



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD101C

Predefinert informasjon

Startdato:	04-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	10-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Hjemmeoppgave		
SIS-kode:	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 1

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6799

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 9

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Realitetssjokket

The reality shock

Kandidatnummer 1

GRSD15

HVL FHS IHO

Rettleiar: Terje Årsvoll Olsen

Ord: 6799

10.05.2019

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Samandrag

Denne bachelor spring ut frå forfattar si oppleving av *realitetssjokket*. Der spenningar mellom fagleg ideal og realitet i yrkeskvardagen kjem i konflikt. Forklarte spenningar og verdisyn set sjukepleiaren i eit krysspress som kan utløyse moralsk stress. Eg ser på utfordringar i organisasjon og sjukepleiarars opplevde krav i yrkeskvardagen, som konsekvens av politisk styringsideologi. Eg trekkjer parallell mellom sjukepleiars leiande funksjon og Kari Martinsens metafor om sjukepleiar som kaptein på skipet.

Mange sjukepleiarar gjev seg i yrket kort tid etter fullført studie. Eg set styringsideologi, arbeidspresset og manglande organisatorisk kompetanse som bakanforliggende årsaksfaktorar og framsnakkar dobbeltkompetanse som vernande faktor for nyutdanna og røynd sjukepleiar. Både som buffer mot realitetssjokket, for effektiv orientering og saksgang i organisasjonen, samt for å kunne bidra til å utvikle og kvalitetssikre tenestene. Mitt utgangspunkt er ei undring og eg skriv for å forstå samanhengar eg i utgangspunktet har liten forståing av.

Teorigrunnlaget eg nyttar er primært norsk forskning, pensum litteratur og gjeldande lovverk og retningslinjer. Mitt krav til litteraturen har vore relevans og overføringsverdi til sjukepleia eg omtalar.

Abstract

This bachelor paper originates from the author's own experience of reality shock in nursing. Where conflicts arise between professional ideals and realities of the working day and put registered nurses under a pressure that could develop to moral stress. I explore organisational challenges and registered nurses experienced demands at work due to political management ideology. I draw parallels between the leading functions of the registered nurse and the metaphor of the registered nurse as a captain of the ship from Kari Martinsen.

Several registered nurses change careers shortly out of nursing school. I set management ideology, work pressure and lacking organizational competence as underlying causal factors and advocate double competencies as protecting factors for newly graduates and seasoned nurses alike. Both as a buffer against the reality shock and for efficient orientation and organisational bureaucracy as well as development and quality control of services. My basis is wondering, and I am writing to gather understanding of relations I previously have had little understanding of.

The literature for this bachelor is primarily Norwegian research, literature from the curriculum and current laws and legislations. My focus of the literature has been relevance and transferability to the nursing described in this bachelor paper.

Innhold

Samandrag	2
Abstract	2
Innleiing	1
Frå frykt til mot	2
Å innsjå realiteten.....	2
Idealet	4
Organiseringa av helsevesenet - føringar for sjukepleieutøvinga	6
Konsekvensar av NPM.....	8
Sjukepleiaren, krysspresset og det moralske stresset	11
Martinsen om den travle kulturen	14
Det usynlege arbeidet	15
Organisatorisk kompetanse som middel for å etterleve idealet.....	16
Dobbeltkompetanse	17
Til sist.....	20
Referansar.....	21

Innleiing

«Med skipet som bilde og med analogi til sykeværelset kan vi kanskje oppdage at det foregår en kontinuerlig skapelse og et krevende formingsarbeid i skipet, som ikke minst kapteinen er pådriver for (i sykeværelset den ansvarshavende sykepleier). Et formingsarbeid der kapteinen har en viktig oppgave i å føre passasjerene gjennom krisefylte hendelser i skipet, og i å forme skipets rom så de kan være livsfremmende å være i» (Martinsen, 2018, s. 86)

I skipets bilete er sjukepleiaren kaptein i sjukerommet. I metaforen tydar eg sjukepleiars leiande rolle, som pådrivar for eit formingsarbeid. Ei rolle eg snart trer inn i. Som fagleiar har sjukepleiar funksjon som kvalitetssikrar av sjukepleietenesta og kartleggingsansvar for pasientars oppfylgingsbehov. Uansett arbeidsstad sit sjukepleiar i ein mellomposisjon som inneber fagleg leiaransvar for medarbeidarar og å samarbeide med avdelingsleiar for å realisere organisasjonens målsetjing (Pfeiffer, 2002, s. 10). Mange sjukepleiarar opplever ein strevsam arbeidskvardag som fylgje av styringsideologi inspirert av privat sektor (Ingstad, 2010). Saman med eiga oppleving av *realitetssjokket*, er dette bakgrunn for mi trong til å utforske organisatoriske forhold som påverkar sjukepleiars høve til å utøve sitt sjukepleiefaglege ideal; fagleg forsvarleg og omsorgsfull sjukepleie.

Martinsen poengterer at for å unngå havari, må kapteinen samhandle med dei ytre elementa til skipet jamvel mannskapet og passasjerane om bord (Martinsen, 2018, s. 92).

Samhandlingsarbeidet til sjukepleiar er omfattande og ofte underkjent (Avdagic, 2019). Eg framsnakk organisatorisk kompetanse som naudsynt for fagleg forsvarleg og omsorgsfull sjukepleieutøving. Samt som vernande mot nyutdanna sjukepleiar si oppleving av realitetssjokket. Eg peikar på spenningar mellom fagleg ideal og realitet, som famnar vidare enn realitetssjokket og hevdar sjukepleiar kan ha ei viktig rolle i utviklinga av framtidens helsetenester.

Eg vel å ikkje innsnevre perspektivet for tilnærminga ved å plassere sjukepleia eg omtalar i ein bestemt kontekst. Eg tenkjer områda eg omtalar er overførbare mellom ulike delar av helsesektoren der sjukepleiar arbeider. Eg nyttar medvitande forskning der respondentane kjem frå både kommunehelseteneste og spesialisthelseteneste, og omtalar sjukepleie i vid forstand, generelt og kontekstuavhengig. Samtidig har eg størst erfaringsbakgrunn innan kommunal sektor, og ser ikkje vekk frå at det kan skinne gjennom i teksten.

Frå frykt til mot

Etter vidaregåande arbeidde eg som assistent og heimehjelp i heimesjukepleia. Eg såg med gru på sjukepleiarane som sprang rundt og var travle. Oppgåver og dilemma me assistentar ikkje visste kva me skulle gjere med, lessa me over på dei. Dei var som nokre tusenkunstnarar, som tok på seg alt ingen andre kunne. Eg frykta alt det stresset og ansvaret eg såg hjå sjukepleiarane. Det kunne dei ha for min del. Eg tenkte at slik ville eg ikkje ha det, så sjukepleie var ikkje utdanninga for meg.

Då eg som pårørande opplevde å møte nokre sjukepleiarar som utgjorde ein skilnad for mi oppleving og handtering av ei krise, fekk eg augo opp. Eg vart inspirert og innsåg at desse menneskja må ha ein fantastisk rik kvardag når dei får arbeide med menneskjer slik dei var ovanfor meg. Kva dei gjorde som påverka meg slik, klarar eg ikkje å seie, men det hendte noko som rørde meg. Gjennom enkle ord og stille nærvær gav dei meg tryggleik og håp. Eg innsåg, då og i ettertida si refleksjon, at å arbeide i sjukepleiaryrket vil gje høve å ta del i andre menneskjer sine liv. Høve til å gjere ein forskjell for andre i deira kvardag og utfordringar. Samt at det ville gje min eigen kvardag ein rikdom av å ta del i andre sine erfaringar. Eg tok mot til meg og søkte. No sit eg her. Fire år på høgskule for å bli sjukepleiar er nesten over. Til sommaren byrjar eg å arbeide som sjukepleiar i nyoppstarta kommunal korttidsavdeling. Det er eg stolt over.

Å innsjå realiteten

Under utdanninga har eg stifta kjennskap med ulike delar av helse- og omsorgstenesta. Gjennom praksis i spesialisthelsetenesta, på medisinsk- og kirurgisk sengepost, i kommunehelsetenesta, i sjukeheim, helsestasjon, heimesjukepleie og psykiatritenesta. Erfaringar frå praksis periodane og eige arbeid i sjukeheim har starta ei tankerekkje hjå meg.

Det kjennest som å stå på eit skjeringspunkt. På eine sida er dei oppteikna ideal; slik ein lærer at sjukepleie skal vere i lys av etikk og sjukepleieteori; upartisk plikt- og pasientorientert (Nortvedt, 2016, ss. 17-21). Den gode sjukepleiaren skal utføre grunnleggande pleie på ein fagleg kyndig, samt empatisk og omsorgsfull måte.

Med si lojalitet forankra hjå pasienten, og tanke for korleis sjukdom og helsesvikt opplevast for akkurat denne pasienten, eller pårørende (Nortvedt, 2016, s. 21). Nyutdanna sjukepleiarar er skulert i ei tenestetenkning med vekt på heilheitleg og tilrettelagt omsorg for den einkilde (Orvik, 2015, s. 29).

På den andre sida opplever eg ei travel og oppgåveorientert teneste. Der lojalitet er forankra hjå systemet og arbeidsgjevar. Kari Ingstad fortel om travle sjukepleiarar som kjenner seg overmanna av oppgåver (2010). Denne opplevinga kjem fram i ei studie *Sykepleien* gjorde mellom 12. september og 5. november 2018 (Bergsagel, 2019). Studien syner at det er stort gap mellom oppgåver sjukepleiarar meiner dei burde nytte tida si til, og kva dei faktisk gjer. Ikkje-sjukepleiefaglege oppgåver, som reinhald og kjøkkenarbeid, stel tida til sjukepleiarane og gjer at sentrale sjukepleiaroppgåver må nedprioriterast.

Opplevinga mi er at teorien seier noko, men i praksis møter eg ei anna verd. Ein kan sei at utdanninga med det sjukepleieteoretiske innhaldet har gitt meg ei romantisk førestilling av kva sjukepleie inneber, medan opplevingar frå praksis og eigen arbeidsplass fortel at arbeidsgjevar etterspør noko heilt anna. Skuleringa til nyutdanna samsvarar berre i avgrensa grad med forventningane i helsetenestene bekreftar Orvik (2015, s. 29). Vilkår for å utøve sjukepleie har blitt dårlegare etter at sjukepleieleiarar med kunnskap om betydninga av pleie vart vekke, hevdar Åshild Fause (Ousdal C. K., 2019, s. 131). Avdelingsleiarar i dagens helse- og omsorgssektor har høgare fokus på å halde budsjettet enn å stille faglege krav, legg ho til.

Fenomenet eg opplever er kjent. Arne Orvik (2015, s. 26) gjengjev Marlene Kramer. I 1974 introduserte ho omgrepet *realitetssjokk* som beskrivande for nyutdanna sjukepleiarar si utrygge oppleving som kan oppstå når dei oppdagar at dei ikkje kan praktisere det dei har lært. Spenningar mellom det faglege idealet og realiteten på arbeidsplassen kan arte seg ulikt, men nybegynnarsfasa kan få preg av krisereaksjon.

Ifølge Orvik kan dette komme av organisatoriske faktorar, som mangelfull forståing av eigen plass i helseorganisasjonen og manglande leiareigenskapar (2015, ss. 26-27). Norsk forskning syner at nyutdanna sjukepleiarar går inn i yrkesutøvinga med empati for pasientar og entusiasme for faget, men at organisatoriske og faglege rammer som tidspress og oppleving av manglande støtte er til hinder for engasjement og iver etter å lære (Bjerknes & Bjørk, 2012, s. 6).

«Der utdanningskulturen framhever autonomi, egenkontroll og profesjonsetikk, er den kliniske hverdagen preget av systemorientering med hierarkisk styring, ekstern kontroll og en økonomisk tankegang.» (Orvik, 2015, s. 29)

Eg veit eg går i møte med ein yrkeskvardag der eg mellom anna kjem til å gå visitt med lege på inntil 32 pasientar. Eller gå ansvarsvakt, åleine sjukepleiar med 68 pasientar, prisgitt min kunnskap. Det er eit stort ansvar, som stiller krav til meg utover min faglege kompetanse. Ansvaret krev at eg meistarar å halde tråden i fleire ting samstundes, samle lause trådar og fylgje opp planlagde og akutte hendingar. Eg står framfor eit komplekst og mangfaldig ansvar.

1 av 5 sjukepleiarar sluttar i yrket innan det er gått 10 år etter studie. Flest sluttar på grunn av stor arbeidsbelastning (Bergane, 2019). Eg er altså ikkje åleine om å tenke at møtet med den travle yrkeskvardagen vil by på utfordring. Dette er utgangspunktet som motiverte meg til å sjå på forhold som trugar idealet. Og kva eg kan gjere for å manøvrere dette trugsmålet. Eg vonar eg ikkje gjev meg i yrket etter kort tid.

Idealet

Forskning syner at sjukepleiarar relaterer det å gjere godt arbeid med at dei utfører fagleg forsvarleg sjukepleie, og tek medansvar for kollektiv fagleg oppdatering, slår Christiansen og Bjørk fast (2016, s. 71). Deira forskning syner at godt arbeid også har ein mellommenneskeleg dimensjon som peikar utover det fagleg riktige (Christiansen & Bjørk, 2016, s. 72). Altså er god sjukepleie forbunde med ein fagleg forsvarleg praksis og ei pasientsentrert haldning. Eg tolkar dette til at norsk forskning syner at sjukepleiarar ser fagleg forsvarleg og omsorgsfull sjukepleie som eit ideal for godt arbeid.

Kravet om fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp skriv seg frå helsepersonellova (1999). Kravet til yrkesutøvinga i § 4. er meint å sikre at pasientar mottek helsetenester som overstig ein fagleg minstestandard, samt at dei ikkje vert råka av skade, lidning eller smerte som kan unngåast. Dette uttrykkjer den enkelte yrkesutøvar sitt individuelle ansvar som helsepersonell. § 16 i same lova fastset arbeidsgjevar/leiar sitt systemansvar for tilrettelegging av å utøve fagleg forsvarleg verksemd.

Leiar har eit overordna ansvar for at tenestetilbodet og organiseringa av dette er forsvarleg. Sjukepleiaren er pålagt å etterleve instruksar leiar gjev, i kraft av styringsretten. Men pålegget om å etterleve instruksar kan hamne i konflikt med den enkelte yrkesutøvar sitt sjølvstendige ansvar for forsvarleg yrkesutøving. I og med at sjukepleiar har leiaransvar og er helsepersonell, omfattast ein av både § 4, om forsvarleg yrkesutøving, og § 16, om forsvarleg tenestetilbod (Norsk Sykepleierforbund, 2018, s. 15).

Yrkesetiske retningslinjer framheld det fagleg forsvarlege og omsorgsfulle (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Retningslinjene presiserer sjukepleiar sitt ansvar for å ivareta den enkelte pasient si trong for heilheitleg omsorg og framhevar sjukepleiar sitt ansvar for å yte omsorgsfull hjelp. Retningslinjene peikar jamvel på sjukepleiars ansvar for å melde ifrå eller varsle når pasientar vert utsett for kritikkverdige eller uforsvarlege forhold.

Kvalitetsforskrifta inngår som juridisk rammene for fagleg forsvarleg sjukepleie (Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg, 2003). Forskrifta teiknar grunnleggande krav til kvalitet på pleie- og omsorgstenestene som kommunane yt. Målet er å sikre at personar som mottek pleie- og omsorgstenester får ivareteke sine grunnleggande behov, med respekt for pasientens sjølvbestemming, eigenverd og livsføring.

«Forsvarlighetskravet er både en lovregulert rettslig minstestandard og en rettesnor for god praksis», oppsummerar Eli Gunhild By i forord til Norsk Sykepleierforbund (NSF) sitt hefte «Forsvarlighet -Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie» (2018, s. 3).

Plikta til fagleg forsvarleg sjukepleie kan forståast som eit fenomen bygd av ulike faktorar (Norsk Sykepleierforbund, 2018, ss. 5-10). Det teoretiske grunnlaget sjukepleie baserast på, som relevant kunnskap og den praktiske yrkesutøvinga med anerkjente metodar.

Her inngår juridiske, faglege og etiske rammer og prinsipp for yrkesutøvinga, saman med pasienten og pårørande sine behov. Kvar av faktorane er naudsynte, men ikkje åleine tilstrekkelege, for å oppnå forsvarleg yrkesutøving. Sjukepleiaren pliktar å halde seg oppdatert, jamfør yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2016), og innehar breidda i kunnskapar som utgjer grunnlaget av kompetanse som ventast av sjukepleiarar, jamfør rammeplanen for sjukepleiarutdanning (Forskrift til rammepla for sykepleierutdanning, 2008).

Plikta til omsorgsfull sjukepleie inneber å gje helsehjelpa på eit vis som yt pasienten omtanke og respekt, utan å krenke. Dette omhandlar måten helsepersonell opptrer ovanfor og kommuniserer med pasient og pårørande (Norsk Sykepleierforbund, 2018, s. 5).

«Sykepleie kan ikke utøves uten omsorg (...) Derfor kan en også si at forsvarlig sykepleie ikke er mulig å oppnå utan at sykepleieren er omsorgsfull når sykepleien utøves» (Norsk Sykepleierforbund, 2018, s. 11).

Å handle omsorgsfullt omhandlar å vere merksam på, oppfatte og ta innover seg pasientens situasjon og reaksjon, for så å gje pasienten medkjensle, omtanke og ei betre oppleving enn om det motsette skjer. *«Å handle omsorgsfullt er like viktig som å være teknisk dyktig, men omsorg uten tekniske ferdigheter er heller ikke forsvarlig»* (Norsk Sykepleierforbund, 2018, s. 11).

Omsorg og forsvarleg utøving er gjensidig avhengige av kvarandre, og skal ideelt opptre saman. Det er naudsynt at sjukepleiaren er fagleg skulert og kan dei tekniske fagkunnskapane. Men om pleia blir reint teknisk og hjartelaget manglar, så har sjukepleie lite for seg. Den verkande krafta vil mangle (Martinsen, 2000, s. 15).

Eg summerer at fagleg forsvarleg sjukepleie er tufta på eit oppdatert kunnskapsgrunnlag, yrkesetiske retningslinjer og krav frå styresmaktene. Den forsvarlege sjukepleia skal i tillegg utøvast på ein omsorgsfull måte, saman med pasient og pårørande. Dette er mi plikt som sjukepleiarar, og plikta samsvarar med idealet eg ynskjer å etterleve i yrkesutøvinga.

Organiseringa av helsevesenet - føringar for sjukepleieutøvinga

Den politiske organiseringa av helsetenesta i Noreg er gjort etter LEON-prinsippet. Tanken er at oppgåver skal handterast og problem løysast på det lågaste effektive omsorgsnivået, med mål om å fordele ressursar slik at flest mogleg personar skal få best mogleg helsetenestetilbod (Nylenna, 2014, ss. 62-63). Behandling og omsorg skal vere fagleg forsvarleg, parallelt med at omsynet til ressursbruk skal vege tungt (Orvik, 2015, s. 105).

Innhaldet i helsetenestene formast av helsemessige utfordringar, sjukdomsmønster, medisinsk kunnskapsutvikling og velferdsteknologi. Slik er det samfunnsutviklinga som formar organiseringa av helsetenestene. Noreg er blant landa som på verdsbasis har høgst levestandard, høg materiell velstand, høg yrkesdeltaking og jamn inntektsfordeling. Men samla utgifter i helsesektoren har synt seg å vekse raskare enn verdiskapinga. På slutten av det 20. år hundre vart helsetenesta organisert meir marknadsorientert. Styringsprinsipp frå privat sektor; *New public management* (NPM), vart introdusert i all offentleg forvaltning (Nylenna, 2014, s. 26).

NPM er eit omgrep for fleire retningar med felles idé om å overføre prinsipp for leiing og økonomisk styring frå privat til offentleg sektor, i hensikt å effektivisere og auke tilfredsheit hjå brukarar. Leiarrolla vert sentral i organisasjonen der brukartilfredsheit, kostnadskontroll og effektivitet er tydeleg målsetjing (Orvik, 2015, s. 32). Med slik mål- og resultatstyring vert det mogleg å fastslå i kva grad ei verksemd oppnår resultat, med verktøy som perioderapportar, årsrapportar og andre evalueringsmetodar som del av arbeidsprosessen (Ingstad, 2010, s. 14).

Særleg innan tre områder har NPM prega utviklinga av helse- og omsorgssektoren:

Avdelingsvis leiingsform der ein leiar har heilheitleg ansvar for drift av ei resultateining; eit delegert økonomisk ansvar med krav om måloppnåing. Størst mogleg del av tilgjengelege ressursar skal gå til tenesteproduksjon, og ikkje til administrasjon. *Autonomisering og fristilling* gjev dei næraste til «problema» fridom til å velje korleis dei ynskjer å organisere ei verksemd, så lenge krava om forsvarleg verksemd er ivaretekne. Fristilling kan også innebere at ansvar og dilemma delegerast til dei næraste pasienten. *Marknadslignande løysingar* siktar på å auke effektivitet og brukartilfredsheit med å auke konkurranse. Til dømes gjennom synleggjering av kvalitetsindikatorar for brukarar (Orvik, 2015, s. 33).

Sjukepleiaren som profesjonell vert råka av NPM ved at leiarrolla vert profesjonalisert, gjennom krav om profesjonell leiarkompetanse. Profesjonaliseringa av leiarrolla kan svekke andre profesjonelle roller, som avgjer makt til leiaren (Orvik, 2015, s. 35). Orvik gjev eksempel med at lege som avdelingssjef, forventast å skifte fokus frå medisinsk leiing til å leie heile avdelinga si verksemd. Tilsvarande høver for sjukepleiar som leiar. Fause hevdar at dersom leiaren ikkje løftar fram pleia, vert sjukepleiaren si verksemd råka. «*I dag er avdelingslederne mer opptatt av å holde budsjettet enn å stille faglige krav (...)*» (Ousdal C. K., 2019, s. 131).

Konsekvensar av NPM

I dagens organisering av helsevesenet opplever sjukepleiaren å bli overlessa av ansvar. Som konsekvens av at NPM vart innført i forvaltning av offentleg sektor, har ansvar for å få arbeidet gjort blitt delegert nedover. Samstundes har arbeidstakarar fått mindre påverknadskraft over tilgjengelege ressursar. Den enkelte sjukepleiar får dermed ansvar for å overta stadig fleire oppgåver. Både eigne og andre sine, oppsummerar Ole Jacob Thomassen (Ousdal C. K., 2019, ss. 132-133). NPM kan ha bidratt til at kliniske verksemder har utvikla seg frå humane institusjonar til økonomiske bedrifter (Orvik, 2015, s. 38)

Kari Ingstad skriv om arbeidsforhold ved norske sjukeheimar, i hensikt å syne korleis sjukepleiarar i slutten av si arbeidskarriere opplever og meistrar endringar i arbeidssituasjonen (Ingstad, 2010, s. 14). Ho legg fram endringar i tråd med NPM som årsak til endra arbeidsforhold. Effektivitetskravet i yrkeskvardagen fordrar at tilsette skal få meir helse ut av kvar krone. Noko sjukepleiarane opplever at kjem i konflikt med omsorgsideala deira.

Leiaren er den som skal drive gjennom endringar og sørge for måloppnåing, gjennom fokus på å vere visjonære og innovative i møte med effektivitetskrav som føreligg.

Desentraliseringa av leiarrolla har flytt mykje ansvar og arbeidsoppgåver frå sentrale ledd til dei einingane som leverer tenestene (Ingstad, 2010, s. 14). Utforminga av tenestene har såleis blitt overført til tenesteytarane. Dette kan bidra til å myndiggjere og stimulere arbeidssituasjonen for mange sjukepleiarar. Men, Ingstad legg anna forskning til grunn for påstand om at, når tilsette opplever å få ansvar for innhald i og kvalitet på tenester, utan myndigheit over arbeidsmengd eller ressursar, kan det føre til at dei ikkje greier å etterleve den kvalitet dei sjølve meiner tenesta bør ha (2010, s. 14).

Ingstad sin studie summerer at NPM inspirerte reformar har påverka arbeidsforholda til sjukepleiarar ved at dei har fått fleire arbeidsoppgåver, ein meir hektisk arbeidskvardag og ein mindre synleg leiar. Færre leiarnivå aukar arbeidsmengda til mellomleiarane, og fører til at fleire oppgåver delegerast sjukepleiarane i avdelinga. Dei fleste sjukepleiarane var positive til dei nye arbeidsoppgåvene dei vart tildelte, men problematiserte at dei ikkje hadde fått meir tid til å utføre desse.

Det førte til dilemma der sjukepleiarane kjende seg strekt mellom den direkte pasientkontakten og dei delegerte oppgåvene. Dei beskrivne oppgåvene i studien er av organisatorisk art; eksempelvis kontakt med pårørende og sjukehus, innleiing av vakter, bestilling av utstyr og ansvar for tryggingsalarmar (Ingstad, 2010, ss. 15-16).

Sjukehusa skriv ut pasientar tidlegare, og kommunane må ta imot pasientar med komplekse sjukdomsbilete, gjennomsnittleg 3-4 medisinske diagnoser, og pasientar i livets siste fase. Oppgåvene dette medfører er meir krevjande enn det pleie- og omsorgstenestene tok seg av få år tilbake, både i forhold til behov for meir avansert medisinsk utstyr, samt i forhold til å dekkje pasientane sine grunnleggande behov (Ingstad, 2010, s. 15). Hurtige endringar og spesialisering innan specialist- og kommunehelsetenesta stiller store krav til sjukepleiars kompetanse, og mange sjukepleiarar saknar tilrettelegging for fagleg oppdatering og utvikling (Christiansen & Bjørk, 2016, s. 66).

«I vår tid er sykepleiere tilretteleggere og iverksettere, med ansvar for å «lose» pasienter og pårørende gjennom «helseløypa»» (Orvik, 2018, s. 3). Kortare liggetid i sjukehus fører jamvel til at pasientar ved utskrivning har omfattande behov for sjukepleie og medisinsk behandling. Fagleg forsvarleg ivaretaking av pasienten i denne kritiske fasa forutset organisert samarbeid mellom sjukehus og heimeteneste (Orvik, 2018, s. 3). Formidling og utføring av dette arbeidet er sjukepleiars ansvar. I praksis opplevde eg dette organiserande samarbeidet like viktig i samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og andre delar av kommunehelsetenesta, samt internt i kommune- og spesialisthelsetenesta.

Den auka arbeidsmengda gjev sjukepleiar behov for å prioritere mellom arbeidsoppgåver, og arbeidssituasjonen beskrivast av Ingstad sine respondentar som at det ikkje er rom for å ivareta pasientane utover deira grunnleggande behov. Større fokus på effektiv ressursutnytting, å spare kostnader og budsjett disiplin gjer at det er dei økonomiske rammene som i første omgang skal overhaldast. Mål knytt til kvaliteten på tenestene kjem i andre rekke (Ingstad, 2010, s. 15).

Ingstad syner sjukepleiarane si oppleving av at tidspresstet trugar kvaliteten i pleia som fylgje av at medisinske kjerneoppgåver prioriterast framfor psykososiale behov (2010, s. 15). Dette er i samsvar med idealet om å ivareta den fagleg forsvarlege minstestandarden, men ivaretek i mindre grad omsorgsperspektivet; jamfør sjukepleieidealet som er beskrive tidlegare.

Maria Strandås forskar på sjukepleiar-pasient-relasjonar og korleis sjukepleiar og pasient handterer organisatoriske system dei er underlagt (Johansen, 2019). Ho hevdar at sjukepleiars ansvarsområde og funksjonar spenner vidt og aukar stadig. At nedskjeringar, effektivisering og standardisering av sjukepleieoppgåver er alvorlege trugsmål mot sjukepleie som profesjon, samt mot pasienttryggleik. Ho ser med uro på at moglegheit til å gjere sjølvstendige vurderingar, og å handle ut frå fagleg og etisk skjønn i møte med pasientar med komplekse og skiftande behov innskrenkast.

Også Christensen og Bjørk (2016, s. 70) bekreftar sjukepleiars opplevde tidspress i yrkeskvardagen som utfordrande for å gjere det dei sjølve meiner er kvalitativt godt for pasientar. Sjukepleiarane opplevde dagleg å bli konfrontert med tidspress i form av skjema som sprakk, marginal bemanning og arbeidsoppgåver på sida av det dei var utdanna for (Christiansen & Bjørk, 2016, s. 72). Sjukepleiarane opplevde ein personleg dimensjon i tidspresset som medførte ei kjensle av å gå på akkord med eigne faglege prinsipp og ideal.

Breivik og Obstfelder samanfattar forskning som syner at liberalistisk ideologi og marknadsøkonomisk tenking vanskeleg let seg forene med grunnleggande verdiar i sjukepleieutøvinga (Breivik & Obstfelder, 2012, s. 110). Dei gjengjev Nina Olsvold som beskriv sjukepleiar si oppleving av asymmetri mellom ansvar og myndigheit for kvalitet på tenestene dei utfører og ressurstilgang (Breivik & Obstfelder, 2012, s. 110).

Det kjem fram ei spenning mellom fagleg ideal og realitet som famnar vidare enn kunn den nytdanna sjukepleiar. Også den meir røynde sjukepleiar kjenner eit prestasjonsjag som liknar *realitetssjokket*. Sjukepleiaren står i eit krysspress. Eg får tankar om at ambisjonar for helsetenestene står i kontrast til ressursar som krevst. Sjukepleiaren spring raskare når budsjettet strammar og ansvar vert delegert nedover. Vil ikkje det i sin tur råke pasienten? Av nedsett kvalitet på pleia, redusert pasienttryggleik og svekka tillit til helsepersonell og helsetenester?

Sjukepleiaren, krysspresset og det moralske stresset

Christiansen og Bjørk samanfatar forskning som tyder på at sjukepleiarar ofte erfarer eit krysspress mellom ideal og realitet (2016, ss. 66-67). Dei utforskar korleis dette krysspresset pregar opplevinga av å utføre eit godt arbeid som sjukepleiar.

Sjukepleiaren sitt omsorgsideal vert ståande i opposisjon mot ansvar og oppgåver som delegerast sjukepleiaren frå leiar og andre kollegagrupper.

«Manglende tid ble ikke bare opplevd som en strukturell rammebetingelse (...). Som sykepleier hadde det en personlig dimensjon som medførte å gå på akkord med egne faglige prinsipper eller idealer» (Christiansen & Bjørk, 2016, s. 73)

Fleire av respondentane, frå både spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, fortalde om utfordringar i forhold til å halde seg fagleg oppdatert, som manglande tilrettelegging frå arbeidsstaden. Ein av respondentane uttalte at *«enkelte ganger blir vi kastet ut i ting som det egentlig ikke er forsvarlig at man gjør, men som forventes at men likevel skal kunne gjennomføre»* (Christiansen & Bjørk, 2016, s. 69). Det kan forståast som at organisatoriske forhold set faget til side og overlèt ansvar for kompetanseheving til den enkelte sjukepleiar. Det syner korleis forventningar frå arbeidsstaden direkte utfordrar sjukepleiaren sitt faglege ideal.

I behandlingssammenheng ligg det fleire konkurrerande verdiar som kan skape rollekonfliktar for sjukepleiaren. I den kliniske kvardagen rører sjukepleiaren seg mellom tre arbeidskontekstar, med ulike forventningar, verdiar og normer. Samt med ulik forståing av tid (Orvik, 2015, s. 94). Sjukepleiaren kan hamne i eit tidsmessig krysspress mellom ulike arbeidskontekstar, og i nokre situasjonar kan hensiktsmessige løysingar vere vanskelege å identifisere (Orvik, 2015, s. 95). Ulike verdiar som kolliderer på systemnivå, resulterer i krysspress og krisereaksjon på individnivå (Orvik, 2015, s. 29).

Kvalitet forutset tilstrekkeleg tid, men tydinga av tid er avhengig av kven som ser. Orvik skil mellom *pasienttid*, *produksjonstid* og *profesjonstid* (2015, s. 90). Forståinga av *pasienttid* er forankra i respekt for den sjuke, der tid kan vere føremon for realisering av verdiar som individuell tilpassing, nærleik og relasjonsbygging. Tida fyl pasienten si rytme og dagsform, og tek på alvor pasientens oppleving av tida. *Pasienttid* er i vesen ulik målbar tid.

Produksjonstid omtalar tida som går med til å produsere tenester, gjerne i standardisert prosess og er eit bedriftsøkonomisk uttrykk (Orvik, 2015, s. 90). Tida vert økonomi.

Effektivisering gjennom redusert behandlingstid, kostnadseffektivisering og auka behandlingsskapasitet kan resultere i pasientforløp organisert etter samleband-tenking, med spesialisert personale og stoppeklokkementalitet.

Profesjonstid omfattar tida sjukepleiaren har til disposisjon, fordelinga av den i forhold til pasientkontakt, dokumentasjon, opplæring, fagutvikling og slakk (Orvik, 2015, s. 90). Tid er ein nøkkelressurs i dei ulike perspektiva. Samstundes er tid ein knapp ressurs, avhengig av bemanning og prioritering. Når tid som føresetnad for å skape kvalitet er under press, kan det vere naudsynt å trekkje fram pasientperspektivet.

«Den juridiske retten til forsvarlig helsehjelp og den moralske retten til en hånd å holde i ved livets slutt opphører ikke ved ressursmangel og budsjettunderskudd» (Orvik, 2015, ss. 91-92).

Å løfte fram *pasientperspektivet*, fører også med seg *profesjonsperspektivet*.

Pasientperspektivet som overordna mål vil, med tilhøyrande krav til pasientopplevd, fagleg og organisatorisk kvalitet gje grunnlag for forsvarleg og omsorgsfull pasienthandsaming (Orvik, 2015, s. 93).

Også Martinsen snakkar om at sjukepleiaren står i eit krysspress. Den profesjonelle skal vere effektiv, kunne standardisere og ha overblikk over komplekse situasjonar i ein kvardag der stadig meir tid nyttast til dokumentasjon og tidsmåling av tiltak. Samstundes skal sjukepleiaren vere vaken for den enkelte pasient og hans situasjon (Martinsen, 2014, s. 226).

Martinsen beskriv krysspresset som to formar for travelheit. Ein vond travelheit, kulturelt bestemt av prioritering, normer og gjeremål sjukepleiaren er pålagd. Sjukepleiaren spring då frå sitt ansvar ved å unnlate å hjelpe den andre som han/ho kunne hatt høve til å hjelpe (Martinsen, 2014, s. 231). I den gode travelheit er sjukepleiaren tilstade, ivaretek pasienten og har ansvar for det ande mennesket sitt liv. Sjukepleiaren har det travelt ut frå kva han/ho skuldar den andre; å ta hand om vedkommande på best mogleg vis (Martinsen, 2014, s. 231).

Ofte opptrer dei to formene for travelheit samstundes. I tempoet som manast fram skjulast skuldkjensle og ansvarsfråskrivning (Martinsen, 2014, s. 232).

“Jeg trener på å ståsette meg. Jeg orker ikke mer skyldfølelse, jeg holder avstand. Hos oss handler det meste om tempo. Selv om jeg vet at jeg daglig er til hjelp og støtte for noen, vet jeg godt hvem jeg har gått forbi. I garderoben på vei hjem har jeg alltid skyldfølelse for det ugjorte. Men det gode med tempo er at det hemmer meg i å se klart.” (Aakre, 2009)

Eg kjenner meg att. Å ikkje ta imot pasientars ytra behov for merksemd. Eit ynskje om å bli sett som ikkje vert svart. Det er ikkje ei god kjensle. Sjukepleiaren hamnar i ei etisk konflikt når ho går på akkord med det ho meiner er riktig for pasienten og som ho ser at ho kunne gjort for han/henne, til fordel for ei kulturell, befalande plikt. Slik oppstår det moralske stresset (Martinsen, 2014, s. 232).

Sjukepleiar opplever moralsk stress når pasientarbeidet ikkje samsvarar med den etiske standarden dei ynskjer å utrette. Opplevinga kan komme som konsekvens av at vedkommande er klar over kva som er moralsk riktig handling, men som på grunn av faktorar i institusjonen vert hindra i å handle på riktig vis (Christiansen & Bjørk, 2016, s. 66). Oppgåver som ikkje vert gjort på grunn av ressursmangel kan såleis føre til at den enkelte sjukepleiar opplever personleg ansvar og moralsk stress.

«De etiske dilemmaene blir stadig meir komplekse, og kombinert med travelhet, mangel på noen å reflektere sammen med, ser sykepleiere ingen annen løsning enn å redusere på kravene og tilpasser seg rådende muligheter.» (Aakre, 2009, s. 2)

Aakre peikar på at prioriteringane vert tydelegare når tidsskjemaet vert stramt. Objektivisering av pasientar og tiltakande kynisme kan utviklast som resultat av at pleiepersonell reduserer på krava. Travelheita kan slik verte grusam, og ondskap kan utvikle seg i pleiekulturen.

«Hva gjør standardisering, markedslogikken, finansieringsordninger og teknologisering med den humane kapital, det kliniske blikket og de etiske idealer?» (Aakre, 2009, s. 1).

Aakre framheld at moralsk stress er helsefarleg for både pasienten og den tilsette, samt at opplevinga av moralsk forfall bør vekke uro. Ho syner til yrkesetiske retningslinjer og oppmodar til aktiv bruk av desse for refleksjon alle stader sjukepleie utøvast (2009, ss. 2-3).

Martinsen om den travle kulturen

«Det moderne og senmoderne menneske er i konstant tidsnød, tiden er knapp, og all tid må brukes som en ressurs. Det kan da skje en utvisking av verdens tid og vår egen tid -alt er menneskets tid, og tid er penger. (...) Vi får et objektforhold til naturen og til hverandre, noe vi er atskilt frå, og ikke atskilt forbundet med» (Martinsen, 2018, s. 65).

Martinsen støttar seg til sosiolog Hartmut Rosa når ho snakkar om tida i det seinmoderne samfunnet, etter 1970 åra (2018, ss. 39-43). Martinsen framstiller tidsperioden som akselerasjonsprega. Forandringstempoet resulterer i eit høghastssamfunn med eit kapitalistisk marknadssystem der tid skal gjerast til pengar.

Dette inneber eit konkurranseprinsipp om at prestasjonar per tidseining skal aukast. Teknologi vert middel for å auke prestasjonar pr tidseining, samt målet for tidsakselerasjonen, ved moglegheita den utgjer for å gjere meir. Også helsevesenet, med sjukepleiaren, tek del i høghastssamfunnet. Og det medfører effektivisering av arbeidet også her. I eit intervju uttalar Martinsen nyleg:

«Pleien utfordres. Det er et veldig tempo, et akselerert samfunn. Jeg snakker om klokketiden, altså. (...) En konstruert tid, laget for å disiplinere oss i samfunnet. (...)» (Fonn, 2019, s. 73).

Skulle tru ein fekk meir tid til pasientomsorg når nye tidsregimer aukar tempoet og det vert teke i bruk teknologiske hjelpemiddel for å spare tid. Paradokset Martinsen peikar på er at dette ikkje stemmer. Der ein trur ein får meir tid, oppstår det eit påbod om å skunder seg endå meir (Martinsen, 2018, s. 42). Akselerasjonskretsløpet verkar sjølvforsterkande. Auka tempo og ny teknologi gjev ikkje meir tid, slik at ein kan seinke livstempoet. Me ynskjer gjerne tid saman med pasientane og pårørande, men får det ikkje (Martinsen, 2018, s. 50).

«I tidsdisiplineringens paradoks slites mennesket i stykker av prestasjonskrav som vanskelig innfris» (Martinsen, 2018, s. 96).

Det usynlege arbeidet

Davina Allen har skrive bok om det *usynlege* arbeidet til sjukepleiaren; *The invisible work of nurses*. Eg har ikkje lukkast å få fat i boka, men den er nemnt ofte i litteratur er har arbeidd med undervegs i skriveprosessen. Allens bok er mellom anna presentert i artikkelen *Hva er sykepleie?*, som vonar å skape debatt kring forståinga av sjukepleie i eit helsevesen i endring (Hellesø, Larsen, Obstfelder, & Olsvold, 2018). Debatten er det ikkje mi hensikt å gå inn i, men eg vil nemne relevante moment frå Allens arbeid.

Artikkelen framlegg at perspektiv frå fenomenologisk filosofi og normative omsorgsetiske beskrivingar av forholdet mellom omsorgsutøvar og omsorgsmottakar ikkje åleine er nok til å gje forståing av sjukepleiars arbeid i dagens helse- og omsorgsteneste. Dette peikar eg på tidlegare når eg skriv om *realitetssjokket* og spenningar mellom fagleg ideal og realitet som famnar vidare enn den nyutdanna sjukepleiar. Det samsvarar med mi oppleving.

Allan sitt utgangspunkt er at sjukepleiarane si sjølvforståing er dårleg tilpassa deira arbeidskvardag. Ho hevdar at det organisatoriske arbeid må beskrivast og synleggjerast for å kunne forstå breidda i arbeidet til sjukepleiaren. Allen peikar på at det har skjedd ei dreining frå det pasientnære arbeidet til oppgåver av meir organisatorisk karakter. Sjukepleiaren har alltid hatt stort ansvar med å koordinere og sikre kontinuitet i pasientars behandlingsforløp, men arbeidet med denne organiseringa er blitt meir kompleks; det skjer hurtigare, teknologien er meir avansert og fleire aktørar er involvert.

Organiseringsarbeidet famnar om oppgåver som informasjonshandtering, fordeling av faglege ressursar og overføring av pasientar mellom avdelingar og tenestenivå. Hennar beskriving av det organisatoriske arbeidet i sjukehus i Storbritannia er atkjeennelege frå norske sjukehus og andre sektorar av helsevesenet. Allan hevdar at dette koordinerande arbeidet må beskrivast betre og likestillast med det pasientnære arbeidet, som «*indirekte pasientarbeid*». Allen beskriv organiseringsarbeidet som ein eigen dimensjon i sjukepleiars praksis og hevdar det gjer sjukepleiaren uunnverleg.

Alle utsegn og påstandar om Allen og boka hennar i denne samanhengen er henta frå artikkelen *Hva er sykepleie?* (Hellesø, Larsen, Obstfelder, & Olsvold, 2018).

Organisatorisk kompetanse som middel for å etterleve idealet

«Suboptimal organisering og/eller ressursknapphet kan lett lede til en tjeneste som er faglig uforsvarlig og lite omsorgsfull. Hvis sykepleieren i tillegg ikke har den nødvendige fagkompetanse eller blikk for de signaler personen sender ut, står man overfor en farlig blanding som lett kan lede til omsorgssvikt.» (Lillemoen & Nortvedt, 2016, s. 58)

Situasjonar der sjukepleiar opplever å ikkje imøtekomme profesjonelle og personlege ideal, handlar om ein streben etter å oppretthalde fagleg forsvarleg verksemd og kvalitet i form av omsorg, trass motarbeidande faktorar.

Greta Marie Skau trekkjer fram fleire motarbeidande faktorar for yrkesutøvarar som ynskjer å få til gode og meningsfulle møter i sin arbeidskvardag (Skau, 2018, s. 33). Nokon av faktorane kjem av utilstrekkeleg personleg kompetanse. Andre faktorar plasserar ho på system- eller organisasjonsplan: stramme tidsrammer, hierarkisk organisasjonsstruktur og knappe materielle ressursar. Dette støttar resultatane i Ingstad sin studie (Ingstad, 2010).

Lill Sverresdatter Larsen hevdar det er større krav enn tidlegare til utføringa av sjukepleie, og at dårleg koordinert og organisert pasientarbeid er ei av dei største trugsmåla mot kvalitet og tryggleik i pasienthandsaminga (Avdagic, 2019, s. 2). Med den påstanden kjem eg over på sjukepleiar si meistring. Kva gjer sjukepleiaren som kjenner at han/ho ikkje strekkjer til?

To ytterpunkt av meistringsstrategiar utpeika seg blant respondentane i Ingstad sin studie (2010, s. 16). På eine sida innfann sjukepleiarane seg med at idealet for sjukepleie var eit umogleg mål å arbeide mot. Dei gjorde så godt dei kunne innan gitte rammer, og var såleis nøgd med eigen innsats. På den andre sida strakk sjukepleiarane seg langt for å forsøke å utføre pleie i tråd med eigne og lærte omsorgsideal. Desse opplevde ofte dårleg samvit for oppgåver dei ikkje fekk gjort og kompenserte med tendens til å forlenge vaktene, utan kompensasjon. Slik verka den enkelte sjukepleiar sin omsorgsinnsats som buffer mellom sjukepleiefaglege ideal og manglande politisk ressursprioritering for å kunne etterleve slike ideal. Kortsiktige konsekvensar av NPM-inspirert organisering vert på denne måten skjult (Ingstad, 2010, s. 16).

På same vis syner forskning frå sjukehus at sjukepleiar fungerer som *lim* i sjukehussystemet gjennom si koordinerande funksjon. Sjukepleiarar beskreib funksjonen som ein *edderkopp som held tråane saman*, eller *blekksprut som held ei hand i alt*. Slik kompenserer sjukepleiaren for uhensiktsmessig organisering (Vareide, Hofseth, Norvoll, & Røhme, 2001, s. 74).

Utover slik kompenserande åtferd vel nokon å bli jobb-hopparar, går attende til skulebenken, går inn i utbrenningsprosess eller gjev opp yrket (Orvik, 2015, s. 30). Slike meistringsstrategiar og kompenserande åtferd kan vere naudsynt og kanskje lett å ty til. Men er det eigentleg gunstig åtferd for sjukepleiar på lang sikt?

Den einaste konstruktive løysinga, ifylgje Orvik, er den *bikulturelle* løysinga. Det inneber å medvitande stå med eit bein i tenesteorientert utdannings- og fagkultur, og det andre i systemorientert tenestekultur. Den *bikulturelle* sjukepleiaren er medvitande spennet mellom fagleg ideal og realitet, set seg realistiske mål innan gitte rammer, bidrar med å forbetre arbeidsplassens metodar og rutine og ivaretek slik sin faglege og personlege integritet (Orvik, 2015, s. 30).

Dobbeltkompetanse

Med omgrepet *dobbeltkompetanse* syner Orvik til at klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse ikkje er motsetningar, men gjensidig avhengige og utfyllande (2015, s. 17). Forståinga gjer organisatoriske rammer og prosessar rundt pasienthandsaming til ein del av faginnhaldet i profesjonsutøvinga.

Klinisk kompetanse kan oppfattast som tilstrekkeleg for å sikre god pasienthandsaming. Men den dobbelte kompetansen rommar påstand om at kombinasjon av klinisk- og organisatorisk kompetanse kan vere avgjerande for kvalitet (Orvik, 2015, s. 31). Dobbeltkompetansen styrkar sjukepleiar som profesjonell kunnskapsarbeidar i profesjonsutøvinga. Jamvel i pasientnært arbeide, indirekte pasientarbeide, samt i sjukepleiars bidrag til å utvikle arbeidsplassen og profesjonen (Orvik, 2015, s. 31).

Orvik argumenterer for at sjukepleiar må ha kunnskap om korleis moderne helseorganisasjonar drivast, samt logikk bak gjentakande organisatoriske endringar for å forstå korleis styringsstrukturar legg rammer for arbeidskvardagen. Slik vil han skape forståing for at dilemma som oppstår når sjukepleiefaglege ideal møter organisatorisk produktivitets- og effektivitetskrav handlar om avgjersler og prioriteringar som vert gjort på organisasjonens premiss (Orvik, 2015, s. 17).

Pasientarbeide er uføreseieleg. Det krev fagleg skjøn, evne til raskt omstilling og improvisasjon. Sjukepleiarar med dobbeltkompetanse er betre rusta til å organisere eget og andre sitt arbeide, har føresetnader til å opptre dynamisk og kunne ivareta pasienten under skiftande forhold. Såleis kan dobbeltkompetansen vere eit kvalitetsstempel (Orvik, 2015, ss. 30-31). Dobbeltkompetanse styrkar sjukepleiar som profesjonell kunnskapsarbeidar, jamvel i pasientretta arbeid, i vedkommandes evne til å bidra i vidareutvikling av arbeidsstad, samt i profesjonsutøvinga (Orvik, 2015, s. 31).

Ole Berg beskriv utviklinga av sjukepleierolla i langtids perspektiv (2012, ss. 1-5). Frå det opprinneleg pleieyrket, som det kvinnelege privatlivet flyttet ut og tilpassa den sjuke, til notidas sjukepleiarar. Denne nyttar stadig mindre tid til pasientnært arbeide. Samtidig er omfanget av systemretta oppgåver aukande i ei høgteknologisk helseteneste, der behandlinga vert omgjort til stadig meir presist avgrensa, evidensbaserte prosedyrar (Berg, 2012, ss. 16-17). Berg si beskrivinga nyttar Orvik for å syne at organisatorisk kompetanse har ein stadig meir sentral plass i dagens sjukepleieutøving (Orvik, 2015, s. 18).

Kliniske arbeidsoppgåver flyt over i kvarandre i sjukepleiars yrkeskvardag og den profesjonelle kompetansen krev ferdigheiter i å organisere eget og andre sitt arbeide. Samt merksemd for faktorar som kan påverke innhaldet i det kliniske arbeidet (Orvik, 2015, s. 18). Viktige koordinerande oppgåver kan vere vanskelege å sjå. Dei vert undervurderte og treng å løftast fram, jamfør Davina Allen og *Det usynlege arbeidet*. Det handlar om kva heilheitleg pasienthandsaming tyder i ein kompleks, høgteknologisk kvardag (Orvik, 2015, s. 19).

Også når det kjem til å handtere interesse- og verdikonfliktar mellom pasient-, produksjons- og profesjonsomsyn i den kliniske kvardagen kan organisatorisk kompetanse vere til hjelp. Orvik nyttar omgrepet trikkulturell, organisatorisk kompetanse (Orvik, 2015, s. 95). Ein kritisk kompetanse som framhevar omsynet til både pasient og profesjonsutøvar.

På bakgrunn av Orvik sine argument vert organisatorisk kompetanse stadig viktigare for sjukepleiarar i norske helseorganisasjonar. Forfattarane bak debattartikkelen *Hva er sykepleie?* (Hellesø, Larsen, Obstfelder, & Olsvold, *Hva er sykepleie?*, 2018) påpeiker at Orvik legg grunnlag for ei forståing av at dilemma som oppstår i konflikhtar mellom sjukepleiefagleg ideal og organisatorisk krav om produktivitet og effektivitet, omhandlar prioriteringar gjort på organisasjonen sine premiss. At det ikkje handlar om at den enkelte sjukepleiarar ikkje strekk til.

Martinsen oppfordrar den einskilde sjukepleiaren til ikkje å kjenne skuldkjensla åleine, men rette den utover. Mot det økonomi og produksjons styrte helsevesenet med sitt tids- og dokumentasjonspress, som vanskeleggjer pleia (Fonn, 2019, s. 73). Ho hevdar at etikken forsvinn når ein vert oppteken av kva kulturen befaler at ein skal gjere. Eg tenkjer at her er Martinsen og Orvik nær kvarandre. Orvik snakkar ikkje om å plassere skuld. Han snakkar om at me må forstå samanhengen me som sjukepleiarar er del av i yrkesutøvinga, for å forstå krysspreset me er plasserte i og sjå moglegheitene me har for innverknad og makt. Dette handlar om det same. I staden for å rette skulda innover, kan sjukepleiaren heve blikket og sjå på samanhengar som årsakar kvardagssituasjonar og dilemma.

Breivik og Obstfelder støttar Orvik i påstand om at sjukepleiar må ha kunnskap om drift av moderne helseorganisasjonar, organisatoriske endringar og forhold som fører til endringar i yrkesrolla (2012, s. 119). Dei hevdar at slik kunnskap vil ruste sjukepleiarar til å betre handtere endringar i eige arbeid, samt til å delta med forslag til problemløysing og vidareutvikling. Sjukepleiarane i deira studie skjerma seg frå helsepolitiske diskusjonar og organisatoriske omstillingar. Dei la tillit til avgjersler på vegne av avdelinga over til leiinga, noko som framstillast som ugunstig (Breivik & Obstfelder, 2012, s. 119).

Eg tenkjer at dobbeltkompetansen ikkje berre er naudsynt kompetanse for å minske den nyutdanna sitt opplevde *realitetssjokk*, slik Orvik syner det kan (2018, s. 30). Også erfarne sjukepleiarar underkjenner sitt organisasjonsarbeid, og ser kan hende ikkje kor viktig det *indirekte pasientarbeidet* er for informasjonsflyt, pasienttryggleik og forsvarleg kvalitet på pleia og omsorga. Dette tydeleggjer forholdet mellom sjukepleiar sin organisatoriske kompetanse og det faglege idealet.

Til sist

Eg har synt at *realitetssjokket* som fenomen ikkje er ugrunna. Eg peikar utover det på spenningar mellom fagleg ideal og realitet, som famnar vidare enn den nyutdanna si oppleving. Desse set sjukepleiaren i eit krysspress mellom ulike forståingar av tid og etiske verdisyn og medfører moralsk stress og skuldkjensle. Deretter argumenterer eg for dobbeltkompetanse som vernande faktor for nyutdanna og røynd sjukepleiar. Som buffer mot realitetssjokket, for effektiv orientering og saksgang i organisasjonen, samt for å kunne bidra til å utvikle og kvalitetssikre tenestene.

Lill Sverresdatter Larsen omtalar Davina Allen, og hevdar Allen set sjukepleie som yrke inn i samfunnskontekst (Avdagic, 2019, s. 3). Det me lærer er knytt til det individuelle, og måten sjukepleie fungerer på no er ikkje berekraftig i dagens samfunn, tolkar Larsen. Kan hende det er naudsynt med nye måtar å organisere helsetenesta?

Jan-Erik Støstad teiknar vegkart for *Den fjerde vei*, som eit alternativ til dagens NPM-inspirerte velferds styring (Støstad, 2015). Støstad poengterer at innsats for lønnsemd i velferdstenester, som helse- og omsorgstenester, vil kunne stå i direkte motstrid til brukarars og samfunnets beste (Støstad, 2015, s. 1). Komplekse basistjenester for sårbare brukarar gjer tilsette sine haldningar og norm sentrale for kvaliteten på tenestene. Den enkelte utøvar si skjønnsvurdering i praksis får stor betydning. Det vert avgjerande om det rår ein lønsamkultur eller ein brukarorientert kultur i velferdstenestene (Støstad, 2015, s. 2). Essensen er at framtida i velferda må skapast saman (Støstad, 2015, s. 4). I skapinga tenkjer eg at sjukepleiaren må ha ei sterk stemme, saman med pasienten som mottek tenestene, og deira pårørande.

Kaptein på skipet må kunne forme kulturar som gjev rom for danning (Martinsen, 2018, s. 92). Med ei sterk stemme, medvitande faglege og etiske forpliktingar, har sjukepleiar makt og moglegheit til å påverke. Ved å verne om verdien av den profesjonelle omsorga og å løfte fram pasientperspektivet. Samt å framhalde det fagleg forsvarlege og omsorgsfulle.

Etter arbeidet med denne bachelor har eg større mot til å ta fatt på mitt nye virke. Eg fryktar ikkje lenger stresset. Eg forstår at det handlar om å organisere arbeidet mitt, og samstundes vere klar over systemet si innverknad på min arbeidskvardag.

Eg kjenner meg klar til å bli kaptein på skipet.

Referansar

- Aakre, M. (2009, Mars 13). De mange krenkelser. *Sykepleien*, ss. 1-3. Hentet 03 28, 2019 fra <https://sykepleien.no/etikk/2009/03/de-mange-krenkelser>
- Aakre, M. (2009, November 27). Moralsk stress - og hva det gjør med oss. *Sykepleien*. Hentet 03 21, 2019 fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/etikk/2009/11/moralsk-stress-og-hva-det-gjor-med-oss>
- Alvsvåg, H., & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4, ss. 215-222. doi:10.18261/ISSN.23875984-2018-03-03
- Avdagic, D. (2019, April 07). -Hun mener det usynlige arbeidet må beskrives bedre. *Sykepleien*, ss. 1-4. Hentet 04 09, 2019 fra <https://sykepleien.no/2019/04/hun-mener-det-usynlige-arbeidet-ma-beskrives-bedre?cid=sm8389813942>
- Berg, O. (2012, September 13). På leiting etter identitet. *Sykepleien*. Hentet 04 01, 2019 fra <https://sykepleien.no/2012/09/pa-leting-etter-identitet>
- Bergane, L. E. (2019, Mars 28). *Rekruttering av sykepleiere*. Hentet 04 25, 2019 fra Webområde for Norsk Sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4392620/17036/Rekruttering-av-sykepleiere>
- Bergsagel, I. (2019, Februar 28). 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre. (B. Tholens, Red.) *sykepleien*, ss. 26-34. Hentet 04 10, 2019 fra <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>
- Bjerknes, M. S., & Bjørk, I. T. (2012, August 30). Entry into Nursing: An Ethnographic Study of Newly Qualified Nurses Taking on the Nursing Role in a Hospital Setting. *Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice*. doi:10.1155/2012/690348
- Breivik, E., & Obstfelder, A. (2012). Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid. *Nordisk Sykepleieforskning*, ss. 109-120. Hentet 03 29, 2019 fra https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/file/pdf/54517175/nsf_2012_02_pdf.pdf

- Christiansen, B., & Bjørk, I. T. (2016). Godt - eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12, ss. 65-76. doi:10.7557/14.3774
- Fonn, M. (2019, Februar 19). -Pleien tar den tid den tar. *Sykepleien*, ss. 70-75. Hentet 04 02, 2019 fra <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg. (2003, Juli 01). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Hentet 04 02, 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-06-27-792>
- Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning. (2008, August 01). *Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning FOR-2008-01-25-128*. Hentet 04 02, 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2008-01-25-128>
- Hellesø, R., Larsen, L. S., Obstfelder, A., & Olsvold, N. (2018, November 20). Hva er sykepleie? *Sykepleien*. Hentet 03 27, 2019 fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/08/hva-er-sykepleie>
- Helsepersonelloven – hpl. (1999, Juli 02). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet 05 2019, 02 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ingstad, K. (2010, Februar). Arbeidsforhold ved norske sykehjem -idealene og realiteter. *Vård I Norden*, ss. 14-17. doi:10.1177/010740831003000204
- Johansen, L. B. (2019, April 15). Hva er sykepleie, og hva burde det være. *Sykepleien*, ss. 152-154. Hentet 05 2019, 01 fra <https://sykepleien.no/sykepleien/2019/04/hva-er-sykepleie-og-hva-burde-det-vaere>
- Lillemoen, L., & Nortvedt, P. (2016, April 06). Å se pasienten handler ikke bare om tid. *Sykepleien*, ss. 58-59. doi:10.4220/sykepleiens.2016.57509
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Martinsen, K. (2014). "Vil du meg noe?" Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I H. Alvsvåg, O. Førland, & F. F. Jacobsen, *Rom for Omsorg* (ss. 225-245). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS. Fagbokforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 03 29, 2019 fra Webområde for Norsk Sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Norsk Sykepleierforbund. (2018). *Forsvarlighet - om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. (T. B. Stidahl, Red.) Hentet 03 2019, 2019 fra Webområde for Norsk Sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3506829/569797/Forsvarlighet---Om-faglig-kompetent-og-omsorgsfull-sykepleie>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke -En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nylenna, M. (2014). *Helsetjenesten i Norge - Et overblikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse -innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Orvik, A. (2018, November 23). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien*. Hentet 04 04, 2019 fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/organisatorisk-kompetanse-motvirker-realitetssjokket>
- Ousdal, C. K. (2019, Februar 28). -Det er tøffere i dag enn på 50-tallet. (B. Tholens, Red.) *Sykepleien*, ss. 130-131. Hentet 04 10, 2019 fra <https://sykepleien.no/2019/02/det-er-toffere-i-dag-enn-pa-50-tallet>
- Ousdal, C. K. (2019). Mener sykepleiere oversvømmes av ansvar. (B. Tholens, Red.) *Sykepleien*, ss. 132-133. Hentet 04 12, 2019 fra <https://sykepleien.no/2018/12/mener-sykepleierne-oversvommes-av-ansvar>
- Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder - den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Skau, G. M. (2018). *Gode fagfolk vokser -personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Støstad, J.-E. (2015, September 24). Velferd i pakt med våre verdier. *Sykepleien*. Hentet 04.04.2019 fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/5015/09/velferd-i-pakt-med-vare-verdier>

Vareide, P. K., Hofseth, C., Norvoll, R., & Røhme, K. (2001). *Stykkevis og helt -Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Helsetjenesteforskning. Oslo: SINTEF Unimed.