

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Sykepleierne trenger samfunnsfaget

Sykepleiere har fortsatt lite makt og myndighet til å påvirke organisatoriske forhold og fordelingen av ressurser i helsetjenesten. Men kravene om effektivisering og rasjonalisering gjør at behovet for innflytelse kanskje er større enn noen gang. At Norsk Sykepleierforbund ønsker å halvere samfunnsfaget i utdanningen kan derfor synes som et stort paradoks, mener forfatterne.

[Nina Olsvold](#)

Førsteamanuensis

Høgskolen Diakonova og NTNU Gjøvik

[Reidun Norvoll](#)

Høgskolelektor

[Utdanning](#)

[Sykepleierutdanning](#)

Sykepleien 1999;87(1):54-57

DOI: [10.4220/sykepleiens.1999.0001](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.1999.0001)

Under Mekki-utvalgets høringskonferanse den 15.oktober 1998 la Laila Dåvøy fram noen forslag i forbindelse med Norsk Sykepleierforbunds (NSF) høringsuttalelse. Der kom det frem at forbundet ønsker å redusere samfunnsfaget med fem vektall. NSF's forslag gjenspeiler trolig ønsket om å frigjøre plass til en økning av naturvitenskaplige emner. Samtidig er det kanskje et uttrykk for en uklarhet om hva samfunnsvitenskaplige fag kan bidra med i sykepleierutdanningen.

Denne våren hadde NSF en stor kampanje om sykepleiernes vanskelige arbeidsforhold i et system som i stadig større grad vektlegger effektivisering og rasjonalisering. Samtidig ønsker NSF å redusere samfunnsvitenskaplige emner som kan gi sykepleiere makt i samme system ved at de besitter kunnskap, språk og argumenter som kan styrke sykepleiernes og sykepleiens vilkår i helsevesenet. Her kan NSF ende opp med å bite seg selv i halen.

Vi vil i denne artikkelen ta utgangspunkt i diskusjonen om sykepleiernes arbeidssituasjon

på sykehus, og deres reaksjoner på disse forholdene, som et eksempel på hvordan samfunnsfaget kan ha relevans for sykepleien. Vi vil deretter peke på noen utilsiktede konsekvenser av den betydningen omsorgsperspektivet har fått i sykepleiefaget. Avslutningsvis vil vi komme med forslag til utforming av sosiologi i sykepleierutdanningen for å forsvare betydningen av samfunnsfaget for sykepleiere.

Stort forventningspress

I de senere årene har man særlig fremhevet at sykepleien og sykepleierne opplever negative konsekvenser av det stadige presset om effektivisering og produktivitet i helsevesenet, og da særlig på sykehusene(1). En undersøkelse av forholdene på sengeavdelinger, som gjenspeiler tendenser i andre undersøkelser, viste at sykepleierne stadig ga uttrykk for at de følte seg utilstrekkelige overfor pasientene og utslitte på grunn av arbeidspresset. Arbeidsproblemene var preget av stagnasjon, og personalet gav inntrykk av sinne, avmakt og resignasjon over situasjonen. De ansatte ga uttrykk for at det var en psykisk belastning å arbeide under vanskelige forhold man følte man ikke hadde kontroll over (2).

Flere undersøkelser påpeker også at det er stor faglig interesse hos sykepleierne, og at fagutøvelse har stor betydning for om arbeidet oppleves meningsfylt (2, 3). Sykepleierne har et stort ønske om å avhjelpe lidelse, og opplever det som svært belastende å ikke ha tid til å hjelpe. Dette gjenspeiler seg i en undersøkelse der sykepleierne oppga størst psykisk belastning når arbeidspresset gjorde at de ikke fikk utøve den pleien overfor pasientene de ønsket og mente var nødvendig (4).

Rogalandsforskning fremhever også at sykepleieres arbeidsbelastning på sykehusene er preget av belastninger på grunn av arbeidstempo og «rollestress» (5). Dette kan, som vi vil komme nærmere tilbake til, forstås som et resultat av den kraftige utvidelsen av sykepleiens arbeidsområde i de senere årene. Undersøkelsene kan tyde på at sykepleiernes arbeidssituasjon i særlig grad er sårbar for organisatoriske forhold.

I medisins tjeneste

Dersom man ser på pleiearbeidets historie fra midten av forrige århundre, kan man se at sykepleierne alltid har hatt vanskelige arbeidsforhold på sykehusene, selv om de konkrete årsakene til dette har variert noe gjennom tidene (6, 7). Sykepleiernes vanskelige arbeidsvilkår er heller ikke noe særnorsk fenomen. Det finnes i hele den moderne vestlige institusjonshelsetjenesten (8, 9). Det synes som sykepleien står overfor dilemma som vanskelig lar seg løse. Hvilke forhold kan være med å forklare dette?

For det første ønsker vi å påpeke at utviklingen av sykepleieryrket vanskelig kan forstås

løsrevet fra medisinen og helsevesenets historiske utvikling. Pleiearbeidets utforming og sykepleiernes arbeidsoppgaver har vært, og er, tilpasset medisinen foranderlige behov og sykehusets utvikling mot en stadig mer effektivitetsrettet og spesialisert organisasjon. Den moderne sykepleiens arbeidsprosess har dermed fått en svært oppsplittet karakter, som primært retter seg mot behandlingsoppgaver og sekundært mot pleiearbeidet(10). Dette fordi sykepleien må oppfattes som uløselig knyttet til, og underordnet den medisinske behandlingsideologien, noe som fører til at tekniske ferdigheter og målbare resultater alltid vil få forrang fremfor pleie- og omsorgsoppgaver i en travel hverdag.

Arbeidsdelingen mellom lege og sykepleier har sine røtter i denne splittelsen mellom behandling og pleie, som samtidig er kjønnsbestemt og derfor ikke nødvendigvis av teknisk eller funksjonell art. Dette viser seg ved at skillet mellom legeoppgaver og sykepleieroppgaver har vært både flyttbart og vilkårlig i tråd med medisinen vekslende behov.

Sykehus og andre helseinstitusjoner er høyt spesialiserte, formelle offentlige institusjoner, som, fordi arbeidet retter seg direkte mot mennesker, har måttet se ut over sine instrumentelle aktiviteter til nødvendigheten av også å ivareta pleie- og omsorgsbehov. En rekke pleie- og omsorgsoppgaver som tradisjonelt ble utført av kvinner i hjemmet, er flyttet over i en institusjonell kontekst, hvor utføringen og overvåkingen av disse oppgavene har utgjort et viktig element i definisjonen av sykepleiearbeidet. Men, selv om nødvendigheten av dette arbeidet ble erkjent, er det aldri blitt betraktet som en integrert del av behandlingen, men snarere som sekundært og underordnet denne. Dette gjør at pleiearbeidet fortsatt bare i liten grad besitter makt og myndighet til å påvirke organisatoriske forhold og fordelingen av ressurser innen helsetjenesten. Videre er sykepleierens tilgang til pasienten fortsatt styrt av legen.

Veksten i den teknologiske medisinen diagnostiserende og kurative virksomhet har økt behovet for en rekke medisinske assistentfunksjoner, fra observasjon av pasienten når legen er fraværende til å utføre stadig mer spesialiserte behandlingsoppgaver. Disse assistentfunksjonene som legen definerer og forordner, utgjør et annet og stadig viktigere element av sykepleierens arbeidsområde. Omfanget av dem, i tillegg til de koordinerende og administrerende funksjoner som sykepleieren også forventes å ivareta, resulterer i at pleie- og omsorgsarbeidet må bortprioriteres eller overlates til andre. Dette mangfoldet av oppgaver og forventninger fører naturlig nok til at sykepleieren opplever frustrasjon og maktesløshet. Man får liksom aldri anledning til å yte god sykepleie. Den forblir et «idealisert» minne fra lærebøkene.

Omsorgssatsingen endrer ikke systemet

Denne konflikten har ført til en «identitetskrise» innad i sykepleien. I et forsøk på å løse

den, samt ta et oppgjør med «teknifiseringen» og standardiseringen både av yrket og av helsevesenet som helhet, er omsorg blitt gjort til et fundament for sykepleiefaget. Men her støter man på nye dilemmaer idet omsorg er en allmennmenneskelig forpliktelse, og derfor ikke kan monopoliseres av en bestemt yrkesgruppe (11). Videre kan omsorgssatsingen komme til å knytte sykepleie enda tettere til det som tradisjonelt har vært oppfattet som kvinnelige egenskaper, og et særlig kvinnelig ansvarsområde. Nærmere bestemt vedlikeholdelsen av livet, det å nære, pleie og ha omsorg for et annet menneske. Faren ved det, er at helsevesenet generelt kan komme til å fortsette å tro at omsorg er en særlig, privat egenskap og et løsrevet sett av oppgaver, som man ikke trenger å ta ansvar for, eller legge til rette for, fordi sykepleierne vil gjøre det for dem.

Omsorgssatsingen innen sykepleien kan derfor ikke få den nedslagskraften som man måtte ønske, fordi den ikke fører til endringer på systemnivå. Splittelsen og hierarkiet i det medisinske behandlingssystemet forblir uberørt. Som en konsekvens av denne splittelsen, er pleie- og omsorgsarbeidet ikke blitt oppfattet som noe systemet skal ivareta og legge til rette for, men som støttefunksjoner hvis kvalitet avhenger av i hvilken grad den enkelte sykepleier har tilegnet seg de forventede «kvinnelige» moralske og praktiske omsorgsegenskaper, og makter å la disse komme til uttrykk i den ønskede omsorgskompetanse(12). Ansvar for å bøte på svakheter og svikt i systemet hva gjelder menneskelig nærhet og varme overføres på sykepleierne, som på tross av sin relative makteløshet skal humanisere systemet ved hjelp av en partikulær og individualisert omsorgsetikk.

Den økte satsingen på omsorg i utdanningen av sykepleiere har derfor snarere ført til nye dilemmaer, idet man samtidig har nedvurdert behovet for naturvitenskapelig kunnskap og tekniske ferdigheter som jo er det som etterspørres i praksis. Utfordringen vil trolig være å bygge bro mellom behandling og pleie og omsorg, og oppvurdere pleiearbeidets terapeutiske betydning.

Organisatoriske problemer blir private frustrasjoner

Sykepleiernes arbeidsproblemer er blitt en del av sykepleiernes selvforståelse. Dette gjenspeiler seg i NSF's kampanje om sykepleiernes arbeidssituasjon denne våren, der de påpeker at 10 000 sykepleiere ikke orker å arbeide i dagens helsevesen på grunn av uholdbare arbeidsforhold. I brosjyren som ledsaget kampanjen, spørres det retorisk til slutt om det er helsevesenet eller sykepleierne det er noe galt med? Svaret må være begge, men NSF har etter vår mening fokusert mest på myndighetenes unnfallenhet overfor sykepleierne, og i langt mindre grad på sykepleiernes egne muligheter og begrensninger. Sykepleierne blir derfor hovedsakelig presentert som avmektige innenfor systemet, og ikke som aktive aktører. Dette er uheldig, fordi det fastholder og forsterker en selvforståelse av sykepleiere som maktesløse.

Som nevnt skyldes de vanskelige arbeidsforholdene for sykepleiere på sengeavdelinger flere sammenfallende faktorer. Varigheten av problemene kan imidlertid tyde på at sykepleierne selv må kjempe frem bedre forhold for pleien og for dem selv som arbeidstakere. Det er derfor viktig at sykepleierne opparbeider kunnskap og ferdigheter som kan bidra til å øke deres muligheter for å bedre de ytre rammene for pleiarbeidet.

Det er i denne forbindelse interessant å se ulike bidrag som belyser hvordan sykepleierne forholder seg til problemene. En del empirisk dokumentasjon om sykepleieres forhold på sengeavdelingene kan tyde på at sykepleiere har for liten kunnskap om arbeidsmiljø, og at de har for liten erfaring med å se organisatoriske løsninger (2, 13-16). Dette fører til at arbeidsproblemer blir tolket som individuelle og faglige problemer, selv når problemene ligger på organisatorisk nivå. Andre undersøkelser fremhever også at det synes som om sykepleierne ofte lar organisatoriske problemer ta form av personlig skyldfølelse og følelse av utilstrekkelighet. Rogalandsforskning finner blant annet at sykepleierne skiller seg ut fra andre yrkesgrupper ved at de har mye skyldfølelse og engstelse for ikke å gjøre jobben godt nok (17). Sykepleierne bærer dermed store individuelle kostnader når arbeidssituasjonen gir opphav til problemer.

Behov for organisatorisk kompetanse

Sykepleiere har generelt et sterkt kollegialt nettverk. Dette nettverket er et integrert faglig og personlig identitetsfellesskap der sykepleierene gir faglig og følelsesmessig støtte til hverandre(15). Sykepleiernes fellesskap på arbeidsplassen er i hovedsak et faglig samværsfellesskap(3). Det synes derfor som ressursene i det sterke kollegiale nettverket kan utnyttes bedre for å endre sykepleiernes rammebetingelser.

Sørensen og Grimsmo påpeker i sin undersøkelse at det synes som de ansatte på sykehuset hadde for liten kunnskap og kompetanse om å skape konkrete endringer i situasjonen, og at det i for liten grad ble arbeidet langsiktig og målbevisst med de organisatoriske forholdene(2). De påpeker videre det var et slående trekk ved sykehuskulturen at den tok form av en «klagekultur» preget av resignasjon og avmakt. Dette kan skyldes at det har vært vanskelig å få gjennomslag hos helsepolitiske myndigheter for problemene. Sørensen og Grimsmo påpeker imidlertid at det er store muligheter for å bedre situasjonen ved å arbeide lokalt og langsiktig med sykehuset som arbeidsorganisasjon.

Undersøkelsen kan tyde på at ansatte på avdelingene, inkludert sykepleiere, trenger mer organisatorisk kompetanse. Samtidig trenger sykepleierne (og hjelpepleierne) å få gehør i helsepolitikken for pleiarbeidets betydning og ressursbehov. Dette forutsetter sterke sykepleiere i den helsepolitiske debatten, og dermed helsepolitisk kunnskap hos

sykepleiere.

Kunnskap bidrar til bemyndigelse

Vi mener at kunnskap om samfunn og helsevesen vil kunne hjelpe sykepleiere til å sette problemene inn i en større sammenheng, og til å finne aktuelle handlingsmuligheter. Denne typen kunnskap kan derfor bidra til bemyndigelse, eller på engelsk «empowerment», av sykepleierne.

I boka *Samfunn, medisin, sykepleie* identifiserer Svensson flere faktorer som kjennetegner dette perspektivet. Han fremhever blant annet at innflytelse og kontroll ikke bare er knyttet til individuelle egenskaper, men også til samvirke og gjensidig støtte. Videre fremhever han at man må vie større oppmerksomhet til de positive prosessene som virker ressursstyrkende, heller enn å fokusere på problemer når slike oppstår. Viktigst er det at man setter demokratiske verdier i sentrum slik at man oppnår en omfordeling av ressurser, makt og innflytelse. Svensson påpeker også at konflikter og spenninger i helsesektoren og samfunnet må erkjennes, og at økt kritisk bevissthet er nært koblet til økt handlingsberedskap(7).

For å øke sykepleiernes handlekraft, og dermed øke forutsetningene for å bedre sykepleiernes situasjon som yrkesutøvere, kan det være viktig å gå ut over et tradisjonelt omsorgsideal. Det kan være nødvendig å gi sykepleierne kunnskaper som kan bidra til å styrke pleiarbeidets situasjon, og til å ivareta deres behov og interesser både som fagpersoner og arbeidstakere. Dette reiser spørsmål om sosialiseringen til sykepleieryrket, og dermed til innholdet i sykepleierutdanningen.

Utdanningen må stimulere til kritisk tenkning

Sykepleiernes treårige grunnutdanning spiller en stor rolle for sosialiseringen til sykepleieryrket. Utdanningens innhold vil trolig gi grunnlag for yrkesverdier og perspektiv på yrkessituasjonen. Skolen bør derfor sikre studentene både en fagutdanning og et grunnlag for senere yrkesutøvelse. Det kan imidlertid synes som om sykepleiefaget i dag bevarer den tradisjonelle kvinnekulturens fokus på nærhetsrelasjoner. Dette kan få utilsiktede konsekvenser ved at studentene opparbeider for lite kompetanse om fagets rammebetingelser. Det blir derfor viktig at sykepleierstudentene utvikler en evne til kritisk tenking. Sykepleierutdanningen må gi studentene trening i å se hvordan faget inngår i, og påvirkes av, samfunnsmessige og ideologiske forhold som får betydning for helsevesenets utforming. Man bør i større grad gi studentene et tilbud om praktisk ferdighetstrening der de lærer hvordan de skal forholde seg innenfor mer formelle systemer. For eksempel kan studentene profitere på å få trening i å bruke media, og innad i helsevesenet ved å skrive formelle brev hvor de argumenterer mer effektivt for

bedre pleie- og omsorgsforhold ved å benytte eksisterende lovverk, offentlige utredninger og forskning. Det er i denne forbindelse at sosiologi, helsejuss og forvaltningskunnskap blir viktig.

Forslaget til ny rammeplan for sykepleierutdanningen aktualiserer nettopp dette spørsmålet ved at målsettingene for sykepleierutdanningen peker på nødvendigheten av slike ferdigheter. Et eksempel er målene om at sykepleierutdanningen skal lære studentene *«å utvise en kritisk analytisk holdning til helsetjenesten og inkludere pasientens perspektiv når egne og andre yrkesutøveres bidrag i helsetjenesten vurderes»*, og *«å anvende sin forståelse av helsetjenestens oppbygning og oppgaver og ha kunnskaper om de lover og regler og øvrige rammebetingelser som styrer sykepleierens virksomhet»*. Videre forventes sykepleieren *«å kunne delta i planlegging og utvikling av fremtidig helsetjeneste»*. På denne bakgrunn har vi derfor i vår høringsuttalelse til forslag om ny rammeplan for sykepleierutdanningen foreslått at man i større grad knytter samfunnsvitenskapelige emner til overordnede målsettinger for sykepleierutdanningen.

Samfunnsfag med vekt på medisinsk sosiologi

I henhold til den erfaring skolen har med undervisning i samfunnsvitenskap, og da særlig sosiologi og helsepolitikk, er det i tillegg viktig å knytte samfunnsfaget til sykepleien for å hjelpe studentene til å skape en meningsfull ramme rundt faget. Vår erfaring, som bekreftes av andre skoler, er at samfunnsfaget i sykepleierutdanningen tjener på at det tas særlige fagdidaktiske hensyn.

For å utvikle studentenes kritiske og analytiske holdning må man relatere samfunnsvitenskapen til helsevesenet og utøvelsen av sykepleie. Ikke minst er det viktig å finne frem til et språk som studentene gjenkjenner fra praksis, og dermed i større grad kan identifisere seg med. For å bedre integreringen av samfunnsfaget i sykepleien bør samfunnsfagets betydning for sykepleien tydeliggjøres på alle nivå i skoleprogrammet. Vi finner det nødvendig at sykepleien settes inn i en samfunnsmessig kontekst både i rammeplanen for sykepleierutdanningen, i skolens overordnede fagplan og i selve undervisningen. I tillegg bør man velge sosiologiske og samfunnsmessige temaer som relateres til helsevesenet og sykepleiefaget for å gjøre faget mer meningsfylt for studentene.

I felles rammeplan for helse- og sosialfag er stat- og kommunalkunnskap gitt stor plass. Vår bekymring er da at det blir vanskelig å ivareta temaer som er bedre egnet til å møte de målsettingene vi har nevnt. Vi vil i denne forbindelse påpeke viktigheten av faget *medisinsk sosiologi*. Dette er et forholdsvis nytt fag i Norge, men et stort fagfelt i Storbritannia og USA. Vi erfarer at den medisinske sosiologien mer direkte omhandler

sentrale problemstillinger i helsevesenet, og at dette i større grad er egnet til å vekke studentenes engasjement. Vi vil derfor understreke behovet for en fleksibel og overlappende tilnærming til stat- og kommunalkunnskap, helse- og sosialpolitikk hva gjelder undervisning og valg av pensum.

I dag utgjør innføring i generelle begreper en stor del av undervisningen i sosiologi ved sykepleierskolene. Vi foreslår at denne innføringen bare gjøres i det omfang som er nødvendig for at studentene skal forstå medisinsk sosiologi. På denne måte kan man frigjøre mer plass til medisinsk sosiologi, som bør være hovedfokus fordi den representerer et eget fagfelt som produserer kunnskap om helsevesenet.

Eksempler på viktige temaer innenfor medisinsk sosiologi kan være:

- sosiologisk forståelse av helsevesen, sykdom og sykdomsatferd
- institusjonalisering
- pasientrollen/pasientperspektivet
- sykepleierrollen
- forholdet lege, sykepleier og pasient
- makt og avmakt i helsevesenet
- organisering av sykehuset og andre helseinstitusjoner
- profesjonalisering og spesialisering av helsevesenet
- omsorgens vilkår i helsevesenet

I tillegg har vi i vår introduksjon til sosiologien begynt å gi studentene en innføring i moderne kultur og samfunnsforholds betydning for eksempel intimitet, kjønn og kroppsforståelse. Så langt virker dette som en fruktbar innfallsvinkel til grunnleggende sosiologi.

Å halvere samfunnsfaget er feil

Det tar tid å bygge opp samfunnsfaget på en god måte i sykepleierutdanningen da det er et forholdsvis nytt fag innenfor sykepleien. Medisinsk sosiologi representerer et ønske om å gi en kritisk og overordnet fortolkning av helsevesenet. Dette er viktig, ikke minst for sykepleiere som er en sårbar gruppe i dette systemet. Vi må derfor ikke gi opp dette forsøket ved å halvere samfunnsfaget slik NSF foreslo på Mekki-utvalgets høringskonferanse i oktober.

LITTERATUR:

1. Elstad I, Hamran T. *Et kvinnefag i modernisering. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1995.
2. Sørensen BAa, Grimsmo A. *Med god prognose. Utvikling av en arbeidsmiljøstrategi i et*

- sykehus. Rapport nr.6. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, 1989.
3. Hamran T. *Pleiekulturen en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal, 1991.
4. Nordal GM, Pedersen TT. *Sykefravær, helse og arbeidsmiljø. Hovedoppgave i psykologi*. Institutt for psykologi, Universitet i Bergen, 1987.
5. Mykletun R, Bru E. *Psykiske faktorer betydning for belastningslidelser på typiske kvinnearbeidsplasser. Fremdriftsrapport, Rogalandsforskning*, 1990.
6. Norvoll R. *Sykepleiekulturen en barriere for bedre arbeidsforhold? Hovedoppgave. Institutt for sosiologi, UiO*, 1994.
7. Svensson R. *Samfunn, medisin, sykepleie en introduksjon til medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998.
8. Riska E, Katarina W, eds. *Gender, Work and Medicine Women and the Medical Division of Labour*. London: Sage Publications Ltd, 1993.
9. Davies C. *Gender and professional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press, 1995.
10. Loftager J. *Sygeplejen imellem system og livsverden. I: Jensen T, Jensen LU, Kim WC, red. Sykepleiens grunnlagsproblemer etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1990.
11. Eriksen TB. *Helse i hver dråpe? innspill om etikk, kunnskap og omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
12. Erichsen TR. *Socialisation og kvalifikation til kvindeligt omsorgsarbejde. I: Jensen K, red. Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal Forlag, 1990: 130-57.
13. Skaar S. *Mangel på spesialsykepleiere et spørsmål om utdanningskapasitet eller arbeidsvilkår? Institutt for industriell miljøforskning, Norsk Institutt for Sykehusforskning*, 1988.
14. Sørensen KH. *Samværsfellesskap eller handlingsfellesskap? I: Holter H, red. Kvinner i fellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget, 1982: 135-47.
15. Schmidt D, Rasmussen J. *Stærk som en bjørn*. København: Dansk Institut for Sundhets og Sykeplejeforskning, 1988.
16. Cherniss C. *Professional burnout in Human Service Organizations*. New York : Praeger Publishers, 1980.
17. Norsk Sykepleierforbund. *Sett diagnose på arbeidsmiljøet! Prosjektrapport*, Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 1991.

