

Verdibasert ledelse i dydsetisk perspektiv

**- med utgangspunkt i ansvar for egen helse
og rehabilitering**



Siren Eriksen

Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni

Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Veileder: professor Trygve Wyller

Våren 2006

”Jeg har en fysioterapeut,” forteller min venn Sigmund meg. ”Du skjønner, ryggen min har det med å låse seg. Så en gang i året kommer jeg til han med ryggen, og hver gang sier han: ”Nå, Sigmund, hvor ofte trener du?” Og hver gang trekker jeg litt på det, ser ned i bakken, betrakter skotuppene mine og innrømmer: ”Neeei... Det blir ikke så ofte som jeg burde... Jeg trener vel i grunnen egentlig ikke noe særlig i det hele tatt.” Og hver gang ser han på meg med et blick fullt av bebreidelse. Så rister han på hodet og sukker tungt”.

Innhold

FORORD	7
1 INNLEDNING	
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVE	9
1.2 TEMA, PROBLEMSTILLING OG PROBLEMHORISONT	
1.2.1 Tema	10
1.2.2 Problemstilling	11
1.2.3 Problemhorisont	12
1.3 SENTRALE BEGREPER – AVGRENSING OG DEFINISJON	
1.3.1 Verdibasert ledelse	13
1.3.2 Dydsetikk	14
1.3.3 Ansvar for egen helse	16
1.3.4 Menneskebehandler profesjon	20
1.3.5 Rehabilitering og Rehabiliteringssenteret	21
1.3.5.1 Bakgrunn og sammenheng	22
1.3.5.2 Arbeidsoppgaver og arbeidsforhold	23
2 TEORETISK HORISONT	
2.1 DYDSETIKK HOS ALASDAIR MACINTYRE	27
2.1.1 Sosial praksis	
2.1.1.1 Det gode	27
2.1.1.2 Sosial praksis	28
2.1.1.3 Eksterne og interne goder	29
2.1.2 Narrativ etikk	29
2.1.3 Moraltradisjon	30
2.2 DYDSETIKK OG DØMMEKRAFT	31
2.3 DYDSETIKK OG PROFESJON	32
3 METODEVALG OG ETISKE OVERVEIELSER	
3.1 METODEVALG	37
3.1.1 Det kvalitative forskningsintervjuet	37
3.1.2 Gjennomføring av intervjuene	37
3.2 ETISKE OVERVEIELSER	38
4 ANALYSE	40
4.1 REHABILITERINGSSENTERET SOM ARBEIDSPASS OG KONTEKST.....	40
4.2 VERDIEN ANSVAR FOR EGEN HELSE:	42

FRA "HJERTEROTA" ELLER "SOM FOREBYGGING" ?	42
4.2.1 Verdier ved Rehabiliteringssenteret	45
4.3 MØTET MED PASIENTEN	46
4.3.1 Mennesket er en fin motorikk	48
4.3.2 Rollen: Å gi av seg selv eller å være helseselger	51
4.3.3 Ambivalens: Pasientens rettigheter. Profesjonsutøverens reaksjoner.	58
4.3.4 "Jeg orker ikke når du ikke er her", og andre fortellinger	61
4.3.5 "Mener du taushet og sånn ..?" Egenskaper, holdninger og yrkesetikk	64
4.4 OPPSUMMERING AV ANALYSEN	69
5 DISKUSJON	73
5.1 REHABILITERINGSSENTERET SOM ORGANISASJON OG SOSIAL PRAKSIS	74
5.2 VERDIEN ANSVAR FOR EGEN HELSE	76
5.2.1 Eksterne goder	77
5.3 MØTET MED PASIENTEN: INTERNE GODER	78
5.3.1 Møtet skal lede til handling	81
5.3.2 Møtet er asymmetrisk	83
5.3.3 Profesjonsutøveren: Rollen og mandatet	85
5.4 GJØRE VERDIENE TIL SINE	87
5.5 SAMLE DE ANSATTE OM VERDIER	90
5.6 REHABILITERINGSSENTERET OG DILEMMAENE	95
5.7 OPPSUMMERING	96
LITTERATUR OG REFERANSELISTE	99
VEDLEGG	
1. Samtykkeerklæring	103
2. Intervjuguide	104
3. Tilråding fra REK Sør	105
4. Godkjenning fra ledelsen ved "Rehabiliteringssenteret"	106

Forord

Takk til de ti informantene, sykepleiere og fysioterapeuter ved Rehabiliteringssenteret, som delte sine tanker og fortellinger med meg. Uten dere ville ikke denne studien vært mulig.

Takk til ledelsen ved Rehabiliteringssenteret som lot meg gjennomføre undersøkelsen ved institusjonen, og som stilte dokumenter til min disposisjon.

Takk til veilederen min, professor Trygve Wyller for samarbeid, fleksibilitet og oppmuntring.

Takk til Tordis og Ragnar for all praktisk hjelp og støtte.

Men mest av alt takk til Robert, Hannah og Maud. Uten dere hadde dette fremdeles bare vært en drøm.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

De siste fire årene har jeg jobbet som sykepleier innen rehabiliteringsfeltet. Jeg har møtt mennesker med mange ulike funksjonsproblemer. Noen har avgrensede, fysiske plager som for eksempel etter en hofte- eller kneoperasjon. Mange av dem har bare behov for treningsprogram og enkel veiledning. Andre har sammensatte, komplekse plager og har slitt med funksjonsproblemet sitt i mange år, som for eksempel en del personer med ryggglidelser. Mange av disse menneskene har behov for omfattende, tverrfaglig veiledning. De trenger profesjonsutøvere som er villige til å skape en trygg og god relasjon med dem, og som tør og har tid til å gå inn i det komplekse rundt deres funksjonsproblem. Profesjonsutøvere som lytter, ser dem som hele mennesker, og som veileder dem videre. Ofte hører vi pasientene si: ”Det er ingen som har tatt meg på alvor før” eller ”Det er ingen som har konfrontert meg med dette før”. Det er utfordrende og krevende å se sammenhengene og finne gode veier som passer den enkelte. Det korte oppholdet ved rehabiliteringsinstitusjonen er bare en liten del av prosessen. Rehabiliteringen krever egeninnsats, og må fortsette når personen kommer hjem.

Innen rehabiliteringsfeltet snakkes det mye om pasienter som ikke tar ansvar for egen helse og hvordan profesjonsutøverne skal få pasienten til å ta sitt ansvar. Ansvar for egen helse er et sentralt begrep, en verdi. Det er et begrep som benyttes i stor grad, og ofte med den største selvfølgelighet av profesjonsutøverne. Men ansvar for egen helse er ikke et entydig begrep. Det er et begrep med mange sider og ulike praktiske og teoretiske utfordringer. Hva mener vi egentlig når vi sier at pasienten har ansvar for egen helse? Hvordan jobber vi i forhold til begrepet? Kan vi stille krav til pasienten? Hvor langt kan dette kravet gå – vi jobber da med voksne, opplyste mennesker? Jeg har erfart at profesjonsutøvere ofte har ulik oppfatning av ansvar for egen helse, og at dette gjerne er knyttet til profesjon. Men vi snakker sjelden om innholdet i begreper som dette. Dette har jeg ønsket å belyse nærmere på i denne oppgaven. Masterstudiet i profesjonsetikk har gitt meg mulighet til å se disse utfordringene fra min arbeidshverdag i lys av metoden verdibasert ledelse og dydsetisk teori.

1.2 Tema, problemstilling og problemhorisont

1.2.1 Tema

Verdibasert ledelse er en moderne ledelsestenkning som er mye omtalt og beskrevet i vår tid. Verdibasert ledelse fokuserer på at organisasjon må søke verdier og visjoner som definerer organisasjonen, og gjennom det, bygge legitimitet og kultur, slik at det samler de ansatte om verdier og visjoner. Nøkkelverdiene skal være noe medarbeiderne kan identifisere seg med ut fra sin egen selvforståelse. Det er ønskelig at medarbeiderne opplever verdiene som viktige for seg selv, og at de gjennom det, føler seg ansvarlige i forhold til dem. Verdibasert ledelse er i seg selv verken spesielt etisk eller uetisk kvalifisert. Sentrale utfordringer som en organisasjon derfor må ta stilling til er: Hva gagnar vår organisasjon? Hvilke verdier fokuserer vi på i vår organisasjon? Hva er vår visjon? Hvilke verdier er viktig for oss? Hvilke verdier kan vi samles om? De grunnleggende verdiene vises gjennom hvordan medarbeiderne handler, altså hvordan medarbeiderne utfører sin rolle. Verdier og oppfatninger som uttrykkes i arbeid, kan føre til engasjement, entusiasme, pågangsmot, og gjennom det, til et konkurransedyktig selskap (Badaracco og Ellsworth 1989, Jacobsen og Thorsvik 2002).

For å sikre organisasjonens eksistens, er det også nødvendig å tilfredsstillere eksterne gruppers interesser og verdier. Organisasjoner må forholde seg til samfunnet rundt seg og eksterne regler i større eller mindre grad. Dette kan for eksempel være lovverk, politiske føringer, aksjonærers interesser, markedsinteresser, ulike instanser som har gitt økonomiske bidrag osv.

Verdibasert ledelse setter fokus på lederrollen. Det er lederstyrte prosesser som skal definere nøkkelverdiene og jobbe for å samle de ansatte om dem. Intensjonen er å samle de ansatte om verdier til det beste for fellesskapet. De fleste organisasjoner vil oppleve motsetninger mellom verdier. Det vil være en utfordring å samle de ansatte på tvers av profesjongrensener og med ulike personligheter, om verdier. Hvordan skal en organisasjon gå fram for å finne de grunnleggende verdiene som alle kan jobbe sammen om? Hva kan ledelsen gjøre for at verdiene skal møte hver enkelt medarbeider slik at hun gjør verdien til sin og synliggjør den i sitt arbeid?

Verdibasert ledelse forteller mye om intensjoner og hvorfor nøkkelverdier i organisasjonen er viktig, men sier lite om hvordan ledelsen kan komme gjennomføre metoden i organisasjon. Den irsk-amerikanske moralfilosofen Alasdair MacIntyres dydsetiske teorier tar sitt utgangspunkt i praksis, og fokuserer på individet som en del av et fellesskap. MacIntyre er opptatt av at sammenhengen mellom personen og rollen. Han fremhever fortellerformen som et viktig og praktisk bidrag for å bevisstgjøre, forstå og fortolke fellesskapet. Med utgangspunkt i dette mener jeg at MacIntyres dydsetikk kan være en fruktbar teori som verdibasert ledelse kan støtte seg til (MacIntyre 1985).

1.2.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i verdibasert ledelse og Alasdair MacIntyres teorier om dydsetikk spør jeg:

På hvilke måte blir metoden verdibasert ledelse utfordret av teoriene om dydsetikk?

Problemstillingen vil i denne oppgaven bli belyst og diskutert ut fra et bestemt case. Jeg setter fokus på en konkret rehabiliteringsinstitusjon, her kalt Rehabiliteringssenteret, institusjonens ansatte representert ved sykepleiere og fysioterapeuter, og en konkret nøkkelverdi, *ansvar for egen helse*, som er nedfelt i institusjonens behandlingsfilosofi.

Underliggende spørsmål vil være:

- * Er teoriene om dydsetikk tjenelige redskaper til å supplere og tydeliggjøre verdibasert ledelse med utgangspunkt i forholdene ved Rehabiliteringssenteret?
- * Preger profesjon hva slags holdninger som finnes? Er det forskjell på sykepleiere og fysioterapeuters holdning?
- * Hvordan forholder profesjonsutøverne seg til ansvar for egen helse slik verdien er gitt retning i Rehabiliteringssenterets filosofi?
- * Er det samsvar mellom nøkkelverdien ansvar for egen helse og profesjonsutøvernes ideologi?
- * Er det sammenheng mellom behandlingsfilosofien og profesjonsutøvernes praksis?

1.2.3 Problemhorisont

Begrepet *ansvar for egen helse* har vært et sentralt begrep i det norske helsevesen de siste 20 - 25 årene. Det kan se ut til at begrepet blant annet fikk sin plass som et resultat av den omfattende utviklingen av velferdsstaten. Diskusjonene om velferdsstatens krise skapte et fokus på at individet i større grad må ta et ansvar for seg selv, være aktive for å styrke egen helse. Et annet fokus har vært betydningen av å respektere pasienter og klienters *selvbestemmelse, autonomi og rettigheter*. Ansvar for egen helse er altså ikke et entydig begrep, men et begrep som en kan se på fra flere sider. Som sykepleier innen rehabiliteringsfeltet, opplever jeg at profesjonsutøvere knyttet til dette feltet, ofte har svært ulike oppfatninger av begrepet, både på det ideologiske plan og mht. det som utøves i praksis. Ansvar for egen helse synliggjør mange praktiske og teoretiske utfordringer. Begrepet står mellom rettighet og plikt, ideologi og praksis, lekmann og profesjonsutøver, tradisjon og fornyelse.

Rehabiliteringssenteret er en norsk spesialistinstusjon for rehabilitering, som drives etter Lov om Spesialisthelsetjenester. Instusjonen har en driftsavtale med en av helseregionene, og er et privateid aksjeselskap. Rehabiliteringssenterets ledelse er opptatt av verdibasert ledelse. En sentral verdi i instusjonens behandlingsfilosofi er ansvar for egen helse. Verdien er nedfelt i instusjonens strategiske plan:

Hvert menneske er unikt, med sine fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle sider. Rehabiliteringssenteret arbeider ut fra filosofien om at hvert enkelt menneske har ansvar for sitt liv og sine valg. Våre pasienter har selv ansvar for å styre livet sitt i den retning de ønsker (Rehabiliteringssenteret 2005a).

Rehabiliteringssenterets behandlingsfilosofi fremhever en individorientert tenkning rundt ansvar for egen helse, med vekt på den enkeltes autonomi. Her er det pasientens rettigheter som er hovedfokus.

Fra et verdibasert ledelsesperspektiv, er det viktig for Rehabiliteringssenteret at de ansatte står samlet om verdien ansvar for egen helse, slik den kommer til uttrykk i behandlingsfilosofien. Og ikke bare det, for verdibasert ledelse er det et hovedpoeng at de ansatte opplever denne verdien som viktig og at de føler ansvar overfor den. Når verdien kommer til uttrykk i møtet

mellom profesjonsutøveren og pasienten, vil det forhåpentlig være til pasientens beste at de ansatte har den samme holdningen.

Ved Rehabiliteringssenteret jobber det profesjonsutøvere fra ulike helseprofesjoner. De to største gruppene er sykepleiere og fysioterapeuter. Jeg har intervjuet 5 sykepleiere og 5 fysioterapeuter, som alle er ansatt ved institusjonen, om deres holdninger til ansvar for egen helse og deres forhold til den institusjonen de jobber ved. Dette materialet danner utgangspunkt for diskusjonen.

1.3 Sentrale begreper - definisjon og avgrensning

1.3.1 Verdibasert ledelse

Ledelse kan generelt betegnes som sosiale prosesser der det øves innflytelse overfor individ eller gruppe i den hensikt å oppnå felles mål og goder. *Verdibasert ledelse* (heretter kalt vbl) er beskrevet i mye av den moderne ledelseslitteraturen. I Jacobsen og Thorsviks "Hvordan organisasjoner fungerer", beskrives vbl slik: "*(..) ledere må formulere og kommunisere en visjon og verdier som gir organisasjonen mening, og som er av en slik karakter at ansatte føler at det organisasjonen driver med, er viktig, og derfor velger å engasjere seg i organisasjonens arbeid*" (Jacobsen og Thorsvik 2002: 399).

Vbl handler altså om å kommunisere verdier og en visjon som definerer organisasjonen, samler de ansatte og gir dem et eierforhold til arbeidsstedet sitt. Visjon er også et samlende element i organisasjonen. Jacobsen og Thorsvik fremhever at en visjon må bygge på organisasjonsmedlemmenes ønsker, interesser og verdier. Slik kan en skape engasjement. Visjon tar altså utgangspunkt i verdi. Vbl går ut på å koble sammen gjenkjenning (Hvilke situasjon eksisterer?), identitet (Hvilke type organisasjon er vi?) og handlingsvalg (Hva gjør situasjonen i denne situasjonen?) (Askeland 2003, Jacobsen og Thorsvik 2002:400).

Tankene om vbl kan føres tilbake til institusjonell ledelse som setter fokus på selve lederrollen. Med denne teorien som utgangspunkt, har det utviklet seg flere teorier. Noen fokuserer på en organisasjons interne forhold, og er opptatt av hvordan verdier og normer kan

brukes som styringsvirkemiddel. Andre er opptatt av hvordan lederen kan bruke verdier og normer som strategisk virkemiddel når organisasjonen skal tilpasses omgivelsene.

Philip Selznicks arbeid kan sies å være et felles utgangspunkt for teorier under paraplyen vbl. Han mener at ledelse er å fremheve nøkkelverdier og bygge en sosial struktur rundt dem. En leder er først og fremst ekspert på lansering og beskyttelse av verdier. Organisasjonene må gjøres til noe mer enn et virkemiddel eller et instrument for ledere og eiere. Dersom de ansatte har spesielle følelser for organisasjonen, vil det vises gjennom engasjement og interesse for å opprettholde organisasjonen. Selznick hevder at ekte ledelse innebærer å *”påvirke den sosiale fortolkningen av hva organisasjonen står for, og bygge opp legitimitet rundt organisasjonen og dens virksomhet”* (Jacobsen og Thorsvik 2002: 399).

For at organisasjonens grunnleggende verdier skal bli levende i organisasjonen, må de ansatte gjøre verdiene til sine. I følge Thorsvik og Jacobsen er det lederens oppgave å gjøre visjon og verdier viktig og samle medarbeiderne om dem. Det legges vekt på fellesskap, samhandling, dialog og bygging av bedriftskultur. Grunnleggende, felles verdier som blir mer enn pene ord, kan skape et klima for bevisste, etiske overveielser i organisasjonen og har et potensial til å samle medarbeiderne også om andre verdier. Vbl kan være å stimulere medarbeiderne til å fokusere på verdier generelt og være opptatt etiske problemstillinger.

Begrepene verdi, dyd, holding, handling og visjon, vil være sentrale begreper i denne oppgaven. Vbl tar utgangspunkt i begrepet verdi. Dette er et sammensatt begrep. Anfinn Stigen deler grovt opp verdi i to hoveddeler: a) Livsverdier, dvs. ting eller forhold av avgjørende betydning for menneskers tilværelse og liv. Dette kan f.eks. være tillit mellom mennesker. b) Økonomiske verdier, dvs. penger, materielle goder som ikke er en verdi i seg selv, men midler til å oppnå reelle verdier (Stigen 1983:13).

1.3.2 Dyddsetikk?

Dyddsetikk var den dominerende etiske teorien i klassisk gresk etikk som hos Aristoteles og Platon, og finnes også hos noen av teologihistoriens kristne tenkere som Augustin og Thomas Aquinas. Den klassiske dyddsetikken beskriver moralske dyder som noe mer ved mennesket enn tekniske ferdigheter. I boken *”Profesjonsetikk”* skriver Wyller at dyder er det samme som karaktertrekk og egenskaper. Ruyter utyper dette synspunktet ytterligere i samme bok ved å

knytte dyder mot profesjonsetikk: ”Egnethet vil være et spørsmål om moralske egenskaper og kvaliteter – i måten å være på, i måten å bedømme situasjoner og i måten å handle på. Et sammenfattende ord for disse egenskapene og kvalitetene er dyder”. Han skriver videre at en profesjonsutøver ikke bare skal kunne sitt fag, men at det også er en forutsetning at hun har tilegnet seg bestemte dyder (Ruyter i Christoffersen 2005:106, Wyller i Christoffersen 2005).

Aristoteles mente at dyder var noe som måtte læres gjennom oppdragelse og erfaring. Dyder er ikke noe vi har med oss fra fødselen av, men som vi har naturlig anlegg for å tilegne oss. Når et menneske har utviklet visse karaktertrekk eller holdninger som gjør det i stand til å virke på sitt beste i forhold til visse standarder for hvordan en bør opptre, da har mennesket dyd (Thommessen og Wetlesen 1996).

For å sette dydsetikken inn i en sammenheng, har jeg henvendt meg til Thommessen og Wetlesens grunnbok ”Etisk tenkning. En historisk og systematisk innføring”. Her plasseres dydsetikken under en normativ, teleologisk paraply. Normativ, fordi dydsetikken sammen med andre teorier som nytteetikk, pliktetikk og rettighetsetikk, formulerer, begrunner og systematiserer normer og verdier knyttet til i dagliglivets moral. Og teleologisk (av det greske ordet *telos* som betyr formål), fordi dydsetikk er en formålsetikk, der formålet er å virkeliggjøre det som gir det høyeste gode. Dydsetikken ser på det gode liv som målet for alle handlinger. En handling vurderes som riktig eller gal ut fra om den er god (dyd) eller dårlig (last). Men dydsetikken har ikke et hovedfokus på konsekvensene av handlingen. Handlingen vurderes som god eller dårlig i seg selv. Dette skiller dydsetikk fra en annen normativ, teleologisk retning, nytteetikken, som antar at handlinger ikke kan være gode i seg selv, bare i kraft av handlingens konsekvenser (Thommessen og Wetlesen 1996).

Den irsk-amerikanske moralfilosofen Alasdair MacIntyre har gjennom sin bok ”After Virtue. A Study in Moral Theory”, fra 1981, tatt til orde for nytenkning og fornyelse av den tradisjonelle dydsetikken. Han tar utgangspunkt i Aristoteles teorier, men har utviklet teoriene videre til en kritisk diskusjon om moderne etikk. MacIntyre vektlegger en narrativ og holistisk tenkning med fokus på den enkeltes personlige egenskaper og med orientering mot praksis. Han hevder at etikken behøver en radikal fornyelse, dersom den skal kunne bidra vesentlig i dagens samfunn (Asheim 1997, MacIntyre 1985, Wyller i Christoffersen 2005). Videre i denne oppgaven vil jeg benytte den moderne teorien om dydsetikk som fremsatt av

MacIntyre. Hovedpunkter ved MacIntyres teorier om dydsetikk vil jeg utdype og klargjøre under kapittel 2.

1.3.3 Ansvar for egen helse

Utviklingen av den norske velferdsstaten danner bakteppe for dagens norske helsevesen - dets funksjon, rammer og organisasjon, og helseprofesjonenes mandat og utvikling. Her er det lange tradisjoner og tykke røtter. Derfor kan det være riktig å starte der når en skal se på helseprofesjonenes forhold til begrepet ansvar for egen helse, og begrepet som en del av det norske helsesystemet.

Allerede ved århundreskiftet, 1800/1900 startet ideen om den norske velferdsstaten. Inspirert av først den tyske Bismarck-modellen, og senere den liberale Beveridge-modellen fra Storbritannia, utviklet den Skandinaviske velferdsmodellen seg, spesielt etter den andre verdenskrig. I Norge var utviklingen av velferdsstaten et tverrpolitisk prosjekt som det var stor enighet om. Dette kan en blant annet se av i de politiske partienes fellesprogram fra 1945 (Hatland et al 1994).

Kjernen i begrepet velferdsstaten er tanken om at det offentlige (staten) har et grunnleggende ansvar for inntektssikring, helse og omsorg. Det som særpreger den Skandinaviske modellen er den universelle velferdsordningen der alle, hele befolkningen, er inkludert. Rettighetene har hver enkelt i kraft av at de er borgere i nasjonen. Velferdsstaten skal skape sikkerhet, og sikre likhet for borgerne. I tråd med økonomisk vekst, og med politisk konsensus i ryggen, vokste velferdsstaten raskt fra 1950 (ibid).

I dag er statens rolle som den som ivaretar folks velferd, nærmest blitt politisk selvsagt. Velgerundersøkelser har, siden 1960-tallet, vist solid oppslutning om velferdsstaten. Men holdningene er blitt mer blandede de siste årene, i den forstand at det er stor oppslutning om noen ordninger og mindre oppslutning om andre. Diskusjonen foregår sjelden på nivået ”for eller mot velferdsstat”, men konsentrerer seg ofte om økonomi: Velferdsstaten er for dyr, omfanget av velferdsstaten er for stort, og de økonomiske midlene skal benyttes riktig, fornuftig og effektivt innen velferdsstatens rammer (ibid, Christoffersen 1997).

Det eksisterer også en annen type kritikk som dreier seg om at velfredsstaten blander seg inn i og forsøker å ta ansvar for ting den ikke har noe med. Systemet fratir individet initiativ og ansvar for seg selv, gjør folk avhengige av det offentlige, og gir støtte til folk som selvforskyldt er kommet i problemer. Velferdsstaten viser mangel på respekt for enkeltindividet og dets rettigheter og krenker privatlivets fred. Allerede i 1952 målbar Oslo-biskop, biskop Berggrav noe av denne kritikken. Berggrav advarte mot den velordnede og totalregulerte stat som ville kontrollere og ha innpass alle steder. Han var kritisk til en velferd der staten både er premissleverandør og den som utfører velferden. Berggrav hevdet at statens innblanding i livsgruppene (som for eksempel familien, skolen, arbeidet, foreningen, organisasjonen) fratok dem oppgaver og ansvar, noe som førte til en upersonlig velferd og som svekket folks ansvarsfølelse og besluttsomhet (Berggrav 1952, Christoffersen 1997, Hatland 1994, Midttun 1998, Tønnesen 2000).

De siste 25 årene har det vært skrevet mye om krise i velferdsstaten. OECD-rapporten "The Welfare State in Crisis" fra 1981 ga starten til en felles, tverrnasjonal ideologisk bevegelse for at individet må ta større ansvar for seg selv, og at nye former for samhandling mellom offentlige og private aktører må stimuleres. Det ble vektlagt at enkeltindivider, naboskapsgrupper, nærmiljø og frivillige organisasjoner var viktige faktorer for økt velferd. (Christoffersen 1997).

På 1980 og 1990-tallet ble det i helsevesenet i Norge, satt fokus på betydningen av å respektere pasienter og klienters *selvbestemmelse, autonomi og rettigheter*. Konsekvenser av sinnelagsetikken, den dominerende etikk innen helse- og sosialprofesjonene i flere generasjoner, kan ha vært en medvirkende årsak til dette endringsfokus. Sinnelagetikken vektlegger at det er profesjonsutøverens vurderinger og sinnelag som er det vesentlige. Konsekvenser av handlingen og pasientens reaksjoner, er mindre viktige. Fremhevingen av selvbestemmelse, autonomi og rettigheter flytter fokus fra profesjonsutøverens sinnelag til pasientens opplevelse og ønsker for eget liv. Det ble fremhevet at hvert individ er verdifullt i seg selv. Behandlingen hver pasient fikk, måtte være forutsigbar, og ingen skulle behandles vilkårlig. I den universalistiske velferdsstaten skulle alle ha de samme rettigheter, uavhengig av kjønn, alder, livssyn, sosial sammenheng eller økonomisk situasjon (Wyller i Christoffersen 2005, Ruyter i Christoffersen 2005).

Arne Johan Vetlesen målbærer et annet perspektiv ved å henvise til to særlige trekk ved samfunnet vi lever i: Kulturell pluralisme og moralsk individualisme. Mulighetene i dagens samfunn synes å være uendelige. Markedssamfunnet gir konsumentene det de vil ha. Det eksisterer en tidsriktig, liberal idé om den enkeltes frihet og rett til selv å velge, uten å være forpliktet på bestemte kvaliteter og felles goder gjennom andre. Sosialantropologen Marianne Gullestad har sammenliknet oppveksten i Norge i 1920 og 1970, og konkluderer med at det i løpet av disse tre generasjonene, har skjedd en endring i folkelig tankegang fra ”disiplin og plikt” til ”ekspressivitet, å finne – og uttrykke seg selv”. Pedagogikkprofessor Lars Løvlie hevder at dette nye synet på individet må skape en ny forståelse av ansvar. Fordi ansvar ikke lenger er noe som er gitt hvert enkelt individ, som noe iboende i form av en kantiansk selvlovgiving, må ansvaret pålegges individet utenfra (Ruyter i Christoffersen 2005, Vetlesen 1998, Wyller i Christoffersen 2005).

Autonomi, selvbestemmelse, rettigheter og respekt er viktige begreper også i dag, men nye begreper som relasjon, avhengighet og også barmhjertighet, har dukket opp de senere årene (Norsk Sykepleierforbund 2001). Wyller hevder at denne fokusendringen er et uttrykk for en skepsis til om forankringen av profesjonsetikk i autonomi, selvbestemmelse, respekt og rettighet egentlig var til det beste for pasienten. Dette fokuset la ikke en tilstrekkelig vekt på betydningen av det praktiske møtet mellom pasient og profesjonsutøver, som et møte som lever, forplikter, og som er grunnleggende i seg selv (Wyller i Christoffersen 2005).

Begrepet *ansvar for egen helse* er et synlig begrep i helse-Norge i dag. I Stortingsmelding 21 Ansvar og meistring. Mot heilskapleg rehabiliteringspolitikk står det:

Rehabilitering må ta utgangspunkt i mennesket sin rett til sjølv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere egne mål. Rehabiliteringsverksemda skal motverke sjukdomsfokusering og passive pasientroller, og fremje personleg ansvar og eigen meistring. Tenestene skal medverke til å få innsikt i egne behov, høve og avgrensingar, og sikre størst mogeleg grad av eigen kontroll over rehabiliteringsprosessen (St.meld 21, 1998-99).

I innledningen til Stortingsmelding nr. 45/2003 *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene* står det blant annet: ”Den einskilde har også sjølv ansvar for å ta vare på sitt eige liv og si eiga helse (..) ” (St.meld. 45, 19). Og i Kommunehelsetjenesteloven,

Forskrift om habilitering og rehabilitering, heter det at en skal ha: ”*respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel* ” (HOD 1982).

Rehabiliteringssenterets behandlingsfilosofi er tidstypisk. Den er i samsvar med lovverk, helsepolitiske føringer og sykepleiere og fysioterapeuters yrkesetiske retningslinjer:

Hvert menneske er unikt, med sine fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle sider. Rehabiliteringssenteret arbeider ut fra filosofien om at hvert enkelt menneske har ansvar for sitt liv og sine valg. Våre pasienter har selv ansvar for å styre livet sitt i den retning de ønsker (Rehabiliteringssenteret 2005a).

Behandlingsfilosofien har flere sentrale elementer. For det første peker den på at hvert enkelt menneske er unikt. Siden dette er en behandlingsfilosofi, tolker jeg det slik at hver enkelt pasient skal møtes og respekteres som det enkeltindividet det er. Behandlingen må tilrettelegges og formes med utgangspunktet i hvert enkelt menneske. Videre fremheves et helhetlig menneskesyn, en presisering og en anerkjennelse av at mennesket har fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle sider som henger sammen, og er deler av det samme mennesket. Disse to sentrale elementene ligger til grunn for det tredje, sentrale elementet: Hvert enkelt menneske har ansvar for sitt liv og sine valg, og ansvar for å styre livet sitt i den retningen det måtte ønske. I denne formuleringen ligger det en ansvars plassering. Det er pasienten som har ansvaret for sitt liv og sine valg, ikke profesjonsutøverne han møter på Rehabiliteringssenteret. Men det synliggjør også pasientens rett til å styre livet i den retning han ønsker, også om dette ikke måtte samsvare med profesjonsutøverens mening om hva som ville være det best for pasienten. Det er pasienten som har ansvaret, og retten til å bestemme hvordan han vil utøve det.

Slik jeg ser det finnes det tre nøkkelverdier i Rehabiliteringssenterets behandlingsfilosofi:

- 1) Respekt for enkeltindividet
- 2) Et helhetlig menneskesyn
- 3) Retten til å ta ansvar for egen helse.

Videre i oppgaven vil jeg i hovedsak konsentrere meg om retten til å ta ansvar for egen helse, formulert som ansvar for egen helse.

1.3.4 Menneskebehandlernde profesjon

Profesjon kan defineres som hos Ulf Torgersens i boken *Profesjons sosiologi* fra 1972:

Vi sier at vi har en profesjon hvor en bestemt, langvarig, formell utdannelse erverves av personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte yrker som i følge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med den utdannelsen (Torgersen 1972:8).

Dette er en klassisk definisjon som synliggjør noe av essensen ved begrepet; det dreier seg om bestemte yrker som oppnås gjennom en bestemt utdannelse (Gjerne av langvarig og akademisk karakter, feks. profesjonen teolog og vitenskapen teologi, profesjonen lege og vitenskapen medisin). Profesjonen har monopol på yrkesutøvelsen innen sitt fag og innehar en autorisasjon som gjør at de får en offentlig godkjenning til å utføre sin profesjon.

Profesjonsetikk anses som svært viktig fordi profesjonen har et særlig ansvar og spesielle forpliktelser i samfunnet. Profesjonens samfunnsoppgaver er knyttet til spesielle privilegier og rettigheter. Derfor er det viktig med en egen og bestemt profesjonsetikk (Christoffersen 2005)

Den klassiske definisjonen av profesjon er fremdeles viktig, men profesjonsbegrepet er et begrep i endring, og det har vært behov for å utvikle nye og komplekse tilnæringsmåter. Med utgangspunkt i Sarah Banks bok "Ethics, Accountability and the Social Professions" og Svein Aage Christoffersens bok "Profesjonsetikk" vil begrepet belyses ytterligere under kapittel 3, Teoretisk tilnærming.

Denne oppgaven vil ha et spesielt fokus på profesjonene fysioterapeut og sykepleier, det vil si offentlig godkjente fysioterapeuter og sykepleiere. Disse profesjonene må kunne karakteriseres som menneskebehandlernde profesjoner, definert som "de som måler resultatet av sin produksjon med menneskelige mål" (Christoffersen 2005).

Profesjonen sykepleie har sitt utspring i diakonissetradisjonens "christelige kjærlighedsgering". Den første sykepleierutdanningen i Norge ble opprettet ved Diakonissehuset i Christiania i 1868. Her ble kristne, ugifte kvinner utdannet til sykepleiegjerningen. Deres arbeid var ulønnet, oppofrende kallsarbeid. Sykepleieprofesjonen er rettet mot menneskets

grunnleggende behov. Omsorg er et sentralt begrep knyttet til profesjonen (Martinsen 1984, 1990, 2003a, 2003b).

Profesjonen fysioterapi har tre hovedrøtter; ortopedi, massasje og gymnastikk. I Norge fikk faget sin første utdanningsinstitusjon i 1897, utdanningen av sykegymnaster ved Christiania othopædiske Institut, og dette regnes som forløperen til den moderne utdanning av fysioterapeuter. Profesjonens lange kamp for anerkjennelse og opparbeidelsen av faget som har foregått gjennom mange år, er bredt beskrevet av Kari Helene Haugen i boken ”En utdanning i bevegelse – 100 år med fysioterapiutdanning i Norge. Profesjonens egenart og fysioterapifagets spesielle funksjon beskrives i dag lik: I fysioterapifaget vektlegger vi bevegelse både som grunnleggende kjennetegn og forutsetning for sosialt liv, som problem og som virkemiddel” (Haugen 1997: 291, Holmström et al 1993).

I oppgaven vil jeg benytte begrepene fysioterapeut / sykepleier, informant og fagperson om hverandre. Jeg har valgt å benytte begrepet ”pasient”, og ikke for eksempel klient eller bruker. Fysioterapeut / sykepleier betegnes som ”hun”, men pasienten betegnes som ”han”.

1.3.5 Rehabilitering ved Rehabiliteringssenteret

Rehabilitering er et eget, prioritert felt i det norske helsevesenet. Stortingsmelding 21 Ansvar og meistring. Mot heilskapleg rehabiliteringspolitikk fra 1998, tar for seg begrepet rehabilitering. Stortingsmeldingen brukes som en rettesnor for rehabiliteringsfeltet i dag, og denne korte redegjørelsen vil ta utgangspunkt i denne meldingen.

Rehabilitering kan defineres som:

tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (St.meld 21 1998-99: 10).

Rehabilitering er rettet mot voksne med funksjonsproblemer og er noe annet enn behandling, selv om grensene kan være uklare. Rehabilitering er en prosess og ikke et enkeltstående tiltak. Først når flere tiltak og aktører spiller sammen på en måte som er planlagt, kan det kalles

rehabilitering. Rehabiliteringen tar utgangspunkt i det enkelte individ og ikke i en sykdomsgruppe eller en diagnose. Fokuset vil være på individets funksjonsnivå og det potensiale som finnes, og ikke sykdom og sykdomsårsak. Rehabilitering dreier seg om å endre individets forutsetninger for å fungere og kompensere for funksjonstap. En funksjonssvikt kan arte seg forskjellig fra person til person og kan utløse svært ulike individuelle behov. Personens forhistorie er ofte avgjørende. Behovene vil variere over tid for det samme individet (ibid).

1.3.5.1 Bakgrunn og sammenheng

De 10 informantene i dette prosjektet, 5 sykepleiere og 5 fysioterapeuter, er alle ansatt ved Rehabiliteringssenteret. Rehabiliteringssenteret er en norsk spesialistinstitusjon for rehabilitering som drives etter Lov om Spesialisthelsetjenester. Institusjonen har en driftsavtale med en av helseregionene (heretter kalt Helseregionen) og er et privateid aksjeselskap. Rehabiliteringssenteret er forpliktet på lovverk, retningslinjer og helsepolitiske føringer. Ledelsen er opptatt av verdier og må sies å jobbe etter prinsippet om verdibasert ledelse. En sentral nøkkelverdi i Rehabiliteringssenterets behandlingsfilosofi er ansvar for egen helse.

Rehabiliteringssenteret er en stor institusjon innen sin kategori med om lag 100 pasientplasser og 80 ansatte. Institusjonen er en stor og markant arbeidsplass i nærmiljøet. Flere av de ansatte har arbeidet ved institusjonen hele sitt yrkesaktive liv.

I de mer enn 70 årene Rehabiliteringssenteret har eksistert, har institusjonen gjennomgått store forandringer når det gjelder fysiske forhold og bygningsmasse, men også når det gjelder faglig utvikling og tilpassing til samtidens krav. Nylig ble institusjonens anbud godkjent i konkurranse med andre institusjoner, og dette fører til videre samarbeid med Helseregionen. Det å være en del av Helseregionens "helsekabal", medfører endringer tilpasset Helseregionens totalbehov. Rehabiliteringssenteret balanserer mellom tradisjon og nytenkning, bevare det som har vært og være med på det nye som kommer.

Tradisjonelt sett har pasientene ved Rehabiliteringssenteret hatt belastningslidelser og forskjellige typer av revmatiske lidelser. Etter andre verdenskrig var det en periode der det nesten bare ble behandlet pasienter med diagnosen polio. I dag er det pasienter med ulike

ortopediske lidelser, spesielt forskjellige rygglidelser og artrose i hofter og knær, hjertelidelser, nevrologiske sykdommer og kreftsykdommer.

Det er enten primærlege eller lege fra sykehus / annen institusjon som, med utgangspunkt i en fysisk plage / lidelse, søker om opphold for pasienten. Mange av pasientene har også kjente psykiske plager som for eksempel angst og depresjon. En del av pasientene er ”gjengangere” som kommer tilbake årlig og gjerne flere ganger i året. Rehabiliteringssenteret har et inntaksteam som velger ut hvilke pasienter som får plass. Pasientene er voksne, opplyste mennesker i et bredt aldersspekter fra 18 år og oppover. Institusjonen stiller som krav at pasientene selv er i stand til å ivareta grunnleggende behov som hygiene, spise selv osv. Personalet ved institusjonen utfører ikke direkte stell og pleie.

Målsettingen med et opphold ved Rehabiliteringssenteret er at pasientene skal få det bedre fysisk gjennom å: ” ... forebygge utvikling av plager, redusere sykdomsrisikoen og gi bedre livskvalitet (konservativ rehabilitering). (Vi) gir også tilbud om rehabilitering etter operasjon (postoperativ rehabilitering)”. Institusjonen vektlegger en kombinasjon av egentrening og det de kaller målrettet behandling. ”De ulike faggruppene skal arbeide med å veilede, støtte og bevisstgjøre hver enkelt pasient. Målet med et opphold ved Rehabiliteringssenteret er å at plagene skal reduseres, funksjonsnivå skal bli bedre, og tilbakefall skal forebygges. Resultatet av oppholdet avhenger av den enkeltes innsats, med utgangspunkt i de muligheter vedkommende har ” (Rehabiliteringssenteret 2005b).

Rehabiliteringssenteret fokuserer på ansvar for egen helse. I deres strategiplan vektlegges blant annet inkluderende fellesskap med fokus på medvirkning og utvikling. Det står videre: ”Miljøet skal preges av: Ansvarliggjøring, trygghet, fleksibilitet, respekt (herunder; toleranse, anerkjennelse og bekreftelse)” (Rehabiliteringssenteret 2005a).

1.3.5.2 Arbeidsoppgaver og arbeidsforhold

Ved Rehabiliteringssenteret arbeider det helsefaglig personell fra ulike grupper: Lege, sykepleier, fysioterapeut, idrettspedagog, atferingskonsulent og kostøkonom. De to største faggruppene er sykepleiere og fysioterapeuter med 12 personer i hver av gruppene.

På Rehabiliteringssenterets internettsider kan en lese at medarbeiderne holder et høyt faglig nivå, og mange har tilleggs- og spesialutdannelse rettet mot pasientgruppene (Rehabiliteringssenteret 2005b).

Hver enkelt pasient får ½ time individuell fysioterapi 4 dager i uken. Hovedregelen er at pasienten følges opp av den samme fysioterapeuten under hele oppholdet. Fysioterapeutene bytter på å ha ansvaret for de ulike gruppetilbudene som treningsgrupper og undervisning. Det er ulike gruppetilbud 5 dager i uken. Sammen med pasienten setter fysioterapeuten opp målsetting for oppholdet og utarbeider en ukeplan med individuelle aktiviteter og gruppeaktiviteter.

Sykepleierne tar imot alle nye pasienter med en inkomstsamtale. For noen pasienter kan dette være eneste kontakt med sykepleier under oppholdet, men de fleste har kontakt / samtale med sykepleier i ulike sammenhenger. De pasientene som ønsker / har behov for det, har fast kontakt med sykepleier på morgen- og kveldsrunde. Sykepleieren kommer til pasientens rom for tilsyn eller ulik type konkrete hjelpeoppgaver som for eksempel å sette blodfortynnende sprøyte, ta på strømper, smøre bena, måle blodtrykk, dele ut medisiner osv. Sykepleiernes kontor er ellers åpent på bestemte tidspunkter dagtid og kveldtid. Pasientene kan komme dit og formidle sine behov. Det finnes også et callingsystem på hvert pasientrom og flere steder i fellesarealene, der pasienten kan komme i kontakt med sykepleierne. Sykepleierne utfører dessuten oppgaver som sårbehandling, medisinadministrering og blodprøvetaking osv. Hver morgen er det satt av ½ time til rapport med lege, fysioterapeut og sykepleiere til stede. Der gjennomgås alle pasienter ”det er noe med”.

Sykepleiere og fysioterapeuter er organisert under hver sin avdeling og holder fysisk til i atskilte lokaler. Sykepleiergruppa er en stabil gruppe med arbeidstakere. De fleste er i alderssjiktet 40-55 år og har jobbet ved institusjonen i mange år. Det er kun de faste nattevaktstillingene det har vært utskiftninger i de siste 5 årene. Sykepleierne kjenner hverandre godt, men har få sosiale sammenkomster og lite sosial omgang på fritida. Alle sykepleierne er kvinner.

Den faste staben i fysioterapeutgruppa består av 6 menn og 6 kvinner. Gruppa er bredt satt sammen alders- og utdanningsmessig (videreutdanning) og har til enhver tid fysioterapistudenter for kortere eller lengre praksisperioder. Fysioterapeutene er sterkt knyttet

sammen. De har mange sosiale sammenkomster av ymse slag i løpet av året og er aktive i forhold til videreutdanning og kursing. Fysioterapeutgruppa er en dominerende gruppe på institusjonen.

2.0 Teoretisk horisont

2.1 Dydsetikk hos MacIntyre

MacIntyre definerer dyd slik: *"A virtue is an acquired human quality the possession and exercise of which tends to enable us to achieve those goods which are internal to practices and lack of which effectively prevents us from achieving any such goods"* (MacIntyre 1985: 191).

MacIntyre fremholder tre hovedelementer som sammen utgjør dydenes bakteppe, og som er vesentlig for å forstå kjernen i dydsetikk.: 1) *"social practice"*, her kalt sosial praksis 2) *"... the narrative order of a single life"*, her kalt fortelling 3) *"... what constitutes a moral tradition"*, her kalt moraltradisjon. De tre elementene beskriver han som trinn med egen konseptuelle bakgrunn, og hvert trinn bygger på det tidligere trinn, men ikke omvendt. Det betyr at elementet fortelling kan forstås ut fra praksis, og at moraltradisjon skal forstås ut fra både praksis og fortelling (MacIntyre 1985: 187).

2.1.1 Sosial praksis

2.1.1.1 Det gode

MacIntyre beskriver at et avgjørende kjennetegn ved den levde fortellingen, er at den har et formål (telos). Mennesket møter livet med en visjon om hvem vi ønsker å være som menneske, en visjon om "det gode liv". Handlinger må ha et mål, fordi livet i seg selv er et mål. Og formålet med alle handlinger i den levde fortellingen, er det gode liv (MacIntyre 1985, Wyller i Christoffersen 2005).

Dydsetikk dreier seg om hvordan det gode liv kan realiseres, og da ikke bare om en regel er fulgt eller et gode er oppnådd. Wyller sier: *"MacIntyre er ikke først og fremst opptatt av konkretisering. Hans hovedpoeng er at alle mennesker har sitt potensial for å utvikle sitt gode liv. Det gode liv er ikke en bestemt standard som alle skal leve opp til"* (Wyller i Christoffersen 2005: 46).

Fordi alle mennesker har dette potensialet til å utvikle sitt gode liv, vil bevegelsen i livet, i fortelling(e) dreie seg om hele tiden å realisere mer av det potensialet som finnes. Hver

enkelt har med seg dyder (egenskaper og karaktertrekk) for å nå fram til det gode livet. Men dydene er ikke bare veier til det gode livet. De er også i seg selv former for det gode livet. MacIntyre sier: "The exercise of the virtues is itself a crucial component of the good life for man" (MacIntyre 1985: 184).

Gjennom dette ståstedet setter MacIntyre etikk og profesjonsetikk inn i en bredere ramme. Det er ikke bare den enkelte profesjonens kriterier for hva som er rett og galt som må vektlegges, men de allmenne holdninger til hva som er det gode liv, og de dyder en må ha for å nå det gode livet (Wyller i Christoffersen 2005).

2.1.1.2 Sosial praksis

MacIntyre mener at det er nødvendig å definere og forklare dydene (dydsetikken) ut fra deres relasjon til en sosial praksis. Han beskriver sosial praksis slik : "... *any coherent and complex form of socially established cooperative human activity*" (MacIntyre 1985:187). Han sier videre at: "A practice involves standards of excellence and obedience to rules as well as the achievement of goods" (MacIntyre 1985:190). Det å være en del av en sosial praksis, innebærer å akseptere disse standardenes autoritet, rammene for praksis. Det gode liv innen en sosial praksis, er å realisere de mulighetene som finnes innenfor kollektivet. Sosial praksis har egen verdi og gir glede til alle som deltar. Gjennom sosial praksis utvikler vi våre livsformer i samhandling og fellesskap (MacIntyre 1985, Wyller i Christoffersen 2005).

MacIntyre fremhever at dydene varierer med de praksisene som er etablert i ulike kulturtradisjoner, og at disse endres over tid. Innenfor konteksten er de variabler i en kausal og tidsmessig sammenheng, en form for "kulturrelativisme" (MacIntyre 1985).

Dydene har referanse til sosial praksis, uansett om praksis er god eller dårlig. Det betyr ikke at sosial praksis ikke kan kritiseres for sin moral, men at dydene forholder seg til sosial praksis slik den er (ibid.).

2.1.1.3 Eksterne og interne goder

MacIntyre peker på at det finnes eksterne og interne goder i tilknytning til sosial praksis. Dydene har en viktig rolle i forhold til å oppfylle både eksterne og interne goder. Eksterne goder knyttes til det å oppnå for eksempel materielle goder, makt eller status. Det er alltid knyttet et konkurranseaspekt til eksterne goder, der det vil være vinnere og tapere. En organisasjon eller institusjon vil være grunnlagt for å oppnå bestemte formål som for eksempel å behandle mennesker, tjene penger osv. Slike institusjonelle formål kan kalles eksterne goder. De eksterne godene må oppnås for at institusjonen eller organisasjonen skal kunne overleve. Formålet med sosial praksis er ikke først og fremst det samme som institusjonens formål, og realiseres ikke først og fremst gjennom eksterne goder. MacIntyre skiller mellom formål som oppnås gjennom den sosiale praksisen, og formål gitt den institusjonen den sosiale praksisen finner sted innenfor. Det er her de interne godene blir viktig. Wyller forklarer dette slik: *”De formål som er gitt med den sosiale praksisen som sådan, kalles interne goder, mens de som følger av den sosiale praksisen, kalles eksterne goder”* (Wyller i Christoffersen 2005: 47). Han viser til et eksempel med et hospice som ramme for interne og eksterne goder. Mens det å dele ut medisiner ved et hospice ikke kan ses på som sosial praksis, vil teamarbeid i forhold til døende være det, hevder Wyller (MacIntyre 1985, Asheim 1997).

MacIntyre peker på at dydsetikken forutsetter en bevissthet om – og en analyse av det relasjonelle i enhver sosial praksis. Hvordan dydene skal komme til uttrykk i relasjonen, er avhengig av hver enkelts dømmekraft. Den sosiale praksisen viser seg blant annet gjennom samhandling mellom den profesjonelle og pasienten på en institusjon. Kvaliteten på samhandlingen er avgjørende for kvaliteten på det profesjonsetiske. Gjennom samhandlingen og bevisstheten på den, kan egenskaper læres og korrigeres (MacIntyre 1985, Wyller i Christoffersen 2005).

2.1.2 Fortelling – det narrative

Fortellingen, det narrative, har en sentral plass hos MacIntyre. Mennesket skiller seg fra andre individer ved at det har et forhold til sin historie, og ved at det forteller den. MacIntyre sier: *”I can only answer the question ”What am I to do ?” if I can answer the prior question “Of*

What story or stories do I find myself a part of?" (MacIntyre 1985: 216). Atferd og fortelling hører sammen. Når en handling skal forstås og forklares, må den settes i sammenheng med intensjon og kontekst.

Men hva er en fortelling, det narrative? Kort kan begrepet beskrives med Stanley Hauerwas som ser fortelling som "a connection between non necessary, contingent events". Gjennom fortellingen bindes hendelser og aktøren sammen. Fortellingen kan være talt eller skrevet, men den kjennetegnes ved at den alltid er i bevegelse - fra det som var, til det som skal bli. Beate Indrebø Hovland skriver om fortellingen: "Fordi handlinger finner sted i tid og rom, i bestemte kontekster, ut fra bestemte intensjoner og med bestemte formål for øye, er det bare fortellingen som kan beskrive og gjøre denne formen for aktivitet forståelig" (Hovland 2002: 6).

MacIntyre ser på menneskelivet som et hele, han har et holistisk syn på mennesket. Handlingen, aktøren og dens historie er en helhet. Hvert menneske spiller hovedrollen i sitt eget livsdrama, men spiller samtidig større eller mindre roller i andre menneskers liv. MacIntyre slår til og med fast at et menneske aldri er mer enn medforfatter til sine egne fortellinger. Menneskers liv influerer hverandre på kryss og tvers.

2.1.3 Moraltradisjon

Hvert enkelt menneske er en del av en større historie, hevder MacIntyre. Ingen mennesker starter sine liv som "blanke ark". Vi fødes inn i en fortelling og inn i en etablert moralsk tradisjon og praksis som gir oss et utgangspunkt, og kanskje en retning. MacIntyre hevder at den historiske og sosial sammenhengen et menneske er i, til sammen konstruerer den personlige identiteten. Den moralske tradisjonen vi er en del av, er med på å forme de dydene vi har for våre liv (MacIntyre 1985).

MacIntyres vektlegging av moraltradisjon kan belyses av Pierre Bourdieus begrep *doxa*. Ordet *doxa* kommer fra gresk språk og betyr "kunnskap av den hverdagslige typen". Dette er kunnskap som kan betegnes som "sunn fornuft", "common sense" og felles meninger. Bourdieu hevder at alle samfunn har "uskrevne regler" / ikke-diskuterbare holdninger som preger og setter grenser for sosial og kulturell atferd i en bestemt tidsperiode. I en tilstand av

doxa blir de måter å handle på som er tilpasset de samfunnsforholdene som råder, tatt for gitt og sett på som naturlige (Danielsen og Nordli Hansen 1999, Bourdieu 1999, Wyller i Christoffersen 2005)

2.1.4 Dydsetikk og dømmekraft

”Dømmekraft er en form for klokskap der en rekke forskjellige evner og egenskaper er i sving,” hevder Svein Aage Christoffersen (Christoffersen 2005:72). Dømmekraft er en praktisk klokskap (Aristoteles; phronesis), noe mer enn logikk, noe mer enn regler. Dømmekraft er både en intellektuell og en følelsesmessig prosess. Den dannes og utvikles i spenningsfeltet mellom teori og praksis. Moralske egenskaper og god dømmekraft kan bare læres og forbedres gjennom praktisk erfaring, ikke ved regler og forskrifter. Det er dømmekraften som danner selve grunnlaget for å ta avgjørelser. Anvendelse av etiske prinsipper i praksis krever etisk skjønn eller etisk dømmekraft. Christoffersen skriver: *”Skal rettferdighetsprinsippet anvendes i praksis, forutsetter det en rettferdig person som kan utøve et rettferdig skjønn”* (Christoffersen 1994:123).

Christoffersen har utviklet en sekskantet modell som beskriver de ulike elementene som inngår i dømmekraft, dømmekraftens kilder. De seks elementene er: 1) Faglig kunnskap 2) Konvensjoner og rutiner 3) Yrkeserfaring og praksis 4) Personlig erfaring, karakter og dyd 5) Forbilder og eksempler 6) Menneskesyn og verdier (Christoffersen 2005).

Det første elementet han peker på er faglig kunnskap. Faglig kunnskap inkluderer også etikk. Faglig kunnskap er vesentlig i forhold til de etiske sidene ved beslutningen som skal treffes. Etikk er ingen snarvei til bedre praksis. Etisk kunnskap (teorier, modeller, argumentasjon, begrunnelse osv) skaper en kritisk distanse til det som er praksis og gjør det mulig å forstå hvorfor enkelte ting bør være som de er, for eksempel taushetsplikten.

Det andre elementet er konvensjoner og rutiner. Christoffersen hevder at konvensjoner og rutiner, spesielt i etiske sammenhenger, har svært lav status. I vår tid dreier etikk seg om å ta egne, selvstendige valg om det jeg mener er rett, det jeg kan stå inne for og det som er forankret i mine vurderinger. Konvensjoner, derimot, handler om det andre vil og forventer. Enhver arbeidsplass har konvensjoner og rutiner. Dette er formidlere mellom teori og praksis.

Konvensjoner og rutiner gjør handlingene forutsigbare. Det er ingen motsetninger mellom rutiner og egen erfaring, de forutsetter hverandre.

Det tredje elementet er yrkeserfaring og praksis. Christoffersen peker på at opplevelse er det vi får med oss der og da. Erfaring blir det først når vi har reflektert over, og forstått hva vi har opplevd. Dette gjør opplevelse til noe flyktig, mens erfaring er noe mer solid.

Det fjerde elementet er personlig erfaring, karakter og dyd. Ingen kommer som ubeskrevne blad til en utdanning. Vi er mennesker med bestemte holdninger og en bestemt karakter. Christoffersen sier: *"Dømmekraften er én, på samme måte som personen er én og mennesket ett"* (Christoffersen 2005:79). Det å være egnet til for eksempel et arbeid som sykepleier og fysioterapeut, er et spørsmål om moralske egenskaper og kvaliteter. Det handler om måten å være på, måten å bedømme en situasjon på, måten å handle på. Dette kan sammenfattes i begrepet dyder. Det å være en god sykepleier handler ikke bare om å kunne sitt håndverk og være faglig dyktig i den forstand. Det er en forutsetning av hun også har tilegnet seg visse dyder. Vårt etiske skjønn dannes ikke bare av det vi opplever på jobb, men av de erfaringene vi gjør privat. Det blir ofte hevdet at det profesjonelle og det allmenne på holdes atskilt. Christoffersen avviser dette og hevder at det profesjonelle og allmenne bør kobles sammen, men på riktig måte. Han hevder videre at dersom en student ikke allerede har moralsk skjønn, kan han heller ikke lære profesjonsetikk (ibid, Ruyter i Christoffersen 2005)

Det femte elementet er forbilder og eksempler. Enten vi liker det eller ikke, vil mye av det vi lærer være etterlikning. Også når det gjelder etikk er det gamle visdomsordet viktig: Det som teller er ikke det vi sier, men det vi gjør.

Det sjette elementet er menneskesyn og verdier. Vårt livssyn er ikke den eneste kilde til dømmekraft. Dømmekraften kan være god eller dårlig om du er kristen, muslim eller humanetiker. Livet kommer før livssynet. Livssynet utvikles mens vi lever, og først i den påkrevde situasjon gir vi uttrykk for vårt menneskesyn og livssyn.

I tillegg til de seks elementene knyttet til dømmekraft, peker Christoffersen på tre horisontale plan. Nederst ligger praksisplanet: Erfaringene vi gjør på jobb og hjemme (praksisplanet). Øverst ligger teoriplanet: Våre kunnskaper, meninger, overbevisninger. Og midt mellom dem kommer et formidlende plan som består av konvensjoner og rutiner, hjemme og på jobb. Her

finnes også signifikante andre som betyr noe vesentlig for oss, enten som eksempler, forbilder eller rollemodeller.

I tillegg fremhever Christoffersen K.E.Løgstrups Den etiske fordring som et bakteppe for dømmekraft. Den etiske fordring beskriver det grunnleggende i forholdet mellom mennesker. Enten vi ønsker det eller ikke, er vi mennesker avhengige av hverandre. Dette er et grunnvilkår for menneskelivet. Løgstrup uttrykker denne avhengigheten gjennom metaforen ”å ha noe av et menneskes liv i sine hender”. Det ligger et maktforhold i relasjonen mellom en profesjonsutøver, som for eksempel sykepleier og fysioterapeut (menneskebehandlende profesjon), og pasienten. Etisk sett er det profesjonsutøverens oppgave å bruke den makten til det beste for pasienten og ikke for å oppnå egen gevinst. Dette bildet rommer den etiske fordring.

Christoffersen peker på at sekskanten rundt dømmekraftens kilder, gjengir en hermeneutisk vekselvirkning. Forståelsen av dømmekraft beveger seg mellom delene og helheten. Delene knyttet til dømmekraft må ses i lys av helheten og helheten i lys av delene (Christoffersen 2005)

2.2 Dydsetikk og profesjon

De klassiske kriteriene for profesjon som for eksempel hos Ulf Torgersen (se kap.1.0), er fremdeles viktige for å forstå begrepet. Både Sarah Banks og Svein Aage Christoffersen peker på at profesjon er et begrep som stadig er i forandring. Banks er spesielt opptatt av hva som skjer med profesjonenes rolle når den moderne velferdsstaten endres. Hun peker på tre ulike tilnæringsmåter for å forstå begrepet profesjon. Christoffersen følger i grove trekk Banks inndeling, og jeg vil benytte hans teorier for å utfylle hennes.

Den første av Banks tilnæringsmåter er en *essensialistisk tilnærming*. Profesjonen har spesielle trekk som gjør den til en profesjon. Den innehar en spesiell type viten som resten av befolkningen ikke har. Den fyller en spesifikk plass i samfunnet med en autorisasjon, en offentlig godkjenning. Tilnærmingen viser et funksjonalistisk samfunnssyn. Christoffersen beskriver denne tilnærmingen ved blant annet å vise til den amerikanske sosiologen, Robert

Merton, som beskriver profesjonene som samfunnets gode hjelpere ved å peke på at profesjonene bygger på tre kjerneverdier: *knowing* (bestemt teoretisk kompetanse), *doing* (praktisk ferdighet) og *helping* (brukes for å hjelpe andre mennesker) (Banks 2004, Christoffersen 2005).

Banks andre tilnærming kaller hun en *strategisk tilnærming*. Profesjonen er en eksklusiv, lukket sammenslutning av personer som har monopol på bestemte oppgaver i samfunnet. Gruppen fremholder oppgavene som spesielt viktige og privilegerte. Virksomheten forsvares mot inntrengere utenfra. Christoffersen vektlegger noe av det samme når han henviser til den tyske sosiologen Max Weber som legger avgjørende vekt på at profesjoner er sammenslutninger. Profesjonene kan ses på som lukkede grupper med begrenset adgang. Monopolet de lukkede yrkesgruppene har, anses som et privilegium som kan utnyttes til fordel for makt, status og penger. Profesjonene arbeider ikke bare for å ivareta pasientens interesser, men også for å forsvare profesjonen (ibid).

Den tredje av Banks tilnærminger er en *historisk tilnærming*. Profesjonen blir til i samvirke mellom ulike aktører (som utdanningsinstitusjoner, stat /regjering, medlemmer av profesjonen og deres organisasjoner, klienter og klientorganisasjoner, media og opinionen osv), og vil ta ulike former etter forholdene rundt.

Christoffersen beskriver en fjerde innfallsvinkel til profesjonsbegrepet som kan kalles en *overvåkende tilnærming*. Han bruker den franske filosofen Michel Foucault for å belyse dette. Foucault ser på profesjonens primæroppgave som å overvåke og kontrollere samfunnets disiplin. Profesjonene blir instrumenter som sørger for at befolkningen innordner seg i det moderne samfunn. Gjennom å ha monopol på kunnskap, tar profesjonene kontroll over enkeltmenneskers liv. Begreper som paternalisme og makt er vesentlige i et slikt perspektiv. Christoffersen peker på at de ulike innfallsvinklene ikke nødvendigvis må ses på hver for seg, men at de fanger opp ulike synsvinkler som kan utdype hverandre (ibid).

De ulike innfallsvinklene til begrepet profesjon viser seg også i ulike innfallsvinkler til profesjonsetikk. Harald Grimen må kunne sies å helle mot det Banks kaller en essensialistisk tilnærming når han definerer profesjon slik: "Profesjon er kunnskapsbaserte yrkessammenslutninger med et politisk mandat, og profesjonsetikk må ses som en konsekvens

av dette mandatet". Profesjonsetikken må altså bygge på politikken. Profesjonsetikk blir en kodeks, et sett med mer eller mindre formaliserte normer og verdier som skal ivareta det samfunnsoppdrag den bestemte profesjonen har (Christoffersen 2005).

Per Nortvedt er til dels enig i Grimens synspunkter, men vektlegger i tillegg at profesjonsetikkens kjerne er å handle til pasienten og klientens beste. Det er et ansvar som ikke har utgangspunkt i et politisk mandat, men i den grunnleggende sensibiliteten for "den andres" ve og vel som binder mennesker sammen i etiske hensyn. Han er opptatt av at det politiske grunnlaget for profesjonsetikk er normativt etisk. Også den amerikanske sosiologen Talcott Parsons fremhever profesjonenes samfunnsmandat. Profesjonene er utviklet for å løse bestemte samfunnsoppgaver. Oppgavene er gitt dem av samfunnet fordi profesjonsutøverne har en spesiell kompetanse. Parsons vektlegger at profesjonens samfunnsmessig mandat setter pasienten i sentrum for profesjonsutøvelsen. Hensynet til pasienten må gå foran alt. Hos Parsons får profesjonsetikken en sentral rolle i forståelse av profesjonen. Profesjonsetikken skiller den profesjonelle fra andre av samfunnets yrkesutøvere, og den profesjonelle relasjonen fra andre relasjoner. De profesjonelle er en gruppe yrkesutøvere med en bestemt etikk. Den danske pedagogen Per Fibæk Laursen har sett på fem hovedpunkter i Parsons profesjonsetikk: Det første er *Følelsesmessig nøytralitet*, dvs. den profesjonelle skal ikke involvere seg følelsesmessig i pasientens liv, men utelukkende ha sitt fokus på å hjelpe pasienten. Det andre er *universalisme*, dvs. handling ut fra universelle prinsipper om at alle skal behandles likt. Det tredje er *kollektiv orientering*, dvs. orientering mot klienten og profesjonens interesser og ikke egen nytte. Det fjerde er *prestasjonsorientering*, dvs. vurdering av pasienten ut fra handling, ikke egenskap som for eksempel kjønn, rase eller religion. Det femte er at relasjonen er *begrenset*, dvs. knyttet til spesifikke aspekter ved pasientens liv og tilværelse (ibid).

Det problematiske ved Grimens syn på profesjonsetikk, hevder Christoffersen, er at det ikke blir den profesjonelles egen etikk, men en etikk den profesjonelle pålegges ovenfra. Han er videre opptatt av at den profesjonelle ikke bare har et politisk, men også et etisk mandat som krever at den enkelte må stå inne for det hun gjør. Samfunnsmandatet er et viktig perspektiv i tilknytning til profesjonen, men innenfor de menneskebehandlernde profesjonene er utgangspunktet møtet med "den andre", og det er dette som må veie tyngst. Christoffersen peker på tre viktige kjennetegn ved profesjonsetikk. Det først er at det har utgangspunkt i et *møte med et annet menneske*, ansikt til ansikt. Det andre er at dette møtet er

handlingsorientert. Refleksjon skal føre til handling. De etiske spørsmålene innen profesjonsetikken er både teoretiske og praktiske. Møtet med ”den andre” krever at noe blir gjort. Det tredje er at møtet er *asymmetrisk* i den forstand at det er et faglig formidlet møte basert på yrkesutøvernes faglige kompetanse som innebærer et asymmetrisk maktforhold mellom den profesjonelle og ”den andre”. Den profesjonelle representerer dessuten noe annet enn seg selv, som for eksempel en institusjon, helsevesenet osv. Og dessuten at den profesjonelle blir betalt og må finne seg i å gjøre det hun blir betalt for (Christoffersen 2005).

3.0 Metode, forskningshistorie og etiske overveielser

3.1 Metodevalg

3.1.1 Det kvalitative forskningsintervju

Ansvar for egen helse er et stort og mangesidig begrep. Jeg så det som sannsynlig at holdningene og meningene til temaet ville være ulike, at det ville være forskjellige innfallsvinkler og at det ville kreve resonnement og forklaring. Jeg ønsket å innhente kvalitativ kunnskap, med utgangspunkt i den enkeltes erfaringer og forståelse av sin verden og sin rolle. Den semistrukturerte intervjuformen gir rom for dette. Den som intervjuer vekselvis lytter og spør den som intervjues. Dette gir mulighet til å stille oppklarende spørsmål til informantenes svar og følge deres resonnementer videre. Med bakgrunn i dette, valgte jeg å bruke kvalitativt forskningsintervju som metode (Kvale 2005).

3.1.2 Gjennomføring av intervjuene

Jeg valgte å bygge opp en intervjuguide med ni grunnspørsmål som tar for seg ulike emner knyttet til hovedtemaet for intervjuet, ansvar for egen helse. Noen av spørsmålene er lukkede og ber om svar på helt konkrete ting som for eksempel: ”Er ansvar for egen helse en viktig verdi?” og ”Kjenner du til noen andre verdier som er nedfelt i Rehabiliteringssenterets verdigrunnlag?”. Andre spørsmål er mer åpne (introduksjonsspørsmål): ”Hva legger du i begrepet ansvar for egen helse?” Og noen spørsmål oppfordrer informanten til å komme med eksempler / fortelle selv: ”Har du eksempler fra arbeidspraksisen din ved Rehabiliteringssenteret, på pasienter du mener har tatt ansvar for egen helse eller det motsatte?” Spørsmålene skulle være et rammeverk og skape en viss struktur for intervjuet (jfr vedlegg 1, intervjuguide).

Informantene ble spurt om sin forståelse av begrepet ansvar for egen helse. I tillegg stilte jeg spørsmål der den enkelte ga svar på hvordan han/hun forholdt seg til begrepet i praksis, for eksempel gjennom å beskrive pasienter som de mente hadde tatt ansvar for helsen sin og som ikke hadde gjort det. Jeg ønsket også å vite hvordan informantene tenkte om hva de kunne

gjøre for å hjelpe pasientene til å ta ansvar for egen helse, og hva slags egenskaper og holdninger som er viktige i det henseende.

Yrkesetiske retningslinjer forteller om en profesjons fagtradisjoner og fagforståelse. Jeg ønsket derfor å vite hvordan informantene forholdt seg til sine profesjoners yrkesetiske retningslinjer. Jeg ønsket også å kartlegge informantens forhold til arbeidsplassens verdier, nedfelt i strategiplanen.

Med bakgrunn i disse emnene, mente jeg at jeg ville få et bredt grunnlag til å diskutere holdningene fysioterapeuter og sykepleiere ved Rehabiliteringssenteret har til begrepet ansvar for egen helse.

3. 2 Etiske overveielser

En skriftlig skisse for oppgaven og undersøkelsen ble presentert for ledergruppa ved Rehabiliteringssenteret. De ga meg et skriftlig samtykke til gjennomføring av prosjektet underskrevet ved daglig leder. Selve prosjektet gjennomføres selvstendig dvs. uten binding eller styring fra ledelsen av institusjonen (jfr. vedlegg 3, Godkjenning fra ledelsen ved Rehabiliteringssenteret).

Det ble innhentet vurdering av prosjektet ved Regional komité for medisinsk forskningsetikk, som har tilrådd prosjektet (jfr. vedlegg 4, Tilråding fra REK Sør).

Prosjektet inkluderer kun personer med full samtykkekompetanse. Informantene ble tilfeldig utvalgt innefor gruppen sykepleiere og fysioterapeuter. Alle informantene fikk forespørselen på tomannshånd, slik at de skulle få en mulighet til å være anonyme i forhold til miljøet. De fikk også tid til å tenke seg om noen dager. Alle som ble forespurt svarte ja, og de undertegnet en samtykkeerklæring (jfr. vedlegg 2, Samtykkeerklæring). Informantene fikk beskjed om å ikke snakke med hverandre om intervjuene før disse var gjennomført. I ettertid har noen valgt å snakke om intervjuene åpent, mens andre har valgt å være anonyme. Informantene har fått skriftlig og muntlig informasjon, og det er innhentet skriftlig samtykke.

Intervjuene ble gjennomført på Rehabiliteringssenteret i oktober. Både Sjefsfysioterapeut og Avdelingssykepleier ga meg lov til å intervjuer i arbeidstiden. Fysioterapeutene får daglig en liste med arbeidsoppgaver satt opp etter klokkeslett. Vanligvis er noe av tiden satt av til kontorarbeid, og de har en viss fleksibilitet. Alle satte opp avtale med meg i arbeidstiden uten at dette var påfallende for noen andre. To av sykepleierne ble intervjuet rett etter nattevakt. De tre andre ble intervjuet i arbeidstiden. Også sykepleierne har ulike arbeidsoppgaver og en viss fleksibilitet i sin arbeidstid, men måtte underrette de andre på vekten om at de skulle ha en samtale med meg. Det var åpent for å intervjuer etter arbeidstid, så dersom noen av sykepleierne hadde ønsket å være anonyme, hadde de mulighet for det.

Det ble benyttet minidisc og Ipod til lydopptaker ved intervjuene. Dette var avtalt med informantene på forhånd, og de hadde fått både skriftlig og muntlig informasjon om det. Lydopptakene ble slettet ved utgangen av 2005.

Fagmiljøet ved Rehabiliteringssenteret er lite, fagpersonene samarbeider tett og kjenner hverandre godt, spesielt innenfor samme profesjon. Jeg mener likevel at det er mulig å ivareta og anonymisere intervjuobjektet og hans / hennes synspunkter. Intervjuene er blitt transkribert og hver av informantene har fått en kode (S1-S5 for sykepleiere og F1-F5 for fysioterapeuter), for å ivareta anonymiteten i oppgaven. For å ivareta institusjonen, ledelsen og informantene, er også det skriftlige kildematerialet, Rehabiliteringssenterets strategiplan, markedsmateriell, internettsider og arbeidsbeskrivelser, anonymisert. Disse kildene er satt som et eget punkt under referanselisten.

Jeg er selv ansatt som sykepleier ved Rehabiliteringssenteret. Jeg jobber i en nattstilling med akuttberedskap som hovedarbeidsområde. Jeg har lite med pasientenes daglige rehabilitering å gjøre, og står derfor litt på siden av fagmiljøet. Jeg jobber svært selvstendig med mine arbeidsoppgaver ved Rehabiliteringssenteret, og har ingen tette bånd til de som er informanter i undersøkelsen.

4.0 Analyse

Utgangspunktet for intervjuene er informantenes profesjoner, sykepleie og fysioterapi, og deres praksis ved Rehabiliteringssenteret. Informantene er profesjonsutøvere med en bestemt teoretisk kompetanse og praktiske ferdigheter knyttet til (fysisk) helse, og de arbeider en bestemt kontekst innenfor Rehabiliteringssenterets rammer. Alle pasientene som kommer til institusjonen har en fysisk diagnose, og det er det som er utgangspunktet for institusjonens eksistens og for informantenes arbeidshverdag.

Analysen er inndelt i fire hovedkapitler. Kapittel 4.1 beskriver kort informantenes forhold til arbeidsplassen sin, og fysioterapeutgruppa og sykepleiergruppas forhold til hverandre.

Kapittel 4.2 beskriver informantenes holdning til begrepet ansvar for egen helse på et ideologisk plan.

Kapittel 4.3 beskriver informantenes holdning til ansvar for egen helse i det praktiske og konkrete møtet med pasienten. Kapitlet formidler det informantene beskriver om selve møtet med pasienten, hvordan de handler og hva de vektlegger.

I kapittel 4.4 vil jeg oppsummere analysen. Her peker jeg på hovedelementene i det empiriske materialet som har stor betydning i forhold til dydsetikk og vbl. Disse elementene danner grunnlag for diskusjonen.

4.1 Rehabiliteringssenteret som arbeidsplass og kontekst

De fleste informantene beskriver arbeidsplassen på en positiv måte. De er tilfredse med å være ansatte ved Rehabiliteringssenteret og de gir uttrykk for at de trives.

Jeg har alltid tenkt om arbeidsplassen min at det er gode holdninger ute og går. At det er respekt for mennesket. Og jeg har tenkt at her har det alltid vært gode holdninger fra toppen som har forplantet seg nedover i systemet. Og som gir den gode ånden som jeg alltid har følt har vært her. Og det gir jo økt trivsel, ikke sant? Det kommer både oss og pasientene til gode (S2).

Her på huset har vi en liten policy på at det er lov til å drite seg ut. Og det får vi tilbakemelding på fra ganske mange at de merker det med en gang de kommer. Det skaper en god følelse og de senker skuldrene tvert. Når det er litt uhøytidelig, da kan du vise litt mer hvem du er (F4)

Informantene tilhører to ulike profesjoner som er organisert i to forskjellige avdelinger ved Rehabiliteringssenteret. Informantene gir uttrykk for at de to profesjonene er forholdsvis atskilt i sin arbeidshverdag. En av fysioterapeutene beskriver forskjellene mellom sykepleiere og fysioterapeuter. Hun hevder at det er forskjell på de to profesjonenes tilnærming til pasienten, fordi fagene er så ulike.

Vi lever inne i fysikalsk avdeling. Vi gjør litt benk, og vi er nede i trenings salen og gjør litt trening. Vi har lest masse om treningslære osv. Og så har du sykepleierne som lever i en subgruppe til legen hvor det er mye medisiner, mye prøver, dosetter, og jeg vil nok tro at det også preger innfallsporten til individet (F1).

Informantene er opptatt av at det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerer så godt. For noen er dette ukomplisert: ”Vi har ikke så mye med hverandre å gjøre. Vi klarer oss stort sett selv, men det jeg trenger hjelp til, det får jeg stort sett hjelp til” (F5).

Men de fleste savner et godt tverrfaglig samarbeid og etterlyser en fellesarena. Økt tverrfaglig samarbeid vil kunne bedre kommunikasjonen og forståelsen mellom gruppene.

Ja, her har vi jo egentlig en unik mulighet til å jobbe tverrfaglig, men det blir veldig fort flerfaglig. Jobber litt på hver vår kant (..) vi har nok en vei å gå i forhold til det å få en felles base, en felles forståelse av ting (F4).

Vi har ikke tid til det (..) Jeg har kanskje mer tid enn fysioterapeutene. Jeg føler at jeg kommer og forstyrrer hver eneste gang midt i en behandling de har. Og der kan jeg ikke spørre om en annen pasient nå det ligger en på benken.. Så blir det at en tar det opp i lunsjpausen, og det er ikke heller et ideelt tidspunkt. Den fellesarenaen burde vi hatt, men jeg aner ikke hvordan vi skulle organisere det (S2).

4.2 Verdien ansvar for egen helse: Fra hjerterota eller forebygging?

Spørsmålet: ”Hva legger du i begrepet ansvar for egen helse?” ble stilt innledningsvis i intervjuene. Alle informantene var enige om at ansvar for egen helse er viktig, men flere av informantene ga uttrykk for at det var vanskelig å svare, blant annet fordi det ikke er et begrep de hadde definert overfor seg selv før, at begrepet er stort og rommer mye osv. Svarene viser stor bredde. Noen svar er filosofiske.

... egen helse er jo egentlig et multifaktorelt fenomen (..) jo flere redskaper individet har selv til å opprettholde det som en kan kalle for en god helse, jo bedre prognose og jo bedre langvarig investering er det (..) jeg vil si at helse starter rundt hjerterota et sted, mellom hjertet og magen (F1).

Informanten trekker fram kompleksiteten i begrepet helse. Hva som oppfattes som god og dårlig helse hos én person, er ikke nødvendigvis det samme for en annen. Helse er et vidt begrep. Derfor vil ansvar for egen helse også være mangesidig og komplekst. ”Helse starter mellom hjertet og magen,” sier informanten, og peker på at helse er individuelt. Det samme vil de viktigste redskapene som leder til god helse være.

De fleste av informantene har en praktisk, konkrete og ”smal” innfallsvinkel til ansvar for egen helse. Deres svar er tydelig preget av den praksisen de er en del av.

At pasienter (..) får nok kunnskaper om sykdommen slik at de kan styre selv, og ta valg som kan hjelpe dem til å få en bedre hverdag (..) som de kan fungere i (..) ansvar med veiledning (S2).

Rett og slett å ta vare på seg selv. Kanskje av og til med hjelp fra andre. Det å få et spark i rumpen. Klart, noen greier å se ting selv. Noen trenger litt guiding på veien, og kanskje litt støtte for eksempel for å se nytten av det å bevege seg. Jeg tenker bevegelse (F4).

Åh.. da tenker jeg mange ting. Hva vi spiser, hva vi gjør for å holde oss friske, passe på kroppen, hvordan vi har det (S4).

Informantene knytter begrepet til sitt daglige arbeid, og mener at det er en vesentlig verdi. For om mulig å få et mer utdypende svar, fikk informantene spørsmålet: ”Hvorfor er ansvar for egen helse viktig?” Her deler svarene seg i tre hovedkategorier:

- 1) Individet har ansvar overfor noe / noen
- 2) Individet er en del av et fellesskap, og godene må deles
- 3) Individet har ansvar overfor seg selv.

En av informantene var opptatt av at mennesket har et ansvar overfor Gud:

Jeg tenker at jeg har ansvar for Guds skaperverk. Livet er en gave jeg har fått og som jeg skal ta vare på på en ordentlig måte. At jeg ikke er likegyldig med hvordan jeg lever livet (F2).

Informanten ser på det å ta ansvar for egen helse som en måte å ta vare på livet på, og livet er gitt av Gud. Mennesket har en plikt overfor Gud som har skapt det, gitt livet i gave. Det å ta ansvar for egen helse blir det riktige å gjøre fordi det er noe vi er pliktige til overfor Gud.

Flere av informantene er opptatt av at individet er en del av et samfunnsfellesskap, og at dette fellesskapets (økonomiske) goder må fordeles på alle. Dette er den andre kategorien.

Dette med utgifter til behandling og for eksempel uførhet, det koster jo samfunnet mange penger. (..) Det vil si at totalutgiften til behandling er veldig stor. Det er dumt hvis de som har sykdommer og plager som ikke er relatert til livsstil, ikke får nok hjelp fordi det er så mange som trenger behandling og som tar en del av den utgiften. I forhold til uansvarlighet i forhold til egen helse. For det er jo en ganske stor del som går på livsstil (F2).

Den samme informanten (F2) som viser til den plikten mennesket har overfor Gud, er også opptatt av handlingenes konsekvens for fellesskapet. Konsekvensene av ikke å ta ansvar for sin egen helse (livsstil), er at dette belaster fellesskapet unødige og kan medføre at andre ikke får den hjelpen de trenger. Det at mennesker ikke tar ansvar for helsen sin, tærer på samfunnets økonomiske goder. Det er fellesnytt som er viktig. Individet har et ansvar for at samfunnets helsekroner kommer til nytte for flest mulig.

En annen informant følger dette fellesskapsperspektivet lenger, og peker på det hun kaller misbruk av ressurser. Hun eksemplifiserer med å beskrive en pasient som opereres for

lungekreft, og som fortsetter å røyke etter operasjonen. Informanten hevder videre at de som røyker og samtidig kjenner til risikoen dette gir for å få lungekreft, må ta konsekvensene av dette og rydde opp selv slik at fellesskapet ikke belastes.

Du møter folk på et sykehus som nettopp har gjennomgått en lungecanceroperasjon, og så er det første de vil ha røyk. Da blir jeg litt provosert. Det synes jeg er misbruk av ressurser (..) Det synes jeg blir for dumt (..) vil du røyke og du vet at sannsynligheten er til stede for at det er en økt risiko for lungesykdom for eksempel. Så, ok, gjør det. Men da får du ta konsekvensene av det selv og ikke forvente at alle andre skal rydde opp etter deg (F4).

Den tredje hovedkategorien peker på at individet har et ansvar overfor seg selv. Den enkelte styrer sitt eget liv, sin egen kropp, sin egen helse og blir på denne måten selvstendig og viser respekt for seg selv, egen kropp og eget liv.

Det er jo det å bli selvstendig i sitt eget liv. Greie seg selv. Egentlig er det et ganske dypt behov, det å ikke være til belastning for andre (S1).

Fordi at alt det andre gjør det blir bare periodisk (..) det er på en måte ingen andre som kan gjøre det på heltid (S5).

Det hender at vi får personer som sier: Her har du kroppen min, gjør hva du vil. Og det er nesten det verste jeg vet. Det krasjer totalt med det som jeg tenker og mitt syn på livet, egentlig. Du kan ikke forvente at alle andre skal gjøre alt for deg, du må faktisk ta litt tak i ting selv (F4).

... skulle nok ønske at det var flere som ordnet litt opp selv. Altså at de ordnet litt opp i sine egne liv og sorterte kortene litt mer (..) enten det nå dreier seg om å komme i bedre form, eller det dreier seg om å få roet ned stressnivået i hodet eller hva det er. Jeg skulle nok ønske at noen flere av dem vi har her kunne ta tak i seg selv (F1).

I disse uttalelsene ligger det en beskrivelse av ansvar for egen helse som det å ta tak i livet, ordne opp, og gjøre en egeninnsats. Dersom den enkelte ikke tar ansvar for egen helse, i denne betydningen, fører det til forfall, dårlig liv, at andre må rydde opp / ta ansvar. Det gode liv er altså å ta ansvar for helsen sin, gjøre en egeninnsats og være selvstendig. Bak

informantenes uttalelser ligger en viss irritasjon og oppgitthet: ”... skulle ønske det var flere som ordnet opp litt selv” (F1) og ”... det krasjer totalt med det som jeg tenker” (F4).

4.2.1 Verdier ved Rehabiliteringssenteret

Mange av informantene har ikke noe forhold til Rehabiliteringssenterets strategiplan og verdiene som er nedfelt der. De fleste svarer bare ”nei” på spørsmål om de kan nevne andre verdier nedfelt i institusjonenes strategiplan. Men en av informantene fremhever verdien respekt, og to nevner verdien helhetlig menneskesyn.

Det er langt flere som kjenner til institusjonens slagord: ”Vår kunnskap. Din innsats. Bedre helse”. Dette er et slagord som først og fremst benyttes i markedsføringsøyemed, og som er synlig på institusjonen gjennom plakater, t-skjorter, de ansattes id-skilt osv.

Altså, jeg kjenner mottoet: Vår kunnskap, din innsats, bedre helse. Det er det jeg har hengt meg opp i. Men jeg har ikke akkurat pugget resten.. Og de tre inneholder veldig kort oppsummert det vi står for (F1)

Klart at vår kunnskap er viktig. Det er ikke bare deres innsats, det er også oss. (F2).

En av informantene fremhever hvor viktig det er med en felles forståelse av verdier ved en institusjon som Rehabiliteringssenteret.

Og det er jo sånn at dersom ansvar for egen helse er vår verdi, så må jo alle ha forstått det og det må gro inn i hver eneste yrkesgruppe. Hva de skal gjøre og hva de ikke skal gjøre, hvor de skal hjelpe og hvor de ikke skal hjelpe. Slik at pasientene får det samme svaret, at de får støtte, at det ikke kommer noen som er snille piker og gjør tingene for dem. Og der kan en nok si at sykepleierne fremdeles henger med den gamle tradisjonen om at ”vi gjør så gjerne”. Det er jo mange ganger så mye lettere å gjøre det for pasienten, enn å vente på at han gjør det selv (S2).

4.3 Møtet med pasienten

Basis for informantenes arbeidshverdag er møtet med pasienten. I intervjuene beskriver informantene dette møtet, hva de vektlegger, hvordan de arbeider, hva de tenker og føler. De gir en beskrivelse av hvordan de forholder seg til ansvar for egen helse i praksis.

Hver arbeidsdag møter informantene nye pasienter som de skal bli kjent med og opparbeide et forhold til. Informantene er opptatt av at det må skapes en relasjon mellom dem og pasienten, der begge to gir noe av seg selv. Alle informantene har fokus på enkeltindividet. Ingen pasienter er like. En pasient med en ryggdiagnose er ikke bare en rygg. Ryggen er en del av en person.

Bruke litt forskjellige innfallsporner ut fra hvilket individ jeg har foran meg. Det er helt avhengig av pasienten (F4).

Det er min filosofi at du må skreddersy det, du må ta det der og da. Det går litt på magesfølelse og intuisjon og sånne kvinnelige ting, vet du (latter). Hvis du har ett oppsett som du kjører rett fram på alle sammen, da tror jeg du får en 50 % som ikke er helt med (F1).

Mange forteller om den utfordringen det er å bli kjent med pasienten, finne ut av personen, hvem han er og hva som er viktig for han, og gjennom det skape relasjonen mellom profesjonsutøver og pasient. For å bli kjent med pasienten må profesjonsutøveren gå varsomt fram og ”sense hvor pasienten er”, føle seg fram, se og høre og benytte sitt kliniske blikk.

... det er også veldig viktig å prøve å ”sense” hvor pasienten er i en prosess. Slik at en ikke går inn og ber dem om å gjøre noe som de faktisk ikke er klare til (..) prøve å bli kjent med og prøve å sanse hvor de er hen. Og kanskje litt hvorfor de er der som de er. Det er jo veldig ofte at det er en del bakgrunn å nøste i som kan være årsak til mye (..) det kan være en skilsmisse eller mislykkethet på jobben eller hva som helst. Da er det jo helt håpløst å komme noe vei med smerteproblematikken uten å ta med det som er i tillegg. Så det å ta med hele mennesket tror jeg er det aller viktigste, egentlig. Det er ikke den ryggen på det rommet som ligger der, men det er et menneske med sine erfaringer. Lytte er veldig viktig (S5).

... det er som å gå inn i en skog. Skogen står der og du har aldri vært der før og du skal forsøke å bli kjent med terrenget. Da har du noen myrer og noen kvikksandsteder og noe sånn. Så strategien er at jeg starter alltid litt forsiktig, men noen blir jeg fortere trygge på enn andre. Og de skogene jeg nok blir fortest kjent i, er de som tør å utlevere seg litt (..) Men jeg starter alltid med å trå litt forsiktig. Fordi du kan komme med en vits eller spøk, og så har de opplevd noe i livet sitt. Kanskje for en kort tid siden. Så der skal du være litt forsiktig, altså. Men i det de skjønner at du ikke vil noe vondt, da er det utrolig hvor mye de tåler (F1).

Flere av informantene peker på at den erfaringen de har som profesjonsutøvere gjør det lettere å bli kjent med pasienten, at de fortere finner ut av hvem pasienten er etter å ha jobbet noen år innen profesjonen.

... sammen med kunnskaper og erfaringer så får en etter hvert et bedre klinisk blick (..) ved å se et menneske, se og høre, så får jeg mye. Da får jeg på en måte en oversikt, et bilde inni meg av hvordan pasienten har det. Og jeg mener at det har jeg fått ganske bra etter hvert. Og det har masse med erfaringene mine å gjøre (..) Jeg er helt overbevist om at jeg fortere kan se en pasient i dag enn jeg gjorde i begynnelsen av jobbingen min (S3).

Noen mennesker er lettere å bli kjent med enn andre, fordi de er åpne og forteller om seg selv. Og en profesjonsutøver opplever at det noen ganger kan bli litt i meste laget.

De er som en tjukk bok med tusenvis av sider. Noen åpner bare et par sider for deg, mens andre åpner pinadø alle kapitlene. Med vedlegg. 10 binds Cappelens, vet du (F1).

Relasjonsbygging er viktig fordi det å bli kjent med pasienten og finne noen treffpunkter hos han, er vesentlig for rehabiliteringen, dvs for om pasienten får en bedret fysisk tilstand. Informantene beskriver ulike måter å gå fram på for å bli kjent med pasienten og finne ut hvilken innfallsvinkel de skal ta.

... det er viktig å få dem til å skjønne at hvis de ikke tar i et tak selv, så blir effekten dårligere. Så du må stimulere, stimulere (..) du (må) finne ut hvilke godteri de er mest glad i for å finne ut hva du skal spille på (F1).

En av informantene gir uttrykk for at hennes jobb blir uvesentlig, dersom hun ikke finner treffpunktene hos pasienten. Det er nødvendig at pasienten opplever behandlingen og veiledningen profesjonsutøveren gir som viktig. Informanten plasserer ansvaret for å finne disse treffpunktene hos seg selv.

Det er det som egentlig betyr noe: Hva er viktig for den du har foran deg? Det er jo ikke jeg som betyr noe som hjelpeperson. Jeg har masse kunnskap og gode råd, men hvis du ikke finner... Det handler om den dype motivasjonen. Hva er viktig for deg som person? Det spiller ingen rolle hva alle rundt deg føler. Det må handle om deg selv (..) Hva jeg mener betyr egentlig null og niks i den store sammenhengen. Jeg kan behandle så godt jeg kan, jeg kan gi masse gode øvelser i beste mening, men hvis ikke det treffer den personen, er det likegyldig, egentlig. Det betyr ingenting (F4)

Flere av informantene peker på at rammen rundt relasjonen er viktig. Blant tingene som vektlegges ved Rehabiliteringssenteret er humor, uhøytidelighet og rom for å dumme seg ut (Se kapittel 4.1). Når en setting er uhøytidelig, er det mulig å senke skuldrene, slappe av og være seg selv. Informanten trekker også fram tidsperspektivet. Når en relasjon utvikles over tid, er det større mulighet for at personen viser seg som den han virkelig er.

Når det er litt uhøytidelig, da kan du vise litt mer hvem du er. Skal du få tak i en person må du kunne se innsida, ikke bare det ytre skallet. Det er vanskelig ofte å få tak i, men mange er her over lang tid. Og da ser vi ofte mer personen bak, enn diagnosen. Vi er alle forskjellige. En rygg er ikke lik. Vi er ulike individer oppi det hele (F4).

Det er vel kanskje det jeg får mest tilbakemelding på også, at folk synes det er fantastisk bra å komme tilbake her, for her kan de være seg selv. De kan trene og gjør de tingene de skal og samtidig være seg selv. Jeg tror humor har en veldig viktig rolle i det scenarioet der (F1).

4.3.1 Mennesket er en fin motorikk

Pasientene ved Rehabiliteringssenteret er der med utgangspunkt i en fysisk diagnose. Men informantene er opptatt av at det fysiske ikke kan løsrives fra andre deler av mennesket, som det psykiske, sosiale eller eksistensielle. Mennesket er en helhet og de ulike delene vil virke

inn på hverandre. Møtet med pasienten innebærer møte med et helt menneske. Informantene opplever dette som viktig og utfordrende i sin arbeidshverdag. Mennesket er sammensatt. Mange sliter med ulike sider av livet og seg selv, og har dette med seg når de kommer til Rehabiliteringssenteret. Det påvirker deres opplevelse av den fysiske diagnosen de har, og hvordan de takler situasjonen. Det er vanlig at en fysisk dysfunksjon fremkaller psykiske reaksjoner, og i noen tilfeller eksistensielle spørsmål, og at det påvirker den sosiale funksjonen og forholdet til omgivelsene.

Du kan ikke bare behandle den fysiske skaden, hvis det er helt kaos på de andre områdene. Du må ta tak i det andre. Du kan kanskje få trent opp den fysiske skaden, men jeg tror ikke den blir 100 % bra hvis en ikke gjør noe med de andre tingene (..) Mennesket er jo en helhet (..) Vi kan ikke bare ta det fysiske ut av en menneskekropp. Og det er jo noe som er viktig å forklare pasienten. Når du får en fysisk skade, vil det ofte virke inn på det psykiske (..) Det er mange som blir (..) redde når de begynner å kjenne at følelsene svinger eller at de er litt mer lei seg, og de skjønner ikke hvorfor: ” Nå skal jeg jo være frisk!” (..) mennesket er en så fin motorikk. Hvis det blir et lite hakk på en del, så virker det inn på de andre (S2).

Har du en fysisk skade, selvfølgelig kan du bli deprimert eller redd, engstelig. Psyke og soma er som hånd i hanske. Du må kanskje gi inntrykk av hva som er normalt. Mange tenker: ”Å, det er unormalt, det er sykt”. Men det normale er jo faktisk å være litt sånn ”på tur” (F5).

Flere av informantene beskriver at pasientens psyke vil virke inn på hans forhold til å ta ansvar for egen helse, og kanskje også på hans evne.

... en ting er hva du veit med hodet ditt. En annen ting er hva du gjør fordi du har masse følelser på ting (..) Vi har både de destruktive og konstruktive kreftene i oss (..) Så det kan jo veldig ofte være et sprik mellom hva en forventer og hva som blir gjort. Det er ganske menneskelig, det. Og da har det veldig mye å si hva slags psyke du er utrustet med. Hva slags tankemønster du har og hva du har sett tidligere. Så det er veldig sammensatt (S3)

Ikke alle informantene er like opptatt av å gå inn i det komplekse helhetslandskapet i møtet med pasienten. Det er krevende og kan være svært slitsomt å være så nær pasienten.

Informanten opplever at hun får en slags allianse med pasienten når hun åpner for andre sider enn det rent fysiske.

Men av og til ønsker du ikke å sette så mye i gang i den tiden du har (..) Det kan være litt vanskelig. Også fordi pasienten ikke går hjem. Jeg ser han fire ganger til den dagen og skal forholde meg til det, og da blir det slitsomt for meg. Sånne pasienter krever mye. De har på en måte en allianse med meg og når vi ser hverandre så vet jeg. Og de gir ofte uttrykk for det. Og det er veldig slitsomt.

Gjør det at du vegrer deg? At du merker at her er det et eller annet, men du unngår å stille spørsmålet som kan utløse det?

Ja, det kan hende. Og det er jo for å ikke sette i gang noe jeg ikke kan make (..) Men hvis du har noen komplekse som har vært gjennom hele systemet på et eller annet, og som kanskje sliter med litt depresjon, og så kommer det ut. Da er du på en måte solgt der og da (..)Jeg vet noe som ingen andre rundt her vet. Og da er de alliert med meg. Og da er de der hele dagen oppi hodet mitt også. Så da kan det være greit å unngå det, men stort sett så kommer det ut uansett selv om du ikke spør om noe (F5).

For noen pasienter kan det å møte en profesjonsutøver over tid som er nærværende og lytter, og som i tillegg berører dem, skape en slags trygghet som gjør at de åpner opp for sine tanker og følelser. For noen av informantene oppleves dette greit, mens andre føler at de kommer til kort fordi deres profesjon har et fysisk og ikke et psykisk fokus. De opplever at de mangler verktøy til å takle situasjonen.

... bare det at de er her, at de har noen å snakke med, at det er noen som lytter til dem (..) Da kommer det fysiske i bakgrunn (..) Det er jo mange pasienter som har tilleggsdiagnoser med for eksempel angst, depresjon. De bor alene, er ensomme. Og det hjelper ikke om jeg står og peser på med: Ta ti til! Kjør på! Det er ikke det de har nytte av. Men det synes jeg er veldig vanskelig. Jeg har ingen utdanning i psykologi, og har ingen annen måte å takle dem på annet enn meg som person. Så jeg kan ikke hjelpe dem noe på det psykiske, ofte. Og det sosiale. Det er noen som lukker seg inne på rommet. Jeg føler at det er lite jeg kan gjøre med det (F3).

Jeg har hatt ganske mange som har hatt ganske alvorlige psykiske lidelser (..) Og har erfaring med bare det å være der, være på like fot, bare det gjør at en kan lette de psykiske plagene (..) Og det at den fysiske plagen blir bedre (F4).

4.3.2 Rollen: Å gi av seg selv eller å være helseselger

Informantene er opptatt av sin rolle som profesjonsutøver og beskriver den på ulike måter. En problemstilling er forholdet mellom det å være profesjonsutøver og ”privatperson”. En av informantene er opptatt av å skille mellom hvem hun er som privatperson, og hvem hun er som profesjonell. Hun mener at dette er to ulike roller som kan komme i veien for hverandre. Det er i orden å være personlig som profesjonsutøver, men dersom hun slipper for mye til av det private, kan det hindre at hun møter pasienten med empati. Hun knytter dette spesielt til sine fordommer, og erfaringen med å behandle straffedømte.

Målet mitt er å hjelpe den personen uansett i den situasjonen som er. Men privat sett, hvis jeg setter meg utenfor jobben min, profesjonen min, så har jeg nok mine tanker. Men det er viktig her å skille tydelig mellom privatperson og yrke, føler jeg (..) jeg har blant annet behandlet seksualforbrytere, hvor jeg er opprørt innvendig, men likevel som fagperson.. Det å sette et skille mellom det som er privat og det som er personlig, men likevel ha empati, det er forferdelig vanskelig, men etter hvert som jeg har jobbet noen år blir det lettere (..) Det kommer litt an på kjemi. Noen har du en ekstremt god kjemi med hvor du egentlig bruker vedkommende som en aktiv samtalepartner også for deg selv. Uten at det blir en belastning for motparten, men det er ikke alle (F4).

Informanten benytter også begrepet ”kjemi” når hun skal beskrive en god relasjon. God kjemi kan gjøre at pasienten blir en samtalepartner for informanten. Informanten peker på at når hun har god kjemi med en pasient, kan relasjonen være annerledes, og hun viser mer av seg selv som privatperson. Å være privat overfor pasienten er greit når det eksisterer en god kjemi.

En annen av informantene opplever at hennes livserfaring og fagerfaring går over i hverandre, og at hun bruker begge deler aktivt sammen.

Jeg tror i alle fall at den livserfaringen du har selv kan brukes veldig aktivt i forhold til pasientene (..) en har jo brukt den fagerfaringen en har i eget liv og, så de tingene går jo veldig over i hverandre. Men jeg tror at det å ha vært igjennom en del tunge tak selv egentlig er en veldig fordel i forhold til å kunne sette seg inn i andres situasjon. Så jeg føler vel

egentlig at jeg bruker livserfaringen min og fagkunnskapen sånn om hverandre. Kanskje av og til ikke fullt så bevisst som en burde vært på hva som er hva (S5).

Flere av informantene beskriver det å ” gi av seg selv” som en viktig del av det å være profesjonsutøver. ”Å gi av seg selv” i pasientrelasjonen, kan ses på som det å bruke sine karaktertrekk, sin personlighet, i møtet med pasienten.

Hvis du ikke gir noe av deg selv av det du har av personlighet og benkbehandling, så blir de veldig kritiske. For de har så store vrangforestillinger om hva fysioterapi er, at hvis de ikke blir tatt på får du nesten ikke tillit. Det er litt sånn ”give and take” (..) Å gi av seg selv er å møte den pasienten der og da på en slik måte at du skaper et grunnlag for videre samarbeid. Noen ganger er det å gi av seg selv bare det å sitte og lytte. Og noen prater litt høyt i hode på deg. En må rett og slett finne de mekanikkene i kommunikasjonen som gjør at det er noe der å bygge videre på (..) Jeg bruker mye humor, håper jeg. Om de ler av spøkene eller de ler av meg, det vet jeg ikke alltid. Men skape latter er noe jeg bruker bevisst (F1)

Informanten beskriver at pasienten ofte har en forestilling om hva profesjonsutøveren bør gjøre. Dette kan for eksempel for fysioterapeuten være benkbehandling og det å ta på pasienten, bruke hendene. Hun mener at profesjonsutøveren må imøtekomme noe av de forventningene pasienten har til henne. Samtidig peker flere informanter på at noen pasienter søker en rolle som passive mottakere av helsebehandling. De møter pasienter som fullt og helt ønsker å overlate kroppen og helsen sin i til profesjonsutøverne. Informantene opplever dette som at pasienten fraskriver seg ansvaret for egen helse.

”Å, nå kommer jeg til deg. Nå skal du gjøre meg frisk” (Pasienten). Så det er ikke ofte hva den personen kan gjøre selv, men hva jeg gjør. Også synes jeg det er veldig vanskelig. Noen ganger tar jeg på meg det ansvaret. Sånn at når de ikke blir friske så tenker jeg: ”Nå er det jeg som har gjort noe galt”. I stedet for å tenke: ”Nei, da er det de som ikke har tatt nok ansvar selv” (F3).

Mens en annen informant påpeker at det ofte er slik at helsevesenet tar ansvaret fra pasienten.

Det er jo ofte slik i helsevesenet at vi tar ansvaret fra pasienten (..) når du er syk eller kanskje har noen andre problemer så er det veldig lett å hente svaret et eller annet sted. Men det er ditt liv det gjelder. Og også som pasient må du ta ansvar for det livet du lever (S2).

Det informantene er enige om, er at de som fagpersoner ikke skal ta hele ansvaret fra pasienten. Det er pasientens liv det gjelder, andre kan ikke ta styringen, ta avgjørelser og utføre.

(..) Det er ingen andre som kan styre det. Da er det bare hver enkelt. Om jeg som fysioterapeut sier at du skal trene, du skal endre kosten.. så hjelper det ikke hvis du ikke tror på det selv. Til syvende og sist ligger det hos hver enkelt (F5).

Informantene er opptatt av å ha et helhetsperspektiv, er å se livet i en sammenheng. Et opphold ved Rehabiliteringssenteret er bare ett skritt på veien. Profesjonsutøveren ser det som sin rolle å veilede pasienten i hvordan de skal fortsette rehabiliteringen når han kommer hjem, og motivere han til det.

... det er greit nok så lenge de er her. Det viktigste er å få dem til å innse at skal det være noen vist å være her så må de faktisk følge det opp når de kommer ut i livet igjen (..) at oppholdet her ikke bare er en liten bolk de er igjennom, men at det er noe som skal puffe dem videre til å fortsette å ta vare på helsa si. Det synes jeg er noe av den viktigste oppgaven vår å få dem til å innse hvor viktig det er å fortsette (S5).

Jeg prøver å sette det litt i sammenheng med hvordan de har det hjemme. Her er jo alt tilrettelagt for dem. Her er det så greit å gjøre ting (..) Det hjelper ikke at jeg sier at de skal trene i basseng, og så er det 20 mil til nærmeste basseng der. Da må vi finne noe annet som de kan gjøre i sitt miljø. Prøve å se det positive i det (..) En må sette det i sammenheng. Dette må være en begynnelse. Jeg setter dere i gang og så må dere fortsette når dere kommer hjem. Spesielt pasienter som har hatt vondt over lang tid og som er inne i et smertebilde (..) en løser det ikke på tre uker eller åtte uker. Jeg bare setter det i gang for det videre livet (F5).

Mange synes det er vanskelig å jobbe uten å ha noen hengende over seg. Synes det er litt tungt å komme hjem og skulle prøve det. Og så blir de usikker og i stede for å gjøre det da, legger de det bort (F4).

Noen av informantene er opptatt av at det finnes mange helsetilbud i dagens samfunn. De opplever at noen pasienter ser dette som en mulighet til å skyve det ansvaret de har over på andre.

Det er jo veldig mange andre en kan legge ansvaret på i dag. Det er legen som ikke er god nok, eller fysioterapeuten som ikke gjør en bra nok jobb, eller så er det naprapaten eller så.. En prøver så mange ting som en kan legge ansvaret over på. Det er så mange behandlingsmuligheter. Før var det nok ikke riktig så mye. Det kunne være en lege som kom innom en gang i måneden på det stedet du bodde, så skulle du bli bra så måtte du gjøre noe selv. Det var ingen andre som stilte opp. Nå er det tilgang på så mye, og en prøver alt annet, den letteste veien, først (F5).

Et annet perspektiv i denne sammenhengen er hvordan mennesker oppfatter god og dårlig helse, og hva det vil si å være syk og frisk. En av informantene hevder at mennesker i dag stiller store krav til opplevelsen av å være frisk. Dersom de blir syke er det en forventning om diagnose og behandling, på det offentliges regning. Det offentlige skal "ordne opp". Spørsmål som kommer opp er: Hva er god helse? Hva vil det si å være frisk? Hvem har rett til behandling? Informantene etterlyser aktiv deltakelse og egen innsats fra pasientene, og et nøkternt forhold til hva som er god helse.

Noen forventer at alt skal være perfekt at en ikke skal være syk. Og hvis en er syk så skal en få dekket det (...) helsa er blitt bedre og bedre, men flere og flere penger går til behandling av syke(...) Har du vondt så skal du finne ut hva det er, du skal gjerne ha en diagnose. I stedet for før: "Ja jeg begynner å bli gammel det er ikke så rart at det knirker i leddene" (F3).

Og fravær av sykdom er jo en internasjonal definisjon på det, men hvem har fravær av sykdom et helt liv, da? Ingen. Men det kanskje det at en har det bra, fysisk og psykisk?(F4)

De fleste av informantene er opptatt av å være relasjonsbyggere, å bli kjent med pasienten og hans behov, slik at de kan gi pasienten det han trenger. Samtidig er det viktig å hjelpe til selvhjelp, ”få pasienten til å forstå mer, ta ansvar og bli mer aktiv selv”.

(Det handler om) å lese den pasienten hvor han er. Noen ganger trenger de pleie og omsorg, noen å som holder rundt dem, noen å holde i hånden, den omsorgen eller kjærligheten, om du vil, fra oss. Men det er jo også en måte å vise omsorg på at vi får pasientene til å forstå mer, ta ansvar og bli mer aktive selv (..) Å få dem til å forstå at dette ikke er noen arbeidsleir, men det er for deres beste (..) Det tar tid! Det skjer ikke i over natten. Pasientene trenger også tid til å tenke det igjennom. De kan ikke snu seg med engang. De må få litt informasjon, tenke, få litt informasjon, tenke og spørre.. På en måte bli moden til det (..) Jo, de har jo fortsatt de forventningene at helsepersonalet skal ordne opp. Det har de, men jeg synes nå at det blir mer og mer at pasientene tar ansvar selv (..) Det er begge deler, synes jeg. Noen vil ha omsorg og noen vil ta ansvar selv (S2).

Informantene har forventninger til hva pasienten skal gjøre. Alle pasienter som kommer til Rehabiliteringssenteret, bør ha som målsetting å komme hjem og klare seg selv best mulig i hjemmesituasjonen. Dette preger informantenes holdninger til ansvar for egen helse. Pasienten må bruke de ressursene han selv har og gjør det han kan klare selv.

Jeg forventer at (..) de bruker de resursene de har (..) Jeg er blitt flinkere til å sette noen grenser for pasienten. Når jeg ser at det er oppgaver som en kan gjøre selv, så er det jo viktig at han gjør oppgavene selv også. Nå tør jeg si det. Det gjorde jeg ikke så mye før (..) Det har noe med meg å gjøre, med modning (..) kjenne at det er ikke ålreit, verken for pasienten eller meg at jeg gjør ting som de skal gjøre selv, ting de kan klare selv (..) nå er jo jeg av den eldste generasjonen her, og det lå nok mer til oss å være sånn ”velig snill”(..) som nå ikke blir riktig en gang (..) å hjelpe til selvhjelp, det er jo kjempeviktig (S3).

En av informantene påpeker at mange pasienter tror de kan klare mindre enn de faktisk gjør.

De fleste trenger hjelp til å komme i gang med å klare å ta ansvar for egen helse. Slik at en får en start, et grunnlag også bygge ut fra det. En lærer underveis. De fleste blir flinkere jo mer de skjønner av det. De vet ikke hva de kan klare i utgangspunktet (F5).

En annen av informantene gir uttrykk for at hvordan pasienten har det, hvilke fase han er i, om han er uttrygg osv. spiller inn i forhold til de forventningene hun har til pasienten. Hun mener at å ”pleie, stelle og dulle” også er en del av hennes arbeidsoppgaver. Samtidig mener hun at det er i orden å legge press på pasienten.

Det kommer sånn an på i hvilken fase de er (..) har du en nyoperert hjertepasient som er veldig mye redd, da er det faktisk viktig å gjøre den pasienten trygg før du begynner å presse på at han skal gjøre sånn og sånn (..) For at du skal kunne ta ansvar for egen helse, må du ha en viss grunnleggende trygghet på at det de gjør er riktig (..) jeg tror ikke en kan ta helt bort den pleie, stelle, dulle – delen heller. Men man må være veldig bevisst på når en bruker det og at en ikke statisk går inn i en sånn rolle hele tiden, men at en kan se at den pasienten i en kortere periode må få mer omsorg før du kan komme over på den biten å veilede. Også kanskje spesielt i forhold til de hjertepasientene som er blitt sånn akutt operert. Der du ikke har hatt tid til å forberede deg og som egentlig er i en sjokkfase ennå når de kommer hit (S5).

Hvis du er kjempesliten, så er du langt nede. Da er det akkurat det samme hvilket yrke du har, om du er overlege eller.. Jeg tror bare at du ikke orker å ta beslutninger selv (S2).

De fleste informantene tar altså utgangspunkt i enkeltindividets behov og ressurser. Men en av informantene har en litt annen innfallsvinkel. Hun betegner seg selv som en helseselger. Informanten har et budskap om helse som hun vil selge pasienten, og dersom hun er overbevisende nok, vil pasienten kjøpe ”produktet”. Dette er hennes innfallsvinkel til pasienten, og hun knytter det til sin rolle som profesjonsutøver.

Jeg opplever meg som en helseselger. Det går på det å selge inn et budskap (..) Er litt sånn kommersiell (..) Du leser papirene, ser personene og tenker litt stereotypier. Kjenner igjen visse mennesketyper og karaktertrekk (..) du må ha ulike innfallsvinkler i forhold til hvordan du skal gjøre ting, og jeg tenker salg. Jeg må selge det jeg tror på. Og hvis jeg er overbevisende nok.. Det går på det (..) å treffe akkurat spikeren, da har jeg kjøpt personen og da har vi skapt en base vi kan bygge på (F4).

Informanten kategoriserer pasientene. Hun ”leser papirene, ser personene og tenker litt stereotypier”. En kategorisering og stereotypitenkning av pasientgruppen vil være det motsatte av å se på pasienten som et unikt enkeltindivid. I stedet for å ta utgangspunkt i det

pasienten opplever som sine behov, er informanten opptatt av å "kjøpe pasienten" dvs overbevise og selge budskapet om hva hun mener pasienten har behov for. Hun sier videre at først når hun har kjøpt personen, dvs fått pasienten til å tenke som henne, har de en felles base og kan jobbe sammen.

Den samme informanten reflekterer over den posisjonen, makten, profesjonsutøveren har. Møtet mellom sykepleier / fysioterapeut og pasient er basert på den fagkompetansen og det yrkesmessige ansvar profesjonsutøveren har. Forholdet blir asymmetrisk, fordi fysioterapeuten eller sykepleieren har kunnskap og erfaring som pasienten ikke har.

... Samtidig har jeg vært borte i flere pasienter som kommer hit med en rygg for eksempel, som ikke fungerer, også blir den veldig mye bedre i løpet av et opphold. Og så viser det seg at den personen har slitt veldig familiært med den andre halvdel i et forhold. Når de da får lettet på en fysisk plage som har bremsset overskuddet i hverdagen, så tar de et oppgjør med det og bryter faktisk ut av et forhold. Og det viser kanskje hvor ekstremt stor påvirkningskraft vi kan ha på en del mennesker. Det er skremmende slagkraftig, egentlig (F4).

En annen informant er skremt over hvor mye enkelte pasienter stoler på henne som profesjonsutøver.

De (eldre) stoler blindt på oss (..) Jeg tror jeg kunne gjort hva som helst med dem. De hadde gjort alt jeg hadde bedt om uansett hvor vondt det hadde vært. Jeg skjønner ikke at de tør, jeg (F3).

Hun påpeker at enkelte pasienters lojalitet overfor henne kan gjøre at pasienten utfører det hun ber han om uten å reflektere over hvorfor han bør gjøre det. Det virker som om noen pasienter for eksempel trener for å tilfredsstille profesjonsutøveren og ikke for sin egen helses skyld. Det er viktig at pasienten gjør profesjonsutøverens veiledning og kunnskap om til sitt. Informanten er opptatt av at ansvaret må forskyves fra henne til pasienten.

... uansett hva jeg sier: "Du må trene!" (..) så trener de bare for min del fordi jeg står og sier det, men de forstår ikke at de må gjøre det for sin egen del. Jeg vet ikke om de ikke forstår(..) eller vil ikke forstå. Eller litt den likegyldige: "Nå har det gått sånn langt at det er det samme hva jeg gjør (..) det er det samme hva hun fysioterapeuten står og maser om, jeg gjør som jeg

vil”(..) det er jo ikke noe vits i at de gjør det for min del. Når jeg ikke er der, hvem gjør de det for da?(F3)

En annen informant hevder at det jo er viktig at pasienten stoler på henne. Noen pasienter er redde for å gjøre noe feil for eksempel med en nyoperert hofta. Det er vesentlig for rehabiliteringen at pasienten er så trygg på profesjonsutøveren at han i noen tilfeller likevel tør gjøre det hun ber han om.

Hvis jeg ber en hofteoperert om å legge seg på magen, for eksempel. Så sier de: ”Kan jeg det da? Greier jeg det?” Og så når de har fått lagt seg over sier de: ”Jammen, det gikk jo lett!” Også skal de gå trapp og det er skummelt, men det går greit. Så hvis jeg skulle spurt dem: ”Er det ok at du legger deg på magen nå?” Og vedkommende sier: ”Nei, det tror jeg ikke”. Hvis jeg skulle stoppe der ville det gå ut over behandlingen! (F2).

Noen av informantene peker på sin rolle som en del av velferdsstatens helsevesen og er opptatt av sitt samfunnsmandat. En av informantene er opptatt av å hindre at pasienter med ”økonomiske motiver”, dvs som urettmessig ”er ute etter uføretrygd”, skal få ”snyte på samfunnet”.

Men det er klart hvis du har folk med økonomiske motiver, la oss si ønske om uføretrygd, så ser jeg det faktisk som jobben min å avdekke det, altså. Ja, hvis motivet da er av økonomisk art. Hvis de er ute etter å snyte på samfunnet, for å si det slik, så står ikke jeg og ser på det. Jeg går ikke inn i en diskusjon med pasienten. De får presentere sine plager, og de kan være reelle nok, men jeg beskriver hva jeg finner. Og vi ser jo ofte at det kan være stor forskjell på en undersøkelsessituasjon og generell bevegelse i dagliglivet. Det beskrives, og så blir det jo til henvisende instans å ta stilling til det. Det er jo ikke mitt bord (F4).

4.3.3 Ambivalens: Pasientens rettigheter. Profesjonsutøverens reaksjoner.

Alle informantene sier at pasienten har rett til å ta sine egne valg i forhold til egen helse. Men materialet viser en tydelig ambivalens omkring dette spørsmålet. På den ene siden er de fleste opptatt av at det er pasientens liv det handler om, og at pasienten har rett til selv å ta valg.

Jeg tenker at når jeg har sagt det jeg mener så er det opp til pasienten å vurdere det (..) hvis jeg har uttrykt meg klart, så er det jo (opp til pasienten) (S3).

Vi har ikke noen annen rolle enn at vi faktisk kan gi råd, vi. Hvis den personen velger å ikke høre på det så ok. Vi har gjort jobben vår og da er det opp til hver enkelt å bestemme over seg selv (F4).

Men på den andre siden ønsker, og i noen tilfeller krever, sykepleiere og fysioterapeuter at pasienten skal gjøre det som den profesjonelle mener er riktig i situasjonen, og som hun anbefaler. Og når pasienten ikke gjør det som den profesjonelle anbefaler / råder / krever / forventer, skaper dette en bred vifte av følelser hos informantene, fra irritasjon og frustrasjon, til dårlig samvittighet og følelse av faglig utilstrekkelighet. Informantenes reaksjoner synliggjør hvem de er som personer, deres karaktertrekk avdekkes.

Jeg går aldri dit hen at jeg blir sint og utfarende og aggressiv, det gjør jeg ikke. Da sier jeg ellers: Vi avslutter oppholdet, og da får du ta ansvaret selv. For det er i alle fall ikke noe vits i at du (jeg) blir stressa pga det. Da får de seile sin egen sjø (F1).

Jeg har hørt noen kollegaer som virkelig har fått ”røska opp” ved å bruke litt temperament. Og det har vært bra, men noen ganger kan jo det slå den andre veien. Selv så er jeg vel litt midt i mellom, tenker jeg. Jeg har ganske lange tøyler, lang lunte, men hvis den blir strukket langt kan nok jeg også bli irritert. Og da høres det også! (F2)

Uff, ja. Med en gang blir jeg lett irritert. Men da har du igjen to muligheter: Det ene er å gå i forsvarsposisjon og stille deg spørsmålet: ”Hvorfor?” Og da er det enten å kjøre ditt løp og dokumentere at pasienten ikke fulgte opplegget, eller så må du gå i deg selv og se på:” Kanskje er ikke opplegget mitt bra nok, kanskje har jeg ikke fått tak i det som er viktig?” Men som sagt, det er lett å gå i forsvarsposisjon (F4).

Flere av informantene forteller at de, til tross for at pasienten sier nei, jobber for å endre pasientens holdning og valg blant annet gjennom å være listige, skape allianser med andre fagpersoner som også forsøker å påvirke, informere tydelig, snike inn mer informasjon eller forsøke å overbevise gjennom å være faglig dyktig. Informantene viser gjennom dette en stor

tillit til og tro på egen faglig viten. De godtar ikke at pasienten gjør noe annet enn det informantenes faglige viten tilsier.

Jeg liker jo å ha en god tone med pasientene. Jeg synes det er vanskelig hvis jeg blir streng. Jeg liker ikke det. Jeg liker å spøke litt, MEN litt alvor, liksom.. Også prøver jeg jo å overbeise om at jeg kan mer faglig (F3).

... hvis det da viser seg at de ikke er villige til å høre på råd i det hele tatt så synes jeg det er litt vanskeligere (..) Jeg blir litt oppgitt og litt irritert. Inni meg i hvert fall. Det er jo ikke akkurat det en prøver å vise mest. Men jeg tror nok at jeg ville fortsatt.. altså i de i aller fleste tilfellene ville jeg jo fortsette med å jobbe med å prøve å få snudd dem. Altså at det er det viktigste å ta jevnlige, små drypp og prøve å få dem til å se hvorfor du sier det du sier. At det faktisk er viktig. Også ville jeg kanskje prøve å gå inn og prøve å få fysioterapeuten til den pasienten med og være litt på banen (S5).

Og igjen er jo det bygget på flere ting: Hvor godt orientert de er, om de er redde eller ikke, mye sånt.. Men en fysioterapeut skal sette krav. Jeg pleier å si til pasienten at du skal gjøre det og det, og så skal jeg gjøre det og det. Noen pasienter må du lirke og lure litt med (F1).

... det er veldig skummelt, tror jeg, i forhold til pasienter som ikke egentlig ønsker å følge råd. Jo mer du trær ned over hodene på dem da, jo mer mot det blir de. Så det å prøve å få dem til å forstå at det er dem selv, og ikke meg de hjelper. Være litt listig (S1).

Men en informant påpeker at det jo ikke alltid er slik at hun har rett, selv om hun har fagkunnskapen.

... jeg mener det er viktig å spørre hvorfor de ikke gjør det (..) Det er jo ikke sikkert at det alltid er vi som har rett. Det kan hende at pasienten har gjort noen erfaringer som gjør at faktisk for han så passer det ikke inn det alle andre sier (S5)

Noen informanter forteller at pasientene har sitt hovedfokus på rehabilitering. Noen kan ha en helt annen målsetting for oppholdet.

Noen er kanskje her for å treffe en kjæreste eller være nær familien som bor i nærheten.. Det er masse sånt også. Og det er litt leit. Der også gjelder det å ha litt den der: ”Det er noe som ikke stemmer helt her”(F1)

En annen informant har opplevd å ha pasienter som har hatt en annen målsetting enn han for rehabiliteringen. Pasientene har ”lagt listen lavere” enn han mener de burde. Dette er frustrerende for informanten som mener at pasienten burde ha gjort mer ut av sitt ”rehabiliteringspotensiale”.

Jeg husker at jeg på en utestelning traff et ektepar som begge hadde operert hoften. Mannen hadde luksert hoften to eller tre ganger, men enda så satt han i en lav campingstol som gjorde at han provoserte hoften av det. Han hadde reist veldig tidlig hjem for han syntes ikke maten var noe god her. Kona hadde nok vært her litt lenger, men fortalte at:” Nei, jeg har bare gått og sånn, jeg”. Det er ikke bra nok. Og når jeg så henne gå bortover veien, så vagget hun som bare det. Og det er sånn som en fysioterapeut kunne forhindre i stor grad. Så de to var eksempler på noen som tok mindre ansvar og som gjorde mindre enn det jeg hadde håpet og forventet, slik at resultatet ble ganske dårlig for de to. Det er jo tross alt en utgift for samfunnet. Jeg synes det at når de får en behandling som koster kanskje 100.000 kroner, så kan en forvente at de følger opp de anbefalingene de får (..) han klagde over at hofta (..) Han var kjapp til å anklage helsevesenet. Og så ikke helt sin egen rolle. Kona hadde for så vidt ikke hatt noen komplikasjoner, men hun satt lista så pass lavt at det var helt greit at hun gikk der og vagga. Og det er jo for så vidt hennes sak, det. Det er jo greit nok, på en måte. Hovedgrunnen hennes for å få operasjon var jo smerter, og smertene ble borte. Sånn sett hadde hun oppnådd noe (F2).

4.3.4 ”Jeg orker ikke når du ikke er her”, og andre fortellinger

Fortelling er en vesentlig del av informantenes arbeidshverdag. Fortellingen synliggjør kompleksiteten i det som skjer i praksis. Fortelling benyttes når det skal skapes en relasjon mellom fysioterapeut / sykepleier og pasienten. Pasienten forteller ofte sin helsehistorie og andre historier fra sitt liv. Hvordan historien fortelles, hva som vektlegges osv. er med på å forme relasjonen og gir den som lytter til historien et bilde av hvem den som forteller er.

Alle informantene tok i intervjuet i bruk en fortellende form når de skulle beskrive sin praksis, for eksempel: ”Han sa: Jeg sa: Han gjorde: Jeg gjorde:”. Eksemplene de ulike informantene beskriver, forteller om deres oppfattelser, holdninger, og beskriver utfordringene de møter i praksis, og hvordan de løser dem. Fortellingen benyttes også som et utgangspunkt for veiledning og tilbakemelding mellom helsefagpersonene.

Under følger eksempler på to typiske pasientfortellinger som ble fortalt under intervjuet. En av informantene (fysioterapeut) beskriver en pasient som etter hennes mening ikke tar vare på egen helse.

Jeg hadde akkurat en pasient her nå som jeg sa til: ”Du skal gjennomføre dette treningsprogrammet en gang om dagen, på ettermiddagen, når jeg ikke er her”. Og jeg spurte hver dag: ”Har du trent treningsprogrammet ditt?”(Han svarte:) ” Nei, jeg klarer ikke det når ikke du er her!” Så sier jeg til han:” Men det er jo for din egen del”. (Og han sa:) ”Ja, men det går ikke. Jeg orker ikke når ikke du er her”. Så jeg måtte stå ved siden av og se på han sykle, stå ved siden av og se han ta knebøy, stå ved siden av og se han trene balanse. Alle tingene som han fint kunne gjøre på egen hånd, men han klarer ikke når jeg ikke er der.

Hvorfor? Spurte du han hvorfor han ikke klarte det?

Ja, han orket ikke. Gidder ikke.” Jeg er lat,” sa han, ”jeg gidder ikke det her”.

Men du fortsetter å stå og se på at han trener?

Ja, en stund. Og prøvde: ”Ja, kom igjen, 10 til. Kom igjen nå har du 5 minutter igjen, 1 minutt igjen”. Han trengte veldig mye motivasjon. Men jeg føler at det er nytteløst, for når han kommer hjem kommer han til å sette seg rett ned. Han kommer ikke til å gjøre noen ting (..) han orket ikke å gjøre noen ting (..) han kunne bare sittede og pratet hele halvtimen, han, og vært like fornøyd. Uten å ha gjort noen ting som har med fysioterapi eller trening å gjøre. Og da er det jo sånn at jeg sa: ”Nei, nå skal du gjøre disse øvelsene. Nå skal du opp på sykkelen. Dette skal du gjennomføre”. Ovenfra og ned, ikke sant. Ikke samarbeid. Det blir bare jeg som gir han ordre om hva han skulle gjøre. Han syntes det var helt topp. Han likte det tydeligvis, men jeg synes jo ikke det fungerer.

Men tok du det ordentlig opp med han?

Ja hver dag!

Og sa: "Hør her?"

Ja.

Og hva sa han da bare at han orket ikke?

Ja. (Han sa:) "Jeg orker ikke, jeg klarer ikke, jeg gidder ikke". Ja.

Da var du jammen tålmodig.

Jepp (..) Jeg er nok det, er ganske tålmodig. Han sa det han også, forresten: "Du må være en veldig tålmodig fysioterapeut som har holdt ut med meg i 3 uker!" (F3).

Eksempelet viser at selv om pasienten er uvillig til å gjøre som fysioterapeuten mener er det beste for han, så fortsetter hun å jobbe for at pasienten skal utføre det. Fysioterapeuten beskriver det selv som tålmodighetsarbeid og forteller at det er hennes samvittighet som gjør at hun fortsetter sitt arbeid med pasienten selv om hun tydelig er frustrert over at han svært motvillig gjør det hun mener er best. Den samme informanten beskrev en pasient som hun mener tok ansvar for helsen sin.

Jeg hadde akkurat en parkinson-pasient. Da hun var her trente hun hele tiden. Hun var i bassenget, hun benyttet seg av alle tilbudene her. Gikk på tur, trente (..) Hun merket at hun ble veldig mye bedre. Og jeg og så det, merket det. Det var tydelig (..) Det er ikke sånn at hun kommer hjem og ikke gjør noen ting. Hun forsetter når hun kommer hjem. Og jeg merket at her behøvde jeg ikke å pushe noe på. Hun trente masse, men fornuftig. For det er noen av dem også som du må bremse ned. Men hun var veldig lett å samarbeide med. Det virket som om hun tok mye ansvar selv. Selv om hun ikke kan gjøre noe med sykdommen. Det var hun jo fullstendig klar over, men hun kan gjøre noe med de sekundære lidelsene (..) Hun forstod veldig godt hva jeg mente. Når hun trente styrke for eksempel (..) (Jeg sa:) "Det lønner seg å trene det apparatet". Også gjorde hun det. Hun kommer tilbake og gir meg tilbakemelding på

hvordan hun har trent og hvordan det har gått sånn at vi hele tiden hadde god kommunikasjon. Hun fortalte meg hele tiden: "Nå har jeg gjort det og det gjorde vondt, så det skal jeg ikke fortsette med" (..) så det var lett å følge opp.

Men tenker du om den jobben du gjør at det er et samarbeid med pasienten?

... De fleste ganger er det det. Ellers blir det sånn at de skal komme til meg og legge seg ned og så skal jeg gjøre dem friske. Og det fungerer ikke. Det er ikke samarbeid. Det må det jo være (F3).

4.3.5 "Mener du taushet og sånn..?" Egenskaper, holdninger og yrkesetikk

Informantene ble spurt om hva som er de viktigste egenskaper og holdninger en sykepleier / fysioterapeut må ha for å gjøre en god jobb. Informantene pekte på mange ulike egenskaper og holdninger. De som beskrives i dette kapittelet, er det flere av informantene som har nevnt. Informantene fremhever:

Se pasienten:

At pasienten blir sett. Det er mange som forteller om episoder hvor de har vært hos legen: "Han så ikke på meg en gang. Han bare satt bak dataskjermen". Jeg tror at en får til mye mer samarbeid og skaper tillit hvis en er flink til å lytt og se pasienten. Høre på det han sier, og ikke bare avbryte og komme med egne meninger (F3).

Lytte til pasienten:

Jeg tror at en får til mye mer samarbeid og skaper tillit hvis en er flink til å lytte.. Og se pasienten. Høre på det han sier og ikke bare avbryte og komme med egne meninger (F3)

Være tålmodig:

Tålmodighet er viktig. Det er en stor greie. Og det går på å ikke gi seg. Overbærenhet når det ikke blir akkurat slik som jeg har tenkt. For pasientene tenker kanskje ikke akkurat slik som meg. Ha høyde for at det er lov. Så tenker jeg det å prøve å sette seg inn i ting som en faktisk

ikke kan. Det å innse at "dette har jeg faktisk ikke vært bort i", og at når det er ting en er usikker på, tar ansvaret for å finne ut av det (S1).

Være ærlig:

... ærlighet har jeg kommet veldig langt med. Jeg har hatt pasienter som har kommet til meg og sagt: "Du NN, hva gjør vi med det? Også sier jeg: "Har ikke peiling". Og da blir det litt stille, ikke sant for da forventer de kanskje at du kommer med en fantastisk utgreiing. Også sier jeg bare: "Jeg aner ikke. Jeg kan ikke noe om dette her." Og da får de tillit til deg. Det er helt bisart, men det har skjedd flere ganger. Det er utrolig hvor langt du kommer med ærlighet (...) Og de pasientene har jeg fått et veldig godt forhold til. Akkurat som de får tillit til deg fordi du er ærlig. Mange pasienter går rundt og er små eksperter selv. De har snakket med for eksempel 10 nevrologer og utenlandske spesialister, og det er ingen som kan gi dem svaret. Og så kommer de hit og setter deg på en form for prøve, og de vil egentlig bare at du er ærlig. Og så er du dønn ærlig og sier det for eksempel slik som jeg sa det, og da har du brutt masse barrierer (F1).

Du skal være ærlig og åpen også som fagperson. Du skal si hvordan tingene er. Du skal ikke pakke dem inn (S2)

Ha empati:

Empati, er en av de viktigste tenker jeg. Det å kunne lytte til personen. Det å ikke ha en ovenfra og ned- holdning, det å være likeverdige. Det tror jeg kanskje er de viktigste tingene for at en person skal føle seg vel (F4)

Kunne kommunisere:

Det å kunne kommunisere, er en annen ekstremt viktig egenskap (...) Det er den gode samtalen som er basen for alt du gjør. Og du kan være ekstremt flink til å behandle, men hvis du ikke har litt antenner så går det ad undas (F4).

Ha respekt, være likeverdig:

I alle fall det å ikke ha den ovenfra-og-ned holdningen. At det er vi sammen som skal få til noe, og ikke: "Jeg bestemmer over deg. Og jeg kan mye mer enn deg". Jeg sier ofte til pasienten: "Du vet hvordan dette kjennes ut. Du har vært igjennom dette, det har ikke jeg. Jeg står på den andre siden. Dine erfaringer er veldig nyttig for meg". Og da blir man mer

likeverdig. Å si: "Du har rett til å ha egne meninger og (til å) si at dette synes jeg ikke fungerer". De kjenner kroppen sin (F3).

Det å kunne skille mellom privat og personlig. Det å ikke ta inn alle egne meninger og holdninger, og ikke dømme folk før du har blitt kjent med dem (..) Alle har vi positive ting, og det tror jeg det er viktig å tenke på. Ikke bare sette veggen ned med en gang, være litt åpen (F4).

Vise faglig ydmykhet

En av de viktigste er at man er ydmyk, tror jeg. At det man ikke kan eller ikke får gjort noe med.. at en trekker inn dem som kan mer enn meg, eller sender pasienten videre til den som kan noe mer. En skal jo være sikker på det en gjør, sikker på faget, men alltid ha den ydmykheten i bunnen. Ikke ha den holdningen at jeg fisker alt, dette kan jeg. Da kan du lett gå på snørra (..)Også det at man er villig til å fornye seg. Ta inn ny kunnskap når den gamle ikke fungerer lenger.. at du er villig til å gi slipp på gamle forestillinger og ta imot nye (F3).

Interesse for andre mennesker

Det å være interessert i mennesker. Det å ville noe for- og sammen med (S1).

En må ha litt sosiale antenner i alle fall (F5)

Flere av informantene er opptatt av at det er spesiell type mennesker som velger å utdanne seg innenfor en menneskebehandling profesjon. De beskriver mennesketypen som at de er omsorgspersoner, hjelpere: "Jeg tror at alle som jobber i helsevesenet må ha en åre i seg av det å være "en hjelper", omsorgsperson, en som ønsker å hjelpe andre" (F2).

Informantene mener at de viktige egenskapene og holdningene som de fremhever, ligger nedfelt i mennesker, men at de kan utvikles og øves opp.

Jeg tror at ganske mye ligger nedfelt. Men alt kan læres. Skal du bli god på en ting, må du øve på det (..) Og jeg tror nok at det er bestemte personer som søker seg mot omsorgsyrker, hjelpeyrker (F4).

En annen informant påpeker at det er viktig med et bevisst ønske om å utvikle seg og at en må jobbe med seg selv for å bli dyktigere.

Jeg tror nok at alle mennesker har slike egenskaper og holdninger (..) Men jeg tror ikke at hver sykepleier er lik. Det er de ikke. Og det å kunne forandre seg, det tror jeg mye på. Du kan lære, du kan øve, du kan bli bedre. Du skal jobbe med deg selv. Det er ikke noe tvil om det. Også det å bli bevisst: Hva vil jeg bli bedre med? Hva vil jeg gjøre annerledes? Og så begynne å jobbe med seg selv (S2).

Diskusjon og tilbakemeldinger fra kollegaer kan være et viktig innspill til bevisstgjøring og utvikling for den enkelte profesjonsutøver.

Jeg tror det er viktig å innimellom sette seg ned og tenke: Er det jeg gjør ok? Eller går det an å endre på ting. Og kanskje bruke kollegaer. Det er vi ganske flinke til, å snakke om en del ting (F4).

En informant fremhever at det ikke bare er fagkunnskapen og den faglige utviklingen som er viktig, men hele hennes livserfaring.

Noe kan helt klart læres (..) Men jeg tror nok også at noe er, om ikke medfødt så et resultat av egen læring. Av egen livserfaring. At noe er.. jeg tror i alle fall at den livserfaringen du har selv kan brukes veldig aktivt i forhold til pasientene (S5).

En av informantene er opptatt av profesjonsstudiets betydning for utviklingen av egenskaper og holdninger.

Mange modnes gjennom studiet. Du lærer mye om deg selv. Du kommer litt ut som en annen person på den andre siden. I stedet for at du bare lære ting helt faglig (..)Det er vel noe som er positivt ved det studiet (F3).

Flere fremhever at de har endret seg gjennom å jobbe ved Rehabiliteringssenteret.

Jeg er blitt flinkere til å sette noen grenser for pasienten når jeg ser at det er oppgaver som en kan gjøre selv, så er det jo viktig at han gjør oppgavene selv også. Nå tør jeg si det. Det

gjorde jeg ikke så mye før. Det er jo i forhold til at jeg jobber på en rehabiliteringsinstitusjon (..) Det har noe med meg å gjøre, med modning. Litt utvikling, holdt jeg på å si (S3).

Yrkesetiske retningslinjer formidler fagtradisjon og fagforståelse. Jeg var interessert i å se hva yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og fysioterapeuter, hadde å si for informantenes holdninger. Derfor dreide et av spørsmålene seg om informantenes forhold til de yrkesetiske retningslinjer for deres profesjon. Alle sykepleierne må sies å ha et forhold til yrkesetiske retningslinjer. De hadde lest dem og hatt etikk som fag under utdannelsen. Men de fleste sykepleierne ga uttrykk for at de ikke hadde noe bevisst eller nært forhold til dem. Bare en fortalte at hun hadde lest gjennom yrkesetiske retningslinjer etter endt utdanning.

Kardemommeloven. Gjør så godt du kan. Jo, jeg forholder meg jo til det. Jeg har jo skrevet under på at jeg skal gjøre så godt jeg kan og holde meg innenfor lover og regler. Jo, jeg ser nok ganske alvorlig på det. Jeg ser alvorlig på regler ellers i samfunnet også (..) En regel kan være så dum den vil, men en må rette seg etter den. Ellers blir det veldig kaotisk.

Du tenker på de yrkesetiske retningslinjene som reglement?

Ja, på en måte. Det er noe vi forholder oss til og jobber innenfor. Og hva jeg mener om dem er ganske uinteressant (S1).

Det er sånt som vi jobbet litt med på skolen og fikk innprentet at var veldig viktig. Det er ikke sånn at.. jeg har vel ikke vært flink nok til å følge opp, lese, sette meg inn i, opp gjennom årene (..) Men jeg føler selv at jeg er bevisst på det sånn generelt i hverdagen. Sånn med etikk og det (S4).

Formuleringene blir så voldsomme, synes jeg (..) en kunne sagt det så mye enklere(..)det blir nesten så en får prestasjonsangst, for den formuleringen der klarer jeg aldri å lære likevel.. Jeg har brukt det mer sånn at jeg har gått inn innimellom og sett på er det sånn jeg jobber? Og funnet ut at faktisk det gjør jeg. Da trenger jeg ikke gå og huske på teorien (S5).

Fysioterapeutgruppa delte seg i to. To av informantene hadde et bevisst forhold til yrkesetiske retningslinjer. De hadde jobbet bevisst med dem på skolen og mente dette var viktig.

Har du et godt forhold til yrkesetiske retningslinjer?

Ja, jeg føler at jeg har det. Det handler jo egentlig litt om innstilling til livet, menneskesyn og sånne ting. Det å holde seg inne for rammene og det som er forsvarlig, og ikke blande rollene, holde deg til hva som er fysioterapi og ikke blande inn all slags annen miks. For det er klart at det er en jungel det her, og du skal holde tunga litt rett i munnen (F4).

Tre av de fem fysioterapeutene hadde aldri lest yrkesetiske retningslinjer for fysioterapeuter.

Yrkesetiske retningslinjer? Du tenker på taushet og sånn..?(..) Nei dem kan jeg ikke si at jeg husker sånn uten videre. Retningslinjer..? De bare er innbakt, de. Jeg tror ikke at jeg bryter dem ubevisst. Men hvis jeg hadde sett gjennom dem kan det nok tenkes at jeg hadde sagt: ”Oj!” ved noen av dem Men jeg må innrømme at jeg vet ikke akkurat hva det er. Det går vel på å prøve å ta hensyn til taushet i størst mulig grad (F2).

Hvordan er de, holdt jeg på å si? Nei, dem har jeg nok kanskje ikke lest så godt.. Nei, jeg vet ikke, jeg. Jeg vet egentlig ikke hva det er. Jeg har ikke den bakgrunnen i det hele tatt (F5).

Nei, det husker jeg ikke. Jeg studerte i utlandet og vi leste noen nederlandske greier der, men.. Nei, jeg har ikke lest dem. Så det kan du fortelle meg! (F1).

4.4 Oppsummering av analysen

Det empiriske materialet er omfattende og ordrikt. Det belyser hvordan de ansatte forholder seg, i holdning og handling, til institusjonen og til møtet med pasientene. Materialet er svært relevant i møtet med de dydsetiske teoriene.

Ved Rehabiliteringssenteret står metoden vbl overfor et stort dilemma. Analyse av materialet viser tydelig at informantene definerer nøkkelverdien ansvar for egen helse nærmest som en motsats til ledelsens definisjon av denne verdien. Mens ledelsen definerer ansvar for egen helse som en rettighet pasienten har, ser informantene ansvar for egen helse som en plikt overfor noe eller noen. Det er tre ulike definisjoner som tydelig kommer fram i materialet:

- 1) Ansvar for egen helse er en plikt overfor Gud

- 2) Ansvar for egen helse er en plikt overfor fellesskapets og dets goder
- 3) Ansvar for egen helse er en plikt en har overfor seg selv

Materialet viser at det ikke finnes markerte holdningsforskjeller i forhold til ansvar for egen helse mellom de to profesjonsgruppene, sykepleier og fysioterapeuter. Det finnes heller mindre variasjoner mellom enkeltpersoner i materialet, på tvers av profesjon.

Informantene benytter fortellerformen i stor grad når de skal belyse ulike problemstillinger rundt ansvar for egen helse og møtet med pasienten. Fortellingen synliggjør hvor kompleks møtet kan være, men kan også være med på å skape en bred forståelse av møtet.

De fleste informantene kjenner ikke til institusjonens verdier slik de er nedfelt av ledelsen i strategiplanen eller beskrevet i institusjonens behandlingsfilosofi. Alle informantene er fornøyd med arbeidsplassen sin og gir uttrykk for at de trives. Flere beskriver hvordan de har endret seg som profesjonsutøvere i den perioden de har vært ansatt ved Rehabiliteringssenteret.

I møte med pasienten er informantene opptatt av at å ta utgangspunkt i det enkelte individ. De ser det som viktig å bli kjent med pasienten, finne ut hvem han er og hva han ønsker, slik at de kan finne treffpunkter hos pasienten og tilrettelegge rehabiliteringen ut fra det. Selv om informantenes hovedfokus er det fysiske, ser de viktigheten av å se pasienten som helt menneske. Om pasienten når målet om fysisk bedring, er ikke bare avhengig av den fysiske tilstanden, men helhetstilstanden.

Materialet peker på tre kategorier av pasienter som informantene opplever som utfordrende i forhold til ansvar for egen helse:

- 1) Pasienten som legger livet og helsen sin i profesjonsutøverens hender
- 2) Pasienten som har kunnskap og som stiller krav til profesjonsutøveren
- 3) Pasienten som ikke gjør det profesjonsutøveren mener han skal gjøre

De tre kategoriene synliggjør ulike problemstillinger knyttet til hva pasienten og profesjonsutøveren forventer av hverandre. Det synliggjør også at profesjonsutøver med en bestemt kompetanse og erfaring som pasienten ikke har. Møtet mellom profesjonsutøver og pasient er preget av asymmetri.

Materialet synliggjør en ambivalens omkring spørsmålet om pasientens rettigheter.

Informantene hevder at pasienten har rett til å ta egne valg og bestemme over seg selv.

Samtidig reagerer de sterkt når pasienten velger en annen vei enn det hun mener er den beste ut fra sine fagkunnskaper. Informantene blir lei seg, irritert og oppgitt når pasienten ikke gjør som de sier. Mange jobber for å påvirke pasientens valg fordi møtet mellom pasient og profesjonsutøver skal lede til bestemte handlinger.

Informantene vektlegger at de må gi av seg selv, bruke karaktertrekk og personlighet i møtet med pasienten. De peker på bestemte egenskaper, dyder, som er vesentlige for at fysioterapeuten / sykepleieren skal gjøre en god jobb: Å lytte, å se, være tålmodig, være ærlig, vise empati, kunne kommunisere, ha respekt og være likeverdig. Informantene mener at egenskapene og holdningene ligger nedfelt i hver enkelt, og at det antakelig er en spesiell type mennesker som velger å utdanne seg innen en menneskebehandlende profesjon. Informantene er opptatt av at de viktige egenskapene og holdningene ikke er statiske, men kan og bør øves og utvikles.

5.0 Diskusjon

Problemstillingen for denne oppgaven er: **På hvilke måte blir metoden verdibasert ledelse utfordret av teoriene om dydsetikk?**

Intensjonen med vbl er å skape et forhold mellom de ansatte og organisasjonen som er basert på verdier. Vbl støter på ulike etiske utfordringer i møte med praksis. Slik jeg ser det har vbl to klare hovedutfordringer. For det første: Hvordan skal lederne gå fram for å utarbeide grunnleggende, felles verdier som det er mulig å samle de ansatte om? Og for det andre: Hvordan skal ledelsen gå fram for at de ansatte skal gjøre verdiene til sine, slik at verdiene kommer til uttrykk i praksis?

Vbl støter på ulike dilemmaer i møte med Rehabiliteringssenteret. Hoveddilemmaet er den klare motsetning i tolkningen av verdien ansvar for egen helse. Verdien er i bevegelse mellom rettighet og plikt. Motsetningen finnes tydelig mellom ledelsens definisjon og de ansattes definisjon. Profesjonsutøverne gir også uttrykk for at de, i møtet mellom dem og pasient, opplever en ambivalens i forholdet mellom rett og plikt til ansvar for egen helse. Her spiller profesjonsutøverens kompetanse en vesentlig rolle. Den fører til en asymmetri mellom profesjonsutøveren og pasienten.

Dydsetikk er en praksisnær teori som kan synliggjøre og behandle de etiske utfordringene i en organisasjon som ledes etter metoden vbl. Det kan være nyttig å fortolke og presisere vbl gjennom dydsetisk teori. Dydsetikk stiller kritiske spørsmål og utfordrer metoden vbl. Når vbl utfordres i møtet med Rehabiliteringssenteret, kan dydsetikk gi praktiske, konkrete råd til Rehabiliteringssenteret.

Jeg vil i diskusjonen ta utgangspunkt i organisasjonen Rehabiliteringssenteret, og deres nøkkelverdi ansvar for egen helse som et praktisk eksempel, belyst gjennom intervjumaterialet. Jeg vil først i denne diskusjonen beskrive Rehabiliteringssenteret gjennom begreper fra dydsetikken. Jeg vil se på hva som er karakteristisk for institusjonen som sosial praksis, og konkretisere de utfordringer de støter på i møtet med vbl. Deretter vil jeg drøfte møtet mellom vbl og dydsetikk med utgangspunkt i den konkrete situasjonen ved Rehabiliteringssenteret, og se på hvordan dydsetikken utfordrer vbl.

5.1 Rehabiliteringssenteret som organisasjon og sosial praksis

Et av hovedelementene i MacIntyres dydsetikk er sosial praksis som ramme for menneskelig aktivitet. Rehabiliteringssenteret må kunne defineres som en sosial praksis.

Rehabiliteringssenteret er imidlertid en stor institusjon, og innenfor institusjonsrammen finnes det mindre grupper som kan defineres som underliggende sosiale praksiser. Slik institusjonen er oppdelt, vil fysioterapeutene tilhøre en gruppe og sykepleierne en annen. I hverdagen jobber fysioterapeutene tettest med andre fysioterapeuter, mens sykepleierne har tetteste kontakt til andre sykepleiere og institusjonens leger. De to profesjonene fysioterapeut og sykepleier har ulikt fagutgangspunkt, og en kunne tenke seg at det ville ha betydning for deres holdninger og vektlegging av ulike verdier. Det eksisterer lite samarbeid i arbeidshverdagen mellom de to gruppene, noe de fleste av informantene etterlyser og savner. Men til tross for profesjonsforskjeller og lite tverrfaglig samarbeid, viser materialet at holdninger ikke er knyttet til profesjonen. Det er ikke slik at en samlet gruppe av fysioterapeuter står for en bestemt holdning, mens sykepleierne står for en annen. Informantene fremstår som en gruppe med individuelle forskjeller. Rehabiliteringssenteret er arbeidsplassen og ledelse velger retning for hele institusjonen og alle profesjonene, uavhengig av hvilke gruppe de tilhører. Det er derfor naturlig å ta utgangspunkt i Rehabiliteringssenteret som én sosial praksis. Behandlingsfilosofien, og den tilhørende verdien ansvar for egen helse, er en verdi for hele institusjonen, uavhengig av hvilke undergruppe en tilhører.

Rehabiliteringssenteret er ingen produksjonsbedrift for materielle produkter. Det er heller ikke en serviceorganisasjon, der kunden kjøper tjenester ut fra sine ønsker eller behov.

Rehabiliteringssenteret er en tjenesteytende og menneskebehandlingende organisasjon, der møtet med pasienten er fokuset. Institusjonen er også en spesialistinstitusjon som fyller en funksjon i det norske samfunnet. De fleste som jobber ved institusjonen, har en bestemt profesjon, og det er med bakgrunn i profesjonsutøvernes kompetanse, institusjonen eksisterer. Institusjonen er en del av et bestemt felt i helselandskapet, rehabilitering, som er prioritert høyt i Norge i dag. Institusjonen fyller en vesentlig funksjon i velferdsstatens helsevesen. Institusjonen må følge de retningslinjer staten fastsetter, og er avhengig av profesjonsutøvernes kompetanse for å utføre oppgaven.

MacIntyre ser på den sosial praksisen som dynamisk og relativ. Den påvirkes både innenfra og utenfra. En institusjon som har som formål å behandle mennesker, vil være en institusjon i stadig bevegelse. En viktig ekstern, styrende faktor for Rehabiliteringssenteret, er ytelsesavtale med Helseregionen. Ytelsesavtalen er i stadig endring både med tanke på økonomi, hvilke pasientgrupper institusjonen skal rehabiliterer, hvilke oppgaver som skal utføres, hvor det behandlingmessige fokuset skal være osv. Menneskebehandlingende institusjoner som helt eller delvis drives av offentlige midler, er sterkt knyttet til eksterne faktorer som lovverk, retningslinjer og avtaler.

Gjennom å være en del av en sosial praksis, utvikles våre livsformer i samhandling og fellesskap. Nye mennesker som kommer inn i den sosiale praksisen vil være med på å forme og påvirke den. Den sosiale praksisen er i daglig endring ved at nye pasienter kommer og andre reiser. Hver dag avslutter profesjonsutøverne behandlingsforholdet til noen pasienter og starter opp behandlingsforhold til nye. Både gruppen av fysioterapeuter og sykepleiere er stabile grupper med lite utskifting av den faste arbeidsstokken. Men institusjonen har til enhver tid fysioterapistudenter, som har praksis for kortere og lengre perioder. Intern undervisning, ekstern kursing og videreutdanning kan være med på å endre fokus hos fysioterapeuter og sykepleiere, og dermed også skape endringer i den sosiale praksisen. Ved Rehabiliteringssenteret er alle fysioterapeuter, sykepleiere og leger blant annet kurset innen kognitiv terapi over en periode på et halvt år. Det er naturlig at dette vil prege deres tankemåter og møtet med pasienten. Samfunnsdebatt, medieoppslag og trender i tiden er også elementer som kan påvirke en sosial praksis som Rehabiliteringssenteret.

Informantene peker på at miljøet og fellesskapet ved Rehabiliteringssenteret er preget av humor, åpenhet, romslighet, og at det er lov til å dumme seg ut. Flere forteller også at de har endret seg som profesjonsutøvere i løpet av den tiden de har vært ved Rehabiliteringssenteret. Den sosiale praksisen har vært med på å forme deres holdninger og måten de handler på. Den solide stabiliteten i arbeidsstokken kan også tyde på at de ansatte har det godt og trives ved institusjonen. Informantene beskriver at noen pasienter også endrer seg gjennom et opphold ved institusjonen. De opplever pasienter som får mer tro på seg selv og utvider oppfattelsen av hva de kan klare. Noen blir motiverte, tar tak i livet sitt og endrer på vesentlige sider ved tilværelsen sin.

5.2 Verdien ansvar for egen helse

Teorier om vbl fastslår at det er en lederoppgave å formulere og synliggjøre organisasjonens nøkkelverdier, og det vil være opp til den konkrete organisasjonens ledelse å velge sin måte å komme fram til de verdiene som er meningsfulle for den enkelte organisasjonen. Det er også et poeng av nøkkelverdiene må beskrives og synliggjøres i organisasjonen. Ved Rehabiliteringssenteret fremheves ansvar for egen helse som en av nøkkelverdiene. Den knyttes sammen med verdiene respekt for enkeltindividet og et helhetlig menneskesyn. Verdiene er formulert i institusjonens behandlingsfilosofi og kommer til uttrykk blant annet i strategiplanen, på internettsidene og i annet markedsmateriell. Verdien ansvar for egen helse er tolket og beskrevet på en bestemt måte. Ledelsen ved institusjonen har valgt verdiens retning og innhold. Ut fra et verdibasert ledelsesperspektiv, skulle dette være en verdi de ansatte opplever som viktig i forhold til institusjonen og det arbeidet de utfører.

Alle informantene er enige om at verdien ansvar for egen helse er viktig, og at det er en verdi av relevans for deres arbeidshverdag. Ledelsen ved Rehabiliteringssenteret har altså pekt på en verdi som kan skape engasjement hos de ansatte. En vesentlig intensjon i vbl er at de ansatte skal kunne identifisere seg med nøkkelverdiene, gjøre dem til sine. Her ligger hoveddilemmaet for Rehabiliteringssenteret: Materialet viser at de ansatte legger noe helt annet i verdien enn det ledelsen gjør. Og de ansatte kjenner ikke til ledelsens definisjon. Mens ledelsen definerer ansvar for egen helse som en rettighet pasienten har, kan informantenes holdninger samles i begrepet *plikt*. Det er ingen av informantene som ser på ansvar for egen helse som en rettighet, slik institusjonens behandlingsfilosofi fremhever.

Informantenes definisjon kan deles inn i tre hovedkategorier:

- 1) Ansvar for egen helse er en plikt overfor Gud
- 2) Ansvar for egen helse er en plikt overfor fellesskapets og dets goder
- 3) Ansvar for egen helse er en plikt en har overfor seg selv

Informantene er enige om at pasienten altså har en plikt til å ta ansvar for egen helse, men har ulike meninger om hva som er bakgrunn for denne plikten.

Informantene blir svært konkrete og detaljerte når de skal beskrive begrepet. For informantene innebærer det å ta ansvar for egen helse å:

- ha en helsefremmende livsstil, dvs. ikke røyke, være i bevegelse, spise sunt osv.
- være aktiv, ta tak i livet, ordne opp, gjøre en egeninnsats
- ta egne valg, ha styringen selv, søke kunnskap slik at du vet nok til å ta egne valg
- søke hjelp dersom du trenger det
- være realistisk i forhold til egen helse
- forebygge

Dersom en ikke tar ansvar for egen helse vil dette kunne føre til:

- dårlig prognose
- skjev fordeling av samfunnsressurser
- misbruk av ressursene
- unødig belastning for mennesker rundt deg
- kun periodisk ivaretagelse av helsa dvs. helsa blir ivaretatt når du for eksempel er på et rehabiliteringssenter
- forfall og dårlig liv.

5.2.1 Eksterne goder

Eksterne og interne goder er to viktige elementer knyttet til sosial praksis. De formålene som følger av den sosiale praksisen, kalles eksterne goder, mens formålene som er gitt med den sosiale praksisen i seg selv, kalles interne goder. Det foregår en vekselvirkning mellom eksterne og interne goder. De påvirker hverandre. Dydsetikk er en praksisnær teori. Gjennom å se på de eksterne og interne godene som er knyttet til den sosiale praksisen, får en synliggjort det som skjer i praksis og hva som styrer det. En organisasjons nøkkelverdi bør, når de ansatte har gjort den til sin verdi, være styrende for det som skjer i praksis, komme til uttrykk gjennom de interne godene. Det er derfor nærliggende å anta at det er et visst samsvar mellom organisasjonens nøkkelverdier og de eksterne godene. Ansvar for egen helse, slik det er definert i behandlingsfilosofien, skulle altså både være en nøkkelverdi og et eksternt gode for Rehabiliteringssenteret. Men slik er det ikke med nøkkelverdien ansvar for egen helse ved rehabiliteringssenteret. Diskrepansen mellom ledelsens definisjon av ansvar for egen helse, og de ansattes definisjon av begrepet, viser seg ved at nøkkelverdien og det eksterne godet vil ha to ulike retninger. Det er de ansattes holdning som vil være styrende for hvordan ansvar for egen helse fremstår som eksternt gode innefor den sosiale praksisen, og hvordan det utspiller

seg som interne goder. Nøkkelverdien ansvar for egen helse som rettighet, fungerer altså ikke som et eksternt gode i organisasjonen. Med utgangspunkt i informantenes holdninger vil et eksternt gode knyttet til ansvar for egen helse beskrives slik: Hver enkelt pasient har plikt til å ta ansvar for sin egen helse.

Det er naturlig at en sosial praksis har flere eksterne goder. Materialet viser at formålet med å rehabilitere pasientene som kommer til institusjonen, er et annet eksternt gode. Pasienten bør, i løpet av oppholdet, ha blitt fysisk bedre og oppnådd en bedre funksjons- og mestringsevne. Målet er selvstendighet og deltakelse i det sosiale liv og i samfunnet (jfr. kap. 1.3.5). Det eksterne godet rehabilitering av pasienten og nøkkelverdien ansvar for egen helse som en rettighet, vil kunne skape konflikter. Informantene fremhever at ansvar for egen helse gjennom aktiv egeninnsats, er svært viktig for å nå målet om rehabilitering. Ansvar for egen helse er her forstått som for eksempel å være aktiv, ta tak i livet, ordne opp, gjøre en egeninnsats, ta egne valg, ha styringen selv, og søke kunnskap slik at en vet nok til å ta valgene. Profesjonsutøveren innehar teoretisk kompetanse og praktiske ferdigheter og erfaring som pasienten ikke har. Informantene fremhever også at mange pasienter trenger å bli utfordret for å komme i gang. Informantene stiller ofte krav til pasienten om hva han skal og bør gjøre. De jobber med å motivere pasienten og bygge tillit og skape trygghet for at pasienten skal tro at han kan få til for eksempel trening eller endring av kosthold osv. Det å utfordre og motivere er viktig for å hjelpe pasienten i rehabiliteringsprosessen. Nøkkelverdien ansvar for egen helse som rettighet og det eksterne godet rehabilitering av pasienten kan ende opp som konkurrenter. Dersom dette at pasienten skal styre livet sitt i den retning han måtte ønske også innebærer at pasienten skal gjøre det han tror han kan klare eller det han til enhver tid orker, uten å lytte til profesjonsutøverens veiledning eller utfordre seg selv, kan dette føre til at formålet om rehabilitering, fysisk bedring og mestring, ikke oppnås. Det er tydelig at formålet rehabilitering er det aller viktigste for informantene.

5.3 Møtet med pasienten – Interne goder

Eksterne og interne goder er knyttet sammen og har innflytelse på hverandre. Innenfor den sosiale praksisen Rehabiliteringssenteret vil interne goder betegne samhandlingen mellom profesjonsutøver og pasient. Det eksterne gode ansvar for egen helse, har betydning for hvordan fysioterapeut / sykepleier møter pasienten. I materialet er det en uttalt bruk av

fortellerformen. Informantene beskriver møtet med pasienten gjennom blant annet å beskrive konteksten rundt møtet, gi informasjon om pasientens bakenforliggende historie, fortelle hva som blir sagt og gjort, intensjonene bak, og reaksjoner hos både pasient og seg selv osv.

Metaforer er en side av fortellingen. Metaforer appellerer til våre evner til å visualisere, til å se ting for oss og overføre mening til bildet. En av informantene beskriver blant annet det å bli kjent med en ny pasient som å gå inn i en skog: ”Skogen står der, og du har aldri vært der før, og du skal forsøke å bli kjent med terrenget. Da har du noen myrer og noen kvikksandsteder og noe sånn” (F1). Det å beskrive pasienten med metaforen skog, er et lyrisk bilde som belyser hvordan det kan være å møte en ny pasient. Pasienten er som en stor skog som du skal forholde deg til i all dens bredde. En skog er ikke lik en annen, verken når det gjelder terreng, vegetasjon, dyreliv, lys, farger og lukter osv. Og selv en løvskog vil være helt ulik en annen løvskog. Noen ganger er terrenget oversiktlig, og en finner stien med det samme. Andre skoger vil være så gjengrodde at det er vanskelig å finne stien, eller det kan være at det ikke finnes stier i det hele tatt. Du er den første som går der. Skogsmetaforen kan belyse hvor kompleks og sammensatt hvert enkelt menneske er, og at veien for å bli kjent, skape en relasjon, er ulik fra menneske til menneske. Metaforen kan være med på å hjelpe oss til å beskrive der det rasjonelle ikke strekker til.

Informantene beskriver det praktiske møtet med pasienten og vektlegger at de interne godene preges av et fokus på å møte pasienten som et unikt enkeltindivid. Informantene søker å finne ut hvor pasienten er i sitt liv, hva som er viktig for han i den situasjonen han er i og skape seg et bilde av pasienten som et helt menneske. Det fremheves at profesjonsutøveren må skreddersy, tilpasse og tilrettelegge for hver enkelt pasient. Skogsmetaforen kan være med på å belyse hvor omfattende dette kan være. Rehabiliteringssenteret har et fysisk hovedfokus, i den forstand at pasientene kommer til institusjonen med en fysisk diagnose. Men informantene er opptatt av at det å møte pasienten som et unikt individ, innebærer å se pasienten som et helt menneske med fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle sider. Et helhetlig blikk på individet er viktig fordi delene henger sammen: ”Mennesket er en fin motorikk. Hvis det blir et hakk på en del, virker det inn på de andre” (S2). Informantene fremhever at det å skape en relasjon til pasienten, er utfordrende, spesielt i forhold til pasientene som ikke er åpne og forteller mye om seg selv. Flere av profesjonsutøverne er usikre på om deres kompetanse er god nok til å møte pasienter som sliter på det psykiske planet. Flere av informantene påpeker dessuten at de har en svært travel hverdag. Det å møte

en deprimerte pasient, pasienten som har angst eller han som sliter med forhold til ektefelle eller barn, krever tid og ressurser som det kan være vanskelig å finne i den hektiske hverdagen. Men informantene er enige om at en bør tilstrebe å møte pasienten som et helt menneske.

I kapittel 4.3.4 forteller en av informantene, en fysioterapeut, om sitt møte med to ulike pasienter. Slik hun ser det, er den ene pasienten en som ikke tar ansvar for egen helse, mens den andre en som tar ansvar for egen helse. Den første fortellingen beskriver en pasient som ikke ”orker” eller ”gidder” å gjennomføre det treningsprogrammet fysioterapeuten har satt opp for han. For å likevel få han til å gjennomføre det må hun stå ved siden av han og fortelle hva han skal gjøre. Hun motiverer / presser ham. Fysioterapeuten er frustrert over situasjonen og opplever den som nytteløs. Likevel, selv om pasienten ikke vil, ser hun det som sitt ansvar å fortsette å jobbe på ulike måter for å få pasienten til å gjennomføre programmet. Dersom hun ikke gjør det, får hun dårlig samvittighet. Denne fortellingen sier ingen ting om pasientens alder, diagnose eller tilstand, eller andre ting som kan forklare hvorfor et voksent, opplyst menneske reagerer slik, men forteller at pasienten sier at han er for lat til å orke å gjennomføre det opplegget fysioterapeuten har laget for han.

Den andre fortellingen beskriver en pasient, en kvinne med diagnose M. Parkinson, som trente mye, men fornuftig og som benyttet seg av alle tilbudene ved Rehabiliteringssenteret. Pasienten ble bedre under oppholdet og vil fortsette å trene når hun kommer hjem. Hun var lett å samarbeide med for fysioterapeuten, fordi hun ga tilbakemelding og gjorde som fysioterapeuten sa. Informanten beskriver at det var god kommunikasjon mellom dem

Dersom en sammenlikner de to fortellingene, ser en at forskjellen både ligger i det de to pasientene gjør / ikke gjør, og i hva slags rolle informanten får i forhold til pasientene.

Pasienten som ikke tar ansvar for egen helse, er passiv, må hjelpes i gang og gidder bare å trene når fysioterapeuten henger over han. Dette får informanten til å oppleve at:

- hun blir for autoritær. Det blir ikke et samarbeid med pasienten.
- pasienten aller helst bare vil prate og ikke gjøre noe som har med fysioterapi å gjøre. Hun får ikke vist sitt fag.
- hun ikke tror at pasienten vil fortsette med treningen når han kommer hjem, og derfor blir hun motløs og føler at det ikke nytter.

Pasienten som tar ansvar for egen helse beskrives som aktiv og trener på egen hånd, gjør som fysioterapeuten sier og gir tilbakemelding. Informanten opplever at:

- hun kommuniserer og samarbeider godt med pasienten
- pasienten drar nytte av hennes fagkompetanse og forstår hva hun mener
- pasienten vil fortsette med treningen når hun kommer hjem

De to fortellingene reiser mange ulike spørsmål som kan være med på å synliggjøre både rasjonelle og det irrasjonelle aspekter, følelsene og fornuften, handlingen og tankene bak. Fortellinger kan være med på å bevisstgjøre både avsender og mottaker av fortellingen. Gjennom å fortelle andre om det vi har opplevd og møte den andres respons, bevisstgjøres tankene våre.

Gjennom å stille spørsmål til fortellingen, kan en bli bevisst holdningene. Spørsmålene kan for eksempel være: Hvorfor fortsetter du å presse på når pasienten ikke ønsker å trene? Med hvilken rett gjør du det? Ser du på pasienten som et likverdig menneske i begge disse to fortellingene? Hvorfor får du dårlig samvittighet for at pasienten ikke ønsker fysioterapi når det er hans valg at han ikke vil? Hvem får du dårlig samvittighet overfor? Er det å ta ansvar for egen helse det samme som å gjøre som profesjonsutøveren forteller at en skal? Er det slik at møtet mellom profesjonsutøver og pasient bør lede til den handlingen profesjonsutøveren mener er riktig? Og eventuelt, hvorfor det?

Flere av informantene beskriver hvor komplekst møtet kan være og at det ofte kan være konkurrerende interesser. Fortellingen avdekker motivasjonen bak handlingene og prosessene som leder fram til dem, synliggjør dømmekraftens elementer.

5.3.1 Møtet skal lede til handling

Møtet mellom profesjonsutøver og pasient er et handlingsorientert møte som skal lede til at noe blir gjort (jfr. Christoffersen i kap 1.3.4). Det ligger altså en forventning i møtet om at noe skal gjøres, oppgaver skal løses. Dette preger informantenes møte med pasienten.

Informantene ser det som sin oppgave å iverksette ulike tiltak som kan lede til fysisk bedring og rehabilitering. En vesentlig del av dette er pasientens egeninnsats.

Materialet synliggjør tre ulike typer av pasienter som utfordrer informantene:

- 4) Pasienten som legger livet og helsen sin i profesjonsutøverens hender
- 5) Pasienten som har kunnskap og som stiller krav til profesjonsutøveren
- 6) Pasienten som ikke gjør det profesjonsutøveren mener han skal gjøre

Den første kategorien, pasienter som, i informantens øyne, stoler for mye på profesjonsutøveren og lar henne ta ansvaret, ” Å, nå kommer jeg til deg. Nå skal du gjøre meg frisk (F3),” eller som søker informasjon og bekreftelse fra flere ulike profesjonsutøvere (S2), oppleves som vanskelig og passiv, og er i informantenes øyne, pasienter som ikke tar ansvar for egen helse. En av sykepleierne fremhever at hun likevel nok ikke kommer unna å ”pleie, stelle og dulle” (S5). Det kommer pasienter til Rehabiliteringssenteret som av ulike årsaker trenger mer hjelp enn andre, og hvor profesjonsutøverne for en kortere periode må overta noe av ansvaret for pasientens helse. Målet er å sette pasienten i stand til å utføre det profesjonsutøveren mener han kan klare: ”Men en fysioterapeut skal sette krav. Jeg pleier å si til pasienten at du skal gjøre det og det, og så skal jeg gjøre det og det” (F1). Det å hjelpe pasienten til å forstå, ta ansvar og være aktiv selv, er av avgjørende betydning for rehabiliteringen

Den andre pasientkategorien, de som har kunnskap og som stiller krav fremkaller usikkerhet hos profesjonsutøverne, spesielt hos dem som ikke har så mange års erfaring inne faget sitt: ”De verste pasientene.. eller de som setter meg litt ut, er de som kan veldig mye selv. Og som vet veldig mye. Da blir jeg litt redd for å bli vippet av pinnen, at de vet noe som ikke jeg vet ”(F3). Andre profesjonsutøvere reagerer med forundring og trass når pasienter stiller krav til hva slags type behandling profesjonsutøveren skal bidra med: ” Hvis en vanlig mann eller kvinne skal slå bena under en fysioterapeut sånn uten vider, da bør de ha lest en god del ” (F1).

Den tredje utfordrende pasientkategorien, er de som ikke gjør som profesjonsutøveren forteller dem, eller som pasient og profesjonsutøver sammen er blitt enige om. Dette er spesielt utfordrende når de sammen har utarbeidet en felles strategi som pasienten så ikke følger. Noen av profesjonsutøverne konfronterer pasientene med problematikken, men ikke alle. Denne pasientkategorien vil få problemer med å få forlenget oppholdet sitt eller få et nytt opphold ved Rehabiliteringssenteret, da profesjonsutøverne vil dokumentere at pasienten ikke

har et ”rehabiliteringspotensiale” eller har gjort mye mindre i forhold til helsen sin enn han burde under oppholdet.

De tre pasientkategoriene utfordrer altså på ulikt vis informantenes holdninger til ansvar for egen helse. Informantene mener at pasienten skal lytte til profesjonsutøverens kunnskap og ha tiltro til henne, men han skal ikke legge helsen sin helt og holdent i hennes hender. Pasienten skal innhente kunnskap som setter han i stand til å ta egne valg, men han skal ikke stille krav til profesjonsutøveren. Den enkelte profesjonsutøveren vet best, og pasienten skal følge den veiledningen og opplegget som profesjonsutøveren utarbeider for han, eller som de sammen blir enige om. Mange av informantene har et tydelig snev av sinnelagsetisk tenkning når de hevder at de vet hva som er best for pasienten og vil handle ut fra det. Med bakgrunn i sin fagkunnskap, vektlegger de sine egne intensjoner. Dette underbygger problematikken rundt asymmetri mellom profesjonsutøver og pasient.

5.3.2 Møtet er asymmetrisk

Møtet mellom profesjonsutøveren og pasienten er asymmetrisk (jfr. Christoffersen i kap 1.3.4). Profesjonsutøveren har kunnskap og erfaring som pasienten ikke har, derfor har profesjonsutøveren makt over pasienten. Pasienten vil i mange tilfeller være prisgitt sykepleieren / fysioterapeuten.

Informantene fremhever at det er vesentlig for profesjonsutøverens jobb å finne de punktene hos pasienten som treffer. Dersom en ikke finner disse punktene som gjør at pasienten opplever profesjonsutøverens veiledning, råd og opplegg som viktig, og gjør det til sitt, hevder noen av informantene at jobben de gjør er bortkastet, uvesentlig. En informant beskriver jobben sin som å ”stimulere og stimulere. Finne ut hvilke godteri de er mest glad i” (F1). En annen oppfatter seg selv som selger av helse (F4). Begge informantene jobber med å finne strategier som kan overbevise pasienten om at den kunnskapen de har, det de har ”å selge”, er riktig. Disse to informantene er i intervjuet svært tydelige på hva som er deres intensjon i møtet med pasienten.

Dersom en ser de interne godene i lys av de to eksterne godene, rehabilitering og ansvar for egen helse, er det nærliggende å spørre om informantenes motiv i møtet med pasienten. Det

kan virke som om fokuset på å skape relasjon og finne treffpunktene hos pasienten, har som mål å ”finne ut hvilke godteri pasienten er mest glad i”, slik at profesjonsutøveren kan få ”solgt sitt budskap” om hva hun, ut fra sin faglige kunnskap og erfaring, mener pasienten skal gjøre. Informantene fremhever at det å se enkeltindividet som en helhet og vektlegge pasientens livssituasjon og ”sense hvor pasienten er”, er viktig, men det kan virke som om det hele må tolkes og leses med profesjonsutøverens briller. Først etableres det en relasjon mellom pasient og profesjonsutøver. Når profesjonsutøveren mener hun har funnet ut hvem pasienten er, trekker hun en konklusjon i forhold til hva hun mener at han trenger. Flere av informantene beskriver det som positivt og flott at pasienten stiller spørsmål og har formening om hva som han ønsker av rehabiliteringsoppholdet. Men stiller han for store krav og er for tydelig på hva han ønsker, oppfattes dette imidlertid som irriterende, frustrerende og respektløst. Det er profesjonsutøveren som vet best og som vil trekke konklusjonen.

En av informantene beskriver forholdet mellom profesjonsutøver og pasient som en dans: ”Så, jeg trives veldig godt med de som stiller krav til meg, som lytter til meg.. og så danser vi litt sammen der”(F1). Og kanskje kan nettopp dette være et enkelt, men godt bilde på det som skjer mellom de to. For enten de danser vals til Strauss eller disco til Madonna, er de to partene avhengig av det som skjer i relasjonen, hvordan de samarbeider og at de er samkjørte. Og ikke minst; hvem av partene det er som fører. På dansegulvet er det en uskreven regel om at det er den mannlige parten som skal føre, men det er ikke alltid det som skjer i praksis. I rehabiliterings dans kan en undre på hvem det er som bestemmer hvilke danser som skal danses? Hvem er det som skal føre? I dansen der informanten og pasienten er dansepartnere, vil profesjonsutøveren både være den som fører og som bestemmer hvilke danser de skal danse. Hun vil hevde at hun vet hva som vil være det beste for pasientens helse, og hvordan pasienten skal komme dit. Hvordan pasienten skal ta ansvar for – og vare på helsen sin, vet hun best.

Det kan være flere årsaker til at pasienten søker om et opphold ved en rehabiliteringsinstitusjon. For noen er det sosiale elementet, det å treffe nye mennesker, viktigst. Noen kommer til og med for å lete etter en kjæreste, og noen finner det. Det er derfor ikke alltid at profesjonsutøvers formål og pasientens formål stemmer over ens. Det hender altså at fysisk rehabilitering i realiteten bare er et underordnet mål for pasienten. Noen pasienter har en annen forventning til rehabiliteringen enn profesjonsutøveren. En av informantene beskriver denne problematikken når han forteller om et eldre ektepar som begge

er hofteopererte (Se kap. 4.3.2). Profesjonsutøveren mener de to ikke har tatt ansvar for helsen sin slik de burde fordi behandlingen har kostet staten mye. Mens mannen var litt mellomfornøyd etter operasjonen, var kona fornøyd. Profesjonsutøveren mener de har ”lagt lista for lavt”, at de to ikke har utnyttet ”rehabiliteringspotensialet” sitt og gjør profesjonsutøveren irritert og frustrert.

”Det hender jo at pasienten har rett og at vi tar feil”, sier en av informantene, og peker på et vesentlig punkt. Når Christoffersen hevder at møtet mellom profesjonsutøver og pasient er asymmetrisk, mener han ikke nødvendigvis at det skal eller bør være det, at det er viktig og positivt at det er slik. Det at profesjonsutøveren innehar en kompetanse og erfaring som pasienten ikke har, betyr ikke at fysioterapeuten eller sykepleieren har rett til å bestemme over pasienten. Informantene har et sterkt fokus på sin rolle og sitt mandat. Det gjør at de mister fokus på pasienten som person, eller at det fokuset blir et middel til å nå målet om å lede pasienten i rehabiliteringsdansen.

5.3.3 Profesjonsutøveren: Rolle og mandat

Det er ikke bare Rehabiliteringssenteret som institusjon, som har et bånd til staten, informantene har også det. Ser en på Sarah Banks essensialistiske tilnærming til profesjon, kan en hevde at profesjonene sykepleie og fysioterapi fyller en funksjon i samfunnet. Profesjonene er et resultat av et behov som samfunnet har. Både sykepleierne og fysioterapeutene har brukt tid på å bli anerkjent som selvstendige profesjoner. Begge fagene har behov for å gjøre seg viktig i samfunnet. Dette kaller Banks en strategisk tilnærming til profesjon. I materialet kommer dette sterkest til uttrykk blant fysioterapeutene som er svært bevisst at de har en eksklusiv kompetanse. Som samfunnets gode hjelpere, er sykepleierne og fysioterapeutene med sin teoretiske kompetanse og praktiske ferdighet, satt til å hjelpe andre mennesker. Informantene er stolte av faget sitt og har stor tro på den kunnskapen de besitter. De er opptatt av å handle i samsvar med sin profesjonskunnskap, og fremhever at møtet mellom dem og pasienten må være faglig forsvarlig. En av informantene sier at hun får dårlig samvittighet hvis hun ikke får hjulpet pasienten slik hun, ut fra sin faglige viten mener er til det beste for pasienten (F3).

Profesjonsutøveren har et samfunnsmandat, de skal ”hjelp staten” med bestemte oppgaver. Ved Rehabiliteringssenteret vil dette kunne komme dette til uttrykk gjennom formålet om å rehabilitere pasientene slik at de for eksempel kan komme tilbake i arbeid, at de blir bevisst sin livsstil, sine muligheter og sitt ansvar. Profesjonene har et ansvar for faglig forsvarlighet, men også et ansvar for å holde kostnadene så lave som mulig for samfunnet. En av informantene peker på sitt ansvar for å unngå at pasienten skal utnytte velferdssystemet: ”Hvis de er ute etter å snyte på samfunnet, for å si det slik, så står ikke jeg og ser på det” (F4). Rehabilitering er en prioritert velferdsoppgave i Norge i dag. Det er grunn til å tro at et av statens hovedmål med å prioritere dette feltet, er å få mennesker tilbake i arbeid etter rehabilitering. Det er et anliggende for velferdsstaten at så mange som mulig skal være produktive samfunnsborgere.

Den norske velferdsstaten er utviklet for å skape sikkerhet og trygghet for alle som er bosatt i landet. Selvbestemmelse, autonomi og rettigheter som kom i fokus i helsevesenet på 1980 / 1990-tallet, skulle være med på å understreke det universalistiske prinsippet og sikre likhet for alle. Dagens helsevesen utfordres imidlertid av to særlige samfunnstrekk: Kulturell pluralisme og moralsk individualisme. Ansvar for egen helse som verdi utfordres av tanken om individets frihet og rett til å velge. Det samme gjør profesjonsutøvernes eksklusive status. Det har skjedd en dreining i befolkningen fra disiplin og plikt til ekspressivitet. Løvlie hevder at et endret syn på individet må skape en ny forståelse av ansvar. For at et moderne menneske skal ta ansvar for egen helse, må det ansvaret pålegges utenfra, fordi det ikke uten videre ligger der som en iboende selvløvgiving. Den nye tiden utfordrer også vbl og ideen om at nøkkelverdiene skal gi retning, men ikke være regler. Også profesjonsutøverne er ”barn av sin tid”.

Til tross for den markante bevisstheten om profesjon, viser materialet at flere av informantene har et ikke-forhold til yrkesetiske retningslinjer knyttet til sine profesjoner. Slik jeg ser det, vil yrkesetiske retningslinjer speile både profesjonens tradisjon og selvforståelse. Det ville være naturlig at profesjonsutøvere som brenner for faget sitt og har en sterk profesjonsidentitet, også var bevisst de yrkesetiske retningslinjene. Men for informantene er det blandet. De færreste har et bevisst eller nært forhold til dem. Tre av fysioterapeutene har heller aldri lest de yrkesetiske retningslinjene for sin profesjon. Kanskje dette også er et resultat av å være profesjonsutøvere i en moderne tid?

5.4 Gjøre verdiene til sine

En av hovedutfordringene ved vbl, er at nøkkelverdiene skal være de ansattes verdier. De ansatte skal gjøre nøkkelverdiene til sine, slik at verdiene kommer til uttrykk i praksis.

Stigen kategoriserer verdier i to hovedgrupper, livsverdier og økonomiske verdier (jfr kap. 1.3.1 Verdibasert ledelse). Nøkkelverdiene som behandles i vbl er livsverdier, dvs. verdier som er av avgjørende betydning for mennesker. Det blir ofte slik at nedskrevne verdier og visjoner i strategi- eller måldokumenter blir for generelle og overordnet beskrevet.

Organisasjonens verdier kan oppleves mest som ”pene ord på papiret”, og de ansatte spør seg: Hva har egentlig dette med min hverdag på arbeidsplassen å gjøre? For at organisasjonens grunnleggende verdier ikke bare skal bli pene ord, må de være verdier som den ansatte opplever at angår henne og hennes arbeidshverdag. Først da er det mulighet for at hun gjør verdiene til sine.

Tenkningen om at medarbeiderne skal gjøre verdiene til sine egne, utfordrer medarbeidernes forforståelse, visjonen om hvem hun ønsker å være, visjonen om det gode liv. Dersom en ser på menneskelivet og de ulike rollene mennesket innehar som en helhet, slik MacIntyre gjør, betyr det at vbl griper inn i medarbeidernes liv og holdningssett. Når de ansatte utfordres i forhold til verdier, utfordres de ikke bare som ansatte eller profesjonsutøvere, men som mennesker.

MacIntyre hevder at dersom en skiller mellom individet og dets roller, og mellom de ulike rollene hvert individ har, vil enheten i menneskelivet blir gjort usynlig. Alt henger sammen, er en helhet. Det vil si at den ansatte har sine holdninger med seg, uansett hvilken rolle hun inntar. Noen profesjonsutøvere tror at de bare skal bruke sin faglige kompetanse i møtet med pasienten, slik som en av informantene, som hevder at det er viktig å skille mellom å være privat og personlig. Hun kan godt være personlig i møtet med pasienten, men må passe seg for å vise for mye av den hun er som privatperson. Når kjemien likevel er der, forstått som at hun kommer godt over ens med pasienten, de har noe felles ut over selve rehabiliteringen osv., er det likevel greit å vise mer av seg selv som privatperson. Dette blir komplisert. Hvordan skal en gå fram for å skille mellom de ulike delene: Privat, personlig og profesjonell? Og hva er egentlig hva? MacIntyre skiller ikke mellom privatpersonen og rollen.

Ut fra hans teorier vil fysioterapeuten Anne og privatpersonen Anne være en og samme person. De eksterne og interne godene personen jobber i forhold til, vil være knyttet til den sosiale praksisen, og personen vil forholde seg til ulike sosiale praksiser. Men hun er den samme personen. Rollen som fysioterapeut eller sykepleier, kan ikke skilles fra resten av mennesket. Flere av informantene er opptatt av at livserfaringer og fagerfaringer er vevd sammen, og at begge deler brukes aktivt i møtet med pasienten. Noen informanter fremhever det å ha opplevd å være pasient selv, eller rett og slett ha opplevde motgang, som god erfaring å ha med seg sammen med fagerfaringen, når de møter pasienten. Profesjonsutøveren møter pasienten i kraft av sin profesjon, og pasienten møter profesjonsutøveren fordi han har en fysisk diagnose som gjør at han har behov for rehabilitering. Det er et møte mellom to enkeltindivider i ulike roller. Vbl utfordrer ikke bare fysioterapeuten Annes visjon om hvem hun ønsker å være, men personen Anne.

Dydsetikken fremhever at dydene er vesentlige for å oppfylle interne og eksterne goder. En person har kun ett sett med dyder. Dydene vil være de samme, uavhengig av hvilken sosial praksis personen forholder seg til. Dydene utfolder seg i situasjonen, og de leder handlingene våre i riktig retning. For at en profesjonsutøver skal være dyktig i sitt fag, være egnet, kunne utøve skjønn, forutsetter det dyder. Informantene er opptatt av at det å være en dyktig sykepleier eller fysioterapeut forutsetter bestemte egenskaper, dyder. Informantene peker på dyder som å se pasienten, å lytte til pasienten, være tålmodig, være ærlig, ha empati, kunne kommunisere, ha respekt og være likeverdig, vise faglig ydmykhet og være interessert i andre mennesker. Alle disse dydene er viktige for samhandling mellom mennesker, for å etablere en relasjon til en annen. Dydene informantene fremhever, viser at deres fokus er relasjonen og møtet med pasienten. Noen av informantene hevder at de som søker profesjoner som sykepleier og fysioterapeut, er omsorgspersoner med spesielle egenskaper. Men som MacIntyre, er informantene opptatt av at dydene kan øves opp og utvikles. Dydene formes av de sosiale praksisene vi er en del av, og de erfaringene vi gjør oss.

Nøkkelverdiene som skal realiseres gjennom vbl, kan ikke realiseres om de ikke forankres i praksis. Intensjonen med vbl må altså være at nøkkelverdiene skal iverksettes i praksis. Først når nøkkelverdiene vises i de ansattes handlinger, kan en hevde at de har verdi. For at den ansatte skal gjøre verdiene til sine slik at det vises gjennom hennes handlinger, trenger hun å bli bevisst hva hun gjør, hvordan hun handler og hvorfor hun handler slik. Dydene er vesentlige for at de handlingene vi gjør skal være gode. Når profesjonsutøveren skal gjøre

nøkkelverdiene til sine slik at de vises i handling, er det nødvendig med et samspill med dydene.

Møtet mellom profesjonsutøveren og pasienten vil ikke bare bygge på fornuft og logikk. Profesjonsutøveren må bruke sitt skjønn, sin dømmekraft. Vbl peker da også på at nøkkelverdiene ikke kan være regler, men er verdier som skal gi retning. Dyder og verdier er bare to av elementene som sammen utgjør dømmekraften. Christoffersens kaller disse ulike elementene dømmekraftens kilder. Dømmekraften utfordrer både intellektet og følelsene. Den sosiale praksisen er med på å prege flere av elementene. Som en hver annen arbeidsplass, har Rehabiliteringssenteret rutiner. Noen rutiner er som ”uskrevne mønstre”, mens andre er nedskrevet. Sykepleierne ved Rehabiliteringssenteret har for eksempel en oversikt over arbeidsoppgaver som skal gjøres innen bestemte tidspunkter, knyttet til de tre ulike vaktskiftene. Rutinene er der for at arbeidsdagen skal henge sammen. Alle arbeidsplasser har også konvensjoner, måter å gjøre ting på, ”slik gjør vi det her”. Konvensjoner og rutiner skaper forutsigbarhet og trygghet, men kan også bli en ”sovepute”. Rehabiliteringssenteret er en tradisjonsrik institusjon, og mange av de ansatte har arbeidet sammen over lang tid. Det kan ofte skape innarbeidede mønstre. Det kan være viktig å bevisstgjøre rundt konvensjoner og rutiner ved å spørre om de er tilpasset tiden og oppgavene. Det kan fort bli noe en arver fordi ”det alltid har vært sånn”.

Faglig kunnskap er et annet av dømmekraftens elementer. Ved Rehabiliteringssenteret jobber profesjonsutøvere fra ulike profesjoner som har forskjellig fokus, som sykepleier og fysioterapeut. Det vil også finnes ulikheter mellom profesjonsutøvere fra samme fag. Utdannelsesstedene har ulike tradisjoner og forskjellig fokus. Flere av fysioterapeutene ved Rehabiliteringssenteret er utdannet i andre land som for eksempel Nederland og Tyskland. Ethiske teorier og metoder hører med til fagkunnskapen. Informantene som er utdannet utenfor Norge, kan ikke huske å ha hatt undervisning i etikk ved sine læresteder, mens de profesjonsutøverne som er utdannet i Norge, har hatt etikkundervisning.

I materialet synliggjøres informantenes sterke profesjonsforankring og deres tilhørighet til sosial praksis som berører både yrkeserfaring, forbilder og eksempler. Nøkkelverdien ansvar for egen helse berører og utfordrer de ulike elementene av dømmekraftens kilder. Christoffersen påpeker også at dømmekraft må forstås som en hermeneutisk vekslevirkning

mellom delene og helheten. For at nøkkelverdien skal bli praktisk handling, må den ha relevans for de ulike delene.

5.5 Samle de ansatte om verdier

En annen hovedutfordring for vbl er å komme fram til grunnleggende verdier som de ansatte kan samles om. Vbl er en lederfokusert metode. Det er lederens oppgave å komme fram til nøkkelverdiene og beskrive dem. Med vbl som verktøy skal lederen ikke bare ta avgjørelser ut fra egne synspunkter (autoritær ledelse) eller lede etter ønsker fra flertallet av medarbeiderne (demokratisk ledelse), men arbeide for å samle de ansatte om felles verdier og visjon. En kan likevel spørre seg: Hvem er det til syvende og sist som bestemmer hvilke verdier som skal ha hovedfokus i organisasjonen? Er det eksterne instanser styrt av lovverk og retningslinjer, Helseregionen eller staten? Er det de ansatte, bestemte grupper, profesjoner eller sterke personligheter?

For noen år siden fikk jeg følge oppstartprosessen for en ambisiøs IT-bedrift, på nært hold. Sammen med to medstudenter jobbet jeg med å lage logo og visuell profil for bedriften. Dette eksempelet har vist meg hvordan en kan jobbe med å samle en organisasjon om verdier. Bedriftens 5 gründere startet med å finkjemme IT-bransjen og knytte til seg dyktige medarbeidere allerede før produktet og konseptet var ferdig. De hadde hurtig rundt 50 potensielle medarbeidere som kunne passe inn i organisasjonen. Fra starten av ble det jobbet mye med å skape begeistring, lojalitet og kultur i bedriften. Medarbeiderne skulle få være med på noe stort, de var "familiemedlemmer" i IT-bedriftens store, eksklusive familie. I markedsplanen for bedriften ble tre nøkkelverdier fremhevet: Ydmykhet, ærlighet og nøytralitet. Nøkkelverdiene var utarbeidet av gründerne og ikke av den samlede medarbeiderstab. Disse verdiene skulle "gjennomsyre" bedriften og være tilstede i alt det bedriften foretok seg.

Nøkkelverdiene skulle være felles for alle de ansatte i bedriften på tvers av roller og faggrupper, fra rengjøreren til webdesigneren. Bedriften jobbet med å plante sine verdier hos sine nye ansatte. Gjennom store "kick offs", middager, kokkekurs og andre arrangementer, jobbet ledelsen med å spleise "IT-familien" sammen, bygge kultur. Hele tiden var de tre nøkkelverdiene aktivt til stede – muntlig og skriftlig. Nøkkelverdiene var gjenstand for

diskusjon og refleksjon. Ledelsen jobbet med å integrere de tre verdiene i sin medarbeiderstab. Medarbeiderne var mer eller mindre aktivt til stede i diskusjonene og konkretiseringen av verdiene og fikk gjennom det et eierforhold til dem.

I motsetning til IT-bedriften som produserte IT-løsninger, er Rehabiliteringssenteret en immateriell organisasjon som møter mennesker i en rehabiliteringsfase. IT-bedriften var en organisasjon i etableringsfasen, og alle de ansatte var nye, mens Rehabiliteringssenteret er en veletablert institusjon med lange tradisjoner, og mange av profesjonsutøverne har vært ansatt der i flere år. Institusjonens nøkkelverdier, slik de beskrives i behandlingsfilosofien, er først tatt i bruk de seneste årene. De som ble ansatt i IT-bedriften, ble møtt med nøkkelverdiene ved ansettelsen. Bedriften ble grunnlagt og kulturen bygget med utgangspunkt i de konkrete verdiene. Rehabiliteringssenteret er en allerede etablert sosial praksis med sin særegne kultur som er blitt til gjennom mange år. Flere av informantene forteller at den sosiale praksisen har endret måten de møter pasienten på. Innenfor Rehabiliteringssenterets sosiale praksis finnes det godt etablerte eksterne og interne goder. Det betyr ikke at Rehabiliteringssenteret er statisk. MacIntyre hevder at den sosiale praksisen er relativ, den kan endres. Det må også bety at de eksterne og interne godene kan endres. Det vil være mulig å endre holdningene til de ansatte ved Rehabiliteringssenteret, blant annet til verdien ansvar for egen helse.

Ved Rehabiliteringssenteret har ingen av de ansatte vært med i prosessen om å utvikle nøkkelverdiene. Nøkkelverdiene er bestemt og beskrevet av ledelsen. Så vidt meg bekjent, har det heller ikke foregått prosesser for å bevisstgjøre de ansatte eller integrere verdiene. Informantene viser at de har dårlig kjennskap til institusjonens strategiplan og de verdiene som fremheves. Men det kan også virke som om ledelsen har dårlig kjennskap til de ansattes holdninger, og hvordan disse kommer til uttrykk i praksis. Ledelsen ved IT-bedriften iverksatte omfattende prosesser for å gjøre nøkkelverdiene til en integrert del av organisasjonen. Dialog, fellesskap, samhandling og bygging av bedriftskultur var viktige momenter i strategien for å integrere nøkkelverdiene i bedriften, slik at hver enkelt ansatt fikk et forhold til dem. Det er et interessant paradoks at den materielle IT-bedriften som produserer IT-løsninger, har jobbet målbevisst og grundig for å integrere sine nøkkelverdier, ærlighet, ydmykhet og nøytralitet, mens den tjenesteytende institusjonen Rehabiliteringssenteret der møtet med mennesket er fokus, ikke har iverksatt prosesser for å integrere sin nøkkelverdi, ansvar for egen helse.

For at det skal være mulig å komme fram til felles verdier som samler de ansatte, og for at vbl kan være en berikende metode, krever det kommunikasjon mellom ledelsen og de ansatte i organisasjonen. Ledelsen og de ansatte må snakke sammen og lytte til hverandre. Det er helt nødvendig at vbl er forankret i praksis. Ledelsen må være opptatt av og interessert i praksis, det som foregår i de ansattes arbeidshverdag. Fagkunnskaper og profesjon er et vesentlig element i forhold til dømmekraft. Når en organisasjon har medarbeidere fra ulike profesjoner, utfordrer dette vbl. Ved Rehabiliteringssenteret har de to hovedgrupper, sykepleier og fysioterapeut. Profesjonene har ulike oppgaver og ulikt faglig fokus (grunnleggende behov / bevegelse), men som menneskebehandlende profesjoner, har de mye felles. Det kan også oppstå motsetninger der det finnes profesjonsutøvere som har et sterkt behov for å markere sin profesjon, sitt samfunnsmandat og sin eksklusivitet (jfr. kap. 5.3.3). Vbl stiller store krav til lederen som oppsøkende. Metoden krever at lederen har oversikt og dyptgående kjennskap til medarbeidernes arbeidshverdag og deres holdninger. De fleste organisasjoner vil oppleve motsetninger mellom verdier, i større eller mindre grad. Og verdier som alle de ansatte skal enes om på tvers av profesjoner, egenskaper og personlige holdninger, må nødvendigvis være generelle.

For å kunne skape enhet rundt verdier i en organisasjon, må de ansatte først bli bevisst hvilke holdninger de har, og hvordan dette kommer til uttrykk i hva de gjør. Fortellerformen, dialog og diskusjon må være viktige redskaper når en vil bevisstgjøre, og kanskje endre, de verdiene som eksisterer i en organisasjon. Vbl kan utfordre til refleksjon og skape et klima for bevisste, etiske overveielser, men metoden trenger hjelp fra annen teori for å få synliggjort hvordan. MacIntyres teorier tar utgangspunkt i praksis, det som i realiteten skjer. Gjennom blant annet fortelling, og eksterne og interne goder, synliggjøres elementer og sammenhenger for praksis. Dydsetikk kan hjelpe vbl til å se dilemmaene og finne løsninger på dem.

MacIntyre ser på det gode liv som formålet for alle handlinger. Det gode liv innenfor en sosial praksis, er å realisere de mulighetene som finnes innenfor kollektivet. Det innebærer at hovedformålet med Rehabiliteringssenteret og de handlingene som utføres her, vil være det gode liv for hver enkelt av de menneskene som er en del av praksisen, både de ansatte og pasientene. Det handler om å utvikle det potensialet som finnes. Siden det gode liv vil være forskjellig fra person til person, og det ikke finnes standarder og regler som viser vei, vil det være opp til hver enkelt hva de ser som potensiale i den sosiale praksisen. Formålet med eksterne og interne goder og dydene knyttet til dem, vil være å realisere den sosiale praksisens

potensiale. Dydene (egenskapene) er med på å realisere det gode liv, og de formes og preges av møtet med den sosiale praksisen. MacIntyre mener at de også i seg selv er former for det gode liv.

Verdier utfordrer de ansatte som personer, deres visjon om hvem de ønsker å være, deres visjon om det gode liv. Ved Rehabiliteringssenteret er møtet med pasienten det primære, det som danner utgangspunkt for handlingen som utføres. Vbl vil derfor ikke bare utfordre de ansatte, men indirekte også pasientenes visjoner, for hva som er det gode liv for dem. Møtet mellom mennesker ved Rehabiliteringssenteret vil være en vesentlig del av det potensialet som kan realiseres her, og hva som kan regnes som det gode liv.

Vbl har som hovedagenda å utvide forholdet mellom organisasjonen og den ansatte. Det er et ønske at forholdet utvikler seg slik at organisasjonen blir noe mer enn "bare en arbeidsplass". Vbl kan være et redskap for å utvide det potensialet som finnes for det gode liv. Bevisstgjørende prosesser knyttet til vbl, kan dessuten være samlende for opplevelse av hva som er det gode liv innenfor den sosiale praksisen.

Det er grunn til å tro at vbl også kan ha et visst nytteaspekt for organisasjonen. Når de ansatte følelsesmessig bindes til organisasjonen gjennom verdiene, skaper det lojalitet og en eierfølelse til organisasjonen og det som den produserer. Dette kan lede til stabilitet i arbeidsstokken, noe som kan ha betydning for organisasjonens miljø og kultur. Lojalitet og eierfølelse kan også føre til produktivitet eller øke kvaliteten på det som produseres, og gjennom dette en økonomisk gevinst for organisasjonen. I den tidligere omtalte IT-bedriften, var det et viktig anliggende at alle de ansatte skulle være aksjonærer og medeiere av bedriften. På denne måten ønsket ledelsen å bygge eierskap, i dobbel forstand. Ledelsen ønsket lojale medarbeidere. Gjennom eierskap fikk ledelse og ansatte også felles økonomiske interesser.

Vbl kan også være viktig for å skape egenart for organisasjonen. Nøkkelverdiene som formuleres, og på ulikt vis integreres, vil kunne være vesentlige i konkurransesammenheng, når organisasjonen skal uttrykke hva som skiller dem fra konkurrerende organisasjoner. Rehabiliteringssenteret konkurrerer med andre liknende institusjoner om pasientene. Institusjonen trenger god omtale og et godt renommé for å tiltrekke seg pasienter. Og for Rehabiliteringssenteret, er det ikke bare den enkelte pasient markedsføringen retter seg mot, men i like stor grad primærleger, sykehuspersonell og andre som ofte er de som anbefaler et

opphold, og som henviser pasienten til institusjonen. I ”markedssammenheng” er det ikke nok å bare være en god rehabiliteringsinstitusjon. Rehabiliteringssenteret må ha en stil, et særpreg, noe som skiller dem fra andre tilsvarende institusjoner. Nøkkerverdier kan være med på å gi en organisasjon dette særpreget. På markedsføringsspråket kalles dette ”det utvidede produkt”, det som skiller denne institusjonens tilbud fra konkurrentenes tilbud (Kotler 2005: 398). Nøkkerverdiene er sentrale i institusjonens markedsmateriell. I tjenesteytende organisasjoner som Rehabiliteringssenteret, er ”produktet”, det som skapes, immaterielt og knyttet til profesjoner og profesjonsutøvere. Det må også kunne sies å være et variabelt ”produkt”, fordi det avhenger av hvem som utfører tjenestene, og når og hvor det utføres.

Rehabiliteringssenteret er en privateid stiftelse som er avhengig av et statlig forhold, gjennom ytelsesavtalen med Helseregionen, for å kunne eksistere i dagens velferdssamfunn. De konkurrerer med andre liknende institusjoner om fortsatt å få være en del av Helseregionens kabal. Denne konkurransen dreier seg i stor grad om økonomi og Rehabiliteringssenteret må vise at de kan levere gode tjenester til en lavest mulig pris. Rehabiliteringssenteret har altså eksterne aktører å tilfredsstille. Innholdet institusjonens ledelse har gitt nøkkerverdien ansvar for egen helse, følger bestemte deler av lovverk og retningslinjer. Den retning Rehabiliteringssenteret har gitt begrepet, er ”politisk korrekt” (Se kap 1.3.3 Ansvar for egen helse), og er med på å gi institusjonen et bestemt image som kanskje til og med kan være viktig for institusjonens eksistens. Rehabiliteringssenteret synliggjør verdien ansvar for egen helse i sitt markedsmateriell. Ansvar for egen helse er en så profilert og tydelig verdi for Rehabiliteringssenteret at de som kommer til institusjonen, vil kunne ha forventinger om å bli møtt med fokus på deres rettigheter. Samarbeidspartnere vil kunne ha en oppfattelse av at institusjonen blir drevet med utgangspunkt i pasientens selvbestemmelse og medvirkning. Nøkkerverdi, ansvar for egen helse, beskriver institusjonens særpreg, hvordan pasienten kan regne med å bli møtt av de som er ansatt ved institusjonen: Hos oss får du hjelp av sykepleiere og fysioterapeuter til rehabilitering. De jobber ut fra at du har ansvar for ditt liv og dine valg, og de tar det som en selvfølge at du har rett til å styre livet ditt i den retning du ønsker. For å kunne opprettholde sine ”konkurransefortrinn” på sikt, vil det ut fra et nytteperspektiv være helt nødvendig at Rehabiliteringssenteret er sannferdig om sine nøkkerverdier, at det de faktisk fremhever som sine verdier, er korrekt og viser seg i praksis. Og at pasienter som kommer til institusjonen med forventinger om å bli møtt som mennesker med rett til å selv ta valgene for sitt liv og sin helse, opplever at dette skjer.

Ut fra et dydsetisk perspektiv vil det å samle de ansatte om verdier, være godt i seg selv. Ut fra et nyttetisk perspektiv vil det være godt, fordi konsekvensen av det kan være godt dvs. nyttig for konkurranse, markedsføring og for å opprettholde avtaler og økonomiske tilskudd. Metoden vbl kan benyttes med ulike intensjoner for øye.

Jeg har tidligere slått fast at en ikke kan hevde at de begrepene som fremheves som organisasjonens nøkkelverdier, virkelig har verdi, før de forankres og kommer til uttrykk i praksis. Intensjonen med vbl må være at nøkkelverdiene skal iverksettes i praksis, ellers er vbl bare ”pene ord på paret”. Ledelsen kan formulere og uttrykke så mange nøkkelverdier de bare vil, men om de i realiteten blir verdier, er avhengig av de ansatte og at verdiene kommer til uttrykk gjennom deres arbeid. Uansett om organisasjonen er en IT-bedrift eller et Rehabiliteringssenter, er organisasjonen avhengig av at nøkkelverdiene samsvarer med de eksterne godene, og at dette igjen kommer til uttrykk i de interne godene, for at vbl skal kunne sies å være en vellykket metode.

5.6 Rehabiliteringssenteret og ambivalensen

Ved rehabiliteringssenteret er diskrepansen om nøkkelverdien ansvar for egen helse tydelig og klar mellom ledelsen og de ansatte. Hva kan så ledelsen ved Rehabiliteringssenteret gjøre for å få de ansatte på lag, slik at verdien ansvar for egen helse kan samle de ansatte og komme til uttrykk på den måten som ledelsen ønsker?

Informantene er ikke bevisst ledelsens definisjon av begrepet og hva som er organisasjonens nøkkelverdi. Likevel lever motsetningen mellom ansvar for egen helse som plikt og rettighet i organisasjonen. Det er en del av informantenes hverdag. Alle informantene slår fast at pasienten har rett til å gjøre som han selv vil, også selv om dette er noe annet enn det profesjonsutøveren mener er det beste. ”Vi kan ikke gjøre noe annet en å gi råd,” sier en informant (F4). Det virker som om dette er noe de vet at de bør mene. Det er jo også slik at pasientene som kommer til Rehabiliteringssenteret er voksne, opplyste mennesker. Profesjonsutøverne har ikke lov til å utøve tvang. Men ingen av informantene aksepterer egentlig pasientens rett til selvstendige valg, dersom dette ikke er i samsvar med profesjonsutøverens forståelse. Informantene forsøker på ulike vis å endre pasientens

holdning gjennom for eksempel å overbevise faglig, slå i bordet og fortelle pasienten hva som er det beste for han, eller lirke og lure, skape allianser med andre profesjonsutøvere slik at flere kan fremheve det samme synet, komme med små drypp og ellers påvirke på ulike måter.

Motsetningen er så tydelig og problemstillingen så klar at en kan spørre seg om det i det hele tatt vil være mulig å samle de ansatte om ledelsens nøkkelverdi? MacIntyre fremhever at den sosiale praksisen, og dette må også innebære de eksterne og interne godene, er relativ. De eksterne godene kan endres. Spørsmålet er om dette er ønskelig og tjenelig? Kommunikasjon og praksis må være to viktige begreper her. Ledelsen må snakke med de ansatte og lytte til dem. Med utgangspunkt i den praktiske arbeidshverdagen ved Rehabiliteringssenteret, møtet med pasienten, må ledelsen og de ansatte sammen stille spørsmålene: Hvilke verdier fokuserer vi på i vår organisasjon? Hva er vår visjon? Hvilke verdier er viktig for oss? Hvilke verdier kan vi samles om?

Mens Rehabiliteringssenteret i sin behandlingsfilosofi har et forholdsvis ensidig fokus på rettigheter knyttet til ansvar for egen helse, har Stortingsmelding 21 fra 1998, Ansvar og meistring, et bredere fokus. Stortingsmeldingen fremhever at rehabilitering må ha sitt utgangspunkt i menneskets rett til selv å bestemme og sette mål for eget liv. Videre sier meldingen at rehabiliteringen skal motvirke sykdomsfokusering og en passiv pasientrolle, fremme personlig ansvar og meistring. Og for å få til dette, må profesjonsutøverne medvirke til at pasienten får innsikt i sine behov, muligheter og begrensinger. På den måten kan pasienten få kontroll over eget liv og egen helse. Stortingsmeldingen fremhever hva som må til for at pasienten skal kunne ta ansvaret for helsen sin, og den peker på hva profesjonsutøverne og rehabiliteringsinstitusjonene kan gjøre, hva som er deres oppgaver. Før de ansatte og ledelsen ved Rehabiliteringssenteret begynner å diskutere nøkkelverdier for institusjonen, er det vesentlig at de sammen har stilt spørsmålet: Hva slags rolle spiller vi som profesjonsutøvere og institusjon, for pasientens rehabilitering?

5.7 Oppsummering

Vbl støter på ulike utfordringer i møte med praksis. I denne oppgaven har jeg gjennom eksempelet Rehabiliteringssenteret og institusjonens nøkkelverdi ansvar for egen helse, belyst

noen av disse utfordringene. Jeg har på ulike måter vist hvordan den dydsetiske teorien belyser, utfordrer og hjelper vbl.

Utgangspunktet for diskusjonen har vært intervjuene med fem sykepleiere og fem fysioterapeuter som er ansatt ved institusjonen. Det oppstår et dilemma når vbl møter Rehabiliteringssenteret. Det er en diskrepans mellom ledelsens verdier og de ansattes verdier. Begrepet ansvar for egen helse er ikke en verdi før den kommer til uttrykk i praksis. Dersom ansvar for egen helse skal være en nøkkelverdi for institusjonen, må de ansatte samles om verdien. Nøkkelverdiene er ikke-materielle livsverdier, som skal være til fellesskapets beste. For å komme fram til disse verdiene må ledelsen og de ansatte spille på samme lag. Og det vil være ledelsens oppgave å skape arenaene, og legge til rette for kommunikasjon. Her kan vbl hente praktiske, konkrete råd i MacIntyres dydsetikk.

For det første er dydsetikk med på å synliggjøre det som skjer innenfor rammen av den sosiale praksisen. Gjennom å fokusere på de eksterne og interne godene, synliggjøres sammenhenger og hvordan den sosiale praksisen er oppbygd. Ved å henvende seg til dydsetikken får Rehabiliteringssenteret et verktøy som kan hjelpe dem til å se den sosiale praksisen som deler og som helhet.

For det andre må vbl ta på alvor det elementet at individet og dets roller er en enhet, fysioterapeuten Anne og privatpersonen Anne er en og samme person. I møtet med pasienten vil profesjonsutøveren utøve skjønn og dømmekraft. I dømmekraften inngår ulike elementer som både utfordrer intellektet og følelsene. Når vbl fremhever verdier som medarbeideren skal gjøre til sine slik at det kommer til uttrykk i praksis, henvender den seg til Anne som hel person.

For det tredje vil det være riktig å fokusere på dydene (egenskapene) som hver enkelt medarbeider har. Dydsetikken fremhever dydene som en forutsetning for at verdiene skal komme til uttrykk i praksis. Dydene utfolder seg i situasjonen, og leder handlingene våre i riktig retning. Dydene utøves til det beste for fellesskapet, og tilegnes i samhandling med andre.

For det fjerde kan fortellerformen, som MacIntyre så tydelig vektlegger, være et viktig element til å forstå både seg selv og andre, og til å få avdekket og pekt på de utfordringene

som er i møtet mellom profesjonsutøveren og pasienten. Fortellingen synliggjør både rasjonelle og irrasjonelle aspekter, føleleser og fornuft, handling og tankene bak. Fortellingen skaper både et bilde av den sosiale praksisen, medarbeideren som person og profesjonsutøver, og viser til dydene. Slik jeg ser det må det være i fortellingen, knyttet til møtet i praksis, at vbl må ha sitt utgangspunkt.

Vbl stiller store krav til organisasjonens ledelse. Metoden krever at ledelsen har oversikt og dyptgående kjennskap til medarbeidernes holdninger. Vi lever i en tid der subjektet er i fokus, og individualisten løser oppgaven på sin måte. Samtida vår trenger en ledelsesmetode som vbl, som på den ene siden bevisstgjør og samler medarbeidere om grunnleggende verdier, og på den andre siden skaper rom for medarbeidernes skjønn og dømmekraft. Men vbl er en metode som ikke kan stå alene, den trenger hjelp til å forankre verdiene i praksis slik at nøkkelverdiene ikke bare blir ”pene ord på papiret”, men handling. Dydetikk tegner et rikt bilde av mennesket som handlende vesener innenfor fellesskapets rammer. Gjennom utgangspunkt i fortellerformen og fokus på organisasjonen som sosiale praksis, og medarbeideren som person med et sett dyder som er til det beste for fellesskapet, utfordrer og hjelper teorien dydetikk metoden vbl.

Litteratur og referanseliste

De politiske partienes fellesprogram 1945: *Arbeid for alle*. Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek

Asheim, Ivar 1997: *Hva betyr holdninger? Studier i dydsetikk*. Oslo: Tano Aschehoug

Askeland, Harald 2003: Lederskap – løsning eller symbol? grunnleggende forståelse av ledelse i organisasjoner i: *Ledelse i kirken* / H. Askeland, F. Grimstad, M. Halvorsen Hougsnæs, G. Lande. Oslo: Kirkens Arbeidsgiverorganisasjon

Badaracco, Joseph L. og Ellsworth, Richard R. 1989: *Det etiske dilemma: personlig integritet som forutsetning for problemløsning*. Oslo: Cappelen

Banks, Sarah 2004: *Ethics, Accountability and the Social Professions*. New York: Palgrave Macmillan

Berggrav, Eivind 1952: "Kirken og diakonien". *Tale ved Nordisk diakoni-konferanse i Oslo*

Berggrav, Eivind 1952: "Stat og kirke i dag etter Luthers syn" i: *Tidsskriftet kirke og kultur* 57

Berggrav, Eivind 1956: "Fins det noe alternativ?, Må velferd være statens? Velferden og sinnelaget" i: *Tidsskriftet kirke og kultur* 61, Oslo: Universitetsforlaget

Bourdieu, Pierre 1999: *Meditasjoner*. Oslo: Pax

Christoffersen, Svein-Aage 1994: *Handling og dømmekraft. Etikk i lys av kristen kulturarv*. Oslo: Tano Aschehoug AS

Christoffersen, Svein-Aage 1997: *Handling – Person - Samfunn. En innføring i grunnlagsetikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Tano Aschehoug AS

Christoffersen, Svein-Aage (red) 2005: *Profesjonsetikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Danielsen, Astrid og Hansen, Marianne Nordli 1999: "Makt i Pierre Bourdieus sosiologi", s 43 – 78 i: Engelstad, Fredrik (red): *Om makt: Teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Hatland, Aksel, Kuhnle, Stein og Romøren, Tor Inge 1994: *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Haugen, Karin Helene 1997: *En utdanning i bevegelse – 100 år med fysioterapiutdanning i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Heiene, Gunnar 2004: *Etikk og moralfilosofi i historisk perspektiv*,
<http://www.menfak.no/studier/bachelor/deltidsstudier/stylos/et/historiskperspektiv.html>

HOD 1982: *Lov om helsetjenesten i kommunene. Forskrift om habilitering og rehabilitering.*

Holmström, Eva, Johnsson, Birgitta og Lundblad, Kerstin (red) 1993: *Sjukgymnastik i historisk belysning*. Lund: Studentlitteratur

Hovland, Beate Indrebø 2002: *Fra fortelling til moralsk handling*
<http://www.tf.uio.no/studier/hafstad/artikkelsamling.html>

Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan 2002: *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Kirkevold, Marit. Nortvedt, Finn. Alsvåg, Herdis (red) 1993: *Klokskap og kyndighet. Kari martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Knudsen, Tim 2000: "Tilblivelsen af den universalistiske velfærdsstat", i Knudsen, Tim (Red.): *Den nordiske protestantisme og velfærdsstaten*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag

Kvale, Steinar 2005 [7. opplag]: *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademiske

Lundstøl, John (red) 2004 [2. utg.]: *I dannelsens tegn. Profesjonell selvforståelse i arbeid med menneske*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Løgstrup, K.E. 2000: *Den etiske fordring*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS

Løgstrup, K.E. 1971: "Ethiske begreber og problemer" i: *Etik och kristen tro* / G. Wingren og H. Aronson (red.). Liber Läromedel

MacIntyre, Alasdair, 1985 [2. utgave]: *After Virtue. A Study in Moral Theory*. London: Duckworth & co.

Martinsen, Kari 1984: *Fredige og uforsakte diakonisser: et omsorgsyrke vokser fram, 1860 – 1905*. Oslo: Aschehoug

Martinsen, Kari 1990: "Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring" i: *Moderne omsorgsbilder* / Karen Jensen (red.). Oslo: Ad Notam Gyldendal

Martinsen, Kari 2003a: *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*, 1. utgave 1993. Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, Kari 2003b [2.utgave]: *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.

Midttun, Jørund 1998: "Fra velferdsfrykt til sosialetisk vekking" i *Diakoni og samfunn* / T. Aukrust og B. Furre (red.). Oslo: Norges forskningsråd

Norsk Fysioterapeutforbund 1998: *NFF's yrkesetiske retningslinjer*

Norsk Sykepleieforbund 2001: *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*

Seip, Anne-Lise 1994a [2.utgave]: *Sosialhjelpstaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740-1920*. Oslo: Gyldendal

Seip, Anne-Lise 1994b [2.utgave]: *Veiene til velferdsstaten: norsk sosialpolitikk 1920 – 1975*. Oslo: Gyldendal

Silfverberg, Gunilla 1999: *Praktisk klokhet. Om dialogens och dygdens betydelse för yrkeskicklighet och socialpolitik*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposium

Stigen, Anfinn 1985: "Hva er et etisk problem?" i: *Etikk / Ø*. Dahl et al. Oslo: Universitetsforlaget.

Stortingsmelding 21, 1998-99: *Ansvar og meistring. Mot heilskapleg rehabiliteringspolitikk*

Stortingsmelding 45, 2003: *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*

Thommessen, Bjørn og Wetlesen, Jon 1996: *Etisk tenkning. En historisk og systematisk gjennomføring*. Oslo: Ad notam Gyldendal

Torgersen, Ulf 1972: *Profesjonssosiolog*. Oslo: Universitetsforlaget

Tønnessen, Aud V. 2000: "… et trygt og godt hjem for alle?" *Kirkelederes kritikk av velferdsstaten etter 1945*. Trondheim: Tapir Akademiske forlag

Vetlesen, Arne Johan 1998: "Dydsetikk i individualiseringens og globaliseringens tid" i: *Dydsetikk / Vetlesen, Arne Johan (red.)*. Humanist

Rehabiliteringssenteret

Rehabiliteringssenteret 2005a: *Strategisk plan*

Rehabiliteringssenteret 2005b: *Internettsider og brosjyrer*

Rehabiliteringssenteret 2005c: *Virksomhetsplan 2005*

Rehabiliteringssenteret 2005d: *Arbeidsinstruks for fysioterapeuter*

Rehabiliteringssenteret 2005e: *Sykepleiernes arbeidsoppgaver*

Rehabiliteringssenteret 2005f: *Avtale om leveranse av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten mellom "Rehabiliteringssenteret" og "Helseregionen", 2004-2006*

Rehabiliteringssenteret 2005g: *Driftsavtale for "Rehabiliteringssenteret"*

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt ”Ansvar for egen helse. Et dydsetisk perspektiv”

Forskningsprosjektet er en del av masteroppgaven min i profesjonsetikk ved Universitetet i Oslo. Forespørselen gjelder deltakelse i intervju.

Denne forespørsel rettes til noen tilfeldig utvalgte sykepleiere og fysioterapeuter ved Rehabiliteringssenteret Hokksund Kurbad (RHK). Intervjuene foretas i oktober 2005.

Deltakelse i intervjuet er frivillig og det er mulig å trekke seg uten å oppgi grunn for dette.

Det vil bli benyttet lydbånd ved intervjuene. Lydopptakene vil bli slettet innen 31.12.05.

Informantene vil være anonyme.

Jeg vil senere i prosessen invitere fagpersonalet til en diskusjon av ulike etiske problemstillinger knyttet til ansvar for egen helse. Diskusjonen med fagpersonalet vil sammen med intervjuene, danne grunnlaget for den etiske drøftingen i oppgaven min.

Prosjektet gjennomføres med tillatelse fra ledelsen ved RHK. Veileder for prosjektet er professor Trygve Wyller ved Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Med vennlig hilsen

Siren Eriksen

Sykepleier og masterstudent i profesjonsetikk ved Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Jeg bekrefter med dette at jeg har fått informasjon om formålet med intervjuet, og at jeg samtykker i å delta:

Underskrift: _____

Vedlegg 2

INTERVJUGUIDE FOR ANSATTE

PERSONALIA

Kode: _____ Opptakstidspunkt: _____

Kjønn: Mann: ____ Kvinne: ____

Fagbakgrunn: Fysioterapeut: ____ Sykepleier: ____

PRESISERING:

Utgangspunktet for intervjuet er den profesjonen du har og de erfaringer og holdninger du har som fagperson:

** Hva legger du i begrepet ansvar for egen helse?
(Mener du det er en viktig verdi?)*

** Har du eksempler fra arbeidspraksisen din ved Rehabiliteringssenteret på pasienter du mener tar ansvar for egen helse, evt. det motsatte?*

** Hva forventer du av pasienten din? Hvordan reagerer du hvis pasienten ikke lytter til din faglige viten / ikke gjør som du har bedt han om?*

** Hva gjør du for å hjelpe pasientene til å ta ansvar for egen helse?
(Kunnskap og informasjon / Relasjon og relasjonsbygging / Hele mennesket – menneskesyn / Faglighet – viten, stolthet)*

** Hvilke egenskaper / holdninger mener du er viktigst hos den profesjonelle for at han /hun skal gjøre en god jobb (ift spørsmålet om ansvar for egen helse) ?*

** Ansvar for egen helse er en av verdiene nedfelt i Rehabiliteringssenterets verdigrunnlag, som blant annet er beskrevet i strategiplanen, i brosjyre materiell, på Internettsider osv.. Kjenner du til noen andre av verdiene? (Kan du nevne noen av dem?)
Hvilke verdier / Er det andre verdier du synes burde stått der?*

** Hva slags forhold har du til yrkesetiske retningslinjer?
(Kjenner du til hva som står nedfelt ift ansvar for egen helse?)*

Vedlegg 3



UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

Prodekan Dr. theol. Professor i systematisk teologi og
diakoni Trygve Wyller
Det teologiske fakultet Universitetet i Oslo

**Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Sør- Norge (REK Sør)**
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Dato: 13.10.2005
Deres ref.:
Vår ref.: S-05140

Telefon: 228 44 666
Telefaks: 228 44 661
E-post: rek-2@medisin.uio.no
Nettadresse: www.etikkom.no

S-05140 **Ansvar for egen helse. Et dydsetisk perspektiv**

Vi takker for e-post fra Siren Eriksen 30.09.05 med vedlegg: forskningsprotokoll, revidert informasjonsskriv og intervjuguide for ansatte.

Komiteen tar svar på merknader til etterretning.

Komiteen har ingen merknader til revidert informasjonsskriv.

Komiteen tilrår at prosjektet gjennomføres.

Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen

Annetine Staff (sign)
Overlege dr.med.
Leder

Tone Haug
Rådgiver
Sekretær

Vedlegg 4



Rehabiliteringssenteret
HOKKSUND KURBAD

vår kunnskap < din innsats > bedre helse


Siren Eriksen
Frydensalstien 19
3016 Drammen

Hokksund 12.04.05

Bekreftelse.

Vi bekrefter herved at Siren Eriksen har søkt om, og fått godkjenning til å utføre en spørreundersøkelse blant et utvalg pasient på Rehabiliteringssenteret Hokksund Kurbad as. Vi forutsetter at undersøkelsen blir utført etter de gjeldende forskningsetiske retningslinjer, og at pasientene blir anonymisert.

Med vennlig hilsen


Øyvind Mørk
Daglig leder