup>). Jeg synes de to eksemplene ovenfor bekrefter faren for dette. Når sykepleiere på grunnlag av nøye kartlegging av brukeres funksjonsnivå skal fylle ut IPLOS-skjema med til sammen 52 indikatorer hver 3. måned for ca. 90 brukere i hjemmetjenesten, er det grunn til å spørre hvor mye tid det blir igjen til å møte de behovene som skjemaene indikerer, på en kvalitativ måte. Når direktøren etterspør skjerpet fokus på koding av DRG-skjemaene, er det grunn til å spørre

---

<sup>205</sup> Fotnote på side 57.

hvilke vurderinger som teller tyngst i beslutningsprosessene - pasientens behov for helsetjenester eller sykehusets behov for inntjening? Kartet eller terrenget? Indikatorstyring er blitt en ordning med potensial til å gjøre omregningsfaktorer til noe sannere, mer reelt og styrende enn den praksisen de er ment å registrere.

### **Tvetydighet – et spørsmål om kontekst**

I Nordlys den 5. mars 2013 sto følgende ingress i et leserinnlegg av en fremtredende norsk helsepolitiker:

Det opprører meg når noen påstår at pasienter omtales som 'varer' eller 'ordrerreserve' av dem som har ansvar for sykehusene. Jeg har til dags dato aldri hørt slike begreper i politiske debatter eller opplevd at noen har uttalt seg i den retning under de mange møtene jeg har hatt med ledere, fagfolk og tillitsvalgte ved våre sykehus.

Politikeren hadde opplevd noe, for henne nytt og uhyrlig - at markedets termer ble brukt om det som foregår i helsevesenet. Jeg skjønner reaksjonen. Da jeg selv møtte denne begrepsbruken første gang i samtalene med helsepersonellet på sykehuset og i hjemmetjenesten, tolket jeg det som metaforer: Begreper hvis mening og utsagnskraft ligger i å beskrive *en* virkelighet ved hjelp av begreper hentet fra *en annen*. Etter hvert ble jeg klar over at begrepsbruken var uttrykk for en reell forflytningsprosess. Som vist i kapitel 9 blir markedets begreper brukt bokstavelig av de som jobber i helsetjenesten. Det er begreper skapt av den rasjonaliteten helsepersonell oppfatter som virkeligkonstituerende for yrkeshverdagen sin, og som derfor også er best egnet til å beskrive den. Hva er da grunnlaget for politikerenes harme? En ting er at hun selv ikke har hørt slike begrep brukt om aktiviteten i sykehus. Noe annet og enda verre i hennes øyne er at de brukes av ansvarlig helsepersonell. På den ene siden er jeg forundret over en at en helsepolitiker ikke har møtt denne delen av dagens helsetjenestevokabular tidligere. På den andre siden er det kanskje ikke så rart, gitt hennes referanserammer som er politiske debatter og møter med fagfolk. I slike fora er det, vil jeg anta, politikernes grammatikk og helseideologiens vokabular som gjelder.

Helt fra reformene i helsetjenesten ble lansert på 1980-90-tallet ble de fremstilt som tiltak hvor dikotomien mellom markedsideologi og velferdsideologi, verdibasert styring og styring via indikatorbaserte kontrollsystemer ble visket ut eller gikk opp i en høyere enhet. Effektiv ressursutnyttelse ble presentert som en del av kvalitetsbegrepet. Brukerbehovene skulle være styrende for tilretteleggingen av tjenestene mens effektivitet, styring og kontroll dominerte

handlingsstrategien. Det komplekse, omfattende og uklare omsorgsbegrepet<sup>206</sup> og “brukeropplevd kvalitet” skulle overvåkes gjennom konkrete forskrifter og kontrollsystemer beskrevet i Rundskriv I 13/97. Den politiske styringen av helsetjenestene de siste nesten tretti årene er altså preget av en gjennomgående tendens til sammenblanding av markedsliberalismens og velferdstenkningens rasjonaliteter. Fenomener og begreper fremstår som det samme eller som alternativer for hverandre når det tjener styringspolitiske formål.

Men slik er det ikke i helsepersonellets virkelighet. Her opprettholdes tvetydigheten. Den er der i det daglige pasientarbeidet hvor “brukeropplevd kvalitet” i møtesituasjoner konkurrerer tidsmessig med rapportering av kvaliteten. Hvor tid til og grad av omsorg blir et ressurs spørsmål ikke et behovsspørsmål. Hvor koding av DRG-skjema kan bli mer realitetsorienterende enn vurdering og behandling av pasienten. Jeg kunne fortsatt, men henviser heller til historiene i kapittel 7 og 8. Poenget her er å vise tvetydighetens kontekstavhengighet. I helseprofesjonenes møte med pasienten er den ikke bare synlig, men krevende, i den forstand at man innenfor et reformert helsevesen aldri helt kan tenke og handle til pasientens beste. Pasientens behov for omsorg og behandling må hele tiden balanseres mot ressursrammer og kontrollmekanismer. I helsepolitikere og lederes virkelighet fungerer imidlertid reformrasjonale etter hensikten. Her blir marked og velferd to sider av samme sak, slik vi så i fortellingen om reduksjon av sykehussenger – til pasientens beste.

I et reformert helsevesen er det snakk om politisk fjernstyring der til og med den lokale ledelsen har så stor avstand til den virkeligheten de bidrar til å skape, at de opplever “fotfolkets” språk som fremmed. Politikere og ledere vurderer bruk av markedsbegreper i forbindelse med helsetjenesten som upassende. For de som utfører helsetjenestene er det disse begrepene som best beskriver den virkeligheten det kliniske arbeidet i dagens sykehus foregår innenfor. I politikernes virkelighet er skillene mellom menneskelige og økonomiske verdier falt. Politiske argumenter er blitt til god faglighet – bedre utnyttelse av DRG-systemet sies å gi bedre beskrivelse av det kliniske arbeidet. I helsepersonellets virkelighet fins ikke et noe slikt sammenfall. Tvert imot. I sin pasientfokuserte og situasjonsorienterte praksis må de leve *med* og *i* den tvetydigheten som skapes i spenningsfeltet mellom regjeringsmentalitetens samrøre av velferds- og markedsvirkelighet og egne krav til faglig-etisk yrkesutøvelse, slik mange av beskrivelsene i kapittel 7 og 8 viser. Dette er en tvetydighet som føles - på vegne av

---

<sup>206</sup> Se sitatet fra Omsorgsmelingen (St. meld. nr.28 (1999-00) i kapittel 2.4.

pasienten, og på egen kropp - og som får dem til å protestere når balansen forrykkes slik at faglighet, pasientfokus og etikk oppleves enda mer marginalisert eller truet.

### **Tvetydighet – en styringspolitisk nødvendighet?**

Den tvetydigheten som jeg oppfattet som et brysomt biprodukt av analysene, synes å ha godt fotfeste i helsetjenesten. For politikere og ledere synes den til og med å fylle en nødvendig funksjon som “megler” mellom ulike rasjonaliteter – mellom helsetjenestens ideologiske velferdsforankring og dets praksis som markedsstyrt system. Eller den fungerer som transformator som konverterer verdier, eller lar de flyte mellom ulike verdisystemer. Med andre ord - tvetydigheten synes så innvevd i måten dagens helsepolitikere og helseinstitusjonsledere tenker på, at det fremstår som naturlig å se det ene – fag/verdier - som det andre - politikk/fakta.

I Stortingsmeldingene på 1990-2000-tallet er det, som påpekt i kapitel 2.4, en nesten systematisk tvetydighet mellom den helsepolitiske ideologien som springer ut av humanistisk og omsorgsfaglig rasjonalitet, og de realpolitiske forslagene til tiltak, som gjennomgående synes å bygge på nyliberalistisk og markedsorientert rasjonalitet. Tiltakene fremstilles imidlertid ofte som om de er omsorgsrasjonelt forankret, eller de blir presentert på måter som konnoterer dette. Det virker som om den tvetydige handlingsregelen som de nasjonale strategene etablerte på begynnelsen av 1800-tallet – økonomisk markedsliberalisme kombinert med sterk statsstyring – fortsatt er virksom. Signaler i St.meld.nr. 47 (2008-2009) indikerer imidlertid at tvetydigheten kanskje er i ferd med å uttømme sitt potensial som “styringstredskap” i norsk helsepolitikk:

Dersom ikke utfordringene møtes med tilstrekkelig vilje og evne til å utvikle nye løsninger, vil valget stå mellom to ikke ønskelige alternativer. Enten får vi en utvikling som blir en trussel mot samfunnets bæreevne, eller så blir det over tid nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen (St.meld.nr. 47 (2008-2009):14).

Sosiologen Donald Levine som har analysert tvetydighet i tradisjonelle og moderne samfunn, og i samfunnsvitenskapene, argumenterer for en større åpenhet og toleranse for det tvetydige i dagens vestlige samfunn.<sup>207</sup> Han hevder at tvetydighet er nødvendig i moderne politikk: «ambiguous talk makes modern politics possible» (Levine 1994:43). Han mener også at tvetydigheten kan ha en konstruktiv funksjon ved å fremme meningsutveksling og

---

<sup>207</sup> Levines problematiserer bl.a. kravet til vitenskapelig entydighet som ble etablert gjennom naturvitenskapenes etablering i det 17. århundre, og som fortsatt er en mal for vitenskapelig arbeid.

ansvarsdeling i løsning av komplekse samfunnsproblem (ibid:17). Kan dette også gjelder for tvetydighetene innen helsevesenet? I tilfelle forutsetter det for det første en *erkjennelse* av tvetydigheten, og for det andre, villighet til å analysere den funksjonen den har i forhold til helsetjenestens grunnleggende dilemma: realisering av velferdspolitiske idealer i en helsetjeneste skapt av et grenseløst og kostnadsdrivende biomedisinsk forskningsparadigme.



## REFERANSER

- Abbott, Andrew. [1988] 2009.  
*The System of Professions. An Essay on Division of Expert Labor.* Chicago, London:  
The University of Chicago Press
- Agar, Michael H. 2001  
*The professional stranger: an informal introduction to ethnography.* San Diego  
California: Academic press
- Album, Dag. 1978  
"Sosiologi og medisin – medisinsk sosiologi" i Ringen, Anders (red): *Helsepolitikk og samfunn.* Oslo: Tiden Norsk forlag
- Asdal, Kristin og Brenna, Brita. 1998  
"Samtaler over tid" i Asdal, Kristin, Berg, Anne-Jorunn, Brenna, Brita, Moser, Ingunn, Rustad, Linda M (red): *Betatt av viten, bruksanvisninger til Donna Haraway.* Oslo: Spartacus Forlag A/S
- Atherton, Cathrine. 2008  
*The Stoics on amiguity.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Bailey, Julie og Armer, Jane M. 1998.  
"Registered Nurse – Physician Collaborative Practice" in Sullivan, Toni  
*Collaboration: A Health Care Imperative.* New York, London: McGraw-Hill
- Bakke, Kjell Arne. 1989a  
"Like langt i Tromsø" i *Sykepleien* nr. 10/1989:11
- Bakke, Kjell Arne. 1989b  
"Gruppededelse løser konflikten" i *Sykepleien* nr. 11/1989:2
- Bakke, Kjell Arne. 1989b  
"Endelig ro om sykehusavdelingene" i *Sykepleien* nr. 11/1989:22,28
- Bakke, Kjell Arne. 1989c  
"Støtte til sykepleierne i Tromsø" i *Sykepleien* nr.19/89:20-21
- Bakke, Kjell Arne. 1990  
"Profesjons-kampens historie?" i *Sykepleien* nr. 11/1990:14-6
- Barrows, Howard S. og Tamblyn, Robyn M. 1980  
*Problem-based learning: an approach to medical education.* New York: Springer
- Barrows, Howard S. 1985  
*How to design a problem-based curriculum for the preclinical years.* New York: Springer.
- Barrows, Howard S. 1994  
*Practice-based learning: problem-based learning applied to medical education.* Springfield: Southern Illinois University School of Medicine.
- Bateson, Gregory. [1958] 1995  
*Naven. The culture of the Iatmul people of New Guinea as revealed through the study of "naven" ceremonial.* Stanford, California: Stanford University Press
- Bateson, Gregory. [1972] 1990  
*Steps to an Ecology of Mind.* New York: Ballantine books
- Bateson, Gregory.[1979] 1988  
*Mind and Nature. A Necessary Unit.* New York, London: Bantam Books
- Bateson, Mary Cathrine og Bateson Gregory. 1990  
*Hvor engle ej tør træde. På vei mot erkjennelsesteori om det hellige.* København: Rosinante/Munksgaard

- Bech-Jørgensen, Birte. 2005  
 ”Alfred Schütz og hverdagslivet” i Schütz, Alfred: *Hverdagslivets sosiologi. En tekstsamling*. København: Hans Reitzels Forlag
- Benner, Patricia. 1984.  
*From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley
- Berg, Ole. 1978  
 ”Medisinen og det moderne samfunn” i Ringen, Anders (red) *Helsepolitikk og samfunn*. Oslo: Tiden Norsk forlag
- Berg, Ole. 1987  
*Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo, Bergen: Universitetsforlaget AS
- Bertilsson, Margareta. 1990  
 ”The welfare state, the professions and citizen” in Torstendahl Rolf, Burrage Michael: *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*. London: Sage Publications
- Bierstedt, Robert. 1988  
 “Editor’s introduction” in Freidson, Eliot: *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Bilhaug, Oddbjørn og Bruusgaard, Dag. 1974  
 ”Samarbeid mellom fysioterapeut og lege” i *Fysioterapeuten* nr 4, 1974:133-6
- Bjølstad, Jan (red). 1986  
*Kommunehelsetjenesten – samarbeid, rettigheter og muligheter*. Oslo: Tano.
- Bjørndal, Arild, Flottorp, Signe, Klovning, Atle. 2000  
*Medisinsk kunnskapshåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Blumer, Herbert. 1966  
 ”Preface” in Vollmer, Mills (eds): *Professionalization*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
- Borchrevink, Tordis. 2003  
 “Et ubehag i antropologien” i Rugkåsa, Marianne og Thorsen, Kari Trædal: *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bourdieu, Pierre. [1979] 1995  
*Distinksjonen*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Bourdieu, Pierre. 1999  
*Meditasjoner – Meditations Pascaliennes*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Brokhaug, Anne Karin. 1989a  
 ”Godt nytt år” i *Sykepleien* nr. 1/89:3
- Brokhaug, Anne Karin. 1989b  
 ”Felles ledelse mot felles mål” i *Sykepleien* nr. 10/89:3
- Brokhaug, Anne Karin. 1989c  
 ”Administrasjonsutdanning og erfaring – nødvendig for ledere i sykehus?” i *Sykepleien* nr. 17/89:3
- Brox, Jan H. 1989  
 ”Ledelse av kliniske avdelinger i sykehus” i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 30/89:3141-2
- Bruusgaard, Dag. 1978  
*To alen av samme stykke. Rapport fra et prosjekt for å bedre arbeidsdeling og samarbeid mellom den primære helsetjeneste og sykehus*. Oslo: Institutt for

- allmenntmedisin, Universitetet i Oslo, Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, NIS-rapport 5/78
- Byrå 2 i samarbeid med Regionsykehuset i Tromsø. 1991  
*Til tjeneste for Evert. En dyrisk beretning om et sykehus en gang.* Tromsø: Regionsykehuset i Tromsø / UNN. Trykk: GrafiskNord AS. 3. opplag
- Campbell, James D. 1998  
 "Collaborative Practice in the 1980s" in Sullivan, Toni *Collaboration: A Health Care Imperative.* New York, London: McGraw-Hill
- Carr-Saunders, A.M. 1966  
 "Professionalization in Historical Perspective (General)". in Vollmer, Mills (eds): *Professionalization.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
- Cassirer, Ernst. [1944] 1992  
*An Essay on Man. An Introduction to a Philosophy of Human Culture.* New Haven, London: Yale University Press
- Clifford James og Marcus George E. 1986  
 "Preface" in Clifford, James and Marcus George E. (eds): *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography.* Berkely: University of California Press.
- Clifford, James. 1986a  
 "Introduction: Parial Truths" in Clifford, James and Marcus George E. (eds): *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography.* Berkely: University of California Press.
- Clifford, James. 1986b  
 "The Ethnographic Allegory" in Clifford James, Marcus George E. (eds): *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography.* Berkely: University of California Press.
- Daniels, Arlene Kaplan. 1973  
 "How free should Professions be?" in Freidson (ed) *The Professions and Their Prospects.* Beverly Hills, London: Sage Publications
- Davies Browyn og Gannon Susanne. 2006  
 "The practices of collective biography" in Davies B, Gannon S (eds) *Doing Collective Biography.* Buckingham, GBR: Open University Press
- Denzin, Norman K. 1989  
*Interpretive Bioraphy.* Newbury Park, London: Sage Publications.
- Douglas, Mary. 1979.  
*Cultural Bias.* London:Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland
- Douglas, Mary. [1966] 1996a  
*Purity and Danger. An analysis of the concepts of pollution and taboo.* Londo, New York: Routledge
- Douglas, Mary. [1970] 1996b.  
*Natural Symbols.* London, New York: Routledge
- Douglas, Mary. [1982] 2003  
 "Introduction to grid/group analysis" in Douglas, Mary: *Collected works. Essays in the Sociology of Perception.* London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Dreyfus Hubert og Dreyfus Stuart. 1986  
*Mind over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer.* New York: The Free Press
- Durkheim, Emile. [Redigert av Lukes, Steven] 1982  
*The Rules of Sociological Method and Selected Texts on Sociology and its Method.* London, Basingstoke: The MacMillan Press LTD

- Ekanger, Merethe. 1989  
 ”Sykehuset kan bli lammet på kort tid” i *Nordlys* 24.10.89:12.
- Ekeland, Tor-Johan. 1999  
 ”Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak?” i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 1999: 1036-47
- Ekeli, Britt-Vigdis. 1999  
*Creating images. Interplay between life and body in chronic pain. A study of women with fibromyalgia.* Tromsø: Institutt for sosialantropologi
- Ekeli, Britt-Vigdis. 2002  
*Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Tromsø: Høgskolen i Tromsø, Eureka forlag 2/2002
- Ekeli, Britt-Vigdis. 2003  
 ”Hva betyr det å være en autonom aktør i et komplisert system? Brukermedvirkning i norsk helsetjeneste.” *Paper* godkjent som del av den samfunnsvitenskapelige forskerutdanningen ved Universitetet i Tromsø, april 2003
- Ekeli, Britt-Vigdis. 2005  
 ”Fra evidensbasert praksis til praksisbasert evidens” i Foss, Christina og Ellefsen, Bodil (red): *Helsetjenesteforskning. Perspektiver, metoder og muligheter.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Elliot, Philip.1972.  
*The Sociology of the Professions.* London: Macmillan
- Ellis, Carolyn. 2004  
*The ethnographic I: A methodological novel about autoethnography.* Walnut Creek CA: AltaMira Press
- Ellis, Carolyn. 2009  
*Revision. Autoethnographic Reflections on Life and Work.* Wanut Creek CA: Left Coast Press inc
- Engel Charles og Gursky Susan. 2003  
 ”Management and interprofessional collaboration” in Leathard, Audry (ed): *Interprofessional Collaboration. From policy to practice in health and social care.* London, New York: Routledge
- Erichsen, Vibeke. 2003a  
 ”Helsetjenesten og profesjonene” i Erichsen, Vibeke (red.): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon.* Oslo: Tano Aschehoug, Pensumtjeneste
- Erichsen, Vibeke. 2003b  
 ”Profesjonenes forhold til hverandre” i Erichsen, Vibeke (red.): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon.* Oslo: Tano Aschehoug, Pensumtjeneste
- Erichsen, Vibeke. 2003c  
 ”Legene og staten” i Erichsen, Vibeke (red.): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon.* Oslo: Tano Aschehoug, Pensumtjeneste
- Eriksen, Erik-Oddvar og Larsen, Mai-Liss. 1991a  
*Ledelse og samarbeid i et somatisk sykehus. – Vi har sagt til ham at det var umulig, men han ville ikke høre...* Tromsø: NORUT, Samfunnsforskning, Forskningsstiftelsen ved Universitetet i Tromsø
- Eriksen, Erik-Oddvar og Larsen, Mai-Liss. 1991b  
*Styring og prioritering i et somatisk sykehus.* Tromsø: NORUT, Samfunnsforskning, Forskningsstiftelsen ved Universitetet i Tromsø
- Eriksen, Kjell G. 1989a  
 ”Pasientene skal skånes” i *Nordlys* 27.10.1989 s:7

- Eriksen, Kjell G. 1989b  
 ”RST-striden. ’Ingen fare – vi opererer som før’” i *Nordlys* 28.10.1989 s:6
- Eriksen, Thomas Hylland. 1992  
 ”Kulturoversettelse: Felles praksis og kontekstualisering” i *Norsk antropologisk tidsskrift*, nr. 1, 1992: 22-36
- Eriksen, Thomas Hylland. 1993  
*Små steder – store spørsmål. Innføring i sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, Thomas Hylland og Nielsen, Finn Sivert. 2005  
*Til verdens ende og tilbake. Antropologiens historie*. Bergen: Fagbokforlaget
- Etherington, Kim. 2004  
*Becoming a Reflexive Researcher: Using Our Selves in Reserch*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Etzioni, Amitai. 1969  
 “Preface” in Etzioni, Amitai (ed) *The Semi-Professions and Their Organization. Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: A division of Macmillan Publishing Co., Inc. London: Collier Macmillan Publisher.
- Fagerlid, Cicilie. 2005  
 ”Antropologi uten radikal annerledeshet: når informantene og antropologens kunnskapsprosjekter konvergerer” i *Norsk antropologisk tidsskrift* nr. 2-3 2005: 153-62.
- Fause, Åshild og Micaelsen, Anne. 2002  
*Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge*. Bergen: Fagbokforlaget
- Finset, Liv Sanner. 1974  
 “Tverrfaglig seminar om tverrfaglig samarbeid” i *Fysioterapeuten* nr. 6, 1974:223-228
- Flesner, Marcia og Clawson, Julie. 1998  
 “Clinical Management by family Nurse Practitioners and Physicians in Collaborative Practice: A Comparative Analysis in Sullivan, Toni *Collaboration: A Health Care Imperative*. New York, London: McGraw-Hill
- Foucault, Michel. [1973] 1993  
*The Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception*. London: Routledge
- Foucault, Michel. 2002  
*Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Freidson, Eliot. 1973  
*The professions and their prospects*. Beverly Hills, London: Sage Publications
- Freidson, Eliot. 1986  
*Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago, London: The University of Chicago Press
- Freidson, Eliot. [1970] 1988  
*Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot. 1994  
*Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Chicago: The University of Chicago Press
- Frimodt-Møller, Birthe. 1983  
*Undersøgelse i den primære sundhedstjeneste III. Alment praktiserende læger*. København: Socialforskningsinstituttet og Institut for Almen Medicin, Københavns Universitet, Publication 119

- Frøystad, Kathinka. 2003  
 "Forestillingen om det 'ordentlige' feltarbeid og dets umulighet i Norge" i Rugkåsa, Marianne og Thorsen, Kari Thorsen (red.): *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Førde, Olav-Helge. 1989  
 "Arbeidet med ny organisasjonsplan ved Regionsykehuset i Tromsø" i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 10/89:1101-2
- Geertz, Clifford. 1973  
*The Interpretation of Cultures. Selected essays*. USA: BasicBooks, A Division of HarperCollinsPublisher
- Geertz, Clifford. 1983  
*Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology*. New York: Basic Books.
- Geertz, Clifford. 1988.  
*Works and Lives. The Anthropologist as Author*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Geertz, Clifford. 1995  
*After the Fact. Two Countries. Four Decades. One Anthropologist*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Glaser, Barney G. 1978  
*Theoretical Sensitivity: Advances in methodology of Grounded Theory*. San Francisco: University of California
- Glaser Barney G. og Strauss, Anselm. 1967  
*The Discovery of Grounded Theory, Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Co.
- Good, Byron. 1995  
*Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge, New York: Cambridge University Press
- Goode, William. 1966  
 "'Professions' and 'Non-Professions' (Librarianship)" in Vollmer, Mills (eds): *Professionalization*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
- Goode, William. 1969  
 "The Theoretical Limits of Professionalization" in Etzioni, Amitai: *The Semi-Professions and Their Organization. Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: A division of Macmillan Publishing Co., Inc. London: Collier Macmillan Publisher.
- Greenwood, Ernest. 1966  
 "The Elements of Professionalization" in in Vollmer, Mills (eds): *Professionalization*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
- Grennes, Tone M. 1988  
 "Informanten har ordet" i *Antropress* nr 3, 14:1-4
- Grundt, Jan m.fl. (1982)  
*Helseplan for 1980-åra. Omlegging og utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Gullestad, Marianne. 1991  
 "Studiet av egen samtidskultur som utfordring" i *Norsk antropologisk tidsskrift*, nr 2, 1991: 3-9
- Gullestad, Marianne. 1999  
 "Kunnskap for hvem? Moderne virkeligheter og utfordringer for sosialantropologien" i *Norsk antropologisk tidsskrift* nr. 2, 1999: 81-96

- Gullestad, Marianne. 2003  
 “Kunnskap for hvem? Refleksjoner over antropologisk tekstproduksjon, formidling og tilbakeføring” i Rugkåsa, Marianne og Thorsen, Kari Trædal (red.) *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Haffner, Jon og Lund, Bengt-Lasse 1989  
 ”Brev til Styret for Regionsykehuset i Tromsø” i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 30/89:3140
- Hamran, Torunn. 1992  
*Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Hamran, Torunn. 1996  
 ”Effektivisering versus omorgsansvar”, i Lian, Olaug S. (red): *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano-Aschehoug
- Haraway, Donna. 1995  
 “Situerte kunnskaper: Vitenskapsspørsmål i feminismen og det parterielle perspektivets forrang” i Asdal, Kristin m.fl. *En kyborg til forandring – nye politikker i moderne vitenskaper og teknologier*. Oslo: Universitetet i Oslo, TMV Senter for teknologi og menneskelige verdier.
- Hastrup, Kirsten. 1991  
 ”Antropologiske studier af egen kultur” i *Norsk antropologisk tidsskrift* nr. 1, 1991: 10-14.
- Hauger, Line. 1978  
 ”Fysioterapi med og uten rekvisisjon” i *Fysioterapeuten* Vol. 45. September 1978: 328-33)
- Haukelien, Heidi. 2003  
 “Styring og intern diskurs i et norsk helseforetak” i *Norsk antropologisk Tidsskrift* nr. 2-3, 2003: 111-21
- Hernes, Helge. 1996  
*Social identifications and prosocial behavior among hospital employees*. Avhandling for graden dr.oecon. Bergen: Norges Handelshøyskole
- Horder, John. 2003  
 ”Foreword” in Leathard, Audrey *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Social Care*. London, New York: Routledge
- Howell, Signe. 2001  
 ”Feltarbeid i vår egen bakgård: noen refleksjoner rundt nyere tendenser i norsk antropologi” i *Norsk antropologisk tidsskrift* nr. 1-2, 2001: 16-24
- Howell, Signe. 2011  
 “Antropologiens utholdelige letthet. Æresforelesning, Norsk antropologisk forenings årskonferanse, Oslo, 6. mai 2011 i *Norsk antropologisk tidsskrift* nr. 2-3 2011:167-80.
- Hugman, Richard. 2003  
 ”Going round in circles? Identifying interprofessional dynamics in Australian health and social welfare” in Leathard, Audry (ed) *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Social Care*. London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Hulcrantz, Elisabeth. 1980  
*Undersøgelse i den primære sundhedstjeneste II. Sundhedssygeplejerskers organisation, funktioner og samarbejde*. København: Socialforskningsinstituttets publikation 97, 1980.

- Hviding, Edvard. 1998  
 ”Tilbakeføring’: Om antropologenes relasjoner i tid og rom” i *Norsk antropologisk tidsskrift* nr. 1, 1998: 3-4.
- Hydle, Ida. 2000  
 ”Antropologi i studiet av medisin og jus” i *Norsk antropologisk tidsskrift* nr. 1, 2000 (38-52)
- Hårstad, Lisbeth. 1973  
 ”Om fysioterapeutene bestemte behandlingen ...” i *Fysioterapeuten*, Vol 40. Mai 1973:141-4.
- Illich, Ivan. 1975  
*Medisinsk nemesis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Jamtvedt, Gro, Hagen, Kåre Birger, Bjørndal, Arild. 2003  
*Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Johnsen, Inger-Helene. 1983  
 ”Fysioterapeuter må være enge fagsjefer” i *Fysioterapeuten*. Vol. 50. Juni 1983: 271-2
- Johnson, Terence J. 1972  
*Professions and Power*. New York, Toronto: Macmillan.
- Jørstad, Jarl 1989  
 ”Leger og lederskap” i *Tidsskrift for den norske lægeforening* nr. 22, 1989:2209-10
- Keesing, Roger M. 1987  
 ”Anthropology as Interpretive Quest” in *Current Anthropology* Vol 28, nr 2:161-176
- Kjøller, Mette 1979.  
*Undersøgelse i den primære sundhedstjeneste I. Hjemmesygeplejersker, organisation, funktioner og samarbejde*. København: Socalforskningsinstituttets publikasjon 92, 1979
- Kjøller, Mette, Nord-Larsen, Mogens og Frimodt-Møller, Birthe. 1981  
*Undersøgelse i den primære sundhedstjeneste IV. Samarbejde i kerneteamet*.  
 København: Socalforskningsinstituttet og Institut for Almen Medicin, Københavns Universitet, Publication 106
- Kjølsrød Lise og Thornquist Eline. 2004  
 ”From a Liberal Occupation to an Occupation of the Welfare State. Norwegian Physiotherapy 1960-2000, in *Acta Sociologica*, September 2004, Vol 47(3): 277-289
- Kjølsrød, Lise. 2005  
 ”En tjenesteintens velferdsstat” i Frønes Ivar, Kjølsrød Lise (red): *Det norske samfunn, 5. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kramvig, Britt. 2006  
*Finnmarksbilder*. Tromsø: Universitetet I Tromsø, Institutt for Planlegging og lokalsamfunnsforskning, Det Samfunnsvitenskapelige Fakultet
- Krogstad, Anne. 1986  
 ”Pønkere og symbolendring. Fra ekstern provokasjon til intern moralisme” i *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr 6, 27:499-527
- Krogstad, Anne. 1988  
 ”Ekte kjærlighet - uten søt musikk. Et svar fra Anne Krogstad til Stein Lillevolden” i *Antropress* nr 4, 14:8-11
- Kullerud Guri og Øvestad Martha. 1983  
 ”Grenseoppgang? en kommentar fra Norsk Ergoterapeut Forbund” i *Fysioterapeuten*. Vol. 50. Februar 1983: 68-9



- Kurshefte Felleskurset 1992  
*Utdanning for samarbeid i helsetjenesten. Felles introduksjon til helsevesenets oppgaver og utfordringer. Kursmateriell og timeplan høsten 1992.* Tromsø: Universitetet i Tromsø og Tromsø helsefaghøgskole.
- Kursheftet Felleskurset 1995  
*Kommunikasjon, Læring, Samarbeid. Helse, sykdom, helsevesen. Felleskursets første studieår. Kursmateriell og timeplan.* Tromsø: Universitetet i Tromsø og Høgskolen i Tromsø
- Lakoff, George og Johnson, Merck. [1980] 2003  
*Hverdagslivets metaforer. Fornuft, følelser og menneskehjernen.* Oslo: Pax Forlag A/S.
- Larsen, Mai-Liss. 1994  
*Samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjonene.* Tromsø: Norut Samfunnsforskning, Rapport 02/94
- Larsen, Tord. 1999  
 "Antropologiens kulturbegrep" i Gerrard, Siri, Melby, Kari, Repstad, Pål. (red): *Kulturforståelser i fagene.* Kristiansand: Høgskoleforlaget
- Larsen, Øivind, Berg, Ole og Hodne Fritz. 1986  
*Legene og samfunnet.* Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo: Den norske lægeforening
- Larson, Magali Sarfatti. 1977  
*The rise of professionalism: a sociological analysis.* Berkeley California: University of California Press
- Larson, Magali Sarfatti. 1990  
 "In the matter of experts and professionals, or how impossible it is to leave nothing unsaid in Torstendahl Rolf, Burrage Michael (eds): *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy.* London: Sage Publications.
- Latour, Bruno og Woolgar Steve [1979] 1986  
*Laboratory life. The Construction of Scientific Facts.* Princeton New Jersey: Princeton University Press
- Leathard, Audrey. 2003a  
 "Introduction" in Leathard, Audrey (ed). *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Social Care.* London, New York: Routledge.
- Leathard, Audrey. 2003b  
 "Policy overview" in Leathard, Audrey (ed). *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Social Care.* London, New York: Routledge.
- Levine, Donald N. 1994  
*The flight from Ambiguity. Essays in Social and Cultural Theory.* Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Lian, Olaug S. 1996a  
 "Norsk helsevesen – utfordringer og utviklingstrekk" i Lian, Olaug S. (red): *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys.* Oslo: Tano-Aschehoug
- Lian, Olaug S. 1996b  
 "Helsegodenes fordelingslogikk" i Lian, Olaug S. (red): *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys.* Oslo: Tano-Aschehoug
- Lian, Olaug. 1999  
*Mellom Hippokrates og Adam Smith: Om utilitarisme, helsereformer og den medisinske kultur.* Doktoravhandling. Tromsø, Institutt for sosiologi

- Lian, Olaug. 2003  
*Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten.*  
 Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS
- Lærum, Ole Didrik. 2005  
*Gamledoktoren forteller.* Bergen: Vigmostad & Bjørke
- Løchen, Yngvar. 1971  
*Behandlingssamfunnet. Sosiologiske essays om forholdet mellom medisin og samfunn.*  
 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Løchen, Yngvar. [1965] 1976  
*Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning.* Oslo:  
 Universitetsforlaget
- Løchen, Yngvar. 1996  
 ”Drivkreftene bak helsetjenestens utvikling” i Lian, Olaug S. (red) *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys.* Oslo: Tano Aschehoug
- Marcus, George E. 1986  
 “Contemporary Problems of Ethnography in the Modern World System” in Clifford and Marcus (eds) *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography.* Berkely, London: University of California Press
- Marcus, George, E. 1995  
 ”Ethnography in/of the world system: The emergence of Multi-Sited Ethnography, in *Annual Review of Anthropology* 1995. 24: 95-117.
- Marcus George E og Fisher Michael MJ. 1999.  
*Anthropology as Cultural Critique. An Experimental Moment in the Human Sciences.*  
 Chicago, London: The University of Chicago Press
- Martinsen Kari og Wærness Kari. 1978  
 ”Sykepleierrollen – en undertrykt kvinnerolle i helsesektoren” i Ringen, Anders (red) *Helsepolitikk og samfunn.* Oslo: Tiden Norsk forlag
- Martinsen, Kari. 1989  
*Omsorg – sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays.* Oslo: Tano
- Martinsen, Kari. 2000  
*Øyet og kallet.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, Kari. 2005  
*Samtalen, skjønnnet og evidensen.* Oslo: Akribe
- Mauss, Marcel. [1950] 1995  
*Gaven. Utvekslingens form og årsak i arkaiske samfunn.* Oslo: Cappelen Akademiske Forlag AS
- Melby, Kari, Bentsborg, Liv og Larsen, Relsen. 2000  
*Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie.* Oslo: Norsk sykepleierforbund og J.W. Cappelens forlag
- Miller Carolyn og Freeman Marine. 2003  
 ”Clinical teamwork. The impact of policy on collaborative practice” in Leathard, Audry (ed): *Interprofessional Collaboration. From policy to practice in health and social care.* London, New York: Routledge
- Moore, Henrietta. 1995  
*A Passion for Difference. Essays in Anthropology and gender.* Cambridge: Polity Press
- Måseide, Per. 1987  
*Interactional Aspects of Patient Care. The social organization of medical adequacy in a hospital ward.* Bergen: University of Bergen, Department of Sociology, Occasional Papers, Nr. 160093

- Ness, Nils Erik. 1990  
*Problembasert læring – PBL – ved ergoterapeututdanningen i Trondheim.* Trondheim: Trondheim helsefaghøgskole, ergoterapeututdanninga.
- Neumann, Iver B. 2001  
*Mening, materialitet, makt: En innføring I diskursanalyse.* Bergen: Fagbokforlaget
- Neumann, Iver B. 2002  
 ”Forord.” i Foucault, Michel: *Forelesninger om regjering og styringskunst.* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Neumann, Iver B. 2003  
 ”Innledning: Regjeringsbegrepet og regjeringens historiske fremvekst” i Neumann, I. og Sending, OJ. *Regjering i Norge. Makt- og globaliseringsutredningen.* Oslo: Pax Forlag A/S.
- NFF. 1980  
 ”Autorisasjon av kiropraktorer” i *Fysioterapeuten*, Vol. 47. Februar 1980:71-2.
- NFF. 1981a  
 ”Fysioterapi innebærer behandlingsansvar” i *Fysioterapeuten*, Vol. 48. Januar 1981: 11-13
- NFF. 1981b  
 ”Fysioterapeuter må være egne fagsjefer” i *Fysioterapeuten*, Vol. 48. September 1981: 436-7
- NFF. 1982.  
 ”Fysioterapi – ansvars- og arbeidsområder. Utarbeidet spesielt med tanke på avgrensning til andre yrker” i *Fysioterapeuten*. Vol. 49. September 1982: 383-95
- NFF. 1983.  
 ”Takstene kan bli forenklet, men ansvarsforholdet mellom lege og fysioterapeut er fortsatt uklart” i *Fysioterapeuten* Vol. 50. Mai 1983: 219-21
- Nielsen, Finn Sivert. 1996  
*Nærmere kommer du ikke ... Håndbok i antropologisk feltarbeid.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Nilsen, Ragnhild. 2003  
 ”Utrygghet i veilederrollen skapte problemer for helsefagstudentene” i *UNIPED* 01/04:43-6
- Nilsen, Ragnhild. 2004  
 ”Og de her doktoran som putret hele tida...” *Felleskurs første studieår, et narratologisk perspektiv.* Eureka ISBN: 82-7389-063-5
- Nordlys, Nyheter 1989  
 ”Uholdbar maktkamp rammer Nord-Norge” i *Nordlys* 24.10.1989:12
- Nordahl, Jann. 1975.  
 ”Viktige spørsmål fra NFFs formann Jann Nordahl” i *Fysioterapeuten*, Vol. 42. Januar 1975:1
- Nortvedt Monica W. og Hanssen Tove A. 2001a  
 ”Evidensbasert sykepleie” i *Sykepleien* 16: 59-61
- Nortvedt Monica W. og Hanssen Tove A. 2001b  
 ”Hvordan komme i gang?” i *Sykepleien* 17: 39-42
- Nortvedt Monica W. og Hanssen Tove A. 2001c  
 ”Styrke og begrensninger ved evidensbasert sykepleie” i *Sykepleien* 18: 42-45
- Nortvedt Monica W., Jamtvedt Gro, Graverholt Birgitte og Reinart Liv Merete. 2007  
*Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere.* Oslo: Norsk sykepleierforbund

- Nygård, Lars. 1986  
 ”Heimesjukepleia i den kommunale omsorgstenesta” i Bølstad, Jan (red):  
*Kommunehelsetjenesten – samarbeid, rettigheter og muligheter*. Oslo: Tano.
- Ortner, Sherry B. 1973  
 “On Key Symbols” in *American Anthropologist* 75, 1973, 1338-46
- Ortner, Sherry B. 1999  
 ”Introduction” in Ortner Sherry B. (ed): *The Fate of Culture. Geertz and Beyond*.  
 California, London: University of California Press.
- Ortner, Sherry B. 2002  
*Making Gender. The Politics and Erotics of Culture*. Boston: Beacon Press
- Ostrander, David. 2003.  
 ”One- and two-dimensional models of the distribution of beliefs”, in Douglas Mary:  
*Collected works. Essays in the sociology of perception*. London, New York:  
 Routledge, Taylor & Francis Group.
- Otterstad, Hans Knut. 1986  
 “Samarbeid I kommunehelsetjenesten – forutsetninger og realiteter” i Bølstad, Jan  
 (red): *Kommunehelsetjenesten – samarbeid, rettigheter og muligheter*. Oslo: Tano.
- Parsons, Talcott. 1966  
 “Professional Groups and Social Structure (Professions and Business management)” in  
 Vollmer, Mills (eds): *Professionalization*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-  
 Hall
- Pettersen, Roar C. 1995  
*PBL – konsept, modell, metode: en introduksjon til problembasert læring*. Fredrikstad:  
 Storhaug publikasjon
- Ricoeur, Paul. [1975] 2006  
*The Rule of Metaphor*. London, New York: Routledge Classics
- Ringen, Anders. 1978  
 “Forord” i Ringen, Anders (red): *Helsepolitikk og samfunn*. Oslo: Tiden Norsk Forlag
- Ritzer, George. 1971  
 “Professionalism and the individual” in Freidson (ed) *The Professions and Their  
 Prospects*. Beverly Hills, London: Sage Publications
- Rosaldo, Michelle Z. og Lamphere, Louise (eds.). 1974  
*Women, Culture and Society*. Stanford: Stanford University Press.
- Rosaldo, Michelle. 1992  
*Knowledge and Passion. Illongot Notions of Self & Social Life*. New York, Cambridge  
 University Press
- Rosenlund, Bent. 1989  
 ”Hvem bør styre sykehusene?” i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 33,  
 1989:3481-3
- Rugkåsa Marianne og Thorsen Kari Trædal. 2003  
 ”Utfordringer i antropologiske studier i Norge” i Rugkåsa, Marianne og Thorsen, Kari  
 Trædal: *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge*. Oslo:  
 Gyldendal Akademisk
- Sackett, David, Richardson, Scott W., Rosenberg, William og Haynes, Brian R. 1997  
*Evidence-based Medicine. How to Practice & Teach EBM*. New York, London:  
 Churchill Livingstone
- Samarbeidsgruppen mellom fagorganisasjonene (1972-77). 1977  
 “Stortingsmelding nr. 13, 1976-77: om organiseringen av fremtidig utdanning av  
 sosial og helsepersonell” i *Fysioterapeuten* nr 11, 1976: 410-13

- Sandaa, Astrid. 1974  
 "Om formynderi og egne ben" i *Fysioterapeuten*, Vol. 41. April 1974: 151-2
- Schackt, Jon. 1992  
 "Postmoderne utfordringer for sosialantropologisk kunnskapsproduksjon" i *Norsk antropologisk tidsskrift* nr. 1, 1992: 92-104
- Schiøtz, Aina. 2003  
*Doktoren: Distriktslegenes historie 1900-1984*. Oslo: Pax
- Schutz, Alfred. 1971  
*Collected Papers I*. The Hague: Martinus Nijhoff, Third unchanged edition.
- Schutz, Alfred. 1996  
*Collected Papers IV* (Edited by Wagner, Helmut, Psthas, George, Kersten, Fred). Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers
- Silén, Charlotte, Normann, Susann og Sandén, Inger. 1989  
*Problebaserad Inläring: en beskrivning av ideologi och pedagogisk referensram*. Linköping: Hälsouniversitetet, Vårdhögskolan i Östergötland
- Skjervheim, Hans. 2001  
*Deltakar og tilskodar – og andre essays*. Oslo: Ide & Tanke, Aschehoug
- Slagstad, Rune. 2001  
*De nasjonale strateger*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Slaatto, Gunvor. 1972  
 "Profesjonalisering. Kvar står vi i denne prosessen?" i *Fysioterapeuten* Vol 39. Juni 1972:193-6
- Smedal, Olaf. 1994  
*Making place: houses, lands and relationships among Ngadha Central Flores*. Doktorgradsavhandling. Sosialantropologisk Institutt, Universitetet i Oslo
- Solheim, Jorunn. 1998  
*Den åpne kroppen. Om kjønnsymbolikk i moderne kultur*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Spradley, James P. 1980  
*Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston
- Spradley, James P. og McCurdy, David W. 1980  
*Anthropology. The Cultural Perspective*. Toronto: John Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane Toronto
- Spradley James P. og McCurdy David W. 1988  
*The Cultural Experience. Ethnography in Complex Society*. Illinois: Waveland Press, Inc.
- Stalsbergutvalget. 1990  
*Utdanning for samarbeid i helsetjenesten*. Innstilling fra utvalg oppnevnt av Høgskolestyret i Troms og Universitetet i Tromsø, mars 1990
- Storaker, Torunn. 1982  
 "Rekvisisjonsordningen – en begrensning for god fysioterapi" i *Fysioterapeuten* Vol. 49. Mai 1982: 208-10.
- Sullivan, Toni. 1998a  
 "Preface" in *Collaboration: A Health Care Imperative*. New York, London: McGraw-Hill
- Sullivan, Toni. 1998b  
 "Concept Analysis of Collaboration: Part I" in Sullivan, Toni *Collaboration: A Health Care Imperative*. New York, London: McGraw-Hill
- Swidler, Ann. 1986  
 "Culture in action: symbol and strategies" in *American Sociological Review*, Vol.51. April 1986 (273-286)

- Sykepleien 1990  
 ”Plikt til å ha tillitsvalgte?” i *Sykepleien* nr. 1/90
- Sønneland Line og Aartun Berit. 1974  
 ”Distriktsfysioterapi i praksis” i *Fysioterapeuten* nr. 6, 1974: 218-222
- Sønneland Line og Telje Jo. 1975  
 ”Samarbeid. Samarbeidsformene mellom fysioterapeuter og leger drøftet i Tromsø” i *Fysioterapeuten* Vol. 42. Mars 1975:91-2.
- Sørhaug, Tian. 1996  
*Fornuftens fantasier. Antropologiske essays om moderne livsformer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørhaug, Tian. 2003  
 ”Fra plan til reformer: Det store regjeringsskiftet” i Neumann, I.B. og Sending, O.J. (red.) *Regjering i Norge*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Thornquist Eline og Bunkan Berit. 1986  
*Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget
- Thornquist, Eline. 1988a  
*Fagutvikling i fysioterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thornquist, Eline. 1988b  
*Vårt selvbilde: hvordan vi formidler oss selv og faget vårt*. Bergen: Studia forlag
- Thornquist, Eline. 1996  
 ”Dokumentasjon: Mål(ing) og mening” i *Fysioterapeuten* nr. 9, 1996:14-22
- Thornquist, Eline. 1998  
*Klinikk – kommunikasjon – informasjon*. Oslo: ad Notam Gyldendal
- Thornquist, Eline. 2003  
*Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: fagbokforlaget
- Thuen, Trond. 1998  
 ”Metode, etikk og de andre. En kommentar til Anne Leseth og R. Elise Johansen” i *AntropologiNytt* nr. 2, 1998: 21-26
- Tidsskrift for Den norske lægeforening. 1988  
 ”Lægeforeningen kritisk til ny organisasjonsplan ved Regionsykehuset i Tromsø” i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 33 1988:31333-6
- Tidsskrift for Den norske lægeforening. 1989a  
 ”Tromsøsaken” i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 26/89:2713-5
- Tidsskrift for Den norske lægeforening. 1989b  
 ”Hvem bør lede medisinsk virksomhet – og hvorfor” i *Tidsskrift for Den norske lægeforeningen* nr. 30 1989:3137-8
- Torgersen, Ulf. 1972  
*Profesjonssosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Torgersen, Ulf. 1994  
*Profesjoner og offentlig sektor*. Oslo: Tano A/S
- Torstendahl, Rolf. 1990.  
 “Introduction: promotion and strategies of knowledge-based groups” in Torstendahl, Rolf, Burrage Michael (eds) *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*. London: Sage Publications
- Turner, Edith. 1997  
 “Prologue: Exploring the Trail” in Turner, Edith in *Blazing the Trail- Way Marks in the Exploration of Symbols*. Victor Turner. Tucson, London: The University of Arizona Press

- Turner, Victor. 1970  
 “Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites de Passage” in Turner, Victor *The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual*. Ithaca, London: Cornell University Press
- Turner, Victor. [1974] 1996  
*Dramas, Fields, and metaphors, Symbolic action in Human Society*. Ithaca, London: Cornell University Press
- Turner, Victor. 1997  
 “Encounter with Freud: The Making of a Comparative Symbologist” in Turner Edith: *Blazing the Trail- Way Marks in the Exploration of Symbols. Victor Turner*. Tucson, London: The University of Arizona Press
- Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) 2003  
*Årsmelding 2003*
- Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) 2004  
*Årsmelding 2004. Tromsø*
- Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) 2005  
*Årsmelding 2005. Tromsø*
- Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) 2006  
 UNNs hjemmeside: <http://www.unn.no/category10083.html> (2006)
- Van Maanen, John. 2002  
*Tales of the Field. On Writing Ethnography*. Chicago, London: The University of Chicago Press
- Vanclay, Loncia. 2003  
 ”Supporting Families. An interprofessional approach” in Leathard, Audrey (ed) *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Social Care*. London, New York: Routledge.
- Veening, Inger Marie. 1987  
 ”Fjern rekvisisjonsordningen” i *Fysioterapeuten* nr. 10, 1987: 13
- Veening Inger Marie, Tischbein Ingrid. 1985  
 ”Fysioterapeuter som egne fagsjefer” i *Fysioterapeuten*, Vol. 52. Mai 1985
- Vike, Halvard, Bakken, Runar, Brinchmann, Arne, Haukelien, Heidi, Kroken, Randi. 2003a  
*Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Vike, Halvard. 2003b  
 “Formelt organiserte verdener” i Rugkåsa, Marianne og Thorsen, Kari Trædal: *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vike, Halvard. 2004  
*Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribes
- Vinje, Aasmund Olafsson. 1975  
*Blomer veks i såret*. Oslo. Den norske Bokklubben
- Vollmer Howard M. og Mills Donald L. 1966a  
 “Editors’ introduction”, in Vollmer, Mills (eds): *Professionalization*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
- Vollmer Howard M. og Mills Donald L. 1966b  
 “Professionalization and Technological Change” in Vollmer, Mills (eds): *Professionalization*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
- Vollmer Howard M. og Mills Donald L. 1966c  
 “The Social Context of Professionalization” in Vollmer, Mills (eds): *Professionalization*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall

- Wadel, Cato. 1991  
*Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek A/S.
- Walby, Silvia and Greenwell, June with Mackay, Lesley and Soothill, Keith. 1994  
*Medicine and Nursing. Professions in a Changing Health Service*. London: Sage Publications
- Walls, George. 1982  
 "Heath Care and Social Welfare in cooperation. Jyväskylä Studies" in *Education, Psychology and Social Research* 48, Jyväskylä: Jyväskylä University Library
- Weiner, Annette. 1988  
*The Trobrianders of Papua New Guinea*. New York: Holt, Rinehart & Winston
- Westrin, Claes Göran. 1986  
 "Primary Health Care: Co-operation between Health and Welfare Personnel. An International Study", in *Scandinavian Journal of Social Medicine*. Supplement 38.
- White, Hayden. 2003  
*Historie og fortelling. Utvalgte essay*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Wibeck, Victoria. 2000  
*Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersøkingsmetode*. Lund: Studentlitteratur
- Wilding, Paul. 1982  
*Professional Power and Social Welfare*. London, Boston: Routledge & Kegan Paul.
- X kommune 2003  
*Individuell plan*
- X kommune 2004  
*Årsmelding*
- X kommune. 2005  
*Handlingsplan for pleie- og omsorgstjenesten i ...* kommune.
- Østby, Bjørn Arild. 1989a  
 "Det var en strid... Bakgrunnen for situasjonen ved Regionsykehuset i Tromsø" i *Sykepleien* nr. 10/89:4-6
- Østby, Bjørn Arild. 1989b  
 "Når medisin er alt – og omvendt ... i *Sykepleien* nr. 10/89:8-10
- Østby, Bjørn Arild. 1990  
 "Tromsø-saken – en oppsummering" i *Sykepleien* nr. 1/90:7

## Offentlige lover og utredninger

Inst. S. nr. 236(1972-73) *Innstilling fra sosialkomiteen om helsetjenesten utenfor sykehus*

Inst. S. nr. 300(1976-77) *Innstilling fra den forsterkede Kirke- og undervisningskomité om organiseringen av den fremtidige utdanningen av sosial- og helsepersonell*.

Inst. S nr. 120(1988-89) *om helsepolitikken mot år 2000*.

Helsedirektoratet 2003

*Helsedirektoratets veileder: Felles forståelse – individuell registrering. Veileder til registrering av IPLOS-opplysninger. Versjon 1.0, november 2003*

Lov om sykehus m.v. av 1969 (Odelstingsproposisjon nr. 36 (1967-68))

Lov om helsetjenesten i kommunene. Lov-1982-11-19-66. Ikrafttredelse 1984-01-01.



Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Lov-1999-07-02-61.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Lov-1999-07-02-62.

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Lov-1999-07-02-63

Lov om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven). Lov-1999-07-02-64.

NOU 1972: 23 *Utdanning av sosial- og helsepersonell* (Bjørnson-komiteens innstilling)

NOU 1986:4 *Samordning av helse- og sosialtjenesten*

NOU 1988: 28 *Med viten og vilje*

NOU 1997: 2 *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*

Sosialdepartementet. 1992

*Prioriterte mål og oppgaver i 1992. Programnotat V. Sekretariatet for modernisering og effektivisering i helsesektoren (SME) (SME-rapport 1992).*

Sosialdepartementet. 1993a

*Forslag til nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Utarbeidet av arbeidsgruppe oppnevnt av Sosialdepartementet*

Sosialdepartementet. 1993b

*Prioriterte mål og oppgaver i 1993. Programnotat VI. Sekretariatet for modernisering og effektivisering i helsesektoren (SME) (SME-rapport 1993).*

Sosial – og helsedepartementet. 1997

*Rundskriv I 13/97 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.*

St.meld. nr. 85 (1970-71) *Om helsetjenesten utenfor sykehus*

St.meld. nr. 13 (1976-77) *Om organiseringen av den fremtidige utdanningen av sosial og helsepersonell*

St.meld. nr. 66 (1984-85) *Om høyere utdanning*

St.meld. nr. 19 (1986-87) *Om høgre utdanning, Tillegg til St.meld. nr. 66 (1984-85).*

St.meld. nr. 40 (1990-91) *Fra visjon til virke. Om høgre utdanning.*

St.meld. nr. 41 (1987-88) *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.*

St.meld. nr. 50 (1993-94) *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.*

St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*

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

St.meld. nr. 28 (1999-00) *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene – Omsorg 2000*  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850>

St.meld. nr. 45 (2002-2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/sok.html?querystring=St.meld.nr.45\(2002-2003\)&id=86900](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/sok.html?querystring=St.meld.nr.45(2002-2003)&id=86900)

St.meld. nr. 5 (2003-2004) *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.*  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20032004/stmeld-nr-5-2003-2004-.html?id=197375>

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*

## **Fra arkivet – Helseutdanningsprosjektet i Tromsø**

1988:

- Brev av 29.03.88 fra Sosialdepartementet til Universitetet i Tromsø og Høgskolestyret i Troms

1989:

- Brev av 19.01.89 til Høgskolestyret i Troms og Universitetet i Tromsø fra gruppen med representanter fra Fylkeslegen i Troms, Fagområdet medisin UiT, Sykepleierhøgskolen i Tromsø og Høgskolestyret i Troms.
- Referat fra møtet Høgskolestyret i Troms, februar 1989
- Referat fra styremøtet ved Universitetet i Tromsø, februar 1989
- Brev av 15.02.89 fra universitetsdirektøren til Fagområdet medisin
- Referat fra møtet i Helseutdanningsutvalget 20.04.89
- Referat fra møtet i Helseutdanningsutvalget 10.05.89

1990

- Innstilling fra utvalg oppnevnt av Høgskolestyret i Troms og Universitetet i Tromsø, mars 1990 – *Utdanning for samarbeid i helsetjenesten*
- Referat fra møtet i Høgskolestyret i Troms 26.04.90
- Referat fra møtet i styret ved Universitetet i Tromsø 10.05.90
- Brev av 15.05.90 fra Sykepleierhøgskolen i Tromsø til Høgskolestyret i Troms
- Brev av 21.05.90 fra universitetsdirektøren til Helseutdanningsutvalget
- Brev av 21.05.90 fra Ergoterapeututdanningen til Høgskolestyret i Troms
- Brev av 19.06.90 fra Sykepleierhøgskolen til Høgskolestyret i Troms
- Brev av 19.06.90 fra Fysioterapeututdanningen i Tromsø til Høgskolestyret i Troms
- Brev av 05.09.90 fra Bioingeniør- og radiografhøgskolen til Høgskolestyret i Troms
- Brev av 05.10.90 Fra Studiestyret ved Fagområdet medisin til universitetsdirektøren
- Brev av 31.10.90 fra høgskoledirektøren til Helseutdanningsutvalget
- Referat fra møtet i Høgskolestyret i Troms 21.11.90
- Brev av 23.11.90 fra Fylkeslegen i Troms til Helseutdanningsutvalget
- Brev av 26.11.90 fra Universitetet i Tromsø til Helseutdanningsutvalget

- Notat av 27.11.90 fra Helseutdanningsutvalget v/ dets sekretær Ingunn Ytrehus
- Notat av 29.10.90 fra Helseutdanningsutvalget v/ dets sekretær Ingunn Ytrehus
- Brev av 23.11.90 fra Fylkeslegen til Helseutdanningsutvalget
- Brev av 26.11.90 fra Universitetet i Tromsø til Helseutdanningsutvalget
- Brev av 03.12.90 fra Høgskolestyret i Troms til helseutdanningsutvalget

1992

- *Kurshefte for felleskurset 1992 – Utdanning for samarbeid i helsetjenesten. Felles introduksjon til helsevesenets oppgaver og utfordringer. Kursmateriell og timeplan, høsten 1992*
- Studentenes evaluering av Felles introduksjon ved THH/UiTø høsten 1992
- Veilederne evaluering av felles introduksjonskurs høsten 1992 v/Ingunn Ytrehus Helseutdanningsprosjektet, Universitetet i Tromsø, Høgskolen i Tromsø
- Notat av 23.11.92 til styret ved Institutt for Samfunnsmedisin UiTø fra en av deres Felleskursveiledere
- Brev fra sykepleierutdanningen til administrasjonen ved Tromsø helsefaghøgskole (arkivnr 016.2)



# VEDLEGG

## Vedlegg 1

### ARTIKLER MED RELASJON TIL STRIDEN RUNDT ENDRING AV LEDELSESSTRUKTUR VED REGIONSYKEHUSET I TROMSØ 1988 – 1989.

#### SYKEPLEIEN – Tidsskrift for Norsk Sykepleierforbund

Leder av Norsk Sykepleierforbund Anne Karin Brokhaug

”Godt nytt år”		nr. 1/89:3
”Felles ledelse mot felles mål”		nr. 10/89:3
”Ta ledelse på alvor”		nr. 11/89:3
”Administrasjonsutdanning og erfaring – nødvendig for ledere i sykehus?”		nr. 17/89:3
”Med kurs for fremtiden”		nr. 20/89:3
”Foreldet ledelsesstruktur”		nr. 21/89:3
”Leger og sykepleiere med felles syn på ledelse”		nr. 6/91:4
”Hva er galt med to-delt ledelse”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 8/89:23
”Det var en strid... Bakgrunnen for situasjonen ved Regionsykehuset i Tromsø”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 10/89:4-6
”Når medisin er alt og omvendt”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 10/89:8-10
”Like langt i Tromsø?”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr. 10/89:11
”Sentrale helsemyndigheter - Gruppleledelse løser Konflikten”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr. ??/89:2
”Endelig ro om sykehusavdelingene?”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr. 11/89:22 og 28
”Det er ingen hvitfrakkede krigere”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 17B/89:8
”Profesjonelle bremsklosser?”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 17B/89:9
”Støtte til sykepleierne i Tromsø”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr.19/89:20-21
”Vilje til samarbeid”	<i>Siv Barstad Heide</i>	nr. 19B/89:9
”Trampekjøl for Tromsø”		nr. 19B/89:11
”Ta ledelse på alvor, skaff deg utdanning!”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr. 19B/89:24
”Inngangen”	<i>Vidar Kildahl</i>	nr. 1/90:1
”Uavhengig evaluering!”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr. 1/90:6
”Plikt til å ha tillitsvalgte”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr. 1/90:6
”Tromsø-saken – en oppsummering”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 1/90:7
”Mørketid i Tromsø”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr. 1/90:10-11
”Intet nytt fra Nord-fronten”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 1/90:12-13
”Sykehusets lokale ’EF-avstemning”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 1/90:13
”Utbrent oversykepleier gir opp”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr. 1/90:14-15
”Ulvne funnes på sykehuset”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 1/90:15
”Skomakeren som burde blitt ved sin lest?”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 1/90:16-17
”Mønsterpost på nedtur?”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr. 1/90:18-19
”Hva nå prosjektleder?”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 1/90:20-21
”Utblåsninger kan stoppes”	<i>Bjørn Arild Østby</i>	nr. 1/90:21
”Ledelsesutvalget: sykepleiere kan lede avdelinger”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr. 16/90:8
”Plaster på såret”	<i>Kjell Arne Bakke</i>	nr. 17/16
”Enighet om ledelse i sykehus”	<i>Vidar Kildahl</i>	nr. 5/91:5
”KS vil ha slutt på profesjonskampen”	<i>Marit Fonn</i>	nr. 5/91:??

## Tidsskrift for den Norske Lægeforening

Alle artiklene er publisert i den delen av tidsskriftet som kalles "Forum for stands- og foreningsinteresser".

"Lægeforeningen kritisk til ny organisasjonsplan ved Regionsykehuset i Tromsø"	Lægeforeningens sekretariat	nr. 33/88:31333-6
"Arbeidet med ny organisasjonsplan ved Regionsykehuset i Tromsø"	Olav-Helge Førde	nr. 10/89:1101-2
"Ledelse og organisering av sykehusavdelinger"	Ole B Hovind	nr. 11/89:1202
"??? Lægeforeningens årsmelding, pkt 7. Diverse saker 7.1.01 Ledelse av sykehusavdelinger"		nr. 14/89:1574
"Ledelse av sykehusavdelinger – striden i Tromsø"	Sekretariatet	nr. 15/89:1674
"Leger bør fortsatt ha ansvaret"	Inge Romslo	nr. 16/89:1817
"Leger i ledelse og administrasjon i norsk helsetjeneste"	Terje Wiberg	nr. 16/89:1818
"Landsmøtet 1989: Klar markering av Lægeforeningens profil"	Vibeke Nordahl	nr. 22/89:2189-95
"Et helhetlig syn på helsepolitikk og større politisk ansvar."	Presidentens tale til landsmøte	nr. 22/89:2203-8
"Leger og lederskap"	Jarl Jørstad	nr. 22/89:2209-10
"Ledelse av sykehus"	Helge L. Waldum	nr. 22/89:2210-1
"Tromsøsaken"	Lægeforeningens sekretariat	nr. 26/89:2713-5
"Hvem bør lede medisinsk virksomhet – og hvorfor"	Lægeforeningens sekretariat	nr. 30/89:3137-8
"Brev fra sentralstyret. Brev til Sosialdepartementet"	Lund og Strand	nr. 30/89:3138-9
"Brev til Styret for Regionsykehuset i Tromsø"	Hafner og Lund	nr. 30/89:3140
"Ledelse av kliniske avdelinger i sykehus"	Jan H Brox	nr. 30/89:3141-2
"Turnuskandidater om ledelse. Kjære turnuskandidater og kolleger"	Rud og Bødtker	nr. 32/89:3368
"Hvem bør styre sykehusene?"	Bent Rosenlund	nr. 33/89:3481-3
"Hvem er egnet til å lede våre sykehusavdelinger?"	Magne Moland og Per Moland	nr. 1/90:120-2
"Hvem skal lede sykehusavdelingene?"	Bent Rosenlund	nr. 2/90:268-9
"Lederutdanning for overordnede leger ved sykehus"	Hoftvedt, Paus, Lie, Selset, Steen, Aandahl	nr. 9/90:1136-8.

## Landsdelsavisen Nordlys

"Nå skal RST få krig!"	Bjørn H. Larssen	03.12.1988 s:4
"Legene kan ikke lede sykepleierne"	Bjørn H- Larssen	06.12.1988 s:13
"Sykepleierne føler seg dolket i ryggen"	Bjørn H. Larssen	06.12.1988 s:13
"Sykehus-strid"	Leder	07.12.1988 s:4
"RST-strid – Vi vil ikke lure noen"	Vigdis M. Bendiksen	07.12.1988 s:15
"RST-bråk – Masseoppsigelser"	Merethe Ekanger	07.12.1988 s:15
"Blokade av RST fra fredag"	Bjørn H. Larssen	08.12.1988 s:15
"RST-saka – Styret må slå kontra"	Bjørn H. Larssen	08.12.1988 s:15
"Fredspipe allerede i dag?"	Bjørn H. Larssen	09.12.1988 s:13
"Skriver til Gro"	Nyheter, helse	09.12.1988 s:13
"Støtter styret"	Nyheter, helse	09.12.1988 s:13
"Skal sykepleierne styre?"	Merethe Ekanger	09.12.1988 s:13
"Hjelpepleierne aksjonsklare"	Merethe Ekanger	09.12.1988 s: 13
"Vedtaket"	Overlegene Indahl, Mæhlumshagen, Thoner	09.12.1988 s:4
"RST-saka – Velkommen på jobb"	Bjørn H. Larssen	10.12.1988 s: 6

”Navn i nyhetene: [RST-styreleder] Karin Næsvold	Lørdag	10.12.1988 s:30
”Konflikt – Pasientene får lide”	Terje Olsen	10.12.1988 s:6
”Til pasientenes beste”	Leder	10.12.1988 s:8
”Ny utdanning for helsearbeidere. Sosialminister Tove Strand Gerhardsen setter sin lit til Tromsø igjen”	Bjørn H. Larssen	13.12.1988 s:14
”RST-ledere. Populære lederjobber”	Bjørn H. Larssen	21.09.1989 s:10
”Tilspisset om RST – lederstillinger”	Øyvind Sundheim	05.10.1989 s: 7
”Tror ikke på legene”	Nyheter, helse	13.10.1989 s:15
”Hvis sykepleiere blir avdelingsledere på RST: Legene til masse-oppsigelser!”	Øyvind Sundheim	13.10.1989 s:15
”Pasienter rammes ikke. Knivene slipes. Armene brettes opp til det avgjørende slaget”	Lars Egil Mogård	14.10.1989 s:21
”Utendig profesjonsbråk. Den gamle legestriden ved Regionsykehuset i Tromsø har eksplodert igjen”	Politikk, hels	20.10.1989 s:4
”Ny RST-kabal”	Skjalg Andreassen	20.10.1989 s:12
”Sykepleierne trapper opp krigen – Søk ikke RST-jobb”	Lars E. Mogård	21.10.1989 s:7
”Anbefalte sykepleier som avdelingsleder: Presset ut av stillingen”	Bjørn H. Larssen	23.10.1989 s:3
”RST kan bli totalt lammet”	Bjørn H. Larssen	23.10.1989 s:3
”Gå stille tal sakte”	Politikk, helse	23.10.1989 s:4
”Uholdbar maktkamp rammer Nord-Norge”	Nyheter, helse	24.10.1989 s:12
”Sykehuset kan bli lammet på kort tid”	Merethe Ekanger	24.10.1989 s:12
”Norsk Sykepleierforbund (NSF) vedtok mandag å gå til landsomfattende politisk demonstrasjonsstreik”	Nyheter, helse	14.10.1989 s:12
”Støtte til RST-styret”	Nyheter, helse	24.10.1989 s:13
”Maktkampen ’Det er en skammelig maktkamp som nå rammer Nord-Norge og helsetilbudene””	Leder	25.10.1989 s:4
”RST-strid – Sykepleiere bør få sjansen”	Bjørn H. Larssen	25.10.1989 s:8
”Profesjonsstrid. RST-krigen i Arbeidsretten”	Nyheter, helse	26.10.1989 s:11
”Pasientene skal skånes”	Kjell G. Eriksen	27.10.1989 s:7
”RST-striden. ’Ingen fare – vi opererer som før””	Kjell G. Eriksen	28.10.1989 s:6
”Duell i hvitt”	Kjell G. Eriksen	28.10.1989 s:42
”Sykepleierne ved RST ber om fredsmøte”	Bjørn H. Larssen	01.11.1989 s:8
”RST-pasienter til Rikshospitalet”	Bjørn H. Larssen	02.11.1989 s:15
”To-delt RST-ledelse?”	Bjørn H Larssen	03.11.1989 s:13
”Endelig et gjennombrudd. Ny skisse løser profesjonsstriden?”	Yngve Jacobsen	03.11.1989 s:16
”Navn i nyhetene: Wenche Giæver [ny nestleder NSF]”	Bjørn Larssen	04.11.1989 s:30
”Regjeringen griper inn i sykehusstrid?”	Nyheter, helse	09.11.1989 s:21
”Stabel [Likestillingsombudet] godtar RST-ansettelsene”	Nyheter, helse	10.11.1989 s:8
”Fredsforhandlinger mellom sykepleiere og hjelpepleiere”	Skjalg Andreassen	10.11.1989 s:8
”Sosialministeren griper ikke inn ved RST”	Nyheter, helse	11.11.1989 s:13
”Tuppen og Lillemor – Dagens utdanning av leger, sykepleiere og hjelpepleiere er for dårlig til å tjene morgendagens sykehus”	B. Larssen	16.11.1989 s:20.

## Byavisen Tromsø<sup>208</sup>

”RST pløyer ny mark: Mer effektiv ledelse”	Trond H. Bendiksen	03.12.1988
”Norsk helsevesen og sykehusdrift – snuoperasjon på kanten av stupet”	Johs. H. Engen	
”RST-opprør”	Tore Svarverud	07.12.1988 s:1,7
”Diskriminerende”	Kjellaug Lindvåg	07-12.1988 s:7
”Fortsatt sykepleieransvar”	Nytt	07.12.1988 s:7
”Bioingeniørene aksjonerer”	Nytt	07.12.1988 s:7
”Kampen om RST”	Leder	08.12.1988 s:6
”Blokkade vil lamme RST”	Kjellaug Lindvåg	08.12.1988 s:9
”Politisk klarert?”	Nytt	08.12.1988 s:9
”Ikke politisk press”	Kjellaug Lindvåg	08.12.1988 s:9
”Maktkamp på Regionsykehuset?”		
Replikk: Avdelingsoverlege	Jens Hugo Trumpy	09.12.1988 s:8
”Dårlig erfaring med sykepleierne”	Kjellaug Lindvåg	09.12.1988 s:9
”Udemokratisk av sykepleierne”	Kjellaug Lindvåg	09.12.1988 s:9
”Møte hos Sosialministeren”	Nytt	09.12.1988 s:9
”Forhastet forslag?”	Leder	10.12.1988
”Krisen avverget ved Regionsykehuset Et halvt års galgenfrist”	Gitte Johannessen	10.12.1988 s:9
”Et stort ansvar”	Nytt	10.12.1988 s:9
”Skeptiske hjelpepleiere”	Nytt	10.12.1988 s:9
”Stor lettelse [fylkesordføreren]	Kjellaug Lindvåg	10.12.1988 s:9
”Statussyke sykepleiere”	Aktuell debatt: T. Eriksen, bruker av RST	
”Ny profesjons-strid ved Regionsykehuset”	Førstesideoppslag	15.06.1989
”SJEFS-KRIG Stoppet av sykehusstyret	Førstesideoppslag	20.06.1989
”Styre-ja til ledelses-team”	Kjellaug Lindvåg	20.06.1989 s:8
”Leger slutter med sykepleier som sjef”	Kjellaug Lindvåg	21.06.1989 s:8
”Normalt vil en overlege bli valgt”	Kjellaug Lindvåg	21.06.1989 s:8
”Forsøksordning”	Nytt	21.06.1989 s:8
”Ledelsesproblemene på sykehuset Avdelingsleder skal administrere”	Kjellaug Lindvåg	22.06.1989 s:7
”Hjelpepleiere vil med”	Nytt	22.06.1989 s:7
”Maktkampen på RST”	Wenche Giæver, kand. til NSF-nestleder	oktober 1989
”Lar seg ikke skremme av legenes trusler”	Kjellaug Lindvåg	20.10.1989 s:2
”Sykepleierne fikk ikke medhold i klagen”	Kjellaug Lindvåg	20.10.1989 s:2
”Regionsykehuset i Tromsø – Kritisk situasjon hvis kompetansen skal bevares”	RST-debatt: Overlege Jens Hugo Trumpy	20.10.1989 s:26
”Konflikt og tomme tønner ...”	RST-debatt: Tullen Bugge	20.10.1989 s:26
”Ledelse av kliniske avdelinger v/Regionsykehuset i Tromsø”	Debatt: lege Rikke Alsing	
”RST-striden. Legene vant – Ingen sykepleier tilsatt ved kliniske avdelinger”	Kjellaug Lindvåg	21.10.1989 s:6
”Resignerte sykepleiere”	Kjellaug Lindvåg	21.10.1989 s:6
”Sykepleierne vil aksjonere”	Nytt	21.10.1989 s:6
”Åse brukt i RST-spill”	Førstesideoppslag	23.10.1989
”Jeg er blitt brukt i et uverdigg spill”	Kjellaug Lindvåg	23.10.1989 s:2

<sup>208</sup> Grunnen til at sidetallet bare er angitt på av referansene er problemer med en lite samarbeidsvillig microfilm maskin, og at jeg hadde fokus på å få teksten i artiklene tydeligst mulig på utskriftene.



”Presset fra stillingen”	Kjellaug Lindvåg	23.20.1989 s:2
”- Klok beslutning av styret”	Kjellaug Lindvåg	23.10.1989 s:2
”Sosialministeren vil gripe inn”	Nytt	23.10.1989 s:2
”Bruk av RST-styrets sakspapirer”		
Aktuell debatt: Rannveig Lorentsen, kretsleder NSF		23.10.1989
”Sykepleiere varsler krig mot RST”	Førstesideoppslag	24.10.1989
”Sykepleierne erklærer krig mot RST-styret”	Yngve Nilssen	24.10.1989 s:2
”Regionsykehuset kan gå mot kaos”	Kjellaug Lindvåg	24.10.1989 s:2
”Lege og sykepleier i samme divisjon”	Kjellaug Lindvåg	24.10.1989 s:2
”- En skam”	Kjellaug Lindvåg	24.10.1989 s:2
”Ledelse i helsetjenesten – loddet er kastet!”		
Debatt: Johan Robertsen, sykepleier og leder		24.10.1989 s:24
”’Linoleumsterapeuten’ som avdelingsleder ved RST”	Debatt: N.N.	24.10. 1989
”Hjelpepleier /sykepleier i det fremtidige helsevesen”	Debatt: For	
sjefs- og oversykepleiere v/ Åsgård sykehus Bjørg Holthe, sjefsykepl.		24.10.1989
”Hold fred!”	Leder	25.10.1989
”LO-kongressen – Tar avstand fra sykepleieraksjoner”		25.10.1989
”RST-krisen - Sosialministeren beklager sykepleieraksjonen”	Nytt	25.10.1989 s:8
”- Hvordan fylle halv stilling med kvart jobb?”	Kjellaug Lindvåg	25.10.1989 s:8
”- Hvordan mener legene sykepleierne svikter?”	Kjellaug Lindvåg	25.10.1989 s:8
”- Utvider naturlige grenser”	Nytt	25.10.1989 s:8
”Lederkrise eller profesjonskamp ved RST i Tromsø?”		
Debatt: Avdelingsoverlege Jan Hugo Trumpy		25.10.1989
”RST-saken til ettertanke”	Debatt: Aslaug L. Konradsen	25.10.1989
”Overleger og administrasjon”	Debatt: Sykepleier Oddvar Hagen	25.10.1989
”RST-krisen. Ulovlig sykepleier-streik	Yngve Nilssen	26.10.1989 s:9
”Statsråden lei striden”	Kjellaug Lindvåg	26.10.1989 s:9
”Ingen boikott”	Nytt	26.10.1989 s:9
”Kan flytte pasienter”	Nytt	26.10.1989 s:9
”RST-omdømmet kan svekkes”	Kjellaug Lindvåg	27.10.1989
”Kontorpersonalet på RST: Lederteam gir oss medansvar”	K. Lindvåg	oktober 1989
”Ingen skam å snu”		oktober 1989
”Innleggelse ikke farlig”		oktober 1989
”Maktkampen på hospitalet”	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Troms	okt. 1989
”Grelle hjelpepleierforhold”		
Debatt: Hjelpepleierne ved Regionsykehuset i Tromsø		30.10.1989
”Skomaker – bli ved din lest”		
Debatt: Sykepleier og pensjonert rektor Marie Lysnes		30.10.1989 s:2
”Sykepleiere på villspor!”	Debatt: Sigurd Sparr, lege RST	oktober 1989
”Sykepleieraksjonen på RST”	Debatt: Pasient med sine ”fulle fem”	oktober 1989

## Nasjonale medier

### Norsk Telegrambyrå AS

”Sykepleierforbundet truer med boikott i Tromsø”		05.12.1988
”Fare for ny profesjonsstrid i Tromsø”		14.06.1989
”Ny sykehus-ledelse i Tromsø vekker legereaksjoner”		19.06.1989
”Sterk legetrussel mot Regionsykehuset i Tromsø		12.10.1989
”Sykepleierforbundet: Omfattende aksjoner etter ansettelse i Tromsø		20.10.1989
”Mork [helsedirektør] støtter styret”		21.10.1989
”Aksjons-avgjørelse mandag kveld”		22.10.1989

”Sosialministeren ser med bekymring på profesjonsstridighetene”		25.10.1989
”Sykepleierne ut i to timers streik torsdag”		25.10.1989
”KS stevner sykepleierforbundet for Arbeidsretten”		25.10.1989
”Skarp sykepleier-leder refser legene”		26.10.1989
”Tove Strand Gerhardsen overrasket over sykehusavgjørelse”		30.10.1989
”Sykepleierne ønsker dialog med legene”		31.10.1989
”KS truer med erstatningssak overfor sykepleierne”		02.11.1989
”AF tror på løsning – forhandlingsmøte mellom leger og sykepleiere”		02.11.1989
”Brokhaug [leder NSF]: Todelt ledelse i Tromsø eneste løsning”		02.11.1989
”Regjeringen truer med å gripe inn ved sykehuskonflikter”		08.11.1989
”Likestillingsombudet godtar omstridte sykehus-ansettelser”		09.11.1989
”AF reier ikke å sinne en løsning i Tromsø-konflikten”		09.11.1989
”Sykepleier-aksjoner fortsetter, tross lokal skepsis i Tromsø”		09.11.1989
”Sosialministeren griper foreløpig ikke inn i Tromsø-konflikten”		10.11.1989
”Sykepleierforbundet fortsetter aksjonene”		13.11.1989
”KS stevner sykepleierne for Arbeidsretten”		17.11.1989

### Aftenposten

”Mork: leger må lede sykehus”	Soløy Margrethe	15.06.1989 s:4
”Landet rundt - Enighet om sykehusforsøk i Tromsø		20.06.1989 s:4
”Glede blant hjelpepleierne”		23.06.1989 s:9
”Legeaksjon i Tromsø”		13.10.1989 s:4
”Griper inn ved aksjon”		21.10.1989 s:9
”Sykehusstrid i Tromsø raser videre”	Soløy Margrethe	21.10.1989 s:11
”Sykepleiere avgjør aksjonsformen i dag”	Hegge Liss	23.10.1989 s:4
”Sykepleierstreik torsdag”	Hegge Lis	24.10.1989 s:4
”Den 27 ordinære LOKongressen. Mens mer enn 300 tillitsvalgte er samlet til LOKongress denne uken pågår en arbeidskonflikt ved Regionsykehuset i Tromsø”	Østgårdsgjelten Roar	24.10.1989 s:18
”Avsporing i Tromsø”		24.10.1989 s:2
”Navn i nyhetene: Forbundsleder NSF Anne Karin Brokhaug. Soløy, M.		25.10.1989 s:6
”Ladet stemning på sykehus i Tromsø”	Veigård Erik	25.10.1989 s:6
”Aktuell kommentar: Den steile krigen i hvitt”	Egesland Bente E.	26.10.1989 s:2
”Sykepleiere for arbeidsrett”	Haffermehl Ingelise	27.10.1989 s:4
”Perspektiv: Slipp ikke styringsretten! organisasjonene tiltar seg i mange tilfelle”	Kåre Willoch	28.10.1989 s:2
”TVLørdag” om Lørdagsrevyens gjest direktør ved RST. Bistrup Rie		30.10.1989 s:38
”Dialog”		01.11.1989 s:4
”Sykepleierne med dialoginvitt”	Hegge Liss	01.11.1989 s:6
”Sykepleierne kritiserer departementet”	Hegge Liss	03.11.1989 s:6
”Sykehuskonflikten opp i spørretimen”	Nilsen Ole Johan	06.11.1989 s:6
”Fra spørretimen”	Olsen Kurt Johnny	09.11.1989 s:8
”Ikke brudd på likestillingsloven”		11.11.1989 s:23
”Pleiere i konflikt på sykehus”	Leander Sylvi	14.11.1989 s:16
”Sykepleiere i arbeidsretten”		18.11.1989 s:25

### Dagens næringsliv

”Ustyrlige sykehus”	Jan Vincents Johannessen	19.06.1989
---------------------	--------------------------	------------

### VG

”ISFRONT i helsevesenet”	Ståle Talsnes og Per S. Reed	01.11.1989 s:8
--------------------------	------------------------------	----------------

**VEDLEGG OM FOKUSGRUPPEMATERIALET**

Vedlegg 2A Grunnlaget for rekruttering til fokusgruppene

Vedlegg 2B Invitasjon til å delta i fokusgruppene

Vedlegg 2C Eksempel på svar til UNN-ansatte som ville delta

Vedlegg 2D Purring til UNN-ansatte

Vedlegg 2E Oversikt over UNN-ansattes respons på invitasjonen til å delta i fokusgruppe

Vedlegg 2F Refleksjoner over gjennomføringen

**GRUNNLAGET FOR REKRUTTERING TIL FOKUSGRUPPENE**

Antallet kandidater som gjennomførte Felleskurset i perioden 1992 til og med 2000 er ca. 2000. For å gjøre rekrutteringen til fokusgruppene overkommelig valgte jeg å avgrense søket til de kandidatene som arbeidet i Tromsø. Ved å sammenligne lister over ansatte ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og i Tromsø kommune med kandidatlistene fra Universitetet i Tromsø og Høgskolen i Tromsø fant jeg frem til 334 tidligere felleskursdeltakere på UNN og 77 i kommunen. Tabellen viser den yrkesmessige fordelingen.

	<b>Bioingeniør</b>	<b>Ergoterap.</b>	<b>Fysioterap.</b>	<b>Leger<sup>209</sup></b>	<b>Radiograf</b>	<b>Sykepleier<sup>210</sup></b>
<b>UNN</b>	1992: 6 1993: 11 1994: 2 1995: 5 1996: 6 1997: 6 1998: 11 1999: 8 2000: 9	1992: 2 1993: 2 1994: 2 1995: 3 1996: 3 1997: 2 1998: 3 1999: 4 2000: 1	1992: 0 1993: 0 1994: 1 1995: 2 1996: 3 1997: 4 1998: 0 1999: 3 2000: 6	1992: 9 1993: 10 1994: 8 1995: 8 1996: 10 1997: 7 1998: 11	1992: 4 1993: 4 1994: 3 1995: 3 1996: 4 1997: 6 1998: 3 1999: 6 2000: 1	1992: 13 1993: 14 1994: 13 1995: 23 1996: 21 1997: 18 1998: 30
<b>Sum UNN 334</b>	64	22	19	63	34	132
<b>Tromsø kommune (TK)</b>		1992: 2 1993: 0 1994: 3 1995: 0 1996: 0 1997: 3 1998: 1 1999: 1 2000: 2	1992: 3 1993: 2 1994: 2 1995: 2 1996: 1 1997: 3 1998: 2 1999: 2 2000: 4	1992: 2 1993: 4 1994: 1 1995: 2 1996: 0 1997: 1 1998: 0		1992: 3 1993: 6 1994: 6 1995: 7 1996: 5 1997: 8 1998: 0
<b>Sum TK 77</b>		12	21	9		35

<sup>209</sup> På det tidspunktet jeg etterspurte listene var kullene etter 1998 ikke ferdig med utdanning og turnustjeneste

<sup>210</sup> Sykepleierutdanningen fikk dispensasjon fra å delta på Felleskurset i 1999 og 2000.



Deres ref :

Vår ref :

Dato : 21.04.05

## **INVITASJON TIL Å DELTA I GRUPPEDISKUSJON OM FELLESUNDERVISNINGEN FØRSTE STUDIEÅR I GRUNNUTDANNINGEN**

**Hei!**

Jeg henvender meg til deg i håp om å få høre din mening om det felleskurset du deltok på som student på din helsefaglige grunnutdanning ved Universitetet i Tromsø eller Høgskolen i Tromsø i perioden 1992 - 2000. Hva tenker du om dette undervisningsopplegget i lys av den yrkeserfaringen du har nå?

Jeg - Britt-Vigdis Ekeli - er stipendiat på Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag, og doktorgradsstudent ved Universitetet i Tromsø, Institutt for sosialantropologi, Det vil si at prosjektet er finansiert av høgskolen, mens den faglige tilknytningen er på universitetet. Veilederen min er professor Sidsel Saugestad. Jeg er utdannet fysioterapeut og sosialantropolog. Som fysioterapeut har jeg erfaring fra sykehus og fysikalsk institutt. Størstedelen av yrkeserfaringen min har jeg imidlertid fra arbeid med utdanning av fysioterapeuter og annet helsepersonell i Bergen, Zambia og Tromsø. Jeg er ansvarlig for innsamling og bearbeiding av data i dette prosjektet.

### **Bakgrunn for prosjektet**

Jeg ønsker å rekruttere deg som informant til doktorgradsprosjektet mitt om "Samarbeid i helsetjenesten og samarbeidslæring i helsepersonellutdanning". Hva er samarbeid i helsetjenesten? Hva blir vektlagt i samarbeidslæring? Hvordan stemmer dette overens? Informasjon om første delen av prosjektet innhenter jeg gjennom feltarbeid med (deltakende) observasjon og intervju på et større sykehus og i en liten kystkommune. I delen om samarbeidslæring skal jeg dels følge et tverrfaglig undervisningsopplegg, dels se på det felleskurset du deltok på.

Der finnes et rikholdig materiale om det helse- og utdanningspolitiske grunnlaget for fellesundervisningen som du var med på, planleggingen og gjennomføringen - men vurderingen mangler. Riktignok var det omfattende evalueringer ved avslutningen av opplegget hvert år. Det ble til og med utarbeidet en ekstern evalueringsrapport etter gjennomføringen av det første felleskurset i 1992. De som var engasjert i dette tiltaket hevdet imidlertid alltid at den **egentlige** vurderingen først kunne skje etter at man hadde sett hvordan det fungerte i praksis. Det er dette jeg inviterer deg til å være med på.

### **Gjennomføring**

Ut fra tanken om at det er Tromsø som har størst konsentrasjon av tidligere felleskursstudenter, har jeg ved hjelp av UNN og Tromsø kommune funnet fram til dere. Jeg

vil bruke en forskningsmetode som kalles ”Fokusgrupper” – fokuserte gruppeintervju. Intensjonen er å sette sammen en del tverrfaglige grupper – a la det dere hadde på felleskurset - og gjennomføre gruppesamtaler/-diskusjoner med fokus på ”fellesundervisningen i lys av erfaring fra arbeid i helsetjenesten”. Tidsrammen vil være den samme som dere kjenner fra basisgruppene, 45 minutter x 2, med kaffepause i mellom. Gruppestørrelsen er 6 -7 deltakere. Jeg vil fungere som gruppeleder. Samtalen blir tatt opp på bånd / digitalt. Jeg håper å kunne gjennomføre noen fokusgruppesamtaler før sommerferien, og noen etter.

Det er med stor ydmykhet jeg ber om å få bruke av deres tid. Derfor er jeg veldig innstilt på å legge forholdene best mulig til rette for dere som er villig til å delta, bl.a. mht til valg av tid og sted for samtalene. Jeg vil derfor be om at du gir tilbakemelding om følgende:

- Tidsperiode: mai – juni eller september – oktober
- Ukedag: Hvilke ukedager passer best?
- Tidspunkt: 08 – 12, 12 – 14, 14 – 16, 16 – 18, 18 – 20.
- Sted: På arbeidsstedet? I MH-Bygget?

Du som kan tenke deg å delta kan gi tilbakemelding via e-post: [britt.ekeli@hitos.no](mailto:britt.ekeli@hitos.no) Denne forespørselen vil også bli sendt ut på e-post, slik at det er lett å sende svaret tilbake til meg. Det er fint om du gir tilbakemelding innen 18. mai.

Hvis du vil vite mer om prosjektet treffes jeg på kontor nr. U9.109 i MH-bygget, på universitetsområdet i Breivika, eller på telefon: 77 66 07 08 (kontoret), e-postadresse: [britt.ekeli@hitos.no](mailto:britt.ekeli@hitos.no) og postadresse: Høgskolen i Tromsø, 9293 Tromsø. Jeg er bortreist til 10. mai, men legg gjerne igjen beskjed på telefonsvarer eller e-post, hvis du ønsker å snakke med meg før du bestemmer deg for om du vil delta, så tar jeg kontakt med en gang jeg er tilbake.

Prosjektet er godkjent av personverneombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Takk for at du har tatt tid til å lese gjennom dette brevet. Håper at vi treffes i fokusgruppe!!

Vennlig hilsen

Britt-Vigdis Ekeli  
Stipendiat

## EKSEMPEL PÅ SVAR TIL UNN-ANSATTE SOM VIL DELTA<sup>211</sup>

Ergo 1996  
Bio 1992  
Fysio 2000  
Lege 1995  
Ergo 1997  
Lege 1996

### Deltakelse i fokusgruppe

**Stor takk** for ditt positive svar på å forespørse om å delta i den delen av forskningsprosjektet mitt som dreier seg om ”Felleskurset” – fellesundervisningen mellom helsepersonellutdanningene ved universitetet og høgskolen i Tromsø i perioden 1992 - 2000.

Det var 18 positive svar på de 314 forespørslene som ble sendt ut til de ”felleskursstudentene” som arbeider ved UNN. Dermed blir det tre fokusgrupper, med seks deltakere i hver. Gruppene er satt sammen med bakgrunn i ønskene deres og en vurdering av sammensetning ut fra yrkesgrupper og kjønn. Det blir to grupper i juni og en i september – oktober.

**Forslag til møtedato:** Mandag 5. september.  
**Sted:** Møterom U7.123 på MH-bygget  
**Tidspunkt:** Kl 16 - 18

Fem av dere i denne gruppen hadde dette tidspunktet som ønsket alternativ, derfor håper jeg at det går bra for den som ikke har kommet med spesielle ønsker også.

Har du problemer med datoen er det fint om du gir tilbakemelding så fort som mulig.

Vennlig hilsen

Britt-Vigdis Ekeli  
Stipendiat

---

<sup>211</sup> Invitasjonen til å delta ble sendt ut både via vanlig post og e-post. Eller det var det kun e-postkorrespondanse. Jeg fikk etter søknad opprettet min egen e-postkasse i UNNs internsystem. Over denne adressen foregikk stort sett all korrespondansen i forbindelse med fokusgruppene.

## **PURRING TIL UNN-ANSATTE**

### **Forskningsprosjektet – ”Tilbakeblikk på Felleskurset i grunntdanningen”**

For vel to uker siden sendte jeg deg en mail for å rekruttere deg til fokusgruppediskusjon om dette tema. Jeg har stor forståelse for at du ikke har anledning til å delta, så dette er ingen ”purring” for å få deg til å endre mening om det.

Grunnen til at jeg henvender meg til deg igjen, er for å spørre om du kan maile meg noen setninger om hvordan du vurderer Felleskurset ut fra den yrkeserfaringen du nå har.

Alle uttalelser blir selvsagt anonymisert

Håper å høre fra deg!!

Vennlig hilsen

Britt-Vigdis Ekeli  
Stipendiat



**OVERSIKT OVER UNN-ANSATTES RESPONS PÅ INVITASJONEN  
TIL Å DELTA I FOKUSGRUPPER**

<b>Yrke</b>	<b>Forespørsel</b>	<b>Positivt svar</b>	<b>Negativt svar</b>	<b>Deltakelse<sup>212</sup></b>	<b>e-post svar</b>	<b>Intervju</b>
<b>Bioingeniør</b>	I alt: 64 51 kvinner 13 menn	1 kvinne	2 kvinner	<b>1 kvinne<sup>213</sup></b> (1992)	8 5 kvinner (92, 93, 95) 3 menn (95, 96)	Ingen
<b>Ergoterapeut</b>	I alt: 22 20 kvinner 2 menn	6: 5 kvinner 1 mann	2 kvinner	3: <b>2 kvinner</b> (97, 99) <b>1 mann</b> (95)	Ingen	<b>1 kvinne</b> (1999)
<b>Fysioterapeut</b>	I alt: 19 11 kvinner 8 menn	5: 3 kvinner 2 menn	Ingen	3: <b>2 kvinner</b> (97, 2000) <b>1 mann</b> (95)	Ingen	<b>1 mann</b> (1995)
<b>Lege</b>	I alt: 63 29 kvinner 34 menn	4: 1 kvinne 3 menn	1 kvinne	<b>2:</b> <b>1 kvinne</b> (96) <b>1 mann</b> (95)	12: 4 kvinner (95, 96, 97) 8 menn (93, 95, 96, 97)	<b>1 kvinne</b> (1996)
<b>Radiograf</b>	I alt: 34 22 kvinner 12 menn	Ingen	Ingen	Ingen	3: 1 kvinne (99) 2 menn (93, 97)	Ingen
<b>Sykepleier</b>	I alt: 132 110 kvinner 22 menn	7: 4 kvinner 3 menn	5 kvinner	<b>3 kvinner</b> (94, 98)	14: 12 kvinner (92, 94, 95, 96, 97, 98) 2 menn (96, 98)	<b>1 mann</b> (1996)
<b>Oppsummert</b>	<b>334</b>	23: 14 kvinner 9 menn	10 kvinner	<b>12:</b> <b>9 kvinner</b> <b>3 menn</b>	<b>37:</b> <b>22</b> <b>kvinner</b> <b>15 menn</b>	<b>4:</b> <b>2 kvinner</b> <b>2 menn</b>

<sup>212</sup> Tallene angir hvilke «Felleskurs-årgang».

<sup>213</sup> Den uthevede skriften angir de som har bidratt

## **REFLEKSJONER OVER GJENNOMFØRINGEN**

Fokusgruppesamtaler er en spesialvariant av forskningsintervjuet. I alt 411 tidligere Felleskursdeltakere ble invitert til å være med, men bare 18 deltok i fokusgruppene. I tillegg gjennomførte jeg fire intervjuer med ergoterapeut, lege, fysioterapeut og sykepleier, og fikk 37 innspill via e-post. Innen noen forskningstradisjoner ville en så lav svar- og deltakerprosent vært helt uakseptabel. I dette prosjektet - hvor meningsinnhold er viktigere enn å telle meninger - kan den lave deltakelsen ses som en form for utvelgelse, bare at den ikke ble gjort av meg, men av respondentene. Min vurdering er at når jeg kan forankre mine konklusjoner om Felleskurset i 58 begrunnede meningsyttringer av 411 mulige, bør det gi et rimelig nyansert bilde av hvordan intensjonene med Felleskurset ble oppfylt, selv om svarerne representerer et utvalg av spesielt interesserte. De 37 skriftlige kommentarene, bidro – nettopp fordi de var personlige meningsyttringer - til å bygge opp under, supplere og utfylle det som kom frem i fokusgruppediskusjonene og de individuelle samtalene. Grunnen til at så få svarte positivt på å delta i fokusgruppe kan sikkert tillegges mange forhold i en hektisk hverdag. Samtidig kan en lure på hvorfor ikke flere ville benytte sjansen til å få ”bokført” sine meninger om et så prestisjefyllt – og omdiskutert - utdanningstiltak.

I de sykehusansattes respons var det stor variasjon mellom yrkesgruppene. Den var lavest blant de medisinsktekniske yrkene - radiografer og bioingeniører. Dette kan ha sammenheng med yrkenes innretning. De arbeider mye i egne laboratorier, med begrenset samarbeid med andre yrkesgrupper. I den andre enden av spekteret finner vi ergo- og fysioterapeuter. De ”scorer” relativt høyt både når det gjelder vilje til, og reell deltakelse i fokusgruppene, men ingen ga e-postkommentarer. At dette er de eneste utdanningene som har problembasert læring (PBL) som pedagogisk tilnærming gjennom hele studiet, kan kanskje leses inn i deltakerprosenten. Samtidig merker jeg meg at flere av de positive svarene fra fysioterapeutene kom fra kandidater som gjennomførte Felleskurset sent i perioden – en tid da jeg var knyttet til denne utdanningen. Jeg tror imidlertid at den bias dette eventuelt representerer ble nøytralisert av gruppekonteksten. I forhold til det store antallet leger og sykepleiere blant studentene, var det få som deltok i fokusgruppene. Hvis e-post kommentarene legges til, nærmer legegruppen seg ergo- og fysioterapeutenes deltakerprosent.

Både i sykepleier- og legegruppen bygget det seg etter hvert opp en viss motstand mot Felleskurset (Arkivmaterialet, Nilsen 2003, 2004). Det er kanskje noe av dette som reflekteres i den lave deltakelsen, spesielt i sykepleiergruppen.

Ut fra den begrensede deltakelsen og den pragmatiske måten gruppene ble sammensatt på, er jeg rimelig fornøyd med fordelingen av yrker og kjønn. De fleste var ukjent for hverandre. Allikevel tok det ikke lang tid før det utviklet seg *en prosess mellom dem*, der alle fant sin rolle – som på ingen måte var statisk. Det var den reflekterte temasetteren, som alltid hadde vektige innspill når hun/han grep ordet. Det var den snakkesalige, som drevet av sine assosiasjoner og erindringer stadig hadde engasjerte meddelelsesbehov. Det var den stille, som snakket lite, men når hun/han lente seg frem for å si noe, var det som regel alltid betydningsfulle innspill. Det var den som alltid prøvde å utstyre sine saklige innspill med en latterfremkallende snert. Selv om innledningsspørsmålene som regel fikk de fleste på banen, var det variasjon i deltakelsen, både i engasjement og taletid mellom deltakerne, og hvordan det var fordelt i prosessen. Noen av dem som begynte med en litt tilbakelent holdning, var ofte mye frempå mot slutten. Samtidig var det *ikke* slik at de som i perioder var stille, ikke deltok. De bidro – oftest positivt gjennom aktiv oppmerksomhet – blick og kroppsspråk.

*Forventninger* var sentralt tema i samtalene. De forventningene gruppedeltakerne i sin tid hadde til Felleskurset - som et sted hvor de skulle lære å samarbeide med andre yrkesgrupper – preget diskusjonene. Yrkeserfaringene ble brukt som grunnlag for å si noe om ”effekten” av kurset. Mine forventninger til fokusgruppesamtalene var at de ville tegne mangefasetterte og nyanserte og bilder av Felleskurset og det utbytte det ga – sett gjennom år med yrkeserfaring. Men der ble jeg sørgelig skuffet. Mer enn noe annet var det *enighet* - om at de ikke hadde utviklet samarbeidskompetanse gjennom Felleskurset - som preget samtalene i alle gruppene, intervjuene og e-postkommentarene. Det ble så lite diskusjon at begrepet nesten er misvisende for det som skjedde.



**VEDLEGG OM MATERIALET FRA HELSETJENESTEN**

Vedlegg 3A	NSD-godkjent informasjonsskriv
Vedlegg 3B	Oversikt over individuelle samtaler
Vedlegg 3C	Tilbakemelding UNN
Vedlegg 3D	Tilbakemelding Sykestua
Vedlegg 3E	Tilbakemelding Hjemmetjenesten

Informasjon om forskningsprosjektet

**SAMARBEID I HELSETJENESTE OG SAMARBEIDSLÆRING I  
HELSEPERSONELLUTDANNING  
En sosialantropologisk studie**

## **Bakgrunn og formål**

I over 30 år har helsepolitiske dokumenter framhevet samarbeid mellom helsepersonell som en viktig premiss for god helsetjeneste. I nasjonal helseplanen fra 1988 (St.meld. nr. 41 1987-88) blir dette lagt spesielt stor vekt på: ”En viktig oppgave framover blir derfor å utforme helsetjenestene slik at tilbudene framstår mer helhetlig for brukerne. Profesjonsbarrierene må fjernes uten at de faglige kunnskapene blir skadelidende” (s. 101). For å få dette til må helseprofesjonsutdanningene i større grad tilrettelegges slik at de fremmer samarbeid og helhetssyn og det foreslås en prøveordning med felles undervisning for ulike helsefagutdanninger i Tromsø (s. 107).

Universitetet og høgskolen i Tromsø tok utfordringen og startet i 1989 en prosess med å utvikle et felles undervisningsopplegg i tema knyttet til helsetjenestens oppgaver og utfordringer, kommunikasjon og samhandling, og etikk. Målet var å styrke studentenes kommunikasjons- og samhandlingskompetanse. Dette ble et vanskelig prosjekt, der ulike kunnskapssyn, pedagogiske idealer, fag- og utdanningstradisjoner braket sammen. I år 2000 opphørte undervisningssamarbeidet mellom universitetet og høgskolen.

Hvorfor var det så vanskelig å få til felles undervisning på tvers av instituasjons- og utdanningsgrenser? Er det fordi samhandlingskompetanse ikke oppleves som viktig? Eller er det fordi man mener at samarbeidet mellom helsepersonell fungerer godt nok?<sup>214</sup> Da jeg begynte å lete etter svar på disse spørsmålene, ble jeg overrasket over hvor lite dokumentasjon det finnes om samarbeid i helsetjenesten, sammenhengen mellom samarbeid og kvalitet i helsetjenesten, og mellom utdanning og helsepersonells evne til samarbeid.

Formålet med dette prosjektet er å søke innsikt i

- hvordan helsepersonell samarbeider i sykehus og kommunehelsetjeneste
- hvilken rolle helsepersonellutdanning spiller i forhold til helsepersonells evne til å samarbeide
- i hvilken grad felles undervisning på tvers av faggrenser kan bidra til å fremme samarbeidskompetanse.

---

<sup>214</sup> De fleste lærerne ved alle utdanningene har selv erfaring fra klinisk arbeid, og burde ha grunnlag for vite noe om det.

## **Innhenting av opplysninger / informasjon**

For å si det veldig grovt så er jeg interessert i all informasjon som kan si noe om samarbeid i helsetjenesten og hvordan helsepersonellutdanningene bidrar til å skape grunnlag for, eller hindre, slikt samarbeid.

I helsesektoren er jeg i hovedsak interessert i handlingsorientert informasjon, men også innsikt i hvordan helsepersonell forstår samarbeid og sin egen rolle i det. Med andre ord, jeg søker informasjon om hvordan samarbeid / mangel på samarbeid tar seg ut i praksisfeltet. For eksempel: I hvilken grad er samarbeid oppgaverelatert, organisatorisk eller ideologisk forankret? I hvilken grad er det knyttet til yrkesgruppens oppfatning av seg selv og andre? Og - hvordan kommer det til uttrykk? Hva bidrar til å fremme / hemme samarbeid mellom helsepersonell? Hvilken rolle spiller økonomi, organisatoriske strukturer og rutiner for samarbeid? Hva legger helsepersonell i begrepet samarbeid? Hva tenker de om samarbeidet på egen avdeling i eget team?

Jeg ønsker å gjøre feltarbeid, som deltakende observatør i kommunehelsetjeneste og på sykehus. Det vil si at å være få være med i daglige oppgaver, møter osv, på en avdeling eller i et team over lengre og kortere perioder. Ved slutten av feltarbeidet vil jeg be om å få intervju noen av informantene for å få innsikt i deres tanker og refleksjoner om eget arbeid, samarbeid, forståelse av oppgaver, egen og andres yrkesfunksjon osv. Jeg vil også søke om å få tilgang til skriftlig materiale knyttet til arbeidet i avdelingen / teamet.

I utdanningssektoren er jeg på den ene siden ute etter å få tak i fagenes selvforståelse og de formative prosessene som inngår i utdanningene. På den andre siden vil jeg undersøke hvilken plass undervisningssamarbeid på tvers av utdannings- og faggrenser har i studiene, hvordan denne undervisningen oppfattes av studenter og lærere og hvilken betydning den har for utvikling av samarbeidskompetanse.

Jeg ønsker å være observatør i undervisning - både utdanningsspesifikk og felles – snakke med studenter og lærere og analysere skriftlig materiale i form av studieplaner og studentarbeid. Jeg vil også vurdere om det er mulig å gjøre en oppfølgingsstudie av helsearbeidere som har deltatt i felles samarbeidsorientert undervisning i grunnutdanningen.

Registrering av informasjon fra den deltakende observasjonen vil hovedsakelig skje i form av feltnotater. Intervjuene håper jeg å få anledning til å ta opp på bånd.

## **Bruk av opplysninger / informasjon**

Den informasjonen som innhentes vil bli brukt som grunnlag for teoretiske analyser. Det vil si at jeg vil bruke det jeg opplever i feltet som ”virkelighetsforankring” av det analytiske arbeidet. Ved gjennomlesning av feltnotater og utskrift av intervju vil jeg søke etter begreper, tema og handlingsmønstre som kan bidra til å si noe om samhandling og oppfatninger av samarbeid på de stedene jeg har undersøkt.

Målet er at opplysningene skal gi grunnlag for en avhandling i form monografi, som kan bidra til å forstå samarbeid i dagens helsetjeneste bedre. Der vil jeg for eksempel bruke beskrivelser

av situasjoner og sitater fra informanter som utgangspunkt for refleksjoner og eller eksempler på fenomener jeg ønsker å belyse.

Alle opplysninger vil bli vil bli anonymisert. Det vil si at det skal ikke være mulig å identifisere personer som gjennom sine handlinger eller refleksjoner har bidratt med informasjon i prosjektet. Lydbåndene vil bli oppbevart slik at ingen andre enn jeg har tilgang til dem.

## **Prosjektansvar**

Jeg - Britt-Vigdis Ekeli - er ansvarlig for innsamling og bearbeiding av data i dette prosjektet. Jeg er stipendiat på Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag, og doktorgradsstudent ved Universitetet i Tromsø, Institutt for sosialantropologi. Det vil si at prosjektet er finansiert av høgskolen, mens den faglige tilknytningen er på universitetet. Veilederen min er professor Sidsel Saugestad.

Jeg er utdannet fysioterapeut og sosialantropolog, har arbeidet som fysioterapeut på sykehus og fysikalsk institutt, men mest med utdanning av helsepersonell (ca 30 år). Som faglig leder ved Tromsø helsefaghøgskole, senere Avdeling for helsefag, Høgskolen i Tromsø, var jeg bl.a. involvert i prosjektet med fellesundervisningen mellom høgskolen og universitetet, som er omtalt tidligere.

Jeg har kontor i MH-bygget, rom nr. U9.109, på universitetsområdet i Breivika, og treffes ellers på telefon: 77 66 07 08 (kontoret), e-postadresse: [britt.ekeli@hitos.no](mailto:britt.ekeli@hitos.no) og postadresse: Høgskolen i Tromsø, 9293 Tromsø.

## **Deltakelse i prosjektet**

Det er viktig å understreke at deltakelse i dette prosjektet er basert på frivillighet. Fordi det er orientert mot relasjoner, ikke enkeltindivider, og feltarbeid i team/grupper er hovedmetoden for innhenting av data, vil jeg legge stor vekt på informasjon og drøfting med aktuelle miljø i forkant av feltstudiene. Det vil si at jeg vil prøve å få til møter med de som jobber der for å få fram spørsmål og betenkeligheter knyttet til det å ha meg som deltakende observatør på arbeidsplassen. Hvis det er noen som helst motstand, vil jeg søke andre steder for feltarbeidet.

Samtalene / intervjuene i etterkant av feltarbeidene ønsker jeg å ta opp på lydbånd. Informantene vil få en utskrift av samtalen / intervjuet til gjennomlesning. Hvis det er noe av det de har sagt som de ikke vil skal inkluderes i materialet, vil det bli strøket. Det er også mulig å trekke seg fra intervjuet når som helst uten at det får noen konsekvenser for den som gjør det.

Både som forsker og helsearbeider er jeg underlagt taushetsplikt om det jeg får kjennskap til i feltarbeidet. Ingenting av det som publiseres fra prosjektet skal kunne tilbakeføres til enkeltpersoner. Prosjektet er meldt til personverneombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Britt-Vigdis Ekeli  
Stipendiat



## OVERSIKT OVER INDIVIDUELLE SAMTALER I HELSETJENESTEN

### Utvelgelse av samtalepartnere:

Utvalget skjedde 3 måter. Både på sykehuset og i kommunen ønsket jeg å snakke med ledende sykepleiere og leger, fordi jeg forutsatte at de som ledere hadde en særlig påvirkning på de relasjonelle klimaforholdene i avdelingene. De andre samtalepartnere, ble rekruttert på to måter: Avdelingssykepleier pekte på noen hun mente jeg burde snakke med, og jeg selv valgte noen ut fra hvem jeg hadde observert eller snakket mye med i det daglige arbeidet.

### Samtalested og -lengde:

Alle samtaler ble gjennomført i arbeidstiden, på kontorer, møterom eller behandlingsrom, hvor vi kunne snakke uforstyrret. Samtalene varte fra ½ til knapt 2 timer, med ca 1 time som det mest vanlige.

### Samtalepartnere - i alt 34 helsearbeidere fordelt på følgende arbeidssted og yrker:

På sykehuset – til sammen 21 fordelt slik:

- 4 hjelpepleiere - alle kvinner;
- 7 sykepleiere – to menn, fem kvinner, hvorav to med spesialutdannelse –
- 4 avdelingssykepleiere og en assisterende avdelingssykepleier - alle kvinner
- 1 kvinnelig oversykepleier
- 4 leger – to avdelingsoverleger - begge menn, og to overleger – en kvinne og en mann.

I kommunehelsetjenesten – til sammen 13 fordelt slik:

- 4 hjelpepleiere - to fra sykehjemmet og to fra hjemmetjenesten, alle kvinner
- 4 sykepleiere – to fra hvert sted; de 2 avdelings-sykepleierne, pluss 1 som ble konstituert da hun på sykehjemmet ble sykemeldt, alle kvinner
- 1 kommunelege 1 mann
- *Helse og sosialsjefen*, kvinne

### Selve samtalerne

- Etter innledningsspørsmålene: ”Hvor lenge har du i arbeidet i avdelingen?” ”Hvordan trives du?” og ”Kan du si mer om det?” overlot jeg initiativet til samtalepartnere. Ingen hadde imot at jeg tok opp samtalerne. Hvis samarbeidstema ikke ble berørt, prøvde jeg å få inn spørsmål om det der det var tematiske naturlig. Jeg transkriberte alle samtaler selv for å få med de detaljene som måtte ha glippet fordi jeg i situasjonen konsentrerte meg om å være en best mulig samtalepartner.

Dette grunnmønsteret gjaldt også for de 4 individuelle samtalerne som inngikk i Felleskursmaterialet.



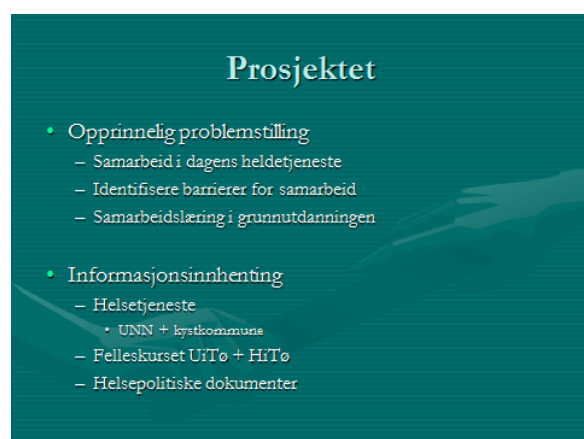
## Tilbakemelding på UNN



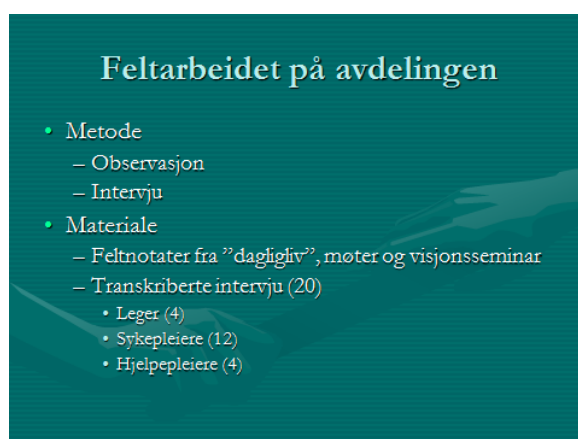
1.



2.



3.



4.



5.



6.

## Samarbeid innad enhetene

- Samarbeidssituasjoner i enhetene
  - Previsitt og visitt – lege og sykepleier (M2 og MIA)
  - Undersøkelse og behandling - lege og sykepleier (Cardlab, MIA, M2)
  - Pleie, stell, rapporter - daglig drift av posten – sykepleier og hjelpepleier (Utredningen og M2)

7.

## Karakteristisk for samarbeid innad i enhetene

- I stor grad basert på rutiner og prosedyrer
  - Ansvars- og oppgavedeling
  - Rollefordeling
- Pasientsentrert
  - Utredning, tiltak og oppfølging
- ”Samstemte” handlinger
- ”Samstemte” forventninger

8.

## Samarbeid mellom enhetene

- Funksjonsbasert
  - Uklare oppfatninger om funksjon
  - Basert på vurdering
- Vi og de andre
  - Identifiserer mer med egen enhet enn HMA
- Oppfatninger av ”de andre”
- Små ting gjør store forskjeller
- Pasienten som ”Svarteper”

9.

## Yrkesgrupper - funksjoner

- Karakteristika:
  - Lege: overordnet ansvar, vurderer, beslutter og iversetter tiltak
  - Spl: observere, vurdere – viderefordre/handle, pleie, delegert myndighet, ledelse
  - Hpl: observere, vurdere – viderefordre/handle – nær pasienten
- Bevissthet om egen plass i yrkeshierarkiet – erkjennelse og anerkjennelse av andres
- Klar ansvars- og oppgavefordeling

10.

## Yrkesgrupper forts.

- Kompetanse og erfaring – sentrale verdier
- Vurdering
- Pleiere og leger – parallelle grupper i systemet
- Kommunikasjon
- Ulike tradisjoner og mønstre
- Informasjon

11.

## Tvetydigheter

- Pas. i sentrum – pas. som ”Svarteper”
- Alle synes å trives på HMA – stor turnover og rekrutteringsproblemer
- Vurderingsansvar – men ikke for mye
- Samarbeid – parallellitet
- Ergrelse - forståelse
- Visjoner – små ting

12.

## Realitetsorientering

- Kom for å identifisere samarbeidsbarrierer mellom profesjonene i helsesektoren
- Fant at det buttet vel så mye mellom representanter for samme yrkesgruppe på tvers av enhetene
- Liten forbindelse mellom yrkesgruppene men godt samarbeid om pasienten – med forbedringspotensial?

13.

## Tilbakemelding til Sykestua

Samarbeid i helsetjenesten  
og samarbeidslæring i  
helsepersonellutdanningene

Inntrykk fra feltarbeid på sykestua  
Finnmark 2004 – 2005

Britt-Vigdís Ekeli

1.

Bakgrunn for prosjektet

- Samarbeid – et helsepolitisk ideal
- Samarbeidslæring – UiTø + HiTø – Felleskurset
- Hvordan samarbeider helsepersonell i dagens helsetjeneste?

2.

Prosjektet

- Opprinnelig problemstilling
  - Samarbeid i dagens helsetjeneste
  - Identifisere barrierer for samarbeid
  - Samarbeidslæring i grunnutdanningen
- Informasjonsinnhenting
  - Helsetjeneste
    - UNN + kystkommune
  - Felleskurset UiTø + HiTø
  - Helsepolitiske dokumenter

3.

Kontekst I

- Befolkning og geografi
  - Lokalkunnskap: folk, nettverk, muligheter og umuligheter
  - Langt til sykehus og øyboere
- Kommunal handlingsplan
  - Idealer og realiteter
- Fysiske strukturer
  - Muligheter og begrensninger
  - Nærhet og avstand til samarbeidere

4.

Kontekst II

- Krav til funksjon
  - Pasienter: rehabilitering, demens, akutt, korttid
  - Akuttassistanse
  - Pleie ved livets slutt
- Organisering av arbeidet
  - Døgnturnus
  - Tid
  - Rutiner
- Økonomi
  - Reduserte utgifter
  - Vaktbemanning – kan/må
  - Sparing – kreativitet - endring

5.

Samarbeidsforhold

- Pasient – pårørende
- Internt
- Eksternt
  - Hjemmetjenesten
  - Legetjenesten
  - Helse- og sosialsjef
  - Kommunen
  - Samarbeidsfora

6.

## Pasient - pårørende

- Pasientorientert system
  - Døgnrytme
  - Individualiserte rutiner
- Pasientforståelse
- Pasientperspektiv
  - Lokalkunnskap
  - Nettverk
- Ressurs - pasientoppfølging

7.

## Internt

- Turnus - vaktfordeling
- Rutinebasert oppgavefordeling
- Profesjonsbasert oppgavefordeling
- Funksjonsoverlapping
- Vurderinger
- Informasjonsformidling
- Åpenhet og utveksling av pasientforståelse

8.

## Sykestua - hjemmetjenesten

- Helhet – tvetydighet
- "Vi – dere"
- Gjensidighet – ensidighet
- Samsyn - nærsyn
- Utfyller – ergrer
- Gresset som ser grønnere ut på den andre siden

9.

## Sykestua - legetjenesten

- Nærhet
  - Fysisk
  - System
  - Tenkning
- Legevisitten
  - Hos legen med sykestuas dagsorden
  - Rollebetonet likeverd
- Akuttassistanse
  - Oppgaveavklaring
- Forståelse og forventninger

10.

## Sykestua – helsesjef

- Tilgjengelighet
- Kunnskapsutveksling
- Strategi
- Handlingsrettet
- Krav – behov
- Nærperspektiv - fjernperspektiv

11.

## Sykestua - kommune

- Å forstå og bli forstått
- Ord og handlig
- Statistikk og realiteter
- Idealer og budsjetter

12.

## Samarbeidsfora

- Demensgruppen!
- Rehab teamet
  - Enighet om viktighet
  - Fellesfaglig vurdering
  - Fellesfaglig handlingsgrunnlag
  - Individuelle rehabplaner
  - Bedre flyt i systemet
- Rusforebyggende arbeid?

13.

## Realitetsorientering

- Helsearbeidets mangfoldighet og tvetydighet
- Barrierer for samarbeid
  - Mellom profesjoner?
  - System - individ
  - Forståelse og myter i system og hverdag

14.



## Tilbakemelding til hjemmetjenesten

### Samarbeid i helsetjenesten og samarbeidslæring i helsepersonellutdanning

Inntrykk fra feltarbeid i hjemmetjenesten  
Finnmark 2004 - 2005

1.

### Bakgrunn for prosjektet

- Samarbeid – et helsepolitisk ideal
- Samarbeidslæring – UiTø + HiTø – Felleskurset
- Hvordan samarbeider helsepersonell i dagens helsetjeneste?

2.

### Prosjektet

- Opprinnelig problemstilling
  - Samarbeid i dagens heldetjeneste
  - Identifisere barrierer for samarbeid
  - Samarbeidslæring i grunnutdanningen
- Informasjonsinnhenting
  - Helsetjeneste
    - UNN + kystkommune
  - Felleskurset UiTø + HiTø
  - Helsepolitiske dokumenter

3.

### Kontekst I

- Befolkning, geografi, næringsliv
  - Oversikt – nærhet - nærvær
- Kommunal handlingsplan
  - Idealer og realiteter
- Fysiske strukturer
  - Muligheter og begrensninger

4.

### Kontekst II

- Sentrale styringsdokumenter (IPLOS)
  - Ressurser – standardisering - oppfølging
- Økonomi
  - Sparing – kreativitet - endring

5.

### Samarbeidsforhold

- Pasient – pårørende
- Internt
- Eksternt
  - Sykestua
  - Legetjensten
  - Helse- og sosialsjef
  - Kommunen
  - Samarbeidsfora

6.

### Pasienter - pårørende

- Viktigste og mest utfordrende samarbeider
- Kontekst og nettverksorientering
- Lokalkunnskap og fagkunnskap
- Pasientpremisser – fagvurderinger
- Faglig kompetanse – hverdags kunnskap
- Fleksibilitet - fasthet

7.

### Internt samarbeid

- Pasientnærhet og -forståelse
- Dele kunnskap, erfaringer, oppfatninger, spørsmål
- Fleksibilitet og omstillingsevne
  - Oppgaver
  - Oppgavefordeling
- Fellesskap

8.

### Hjemmetjenesten - sykestua

- Helhet - tvedydighet
- Gjensidighet – ensidighet
- Samsyn - nærsyn
- Utfyller – ergrer

9.

### Hjemmetjeneste - legetjeneste

- Visitten – det ukentlige møte
- Kommertil – mottar
- Likeverd - legepremisser
- Vidsyn – nærsyn
- Fellestiltak - individorientering

10.

### Hjemmetjenesten – helsesjef

- Tilgjengelig
- Kunnskapsutveksling
- Strategi
- Handlingsrettet
- Krav - behov

11.

### Hjemmetjeneste - kommune

- Å forstå og bli forstått
- Ord og handlig
- Statistikk og realiteter
- Idealer og budsjetter

12.

## Samarbeidsfora

- Demensutredningen!!
- Rehab teamet
  - Enighet om viktighet
  - Fellesfaglig vurdering
  - Fellesfaglig handlingsgrunnlag
  - Individuelle rehabplaner
  - Bedre flyt i systemet
- Rusforebyggende arbeid?

13.

## Hjemmetjenesten

- Et sted det er godt å være
- Det positive og det negative

14.

## Realitetsorientering

- Helsearbeidets mangfoldighet og tvetydighet
- Barrierer for samarbeid
  - Mellom profesjoner?
  - System - individ
  - Forståelse – myter i system og hverdag