

Mötespunkten på norska sjukhus i reformering?

Moralisk mobilitet i norsk hälsopolitisk språkram genom Sykehusreformen, en studie av tidsperioden 1997-2007

Helena Berglind

Masterstudie i Professionsetik och Diakoni
vid Teologisk fakultet, Universitetet i Oslo

Vägledare; Sidsel Roalkvam

Våren 2010

Förord

Denna masterstudie har varit en lång process blandat av tankar, undran, framåt, bakåt. Tiden har påverkats av situationer, händelser, glädje och motgång, generellt livet.

Att nå ett slut kan kännas vemodigt och det gör att man kan minnas tillbaka vad som betytt mycket för att få igenom studiearbetet.

Teologisk fakultet, UiO är den plats där denna studie startade, speciellt tack till Aud V Tønnesen, som förmedlat en tro på att situationer kan vridas, vändas och tolkas.

Min vägledare Sidsel Roalkvam, som inspirerade mig till att stå i min första projektbeskrivning, tro på den men titta upp och ut för att försöka förstå vidare, tack.

För hjälp till framskaffande av material har Grazyna Iwanow, fagbibliotekar på min arbetsplats Asker och Baerum sykehus, varit stor hjälp, tack.

Ett stort tack till mamma, mormor och morfar för vidareförande av ett öppet tänkande till människor, samhälle och arbete, och till min familj för tolerans av periodvis frånvaro.

Baerum, april 2010, Helena.

Innehållsförteckning

1.0 Inledning	5
1.1 Tema	5
1.1.1 Temafördjupning	6
1.2 Problemställning	8
1.3 Studiens relevans	8
1.4 Metod.....	9
1.4.1 Förförståelse	10
1.5 Referering till studiefältet	10
1.6 Studiens uppbyggnad.....	11
1.6.1 Kapitel och litteraturval.....	12
2.0 Moral och dess mobila utmaning.....	14
2.1 Den fasta mänskliga kärnan	14
2.2 Den moraliska riktning.....	14
2.3 Det professionsetiska möte.....	15
2.4 Föränderlighet som rörelseaktivitet.....	16
2.4.1 Surrogatmoral.....	18
2.5 “- Jaha. Gör det någonting, då?”	18
2.6 Fenomen för upprätthållande av moral	19
2.6.1 Huvud och kropp förenas för moral.	20
2.7 Moralisk mobilitet, <i>språk, dialog, tid</i> och <i>handling</i>	21
2.8 Divergerande kunskapssyn.....	23
2.8.1 Positivism.....	23
2.8.2 Hermeneutik.....	24
3.0 Norsk hälsopolitisk språkram 1997-2007.....	25
3.1 Patienten först!	25
3.2 Rättigheter.....	26
3.3 Ett permanent värdegrundlag “i syne”	28
3.4 Sykehus blir helseforetak	30
3.5 Ett permanent värdegrundlag “mistas av syne”?.....	31
3.6 Summerande diskussion.....	33
4.0 Norsk hälsoorganisatorisk dialogbild 1997-2007.	42
4.1 Där mötespunkten bor i neutraliserad praktisk verklighet.....	42
4.2 Det universella system, resultat en pragmatisk företagsidentitet.....	44
4.3 Från sykehus till helseforetak, en produktion?.....	45
4.4 Diskursivt transparent grundlag	47
4.5 NPM organisatorisk omställning inkluderat “lean” och BPR	48

4.5.1 Nyrationalism, vad ska bort?.....	49
4.6 Produktion med kvalitet och kontroll.....	50
4.6.1 International Organization for Standardization, ISO.....	51
4.6.2 Avvik.....	51
4.7 Den sårbara individ, en ny aktiv roll	53
4.8 Summerande diskussion.....	53
5.0 Norsk sjukskötersketjänst handlingsrum 1997-2007.....	63
5.1 Den konkreta praktiska verklighet på helseforetaket	64
5.1.1 Försvarligt utförande via lag	64
5.1.2 Försvarligt utförande via etik	64
5.1.3 Försvarligt utförande via lojalitet.....	65
5.2 Sjuksköterskeideologi, en konstform i balans för sårbarheten	66
5.3 Det gränslösa omsorgsland.....	67
5.3.1 Tystad gränslöshet?.....	68
5.4 “Vi har inga problem alls”	69
5.5 Värdeupprätthållande funktion.....	70
5.6 Moraliskt kaos i kropp?.....	71
5.6.1 Moralisk nöd	71
5.7 En kvinnoposition	73
5.8 Summerande diskussion.....	73
6.0 Avslutande diskussion.....	83
6.1 Problemställning	83
6.2 Hypotesdiskussion.....	88
6.3 Metoddiskussion	89
Litteratur.....	91

1.0 Inledning

1.1 Tema

I augusti 2007 inträffade ett möte mellan en sårad individ och norsk hälsosektor representerad av ambulanstjänsten.

En man blir nedslagen i Sofienbergsparken i Oslo, han slår huvudet i asfalten och blir medvetslös i 3-5 minuter. Ambulans tillkallas och kommer till platsen. Det uppstår oenighet mellan ambulanspersonal och vittnen om hur mannen blir undersökt, vad som blir sagt och vem som får mannen på benen igen. Ambulanspersonalen värderar via Pre Hospital Trauma Life Support och Glasgow Coma Scale att mannen bör till station för jourhavande läkare (legevakt), han förs till ambulansen, då han börjar urinera på den ena ambulanspersonalen och sedan på ambulansbilen. I denna stund uppstår kanske tvivel hos ambulanspersonalen om det är en sjuk individ eller en individ med ordningsproblem de möter.

*Här börjar mötessituationen att ta en ny vändning då den ena ambulansmannen säger;
- nå er tåget gått för denne mannen, och – din gris.*

De menar att polisen kan transportera mannen till jourhavande läkare och vill åka utan mannen, då vittnen och vänner går in och motsätter sig detta kommer polis till platsen och beordrar en polisbil för transport.

Ambulansen lämnar sen platsen. Polisbilen dröjer och mannen tas med hjälp av sambo och vän i taxi till jourhavande läkare.¹

Efter detta Sofienbergmöte uppstod en stor uppmärksamhet som kretsade kring rasism med utspel både från politiker och enskilda människor, samt organisatoriska problemställningar riktade mot norsk specialisthelsetjeneste. Efterspelet var långt och det uppstod en del oro, som rasism på grund av att den sårade kom från ett annat land, men också en viss otrygghet till att inte få hjälp när man behöver.

Jag blev också intresserad av mötet och efterspelet som sådant, hur kunde denna mötessituation uppstå?

Det sägs att människan av idag lever och fungerar i en föränderlig tid, vi lever i en ny tid sägs

¹ eget sammandrag från Ambulansesaken 2007, ABC Nyheter och Wikipedia

det. I all denna påstådda föränderlighet förundras jag av den bild som människan i kris ger mig, en sårbarhet, låst i människans inre. Innanför det norska sjukvårdssystemet ryms en mängd möten med sårbarhet, representerad av en människa i behov av hjälp, förändras dessa?

Enligt Vetlesen och Henriksen (2003) pågår en *central kulturkamp* i dagens samhällsbild, ekonomisk rationalitetsform och moralisk rationalitetsform går inte i balans, den ekonomiska, objektiva, mätbara synen på samhället och människan misstänks få övertaget på den subjektiva livsvärlden. Moralisk rationalitetsform lider risk att bli dold, går det att se om denna förändring finns i den praktiska verklighet på norska sjukhus.

1.1.1 Temafördjupning

I denna studie vill jag göra ett försök på att komma närmare temat *mötet* mellan individ i behov av hjälp och det norska sjukhus. Jag väljer att använda mig av en infallsvinkel via Christoffersen (1997) som pekar på moralbegreppet, handling, samhälle och individ. Men för att komma djupare in i temat vänder jag mig till Vetlesen och Henriksen (2003), som ger en fördjupande beskrivning av begreppet moral och hur fundamentet för moralisk handling utmanas från samhällsbilden. Författarna pekar på flera fenomen som riktmärken, för att moral överhuvudtaget ska hålla ett fäste och fortsätta sin riktning, *språk, dialog, tid och handling*. Dessa fenomen har möjlighet att upprätthålla moral och moralisk meningsbyggnad, men jag tänker då att dessa fenomen också kan förflytta eller dämpa det moraliska grundlaget. Och det kan vara just mobilitet i dessa fenomen, som kan vara intressanta för hur vi kan hålla fast i, eller tappa orienteringen på just den moraliska rationalitetsform.

Var tar de mänskliga existentiella grundvillkoren position på dagens norska sjukhus?

De kanske kan vara möjliga att se runt mötespunkten, där individer samlas och uttrycker sig via det talade språk, dialog och det handlande språk via kropp.

Mötet i temainledningen är ett professionaliserat möte, en statlig universalistisk välfärdshjälp och en människa i behov av denna hjälp. Men ur min synvinkel så är det också ett möte mellan människor. De statliga välfärdshjälporna är även människor, individer i det samma samhälle, som den sårade, men innanför en professionaliserad roll.

Det professionsetiska möte innanför hälsosektorn kännetecknas av just en människa i profession, med sin specifika kunskap, som i mötet med den sårade går in i handling.

Mötespunkten kan också påverkas av förändrat rollmönster hos den sårbara individ. Men den

etiska handlingen kan inte vara vilken som helst handling, den har en engagerande riktning för den sårade genom den etiska fordran. (Christoffersen, 2005).

Mötespunkten som jag väljer att se närmare på är den punkt där *den sårbara* möts av sjukhuset, för att se hur den punkten ges uppmärksamhet som ett välfärdsperspektiv, så vill jag via text se på hur hälsopolitisk nivå, organisatorisk nivå och norsk sjuksköterskenivå agerar kring mötespunkten. Om och hur ett moraliskt grundlag kanske förflyttas, genom påverkan av *rationalitetsformer*. Det blir på så vis flera olika nivåer som jag menar påverkar utfallet av mötespunkten, jag benämner också den centrala mötespunkten och det är då där människorna möts ansikte till ansikte.

Med rationalitet som begrepp använder jag samma ingång som Vetlesen och Henriksen ,
“*typer av rasjonalitet er å forstå som måter å tenke og handle på innenfor visse rammer, rammer som framstår som gitte, snarere enn noe vi er oss bevisste og reflekterer over som sådanne.*” (2003:41-42).

Jag vill därför försöka att se närmare på förflyttning. Det handlar på så vis om *mobilitet*, förflyttning ifrån, att skapa avstånd, distansering från den moraliska dimensionen av människan. Livscykeln mellan födelse och död, där de existentiella grundvillkor, beroendeskop, sårbarhet, dödlighet, relationers skörhet och existentiell ensamhet finns, kan det skapas mobilitet ifrån dessa?

Om det nu är en förflyttning så menar Vetlesen och Henriksen (2003) att det sker en förflyttning till något annat, och detta andra är en ekonomisk tankementalitet som de menar har häftat sig till dagens samhällsbild. Den ekonomiska rationalitetsform är inget som bara angår pengar, men ett slags ekonomiskt användande relaterat till det objektiva, mätbara strukturer som kan skapa en mentalitetsform hos människan, som förts in i samhällsbilden via marknadsanknytning. Mobiliteten skapas av att människans existentiella grundvillkor, den fasta kärnan med förankring till livsvärlden, som är ett inre behov hos människan, inte ges den balanserade uppmärksamhet, som är dess näringstillförsel.

Författarna menar att det finns fenomen för upprätthållande av moral och jag tänker mig då att det är i de upprätthållande fenomen jag har möjlighet att finna en eventuell förflyttning av det moraliska grundlaget. För att förfölja temat mötespunkten, så vill jag se på om *språkramen* distanserar sig, om *dialogbilden* har förändringar genom distansering, samt om *handlingsrummet* förändras.

För att få en träffyta till studiematerialet väljer jag en *tidsperiod* 1997-2007, det är en tid med stora förändringar på norska sjukhus på grund av Sykehusreformen, då det är en av de största reformbildningar som någonsin jobbat sig in i norskt samhällsliv. (Resultatevalueringen, 2007).

1.2 Problemställning

Finns det moralisk mobilitet, eventuell obalans mellan ekonomisk rationalitet och moralisk rationalitet i mötespunkten för mänsklig sårbarhet på norska sjukhus genom tiden 1997-2007, som markerar Sykehusreformen.

Är det moralisk mobilitet i grundlaget för att upprätthålla moral inom det refererade studiefältet och hur påverkar det moraliskt utfall hos norsk sjukskötersketjänst?

- finns det distanserande tecken i språkramen innanför den norska hälsopolitik?
- finns det tecken på att norsk hälsoorganisatorisk dialogbild distanserar sig?
- kan det ses påverkan på det moraliska handlingsrummet för norsk sjukskötersketjänst?

1.3 Studiens relevans

Jag vill använda denna anledningen till att förmedla en ”röst från golvet” från ”ett par händer” i tankeformering till ett teoretiskt sammanhang. Det är intressant att försöka förstå, öppna, bryta i något som jag existerar i, samhälle, sjukhus, människor. Språket, text, ord, handling ser jag som viktiga för att förklara vad vi är, vad vi gör som människor.

Idag är etik ett hett ämne, du kan läsa om etik snart överallt, i tidningar, på arbetsplatsen, situationer bedöms som oetiska eller etiska. Christoffersen (2005) påpekar att utvecklingen kring ämnet accelererat till ett flertal områden sen 1980-talet, men han visar också till en bild av att de moraliska utmaningarna kanske växt och därav det stora behovet för etisk uppmärksamhet och värdering.

Men är inte moral i samma folkmun? Varför finns det inte en massa moralkurser?

Jag tolkar att moralbegreppet verkar något dolt och önskar att se lite mer aktivt på det.

Och jag upplever att diskussion och evaluering kring Sykehusreformen är stagnerad till vad det ska kosta, hur det ska organiseras bättre, modernisering, effektivitet, utnyttja resurserna. Jag menar att det bör finnas flera vinklar till hur en så stor reformeringsperiod kan påverka på sjukhus och människan. Norska sjukhus kan då vara intressanta, som ett stort angeliggande i välfärdsbilden, att sårbara människor ska tas omhand är kanske en självklarhet?

”...hvilken type rasjonalitet som finner feste i, som perfeksjoneres innenfor, et samfunns største och toneangivande ‘institusjoner’ – slik at alle individene som entrer disse, som innehar roller og tildeles oppgaver her, som del av dette også sosialiseres og opplæres innenfor angjeldende ‘institusjons’ foretrukne rasjonalitetstype.”.

(Vetlesen och Henriksen 2003:42).

Moral är det vi kan se som en handling, det vi gör som ett utfall av det vi menar är rätt och riktigt i ett gode för människan. (Christoffersen, 1997). Men vad skapar vad som är rätt och riktigt? *”Utfordringene blir større og vurderingene vanskeligere. Vi blir nødt til å arbeide oss igjennom de etiske og moralske spørsmålene på nytt, og kanskje grundigere enn før.”*

(s.10, Christoffersen, 2005).

Studien blir för mig relevant som övning till att gå djupare in i en påstådd utmaning, ett försök att se problemet på närmare håll och att öppna för den praktiska kontext kring moralisk handling och eventuell påverkan på den norska sjuksköterskans professionsetiska fält.

1.4 Metod

Denna metaetiska deskriptiva studie har då en filosofisk anknytning, den bygger på teoretisk grund, litterärt material såsom böcker, artiklar, politiska dokument har genomgåts med problemställningen i fokus.

Jag har valt att utgå från Vetlesen och Henriksen (2003) och de mänskliga existentiella grundvillkor, som en fast kärna relaterad till människans livscykel, som ett oföränderligt fenomen för att sen komplettera bilden med föränderliga fenomen i ett försök att se hur dessa rör sig kring den fasta kärnan.

Detta blir ett försök att visa till en vinkel av den praktiska verklighet som utspelar sig för ett trygghetsskapande element, som föreligger via inramningen av den norska Sykehusreformen.

1.4.1 Förförståelse

Min praktiska förförståelse kommer från 15 års erfarenhet som sjuksköterska, både i Norge och Sverige, på klinisk vårdavdelning. Mycket har förändrat sig både i min egen utövning men även runt om den; organisering, politik, attityder, språk.

Men vissa saker ter sig helt lika, som till exempel ångest eller oro hos den sårbara, det är den samma blicken jag ser, det samma ansikte, som ett tomt hål men ändå uppfyllt. Jag har genom mitt arbete mött tusentals sårbara människor, jag har observerat och samspelat runt många kriser. Praktisk förförståelse innefattar då ett stort och brett register och jag vill försöka att använda den förförståelsen till att öppna, tolka och reflektera över mötespunkten med den sårbara på norska sjukhus. Nu tror inte jag att bara norska sjukhus förändrar sig, det är en sannolik process som pågår kanske överallt, men jag är nu praktiserande i Norge och ser därför närmare på en norsk förändringsprocess.

Min teoretiska förförståelse bottnar i sjuksköterskeideologi, en balans mellan objektiv fysiologisk kunskap och subjektivt livsinnehåll. Och nu masterstudier inom professionsetik och diakoni, där mötet, kunskap och handling intresserat mig som det essentiella för den praktiska kontexten, speciellt hur det kan ses ur olika syn- och kunskapsvinklar.

Som praktiserande sjuksköterska är jag ny i att skriva fördjupande kring eget framställda problemformuleringar, där är min förförståelse liten, därför har Everett och Furuseth (2004) varit till hjälp under detta självständiga arbete.

1.5 Referering till studiefältet

Jag har valt att centrera studien tätt intill existentiella värden hos människan, som då skulle föreställa moralisk rationalitetsform utifrån Vetlesen och Henriksen (2003) och deras moraliska förankring. Ekonomisk rationalitetsform intar en annan åskådarposition, som inte nödvändigtvis kan påstås vara människofientliga, men utgår från en annan kunskapsposition. För att om möjligt nå närmare in på moralisk och ekonomisk rationalitetsform inom detta studiematerial så väljer jag att fokusera på objektivitet, presenterat som positivistisk kunskapssyn, och subjektivitet presenterat som hermenutisk kunskapssyn.

Vike (2002, 2004, 2007) har forskat fram ett stort spänn till hur norsk sjukskötersketjänst formeras och formerar sig till det strukturella system som välfärd innanför offentlig regi uppvisar. Denna forskning använder jag delvis, för att försöka få svar på denna studies frågeställningar.

1.6 Studiens uppbyggnad

Christoffersen (1997, 2005) ger en infallsvinkel att bygga vidare på, för att så fördjupa frågeställningarna via Vetlesen och Henriksens *Moralens sjanser i markedets tidsalder* (2003), från den positionen görs ett försök på en teoretisk hypotes att föra vidare genom studien.

Studien har form av kapitel, som för varje del visar till en nivå innanför studiefältet på sök efter hypotesen moralisk mobilitet, samt att studiens helhet ska göra försök på att se efter mobilitet i ett större hela relaterat till mötespunkten på sjukhus innanför tiden 1997-2007.

Jag väljer att förflytta mig från hälsopolitisk språkram, till hälsoorganisatorisk dialogbild och in till handlingsrummet för moral, som i denna studie utgörs av norsk sjukskötersketjänst, alla nivåer är på sina olika vis på väg mot den centrala mötespunkten.

Jag vill markera ett yttre tryck in mot mötet ansikte till ansikte och därav kapitlens turordning. Det yttre trycket kan som Vetlesen och Henriksen (2003) markerar bestå av förändringar i samhällsbilden. Innanför denna masterstudies omfång menar jag att det inte finns utrymme att även presentera en generell bild av hur en sjuk individ kanske förändrar attityd och handlingsmönster i samspel med samhällsbilden. Men jag väljer författarnas bild av denna situation.

Symbolmötet i temainledningen används inte genom studiematerial men förekommer som en öppnare till studiematerialet.

Kapitel 3-5 startas med ett utvalt citat, en litterär representation av den sårbara individ, som visar en dold insikt och kontakt med de grundläggande existentiella livsvillkor. Owe Wikström är professor i religionspsykologi, en sårbar människa vars ordförmedling använts. Det blir den enda representation av den sårbara individ som står i mötespunkten, vilket inte skapar empiriskt grundlag till hur sårbara individer agerar eller tänker generellt, men den överensstämmer gott med min praktiska erfarenhet av sårbara individer i kontakt med sitt sårbara själv. Vidare redovisas kapitlen var för sig med kort införing och avslutas med summerande diskussion relaterad till de fördjupande frågeställningarna, för att skapa ett litterärt flyt och öppna in till nästa nivå.

Kapitel 2 är en teoretisk del som tolkats till en hypotes att använda genom studiematerialet. Kapitel 3-5 beskrivs som ram, bild och rum av olika snitt innanför hur mötespunkten formar sig.

1.6.1 Kapitel och litteraturval

I kapitel 2 läggs ett teoretiskt försök på en hypotes, Arne Johan Vetlesen är professor i filosofi och Jan-Olov Henriksen, professor i systematisk teologi och religionsfilosofi, för en diskussion kring moralens chanser i marknadens tidsanda.

Christoffersen, professor i etik och religionsfilosofi pekar på förhållanden kring individ, handling och samhälle. Detta kapitel refererar endast till två böcker, som kan ge ett smalt perspektiv till en hypotetisk uppbyggnad, men deras referensbild har stor träffyta till fältet och kan bedömmas som tillförlitliga. Infallsvinkeln ger en abstrakt nivå, som jag kan ta ner inom varje avsnitt jag ska belysa. Genom bearbetningen med böckerna, och min praktiska erfarenhet tyckte jag mig se ett mönster av rörlighet i flera moment, en beskrivning av ett mobilt perspektiv, där fenomenen *språk*, *dialog*, *handling* och *tid* framställts som viktiga för moraliskt fundament. Jag ger också en mindre bild av kunskapssyn och dess åskådande position.

Det tredje kapitlet presenteras en norsk hälsopolitisk språkbild bestående av dokument, som odelstingsprepositioner, stortingsmeldinger från tiden 1997-2007. Här har jag gjort ett urval relaterade till omsorg, den sårbara individ, och speciellt dokument kring det som kallas sykehusreformen och dess resultatevaluering, som gjordes av Norges Forskningsråd på uppdrag av Helsedepartementet.

De politiska dokument skapar en språklig ram som förs vidare in mot mötespunkten, här ger ord och tidsperspektiv ett grundlag för att visa till eventuell föränderlighet.

I det fjärde kapitlet görs försök på att belysa den organisatoriska dialogbild för att forma det trygghetsskapande element inom norsk sjukvård. Kjell Arne Røvik är dr.philos. och professor i statsvetenskap med insikt i organisatorisk omställning. Han har fått ge en generell bild av vad som utformar sig innanför mötespositionen från organisatorisk sida.

Dag Ingvar Jacobsen, dr.philos och Jan Thorsvik dr.philos visar hur begreppet produktion fungerar innanför företagsbaserad.

Halvard Vike, dr.polit, socialantropolog och professor i kulturstudier har forskat länge på fältet välfärd och dess utformning, och pekar på hur kommun och helseforetak formerar olika värdeprocesser och hur norsk sjukskötersketjänst agerar innanför dessa ramar.

Helge Ramsdal docent i statsvetenskap, Egil J Skorstad professor i organisation och arbetslivsfrågor visar ingångar till hur privat företagsuppbyggnad söker sig innanför sjukhus

som offentlig sektor, samt att arbetsförhållanden för professioner är i förändring.

Elisabeth Arntzen är ledare inom regionalt helseforetak och ger beskrivning om hur ledare inom helseforetak kan upprätta förutsägbara system för ökad internkontroll.

I det femte kapitlet visar jag dels en generell bild av hur sjukskötersketjänst i praktiken strävar mot ett balanserat handlingsutrymme i mötespositionen. Förklarade av erkända sjuksköterskor som Florence Nightingale via biografi av Åsa Moberg, Joyce Travelbee och Kari Martinsen, dr.philos.

För en forskningsbaserad bild av norsk sjukskötersketjänst och dess moraliska handlingsgrundlag visar jag till material av Vike m.fl..

Helsepersonellov och etiske retningslinjer for sykepleiere, ger en vägledning om vad som påverkar för den praktiserande sjuksköterskan.

Per Nortvedt, sykepleier och dr.polit. pekar på svårigheter för moralisk handling som värdeupprätthållande i mötespunkten och det gör även Kälvemark Sporrang i sin doktorsavhandling, den är svensk men ligger tätt upp mot Nortvedts förklaring och används på grund av den likheten. Men även för att Norge och Sverige har ett liknande välfärdsystem och en liknande traditionell bakgrund relaterad till universalism.

Till slut läggs en konklusion av arbetet som helhet och hur problemställningen belysts genom delfrågeställningarna i materialet, diskussion kring hypotesfunktionen, metodarbetet, samt nya frågeställningar som uppkommit genom studiens gång.

2.0 Moral och dess mobila utmaning

En sårad man lämnad på olycksplats, och inte bara lämnad, men lämnad av ambulanspersonal i ett offentligt välfärdsuppdrag. Det fanns säkert många totalt olika orsaker till att det skedde, Jag vill nu gå vidare i temat genom att visa till begreppet moral, och dess eventuella mobila utmaning.

2.1 Den fasta mänskliga kärnan

Vetlesen och Henriksen (2003) förmedlar sin tes utifrån den fasta position som människan som existentiell varelse utgör, livscykeln från födelse till död skapar de grundläggande existentiella livsvillkor som varje människa bär på: beroendeskap, sårbarhet, dödlighet, relationers skörhet och existentiell ensamhet. Författarna framför att dessa grundvillkor, som fästade till den mänskliga existens, en fast mänsklig kärna, kan riskera att döljas av att ekonomisk rationalitet intar en dominerande, auktoritär position i den sociala och kulturella samhällsbilden. (samma ställe).

Som sjuksköterska blir jag dagligen vittne till de grundläggande livsvillkoren presenterade via människans kropp och språk, som oföränderliga existentiella villkor. Vidare i detta avsnitt vill jag istället visa på den föränderlighet som kan påverka och kanske dölja dessa oföränderliga livsvillkor.

2.2 Den moraliska riktning

Etik och moral är ord som ofta får florera tillsammans, de har också ett liknande ursprung och betyder båda; skick, bruk, sedvänja. Men de kan skiljas åt i facklig formering, etik bildar ett teoretiskt tankegrundlag att använda och begrunda hur, varför och om något i en situation är rätt eller fel. Moral kommer till uttryck genom handling, det vi gör relaterat till något som vi

menar är rätt att göra, handlingen kan också värderas till rätt eller fel, som moralisk. Men det skapar en frågeställning om vilket värderingsgrundlag som är vinnande och det blir då i betraktarens öga som den moraliska dimensionen uppstår. (Christoffersen, 1997).

Moral defineras via filosofi och teologi, som ett beroendeskap mellan människor, och mellan natur och människor för att finna möjlighet till en plats för existens. Det gäller ett ansvarstagande till att begrunda ett handlande, ett engagemang för att motverka orättvisa och lidande. Som Collste frågar sig är det omedvetenhet och ouppmärksamhet, som leder människan på villospar, då vi kan mista fokus på ett begrundat handlande för att trygga individen mot orättvisa och lidande. (Collste, 2002).

Om frågan fördjupas, finns det då utanförstående påverkningar som kan göra anspråk på den engagerade uppmärksamhet?

Vetlesen och Henriksen menar att moral är ett socialt fenomen "*knyttet til dannelse og opprettholdelse av identitet og selvforståelse*". (2003:147). Att mista fokus och vilseledas från moraliskt engagemang är möjligen en väg till det som kallas amoral, där den moraliska orienteringen inte klarar att stabilisera kursen mot målet, det sker en omkörning av begrundandet och vad som är begrundande för att uppnå moralisk diskussion. (samma ställe).

Men även att det kanske står ett genusperspektiv utifrån hur moral tolkas innanför ett maskulint rättighetstänkande, och ett feministiskt relationellt perspektiv, där Kohlberg versus Gilligan forskat på skillnader i handtering av moraliska frågeställningar. Men Gilligan visade också att det inte klart innebär att kvinnor automatiskt innehar den relationella handteringen eller att män automatiskt innehar rättighetstänkningen i moralfrågor, dock lever vi nu i en kulturell stimulering av den enskildes autonomi, som lättare anammar rättighetsmentalitet. (Christoffersen, 1997).

Vad kan då skapa balans eller obalans i den moraliska orienteringen?

2.3 Det professionsetiska möte

Ett möte med den offentliga hälsotjänsten är uppbyggd kring professionalitet, det är inte ett

möte uppbyggd av till exempel lång vänskap. En sjuksköterska i praktisk kontext möter en sårbarhet i en individ, ansikte till ansikte, men det behövs mer för att bilda ett professionsetiskt möte. Som oftast är det ett handlingsmoment, sjuksköterskan ska göra något för den andra, och för denna handling krävs kunskap. Det professionsetiska rum består då av ett möte, handling och kunskap. (Christoffersen, 2005).

Via praktisk omdömmeskraft (dömmekraft), baserad på etiskt grundlag relaterat till livssyn och människosyn i det praktiska handlingsgrundlaget, skapas kraften i spänningsfältet teori och praktik. En växelfunktion med krav på ömsesidig påverkan för att fungera. Kraften består av flera element; människosyn och värdegrundlag, fackkunskap inkluderat etik, rutiner, yrkeserfarenhet och praktiskt handlingsgrundlag, förebilder och exemplar.

Christoffersen visar att det kan finnas möjlighet att elementen som samspelar innanför ömdömmeskraften kan förändra sig. Men omdömmeskraften för personal i arbete med och för människor, erkänns i samspel med en engagerande punkt, Lögstrups etiska fodran där uppmärksamheten riktas mot den sårbara individ i mötet. (Christoffersen, 2005).

Så, finns det då rörlighet och föränderlighet som kan påverka in i mötespunkten?

2.4 Föränderlighet som rörelseaktivitet

Vetlesen och Henriksen (2003) för en diskussion, om, och hur moral kan upprätthållas som kulturell förutsättning i dagens samhälle. Författarna anger inte en specifik geografisk position, som exempelvis Norge kan utgöra, men förankrar tesen i människan som en helhet och där människans omgivning kan förändras och omtolkas för att i sin tur påverka människan. De pekar på förändring i omgivning relaterat till rationalitetsformer, tankementalitet där marknadsaspekter bjuder in ekonomisk rationalitet som eventuellt vinnande över moralisk rationalitet. Det kan då se ut som att det finns rörlighet från just moralisk rationalitet, att det med andra ord finns fenomen som kan förflytta det kulturella grundlaget för moraliskt utfall. (samma ställe).

Men det sker också en slags tidsförändring i vår samhällsliga och kulturella omvärld relaterad till tid som subjektiv upplevelse. Den påverkas i stor grad av objektiva moment utanför den enskildes subjektiva medvetande. Författarna (samma ställe) citerar Ziehe och Stubenrauch från 1983, som beskriver en evig moderniseringsprocess där det sker en ökad acceleration då i

det närmaste allt i våra omgivningar byts ut i svindlande hastighet; byggnader, teknologi, förbruksvaror, kommunikationsformer, värdeföreställningar. Om allt runt oss förändras och förnyas och människan hela tiden måste förhålla sig till att inget är stabilt, så menar Vetlesen och Henriksen att det får konsekvenser för hur vi agerar som subjekter då moralisk meningsuppbyggnad är ett perspektiv som går över tid och via stabilitet. (2003:25-27).

Vetlesen och Henriksen presenterar möjligheten för att utanförstående strukturer kan försvaga det moraliska begrundandet, där individen passiviseras i förhållande till sin litenhet i ett stort hela, en övermäktig tankesituation för den enskilda individ. Auktoritära hela, som till exempel teknologi, byråkrati, kan skapa en autonom kraft på individen, som just som auktoritär position passiviserar begrundande kraft hos individen. Om denne förpassas till ”jag kan inget göra” i påverkande syfte på det auktoritära hela, ligger möjligheten öppen för att ställa sig likgiltig, ”vad jag menar och står för” mister kraft och kan leda till amoral.

De existentiella mänskliga grundvillkor som ligger fast inom varje enskild individ, som mänsklig varelse, men som genom intåget av marknadsperspektiv i samhället ger en bild av att läggas i bakgrunden. Marknadslogik antas fånga uppmärksamheten, ta fokus, från det som i realiteten angår människan och dess existentiella grundvillkor. Desto större intrång av marknadsperspektiv och medföljande ekonomisk rationalitetsform, i objektiva mätbara termer, desto vanskligare ter det sig för individen att förhålla sig till de fasta grundvillkoren och behovsargumentation grumlas till att utanförstående logik, som marknadsaspekter kan utgöra, som det sanningsenliga individen klarar att förhålla sig till. (samma ställe).

” ...det moralske elementet – i relasjoner, ovenfor institusjoner – er avhengig av å ha de samfunnsmessige og kulturelle rammevilkårene, inklusive så immaterielle ting som tenkemåte og mentalitet, på sin side for at kunne bli intakt over tid.” (s.99, samme ställe).

Det som då ser ut som möjligt att förändra är hur människan förhåller sig till dess fasta existentiella grundvillkor, som beroendeform, till en tillfälligt uppbyggd beroendeform, som marknadsbehovet kan utgöra.

Det sker en beroendeförflyttning där behoven kan tillfredsställas via icke-mänskliga zoner, som konsumtion, arbete, organisering. Detta betecknar Vetlesen och Henriksen som en smittoeffekt, en förflyttning in i mänskligheten, som kan fästa sig till relationer som tidigare värnats från marknadslogik, och kan omskapa en tidigare igenkännbar institution, från moraliskt element till kontraktsbärare. Kontraktsmentalitet skapar ett formellt system där rättigheter och juridiska dimensioner får företräde före de moraliska förpliktelser, som

författarna menar har en djupare position rent fenomenologiskt, dessa är oformella, beroende av sociala arenor, social praxis och är erfarenhetsbaserade. Kontraktet är instrumentellt som har behov för ett medel för att nå ett på förhand givet mål och den har idag tagit större plats som modell för sociala och moraliska relationer. Den kan bytas ut genom förändrat intresse/krav/preferens- bild och kan lägga sig utanpå det som berör hela människan. Det uppstår olika mentalitetspunkter för individen, moraliska förpliktelser och kontraktsmentalitet och där kontraktsmentalitet vinner större position som ett "naturligt" fenomen relaterat till marknadslogik, som finns i de andra sociala zoner i samhällsbilden.

Människans beroendeskaper till trygghet via de ovan nämnda existentiella grundvillkoren, beroendeskaper, sårbarhet, dödlighet, relationers skörhet och existentiell ensamhet, ser ut att kunna söka nya beroendepositioner då marknadslogik går in och presenterar sig som vetande om just vad som är individens behov, liknande surrogat för trygghetspositionen representerat av beroendeskaper mellan människor. Marknadslogiken kryper utifrån och in i människans identitet, ett skapat beroende, som kan bli ett med människans tankementalitet. (2003:98-103).

Skillnaden mellan de existentiella grundvillkoren och det skapta beroendet ligger i att de är konstanta, vi kan inte välja att avstå livscykeln, det är en fast kärna, som följer oss konstant. (samma ställe).

2.4.1 Surrogatmoral

Men ju fler sociala och kulturella områden, som drabbas av ekonomisk rationalitetsform, desto lättare kan den ges möjlighet att förändra vårt förhållningsätt till att förstå denna mentalitetsform som moralisk, den kan bilda en surrogatmoral.

(Vetlesen och Henriksen, 2003:46).

2.5 "- Jaha. Gör det någonting, då?"

Ja, kan vi inte bara köra på, låta den ekonomiska rationalitetsform ta över människans alla livsområden? Den kan till och med inta position som den viktigaste relaterat till livet, en moralform att sträva efter, en surrogatmoral.

Om alla blir standardiserade och flexibla till allt och alla så har vi iallafall samma utgångsläge till vad livet innebär, vi kan förändra oss, tillpassa oss system, bli konsumenter till vår egen

kropp och existens, söka den ultimata lyckan, som oftast presenterar sig som något utanför oss själva. Det här låter ju bra, eller?

Det finns dock en ingång i livet som kraschar med denna livsåskådning enligt Vetlesen och Henriksen, och det är livskriser, den självupplevda livskris, när plötsligt livet visar sig från en helt annan sida än den där jag själv bara kan omställa, korrigera, ögonblickligen tillfredställa och ha omedelbar tillgänglighet till. Självupplevda kriser kan starta en inre, existentiell förändring om individen blir berörd av krisen, och kan ge nystartad insikt till sig själv.

Men, om ekonomisk mentalitetsform ska möta dessa kriser kan krisen ta form av att bara beröra något utvändigt till individen, man kan då gå till doktorn och be den kureras krisen och gärna fort, för att låta sin kropp återgå till att fungera i "alltid-redo"-position.

För att kris ska bli en insikt krävs andra komponenter, att hänga fast insikten på, en mening, kris innebär en direkt kontakt med de grundläggande existentiella livsvillkor, de är fasta och de bör då kanske mötas, både av individen men också av de som står utanför. Kris kan i en ekonomisk mentalitetsform betyda nederlag, en olycklig sida av livet, som fortast bör kureras. Om individen varken har individuell kontakt, andra, eller annat, runt omkring som kan representera vad som är moraliskt viktigt, skapar krisen ett fall existentiellt, gapet mellan insikt och trodd insikt förstör fallhöjden. (Vetlesen och Henriksen, 2003:42-57).

Jag tänker mig att livskriser kommer och går, alltså att den på en eller annan tidpunkt träffar livet. Jag tänker mig att alla människor någon gång kommer i kontakt med kris på ett eller annat sätt. Mötespunkten på sjukhus blir då mer än en samling människor tillsammans i en grupp, mötet blir en samling i och omkring det existentiellt sårbara vid människan.

2.6 Fenomen för upprätthållande av moral

Var hittar vi då möjligheterna till moralisk verklighetsförankring?

Som Vetlesen och Henriksen (2003) påpekar ligger moralens chanser i att *lära, utveckla* och *använda språket* för att få tillgång till den moraliska dimensionen av verkligheten.

Att säkra en form för kommunikation människor emellan, för praktiskt lärande men även möjlighet för kritik av bestämda former för moraliska värderingar, är av yttersta vikt.

Meningsbrytande forum ger grogrund för moral, där meningar får bryta mot meningar i en formningsakt där olika meningsvinklar får spelrum.

Meningsframförande kräver *deltagande*, men även ömsesidigt erkännande mellan deltagare.

Deltagande position menar författarna, har idag fått karaktär av att bli matad med utsagn, som betraktare till meningar istället för egen meningsbildande funktion. Via exempelvis media, ges betraktaren möjlighet att beskåda utvalda aktörer att representera en mening, eller flera, kanske utan begrundande till hur meningen faktiskt uppstod. Diskussionsmomentet blir borta och där viktiga frågor kan neutraliseras på sin komplexitet som visar orsak till den originala mening. Diskussion (norska; drøfting) menar Vetlesen och Henriksen är ett viktigt begrepp för begrundande ansats i dialog och de sociala arenor där moral ska finna sin brottningsarena för att fortgå. Moral får stora problem då individuell förankring till moraliska förpliktelser tar isolerade begrundanden, utan hänsyn till traditionella fenomen som kultur, religion. Men inte bara språk, deltagande, begrundande meningsskiljaktigheter är skapande fundament för moral, tidsaspekten spelar också en roll, där snabba lösningar och effektivitet får fritt spelrum, ges dialog minskad möjlighet för att moraliskt språk och mening ges näring och tillväxt. Moraliska förpliktelser har behov för *tid* då uppbyggnaden sker via erfarenhetsbaserad, det sociala livet och diskussion, samt att det bygger upp genom solidaritet. Långa tankar och diskussion har behov för tid för att om möjligt skapa moralisk varighet. (samma ställe).

2.6.1 Huvud och kropp förenas för moral.

Vetlesen och Henriksen (2003) visar att moral är förankrat i, som de säger huvud och kropp, vilket innebär att individen bör vara närvarande mentalt och fysiskt, de intellektuella, teoretiska normerna för moraliskt agerande kan dåligt lösriivas från sin praktiska kontext, den moraliska meningsbildningen bygger på erfarenhetsbaserad innanför en social arena där deltagande position kräver engagement. Ett riskmoment, som kan skilja det intellektuella huvudet från det upplevda i kropp, uppstår då en betraktande position ska ta avgöranden för det moraliska handlingsutfall. (2003:127).

Bara etiskt tänkande gör inte människan till ett moraliskt väsen, som författarna påpekar krävs en för-teoretisk livsverklighet av moralisk karaktär. *“Dette betyr at den sosiale verden er menneskets moralske læringsmiljø. [] Hvordan vi forstår og bidrar til å bygge opp den sosiale verden er imidlertid helt avgjørende for utviklingen av mennesket som moralsk vesen.”* (s.144, samma ställe).

Moral påkräver med andra ord inte bara ett intellektuellt teoretiskt grundlag, det är på lik linje ett utspel via *kropp*, som deltagande position där moral som fenomen kan påvisas i *handling*.

Så även om det finns en legitimering kring etiska regler och principer så är den moraliska karaktär, attityder och hållningar ett måste för att få omsättning på de etiska legitimerade regler och principer i praktiken. (Christoffersen, 1997).

Var kan vi då se dessa handlingar, via kropp, som kanske också kan betecknas som ett mänskligt grundvillkor. Kan det finnas kroppsliga uttryck, som vi har lämnat dolda i den ekonomiska rationaliteten och kan vi komma i kontakt med dessa?

2.7 Moralisk mobilitet, *språk, dialog, tid och handling*

Jag vill här försöka att sammanfatta en tolkning av Vetlesen och Henriksen (2003) och deras beskrivning av moral idag och dess utmaning i samhällsbilden, för att använda som hypotes genom sudiematerialet.

Vetlesen och Henriksen visar till *moralisk mobilitet*, som en förändring i individers integritet, att avlägsna sig från det gamla, traditionella och istället anamma det nya, en uppstådd "talang" till att tänka och handla nytt hos individer. Att vinka adjö till det gamla, inarbetade visar då till mobilitet av moralisk integritet. (2003:70-71).

Begreppet mobilitet hänvisar till en rörelse, i form av förflyttning; distansering och avstånd. Kan då Vetlesen och Henriksen (2003) visa till fenomen som specifikt kan avslöja eventuell mobilitet i förhållande till moral. Den sociala värld som arena för den moraliska läroplatsen, finns det mobilitet i den, människor emellan? Men även om det också är tendens till förflyttning, eller mobilitet, så påkallar moraliskt engagement också att det finns något att engagera sig i.

Författarna pekar på att det utspelar sig en central kulturkamp i dagens samhällsbild, denna kamp föregår inte bara av att engagementet mobiliseras till eller ifrån något.

Kamp ger en indikation på att det finns i allafall två sidor som motsätter varandra, och i Vetlesen och Henriksens (2003) fall är det förflyttningen från det som anges som människans grundvillkor, den fasta kärna i varje individ, som inte kan väljas bort.

Sårbarhet, lidandet, beroendskapet, relationers skörhet och existentiell tomhet är de fasta grundvillkor som på intet vis kan försvinna från den enskilde individ, men hur människan förhåller sig till det kan förändras. Som författarna visar till som pressande effekt är marknadsperspektivet och dess medföljande ekonomiska rationalitetsform, något som

människan träffar på i den sociala världen och som kan skapa en förändrad hållning, attityd. De pekar vidare på ett flertal fenomen, som har tagit nya positioner i förhållande till det engagement som människan är i behov av för att hålla stabil moralisk kurs. Dessa fenomen är kanske starkt sammanlänkade men bjuder på olikheter som tillsammans bidrar till förflyttande effekt.

Språk, är då en läroposition, som tillgång för att människor emellan beskriva och förklara den moraliska dimension av verklighet. Språk genom ord kan eventuellt blottlägga en rådande rationalitetsform, det kan vara det talade språk men också textförmedlat. Men språket är också viktigt om det uttrycks via en betraktande position, det kan lämna utrymme för att det mätbara objektiva språk ges inträde i sammanhang där det inte var från början, men kan godkännas som ett auktoritärt hela, vi blir kanske vana att umgås med det i snart alla sammanhang av livet. Genom de nivåer som följs i studien kan språk bli en indikation på om olika arenor ”smittas” av en rationalitetsform.

Och via *dialog*, som enligt författarna kan inta en förenklad bild av dialog, där exempelvis åsiktsbegrundandet lagts åt sidan och färdiganredda meningar läggs fram och åhörarens deltagande förminsks till att matas med färdiga auktoritära lösningar, där den originala mening kan lämnas dold. Eller att det uppstår en distansering av det moraliska dilemman, då kanske betraktande position möter de moraliska avgöranden utan att förhålla sig till en moralisk originalmening.

Det är i den sociala miljö vi kan lära och utveckla moralisk mentalitet, den näras av diskussion, diskussionen kräver deltagande och förståelse för den begründande originala mening. Betraktande-deltagande position har fått större plats i samhällsbilden, vi kan ge varandra färdig meningsuppbyggnad utan reflektion kring dess uppkomst.

Tid, här visar Vetlesen och Henriksen (2003) till i allafall två specifika tidsangivelser som kan påverka den moraliska dimensionen av verklighet. Dels är det tidsförkortningen relaterad till begründande moralisk mening som förenklingen av färdiga argument skapar och snabbheten i de objektiva omgivningars förändring, som kan ge konsekvenser för individen som subjekt och dess agerande. Och det är ett historiskt perspektiv, moral är enligt författarna förankrat i både tradition och nutid, det behövs både en förståelse av traditionell erfarenhet och en förståelse av den nutida konkreta situation för att nå fram till den meningsbrytande effekt där moralisk läromiljö kan fungera.

Till sist handlingsmomentet, där kropp visar *handling* i den praktiska, konkreta verklighet. Handlingen utgör förbättrat moraliskt utgångsläge där det är förenat i det etiska intellektuella grundlag och en hållning som är förlikad med den moraliska karaktär etiska regler och principer förutsätter. Det är alltså något som kan ses i den praktiska kontext, jag kan inte bara läsa upp etisk argumentation och mena att jag är moralisk, utan det krävs en sammansättning av båda moment för moraliskt utfall.

Sammanfattande av fenomenen *språk, dialog, tid och handling*, menar Vetlesen och Henriksen (2003) att dessa står i en förenkling, eller avkortning av det som behövs för att upprätthålla moralisk orientering och motverka moralisk mobilitet i förhållande till vad ett auktoritärt hela, som kanske ekonomisk rationalitetsform visar.

För att närma sig kampens sidor krävs en identifikation av det auktoritära hela, som eventuellt erövrar engagementet för de existentiella grundvillkoren hos individen, och jag tänker mig att det är via språk, dialog, tid och handling det kan vara möjligt att finna den auktoritära position.

Jag vill vidare använda ett hypotetiskt begrepp som kallas moralisk mobilitet.

2.8 Divergerande kunskapssyn

Vetlesen och Henriksen (2003) diskuterar en central kulturkamp tidigare i kapitlet, den moraliska rationalitet formad av relationer och samspel för ett gode, och den ekonomiska rationalitet formad av det mätbara, objektiva samspel för ett tilltänkt gode.

Christoffersen belyser att i modern tid har vetenskaplig utformning av samhället fått ett starkt inflytande, och då speciellt naturvetenskap som central position. Människan kan idag få till saker som man inte kunde tänka sig förr, med teknologins hjälp skapades i västvärlden en optimism förankrad till hur samhället kunde utvecklas till det bättre.

Rationalisering och förnuft fick stark position. Ett dilemma som uppstår av denna effekt är att den skapar en förklarande position till meningar, den blir stark på vissa livsområden men ser inte ut till att ha kapacitet för att förstå och legitimera sociala strukturer. (1997:21).

2.8.1 Positivism

Varför jag väljer positivismen som den ena pol i divergerande kunskapssyn, är relaterat till

den ekonomiska rationalitet, där mätbarheten och objektiviteten skapar en tilltänkt sanningsbild. Positivism, via naturvetenskapen söker en universell giltighet, ett sanningsskapande utifrån en neutraliserad position där sinnesintryck kan mätas och beskrivas som fastställda, legitimerade lagar.

Innanför positivismen ges subjektiva, partikulära uttryck ett meningslöst intet, ej registrerbart innanför det paradigmskapande fältet. Den meningsfulla kunskap skapas genom mätbara objekt som åskådarposition då förhåller sig neutral till för att inte störas av egna eller andras meningar. Upprätthållande av neutralitet påkräver på så vis en distansering från objektet.

Uppmärksamheten i processen är riktad mot ett objektivt mål.

Kunskapssynen kan bli paradigmsökande och arbetar då aktivt för att avstöta anomalier, som inte kan passa in i paradigmet och störta det paradigmatiske torn. (Gilje och Grimen, 1993).

2.8.2 Hermeneutik

Den moraliska rationalitet kan troligen finnas innanför subjektiviteten, då den uttrycker en existentiell livsfunktion, som påkräver partikulär medverkan.

Hermeneutik, via humanvetenskapen, skapar en helt annan åskådarposition där objektsformer ges medverkan för att om möjligt skapa en förståelse kring en situation. Här är inte målet att distansera sig från saken ifråga, det är det nära, förtolkningen och att förstå, som är bärande begrepp i positionen. (samma ställe).

Som Gadamer förklarar fördomsbegreppet, där den bör medvetandegöras, och lägga logisk regelstyrning åt sidan för att låta det unika i saken skapa fokus i processen av att förstå. (Laegreide och Skorgen, 2001).

3.0 Norsk hälsopolitisk språkram 1997-2007

“...en dag slutar plötsligt mitt hjärta att slå. Jag är en hårsån från att inte klara mig. Upplevelsen av att livet – just mitt liv – är fundamentalt skört skakar mig. Insikten om att hinnan till döden är så oerhört tunn är hotfull i sin sakliga brutalitet. Att under en period vara helt hjälplös, beroende och utlämnad till andra människors omsorg öppnade mina ögon.” (Wikström 2006:15).

I det tidigare kapitlet presenterades en bild av att de grundläggande existentiella livsvillkor visade risk på att döljas av en ekonomisk tankementalitet. Moral och dess upprätthållande fenomen är i dagens samhällsbild inte tydligt framme enligt Vetlesen och Henriksen (2003). Jag visade till en eventuell moralisk mobilitet relaterad till att fenomen för upprätthållande av moral utmanas från förändrad samhällsbild, via individens passiva hållning, till förändrad tankementalitet.

Detta avsnitt ska peka på den norska hälsopolitiska språkram relaterad till mötespunkten innanför tiden 1997-2007, finns det förändringar i de hälsopolitiska dokument som kan visa till mobilitet för det moraliska grundlaget anknutet till mötespunkten?

3.1 Patienten först!

1997 låg pespektivet färdigt kring att organiserad verksamhet på norska sjukhus, som egentligen skulle likställas med att den hjälpsökande fick sina behov tillgodosedda på ett förbättrat sätt. *“Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie.”*, *“Helsepersonell må først og fremst anerkjennes for og ansføres til innsats for pasientens vel og ve.”*(punkt 1.1, NOU 1997:2).

Norsk hälsotjänst bör förbättras i: tillgänglighet, respekt, uppdaterad kunskap, försvarlig behandling, ansvar, punktlighet, öppenhet, helhet, vänlighet och ömsesidighet mellan professioner för att främja god arbetsmiljö och därmed ökad tillit hos patienterna. Att ta patienten allvarligt ska spegla hela bemötandet inom norsk hälsosektor, *“helsepersonell er*

spesialister på sine fag – pasienter er spesialister på sine liv.” (punkt 1.1.2, samma ställe).

Men i förhållande till tillgänglighet till hjälp ställs LEON-principen (Laveste Effektive Omsorgs Nivå) som vägledande, *“Distrikthelsetjenesten skal omfatte helsevesenets basistjenester....”* (punkt 1.1.1, samma ställe).

Det ska bilda själva bottenplattan i hälsotjänstpyramiden.

Patienten är en hel person och mer än ett kasus, dess värdighet ska tillvaratas, ångest ska mötas och integritet respekteras men det pekas på att planen som läggs fram för sektorn, är att tillpassas en moderniseringsprocess i förhållande till teknologi och forskningsbaserad kunskap, till det bästa för den enskilde individ som står i kontakt med sektorn.

Ledarrollen i sektorn ges klara direktiv om att den är viktigast för att föra utövaren i rätt riktning relaterat till mål och ramar för verksamheten. En huvudstrategi för sjukhus ska vara att utnyttja arbetskraften som finns tillgänglig på ett bättre sätt. Toppledning på sjukhus ges genom utvalget också myndighet att skapa sin egen verksamhet, till att bedömma vilka perspektiv som ska fungera inom sjukhusen. Men mål och principer för den interna organiseringen inom sjukhus är; *“Økt verdiskapning. Personalets tid og ressurser bør i størst mulig grad settes inn i pasientrettet arbeid. Målet må være å redusere tidsbruken på alt som ikke direkte tjener pasienten.”* (punkt 8.3, samma ställe).

Huvudtesen genom utvalgsförslaget är att sjukhusen organiseras trögt, svårhandterligt och inte alltid för patientens bästa, för att kureras denna trögheten till att bli mer effektiv, kvalitetsmässig och riktad mot patientens behov är målet och lösningen, ledning och organisering. Förändring önskas, organisatoriska ändringsprocesser med påföljande evalueringar ska säkra mötet med den hjälpsökande individ. För det är just mötet som är genomgående i utvalgets dialog, hur individen möts, att individen möts, att det existerar en mötesplats för den tilltänkta hjälpfunktionen. Det menas att förändringsprocessen ska leda till ett förbättrat möte mellan sjukhus och hjälpsökande individ. (samma ställe).

3.2 Rättigheter

En förstärkning och nyare riktning för den enskilde individs rättigheter behövs för att modernisera den norska hälsos sektorn, Ot.prp.nr.12(1998-99) *Pasientrettighetsloven* grundläggs och är ett led i den norska hälsopolitiska utformningen.

“... å fremme en helse- og velferdspolitik bygd på respekten for menneskeverdet, rettferdig fordeling av rettigheter og plikter, likeverd og lik tilgjengelighet av tjenester og en styrket rettsstilling for den som trenger tjenestene.” (punkt 1, samma ställe).

Patienten behöver rättslig hjälp för att komma i kontakt med hälsosektorn.

- rätt till värdering.
- rätt till förnyad värdering
- rätt till att välja sjukhus (fritt sykehusvalg).
- rätt till medverkan och information.
- rätt till att samtycka till hälsohjälp.

Helse og Omsorgsdepartementet visar i förslaget till att rättsliggörande kan verka i negativ riktning genom att själva patientbehandlingen kan ställas i bakgrunden och att klage og – domstolsbehandling kan komma i förgrunden. Många patienter har idag dålig eller liten kunskap om sina rättigheter som sjuk innanför hälsotjänsten. Pasientrettighetsloven ska förstärka patientpositionen relaterad till de rättsliga krav individen har, samt öka medbestämmande rätten för patienten och skapa underlag för en förbättrad brukarservice. Det centrala via *Pasientrettighetsloven* är att patientens behov, integritet och autonomi tas tillvara. Ett problem som lagen visar till är att den tilltänkta ökade kunskapen och dess användning kan skapa olikheter för befolkningen som patientgrupp, då det finns skillnader i hur aktiva individer är för att uppnå sina rättigheter. Ett faktum som i sig motverkar lagens tilltänkta princip, för tryggad, förutsägbar likställd behandling för alla. (samma ställe).

Lagförslaget tar även upp problemställningen definitionen av patient, den beskrivs som vid, att formulera en direkt konkret definition kan vara vanskelig. I WHO's Europadeklaration definieras patient som; “*user of health care services, whether healthy or sick.*” Departementet har i lagförslaget angett denna definition; “*med pasient menes en person som gis eller tilbys helsehjelp.*” (punkt 3.3.1, samma ställe).

Rätten till *fritt sykehusvalg* är en central rättighet förbunden med tillgänglighet till hälsotjänster. Den rättigheten ska också kunna fungera i pådrivande effekt på sjukhus i konkurrens om patienterna. (samma ställe).

3.3 Ett permanent värdegrundlag “i syne”

För att handtera en önskad förbättring av hälsosektorn, som involverar en upptrappning av resursinsatsen vid norska sjukhus, markeras tidsperioden 1997-2007, med St.meld nr.26(1999-2000) *Verdier for den norske helsetenesta*, om vikten av att behärska och uppmärksamma de grundläggande värdepremisserna för norsk hälsotjänst, de ska genomlysa hela uppgraderingsprocessen. ”*I ei tid med stor vekt på reformar knytte til økonomi, utstyr, personell, organisering og lovgjeving, er det viktig at ein ikke mistar av syne kva som er det eigentelige målet med og inhaldet i helsetenesta.*”(punkt 1.1, samma ställe).

Stortingsmeldingen pekar vidare på att det centrala i norsk hälsotjänst är mötet mellan patient och utövare, samt kärlek till den näste. Norsk hälsotjänst ska leva upp till tjänsteutövning med hög kvalitet och effektivitet så att behoven från befolkningen täcks, *samtidigt* som tjänsteutövningen lever upp till fördelningspolitiska mål och behåller det permanenta värdegrundlag. Att ge patienten en starkare position och att fler ska få tillgång till hälsotjänster inom sjukhuset har skapat behov för större inspel av juridiska och ekonomiska ramar med direkt styrande verkan på hälsopersonalen inom tjänsten. Fundamentala värden för hälsotjänsten bör värderas systematiskt i förhållande till nya styrningsfunktioner för att inte mistas ur syne. Regeringen vill lägga fram för aktiv uppföljning genom omfattande evalueringar för att säkra eventuella oönskade värdebortfall.(samma ställe).

“Mange menneske kjenner seg makteslause i møtet med helsetenesta. Ikke sjelden kan ein høyre om personer som har møtt helsetenesta på ein miskunnslaus og hard måte. Slike fortelinger minner oss om at verdigrunnlaget for helsetenesta står si prøve i møtet mellom den einskilde pasienten og helsearbeidaren.” (punkt 1.2, samma ställe).

Den tillitsfulla dialogen mellan patient och hälsoarbetaren, och diskussion på arbetsplatsen kring etiska frågeställningar är viktiga för att säkra försvarligt kunskapsarbete, och dessa ska ta utgångspunkt i det verkliga livet. (samma ställe).

Utmaningar som norsk hälsotjänst står inför är att uppnå önskad kvalitet, kunskap och effektivt tjänsteutförande, som att få mest möjligt ut av ett önskat gode utifrån de tillgängliga resurserna. Där önskade resultat famnar stort från att uppleva trygghet till att bekräfta ökad livslängd i ett välfärdsperspektiv.

“Når folkvalde organ har løyvd ressursane og gjeve rammeføresetnader for bruken av desse, er det ei oppgåve for leierskapet og fagpersonellet å nytte dei tilgjengelege ressursane slik at

ein får størst mogleg effekt av dei. Det er ein verdi i seg sjølv å ha ei helsetenesta som med denne forståinga til grunn driv effektivt. Dette er ein del av det allmenne forvaltaransvaret som alle leiarar og fagfolk i offentlege teneste er tillagt.”(punkt 3.2, St.meld.nr.26).

Meldingen pekar även på att rollerna för professionsutövare inom norsk hälsotjänst, har bestått traditionsrika perspektiv, men att det är tid för att rollerna utvecklas vidare, samt att brukarmedverkan ger en ny delaktighet och förståelse via nya informationsformer i samhället och för att möta detta krävs det enligt utvalget aktiv mobilisering för att forma framtida hälsotjänst. Inom politiken så är det en medvetenhet om att hälsopersonalen har problem med att leva upp till krav som blir ställda och att omställningsprocesser kommer tätt. För att korrigera effekten av krysspunkten effektivitet och mötet med den enskilda patient har klinisk-etiska kommittéer upprättats vid de enskilda sjukhus, dessa ska fungera som hjälp till de kliniska etiska dilemman som uppstår och ge perspektiv på dessa.

I punkt 4.1 diskuteras den sårbarhet som finns inom varje sjuk individ, norsk helsetjenst står genom mötet i fara för att kränka människovärdet genom att utelämna kärleken till den näste. Det primära målet med hälsotjänster är att människovärdet ska styrkas och handlingarna måste stå i samsvar med intresset för *den andre*, hänsyn till nytta för tjänsteutövare eller samhälle får stå åt sidan. (samma ställe).

Även i denna melding kommer tron på ledningsperspektivet fram, det är ledningsbegreppet som ska få framställt den trygghet som krävs för den hjälpsökande individ, utmaningen här ligger i, hur få professionerna med sig? Att förplikta sig till att utföra försvarlighet i samsvar med sektorns värden och målen för den välfärdsordning som sektorn utgör, samt för den enskilda verksamhet. Detta ska föregå via ramar, motivation och goda relationer mellan aktörer i förändringsprocesser. Det politiska fältet är medveten om att den påverkar mötespunkten på väg in i ett möjligt dilemma för professionerna som ska stå i främsta led i mötet med den unika individ, ökade krav, fasta ramar och mål är den nya väg i moderniseringsakten, som tas i klarspråk, för det råder inga tvivel om att norsk hälsopersonal strävar med att leva upp till ställda krav. Ändringar i arbetsform för att förbättra resursanvändandet lämnas vidare in i organisation och ledningsperspektivet.

I punkt 4.4 påtalar att hänsyn till människovärdet ska ligga till grund vid evalueringar av lag- och ekonomiska ordningar. (samma ställe).

3.4 Sykehus blir helseforetak

Odelstingspreposition nummer 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, utgör grundlaget för den reform, som infördes 2002, mer känd som Sykehusreformen, men som omfattar mer än just sjukhus, den inkluderar organiseringen av hela den norska specialisthelsetjenesten. Målet med reformen var från politisk sida att säkra det universalistiska perspektivet till befolkningen i Norge, liknande en förstärkning av NOU 1997:2 *Pasienten først*, att skapa ett hälsotillbud som gav likhet och rättvist erbjudande till alla i ett offentligt välfärdsperspektiv. Målet blev då att skapa en tillgång till hälsotjänster, som skulle göras bättre för patienten, men visade också andra markeringar, som ett led i önskemål om att modernisera den offentliga sektorn till rationaliserad resursförvaltning. Politiska riktlinjer förordade nu en övergång från förvaltningsbaserad organisering till företagsbaserad organisering. (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

Organisering, ledning, förnyande inom ett statligt ägande där sjukhusen bytte namn till helseforetak och blev egna rettssubjekter, med koppling till att hålla sig innanför budgetramar och lagstadgan. Reformens mål var att skapa ett helhetligt organisatoriskt ansvarsområde, där modernisering av tjänsten kan skapa en förbättring av hälsotjänsternas tillgänglighet för den enskilde individ, som var i behov av denna. Det skulle nu ske en uppsträckning av ovärdiga förhållanden som upplevs inom specialisthelsetjenen. Värdegrundlaget från St. meld. nr 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta* påpekas ligga fundamentalt fortsättningsvis, och detta poängteras även i de viktiga premisser för reformarbetet och framtida norsk hälsotjänst. (samma ställe).

- *et velfungerende helsevesen er basert på forståelse og respekt for enkeltindividet*
- *tillgänglighet till hälsotjänster*
- *sektorn underlagd politisk styrning för att säkra nationala välfärdspolitiska mål*
- *helsevesenet som trygghetsskapande element*

Patienten har krav på att bli bemött av hälsopersonal som tar deras problem på allvar, samt att mötas med värdighet, diskretion och medmänsklighet. Regeringen markerar här att premisserna utgör ett fundament för utvecklingen av norsk hälsotjänst i tiden som kommer.

Trygghetsskapningen inom tjänsten aktiveras genom flera vinklar, som, patienträttigheter,

disponibla ekonomiska resurser för sektorn och de människor som arbetar med patienterna. (samma ställe).

Ot.prp.nr.66 gav direktiv om att organiseringen för att förvalta specialisthelsetjensten bäst kom till uttryck via statligt ägande och att sjukhusen gjordes om till helseforetak. Behovet för reformen grundar sig på konstant utgiftsökning för Norge, relaterat till andra länder, och då främst de skandinaviska, som ligger innanför liknande universalistiska välfärdsstruktur. Folk flest är nöjda med tjänsten men, från politiskt håll anses det vara för låg behandlingskapacitet, dålig tillgång och generellt dåligt resursutnyttjande.

Norska sjukhus är komplexa organisationer med en stor utgift i resursinsatsen, som bland annat utgörs av personalinsats. Att använda dessa personalinsatser effektivt ligger under organisation och ledningsperspektivet, det föreligger en bred enighet i att det finns potential för ett mer flexibelt utnyttjande av personal och förbättrad organisering. (samma ställe).

Omorganiseringen till helseforetak, skapar en ny rollfördelning som arbetsgivaransvarig för egna medarbetare och ansvarighet för kapitalförbrukningen. Staten står som ägareansvarig medan foretaksmodellen där styrning sker utifrån styrelsebeslut för att värna verksamheten från detaljstyrning och öppna för ett reelt ansvar till egen drift. Decentraliserande effekter önskas för att minska byråkrati, samt förbättra omställningsposition och brukarorientering. Ledningsperspektivet ska effektiviseras, informationstillgången förbättras och framhäva det ekonomiska ansvaret inom de hälsopolitiska ramarna. I reformen framläggs att marknadsideologiska faktorer inte ska få tillträde i den praktiska verksamheten och att marknadsideologiska konsekvenser kan uteslutas genom att staten, som ägare, inte tillåter privatisering av norsk specialisthelsetjenst. (samma ställe).

Brukerbegreppet kommer starkt in via *loven om helseforetak* och det bestämdes att helseforetakene skulle använda sig av brukerutvalg för att förstärka brukerens roll innanför organiseringen. En organiserad kanal skulle upprättas för att få tillgång till de berörda individers åsikter om hälsotjänsterna. (Resultatevalueringen, 2007).

3.5 Ett permanent värdegrundlag “mistas av syne”?

Redan vid uppstarten av Ot.prp.nr 66(2000-2001) förelåg en evalueringsönskan.

Resultatevalueringen av sykehusreformen utfördes av Norges Forskningsråd och sammanställdes till 2007 på uppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, det efterfrågade här var att värdera effekten av Sykehusreformen. Man sökte nu efter eventuell resultatförbättring i förhållande till de överordnade hälsopolitiska målen och det gjordes forskningsbaserad evaluering utifrån de tilltänkta målen. Målen som önskades evaluerade var aktivitet, tillgänglighet, effektivitet, arbetsmiljö och brukarmedverkan, som kunde visas till genom registrerade data från reformperiodens start. Men för att peka tillbaka på de överordnade hälsopolitiska målen, i starten av reformperioden gällde fyra grundpremissar, som Norges Forskningsråd i sin konklusion påpekar fått in två av dessa innanför de av Helse og Omsorgsdepartementets önskvärda resultatmål. Men två av grundpremisserna är inte efterfrågade till evalueringen,

- *att ta till vara den nationella hälsosektorn som ett trygghetsskapande element i samhället*
- *den välfungerande hälsosektorn baserad på förståelse och respekt för den enskilde individ.* (Resultatevalueringen, 2007).

“Når det gjelder mulighet for evaluering av helsereformer med brede, generelle målsettinger og som tentativt kan gi omfattende konsekvenser, er det viktig at datagrunnlaget dekker de ulike dimensjonene av helsetjenestens totale ytelse (eng. performance) på en balansert måte. En reform kan medføre at ulike deler av helsetjenesten utvikles i forskjellig retning – og iblant til og med kan motvirke hverandre.” (s.146, samma ställe).

Resultatevalueringen (2007) utfördes för att komma fram till om sykehusreformen haft positiva effekter och uppmärksamheten riktades mot en tredelad evaluering; två av dessa gällde hur organisationsformen fungerat och en gällde frågeställning om förbättrade resultat i relation till de överordnade hälsopolitiska mål. För att nå fram till evaluering kring aktivitet på ett sjukhus krävs datagrundlag, i detta fallet var DRG (Diagnos Relaterade Grupper) och antal uppehåll på sjukhus vägledande. Upphållstiden har inom evalueringsperioden minskat, relaterat till ökad dagbehandling. Organisatoriska ändringar av patientbehandlingar, ny teknologi och fokus på effektivitet och ekonomiska incitament har bidragit till att patienter behandlas genom en serie dagbehandlingar istället för ett längre uppehåll på sjukhuset. Nedgången i liggetid och ökning av dagbehandling står för en ökad aktivitet utan ökad kostnad. Resultatevalueringen visar även till hur produktiviteten fungerat via förbrukning av insatsfaktorer, som i detta fallet utgörs av läkare, sjuksköterskor och annat, samt aktiviteter

representerat som DRG. Produktivitet inom norska helseforetak räknas i samhällsekonomisk teori, som relationen mellan produktion och resursanvändandet, i resultatevalueringen mäts relationen mellan tjänsteproduktion och realkostnader. (2007:95-96).

Sykehusreformen står inte bara för en organisatorisk förändring men nu skulle även brukaren få vara med. Önskan om att etablera kontakt med brukaren, för att skapa en organiserad kanal för brukarrepresentanter via helseforetak för att förbättra kontakten mellan brukaren och de hälsopolitiska organ. *“Det finnes nå aktører i helsetjenesten som er baerere av en tenkning om betydningen av å lytte til brukerne, og som argumenterer for at helsetjenesten har nytte av å få inn brukernes perspektiver.”* (2007:116).

Evalueringen visar dock att påverkande kraft från brukarutvalg på helseforetakens planer och åtgärder varit relativt svag, speciellt gäller detta in i den kliniska verksamheten. (2007:126).

3.6 Summerande diskussion

Finns det moralisk mobilitet, eventuell obalans mellan ekonomisk rationalitet och moralisk rationalitet i mötespunkten för mänsklig sårbarhet på norska sjukhus genom tiden 1997-2007, som markerar Sykehusreformen.

- finns det distanserande tecken i språkramen innanför den norska hälsopolitik?

Jag vill först markera mitt eget valda startcitat, som är en språkbild av den sårbara individ, en som vi kan möta i den professionaliserade mötespunkten.

Att vara döden när öppnade hans ögon. Vetlesen och Henriksen (2003) diskuterar hur och om individen kan ta emot en filosofisk insikt av sin existentiella livskris, det kan genom citatet vara att just denna individ stod i en kunskapsinsikt relaterad till livscykeln, att den uppstådda sårbarhet är ett naturligt fenomen vid livet, en förståelsepunkt. Om man däremot vänder språkbilden och ska förklara den som ett bara utanförstående fenomen som drabbar kroppen, hade vi kanske inte fått ta del av detta språkliga uttryck. Det beroendeuttrycket hade kanske förkastats både av individen själv men också av hjälpare, som ett tecken på objektiva uttryck av kroppen, oro, kanske icke brukbart för att komma vidare.

Hur presenterar sig då den norska hälsopolitiska språkram, som ska vara medskapande till den professionaliserade mötespunkten i välfärdsbilden?

I starten av den studerade tidsperioden kan första anblick se ut som att stå språkligt nära det sårbara. *Pasienten først!* (NOU 1997:2) beskriver byggnaden för mötespunkten som sjukhus, det kan vara en språklig acceptans för det som är sjukt, den som är sårbar ges ett legitimt hus att söka sig till.

Pasientens behov är utgångspunkten och kärnan för all behandling, som Vetlesen och Henriksen (2003) förklarar hur individens behov kan forma sig i relation till den rådande samhällsbild, så kan själva begreppet behov visa prov på att förändra sig, om patient till exempel betraktar sig som kund, och på så vis aktiv och kanske viljestyrd, så blir behovsbilden en annan än den kanske passiva och beroende, relaterad till sårbar, som patientens behov.

Helsepersonell ska ansføres til innsats for pasientens vel og ve kan tyda på att man har kännedom av vad som är en patients väl och ve, den bild som författarna (samma ställe) visar till kan då vara att så snabbt som möjligt kurerat det som denna patient är i mötespunkten för, det kan fort innebära något som då befinner sig utanför individens inre själsliv, alltså relaterat till något yttre som det kan fixas med, kroppen.

Helsepersonell er spesialister på sine fag – pasienten på sine liv men igjen, det kan på ett sätt innebära det motsatta. Hälsopersonal kan, som kontinuerliga, erfarenhetsbaserade observerande människor till den naturliga livsrytmen och sårbarhet vara gott innsatt i hur människan i kris fungerar och att den kan visa sig på olika sätt. Medan individen kanske upplever eller inte upplever sig själv som existentiell sårbar, och om nu de existentiella grundvillkoren är fasta i varje individ så innebär det att alla som den professionelle möter kanske har utvecklad eller underutvecklad insikt till denna sårbarhet.

I NOU 1997:2 visar sig *LEON-principen* (Laveste Effektive OmsorgsNivå), en princip kan vara något som ska följas, princip kan skapa ett autoritært hela som alla solidariskt ska förhålla sig till. Christoffersen (1997) förklarar att det moraliska handlingsgrunderlaget måste följa en legitimering kring etiska regler och principer, men svårigheten som Vetlesen och Henriksen (2003) visar till är just att vetskapen om vad som är moral och risken för surrogatmoral finns. Med tanke på att ekonomisk mentalitetsform kan sprida sig till områden som inte tidigare visat kontakt med dem, principen LEON kan då bli en moralisk meningsbildning för norsk hälsosektor att förhålla sig till.

Jag tänker mig att genom att språkligt peka på att vi alla nu ska sikta mot den lägsta

effektiva omsorgsnivå, som då inte har något att göra med att vi ska handla för det minsta förbruket av omsorg generellt. Men, principen kan mena att systemet hellre vill möta den sårbara i distrikthelsetjenesten utanför sjukhuset. Systemet kan på så vis riktas mot att den vill ta hand om det sårbara men helst inte på sjukhuset, vi kan gärna mötas men föredragsvis utanför sjukhuset. Principen kan språkligt skapa distansering till att mötespunkten ska vara på sjukhuset, LEON kan då bli ett objektivt tecken på avstånd från det sårbara relaterat till sjukhus.

Ångest ska mötas och integritet respekteras, människans värdighet ska ivaratas signalerar språk som lägger sig nära individens sårbara sida. Norska sjukhus är dock under press vad det gäller omställning, den måste modernisera sig i förhållande till teknologi och forskningsbaserad kunskap, effektivitet, kvalitet till det bästa för individen, som kan tyda på att språket från samhällsbilden som Vetlesen och Henriksen (2003) visar kring snabba omställningar, ögonblicklig tillfredställelse och flexibilitet, sprider sig in i hälsosektorn. *Organisatoriska förändringar med påföljande evalueringar ska säkra mötet*, denna process ska leda till ett gott möte, det kan likna den beroendeförflyttning från de fasta existentiella grundlag till en tillfälligt uppbyggd beroendeform. Organisatoriska förändringar, som det sätts stor tro till kanske kan skapa fundament till att stå för kontraktbildning, att kontraktet som formellt kan ta överhand över den moraliska dimension.

Om man frågar de som arbetar på sjukhus varför de valt att vara där, har jag svårt att tro att det är för att organisationen säger det. Men att aktivt dra in evaluering som språkform kan skapa en tro, en tro om att systemet är på rätt väg relaterat till det som kan evalueras och förklaras, men evaluering kan också skapa en betraktande position att förhålla sig till hur mötespunkten fungerar.

Vetlesen och Henriksen (2003) pekar på att deltagande position är viktig relaterad till moraliska ställningstaganden, det är i den sociala världen vi kan erfara vad som är moraliskt viktigt. Och Christoffersen (1997) påpekar att i dagens samhällsstruktur står naturvetenskaplig kunskapssyn starkt och den fungerar väl på vissa livsområden men mindre bra för legitimeringen av att förstå sociala och kulturella strukturer. Evalueringar kanske då kan bilda förutsättningar att återskapa en social värld att förstå, men då beroende på, vad och hur evalueringar baserar sig.

Målet och principen för att organisera sig internt innanför sjukhus är i NOU 1997:2, *ökt verdiskapning. Personalets tid og ressurser bør i størst mulig grad settes inn i pasientrettet arbeid. Målet må være å redusere tidsbruken på alt som ikke direkte tjener pasienten.*

Via St.meld.nr.26(1999-2000) hänvisas det även till att professionsutövarna består traditionsrika perspektiv, men det är nu dags för utveckling av den som ska möta den mer aktiverade brukaren. Ledningsperspektivet ges språklig legitimitet att knyta personalen till mötespunkten, den betraktande deltagande position får förtroendet. Men, vad kan bedömma tid? Vilken tidsförbrukning är det som inte är till ett gode för patienten? Att det är den sårbara som ges den största uppmärksamhet ger dock moralisk rationell anknytning.

Via *Pasientrettighetsloven* Ot.prp.nr 12(1998-99) görs en uppjustering av patientens rättigheter här vill man nu förstärka patientens position i mötet med hälsosektorn, öka dens kunskap om sina rättigheter samt ge ett underlag för förbättrad brukarservice. Det påpekas också i lagen att rättsliggörande kan verka i negativ riktning så till vida att själva patientbehandlingen ställs i bakgrunden. Vetlesen och Henriksen (2003) visar att rättigheter har en instrumentalitet över sig, som kontraktsskapande, den har ett behov för ett medel för att nå det egentligen givna målet. Det kan då kanske skapa situationer där man som patient hävdar sin rätt till hjälp relaterad till sina rättsliga rättigheter istället för till sin rätt som människa i sårbarhet. Eller att mötespunkten blir ett medel för att nå målet, alla sjuka ska få sina rättigheter igenom, och därför finns mötespunkten, det döljer då kanhända det moraliska mål, att få hjälp på grund av ett existentiellt grundvillkor vid människan som beroende av hjälp i en sårbar situation, och rättigheter via lag om att få hjälp kan då skapa en språklig distansering.

I texten ses att det är patientens behov, integritet och autonomi som ska tas tillvara, men lagförslaget visar en förändring i själva definitionen av begreppet patient. I WHO's Europadeklaration anges; *user of health care services, whether healthy or sick* och lagförslaget definition; *med pasient menes en person som gis eller tilbys helsehjelp*. Här finns en skillnad, WHO förväntar sig en användare som är frisk eller sjuk, medan lagförslaget förväntar en som ska ges hälsohjäl, det kan vara en indikation på att språkligt distansera sig från det som är sjukt och rikta sig mot hälsa, som kanske friskt?

Patienten ges också rättighet att välja var mötespunkten ska finna plats genom *fritt sykehusvalg*. Det heter fortfarande patient men det sätts till en språklig aktiv process till den sårbara människan, att aktivt välja var mötet ska föregå. Där Vetlesen och Henriksen (2003) beskriver de mänskliga existentiella grundvillkoren, som en passiv process, av beroendeskap, tomhet, relationers skörhet i kontakt med kris. Men det är då kanske inte en kris att vara sjuk om individen tilldelas en aktiv, viljestyrd funktion innanför begreppet helse?

Som jag pekade på tidigare i detta summerande avsnitt önskades ökat värdeskapande via den interna organiseringen, i St.meld.nr. 26(1999-2000) *Verdier for den norske helsetenesta*, visar sig värde som grundläggande premisser som ska genomlysas hela den uppgraderingsprocess som hälsotjänsten nu står i. Nu ska man inte mista *det egentlige målet med og inhaldet i helsetenesta*, de fundamentala värdena ska systematiskt värderas i förhållande till nya styrningsfunktioner. Men i den samma stortingsmelding ställs ett parallellt värde; *å nytte dei tilgjengelige ressursane slik at ein får størst mogeleg effekt av dei. Det er ein verdi i seg sjölv....*det bildar en språkform där värde, som begreppsord tilldelas två tolkningsmöjligheter. Mötet ska utgöras av kärleken till den nästa (nestekjaerlighet) i osjälviskhet, för det är många som känner sig maktlösa men omfattande evalueringar ska säkra oönskade värdebortfall i mötespunkten, Vetlesen och Henriksen (2003) diskuterar hur dagens samhällsbild med övervikt på ekonomisk tankementalitet skapar dåliga förutsättningar för individen att handtera livskriser, om det existentiella fallet som kris kan starta, isåfall ökar oro, ångest relaterad till sin sårbarhet så borde problemet kanske identifieras också utanför den centrala del av mötespunkten.

Maktlösheten kan vara påverkad av situationen som sådan, att vara sårbar och beroende i en samhällsbild uppbyggd av aktiva väljare, förstärker kanske en passivitet i sig, men frågan är då om det är mötespunkten som framkallar den passiviteten, om det är en naturlighet vid livet som sårbar, eller en rådande samhällsbild? Vad är individen maktlös till?

I dokumentet ställs samtidigt en önskan om resultat inom en viss ram, mellan upplevd trygghet till ökad livslängd i ett välfärdsperspektiv, men detta ska göras innanför beviljade resurser och tilldelade ramar för tjänsten, det är viktigt att ledare och personal har förståelse för detta och driver det hela effektivt. Det politiska språket anger att mötespunkten kan vara svår för all involverad personal som ska förvalta motstridiga problemställningar men att ledare i systemet har fullt förtroende för att lotsa vidare.

Här kan det uppstå en distansering från den moraliska meningsuppbyggnad, Vetlesen och Henriksen (2003) och även Christoffersen (1997) anger att detta bäst sker med huvud och kropp samlade innanför området som ska bilda mening, en erfarenhetsbildande mening. *Handlingene må være i samsvar med interessene til den andre og det primære målet for helsetenesta er styrking av menneskeverdet.*

Ett problem med moraliskt ställningstagande förklarar Vetlesen och Henriksen (2003) är att fatta beslut med moralisk anknytning som inte är baserade på erfarenhet av området. För politiker som inte upplevt sjukdom, sårbarhet eller ej varit den som utövar omsorg och facklig

kunskap i mötespunkten kan det bli dennes betraktande position som ska ta ställning i moraliska frågor. Det kan tänkas vedertaget att på andra nivåer utanför den centrala mötespunkten ska man inte behöva använda empatiskt grundlag i dilemman. Ofta kan jag läsa och höra om; - att som politiker kan jag inte gå in på, eller diskutera enskilda situationer, det kan se ut som att språkligt röra sig innanför beslut av moralisk anknytning påkräver distansering? Men om det är en medvetenhet att det skapar ett dilemma för de som ska utöva den tilltänkta tjänstepositionen i mötespunkten, så kan det ju klassas som en amoraliserande riktning, där det språkligt bildas en omkörning utanför den moraliska centrala mötespunkten?

Verdigrunnlaget står sin pröve i mötet mellom den enskilde pasienten og helsearbeideren, det betraktende språk ser ut att språkligt låsa in det fundamentala värdegrunnlaget i hälsoarbetaren och sen vända den ryggen genom sin medvetenhet om att det kommer att bli en tuff uppgift att ro iland mötespunkten på de premisser som förs in i hälsosektorn.

En eventuell språklig säkring till den etiska och moraliska handtering är att det upprättas klinisk-etiska kommittéer på de enskilda sjukhus, det kan bilda en språklig trygghet till mötespunkten, den får uppmärksamhet, men då på grund av att det först finns en medvetenhet kring att mötet kan bli vanskligt. Det gör ju också att ett etiskt dilemma först måste uppstå, att det kanske finns en tanke om att moralisk aktion innanför mötespunkten inte håller?

Att dilemman som uppstått då ska fraktas till kommittéen för att betrakta den och sen föra den tillbaka, som lösgjord från sin praktiska kontext. Och att det kanske bildar en moralisk språklig trygghet till att mötespunktens handlingsrum på så vis uppmärksammas och att den får en tilltänkt stötdämpande moralisk funktion för sjukhusen?

Men det tas fram fler moment för att **säkra mötespunkten**, i St.meld. nr. 26 (1999-2000)

Verdier for den norske helsetenesta ska det helhetliga menneskoverde ligga till grund for all kommande evaluering.

Ot.prp.nr. 66(2000-2001) lagen om helseforetak, begreppet helse kommer in oftare i språket, sjukhus har nu blivit helseforetak, det kan ju tolkas som både närmande och distanserande av moralisk rationalitetsform. Närmande på så vis att sjukdom kan ingå i bilden av människovärdet, att helse betyder att av och till vara sjuk med ändå vid god hälsa.

Eller helse kan bli distanserande, vi menar att de flesta bör vara hälsosamma så att helseforetaken kan fungera utifrån LEON-principen, som kom in i bilden 1997, att mötespunkten kanske helst sker utanför sjukhuset/helseforetaget i distrikthelsetjenesten?

2002; helseforetakeren blev nu ägda av staten, men som självständiga rättssubjekter, målet nu är att skapa ett helhetligt organisatoriskt ansvarsområde inom en övergång från förvaltande till företagsbaserad organisering, moderniseringen ska ske med rationaliserad resursförvaltning. Vilken rationaliseringsform ska då bli rådande, här ställer sig ett vägskäl, vilken väg tar det, ska systemet ställas i balans eller obalans? Nu ska ansvaret för egen drift stärkas, ansvar är bra, det kallar på ett engagement, så vad är det som det ska engageras i?

Det fundamentala värdegrundlaget är lagt permanent, det ska då kanske representera en stabil punkt som Vetlesen och Henriksen (2003) menar är viktig i moraliskt upprätthållande, men de pekar också på en rådande omslagshastighet i samhället, allt kan förändras så även värdeföreställningar, det kan då bildas en språklig obalans om flera värdebegrepp får gå in och söka efter auktoritär position. Värde kan innanför språkramen ses som fundamentala men även kopplade till ett organiserat värde.

Grundpremisserna i Ot.prp.nr. 26, baseras på; *förståelse och respekt* för den enskilde individ, *tillgänglighet* till hälsotjänster, politisk styrning för att *säkra nationella välfärdpolitiska mål* och norsk hälsosektor som ett *trygghetskapande* element. Mötespunkten ska representeras av krav på hälsopersonal att patienten ska uppleva värdighet, diskretion och medmänsklighet. Men i detta politiska dokument trycks det språkligt på flera knappar samtidigt för hälsosektorn har ett behov av att förminska sig relaterad till konstant utgiftsökning, låg behandlingsskapacitet, dålig tillgång och dåligt resursutnyttjande. För att komma till rätta med situationen önskas förbättrad omställning och förstärkt brukarposition. Ledning ges stark position, som anförare av processen, det ska effektiviseras och det ekonomiska ansvaret framhävas. Vetlesen och Henriksen (2003) påpekar att moraliskt upprätthållande har behov för ett engagement och det kan se ut som att den politiska språkram har tänkt sig en engagerande punkt för i startfasen av Ot.prp.nr.66 och efterföljande period, som också kallas Sykehusreformen, önskades en evaluering av ett kanske förutbestämt tilltänkt utfall.

Resultatevalueringen av tiden från starten 2002 fram till 2007 skulle då svara på om Sykehusreformen fått den effekt som är önskad, frågan var har det blivit något bättre relaterat till de överordnade hälsopolitiska målen. Målen som önskas evaluerade var aktivitet, tillgänglighet, effektivitet, brukarmedverkan och arbetsmiljö, detta skulle göras forskningsbaserat. Här kan jag stoppa lite; för vilken typ av forskning är den engagerande punkt, det är registrerade data från reformperiodens start.

Registrerade data? I förhållande till aktivitet, tillgänglighet? Vilka komponenter är då viktiga;

DRG (diagnosRelateradeGrupper) antal sjukhusuppehåll, liggetid och produktiv framgång relaterad till de ekonomiska ramarna, som pengar. Men Norges Forskningsråd påpekar problemet med att de fyra grundpremisserna i reformperioden inte fått likvärdig uppmärksamhet, respekt och förståelse samt det trygghetskapande elementet finns inte representerade i den evaluerande efterfrågan från Helse- og Omsorgsdepartementet. (Resultatevalueringen, 2007).

I NOU 1997:2 och St.meld.nr.26 är mötet med den unika individ ett genomgående språk, men vid resultatevalueringen kan mötet språkligt omgjorts till aktivitet och tillgänglighet, som då ger en objektiv, språklig distansering från ursrungspositionen. Då aktivitet och tillgänglighet mäts via DRG, uppehåll på sjukhus och liggetid ger det en övervikt mot ekonomisk handtering av det som kanske i utgångspunkten var mötet med den unika individ, där sårbarheten finns?

I tidsperioden 1997-2007, som jag analyserar, visas en språkram, som kanske i starten lägger sig intill det som kan liknas en förstående insikt till människovärdet, där de mänskliga existentiella grundvillkor kan placeras, det markerades i St.meld.nr.26(1999-2000) *Verdier for den norske helsetenesta* om omfattande evalueringar för att inte mista de fundamentala värden, som är grundläggande för hälsosektorn, ur syne.

Som både Vetlesen och Henriksen (2003) och Christoffersen (1997) påpekar blir moralisk meningsbildning utan kraft när den ska förklaras utifrån mätbara data. Har det då valts den "tidsriktiga" evaluering relaterad till ett naturvetenskapligt, positivistiskt mönster som skapar sanning genom objektivitet. Gilje och Grimen (1993) pekar på att innanför denna åskådarposition krävs objektiva data och distanserad position, uppmärksamheten riktas mot ett objektiva mål där subjektiva uttryck blir meningslösa.

Tidsperioden före sykehusreformens start 1997-2001, ter sig balanserad, då den språkligt uppmärksammar människovärde, respekt, förståelse och individens behov men står även innanför en ökad språkligt kring förändring, flexibelt resursutnyttjande av hälsopersonal, önskad framhävnin g av begreppet ekonomi, som utgift.

Den senare hälften av tidsperioden 2002-2007,, från Sykehusreformens startfas fram till evaluering kan se ut att få en obalans till ekonomisk rationalitets fördel, även fast Norges Forskningsråd (2007) påpekar denna obalans, men den påpekan kan bara återupprätta obalansen om den ges uppmärksamhet och det påkräver enligt Vetlesen och Henriksen (2003) ett deltagande engagement relaterad till individen som existentiellt sårbar, och då en

evaluering av respekt och förståelse samt det trygghetsskapande element.

Men själva mötespunkten på sjukhus kan häfta sig till principen LEON, som kan tolkas som ett medel att nå ett objektiva mål; om att mötespunkten på sjukhuset önskas förkortad eller utebli? Intensifieringen kring dagbehandling, som resultatevalueringen (2007) visar till, kan i samspel med LEON-principen skapa en objektiv drivkraft till att sträva efter förkortad tid för mötespunkten. Det kan då i relation till att undvika ökade kostnader för sjukhuset och övergång till hälsa istället för sjukdom, språkmässigt ge målriktning och strävan för att politisk språkram siktar mot att förminska kontakt med det som är sjukt, individens sårbarhet? Men denna tolkning kan kanske döljas av en påverkan från den ekonomiska rationalitetsform i den övriga samhällsbilden, den kan överskuggas av en moralisk surrogatbild, att tro och strävan för effektivisering blir det som kan förstås som moraliskt?

4.0 Norsk hälsoorganisatorisk dialogbild 1997-2007.

“...en dag slutar plötsligt mitt hjärta att slå. Jag är en hårsån från att inte klara mig. Upplevelsen av att livet – just mitt liv – är fundamentalt skört skakar mig. Insikten om att hinnan till döden är så oerhört tunn är hotfull i sin sakliga brutalitet. Att under en period vara helt hjälplös, beroende och utlämnad åt andra människors omsorg öppnade mina ögon.” (Wikström 2006:15).

När jag går in i den hälsoorganisatoriska dialogbild bildar den arenan som kan vidareföra den hälsopolitiska språkram. Ramen visade en tendens till att språkligt förkorta mötespunkten, och kanske distansera sig från sjukt till fördel för hälsa. Ramen visade också att respekten och förståelsen för det helhetliga människovärdet ligger permanent, och att den genom kontinuerlig evaluerande uppmärksamhet ska göras verklig. Men språkramen visade även att det finns en annan konkurrerande språkförklaring relaterad till utgiftsökning, som genom resultatevalueringen (2007) kan markera en obalanserad tendens mellan moralisk och ekonomisk rationalitetsform. I slutet av perioden ses även övergång till att mötespunkten blir mer objektivt betonad, den förklaras som aktivitet och produktivitet, via DRG, liggetid och sjukhusuppehåll, samt att ökad värdeskapning ses som viktig, där värde som begrepp tilldelats flera förankringspunkter.

Vidare in mot den centrala mötespunkten vill jag nu försöka förstå den hälsoorganisatoriska dialogbild, kan den skapa balans i spänningen mellan moralisk och ekonomisk rationalitetsform? Mötespunkten fokuseras nu mot hur den formas och formningen av utövande position. Organisering och ledning, gavs förtroendetrymme i den hälsopolitisk språkramen, vad förmedlar den vidare?

4.1 Där mötespunkten bor i neutraliserad praktisk verklighet

Rövik (2007) visar till en ideologisk virusvåg av tro på en organiserad tillvaro av verksamheter som de senaste hundra åren sökt etablering via organisationsteori, från USA för

att senare erövra resten av världen via en opprättad marknad för organisatoriska ideér känd som ” *A management theory industry.*” (s.64, samma ställe), den levereras av välrenomerade handelshögskolor och konsultfirmor med organiserad verksamhet som mål.

Även Skandinavien har nåtts av budskapet, den universella föreställningen skapar en efterfårgan på organisatoriska recept, som en självuppfyllande profetia för modernisering. I den organiserade tillvaro kan all verksamhet göras lika, företag, föreningar, alla verksamheter kan bär en universell systemlikhet, till trots för sin totala olikhet på den praktiska, konkreta nivån. Universell formering skapas genom en negligeringsakt, transformering, specifikt abstrahering, som innebär att man, *“systematisk ser bort fra det konkrete virksomhetsspesifikke nivået der virksomheter fremstår som ulike, og i stedet rendyrker en abstrakt, generell og felles systemidé... “ Vad kan då abstraheras? ” “Ufattelig mye faktisk, konkret variasjon mellom virksomheter oppheves og blir borte når de omtales som organisasjoner.”* (båda citat, s. 67, samma ställe).

En av-materialisering via starkt förenklat organisationsspråk, en komplex fysisk-materiell mångfald transformeras språkligt till tomma begrepp. Genom att döpa om den fysiska verkligheten, som representerar olikheten hos organiserade verksamheter till; processer, formella strukturer och teknologi, så bländas organisationen för den unika verklighet, den görs enkel och manövrerbar. Omdöpning är en egen process, som Røvik kallar translation. (samma ställe).

Sørhaug pekar också på en social blindhet, som ingrediens i den organisatoriska föreställningen där möjligheter att via organisatoriskt språkbruk reducera människor och även natur till manövrerbara objekt med namnet resurser. (2004:149).

Enligt Røvik(2007) är den organisatoriska frälsningen i det närmaste total, med det menar han att smittoeffekten inte stannar inom bara det som är en tilltänkt organisation, spridningen tar ingen hänsyn, den går via media, TV, tidningar, kurser, utbildningar. Ett begrepp som dykt upp igen, pragmatismen, som pragmatisk institutionalism i den organiserade verksamheten. En social-konstruktiv identitet häftar sig till organiserad verksamhet, de stöps lika, och via självuppfyllande profetia om att är vi organiserade ”så är vi med i gänget”, det smittar genom samhällsstrukturer. (samma ställe.)

4.2 Det universella system, resultat en pragmatisk företagsidentitet

Reform och omställning i offentlig sektor har duggat tätt sen början på 1980talet, drömmen om modernisering och en föreställning om succé och framgång har drabbat den västliga världen. Ett reformgrepp tar ofta uttryck som ett projekt för stärkt resultat- och brukarorientering och för bättre hushållning med knappa offentliga resurser. Han menar dock vidare att resultatstyrning är ett ingrepp av organisatorisk föreställning om systemlikhet, universellt system, där identifikation av 3 steg markerar föreställningen om att vara en resultatenhet. Identitetsformen bildar en social konstruktion bestående av; självständig enhet med klara gränser; en hierarki med tydlig ledningsprofil där ledaren har ett legitimitetsansvar utåt för produkter och tjänster, samt ett auktoritärt centrum internt för kontroll och styrning. Varje resultatenhet ska genomsyras av rationalitet, klara mål tydlig, detaljerad budget och ekonomistyrningssystem, samt innehålla lokalt utformad personalpolitik och personaladministrativa rutiner och system. (Rövik, 2007:92-99).

Via en verklig mötespunkt, som återberättats i denna studies temadel (s.1), finns en ingång till den interna organisering i ett norskt helseforetak.

Muusmann Research & Consulting (2007), fick som uppdrag att evaluera prehospital division på Ullevåls universitetssykehus HF efter mötet i Sofienbergparken 2007, för att hitta möjliga orsaker kring den aktuella mötespunkten. En av konklusionerna blev att det de sista åren varit övervägande fokus på; *”medisinske og redningstekniske samt kapasitetsmessige og effektiviseringsmessige forhold. Slik Muusmann vurderer det har det imidlertid i meget mindre grad vært fokusert på forhold knyttet til kultur, holdninger og adferd.”*

(s.9, samma ställe).

Men Muusmann påpekar att liknande ”balansproblem” kan identifieras i de flesta delar av specialisthelsetjenesten. (2007:14). Utvärderingen visar också att Ullevål HF har ett värdegrundlag, som dock inte är operationaliserat i den direkta utövningen som de anställda bör handtera i det dagliga arbetet. Det poängteras också att divisionen bör *”identifisere og forebygge holdningsslitasje. Med holdningsslitasje mener vi her når man i før høy grad katalogiserer sine erfaringer ift enkelte grupper man møter i sitt yrke og dermed ikke vurderer hvert tilfelle unikt i her og nå situasjon.”* (s.10, samma ställe).

Ramsdal och Skorstad visar till att organisation och den praktiska kontext är sammanlänkade via tankegång om att organisatoriska grepp kan styra den operativa nivå. (2004:23).

Vilket kan peka på ett, kanhända, generellt problemområde för specialisthelsetjenesten, vad

som är värdegrundlaget, hur det upprätthålls, var det upprätthålls och svårigheten med att handskas med värdeparametrar i den organiserade verksamhet? Eller i klartext, det *helhetlige menneskeverd* skulle aldrig mistas av syne, det ska enligt den norska hälsopolitiska språkramen ligga permanent.

4.3 Från sykehus till helseforetak, en produktion?

Den nya identitet som framträder via reformperioden i tiden 2002, är begreppet Helseforetak, sjukhuset har blivit en avknoppad egen enhet under det Regionala Helseforetaket, ett självständigt rättssubjekt med ett ledarperspektiv, som visar till en tydlig ledarprofilering med stöd i företagsorganisering, till den nödvändiga ledningsauktoriteten inåt i verksamheten. Men den pekar också på att helseforetak behöver bli medvetna om vad de faktiskt håller på med; *“Det er for lite bevissthet om innsatsfaktoren kapital i sykehus i dag.”... “En foretaksorganisering med bruk av prinsippene i regnskapsloven vil inspirere til langt mer bevisste holdninger om bruken av ressursen kapital.”* (Ot.prp. nr 66(2000-2001)).

Ett företag är då känt för att producera det ena eller det andra, vad är det som produceras på ett helseforetak?

Inom sjukhus så är det tjänsteproduktion, för att kunna producera tjänster så krävs resurser, medarbetare. Det är i denna transformationsprocess, som organisationen skapar värden genom att resursen medarbetaren får fram den färdiga tjänsten till ett tilltänkt resultat. Denna värdeuppehållande transformationsprocess är då inget annat än människor som använder sig av redskap för att lösa en uppgift. Det som blir organisationsteoretiskt intressant är då hur dessa människor kan utföra den tjänsteproduktion som är önskvärd, det centrala i organisationsteoretisk synvinkel är då de arbetande människors attityd. För att komma vidare med resursens attityd, vad den menar och tror, hur de värderar och hur den gör, så har organisationen behov för ledningsperspektivet. (Jacobsen och Thorsvik, 2007).

Företag ska då alltså producera, det finns då varuproduktion och tjänsteproduktion, varuproduktion är att skapa något fysiskt, något man kan ta och se på, men det är något mer, den här produktionsformen innebär liten kontaktyta mellan människor, mellan den som producerar varan och den som är i behov av varan är det oftast liten mänsklig kontakt. Inom tjänsteproduktion är det just den mänskliga kontakten som blir kännetecknet, ansikte mot

ansikte. Varor produceras oftast av maskiner, det är ofta ett rutinartat uppdrag där en fast mall med rutiner och regler fastslår hur produktionen ska fortlöpa, uppgifterna ska lösas på ett liknande sätt från gång till gång, vilket förutsätter att uppgifterna inom produktionen är så lik som möjligt över tid. Tjänsteproduktion däremot är beroende av sitt unikum mellan resurs och mottagare på grund av sin position i både kunskap och emotion. (Jakobsen och Thorsvik, 2007).

ISF (Insatsstyrt finansiering) infördes i Norge 1 juli 1997, orsaken till införandet låg i en obalans mellan befolkningens förväntningar och vad som var kapacitetmässigt möjligt att utföra, sjukhusköer hade blivit ett problem. Den individ som var i behov av hjälp fick inte den tilltänkta tillgången till hjälpen. (Vike, 2002).

Det finns också en diskussion om att befolkningen lägger sin tro på hälsosektorn, hälsa har blivit livets högsta värde och man går till doktorn för minsta lilla olycklighet. Hälsosektorn blir på så vis en förvaltare av den totala livslycka, men utan kunskap till att garantera denna lycka, vilket kan skapa frustration hos folk då hälsosektorn inte klarar att ta bort plågan. Det skapar passivitet och beroende hos befolkningen och en ökad efterfrågan på hjälp, hälsosektorn har låtit detta ske och det görs en stor insats för människor och samhället, men befolkningen bör inte få intryck av att hälsosektorn har medicin mot allt. (Arntzen 2007:28-30).

Bakom ISF införingen låg en tanke om att det fanns utrymme för att öka behandlingstakten, systemet som är till för att hjälpa den sårbara individ var alltså inte till fullo utnyttjad, insatsen för den i behov av hjälp skulle intensifieras. För att skapa kontroll på behandlingsaktiviteten påkrävdes ett set med mätbara fakta relaterade till hur stor insats av sjukhusets resurser som används för varje konkret mötespunkt. DRG (Diagnosrelaterade grupper) är ett klassificeringssystem, som ska bilda en uppfattning om vad olika patienter och behandlingar kostar för ett sjukhus. Det hjälper till att hålla ordning på hur stor insatsen är för olika diagnoser, ett system som verifierar övergripande till objektiverade data, utan hänsyn till den subjektiva upplevelse som sjukdomens lidande orsakar, eller hur individen möts existentiellt i den aktiva mötespunkten. (Vike 2002:102)

En överläkare beskriver hur ISF fokuseringen lägger ett tryck på handlande praktisk nivå, som från en sida kan skapa effektivitet, men det kan även skapa problem i mötespunkten på grund av intensifieringen, "*...pasienter som føler at de ikke fått god behandling (...)* den biten

(omsorg) ryker først. Det kan hende at pasienten må ligge å ringe på en time før sjukepleieren har tid til å komme in med et bekket – og da har pasienten tisset på seg. (...) Sjukehusets primære oppgave er effektivitet. Å behandle flest mulig pasienter.” (s.110, samma ställe).

4.4 Diskursivt transparent grundlag

Att införa ISF till ett institutionellt system innebär inte bara att det skapar ett mätbart grepp att fästa sina mätbara insatser till, det har också skapat en entydig struktur för ledning att ingå en ny typ av relation till de anställda som arbetar centralt i mötespunkten. ISF har inneburit att de verksamheter som bäst kan handtera den budgetstyringen, och som ”producerar flest DRG” (det nya sjukhusspråk, egen anmärkning), får bättre arbetspositionering i förhållande till, till exempel kurser, eller andra fördelar inom den kliniska verksamheten.

I samma tidsperiod som ISF kom till sjukhusen ändrades också ledningsstrukturen via decentralisering och ansvaret för den kliniska verksamheten flyttades ner i systemet och på så vis ansvarliggjordes även avdelningsnivån, som delaktig i produktionen. Den administrativa ledning har nu kommit närmare den utövande mötesnivå där norsk sjukskötersketjänst är aktiv, och inte bara närmare i fysisk term, men än viktigare i språk och dialog.

Vike presenterar att detta fenomen skapar en språklig öppenhet mellan nivåerna innanför en klinik, men att det påkrävs goda ledare för att få det hela att gå åt rätt håll. (2002:131-134).

Den organisatoriska nivå som ett helseforetak utgör står innanför en struktur som nu självständigt ska tillhandahålla den politiska välfärdsutopi som i den praktiska verklighet utspelar sig till ett dilemma mellan ekonomisk lönsamhet och universella hälsotjänster. De översta hierarkiska nivåerna ges möjlighet att skapa sin kunskapsbild utifrån en distans till mötespunkten, där utövare står ansikte mot ansikte, och kan på det viset definera dilemman som uppstår i mötespunkten, som ett praktiskt styringsproblem, samt att det är ett problem som involverar otillräcklig individuell etik. (samma ställe).

Som Vike beskriver den uppkomna situationen i och med införandet av ISF och DRG, skapar dessa termer helseforetakets produktiva ryggrad, den är medskapande i ett förnyat värdekretslopp innanför sjukhuset. Den medicinska behandlingen ges ett värdeproduktivt ansikte utåt samt att den intagit en kontraktsskapande karaktär. Norsk sjukskötersketjänst däremot är inte involverad i detta produktiva värdesystem, men som via omsorg står innanför ett annat subjektivt värdesystem, som saknar bytekapacitet innanför den nybildade strukturen,

den har en relationell karaktär. På det viset blir omsorg en dold handlingsaktivitet innanför sjukhus, men som fortgår kontinuerligt. (2002:113-116).

4.5 NPM organisatorisk omställning inkluderat “lean” och BPR

Vad är det som förändras i grundlaget för mötespunkten, mellan den unika individ och det norska sjukhus?

NPM (New Public Management) seglar som ett flaggskepp genom den nya tiden och för med sig ett hegemoniskt tänkande om hur den nya tiden ska handteras, fokus på ökat medvetande om kostnader och effektivisering, brukarperspektivet, införing av nya organisationsmodeller kännetecknade av resultatenheter, totalansvarsledning, målstyrning som viktigaste planläggningssystem och resultatevalueringsystem. Effektiviseringsprinciperna inom NPM riktar sig mot kostnadseffektivitet, att organisera produktion och tjänstutövning på billigaste sätt, och föremålseffektivitet, att utföra de rätta momenten för att verksamheten ska nå de uppsatta mål. NPM riktar sig mot att från organisatorisk nivå reglera och neutralisera krafter som skapar ineffektivitet i ett system. Det leder in på omställningar, omorganiseringar och jakten på de organisatoriska lösningarna är igång. Nu ska vi också vara “lean production”, jakten på slösandet, att få produkterna fortast igenom produktionen, problem i produktionen avkräver insyn, produktionsflyt står i centrum, processen och produktens flyt bestämmer sjukhusets innehåll. (Ramsdal och Skorstad, 2004).

Leanmodellen har fått genomslag inom norsk hälsotjänst anno 2004, på Rikshospitalet i Oslo har man lärt av “lean” från Toyota, bilindustri. Ökad tillgänglighet är en del av patienters upplevda kvalitet, väntetider och slösandet med hälsopersonalens tid kan skapa en upplevelse av dålig planläggning och är medskapande till irritation och nedsatt tillit till hälsohjälpen. *“Etter at hjertemedisinerne ved Rikshospitalet la om ”produksjonen”, har Rikshospitalet behandlet 54 prosent flere pasienter årlig. I tillegg til at antall behandlinger er økt, er innsatsen på laboratoriet doblet. –Vi fikk store resultater, men det var veldig krevende. Alle holdninger måtte endres, og hele avdelningen måtte marsjere i takt, forteller avdelningssjef.”* (Arntzen 2007:62).

4.5.1 Nyrationalism, vad ska bort?

Vad är det Ramsdal och Skorstad menar är inbakat i NPMideologin? Taylorismen ligger i bakvattnet men ändå i den nya tidstappningen, det är utövande nivå, som visar sig vara den kritiska punkt, här finns mycket att rensa i för den effektiva organiseringen. Och ledaren ges förtroendeposition för att på bästa sätt handtera processen.

“Den som styrer, skal ha full kontroll med det som foregår på operativt nivå. Den som styres skal følge ordrene blindt. Lokalt skjønn og egen erfaring skal koples ut, slik at ingen av delene forstyrrer det fastsatte arbeidsforløpet.” (2004:163).

Taylorismen menade att en prat, sluntra undan, en pause var av ondo för produktionen. Inom den tayloristiska ideologin ligger även standardiserings-momentet, på den gamla tiden var det arbetarens kroppsliga rörelsemönster som kunde effektiviseras. Författarna påpekar att effektivisering i sig inte är problematiskt men att då rationaliseringsåtgärder intar överordnad princip och när anständig behandling, respekt, tillit och lojalitet ställs i det dolda att problemen uppstår.

I denna organiseringsbild ligger det också inne att ledningsperspektivet förflyttar sig från ledning till styring för att få anställda att arbeta mål- och resultatriktat. Detta visar en ny idéström, som formar nutidens organisering, och bilden liknar den instrumentella och rationalistiska tanke mellan 1940-1970. (Ramsdal och Skorstad, 2004).

Nyrationalismen har tre kännetecken;

- En stark tro på att organisationer är möjliga att styra i kombination med top-down, ledaren tilldelas styringsredskap och intar en roll av ”pilot i cockpit”, där information samlas in för att skapa kunskapsgrundlag för vidare direktiv. Det är en distanserad roll från de som arbetar ”på golvet” men har en indirekt inverkan genom förändring på formella strukturer.
- Vetenskapsorientering, som också är en stark tro på vetenskaplig rationalitet, där tillvägagångssätt för implementering av balanserad målstyrning liknar det vetenskapliga experiment. Objektiva, kvantifierade data sammanställs för att om möjligt identifiera värdeskapande pådrivande element, samt hur dessa skall exploateras för att skapa än större värdeeffekt.
- En rationalistisk människosyn, en tro på att det går att omforma medarbetare via incentiver och belöningar. Samt att ledaren genom styrning kan påverka den anställdes produktionsinsats. (Rövik 2007:158-160).

Nästa organisatoriska inbrott, BPR (Business Process Reengineering) skapar utrymme för att detta är ett koncept som kan användas i vilken som helst organisation där det på något sätt utförs arbete. (Ramsdal och Skorstad, 2004).

BPR står för en fundamental förändring inom den organiserade verksamhet, ett nytänkande, uppmärksamheten läggs mot arbetsprocesserna, de ska utföras med mesta möjliga effektivitet för att säkra maximal värdeskapande effekt. Nu är det inte något litet pyssel med omorganiseringen, nu är det radikala grepp. Stopp med det gamla tänkandet!, omstart: börja från grunden med arbetsprocesserna i värdeskapningen; varför gör man det man gör, kan det göras bättre, mer effektivt, mer kundvänligt. (Rövik, 2007).

Det blir ett sammelsurium av olika organisatoriska lösningar, men vad är linjen i dessa? Uppmärksamheten ska hela tiden ligga på produkten och dess förädlingsprocess, allt det andra måste bort, det blir stökigt i systemet med onödig komplexitet och förseningar. Dessa organisatoriska grepp har en underliggande tanke om att kontrollen måste ökas på anställda, utrustning, byggnader och hur produktionsströmmen flyter. (Ramstad och Skorstad, 2004).

4.6 Produktion med kvalitet och kontroll

Kvalitet på en hälsotjänst kan upplevas genom tre dimensioner; dels via upplevelsen av kvalitet, via kunskapsinnehållet, via ledning och tillrättaläggning av hälsotjänsten.

Ledaren på alla nivåer inom ett helseforetak ska använda sig av internkontroll och kvalitetsstyrning för säkring och förbättring av tjänsterna och produkterna. Kärnprocess på en klinisk avdelning bör inte lämnas åt slumpen; *“Ved hjelp av sjekklister, prosedyrer, kjennskap til de aktuelle lovkravene, avviksbehandling, interne revisjoner, opplæring, kompetanse, hensiktsmessig resursbruk og brukermedvirkning skal tjenestene sikres god kvalitet.* (Arntzen, 2007:69).

En utav kärnprocesserna är patientbehandling, för att kärnprocesser ska förbättras kan det upprättas flytdiagram för att upprätthålla god praxis. En enkel poliklinisk kärnprocess i flytdiagram kan bli så här; patient kommer in, registreras, följs till rum, undersökning, får diagnos, behandling, går. Genom hela kärnprocessen krävs att ”faglig försvarlighet” är genomgående. Ledaren ska då tillrättalägga för den tilltänkta kvaliteten, såsom servicekvalitet och den yrkesverksamma kvalitet. Servicekvalitet innebär hälsopersonalens förmåga till empati för den unika individ och dess behov för tillpassad omsorg och behandling. Det kan då

vara vanskelig, men den gyllene moraliska regeln [Gör det mot andra det du vill att andra ska göra mot dig] kan vara en ledstjärna.(samma ställe).

Den yrkesverksamma kvalitet tilldelas ett större spänn, riktlinjer och vägledningarna är många och välviljan från hälsopersonalen är stor för att anamma dessa. På sykehuset Östfold HF har man etablerat behandlingslinjer, en behandlingslinje definieras som:

“...dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i faglig evidens og koplet til effektiv resursutnyttelse og målbare resultater.”

(Arntzen, 2007:63).

4.6.1 International Organization for Standardization, ISO

ISO standardisering innebär kvalitetsäkring av materialer, produkter, processer och tjänster via tekniska specifikationer och riktlinjer, för att uppnå önskad (eller pålagd) målsättning. USA och Japan utvecklade efter andra världskriget kvalitetsäkringssystem för att säkra att kunden fick de produkter och tjänster som var avtalade med leverantören. I Norge introducerades behovet för nationella standarder i samband med att olja och gas skulle utvinnas i Nordsjön. (Arntzen, 2007).

ISOstandard utarbetas på premisser anknutna till definierade behovsområden, och standarder som intressenten har efterfrågat. ISO 9000-serien blev reviderad år 2000 för att bli mer anpassad till tjänsteproducerande verksamheter, Systemet ska bidra till att ett flertal krav tillfredsställs, såsom kundkrav, verksamhetens krav och externa krav. Seriesystemet ska hjälpa till att hålla ordning innanför exempelvis helseforetaket;

“... og først og fremst sikre kontroll og styring av kjerneoppgavene...” (s.202, samma ställe).

“Helse Øst ønsker at kvalitetssystemet skal være et styringsverktøy for ledelsen på alle nivå, og at systemet omfatter alle administrative og helsefaglige områder.” (s.207, samma ställe).

Med certifikat och ackreditering innanför ISO, menas att det observerade området är godkänt som kvalitetsområde, det kan vara en verksamhet eller en person som uppnått kompetens nog till att utföra specifika uppgifter. (samma ställe).

4.6.2 Avvik

För att säkra kvalitet ska ledaren ha internkontroll och kvalitetssystemer så att hälsoarbetarna

får kunskap om, och följer alla aktuella lagar som reglerar den norska hälsotjänsten, det är förväntat från de norska hälsomyndigheterna. Att få kontroll över mötespunkten, där då både servicekvalitet och yrkesverksam kvalitet ska finnas i riktning för den sårbara individ, kräver en kanal in till den tjänsteproducerande nivå inom helseforetaket. Om mötespunkten utsätts för kvalitativa problem betecknas det som avvik. Avvik betyder brist på tillfredställande av ett krav, som i sin tur kan innefattas av brott mot lag, föreskrifter, verksamhetens egna krav, olycka, olyckshändelse. Avvikssystemet är reglerat via lag i föreskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Målsättningen är förbättring av verksamheten och att den samma avvikande händelse inte inträffar igen. (Arntzen, 2007).

Men det intressanta blir då igen, vad är det som inte innefattas av avvikssystemet?

Andra korrigeringar som inte går in under just avviksbegreppet kan vara förslag till förbättring, observationer, anmärkningar eller kommentarer, men;

“Det er ikke lovmessige krav til korrigerende og forebyggende tiltak knyttet til disse forbedringspunktene slik det er for avviksbehandling. Her er det opp til virksomheten selv å velge hvordan de vil følge opp.” (s.138, samma ställe).

“Avvik kan registreres på forskjellige måter, men det er viktig at de, uansett registreringsmåte, kanaliseres gjennom en felles behandlingsprosess. Det er likevel klart at jo mer standardisert avviksregistreringen er, jo større mulighet er det for å behandle dataene statistisk.” (s.24. Rapport fra Norsk Akkrediterings sektorkomité S9, 2002).

Utmaningen som Arntzen (2007) pekar på är att få alla som upptäcker avvik att registrera avvik och se till att stänga avviket ordentligt, genom att förslagsvis följa ett flytdiagram för avviksbehandling och förbättringsarbete, som finns utvecklat av en arbetsgrupp inom Helse Öst . (samma ställe).

Avvik är då en registrering av kvalitativa problem som redan uppstått, det är alltså någon som utfört en handling som skapade problem i mötespunkten, den är då självupplevd, självobserverad och självanmäld. Den som ska bevittna avviken och registrera är som Vike menar inlåst i ett dialogiskt dilemma, det är inte tillåtet att klaga offentligt, ansvaret trycks in i utövaren i den kliniska nivå. Förstalinje utövning innebär då att stå tillhanda för den kanal som politisk och organisatorisk nivå har behov av för den lagpålagna internkontrollen, inom förstalinjen ska det då i praktiken både utföras och ta ansvar för eventuella kritiska utfall, som i praktiken kan vara påförda från organiserad nivå. (Vike och Haukelien, 2007).

4.7 Den sårbara individ, en ny aktiv roll

Begreppet brukaren har kommit in i de organisatoriska systemen via NPM (New Public Management), den passiva roll, som tidigare utdelats till den i behov av hjälp genom paternalistisk attityd från utövande nivå, får via brukarbegreppet en ny aktiv roll.

Brukaren är en medveten, kritisk användare av de tjänster som helseforetaket producerar, rollen har förändrats till en konsumentliknande individ med ett medvetet uppsätt av behov. Och där helseforetaket får ”sträcka sig” för att leva upp till ”supermarknadsrollen”. (Ramsdal och Skorstad, 2004).

Via Sykehusreformen skulle det nu ges större utrymme för brukaren, brukarutvalg skulle etableras för att säkra brukarens röst. I Resultatevalueringen (2007) menar man att *“det finnes nå aktører i helsetjenesten som er bærere av en tenkning om betydningen av å lytte til brukerne...”* *“Disse aktørene er ikke bare brukere, men også ledere i helsetjenesten, både på regionalt og lokalt foretaksnivå.”* (s.116, samma ställe).

Konkluderande mening i evalueringen redogör för att det är upprättat organisatoriska kanaler för att brukaren kan komma till tals, men att den tenderar till att ha svag betydning för hur helseforetaket ska koppla brukarutvalg och den kliniska verksamheten. Samt att utvalgets arbete för hur helsetjenesten tar till sig brukarens meningar ses som liten i påverkande grad. Evalueringen ser det som ett viktigt arbete att den kliniska verksamheten ska handtera erfarenheterna från brukarutvalget. (samma ställe).

4.8 Summerande diskussion

Finns det moralisk mobilitet, eventuell obalans mellan ekonomisk rationalitet och moralisk rationalitet i mötespunkten på norska sjukhus genom tiden 1997-2007, som markerar Sykehusreformen?

- finns det tecken på att norsk hälsoorganisatorisk dialogbild distanserar sig?

Vetlesen och Henriksen (2003) påpekar att det moraliska elementet är beroende av de samhällseliga och kulturella ramar på sin sida för att hållas intakt över tid. Den sociala världen är människans moraliska läromiljö, hur vi förstår den och bygger upp den är avgörande för att människan ska utvecklas som moraliskt väsen.

Jag tänker mig då hälsoorganisatorisk nivå som en dialogbild för en social arena som

sjukhuset kan utgöra till trots för sin offentliga, professionaliserade organisering. Sjukhus är en miljö där det kontinuerligt är människor i omlopp av en eller annan orsak, det är en stor mänsklig samling runt det sårbara hos människan, sjukdom.

Rövik (2007) presenterar en generell bild av vad som sker via en trend inom organisationer, han visar till hur organiserade verksamheter av idag strävar efter en universalisering för att uppnå en moderniserad effekt. Den hälsopolitiska språkramen önskade ökat fokus på organisering och jag tänker då att det via Sykehusreformen och helseforetak omskapade sjukhus till den universella mall, som Rövik presenterar.

Om mötespunkten ska representera en social arena på sjukhuset så menar Rövik vidare att organisatorisk dialog handterar språkliga begrepp som neutraliserar och abstraherar den praktiska verklighet på just sin unika komplexitet. Det sker en avbländning av det som är det unika vid en verksamhet genom att döpa om dess fysiska verklighet till processer, formella strukturer, och Sörhaug (2004) ger en liknande bild av hur den sociala variation försvinner, på grund av att människor får objektstatus som resurs, men på sjukhus även patient och brukare. Den organisatoriska dialogbilden relaterat till mötespunkten kan då göras om till en; ”aktivitet mellan resurs och brukare”, vilket kan skapa ett distanserat och eventuellt neutralt engagement till vad som egentligen föregår i den praktiska kontext. Det kan då liknas att den görs tom och avdramatiserad via språket, men att det på organisatorisk nivå används vidare i en dialogbild in i systemet. Denna språkomläggning gör det komplexa till enkelt och kanske lättare att använda som dialogform innanför organiseringen.

Vetlesen och Henriksen (2003) visar till hur organiserade verksamheter kan inta en auktoritär position att bli passiviserad av, där jag som individ inte kan rå på systemet och istället ställs moraliskt likgiltig, Christoffersen (1997) påpekar att det är en frågeställning om vilket värderingsgrundlag som är vinnande i situationen, det är i betraktarens öga som den moraliska dimension uppstår. Samhällsbilden anges generellt vara grundad på ett naturvetenskapligt, positivistiskt grundlag, som Christoffersen ger uttryck för, och att denna position söker efter att distansera och neutralisera de subjektiva uttryck (Gilje och Grimen, 1993).

Här kan det finnas tre punkter som Vetlesen och Henriksen visar till som risk för att distanseras från den moraliska dimensionen; moralens chanser ligger i att *lära, utveckla och använda språket* för att få tillgång till den moraliska dimensionen av verkligheten. Att ta till sig en ny språkanvändning kan betraktas som risk och än större moralisk mobilitetsfara då den fysiska verklighet döps om till objektiva föremål för en eventuell förenkling i systemet.

Genom den universella spridning av organisationsideér kan också sjukhusets organisation bli matad med organisatoriska meningar som kanske uppstått i andra typer av organiserad verksamhet, som kan skapa ny meningsbildning och kanske dölja en original meningsbildning till varför det finns organiserade sjukhus. Eller att sjukhus kan besättas med annan professionskunskap, som kan påskynda den språkliga och dialogskapande distansering, beroende på hur man handterar originalmeningen med att det står sjukhus i Norge. Samt att huvud och kropp bör förenas för moral, den moraliska meningsuppbyggnaden grundas genom upplevelse i den praktiska kontext och teoretiskt grundlag, men om ledning på sjukhus skapar dialog genom det neutraliserade språk och en distanserad kropp så går det faktiskt att ifrågasätta huvud och kropp, som separerade för att förverkliga den moraliska uppbyggnad kring mötespunkten?

Jag vill försöka att klargöra detta närmare.

Då sjukhuset kanske finns på plats för att tillgodose de sårade som originalmening, samtidigt som Sykehusreformen 2002 öppnade för en ny uppmärksamhet relaterad till det som Røvik (2007) menar är den universella organisering. Det norska sjukhus blev både sykehus och helseforetak, som kan innebära att traditionellt perspektiv och ett modernt perspektiv blandas. Blandning är bra enligt Vetlesen och Henriksen (2003) men det är inte bra om den blandningen blir ensidig, både tradition och modernisering ska balanseras för att kunna föra den moraliska meningsuppbyggnad vidare.

Muusmann Research & Consulting (2007) visar till en verklig mötespunkt där det kan se ut som en övervikt mot ekonomisk rationalitet då medicinska, räddningstekniska, kapacitetmässiga och effektiviseringsmässiga förhållanden varit framträdande. Kultur, hållningar och attityd har i mycket mindre grad fått ett engagerat fokus, det kan kanske finnas en tanke om att dessa begrepp inte kan försvinna och då inte behöver uppmärksammas? Eller att det sätts en stor symbolisk förväntan till att traditionella perspektiv som människovärde ska uppstå av sig själv i den centrala mötespunkten? Eller att det kan finnas en organisatorisk anledning till att ta bort traditionella perspektiv?

Vetlesen och Henriksen (2003) menar att det är den sociala miljö som är läringpunkten för det moraliska upprätthållande. Ullevål HF har ett värdegrundlag som Muusmann påpekar dock inte är operationaliserat i den direkta aktiva mötespunkten.

Nu börjar det bli komplicerat, för sjukhus som företag ska då stå för en produktion, en värdeproduktion det kan då peka mot det som Vike (2002) förklarar kring ISF(InsatsStyrd

Finansiering) och DRG(Diagnos Relaterade Grupper), som skapar den nya produktiva ryggrad, ett förnyat värdekretslopp innanför sjukhuset. Språktermer som ISF och DRG ger också en distanserad objektiv dialog kring ett nyproduktivt värde på sjukhus. Men uppmärksamheten riktas också mot en tanke om att det föreligger outnyttjad kapacitet någonstans i systemet, att det är något som inte görs tillräckligt utnyttjat.

Muusmann Research & Consulting pekar på ett begrepp, *holdningsslitasje*, att man katalogiserar sina erfarenheter i förhållande till enskilda grupper man möter och inte värderar varje tillfälle unikt i här och nu situation.

Rövik (2007) visar att organisationer generellt är påverkade av NPM och nyrationalisering, och Ramsdal och Skorstad (2004) menar att norska sjukhus av idag visar den tendensen. Ledning ges stort utrymme till att styra operativ nivå och, *den som styres skall følge ordrene blindt. Lokalt skjønn og egen erfaring skal kopples ut, slik at ingen av delene forstyrrer det fastsatte arbeidsforløpet.*

Men nyrationalism visar också att ledning intar distanserad roll från operativ nivå via ”top-down”, handtering av objektiva data och kanske inkluderat det abstraherade språk till användning i den auktoritära styrning. Det kan se ut som att organisering som universiell uppbyggnad och stark förtroendeuppslutning kan skapa en språklig och dialogisk immunitet, som då inte kan kritiseras utifrån. Styringsprojektet som via nyrationalism riktas mot den utövande, ”abstraherade” nivå, kan skapa legitimitet till ”the top” att ta in näring för fortsatt uppbyggnad via det som är ”the management industry”. Universiella projekt kan dåligt utmanas utifrån och kan bygga ett paradigmiskt projekt där utmanade faktorer kan bli anomalier och förkastas, fortsatt uppbyggnad hänvisar sig då igen till den organisatoriska kunskap.

Genom styrning, språklig och dialogisk immunitet kan kanske en resultatenhet som helseforetak kan utgöra inta spridning av ett språk och dialog, som kanske inte samsvarar med det tidigare. Övergången till företagsbaserad via Sykehusreformen kan bjuda på moralisk mobilitet som omskapad social arena där alla involverade ska lära och utveckla en ny språkform? Styrning som generellt organisatoriskt begrepp ser ut att utelämna ömsesidigt deltagande och diskussion, som enligt Vetlesen och Henriksen (2003) var viktigt för att fullfölja den moraliska rationalitetsform.

NPM (New Public Management) pekar mot att neutralisera krafter som skapar ineffektivitet, krafterna ska riktas mot föremålseffektivitet, att utföra de rätta moment för att verksamheten

ska uppnå de uppsatta mål. Objektiva, kvantifierade data söks för att identifiera värdeskapande pådrivande element samt att nyrationalistisk ideologi söker exploatering kring dessa värdeskapande pådrivare för att uppnå än större värdeeffekt enligt Røvik (2007).

Det kan se ut som att det är många olika värdebegrepp som ska cirkulera i dialogen innanför helseforetak, men det kan ändå vara att en värdedrivare ges stor dialogskapande kraft relaterat till Resultatevalueringen av Sykehusreformen där objektiva mätvärden som aktivitet, individens uppehållstid på sjukhuset och kategorisering via DRGsystemet.

Det operationaliserade värdegrundlag för Ullevål HF kan då istället varit ett annat värdegrundlag som skapat dialogutrymme, det kan se ut som att sjukhus drivs kring iallafall två värdegrundlag, ett produktivt som väl synligt och ett upprätthållande, relationellt som då är dold men förväntas fungera aktivt men kanske utan den moraliska näringstillförsel som Vetlesen och Henriksen (2003) menar måste fortgå i den sociala läringssmiljö för att hålla sin riktning.

Är då norska sjukhus genom övergång till helseforetak en slags social miljö utan den moraliska rationalitets riktning och varifrån får den då sin moraliska näring?

I den centrala mötespunkten har sjukhus som organisation medarbetare som ska tillhandahålla respekt, trygghet och tillitskapning för sjukhuset för det är där människan i behov av hjälp värderar hur väl sjukhuset motsvarar en kanske utlovad universalistisk tanke.

Ramsdal och Skorstad (2004) problematiserar de konstanta organisatoriska förändringar som föregår inom norska sjukhus, den beskrivs som en jakt på slösandet, där produktionsflyt ställs i centrum som det viktiga för sjukhus att leva upp till. Lean-production är ett direktiv som skapat dialogbild innanför systemet (samma ställe) och Arntzen (2007) visar hur lean-production kan fungera på sjukhus för att få upp farten på det produktiva systemet. På en avdelning på Rikshospitalet i Oslo gjordes 2004 en omkorrigering mot "lean", *alle holdninger måtte endres, og hele avdelningen marsjere i takt.*

Det är ju intressant för som Muusmann Research & Consulting visade till 2007 så är det just *holdninger* som har försvunnit och att det för den aktuella mötespunkten kanske saknades och att de som arbetar i den centrala mötespunkten bör få insikt i detta problem och inte få slitage på sina attityder. Hur kan detta komma sig?

Det norska sjukhus gick 2002 över till företagsbaserad och blev då kanhända det som Røvik (2007) beskriver, universella enheter med fokus på resultat, sjukhusen upplevdes som ej till fullo utnyttjade. Var kommer den tanken ifrån, det kan se ut som att den är relaterad till låg

produktivitet eftersom det är den som önskas ökad.

“Lean-production”, som kommit in i dialogbilden har sitt ursprung från bilindustri, Jacobsen och Thorsvik (2007) beskriver hur företag arbetar för produktion och att det då finns varuproduktion och tjänsteproduktion. Varuproduktion är ofta rutinartad med fast mall av rutiner och regler som fastslår fortgång, uppgifterna ska lösas på liknande sätt från gång till gång och uppgifterna bör vara så lika som möjligt över tid. Men ska man få mötespunkten på sjukhus att likna uppgifter som är lika över tid, så krävs det kanske att man blundar för det unikum som oftast ingår i mötespunkten, sårbarhet representerad av en människa?

Rövik (2007) pekar på begreppet BPR(Business Process Reengineering), här ska man säkra maximal värdeskapning i arbetsprocesserna, det gamla tänkandet ska ut och ersättas med en nyuppbyggnad från grunden för effektivitet och kundvänlighet.

De moraliska förpliktelser är enligt Vetlesen och Henriksen (2003) uppbyggda av en djupare fenomenologisk position baserad på erfarenheter, den sociala miljö och stabilitet över tid, som de menar fått konkurrens av kontraktsmentalitet. Men om det nu stämmer att den organisatoriska dialog ges frihet att bygga upp sig kring ett nybildat system via NPM och “lean” och jakten på produktivitetsflyt så kan det se ut som att mötespunkten utmanas av det system som i själva verket önskar att just mötespunkten ska vara den ädla del i den trygghetsskapande organisationen.

Inne i den nyrationalistiska tankegång läggs uppmärksamheten på att något måste bort, nyrationalismen är som Ramsdal och Skorstad (2004) menar påverkad av taylorismen, det är den utövande nivå som är den kritiska punkt, tidigare i renodlad taylorism var det arbetarens rörelsemönster som skulle effektiviseras, men nyrationalismen ser mer ut till att önska styrning av utövaren genom att följa ledning och koppla ut *lokalt skjønn og egen erfaring, slik at ingen av delene forstyrrer det fastsatte arbeidsforløpet.*

Innanför denna organisationsform finns stark tro på; att organisationer är möjliga att styra genom distansering från den operativa nivå, att den vetenskapliga rationalitet genom sök efter objektiva, kvantifierade data och exploatering av dessa ger ökad värdeeffekt, och till rationalistisk människosyn – att ledaren genom styrning kan påverka arbetarens produktionsinsats via incentiver och belöningar, som omformande effekt.

Ska den lokala omdömmeskraft och egen erfarenhet bort?

Det kan ju se ut som att det är många fundament för vad sjukhus håller på med som har försvunnit eller dolts via övergången sykehus/helseforetak till ny universell organiseringsform. Den operativa nivå, eller den praktiska verklighet där mötespunkten är, ser ut att blivit

tömd på innehåll, neutraliserad språkmässigt, distanserad ledningsmässigt, och det kan se ut som det finns anledning att påpeka att den aktiva mötespunkten nu via styrning har behov för att utövaren inte längre är just utövare, men kanske utförare?

Om nu detta är ett troligt scenario, något måste ju finnas i denna tömda operativa nivå där mötespunkten är, vad är det organisatorisk dialogbild fyller den med? Ja hur ska vi få sjukhus att gå åt rätt håll? Ramsdal och Skorstad (2004) menar att uppmärksamheten ska ligga på produkten och dess förädlingsprocess, allt det andra måste bort. Via den norska hälsopolitiska språkram fick ledning och organisering ett stort förtroende för att vidareföra sjukhusets arbete. Arntzen (2007) beskriver hur det kan skapas förutsägbarhet i organisationen sjukhus, ledare på alla nivåer i helseforetak ska använda internkontroll och kvalitetsstyrning för att säkra och förbättra tjänster och produkter. Det finns då ett antal kärnprocesser, som till exempel patientbehandling, för att förbättra detta språkligt abstraherade begrepp, kan det användas flytdiagram. Ett flytdiagram kan stegvis förklara vad som ska göras då en patient ankommer sjukhuset, och hur den sårbara förflyttas genom systemet innan den kommer ut.

Via behandlingslinjer, kan den operativa nivå där mötespunkten föregår, få dokumenterad beskrivning av förväntat patientförlopp för en definerad diagnosgrupp, förankrad i evidens och kopplad till effektiv resursutnyttjande och mätbara resultat.

Här kan det se ut som det blir en förflyttning mot att patientbehandling blir objektgjord av både flytdiagram och behandlingslinjer, mötespunkten för den sårbara kan se distanserade ut, finns det utrymme här för att fokusera på det helhetliga människovärde som ligger permanent i systemet sjukhus via den politiska språkram?

Men det finns en kvalitet för att fånga upp eventuella existentiella "avspårningar" från flytdiagram och det är servicekvalitet, som innebär hälsopersonalens förmåga till empati för den unika individ och dess behov för tillpassad omsorg. Servicekvalitet? Är det service jag håller på med som sjuksköterska, om jag uttrycker empati och omsorg för en medmänniska? Jag känner inte helt igen mig i begreppet. Det påminner mer om butik, service är för mig något som kan ges utan att emotionellt beröras.

Service är något jag förknippar med isåfall varuproduktion och inte tjänsteproduktion, som Jacobsen och Thorsvik (2007) menar skapas genom ett unikum mellan resurs och mottagare byggd på kunskap och emotion. Varor produceras ofta genom en fast mall av rutiner och regler, uppgifterna ska lösas på ett liknande sätt från gång till gång, vilket förutsätter att uppgifterna är så lika som möjligt över tid.

Här kan det se ut som att det blivit en mixmatch av varu- och tjänsteproduktion, för ett

flytdiagram kan ju verka objektiverande och standardiserat, men för att komma nära den sårbara i mötespunkten kan den gyllene moraliska regeln; att göra det mot andra som du vill att andra ska göra mot dig.

Då har vi fått en bit av organisatorisk dialogbild till hur mötespunkten kan skapas men hur ser synen på den som ska mötas ut, den som jag valt att kalla sårbar.

Inne i studiens hälsoorganisatoriska tidsperiod påverkad av NPM framställs brukaren av Ramsdal och Skorstad (2004), som en aktiv roll, en medveten, kritisk användare av tjänster som helseforetaget producerar, en konsumentliknande individ med medvetet uppsatt av behov. Om jag vänder mig till individen i startcitaten (Wikström 2006) så kan jag inte spåra den aktiva konsumentroll, men ett medvetet uppsatt av behov relaterat till sin hjälplöshet och beroendeskap till andra människor, behovet liknar det behov som Vetlesen och Henriksen lägger i de grundläggande existentiella livsvillkoren; sårbarhet, relationers skörhet, beroende, död, existentiell tomhet.

Nu var ju människan i startcitaten en hårsman från att inte klara sig, kontakten med hinnan till döden beskrevs som tunn. Det öppnar kanske för att insikten till livets existentiella sida kräver en större kris, som kanske kan aktivera den passiva process hos individen av beroendet till andra människor, men en mindre sjuk, där existensen inte är hotad kan kanske bortse från sin passivitet och beroende till andra människor, och på så vis inta en aktiv, medveten roll som individen kanske känner igen och har skapat i sin konsumtionsroll innanför andra sociala miljöer i samhällsbilden?

Den aktiva brukaren, som inte är så beroende ser ut att lättare passa in i ett brukarsystem där kanske mötespunkten önskats förkortad. Men får inte brukaren vara beroende och visa sin sårbarhet? Det borde då finnas ett stort spänn innanför rollmönstret hos den sårbara, men mötespunkten på sjukhuset sätter ju kanske ändå individen i ett underläge till sin existens, att en sårad individ kanske automatiskt går in i en passivitet som en naturlighet vid det sårbara liv, kan det skapa problem om det förväntas en aktiv roll?

Men även om brukaren tilldelas en aktiv roll inom helseforetaget så visar Resultat-evalueringen från 2007 att den aktiva roll inte uppnått påverkande kraft på helseforetakets riktlinjer och speciellt inte på den kliniska verksamheten där mötespunktens centrum är.

Finns det då några organisatoriska kanaler in och ut från mötespunkten, hur ser dialogbilden ut här? Vike (2002) visar till ett transparent diskursivt grundlag, genom organisatorisk decentralisering har ansvaret för den kliniska verksamheten flyttats ner mot mötespunktens

centrum, vilket innebär att administrativ ledning kommer närmare utövare. Utövande nivå kan ansvarliggöras relaterad till produktionen och det kan skapas en språklig öppenhet, en dialogförbindelse till organisationen. Detta är bra och kan förstärka en moralisk position enligt Vetlesen och Henriksen, att säkra en kommunikation människor emellan i den sociala miljö är viktig, men den öppnar för ett osäkert moment, är det ömsesidigt erkännande mellan deltagarna? Vike indikerar att det är ledaren som ska få det hela att gå åt rätt håll.

Vilket håll är det?

Om utövande nivå ska få ta del av ansvaret i produktionen så kan det innebära att den transparenta diskurs blir en dialogbild relaterad till utgifter, effektivisering, omställningar, vilket kan vara troligt med tanke på hur dialogbilden visat sig hittills relaterat till styrning av anställda i mötespunkten. Men det kan å andra sidan öppna för ömsesidighet och deltagande.

Är det flera kanaler in till mötespunkten? Det finns en legitim organiserad kanal för eventuella problem i mötespunktens centrum, och det är avviksmeldningssystemet, avvik är när det uppstår en brist på tillfredsställelse av ett krav; brott mot lag, föreskrifter, verksamhetens egna krav, olycka eller olyckshändelse. Systemet är reglerat via lag relaterad till internkontroll av verksamheten. Desto mer standardiserad avviksregistreringen är desto större är chansen till att behandla data statistiskt.

Vike påpekar här att det är utövaren i mötespunkten som måste stå tillhanda för denna avviksdialog, och menar att utövande position blir inlåst i ett dialogiskt dilemma då problem i mötespunkten bara har en legitim kanal till organisationen, då det inte är tillåtet att klaga offentligt på problem innanför organisationen. Först linjeutövning innebär i praktiken att utföra och ta ansvar för eventuella kritiska utfall påförda från organiserad nivå. Detta kan visa på problem för moralisk uppbyggnad, huvud och kropp ska vara förenade för moral men om utövaren blivit påförd direktiv från organisatorisk nivå och måste utföra trots att det skapar problem i mötespunkten så kan det skapa en oönskad amoraliserande hållning.

Dilemman som uppstår i mötespunkten genom organisatorisk dialogbild kan definieras som ett styringsproblem och ett problem relaterad till otillräcklig individuell etik. Det kan innebära att organiserande nivå ropar på mer styrning, och om den förankras i det abstraherade verklighetsspråk som Røvik (2007) visar till kan det tänkas att situationen kan förvärras samtidigt som den individuella utövare utpekas som den felande länken med dålig individuell etik.

Det finns då distanserade tecken innanför den hälsoorganisatoriska dialogbilden, dels genom

det objektiva språk, resurser, processer, som "tömmer" mötespunkten på sin unika verklighet, och skapar en distansering för ledning som ska lägga tillräkta för mötespunkten.

Sykehusreformen lägger an till ett förnyat produktivt värdekretslopp som exploateras vidare relaterat till ISF och DRG, som i sig kan dölja mycket av det som händer i den aktiva mötespunkten med den sårbara. Detta kan få hjälp att fortgå om resten av samhällsbilden som Vetlesen och Henriksen beskriver kan relateras till att företag är till för att producera, här kan det öppna för att det anses moraliskt via surrogatmoral. Men det kan också finnas tecken på att dialogformer ut från mötespunkten via brukaren inte tas på allvar då den inte har påverkande effekt på helseforetaket, samt att utövaren blir inlåst i dialogiskt dilemma via avviksmeldningssystemet.

Det har varit svårt att hitta närmande text i den organisatoriska dialogbilden kring St.meld.nr.26 *Om verdier for den norske helsetenesta* som lade det helhetliga människovärdet permanent i den politiska språkramen. Men om jag skulle fråga de som arbetar i administrativ ledning och ledning generellt, om det helhetliga människovärdet så tror jag faktiskt att man menar att det kommer i det första rummet i ett personligt ställningstagande. Men det framgår kanske inte i den organisatoriska framställningen och därför kan det se ut som att det finns två moraliska värden, en relaterad till produktion och lagstadgade mål, och en relaterad till de existentiella livsvillkor, som moralisk rationalitetsform. Innanför organisatorisk dialogbild kan det dock se ut som att det är en övervikt för den ekonomiska rationalitetsform, relaterad till det objektiva mätbara och att den subjektiva relationella rationalitet ställs dold. Det kan se ut som att organiserande dialogbild menar att det helhetliga människovärde inte har behov för det största fokus innanför styrningen, men att det önskas återuppstått i den utövande position i den centrala del av mötespunkten, ansikte mot ansikte.

5.0 Norsk sjukskötersketjänst handlingsrum 1997-2007.

“...en dag slutar plötsligt mitt hjärta att slå. Jag är en hårsån från att inte klara mig. Upplevelsen av att livet – just mitt liv – är fundamentalt skört skakar mig. Insikten om att hinnan till döden är så oerhört tunn är hotfull i sin sakliga brutalitet. Att under en period vara helt hjälplös, beroende och utlämnad till andra människors omsorg öppnade mina ögon.” (Wikström 2006:15).

Den norska hälsopolitiska språkramen och den hälsoorganisatoriska dialogbilden ser då ut att stå i en förflyttning till fördel för ekonomisk rationalitetsform. Språkramen såg ut att önska förkorta mötespunkten på sjukhus och eventuellt språkligt försök på att undgå det sjuka och rikta sig mot helse, samtidigt som det helhetliga människovärde ställs obalanserat.

Organiserad dialogbild gav ett standardiserat objektiva uttryck till hur mötespunkten med den sårbara skapas, det sågs två parallella värdestrukturer, det producerande värde och det upprätthållande värde, där det producerande kanske ges ett större fokus relaterat till organisatorisk styrning. Samt organiserad dialogbild som övergående från ledning till styrning med ökat tryck mot utövande nivå och att den nivån kan se ut att skifta till utförande nivå. Språkramen och dialogbilden markerade att det helhetliga människovärde och den producerande effektivitet ska uppstå i mötespunktens centrum, i det utövande/utförande handlingsrum.

Det är då två tänkta moraliska grundlag som går parallellt in i handlingsrummet.

Vi är nu framme vid mötespunktens centrum, hur utspelar sig handlingsrummet där norsk sjukskötersketjänst agerar på sjukhus, går det att upptäcka en moralisk förändring på liknande sätt som i språkramen och dialogbilden inne i den norska sjuksköterskans professionsetiska fält. Jag visar först till en generell del för att sen söka om handlingsrummet kan visa tendenser till förändring vad det gäller moralisk handling.

5.1 Den konkreta praktiska verklighet på helseforetaket

Vike beskriver norska sjuksköterskors agerande i sjukhuset som institutionens sista förklaringsinstans då den har ansvar för den kontinuerliga övervakningen av patientens tillstånd. (2002:112).

“... en sjukepleier kommer inn på en firemannstue og en pasient forteller henne at legen har sagt at han kan slutte med intravenøs behandling og begynne med tabletter i stedet. Hun finner ut at det ikke er foretatt de nødvendige blodprøver, og det er heller ikke notert noe om de medisinske endringene i kurven. Dette er legens ansvar, men hans fravær og sjukepleierens kontinuerlige nærvær til pasienten plasserer henne i en dilemmasituasjon, som hun forsøker komme ut av ved å minne legen om hans ansvar. Sjukepleieren tar kontakt med legen for at han skal notere blodprøvebestillingene i kurven, og deretter bestiller hun prøvene. Pasienten må vente til neste dag før han kan kobles fra intravenøsslagen. Uten sjukepleierens intervensjon ville han måttet vente enda lenger.” (s.129, samma ställe).

5.1.1 Försvarligt utförande via lag

Lagbunden försvarlighet i tjänst via *Helsepersonelloven* (Ot.prp.nr.13(1998-99)) visar till två kravvägar, dels via den individuella försvarlighet relaterad till den enskilde professionsutövare men även till institutionen, som exempelvis sjukhus. Ansvariga för verksamheten måste på så vis lägga tillräkta för att den individuella utövare ska kunna uppfylla försvarlighetskravet och samtidigt hålla den lagstandard som är etablerad.

”Helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig. (4.2.1., samma ställe).

Lagen kräver mer av professionsutövaren än att bara tillrättalägga arbetet för att om möjligt undgå rättsliga påbud och att rädsla för straff blir företrädande än affekten till patientens sårbarhet, hänsynen till patienten ställs som vinnande över att undgå straffskuld. Etiska riktlinjer för de enskilda professioner ska ligga som vägvisande innanför *Helsepersonelloven*. (samma ställe).

5.1.2 Försvarligt utförande via etik

Yrkesetiska riktlinjer för norska sjuksköterskor har innanför tidsperioden 1997-2007 justerat sig, 2001 utkom en ordentligt uppdaterad version av den tidigare från 1983. Tillägget i 2001

års utgåva medger att samhällsbilden har förändrat sig och att de etiska riktlinjerna bör korrigeras för att följa utvecklingen av lagstiftning, organisationsstrukturer. Samt att den nya samhällsbilden skapat ny problematik och nya dilemma relaterat till medicinsk och teknisk utveckling. Sykepleierens fundamentala plikt står fortfarande fast i sin grundläggande förståelse och respekt för den enskilda människa och dess värdighet. Omsorg skal visas till alla som lider oavsett orsak. Det yrkesetiska ansvar är omfattande, det gäller människor i alla stadier i livet, individ och samhälle, patient, anhöriga, medarbetare och egen profession och praksis. (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2001).

Enligt *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* anno 2007 ställer sig utövande grundlag fortfarande tätt inpå respekten för den enskilde individ och dess mänskliga värdighet, kopplat till de mänskliga rättigheter och kunskapsbaserings.

Plikten för utövningen är centrerad till omsorg till den lidande oavsett orsak. Men nu har det kommit in flera moment i riktlinjerna; samhällets kontinuerliga ändring, medicinsk, teknologisk och även politisk utveckling, nya organisationsstrukturer, betalningsordningar och resultatkrav utsätter den norska sjuksköterskan för kontinuerliga nya etiska utmaningar. *”I et samfunn med stadig større kompleksitet, endringstempo og markedsideologisk tenkning, er omsorgsetiske hensyn ofte nedprioritert. Sykepleieres faglige ansvar forutsetter etisk bevissthet og solid dømmekraft i praksis. Reflektert praksis er nødvendig for moralsk praksis og det bør derfor jevnlig skapes arenaer for etiske refleksjoner alle de steder der sykepleie utøves.” ...”Vi mener retningslinjene egner seg godt for korte refleksjonssamtaler i en travel og krevende yrkesutøvelse.”* (s.6, samma ställe).

Innanför denna nya retningslinje kan man kanske se den dubbla moralbilden, som nu i den centrala del av mötespunkten förs in i den handlande sjuksköterskans kropp via dubbla lojalitetslinjer; *”Sykepleieren setter seg inn i arbeidsstedets visjon, verdier, mål og gjeldende retningslinjer, og er lojal mot disse så langt de er i samsvar med sykepleiens grunnlag.”* (s.10, samma ställe).

5.1.3 Försvarligt utförande via lojalitet

Muusmann Research & Consulting evaluerade ambulanssaken 2007, en frågeställning var om anställda utvisade lojalitet mot system och procedurer, här ville man kontrollera lojalitetsriktning, om den var intakt för Prehospital division på Ullevål sykehus. Man såg dock

att de anställda uppvisade större identifikation med ”tjänsten” än med divisionen. Det visas också till att de anställda ansåg empati och medmänsklighet som de viktigaste värden för arbetet men, ”...formuleringen er litt annerledes enn det overordnede verdigrunnlaget, så forekommer dette å vaere i tråd med sykehusets verdier om å vaere vennlig og imøtekommende.” (2007:25).

5.2 Sjuksköterskeideologi, en kunstform i balans för sårbarheten

Florence Nightingale (Moberg, 2007), Kari Martinsen (2000), Joyce Travelbee (1999) beskriver sjuksköterskeprofessionen som en konstform, formad av mötet med den sårbara individ, önskan om att människan ska visas respekt i sin helhet där sensibilitet och perception riktas mot det sårbara presenterat av en människa, eller ett skört system kring omhändertagandet av den sårbara individ. Sjuksköterskekonsten fördelas jämligt mellan objektiv fackkunskap *och* gedigen kunskap om människan som ett subjektivt väsen.

Travelbee (1999) var en sjukskötersketeoretiker som fortfarande har inflytande på norsk sjukskötersketjänst. Den praktiserande sjuksköterskan bör enligt henne sikta mot en jämvikt mellan kunskapsbas och djupgående insikt i det att vara människa, i den jämvikten ska sjuksköterskan inneha en kapacitet att fungera terapeutiskt samt målsiktet att mötet kännetecknas av ett möte människa till människa. “*Det krever langt mer innsikt, forståelse, kunnskaper og ferdigheter for å støtte et menneske i krisens tid enn før å utføre en vilken som helt teknisk komplisert handling.*” (s. 22, samma ställe).

Nightingale (Moberg, 2007) visade till organiserad effektivitet i yrket: mötet med den sårbara är alltför skör för att bara gå på en intuitiv eller tillfällig handling. Utifrån Mobergs biografi kan det liknas att konstformen i jämvikt som sjuksköterskan ska eftersträva bottnar i en sammansmältning av diakoni och medicin förkroppsligat i sjukskötersketjänsten Och att det kanhända är förminskning av den diakonala sidan som utgör risken att skapa en avhumaniserad effekt i mötet med människan i behov av omsorg. (samma ställe).

Martinsen (2000) säger att mötet är att se med hjärtats öga, men också vad som sker då vi inte ser med hjärtats öga. Att i mötespunkten se den andres lidande uttryck, kan ses utan att ses, uttrycket kan komma mot oss utan att vi ser det. Att se i dagens hälsosektor har tagit form av

att beskåda, ögat görs om till ett instrument på sök efter det vi kan förstå idag, det objektiva, det som kan klassificeras. ”*Epokens öyne er öyne som, uhemmet av en forpliktande verdensanskuelse om å beskytte og ta vare på livet, tar alt i sin makt for å kunne skaffe seg viten og herredømme over naturen så vel som over de menneskelige relasjoner*”.

(s. 35, samma ställe). För att nå fram till den andras sårbarhet krävs en växelfunktion mellan etik och fackkunskap, som gemensamt lotsar uppmärksamheten via omdömmeskraften och önskan att se *den andre*. (2000:62-64).

5.3 Det gränslösa omsorgsland.

Florence Nightingale var en internationellt känd sjuksköterska från England, på 1800-talet skapade hon en omfattande organisering av hjälp och omsorg till sårade soldater i Krimkriget. Det var tuffa tider, vintern var hård, materialet för att organisera var liten, det ekonomiska kapitalet var knappt. Bilden som mötte Florence då hon ankom Krimkriget var en katastrofal förödelse, sårade kroppar och bristande organisering kring hur sårade människor överhuvudtaget skulle tas omhand. Ett omfattande slit startade för denna ”lady of the lamp”, arbetet kunde variera från att gå miltals i isande vinter för att nå de områden där behovet ansågs störst, till att utöva konkret omsorg på tillfälligt uppsatta ”sjukstugor”.(Moberg, 2007).

Travelbee (1999) diskuterar redan i sin klassiker från 1966 om en tyst sjukskötersketjänst med knytnävar. Här kan man då fråga sig om det är att hon upplevde att själva tjänsten förändrade sig, till ett som hon kallade risk för avhumanisering men hon bistår att det inte var en önskan från den professionella sjuksköterskan, utan snarare en påverkan utifrån som tränger sig på och skapar ett trots allt icke-önskat handlingsmönster, hon åberopade en önskad kamp från sjukskötersketjänsten mot den avhumaniserade, människoreducerande effekt, som rörde sig inom verksamheten av den nordamerikanska hälsosektorn, som hon verkade inom. (samma ställe).

Martinsen (2000) menar dock vidare att sårbarheten blir inlåst i omsorgstjänsten, sjuksköterskor bildar en närhet till den kropp som visar sin sårbarhet, men, den subjektiva kunskapen om denna relation och vad den innebär når inte ut utanför den zonen. (2000:77-82).

Vike (2002) diskuterar en gränslös position hos norsk sjukskötersketjänst idag i det praktiserande fält;

“Kvinnelige sykepleiere og til dels andre ansatte i sjukehusets ”førstelinje” representerer velferdsstatens uavgrensethet, og praktiserer motsetningen mellom økonomisk knapphet og universelle velferdsambisjoner ved å yte mer når det kniper.” (s.140, samma ställe).

Den värdeformulering som norsk sjukskötersketjänst handlar innanför; att förstärka sin omsorgskompetens, intensifiera omsorg genom att springa fortare mellan respektive patient, vilket inte bara innebär hur många som kan hjälpas, men på samma gång hur många som lämnas i ett hjälpbehov. Denna aktivitet, som mottagare av det överblivna, restkategorin av omsorg, som inte går att prisange, är på samma gång med på att tydliggöra de formella strukturer som är kapabelt mätbara och prisangivna innanför dagens norska helseforetak. (samma ställe).

Är då sjukskötersketjänstens gränslöshet och tysta aktion för upprätthållande av en jämvikt i mötet, en human praktisk handling för begreppet sårbarhet hos människan?

5.3.1 Tystad gränslöshet?

Vike (2002), Vike och Haukelien (2007) pekar på hur kvinnodominerade omsorgsyrken tilldelats en diciplinerad funktion innanför begreppet välfärd.

“...den allmenne skepsis mot seriøsiteten i de kvinnedominerte profesjonenes beskrivelser av egen arbeidssituasjon. Det er ikke tilfeldig at de har atskillig mindre innflytelse over definisjonen av kvalitet i eget arbeid enn noen annen sammenlignbar gruppe i arbeidsmarkedet.” (2007:17).

Men frågan är om gränslöshet är något nytt innanför sjukskötersketjänst?

Hos de sårade soldater blev Florence Nightingale ”the lady of the lamp”, en änglalik skepnad som vakade över dem, och den bilden har förts vidare till trots för att perioden hon gick mellan dessa sjuksängar i krigszon var kort. Få är det som framställer henne som en av de mest inflytelserika människor innanför dåtidens hälsopolitiska organisering i England, som blev hennes stora arbete vidare i livet, där omfattande katalogisering och observationer skapar plats till ett helt bibliotek. Men det finns även en annan komponent i detta relaterad till det tysta perspektiv, Florence Nightingale önskade en anonymiserad bild av sig själv. (Moberg, 2007).

Vike och Haukelien (2007) förklarar att dagens arbetsposition för utövare inom omsorg inte ges den samma uppmärksamhet som andra yrkesgrupper, eller snarare kunskapsområden.

”I pleie- og omsorgsyrkene derimot, er diskusjonen om etikk og holdninger blant ansatte, påstander om feilaktig bruk av faglighet, systematisk kritikk av ansattes virklighetsbeskrivelser, paternalistiske anklager om ”sutrekkultur” ...” (s.13, samma ställe).

Här menar Vike och Haukelien (2007) att det är skillnad mellan vad läkare och sjuksköterskor, som omsorgsutövare, ges i språklig uppmärksamhet.

”Dersom leger ikke ble trodd når de forsøkte å fortelle allmennheten at et betydelig antall pasienter dør under operasjon fordi utstyret som brukes er utdatert eller fordi legene mangler nødvendig kompetens, men i stedet blir stilt overfor kravet om å dokumentere det – basert på ett representativt utvalg over en lengre tidsperiode – post factum, ville det påkalle stor oppmerksomhet og sannsynligvis føre til strenge reaksjoner.” (s.17, samma ställe).

5.4 “Vi har inga problem alls”

Vike (2002, 2004, 2007) har följt problematiken över tid, i början av tidsperioden ser han att dilemman löses av omsorgsutövaren själv, via kompenserande effekter; jobba lite mer gratis eller stå över paus, balansera lite under den av myndighet ansedda försvarliga kvalitetsnivå för att kunna ge de flesta, en del av det tilltänkta gode. Då dilemmat i senare tid blivit mer prekärt uttrycks problemet i dialogform till uppdragsgivaren där ansvaret torde höra hemma, här har Vike uppmärksammat att denna nivå kan förneka problem och peka tillbaka dessa på utövaren som personligen ansvarig för dilemman och att det som krävs är mer styrning av den individuella utövare, som uppvisat dålig lojalitet (till organisationen, egen anm.), liten effektivitet och dåligt etiskt omdöme. Det individuella ansvar innebär då på samma gång att bära sitt personliga ansvar med tystnad, den gode ledare och arbetare, betecknas av de i administrativ nivå, som de som inte klagat eller tar fram negativa uppslag, det gäller på så vis att bära ovärdiga förhållande med en tyst värdighet. (samma ställe).

Vike och Haukelien (2007) använder sig av begreppet *organisatorisk kynism* för att närmare beskriva hur dilemman kan uppstå och fortgå, när ett omsorgssystem beskrivs i mätbara termer för att förklara ett situationsområde, och dessa ska tolkas och skapa grundlag för eventuella nya omorganiseringar av politiskt ansvariga eller administrativa ledare.

Det kan då se ut så här;

- en politiker som studerat schemaplaner (turnus) uppmärksammade att bemanningen var mindre på helgerna och lade därför fram ett förslag om att reducera bemanningen för hela veckan, förslaget godtogs utan fundering över att det i veckan pågår ett större omsorgsarbete, som till exempel att patienterna fick duschhjälp något som inte kunde åtgärdas på helgerna relaterad till en förminskad bemanning.
- en administrativt anställd frågade en ledare vad de anställda egentligen använde tiden till, då mätbara system som sammanställts hade visat att bemanningen var för hög relaterad till angiven tidsförbrukning. Ledaren påpekade att det använda tidsförbrukssystemet inte representerade den faktiska verklighet, men fick till svar att inte hänga upp situationen i detaljformuleringar. (samma ställe).

5.5 Värdeupprätthållande funktion

Nortvedt (1997) beskriver i sin artikel att sjuksköterskans lojala handlingsmönster är riktad mot den andra människans hjälpbehov. Mötet med den sårbara människa drabbar ofta sjuksköterskan av en direkt karaktär, vanskelig att undgå, som kroppsligt väsen, *“...sykepleiens etikk er rotfestet i hvordan man er sensitiv ovenfor den bevisstløses sukk, de små tegn på sengeleiets ubehag, eller bekymringen som kan leses i ansiktet.”* (s. 10, samma ställe).

Denna sensitivitet kan dock inte bli stående i ett etiskt tankevaccum, sjuksköterskan representerar omsorg via sin kropp och det är handlingsformen på den lidande yttring som är det värdeupprätthållande i mötet, den moraliska realism.

Men artikeln från 1997 beskriver också ett annat scenario, att den praktiserande sykepleieren går på ackord med fundamentala intuitioner om moraliskt ansvar och barmhärtighet i konkreta situationer. Att sjukhus redan i denna artikel från 1997 omtalas med produktionsiver och tidspress;

“Det hjelper lite den enkelte sykepleier å vite at hun avhjelper helsekøene, hvis hun gang på gang må krenke de hun yter pleie, -hvis hun ustanselig må se sine gjøremål avbrutt, hvis klokken skal bestemme trøsten eller informasjonens kvalitet. Det hjelper lite å se rettferdighet skjer fyllest, at helsegodene maksimeres, hvis den nære omsorgen forringes, hvis omtanken i det nære tynnes ut. (s.12-13. samme ställe).

Innanför sjuksköterskans handlingskontext uppstår ett stort antal direkta moraliska

förpliktelser, då lidande och sårbarhet uppvisar sig inom den kliniska verksamheten. Nortvedt påpekar att det är i den engagerade uppmärksamhet till den andres uppvisade fenomen av sorg, rädsla, oro eller smärta, som den receptiva empatiska respons skapar moral i mötespunkten. Men på samma gång är det andra fenomen som kan gå in och skapa konkurrerande position, till fenomenen sorg, rädsla, oro eller smärta. Tidsbrist, effektivitet, kan utspelas som ett avbrott innanför det samspel som krävs för att moral kan upprätthållas som värde. Bara sårbarhet isolerat kan på så vis inte uppfylla den moraliska bilden, på samma sätt som ett etiskt tankevaccum inte heller kan uppfylla den moraliska bilden, dessa måste mötas och förenas för att moral som fenomen ska inta ett värdeskapande grundlag. (samma ställe).

5.6 Moraliskt kaos i kropp?

Den moraliska bördan, som uppkommer av det Vike och Haukelien (2007) beskriver utifrån den universalistiska utopi i norskt välfärdssystem, hålls uppe via det som kallas förstalinjetjänst där sjukskötersketjänst ingår. Välfärdsgarantierna hålls uppe där det konkreta mötet med den hjälpbehövande föregår, via kvinnor som omsorgsrepresentanter. (samma ställe).

5.6.1 Moralisk nöd

I doktoravhandlingen *Ethical competence and moral distress in the health care sector*. (Kälvemark Sporrang, 2007) frågas det om ökad etisk kompetens kan förebygga stressymtom i förhållande till moralisk handling bland sjuksköterskor på sjukhus.

“It is assumed that enhanced ethical competence can help decrease the negative effects of ethical dilemmas (and increase quality in decisions)...(s.53, samma ställe).

Begreppet *moral distress* definieras som,

“Traditional negative stress symptoms that occur due to situations that involve ethical dimensions and where the health care provider feels she/he is not able to preserve all interest and values at stake.” (s.47. samma ställe).

För att moralisk situation ska kunna uppstå för en sjuksköterska i praktisk utövning, måste det inkludera en annan människa, som på sjukhuset då är en patient, det inkluderar den professionella roll som omsorgsutövare, och för att den praktiska situationen ges möjlighet till

att fungera som stressande påkrävs också att utövaren inte är kapabel att fullföra sina plikter. Icke-patient relaterade situationer som ändå kan kännas stressande, som till exempel att inte hinna med ett avdelningsmöte, eller att man inte fått lärt sig det nya datasystemet inom kliniken, kvalificerar inte som moraliskt stressande. Det krävs ett etiskt problem och hur detta problem blir löst för att eventuellt starta en stressreaktion och där moralisk nöd relateras till känslomässig reaktion. Det är ett reaktionsmönster, som går via moraliskt stressande element till etiskt beslut och vidare till resultat, med olika utfall;

1. dilemmat icke löst
2. dilemmat löst men ändå inte till det bästa
3. dilemmat löst och till det bästa

resultat 1. och 2., kan ge ett moraliskt stresstillstånd som i sin tur kan leda vidare till försvarsmekanism eller likgiltighet, som exempelvis att lägga skuld på ledaren, jobba färre timmar, undvika patientkontakt, överdimensionera patientkontakt, avhopp från professionen eller objektivera patientsituationen. (Sporrong Kälvemark, 2007).

Men kan då etisk teoretisk inläring vara till hjälp för den praktiserande sjuksköterskan? Etisk kompetens måste också formos i den sociala kontext där den praktiserande sjuksköterskan arbetar, det bör då skapas arenor för att utveckla den kollektiva etiska kompetensen och för att upprätthålla och utveckla den etiska standarden. Studien visar vidare att för att moralisk nöd ska uppstå krävs inte bara en dramatisk händelse med en patient, men det kan också uppkomma av frekvens av dilemman som kan uppstå dagligen i praktisk sjukhusvardag. Ett delmoment av avhandlingen hade som försök att se om etisk teoretisk inläring och diskussion i etikrönder hade effekt på moralisk nöd för praktiker och delmomentet i sig visade ingen effekt, men refererade till att det utlärda programmet inte användes på rätt sätt eller att mätningen inte gjordes sensitivt nog.

I avhandlingens diskussion framkommer att etik innanför hälsosektorn inte är ett isolerat område men är en del av, beroende av, och sammanflätad med strukturer i samhället, organisationen, professionen och individualitet. (samma ställe).

5.7 En kvinnoposition

Vad är det som isåfall sker med den kvinnoposition som norsk sjukskötersketjänst står inför; *“Velferdsstatens omsorgsutøvere besitter en kulturelt produsert omsorgshabitus som kjennetegnes ved ett klasseuavhengig trekk – at den kvinnelige kulturelt stiller sitt liv til rådighet for de(n) Andres liv, kropp og helse.”* (s.152. Vike, 2002).

Det kan låta som att sjuksköterskerollen viger sitt liv, men:

“Den moderne sjukepleie ble vevd inn i et omfattende normaliseringsprosjekt, hvor det å stille sitt liv til rådighet for den samfunnsproduserte lidelse og elendighet, ble etablert som en kulturell forventning som rettet seg mot det kvinnelige.”

(s.152, samma ställe, egen understrykning).

Ansvarsförskjutning på en högre nivå i välfärdsstrukturen, som till exempel på politisk nivå; där en politisk roll i en seans kan garantera omsorg, i nästa seans - dra in på resurser för att få till denna omsorg, för att slutligen – framstå som advokater för de som i starten inte får sina garanterade behov tillgodosedda. Detta öppnar för att ansvaret trycks ner i välfärdsstatens fältområde. Där garantin praktiskt ska utföras möter den som garanterats omsorg själva garanten för den praktiska omsorg, som ska uppfyllas innanför de förkortade resurser som den kontextuella mötesnivå tilldelats. Situationen skapar det som författarna kallar en gisselfunktion för utövande nivå, här finner ansvaret för realiseringen av låg kvalitet ingen utväg och utövaren blir i mötespunkten direkt konfronterad med både den lagbundna och moraliska ansvarspositionen. (Vike och Haukelien, 2007).

Men även mötesnivån bjuder på en universalistisk tanke påförd från politisk språkram där alla i befolkningen ska få tillgång till likvärdig behandling, en språklig utopi relaterat till vad som är praktiskt möjligt, då varje nytt praktiskt möte på utövarnivå i realiteten kan innebära nya uppsätt av situationer att förhålla sig till, som organiserad standardisering inte förutsett och skapat grundlag för att handtera. (Vike 2004:146).

5.8 Summerande diskussion

Finns det eventuell obalans mellan ekonomisk rationalitet och moralisk rationalitet i mötespunkten för mänsklig sårbarhet på norska sjukhus genom tiden 1997-2007, som markerar Sykehusreformen?

Är det moralisk mobilitet i grundlaget för att upprätthålla moral inom det refererade studiefältet och hur påverkar det moraliskt utfall hos norsk sjukskötersketjänst?

- kan det ses påverkan på det moraliska handlingsrummet för norsk sjukskötersketjänst?

På norska sjukhus kliniska nivå befinner sig sjuksköterskan i den direkta kontinuerliga närvaro till sårbarhet hos den sjuka individ, Vike (2002) beskriver hur behandling utanför sjuksköterskans ansvarsområde, omvandlas till sjuksköterskans moraliska ansvar genom att kroppsligen vara på plats i mötespunktens centrum.

Vi är nu inne i mötespunktens centrum där sjuksköterska och patient samlats kring sårbarhet, det bildar en arena där huvud, kropp och handling hos sjuksköterskan ska ge en bild av hur väl sjukhuset vill möta den sårbara individ. Här tänker jag mig att den fasta mänskliga kärnan av existentiella grundvillkor har ett centrum, är koncentrerad via; beroendeskapet, sårbarhet, dödlighet, relationers skörhet och existentiell ensamhet. Sjuksköterskan intar en stark deltagande position genom kontinuerlig närvaro till människan i behov av hjälp, Vetlesen och Henriksen (2003) påpekar att huvud och kropp samspelar i den moraliska meningsuppbyggnaden, det bygger på erfarenhetsbaserad innandörren social arena.

I mötespunktens centrum är då den praktiserande sjuksköterskan en kontinuerlig deltagande position till sårbarhet i en direkt verklighet, här kan det tänkas att den moraliska rationalitetsform är starkt representerad?

1997 förmedlar Nortvedt en problemformulering relaterad till den praktiserande sjuksköterskan, trycket för att upprätthålla den moraliska realism utmanades här av produktionsiver och tidspress. Martinsen (2000) refererar till den samma linje och beskriver hur vi alla kan bli förförda av *epokens öye*, som kan överta den engagerande uppmärksamhet från de subjektiva uttryck. De belyser båda problemen av hur denna tids förståelse av tillvaron kan skapa problem i en verklighet, där det trots allt subjektiva uttryck på mänsklig sårbarhet tuffar och går i godan ro. Christoffersen (1997) påpekar att naturvetenskap som vetenskap är dominerande idag, och det påkallar en åskådande distansering till subjektiva uttryck, de kan ses men skapar ingen meningsuppbyggnad till ett positivistiskt förhållningssätt, enligt Gilje och Grimen (1993). Denna position blir då åskådare till de subjektiva uttryck och ser inte ut att ha kapacitet till att förstå och legitimera sociala strukturer, det kanhända bildar en icke-deltagande position till subjektiva mänskliga uttryck, som uttrycks hela tiden. Men som Nightingale, Travelbee och Martinsen beskriver den praktiserande sjuksköterskan som utövande i en balanserad konstform av fackkunskap och den sårbara människa, det påkräver då både ett naturvetenskapligt förklarande av objektiva uttryck och hermeneutiskt tolkande av

subjektiva uttryck i mötespunkten. Här kan det frågas om den naturvetenskapliga förklaring kan ges övertag i den balanserade konstformen? Den kulturella stimulering från den naturvetenskapliga samhällsbilden som Christoffersen (1997) pekar på, och den obalans som kanske finns inom hälsopolitisk språkram och hälsoorganisatorisk dialogbild i sig, efterfrågar kanske bara kunskap och inte emotion i den nya produktionsvärdebilden.

Ett sätt att knyta an sjuksköterskan till det sårbara, kan vi se via *Helsepersonelloven*, ett lagbundet begrepp som pekar på den enskilde utövare, men även på institutionen som sådan, och att etiska riktlinjer står som vägvisande innanför lagen. Vetlesen och Henriksen (2003) menar att juridiska dimensioner tillhör en kontraktsmentalitet som bildar en formell struktur som kan ges företräde till moraliska förpliktelser, trots att dessa rent fenomenologiskt har en djupare mänsklig förståelseposition, som inkluderar de existentiella grundvillkor.

Etiska riktlinjer kan ju då inte lagföras, men kan se ut att bestå av en annan typ av kraft då Nortvedt (1997) pekar på begreppet moralisk realism, att den sårbares uttryck appellerar sjuksköterskan till att handla moraliskt. Men det här är kanske inte ett begrepp som är unikt för just sjuksköterskan, att reagera på andras nöd kan ju te sig som ett allmän mänskligt fenomen? Vid olycka ute i samhället kan det ju ses att människor får hjälp även där, men att det då kanske är den direkta kontakten och synen av sårbarhet som appellerar till någon till att handla moraliskt?

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har innanför tidsperioden 1997-2007 förändrats, det har kommit in andra begrepp, 2001 erkändes en progressiv utveckling av samhällsbilden och att de etiska riktlinjerna bör korrigeras för att följa med, nya dilemman kan uppstå för den praktiserande sjuksköterskan. Den fundamentala plikten är genomgående förståelse och respekt för den enskilda människa och dess värdighet, omsorg till alla oavsett orsak.

Etiska riktlinjer för 2007, samma fundamentala tanke men med ökade utmaningar, omsorg till alla oavsett orsak, även fast allt annat runt omkring förändras, ökat tempo, marknadsideologi där omsorgsetisk hänsyn ofta är nedprioriterat.

Enligt Vetlesen och Henriksen (2003) kan samhällsbilden förändras snabbt, det vi är vana att förhålla oss till via hur det ser ut omkring oss med byggnader, organisering men även värdeföreställningar kan förändras. Moralisk meningsuppbyggnad menar de är förankrad i stabilitet, men hur ska fundamentet för moralisk handling finna stabilitet i mötespunkten om det då inte finns stabilitet och allt kontinuerligt förändras?

Det kan via de etiska riktlinjerna se ut som att oavsett förändring runt omkring så ska

praktiserande sjuksköterskor hålla stabilitet i förhållande till sårbarhet presenterat i mötespunkten. Är då norsk sjuksköterskeposition en stabil punkt, som ingen vill se i förändring av hållning och attityd, allt kan förändras och bytas men kanske inte denna positionen, vad händer då? Blir det kris i det trygghetsskapande element som norsk hälsosektor står i?

När det gäller lojalitetsförankring för sjuksköterskor ska denna riktas mot arbetsplatsens värden och visioner om de inte strider mot den norska sjuksköterskans fundamentala tänkning. Men Muusmann hade i sin evaluering från 2007 av ambulanssaken, sett att de på utövande nivå angående lojalitet menat att den låg starkare för "tjänsten" än för divisionen, samt att värdet som klassades högst var empati och medmänsklighet, vilket inte helt matchade med den organisatoriska värdeformuleringen men ändå kunde accepteras som lik sjukhusets värde om att vara *vennlig* och *imötekommande*.

Här kan det se ut som att de anställda har en djupare nyansering av begreppet värde relaterat till mötespunkten, jag menar inte att man inte ska vara vänlig, generellt öppen och tillmötesgående för de som är i behov av hjälp, men det är ord som jag inte är van att använda för att referera till mötespunkten. Att vara vänlig, trevlig, intresserad och öppen är begrepp som för min del kan användas i vilket som helst sammanhang där människor umgås, eller i klädbutiken, en butiksanställd kan använda sig av vänlighet och vara intresserad för att få sälja varor.

Är då detta marknadsideologisk anknytning in i mötespunkten, var kommer dessa värden ifrån, hur har de tagit plats inom en tjänst där de anställda menar att det högsta värdet är empati och medmänsklighet i mötespunkten? Är det tecken på emotionell frigöring från helseforetaks tjänsteproduktion, att emotionellt beröras inkluderades i organisatorisk tjänsteproduktion, men ska den inte finnas längre? Att ta bort emotionell i mötespunkten kan då lättare fästa utövaren till att på ett sätt utföra varuproduktion fast det är med människor? Varuproduktion kunde enligt Jakobsen och Thorsvik (2007) utföras med liten kontakt mellan människor, här kan det då se lite konstigt ut, för liten kontakt innebär då avstånd mellan dessa människor, jag tänker mig att det pratas om ett objektivt avstånd, att kropparna som tillhör dessa människor inte sett varandra i produktionen.

Men att inte beröras emotionellt av den sårbara i mötespunkten där sjuksköterskan stod i en kontinuerlig närvaro, den kroppsliga närvaron finns, men ska då inte denna kropp emotionellt beröras av sårbarheten i en annan människa?

Norsk sjukskötersketjänst har tradition av att rikta sin uppmärksamhet till de bästa för den

sårbara, denna ska visas respekt, sensibilitet och perception i mötespunkten. Travelbee, Martinsen och Nightingale har påverkat sjuksköterskans position i det etiska och moraliska grundlaget, de beskriver professionen som en konstform i balans mellan facklig kunskap och kunskap om människan. De menar att mötespunkten är skör och kan inte baseras på tillfälligheter, det krävs också en annan insikt om människan och dess upplevelse av kris än för att utföra en vilken som helst teknisk komplicerad handling. Relaterat till startcitatet kan detta stämma, hinnan till döden är skör och tanken på den kan skaka människan i upplevelse av hot mot kroppen och existensen, hur ska det existentiella uttrycket mötas?

Vike (2002) beskriver norska sjuksköterskor som en gränslös position, att täcka upp för de hålrum i systemet som ingen tänkt på eller ignorerat, det kan innebära en intensifiering av arbetet, ingen lunch, ingen toalettpaus, en moralisk flexibilitet för att se till att ingen blir utan den utlovade universalistiska tanke. Det är en kvinnoposition som Vike menar är en kulturellt producerat omsorgshabitus, att ställa sitt liv till rådighet för de(n) Andres liv, den moderna sjuksköterskan blev inkluderad i välfärdssystemet för att absorbera *den samfunnsproducerade lidelse og elendighet*. Nu menar Vetlesen och Henriksen (2003) att människan består av en fast existentiell kärna, den går inte att ta bort men den går att dölja. Det är som påtalat från politisk språkram många människor i sjukhusköer, det blir många fasta existentiella kärnor, och kanske oroad sådana, som pockar på uppmärksamhet. Om samhällsbilden inte kan tillgodose dessa existentiella kärnor med sin marknadstänkning så kan det innebära en stor samhällsproducerad eländighet, som traditionellt är van att iallafall uppmärksammas av sjukskötersketjänsten i mötespunkten på norska sjukhus.?

Nortvedt diskuterade som sagt redan 1997 att norsk sjukskötersketjänst var pressad i sin fundamentala tänkning, men Vike (2002, 2007) förklarar tjänsten som i ytterligare press relaterad till i första hand kroppsliga kompensatoriska effekter men efter hand har det kommit klagan (sutring) till överordnade nivåer. Det kan då se ut som att klagan inte är accepterat i den organisatoriska dialogbilden utan tryckts tillbaka i tjänsten som ett illojalt beteende eller individuell dålig etik. Det som Nortvedt visade till var hur receptiviteten och sensibiliteten för subjektiva fenomen fick problem, den engagerade perceptivitet kan förloras, i kontakt med objektiva fenomen som tidspress och produktion.

Christoffersen (1997) förklarar att dagens tänkning relateras starkare till objektiva naturvetenskapliga fenomen, vilket kan skapa en åskådande position som inte kan förklara hur uppmärksamheten till subjektiva, partikulära uttryck, som klagan (sutring) ska handteras som

kunskapsperspektiv.

Klagan (sutring) kan då uppfattas som ett objektivt uttryck med kanske negativa förtecken, men det kan också vara en klagan över ett förlorat etiskt perspektiv som förankrar sig i norska sjuksköterskans fundamentala tänkning, en subjektiv klagan som då kan döljas?

Vike och Haukelien (2007) visar till att sjuksköterskans kunskapsfält inom omsorg för människan ges förklarande uppmärksamhet, *diskusjonen om etikk og holdninger* hos anställda läggs om till objektiva förklaringar; som felaktigt bruk av den fackliga kunskapen, systematisk kritik av verklighetsbeskrivningar och anklagan om ”sutrekultur”. Christoffersen (1997) har visat till att dagens tankementalitet fått övervikt mot naturvetenskaplig förklaring av situationer, och det kan kanske ge en förståelse av varför omsorg riktad mot subjektiva fenomen inte hittar sin förklaringsplats och kulturella förutsättning.

Positivistisk tankementalitet (Gilje och Grimen, 1993) önskar distansering från det som inte kan mätas och tankeflödet riktas mot ett förbestämt objektivt mål. Då denna tankeformering ges ökat utrymme borde det tyda på att människors existentiella grundvillkor förlorar uppmärksamhet men ändå finns kvar, och då kanske representerar en del av den samhällsproducerade eländighet?

Christoffersen (1997) påpekar också att det finns ett genusperspektiv till hur moral tolkas via maskulint rättighetstänkande och feministiskt relationellt tänkande, men det genusperspektivet kan se ambivalent ut då det påpekas att kvinnor inte automatiskt har den relationella tolkningen eller män automatiskt rättighetstolkningen, men att det är samhällsbildens kulturella stimulering som kan bli styrande för moralisk tolkning. Vilket kan innebära att den maskulina rättighetstänkningen kan vara kvinnlig, och att den feministiska relationella moraliska tänkningen kan vara manlig, men att det är den kulturella stimuleringen som framkallar den moraliska tolkningsbilden. Det kan då tyda på att det krävs kulturell uppmärksamhet mot vilken kunskapsposition som ställs som rådande innanför samhällsbilden för att förstå moralisk tolkning, det kanske kan innebära att den tysta och gränslösa kvinnoposition kan förändras och då inte bli tyst och gränslös men omställer sig till rådande samhällsbild och dess kulturella stimulering?

Sykepleierens etiske retningslinjer från 2001 och 2007 visar till önskan om traditionellt bevarande, omsorg ska ges till alla trots att allt annat går i förändring, men riktlinjerna *egner seg godt for korte refleksjonssamtaler i en travel og krevende yrkesutøvelse*. Det kan se ut som att ansvaret för att hålla uppe den etiska viljan överlämnas till den praktiserande sjuksköterskan i mötespunkten med förhoppning om att det ska fungera iallafall litegrann.

Vetlesen och Henriksen (2003) menar att moralisk meningsuppbyggnad får dålig näringstillförsel om tidsperspektivet förkortas och förminskar ömsesidig dialogmöjlighet, om snabba lösningar och effektivitet ges fritt spelrum så minskar näringstillförseln för moraliskt fundament, som har behov av långa tankar och diskussion förankrade i erfarenhet och solidaritet. Men det kan då via *etiske retningslinjer* se ut som att trycket på den praktiserande kommer närmare och närmare, men uppmanas till försök att iallafall prata snabbt om det etiska grundlaget så det inte glöms bort i all röra av omslagshastigheter?

Som Sporrang Kälvemark (2007) visar till angående etisk läring som hjälp för att undgå eventuell moralisk stress, så kan ju den effekten visa på problem om den inte ges större diskussionsutrymme innanför sjukhuset och relaterad till den centrala mötespunkten. Men det går också att fråga sig varför inte diskussion kring etik, medmänsklighet och det helhetliga människovärde har plats utanför den centrala mötespunkten.

Hur ser den diskussionen ut på ledningsnivå och toppnivå innanför helseforetaken, och för den del på politisk nivå. För verdierna i St. Meld. Nr.26 följer med in i Helseforetaksloven Ot.prp.nr.66, men ser bara ut att önskas uppstå via utövare i den centrala mötespunkten?

Vike (2002) pekar också på hur sjuksköterskan trycks in i ett personligt, individuellt ansvar realiterat till sitt handlingsmönster och att problem innanför detta förklaras med objektiv lösning, som åberopar mer styrning av den individuella utövare/utförare.

Att i kropp och handling då bära eventuell samhällsproducerad eländighet i en tyst värdighet. Vetlesen och Henriksen (2003) diskuterar ju deltagande positioner och ömsesidighet bland dessa som viktig för upprätthållande av moralisk riktning. Det kan då se ut som att sjuksköterskans moraliska handlingsfält inte ges ömsesidigt deltagande, vilket kan liknas en distansering, en döljande process som låser in den moraliska rationalitetsform i den centrala mötespunkten och i den individuella sjuksköterskan.

Mötespunktens verklighet kan negligeras via det som Vike och Haukelien (2007) kallar organisatorisk kynism som kan få omsorg, som begrepp, att försvinna när mätbara termer ska definiera ett situationsområde. De individer som då har befogenhet till att bestämma över den negligerade arena, kan på så vis bolla med förslag med en distanserad hållning till den moraliska verklighet, på grund av en tro att det är en verklighet som beskådas , och kan presenteras via mätbara system.

Det kan vara den passivitet som Vetlesen och Henriksen (2003) menar kan inträda då individen utsätts för kontakt med auktoritära hela och ett likgiltigt perspektiv till moralisk

uppbyggnad kan inträda. Men det kan även vara att denne individ hör till ett professionsområde som skiljer sig från det professionsområde som står i mötespunktens centrum, och på så vis står innanför en annan förförståelse, en kunskapskraft eller omdömmeskraft som härstammar från en annan kulturell påverkan där omdömmeskraftens elementer som förebilder eller människosyn är annan än sjuksköterskans omdömmeskrafts elementer?

Det kan vara en orsak till att Muusmaans evaluering (2007) diskuterade olikheter i värdeförankring, och att anställda anknutna till den centrala mötespunkten angav empati och medmänsklighet medan sjukhusets värdeförankring angav vänlighet och tillmötesgående.

Som Nortvedt (1997) beskriver den moraliska realism är den ett handlingssvar på sårbarhet, den måste samspela för att uppnå moraliskt värde, men det kan se ut som att den får större och större utmaningar om den inte ges möjlighet att fortgå. Sporrang Kälvemark (2007) visar till *moral distress*, via en doktoravhandling från Sverige, den liknar Nortvedts diskussion (1997) kring moral och dess dilemman i sjuksköterskans praktiska verklighet, och därför vill jag referera till den avhandlingen till trots för att den går utanför studiens fältområde, som gäller norsk hälsosektor.

För att skapa en moralisk stress för en sjuksköterska i praktiken krävs att mötespunkten utsetts för ett moraliskt stressande element, etiskt beslut och lösningsprocess. Stresstillståndet relateras till utövaren och dess plikter, om plikterna inte kan upprätthållas kan den leda till moralisk nöd beroende på om dilemmat kan lösas eller ej. Om dilemmat inte kan lösas, eller lösas men inte till det bästa kan det leda till försvarsmekanismer eller likgiltighet.

Att mista fokus eller vilseledas från moraliskt engagement kan enligt Vetlesen och Henriksen (2003) leda till amoraliserande riktning, den moraliska handling klarar inte att stabilisera kursen mot målet. Men vad var då målet?

För den praktiserande sjuksköterskan är det enligt Travelbee, Martinsen och Nightingale en konstform mellan facklig kunskap och kunskapen om människan som helhet, och enligt Nortvedt sårbarheten presenterad av patienten. Det ser då ut som att människan som sårbar är målet.

Sporrong Kälvemark (2007) presenterar hur likgiltigheten för sjuksköterskan kan se ut; den liknar distansering från mötespunkten: jobba färre timmar, undvika patientkontakt, överdimensionera patientkontakt, avhopp från professionen eller att objektivera patientsituationen. Det finns då ett problem som kan uppstå här; pliktdilemma och lojalitet.

Det kan se ut som att den norska sjuksköterskans plikt är relaterad till människan som helhet,

fundamentet enligt etiska riktlinjer är omsorg till alla oavsett orsak, men även lojalitetsbindning till arbetsställets visioner och värden så långt de är i samsvar med sjuksköterskans grundtänkning. Problemet kan då vara att den praktiserande sjuksköterskan kan få etiska fundamentala problem att följa ett helseforetaks lojalitetsönskan om dessa är motstridiga eller divergerande med norsk sjukskötersketjänsts fundamentala tänkning. Men det kanske får en automatisk lösning genom att den praktiserande sjuksköterskan förminskar den emotionella beröringen i mötespunkten eller låser i den i sin praktiserande kropp som en bärare av ovärdiga förhållande i en tystad värdighet?

Moralisk mobilitet kan då kanske visa sig som att trycket utifrån blivit så starkt att den praktiserande sjuksköterskan blir tyst men som Vike påpekar aktiv kroppsligt för att säkra den etiska tänkning och universalistiskt fokus via sin handlande kropp, men den praktiserande sjuksköterskan klarar kanske inte att hålla den yttre önskan om en stabil etisk tänkning för att den centrala mötespunkten ska upprätthållas som moralisk? Det kan då kanske hjälpa om det kan bli en skiftning i sjuksköterskans fundamentala tänkning, ett omslag i värdeföreställningen, som kan koppla sjukhus/helseforetak och den praktiserande sjuksköterskan till en gemensam värdeföreställning?

Att bli tyst kan vara att inte tjänsten klarar trycket från utsidan om att vara den stabila position i den centrala mötespunkten, nu kan ju tyst vara flera tecken och inte bara som ett ljud det kan innebära, avhopp från professionen, förminska patientkontakt, objektivera patientkontakt. Vetlesen och Henriksen (2003) förklarar att amoraliserande hållning kan uppkomma vid auktoritärt tryck, så att den praktiserande sjuksköterskan kanske drar sig undan det trycket och inte vill visa det för den sårbara eller utåt, och då väljer avhopp eller förminskning av den emotionella kontakten med den sårbara?

Låt oss istället söka efter var norsk sjukskötersketjänst har sin utnyttjade kapacitet för den finns enligt organisatorisk dialogbild, och som det frågades efter i politisk språkram, vi måste utnyttja resurserna bättre. Men det kan ju se ut som att det är tvärtom, det görs väldigt mycket, gränslöst mycket till och med. Den praktiserande sjuksköterskan går inte på toaletten, avbryter lunch för att uppfylla den fundamentala tänkning, ska till och med tänka och prata fort om sin moraliska/etiska angelägenhet. Var är sjukskötersketjänstens utnyttjade resurs? Om sjuksköterskan utsätts för moralisk stress kan det då se ut som att det är sårbarheten i mötespunkten som får förminskad uppmärksamhet både via minskad tid men också via objektivisering av patienten. Men den utnyttjade resursen kan vara att umgås mindre, prata mindre, utföra de objektiva, förutsägbara linjer som kommer från organisatorisk dialogbild,

inte tänka så mycket, bara göra det som blir påstyrt?

Travelbee från 1966 diskuterade avhumaniserande tendenser från sjuksköterskan som icke-önskade handlingar, att det var utanförstående effekter som påverkade. Kan det också innanför temat moralisk stress vara utanförstående effekter som omskapar det moraliska handlingsmönstret hos sjuksköterskan att bli så pressad att denne undviker hela sin fundamentala moraliska tänkning riktad mot mänsklig sårbarhet? Det kan kanske bero på nedsatt solidarisk och traditionell funktion relaterad till samhällsbildens omslagshastighet, att sjuksköterskan idag kopplas till ett individuellt perspektiv, ett personligt individuellt ansvar relaterad till sin moraliska hållning? För som Vetlesen och Henriksen (2003) påpekar, får moral stora problem då moralisk förankring läggs till individuella isolerade begrundanden utan hänsyn till traditionella fenomen som kultur eller religion.

6.0 Avslutande diskussion

Genom de summerande diskussionerna till den politiska språkram, organisatoriska dialogbild och sjukskötersketjänstens handlingsrum, har varje del var för sig fått uppsummering relaterad till studiens problem- och frågeställningar. Dessa summerande diskussioner får nu sättas ihop och försöka ses i en helhet relaterat till problemställningen.

Jag vill också visa till en avsluttande diskussion på hypotesbegreppet moralisk mobilitet, samt öppnande frågeställningar innanför fältet men utanför detta studiematerialet.

6.1 Problemställning

Finns det moralisk mobilitet, eventuell obalans mellan ekonomisk rationalitet och moralisk rationalitet i förhållande till mötespunkten för mänsklig sårbarhet på norska sjukhus genom tiden 1997-2007, som markerar Sykehusreformen.

Är det mobilitet i grundlaget för att upprätthålla moral inom det refererade studiefältet och hur påverkar det moraliskt utfall hos norsk sjukskötersketjänst?

- Finns det distanserade tecken i språkramen innanför den norska hälsopolitik?
- Finns det tecken på att norsk hälsoorganisatorisk dialogbild distanserar sig?
- Hur påverkas det moraliska handlingsrummet för norsk sjukskötersketjänst?

Den norska hälsopolitiska språkramen såg ut att förändra sig i tiden 1997-2007, den markerade sig i starten med *Pasienten først!* (NOU 1997:2) patientens behov ställdes främst och hälsopersonalen skulle via det betrodda ledningsperspektivet riktas mot patienten och den centrala mötespunkten. Språkramen visade tendenser till att förstärka den ekonomiska rationalitetsform via en objektiv LEON-princip, övergång från sykehus till helseforetak, och att det helhetliga människovärdet står permanent genom denna graderingsperiod men utan

evaluerad uppmärksamhet.

LEON och intensifierad aktivitet på norska sjukhus kan inverka till att förminska fokus på de existentiella mänskliga grundvillkor, som är en fast kärna i varje individ som uppsöker sjukhus. Mötet mellan patient och behandlare har uppmärksammat fokus genom språkramen, det är här sjukhuset visar sitt "ansikte" för befolkningen. Respekt och trygghet för den enskilde individ ska vara genomgående. Det visas även till en önskan om organisatoriska förändringar och för att inte tappa bort det helhetliga människovärde skulle omfattande evalueringar fånga upp och hålla det fundamentala värde inom synhåll genom hela uppgraderingsprocessen. Trots det bildar Resultatevalueringen en tendens till att moralisk mobilitet förstärks då det helhetliga människovärde saknas som evaluerad form.

I den organisatoriska dialogbilden ser det ut som att sjukhus/helseforetak står i två parallella moraliska grundlag, en värdeupprätthållande där respekt och förståelse för den enskilde individ står, och en producerande där ISF, DRG, LEON-principen står. Vetlesen och Henriksen diskuterar att det kan finnas en moralisk bild relaterad till de mänskliga existentiella grundvillkor och en surrogatmoralbild relaterad till ekonomisk rationalitetsform. Moralisk rationalitet har företräde på grund av sin djupare fenomenologiska betydning för människans existentiella grund. Moralisk mobilitet kan då ses som att dessa moralformer byter plats innanför sjukhus och dess förändring till företagsbaserade helseforetak, och att den producerande surrogatmoral får företräde via perioden före Resultatevalueringen i 2007 då det evaluerades kring producerande värden.

Den värdeupprätthållande lämnades inget evalueringsutrymme från den politiska språkramen rent konkret, men sägs ligga permanent genom Sykehusreformsprocessen. Mötespunkten, respekt och förståelse för individen skulle säkras genom omfattande evalueringar men som inte sågs i Resultatevalueringen av Sykehusreformen.

Men mötespunkten betyder då kanske ett objektiva uppsätt av aktivitet, resurser och formella direktiv, som förankras i en moderniseringsprocess där allt ska bli bättre men inte kosta mer. Det är ju intressant att se att det inte finns diskussion om hur subjektivitet evalueras. Det kan se ut som att det helhetliga människovärde inkluderat respekt och förståelse för individen är något som kommer av sig självt, en naturlig självklarhet uppbyggd i ett nytt begrepp inom den förutsägbara hälsotjänsten, servicekvalitet? Eller att den bytt innebörd via omslag i värdeföreställning, något som kan ske i konstanta omställningar där människans agerande som subjekt kan förändras. Det som kan återuppbygga för moralisk rationalitetsform är

kanske då klinisk-etiska kommittéer, de skulle fungera som dämpande i krysspunkten mellan effektivitet och mötet med den enskilde individ. Det beror på vilken kraft och utrymme dessa kommittéer ges från organiserad nivå, samt hur dessa kan förstärka språk och dialog arenor i den kliniska verksamheten. Sporrang Kälvemark pekade på en förmodan om att ökad etisk kompetens kan minska de negativa effekter av etiska dilemman, om det då är moralisk mobilitet i hälsopolitisk språkram och hälsoorganisatorisk dialogbild så kan det vara intressant att utöka den etiska/moraliska kompetensen på denna nivå. Ett då utökat ansvar för vad som kan pågå i sjukhus i dold subjektivitet, och att organisatorisk nivå kanske inte bara ska inrikta sig på vad utövande nivå kan prestera etiskt/moraliskt i hållningar, det kan kanske finnas *holdningsslitasje* även i den nivån?

Men för att ta in norsk sjukskötersketjänst i denna bild, så kan det se ut som att människovärdet är ett perspektiv som tas på högsta allvar i mötespunkten, det kan inte lämnas åt slumpen det är en moralisk realism, och är en större prestation än vilken som helst teknisk handling. För det kan se ut som att norsk sjukskötersketjänst vill följa perspektiven *Pasienten först!* och *Verdier for norske helsetenesta*, men får problem då plikten och lojaliteten för ett moraliskt handlande i perioden har inkluderat det producerande värde och formella direktiv. Norsk sjukskötersketjänst visade på problem redan 1997 angående det etiska upprätthållande värde förankrad i moralisk realism som Nortvedt presenterade, problemen kan ha bibehållits under antagligen hela perioden 1997-2007 då det senare presenteras en bild av moralisk nöd, som då kan vara ett symptom på en ouppmärksam problemställning, som fått utvecklas i det tysta?

Den politiska språkramen deklarerade tidigt i perioden 1997-2007 fullt förtroende för ledning och organisering, som i sig kan ha lämnat sjukhus som system vidöppet för den universella virus-spridning av organisatorisk påverkan och management generellt. Med tanke på den förändring som Muusmann Research & Consulting visar; värdeskillnad i mötet med den sårbara, de anställda bekräftar empati och medmänsklighet; sjukhuset vänlighet och tillmötesgående, det är kanske en hårfin skillnad men den fick ändå evaluerad uppmärksamhet. Samt tecken på ökad organisatorisk fokusering på objektivitet och nedsatt fokus på kultur, attityder och hållningar.

Ett perspektiv som försvunnit? Det finns tecken som pekar på att "lean-production" har behov för att ändra attityder 2004 på Rikshospitalet, men vid kris i mötespunkten som kanske Sofienbergsparken blev 2007 så önskades hållningar och attityder tillbaka nu på Ullevål

sykehus. Det kan ju frågas om det är utövande klinisk nivå som är den kritiska punkt eller om det är konstanta organisatoriska omställningar som förvirrar den moraliska riktningen och då sätter den kritiska punkt utanför den centrala mötespunkten?

Ledningsperspektivet är också ett beskådande led till den centrala mötespunkten, den är inte deltagande, men ges förtroende att omorganisera till den centrala mötespunkten där moralisk handling blir högaktiv. Moralisk mobilitet kan här uppstå via ett universiellt abstraherat organisatoriskt språk, som kan förenkla den praktiska verklighet där mötespunkten föregår, men närmare betraktning visar att moralisk nöd finns, men det kan beskrivas som en ”aktivitet” i abstraherad organiserad dialogform.

Om ett universiellt organisatoriskt grepp tagits över sjukhus/helseforetak via Sykehusreformen så kan det finnas mening i att se närmare på begreppet ömdömmeskraft. Det kan vara en annan typ av omdömmeskraft som kommit in i systemet och som kan påverka fritt, om auktoritära positioner i helseforetak får full styrning ner i systemet genom språklig och dialogisk immunitet fram till den centrala mötespunkten. Här blir språk och dialog viktiga indikatorer i sjukhus/helseforetak, för det borde någonstans finnas ”spridningsmöjligheter” och påverkan eftersom jag som praktiker på klinisk nivå idag kan prata om; ”- hur vi producerar DRG” blandat med hur det helhetliga människovärdet ska omhändertas och i nästa stund bli konfronterade med sjukhusets eller avdelningens budgetbalans.

Det kan se ut som att det är öppna dialogkanaler inom norska sjukhus, Vike pekade på ett diskursivt transparent grundlag en öppenhet mellan nivåer i sjukhus iallafall ”top-down”, men ”bottum-up” ser det ut som att norsk sjukskötersketjänst måste förklara problem i mötespunkten med objektivisering och standardisering via avviksmeldingar?

Men även att det moraliska handlingsgrundlaget gjorts om till ett individuellt begrepp, där det blir den individuella utövare som får stå till ansvar för sitt individuella handlande, som kan medverka till att tjänstens fundamentala tänkning inte får moraliskt fäste då den behöver språklig solidarisk uppmärksamhet.

Nyrationalism i sjukhus kan se ut att vilja hitta de outnyttjade kryphål för att få full effekt på förmåseffektivisering, nyrationalism hänger ihop med taylorism, det är den anställde som är problemområdet, det är något som måste bort. I taylorismen var det kroppsliga rörelsemönster som skulle effektiviseras men innanför nyrationalismen kan det se ut som att tankemönstret ska förändras. *Lokalt skjön og erfaring* är icke önskligt då order ska följas blint i sjukhuset?

Moraliskt grundlag påkräver ett engagerat intellektuellt grundlag för att finna fäste och fortgå. Här kan det öppna för en övergång från utövare till utförare, att handlingar ska utföras, det kan då vara behov för att stänga av sig, inte emotionellt beröras, inte tjänsteproduktion uppbyggd av kunskap och emotion, men kanske bara kunskap?

Samspelet mellan snabba omställningar, omorganiseringar och sjuksköterskan som individuellt ansvarig för illojalitet och dålig etisk kapacitet, skapar dåligt moraliskt grundlag att upprätthålla fundamentala perspektiv som kanske det helhetliga människovärde står för, ett moraliskt begrepp, som är beroende av tid, solidaritet och sociala arenor för att överleva.

Men om det är upp till den enskilde utförare att själv bilda sin moraliska uppbyggnad i sjukhuset som social arena för flerdubbla värdeuppsätt är kanske moralisk stress ett faktum?

Moralisk stress kan förminska den värdeupprätthållande processen, genom att sjuksköterskan distanserar sig från mötespunkten och från det sårbara, patientsituationen kan objektivieras.

Men om resten av systemet står för objektivering så syns kanske inte detta, men det kan uppstå vid dilemman eller kris i den centrala mötespunkten där sjuksköterskan möter sårbarhet som en moralisk realism. Kvalitet relaterad till mötespunkten kan då inta ekonomisk rationalitet via standardiserade behandlingslinjer och flytdiagram, och omsorg och förmedlad trygghet en dold kvalitet förmedlad av norsk sjukskötersketjänst som tyst och gränslös position?

Det kan då se ut som att det uppstår en obalans i ekonomisk och moralisk rationalitetsform i samband med Sykehusreformen i tiden 1997-2007. Om det stämmer att norsk hälsopolitisk språkram går över till att upprätta språkligt fokus på mötespunkten som en evaluerad aktivitetsform i DRG, relaterad till att förminska kontakten med det enskilda sårbara för att uppfylla behovet att tillgodose de flesta sårbara individer, i uppvisad tillgänglighet.

Norsk hälsoorganisatorisk dialogbild kan också visa distansering till moralisk rationalitet i mötespunkten om den söker sig obalanserat mot ekonomisk rationalitet via standardiserad kvalitetsuppbyggnad. Den här nivån ser ur min förförståelse mest problematisk ut med olika, konstanta omorganiseringar av "lean", BPR och nyrationalistisk hållning som kanske kan ge svårighet att förvalta ett traditionellt moraliskt perspektiv inkluderat en original mening?

Norsk sjukskötersketjänst uppvisar i tidsperioden problem med att upprätthålla den moraliska realism på grund av trycket på mötespunkten, att det finns ett begrepp som omhandlar moralisk stress kan tyda på att problemen aktiveras i ett område som från organisatorisk nivå ställts som neutraliserad på sin verklighet? Problemet "finns då inte" men pågår för fullt.

Om detta är moralisk mobilitet kan diskuteras, för jag tror att alla på sjukhus, traditionellt menar att hela befolkningen ska få del av det moraliska gode men att det uppstått olika kunskapsvinklar i samband med Sykehusreformen, till hur sjukhus/helseforetak ska organiseras in mot den centrala mötespunkten. Det kan då mer se ut som moralisk ambivalens, att kanske alla som tillfrågas personligen om det helhetliga människovärde är eniga om dens fulla uppmärksamhet. Men att kanske system som sjukhus fungerar inom ställer om det moraliska handlingsgrundlaget till den kulturella stimulering som kan spridas in på sjukhus via organisatorisk förankring känd från samhällsbilden?

Mötespunkten ställs som väldigt viktig genom de nivåer jag sett på, den har kanske ett stort symbolvärde, för om problem uppstår centralt får det stor uppmärksamhet, speciellt om den är relaterad till att någon är avvissad och ej respekterad som människa.

För som politisk språkram påpekade i St.meld.nr.26 *verdigrunnlaget står si prøve i møtet mellom den enskilde pasienten og helsearbeideren*. Utifrån studiematerialet kan det tyckas som ett stort moraliskt ansvar för utövaren att hålla värdegrundlaget i mötet med tanke på att det kan se ut som att resten av systemet inte tillgodoser utövaren med moralisk rationalitetsform som kan kompensera för den ”yttre” uteblivna uppmärksamhet på människans existentiella grundvillkor?

6.2 Hypotesdiskussion

Jag menade i inledningen att jag ville göra ett försök på att använda en hypotes, moralisk mobilitet, genom studien. För att kunna ges vetenskaplig förankring så menar jag att hypotesen blir tunn, om den ska användas så krävs det en djupare förklaring och förankring i dels fenomenologi och textförklaring.

Moraliskt handlingsgrundlag byggs upp förenat i huvud och kropp, det krävs alltså fysisk närvaro av aktören till situationen. Genom studiematerialet har jag delat upp dessa och på så vis åtskilt huvud och kropp, politisk språkram har presenterat språk, organisatorisk dialogbild har presenterat dialog och norsk sjukskötersketjänst ett handlingsrum kanske under påverkan av de övriga nivåer. Men det är ändå intressant att försöka se hur språk, dialog, handling och tid kan studeras för att söka eventuella moraliska förändringar.

Vetlesen och Henriksen, som fått stå vägledande genom studiematerialet, för sin diskussion om samhällsbildens förändring och dess påverkan på moralisk rationalitet. Jag har då plockat ut den diskussion och fört in den i sjukhusstruktur som då får bilda ett slags samhälle i

samhällsbilden.

6.3 Metoddiskussion

Metodarbetet i studien blev förankrad till en abstrakt nivå, det blir då många perspektiv som på ett sätt flygs förbi utan djupare förklaring, och det kan skapa en vanskelig position att förhålla sig till, både för mig som uttryckare och för en läsare.

Det hade kunnat hjälpa om jag visat till begreppet för texttolkning då studien på sätt och vis förankrar sig i ord, ordformuleringar och dess sammanhang.

I den organisatorisk dialogbild hade jag kunnat visa mer av hur helseforetak förmedlar sitt uppdrag utåt, till exempel via bilder, broschyrer, hemsidor på internet.

Det jag upptäckt genom studiens gång men som inte använts som material i själva studien är att bilder kan visa tecken på moralisk rationalitetsform; det kan vara bild på en hand som håller en annan hand, ord relaterade till det fundamentala värdegrundlaget som en logo på helseforetaks hemsida, broschyrer gjorda av helseforetak som visar leende personal.

Här var grundlaget stort relaterat till att alla regionala och lokala helseforetak har sin egen profilering, sina respektive styringsdokument genom tidsperioden. Det gav inte en samstämd bild och vanskligt att hitta och fick utgå från denna studie, men ska påpekas att tecken finns relaterade till det permanenta värdegrundlag på organisatorisk nivå men oftast inte som första led.

Helseforetaks hemsidor på internet har också utskiftning och det var svårt att gå tillbaka i tid för att söka efter eventuell moralisk mobilitet relaterad till rationalitetsformer.

Som historiskt dokument för framtiden kan det ifrågasättas hur hemsidor och information sparas.

För den som är intresserad av att söka bilder kan jag rekommendera framsidan på Resultatevalueringen av Sykehusreformen, som jag tycker talar ett språk relaterat till moralisk mobilitet och den centrala mötespunkt som trygghetsskapande symbol.

Under en period försökte jag förankra studiematerialet till memorer (Witoszek, 1998), som traditionella bärande uttryck i den norska kulturella samhällsbilden. Det gjorde att studien fick för stor infallsvinkel och det fick utgå, men kan med fördel rekommenderas som studiematerial för en utökad förståelse av Norge och kulturella uttryck i samhällsbilden.

Nu är denna masterstudie tillbakavändande i tid och det blir då text som skapar grund att se på. Moraliskt handlingsgrundlag hade kanske varit mer sanningsenligt som direkt, kanske via deltagande observation över tid för att fånga upp ett kulturellt grundlag att basera forskning på.

Jag har också kanske använt mycket litteratur som går utanför det fält som jag skriver masteruppgift innanför, men studiens centrala förankringen anser jag ändå stå innanför det som masterprogrammet Professionsetik och diakoni motsvarar.

Det har dock varit en del av studien att försöka förstå också andra bilder utanför som påverkar in mot det fält jag specialiserar mig för, utmaningar för mötespunkten på sjukhus.

Frågeställningar som dykt upp på studiens väg.

Det finns ett flertal undringar som väckts genom arbetet då denna väg inte varit spikrak utan snarare gått in i olika krokar.

- Genom organisations teoretiska perspektiv diskuteras universell organisering, dagens managementbild har också ett traditionellt ursprung och då kanske uppväxt ur en annan välfärdsbild. Hur ser det ut när två differenta välfärdsstrukturer ska försöka ett kulturellt samspel, t.ex. universalism versus anglo-amerikansk. För det är intressant att kultur idag diskuteras via ansiktsfärg och de skilda religiösa, geografiska kulturer, men västlig kultur ställs som lik trots sin antagliga olikhet i välfärdsförankring?
- Det hade också varit intressant att se på kunskapsinförelse i sjukhus/helseforetak, hur är representationen av kunskap och förförståelse relaterad till ekonomisk rationalitet i toppledning. Och hur diskuterar den nivån det helhetliga människovärde för den sårbara?
- Finns det förändringar i utbildningar för norska sjuksköterskor för att klara handteringen av den moraliska stressen som kan uppstå på dagens sjukhus?

Litteratur

ABCNyheter. *Opprettholder advarselen*. [online]. Tillgjengelig från: <http://www.abcnyheter.no/node/83157> [hämtad 12. mars 2010].

Arntzen, E. 2007. *En forutsigbar helsetjeneste. Kvalitet og orden i eget hus*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Christoffersen, S. A. 1997. *Handling Person Samfunn. En innføring i grunnlagsetikk for helse- og sosialfagene*. Oslo. Universitetsforlaget.

Christoffersen, S.A. (Red.). 2005. *Profesjonsetikk*. Oslo. Universitetsforlaget.

Collste, G. 2002. *Inledning till etiken*. Lund. Studentlitteratur.

Everett, E. L. och Furseth, I. 2004. *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*. Oslo. Universitetsforlaget.

Gilje, N. och Grimen, H. 1993. *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Införing i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo. Universitetsforlaget.

Jacobsen, D. I. och Thorsvik, J. 2007. *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3. utgåva. Bergen. Fagbokforlaget.

Kälvemark Sporrang, S. 2007. *Ethical Competence and Moral Distress in the Health Care Sector. A prospective evaluation of ethics rounds*. Doktoravhandling. Uppsala Universitet.

Laegreid, S. och Skorgen, T. 2001. *Hermeneutisk lesebok*. Oslo. Spartacus Forlag.

Martinsen, K. 2000. *Øyet og kallet*. Bergen. Fagbokforlaget.

Moberg, Å. 2007. *HON var ingen Florence Nightingale. Människan bakom myten*. Stockholm. Natur & Kultur.

Muusmann Research & Consulting. 2007. *Evaluering av ambulansetjenesten og AMK Prehospital divisjon*. [online, abcsøk]. Ullevål Universitetssykehus, Oslo. Tillgjengelig från: http://www.ulleva.no/stream_file.asp?iEntityId=14395 [hämtad 20 april 2009].

Norges Forskningsråd. 2007. *Resultatevaluering av sykehusreformen*. Oslo. Norges Forskningsråd.

Norsk Sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. 2001

Norsk sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. 2007

Nortvedt, P. 1997. *Vård i Norden. Vi skaper ikke verdiene, men vi holder dem oppe: et bidrag til sykepleiens verditeori*. Årg. 17 nr. 3. s. 10-13, 20.

NOU 1997:2. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Sosial- og helsedepartementet.

Ot.prp. nr. 12 (1998-99). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Sosial- og helsedepartementet.

Ot.prp. nr.13 (1998-99). *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*. Sosial- og helsedepartementet.

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Sosial- og helsedepartementet.

Ramsdal, H och Skorstad, E. J. 2004. *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen. Fagbokforlaget.

Rapport fra Norsk Akkrediterings sektorkomite S9. 2002. *Veileder for bruk i helsesektoren. ISO 9001: Systemer for kvalitetsstyring-krav*. Norsk Akkreditering.

Røvik, K. A. 2007. *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo. Universitetsforlaget.

St.meld.nr. 26 (1999-2000). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Sosial- og helsedepartementet.

Sørhaug, T. 2004. *Managementalitet og autoritetens forvandling. Ledelse i en kunnskapsøkonomi*. Bergen. Fagbokforlaget.

Travelbee, J. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo. Universitetsforlaget.

Vetlesen, A. J. och Henriksen, J-O. 2003. *Moralens sjanser i markedets tidsalder. Om kulturelle forutsetninger for moral*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. 2002. *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Vike, H. 2004. *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo. Akribe.

Vike, H. och Haukelien, H. 2007. *Velferdspolitik ved reisens slutt*. Norsk Sykepleierforbund.

Wikipedia. *Ambulansesaken 2007*. [online]. Tillgänglig från:
[http://no.wikipedia.org/wiki/Ambulansesaken_\(2007\)](http://no.wikipedia.org/wiki/Ambulansesaken_(2007)) [hämtad 26 november 2009].

Wikström, O. 2006. *Sonjas godhet*. Stockholm. Bokförlaget Natur och Kultur.