

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Dømmekraft, et bærende begrep i sykepleien?</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Problemstilling</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Metode</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Forforståelse</b>	<b>3</b>
<b>1.4 Oppgavens oppbygging og valg av litteratur</b>	<b>4</b>
<b>2.0 Dømmekraft</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Dømmekraftens kilder</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Dømmekraft i lys av profesjonsetikk</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Oppsummering</b>	<b>16</b>
<b>3.0 Sykepleiens historie, disiplin, dannelse og dømmekraft</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Sykepleiens tidlig historie</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Utdanning og organisering</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Sykepleiens disiplin, selvdisiplin og dannelse sett i lys av Elisabeth Hagemanns etikk</b>	<b>22</b>
<b>3.4 Er Elisabeth Hagemanns etikk relevant i dag?</b>	<b>24</b>
<b>3.5 Dannelse og disiplin i dagens helsevesen</b>	<b>26</b>
<b>3.6 Oppsummering</b>	<b>28</b>
<b>4.0 Ulike kunnskapssyn</b>	<b>31</b>
<b>4.1 Forståelse og forklaring</b>	<b>33</b>
<b>4.2 Fenomenologi</b>	<b>34</b>
<b>4.3 Erfaringsbasert kunnskap</b>	<b>36</b>
<b>4.4 Empirisk og positivistisk kunnskapssyn</b>	<b>38</b>
<b>4.5 Evidensbasert kunnskap</b>	<b>39</b>
<b>4.6 Evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap</b>	<b>42</b>
<b>4.7 Oppsummering</b>	<b>46</b>
<b>5.0 Evidensbasert praksis, hvorfor vinner den frem i sykepleien?</b>	<b>48</b>
<b>5.1 Evidensbasert praksis og offentlige organisering</b>	<b>49</b>
<b>5.2 New Public Management – NPM</b>	<b>52</b>
<b>5.3 Offentlige dokumenter og politiske føringer</b>	<b>68</b>
<b>5.4 Etiske perspektiver</b>	<b>73</b>
<b>5.5 Oppsummering</b>	<b>76</b>
<b>6.0 Avslutning</b>	<b>78</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>81</b>

## **1.0 Dømmekraft, et bærende begrep i sykepleien?**

*”Dømmekraften er et meget sammensatt og komplisert begrep, for ikke å si avansert fenomen. Det er nettopp i samspillet mellom de mange kildene at dømmekraften blir til, og ikke ved at vi isolerer en enkelt av dem”. (Christoffersen 2005, s.82)*

Dømmekraften har ikke vært et fremtredende begrep i sykepleien. Svein Aage Christoffersen (2005) løfter begrepet frem og gjør rede for og definerer dømmekraften i sin bok

”Profesjonsetikk”. Jeg ønsker med denne oppgaven å sette fokus på profesjonell dømmekraft som et begrep i sykepleien. Jeg vil diskutere om dømmekraft er et begrep som rommer alle kunnskapssynene i profesjonen sykepleie. Jeg vil også diskutere om dømmekraftens kilder endrer seg i takt med samfunnets og sykepleiens utvikling.

Dømmekraftens kilder består av en vekselvirkning mellom seks ulike kilder, sier Christoffersen (2005). Disse kildene bygger på ulike kunnskapssyn som forenes i dømmekraften. En diskusjon som i dag er sterk innen sykepleien er satsing på den evidensbaserte praksisen. Et spørsmål i denne diskusjonen er om evidensbasert praksis overskygger og usynliggjør erfaringsbasert praksis. Disse to praksisene har utspring fra ulike kunnskapssyn. Jeg vil i denne oppgaven diskutere om både evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap inngår i dømmekraftens kilder og fremstår med like stor styrke og stødighet.

### **”Dømmekraft, et bærende begrep i sykepleien?”**

Dette er tittelen på min masteroppgave. I studiet Profesjonsetikk og diakoni oppdaget jeg dømmekraftens omfang og sentrale betydning i sykepleien. Det er en mengde evner, egenskaper og kunnskap som er i sving. Teori og praksis formidles som en vekselvirkende prosess. Dømmekraften ligger i skjæringspunktet mellom teori og praksis. Christoffersen definerer dømmekraften med seks kilder, der alle kildene må være tilstede og vekselvirkningen foregår, det er i dette skjæringspunktet dømmekraften dannes. Det kan være ulikt hvilke kilder som er mest aktive i de ulike situasjoner, men alle er der og virker sammen. (Christoffersen 2005:72-74) Kan dømmekraften være et bærende begrep i sykepleien?

## **1.1 Problemstilling**

**Hvorfor har evidensbasert praksis fått så stort rom i sykepleien?**

**Er evidensbasert kunnskap i ferd med å usynliggjøre erfaringsbasert kunnskap?**

**Hvilke mulighet er det for dømmekraften i evidensbasert praksis?**

Dette er spørsmålene jeg håper å finne svar på gjennom drøftingen i oppgaven. Jeg vil også diskutere om dømmekraft er et bærende begrep i sykepleien, og om det eventuelt blir mulig for dømmekraften å være bærende i fremtiden.

Jeg funderer på hvilke sykepleiegrunnlag den evidensbaserte praksis bygger på når en står i møtet? Jeg har egentlig to fokus i min oppgave, dømmekraft på den ene siden og evidensbasert praksis på den andre siden. Jeg forsøker å finne en plattform der disse begrepene kan forenes og virke sammen. Kan evidensbasert praksis defineres inn i dømmekraftens kilder?

## **1.2 Metode**

Denne oppgaven er en teoretisk, tekstbasert, drøftende og reflekterende oppgave.

Jeg baserer oppgaven på litteratur som omhandler en pågående debatt om kunnskapssyn i sykepleien. Denne debatten drøfter jeg opp mot begrepet dømmekraft.

Jeg bruker tekster jeg har valgt ut fra studiet profesjonsetikk, og relevant tillegglitteratur.

De ulike tekstene bruker jeg til å sette denne oppgaven sammen til en helhet.

Oppgaven er en erfaringsnær diskusjon. Det er ikke en objektiv oppgave.

Jeg kan beskyldes, kanskje med rette, å være selektiv i valg av litteratur.

## **1.3 Forforståelse**

Min forforståelse har jeg fra mitt praktiske yrke som intensivsykepleier. Evidensbasert praksis har fått god innpass og lett mottagelse i helsevesenet og i sykehusavdelingene. Dette synes jeg er underlig når vi ser hvordan sykepleiere arbeider til daglig. Hvilke problemstillinger en står i og hvilke etiske, moralske valg og dilemmaer en skal finne den ”beste” løsningen på. Disse dilemmaene står en vanligvis i flere ganger daglig. Der møtet, handling, fag og etiske kunnskaper står i sentrum. Jeg har undret meg over hva det er som driver sykepleieren?

Dømmekraften, slik Christoffersen definerer begrepet, tror jeg er et viktig element i sykepleierens drivkraft. Er dømmekraft, et bærende begrep i sykepleien?

#### **1.4 Oppgavens oppbygging og valg av litteratur**

I kapitel to drøfter jeg dømmekraftbegrepet og dømmekraftens kilder. Jeg kobler det til profesjonsetikken og tre hovedelementer. Møtet, handling og kunnskap. Svein Aage Christoffersen og hans bok, ”Profesjonsetikk” (2005) har jeg valgt som hovedbok. Svein Aage Christoffersen er professor i etikk ved det teologiske fakultet på Universitetet i Oslo.

I kapitel tre belyser jeg sykepleiens historie og drøfter hvorfor evidensbasert praksis har fått så stort rom i sykepleien. Kan historien gi en pekepinne på dette? Jeg leter også etter dømmekraftens kår i historien. For å diskutere disse spørsmålene i dette kapitlet har jeg brukt Kari Martinsen som er sykepleier, magister i filosofi og dr.philos., på Universitetet i Bergen. Hun har skrevet boken, ”Pleie uten omsorg” (1979/1990), sammen med Kari Wærnes som er professor i sosiologi. I tillegg bruker jeg boken, ”Kall og kamp” (1990) den er skrevet av Kari Melby, hun er professor, dr.philos. Jeg trekker også inn Elisabeth Hagemann og hennes etikkbok fra 1930. Jeg diskuterer om Hagemanns etikk har satt spor i dagens sykepleiepraksis. Til dette bruker jeg Kari Martinsen og Trygve Wyller (2003), ”Etikk, disiplin, dannelse Elisabeth Hagemanns etikkbok – nye lesinger”.

Kari Martinsen har jeg også brukt når jeg diskuterer kunnskapssyn i kapitel fire. Boken, ”Samtalen skjønnhet og evidensen” (2005) har jeg brukt som utgangspunkt for diskusjonen. I tillegg har jeg brukt artikler fra fagtidsskriftet ”Sykepleien” med samme forfatter fra ulike år. Jeg har også brukt Eline Tornquist (2003/2006), ”Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag”. Forfatteren av denne boken er fysioterapeut og dr.philos. I dette kapitlet har jeg som mål å tydeliggjøre at erfaringsbasert kunnskap ikke er en del av evidensbasert praksis. Usynliggjør evidensbasert praksis erfaringsbasert praksis?

Hvordan blir det med dømmekraften om et kunnskapssyn usynliggjøres?

Siden tusenårsskiftet har diskusjonen rundt evidensbasert praksis kommet raskt og sterk. Debatten rundt begrepet har pågått siden dette, men den har vært varierende i intensitet. Den evidensbaserte praksisen baserer seg på ett kunnskapssyn, det positivistiske, naturvitenskapelige kunnskapssynet og hever dette frem som det eneste riktige. Sykepleien skal bygge på den best tilgjengelige kunnskap, men det er ikke hvilken som helst kunnskap

det er den som kan bevises og etterprøves. (Ekeli 2002:11-13) Kari Martinsen påpeker at enhver profesjon alltid har vært basert på den nyeste og beste kunnskap. Det er jo et av profesjonenes kjennetegn, hvorfor fremheve dette ene kunnskapssynet spør hun. (Martinsen, 2008:65) Jeg belyser og diskutere de to kunnskapssynene og drøfter ulikhetene for å få frem at erfaringsbasert kunnskap ikke er en del av evidensbasert praksis. Cochranesystemet er med i dette kapitlet.

I kapitel fem bruker jeg Helge Ramstad som er statsviter og organisasjonsteoretiker han har skrevet boken, ”Privatisering fra innsiden, om sammensmelting av offentlig og privat organisering”, (2004) sammen med Egil J. Skorstad. Skorstad er professor i organisasjon og arbeidslivsfag. Jeg har også brukt, Hallvar Vike, mfl. (2002), ”Maktens samvittighet, om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten”. Hallvar Vike er dr.polit., sosialantropolog og professor i kulturstudier. Denne boken er bygget på et etnografisk feltarbeid, erfaringsstudie i sykepleien. Historien viser at sykepleie ikke er et statisk fag, men et fag som endrer seg i takt med samfunnsendringene. Fra politisk hold har fokus på kvalitet og kunnskap i helsevesenet vært økende. Det settes nå klare krav i forhold til forskning, og dokumentasjon av behandlingsresultater innen helsevesenet. De politiske føringene påvirker også sykepleietjenesten. I dette kapitlet gjør jeg rede for New Public Management og viser hvordan evidensbasert praksis passer inn i dette systemet. Er det mulighet for dømmekraften i dette systemet?

Litteraturen jeg har valgt i de ulike kapitlene er ikke bare knyttet til det enkelte kapitlet. Jeg har også bruk den omtalte litteraturen om hverandre. I tillegg har jeg annen støttelitteratur som jeg bruker. Jeg bruker de ulike tekstene og litteraturen jeg har valgt til å sette oppgaven sammen til en helhet. En hermeneutisk oppgave der en beveger seg frem og tilbake mellom en forståelse av delene og av oppgavens helhet.

Spørsmålene i problemstillingen vil bli diskutert i alle kapitlene i forhold til; dømmekraftens kilder, historisk påvirkning, ulike kunnskapssyn og organisering i helsevesenet- New Public Management,. I avslutningskapitlet vil jeg samle trådene fra de ulike kapitlene.

## 2.0 Dømmekraft

*”Dømmekraften er en form for klokskap, der en rekke forskjellige evner og egenskaper er i sving. Den er ikke en følelsesmessig, men en intellektuell prosess, selv om følelser også inngår i prosessen” (Christoffersen 2005, s. 72).*

Er erfaringsbasert kunnskap i sykepleien i ferd med å bli usynliggjort av evidensbasert praksis? Hvilke mulighet er det for dømmekraften i evidensbasert praksis?

Dømmekraften har sitt utspring i den relasjonelle, mellommenneskelige virkelighet. Der en mengde kunnskap og prosesser virker sammen. Dømmekraften er et hermeneutisk perspektiv der vurderingsevnen veksler mellom teori og praksis, der den ene delen er avhengig av den andre for å forstå helheten. Skjæringspunktet mellom teori og praksis kan vi kalle den praktiske dømmekraften. Dømmekraften er altså avhengig av, og blir til i vekselvirkningen mellom teori og praksis. Uten denne vekselvirkningen vil ikke dømmekraften eksistere. I dannelsen av dømmekraften får praksis betydning for teorien og teorien betydning for praksis. (Christoffersen 2005:72-73)

I dette kapitlet skal jeg belyse begrepet dømmekraft og drøfte dømmekraftens kilder og betydning. Jeg ser dømmekraft som et bærende begrep i profesjonen sykepleie. Begrepet dømmekraft rommer omsorg, der omsorg defineres som; å stille seg til rådighet for den andre. Den rommer barmhjertighet, respekt, nestekjærlighet og autonomi. Svein Aage Christoffersen definerer dømmekraft ut fra seks elementer som han kaller dømmekraftens kilder. Jeg bruker hans kilder for å definere dømmekraften. Jeg ser det slik, i begrepet dømmekraft inkluderes både den erfaringsbaserte og den evidensbaserte kunnskap. Dette vil jeg vise og utdype. Forståelse og forklaring er også begreper jeg er inne på i dette kapitlet.

Det er naturlig også å forholde seg til Kari Martinsen når en diskuterer begrepet dømmekraft i sykepleien. Hun bruker ikke selv dømmekraft begrepet, men begrepet skjønn. Hun sier, skjønn er; å skjønne noe. Er skjønn og dømmekraft det samme, eller er skjønnet bare deler av dømmekraften? Dette diskuterer jeg videre i kapitlet.

Virkeligheten er kompleks, i kontinuerlig forandring og den er utfordrende og krevende. Etikk er vesentlig i all sykepleie og også i dømmekraften. Jeg trekker derfor profesjonsetikken inn som et eget punkt i dette kapitlet der møtet, fagkunnskapen og handlingen er sentral.

## 2.1 Dømmekraftens kilder

Når vi forstår at dømmekraften dannes i spenningsfeltet mellom teori og praksis, del og helhet, er det ikke et problem at det er en vekselvirkning. Men det blir et problem om vår praksis er upåvirket av teori og teorien er upåvirket av praksisen. Det vil være ulike deler av teori og praksis som virker i ulike sammenhenger, men det er ingen deler av vår teoretiske overbygging som vil være upåvirket av praksis og erfaring, og heller ikke praksis og erfaring vil være upåvirket av våre teoretiske kunnskaper. (Christoffersen 2005:73-74)

Vi kan se på teori og praksis som fagkunnskap og erfaringskunnskap, der fagkunnskap blant annet er evidensbasert kunnskap. Det vil si at det er snakk om både forståelse og forklaring. Begrepene forståelse og forklaring er knyttet til to ulike vitenskaper. Forståelse knytter vi til humanvitenskapens forsøk på å forstå menneskelige ytringer og handlinger. Hermeneutikk, er læren om hva det vil si å forstå noe. Forklaring derimot er knyttet til naturvitenskapens søken til det objektive. Det forklarer fenomener ved henvisning til objektive forklaringer for eksempel på sykdomslære og behandling av sykdommer. (Törnquist 2003)

Dømmekraften har elementer både fra forståelsens hermeneutikk og forklaringens naturvitenskap. For at dømmekraften skal kunne dannes og være mulig må begge deler være tilstede. Disse delene er avhengig av hverandre for å kunne virke som en helhet, altså dømmekraften. I et slikt bilde er den evidensbaserte og den erfaringsbaserte kunnskapen likestilt. De er avhengige av hverandre for å kunne fremstå som en helhet innen sykepleie og profesjonell dømmekraft. Uteblir den ene delen uteblir dømmekraften. I dømmekraften usynliggjøres ingen av kunnskapssynene i sykepleien, der er alle avhengige og likestilt.

Ved dømmekraftens virke er det tre viktige elementer som heves frem; møtet med den andre, handlingen som skal utføres og den faglige kompetansen. Du er i en situasjon der du befinner deg i et møtet hvor det forventes at det handles med fagkunnskap. Det er her den praktiske dømmekraften virker.

Christoffersen deler dømmekraftens kilder inn i seks deler der både teori og praksis inngår. Jeg vil videre i dette kapitlet følge hans inndeling. Denne inndelingen har ikke skarpe skiller, men er inndelt på en slik måte at det er mulig å få et forhold til profesjonell dømmekraft. Jeg prøver å koble Martinsen og skjønnet på dømmekraftens kilder. Det er vanskelig, fordi jeg opplever Martinsen mer diffus enn Christoffersen.

*Faglig kunnskap, inkludert etikk.*

Christoffersen (2005) sier at faglig kunnskap er en viktig del av den profesjonelles dømmekraft. En sykepleier har i sin kraft av utdanning, tatt eksamener i ulike fagkombinasjoner, er sertifisert og offentlig godkjent som sykepleier. Som profesjon har yrkesutøveren en teoretisk, vitenskapelig eller akademisk utdanning som sertifiserer vedkommende som yrkesutøver innenfor gjeldende profesjon. Den medisinskfaglige kompetansen som sykepleieren har er en viktig del av dømmekraften som skal utøves i ulike situasjoner. Den ervervede faglig kompetanse har en avgjørende betydning også når det dreier seg om etiske beslutninger. Det faglige ståstedet gjør det mulig å foreslå, utføre handlinger og finne løsninger i situasjoner andre ikke ser. Den faglige kompetansen gjør det også mulig å avvise velmente løsninger som er urealistiske eller direkte feilvurderinger. Kunnskap om etiske teorier og modeller, argumentasjonsformer og begrunnelsesmåter er en viktig del av fagkunnskapen. Det profesjonsetiske ståstedet gjør det mulig å vurdere de etiske sidene ved et dilemma, en beslutning som tas eller praksis som utføres. Etisk og faglig kunnskap gjør det også mulig å ha en kritisk distanse til praksis. En kan vurdere om det er forsvarlig eller uforsvarlige sider ved den praksis som utføres både på den faglige og etiske siden. Etikk bidrar til mer enn analytisk kompetanse, den gir kunnskap om verdier og det menneskesynet som praksis bygger på. Fagkunnskap og etisk kunnskap gjør det mulig for yrkesutøveren å reflektere og vurdere i ulike situasjoner både fra et faglig og et etisk, moralsk ståsted. (Christoffersen 2005: 74-75)

Kari Martinsen bruker begrepet skjønn i sitt arbeid. Skjønnsbegrepet deler hun opp i faglig skjønn og etisk skjønn. Inneholder skjønn de samme elementene som i dømmekraft? Etter min mening er det litt vanskelig å få grep om skjønnet. Godt faglig skjønn, sier Martinsen, innebærer å lære sitt fags teorier, fakta kunnskap og praktiske ferdigheter, og samtidig kunne handle med ”god tone”. For det er på det ordløse plan, gjennom sin holdning at sykepleieren ”setter tone på relasjonen” og kan gjøre den andres tilværelse truende, trygg, maktesløs eller horisontutvidende. Martinsen bruker et språk som sier for eksempel at:

*”-vårt blikk har en tone, språket likeså. Denne tonen setter farge på relasjonen”.*

(Martinsen og Wærness 1979/1991:123)

Slik jeg leser Kari Martinsen opplever jeg at Christoffersen er mer tydelig i språket. Jeg opplever at Martinsen skriver ”malerisk” om begrepet faglig skjønn. Betydningen av



fagkunnskapen til sykepleieren kommer utydelig frem. Det hjelper lite om pasienten har en ”god tone” og ”farge på relasjonen” dersom pasienten ikke får puste. Du må kunne hjelpe pasienten med pusten, og du må kunne prioritere mellom alle de viktige oppgavene i ”riktig” rekkefølge. Jeg sier ikke at det ikke er viktig med fremtreden, ro, vennlighet og trygghet i denne situasjonen, men fagkunnskapene til sykepleieren er også meget viktig. Jeg vil tro at Kari Martinsen også mener at fagkunnskapene er sentrale i sykepleieprofesjonen sammen med den livsfilosofiske, erfaringsbaserte kunnskapen, men jeg synes det er vanskelig å få et klart grep om det.

Kristin Meyer definerer skjønnnet som;

*”Faglig skjønn dreier seg om en disponibel handlingsberedskap som gjør det mulig å mestre nye og uventede situasjoner i den faglige hverdag. Denne handlingsberedskapen vokser frem når kunnskap blir tilført erfaring. Kunnskapen blir personlig og utvikles til viten”. (Meyer1993:63)*

Slik Kristin Meyer definerer ”skjønn” samsvarer dette med Christoffersens ”dømmekraft”. De viktige momentene i dømmekraften er; møtet, handlingen og den faglige kompetansen. Meyers ”disponible handlingsberedskap” har alle disse tre elementene. Jeg regner derfor skjønn og dømmekraft som overlappende begreper.

Sykepleierens fagkunnskaper rommer både naturvitenskapelige og humanistiske fag. I denne kilden til dømmekraft ligger den evidensbaserte praksis. Det vil si at dømmekraften rommer den evidensbaserte kunnskap.

### *Konvensjoner og rutiner*

Hva forventes av en sykepleier i en arbeidssituasjon og på en arbeidsplass? For å lære godt skjønn og god handlingsberedskap må en føres inn i en yrkeskultur, dets tradisjoner, metoder og standarder og de uuttalte reglene.(Martinsen og Wærness 1979/1991:124)

På alle arbeidsplasser er det laget rutiner og systemer for hvordan ting gjøres og bestemmes. Når en er ny på en arbeidsplass setter en seg inn i hvordan ting vanligvis gjøres her.

Avdelingens konvensjoner og rutiner har stor innvirkning på vårt skjønn. Det er nettopp rutinene som gjør oss i stand til å skjønn hva som er riktig å gjøre for en pasient.

Denne påvirkningen er så naturlig at det er lett å overse viktigheten av den. Konvensjoner handler om å gjøre det andre forventer av deg. I en avdeling kan det derfor være svært ulike konvensjoner, også på ulike plan. Den faglige og etiske kompetansen gir vurderingsevne og refleksjonsmuligheter også i forhold til konvensjoner og rutiner. Er de gode, eller bør noe vurderes på nytt? Etikk og moral er kollektive prosjekter der vi sammen finner ut av hvordan vi skal forholde oss til hverandre. Konvensjoner og rutiner er resultater av slike prosesser som gjør det mulig å føre innsikt og erfaring videre til andre. Konvensjoner og rutiner gjør også handlingene våre forutsigbare. Vi vet hva vi kan forvente av hverandre i en arbeidssituasjon. Gjennom erfaringsrommet som konvensjoner og rutiner gir oss, kan vi også gjøre våre egne erfaringer. Det er ingen motsetning mellom rutiner og egne erfaringer. Som formidling av teori og praksis er det ene en forutsetning for det andre, konvensjoner og rutiner har derfor også stor betydning for den praktiske dømmekraften. De er kilder til dømmekraften og gjør det mulig å forstå hva teorien betyr i praksis. Rutiner og konvensjoner gjør det også mulig å handle raskt og effektivt, uten fastlagte rutiner og handlingsmønstre vil det være umulig å handle raskt nok i en presset situasjon. De som arbeider sammen vet hva de kan forvente av hverandre. Etisk sett er det ikke et problem at vi gjør slik andre har foreskrevet at vi skal gjøre. Det er stort sett en gevinst. Problemene oppstår i de tilfeller der rutiner og konvensjoner blir opphøyet til absolutter. Rutiner og konvensjoner må være i en kontinuerlig endringsprosess, utvikles og fornyes da er de en kilde til dømmekraften. (Christoffersen 2005:76-77)

### *Praksis og yrkeserfaring*

Våre erfaringer er opplevelser som vi har reflektert over. Opplevelser er flyktige, erfaringer har mer bestandighet, de er mer solide. Refleksjoner og forståelse i opplevelsene er avgjørende for at det blir en erfaring. Det er en kunst å gjøre erfaringer, noen trenger lang tid, andre ser raskt hva en kan lære av det som skjer i en situasjon. I en gitt situasjon er det ikke nok å lære hvordan noe skal gjøres, en må også forstå det som gjøres, og hva som skjer slik at det kan tilegnes, reflekteres og erfares. Erfaringer gjør oss klokere. Å lære av erfaring betyr ikke at en bare lærer av de tingene en gjør feil, de negative erfaringene. Det handler også om å gjøre de gode erfaringene som gir trygghet for at det man gjør er rett. Bekreftelse og anerkjennelse, refleksjon og faglige, etiske diskusjoner på arbeidsplassen er viktig for utviklingen av den profesjonelle dømmekraften. I diskusjoner og den reflekterende ettertanke, der ulike synspunkter kommer frem, er det en ser hva som må vurderes og revurderes av tanker, synspunkter og erfaringer. (Christoffersen 2005:77-78)

### *Personlig erfaringer og karakter*

Våre erfaringer i livet danner vi først og fremst i våre private liv. Det er mer enn profesjonen og utdanningen som danner oss som mennesker. Vi har alle holdninger og karakter når vi kommer til en utdanning eller jobb. Erfaringene vi gjør i privatlivet kan godt være viktigere enn de etiske og moralske erfaringene vi gjør på jobb. Dømmekraften farges av alle delene i livet vårt på godt og vondt. Man kan ikke bare lese seg til dømmekraften. Dømmekraften er også forankret i yrkesutøverens praksis og i de erfaringene som gjøres i omgang med andre mennesker. Det er slik fordi dømmekraften er en, på samme måte som mennesket og personen er ett. Erfaringens betydning i en yrkesmessig sammenheng handler derfor om hvordan den private og profesjonelle erfaringen er koblet sammen. Det er aldri vanntette skott mellom våre profesjonelle og allmenne vurderinger. Dette kan bli et komplisert fenomen og det er viktig å være klar over, og reflektere over hva som ligger til grunn for våre profesjonsetiske og moralske vurderinger. Ingen kommer som ubeskrevne blad i etiske og moralske henseende. I følge Christoffersen (2005) er dette er imidlertid ingen ulempe, men derimot profesjonsutdanningens sjanse. For i det vi allerede er, ligger det også et potensial for utvikling, forandring og læring. (Christoffersen 2005:78-79)

Martinsen peker på viktigheten av den livsfilosofi, som er erfaringsnær. En forteller, og får avstand fra opplevelsen, refleksjon oppstår og erfaring høstes. Ved refleksjon blir opplevelser til erfaring. Martinsen skiller ikke mellom personlige og yrkesmessige opplevelser og sier som Christoffersen at våre opplevelser og erfaringer preger våre liv. (Martinsen 2005:68-72)

### *Forbilder og eksempler*

På jobb foregår mye læring gjennom etterligning av andre enten vi liker det eller ikke. Andre er eksempler til etterfølgelse, de blir forbilder for oss. Derfor er det også slik at praksis er forskjellig i forskjellige avdelinger fordi det jobber forskjellige mennesker som setter forskjellige standarder. Hvordan en føler seg ivaretatt som pasient eller pårørende kan være vidt forskjellig på to avdelinger. På den ene avdelingen kan en føle seg sett og verdsatt, og i den andre avdelingen til bry og oversett.

Gammel visdom sier; det er ikke det vi sier, men det vi gjør som teller. Selv om vi vet dette er det lett å overse når det dreier seg om å lære etikk og moral. Det kan henge sammen med at

etikken vektlegger det personlige, selvstendige og autentiske valget. Det viktige er å være seg selv og ikke etterligne andre.

Dette henger nok sammen med at vi føler det ubehagelig og krevende å være forbilde for andre, en blir tvunget inn i en rolle en ikke ønsker å ha. Det kan på den andre siden føre til forsiktighet på en slik måte at en først og fremst er opptatt av hva andre vil si, da er en sjelden et godt forbilde. I profesjonelle sammenhenger danner det seg eksempler på hvordan ting skal gjøres, men også eksempler på hvordan det ikke skal gjøres. Det handler også i denne sammenheng om refleksjon over hva som er et godt og et dårlig eksempel. Viktige erfaringer samles i noen gode eksempler som blir normer for oss. Når vi kommer i nye situasjoner prøver vi å håndtere disse situasjonene i lys av våre gode eksempler. Det som vi av erfaring vet er en god måte å gjøre det på. (Christoffersen 2005:79-80)

### *Livssyn og menneskesyn*

En viktig og sentral kilde til den praktiske dømmekraften er livssynet, særlig viktig er synet på menneskeverd og likeverd. Men, dømmekraften er ikke ledet av livssynet direkte. Om du er humanetiker, kristen eller muslim avgjør ikke om du har god eller dårlig dømmekraft. Livssynet er en av mange kilder til etisk og moralsk dømmekraft. Livssyn kan dreie seg om grunnleggende holdninger som stikker dypt i vår personlighet, men det kan også hende at vi slett ikke har reflektert over eller artikulert livssynet vårt. Når en snakker om menneskesyn kan mange lett bli fاملende og usikre. Det usikre består som regel av at en ikke er vant til å artikulere, eller gjøre rede for menneskesynet sitt. Det er ikke det samme som at det ikke er viktig, men at det er uvant og kanskje vanskelig å snakke om rent teoretisk. Det er jo ikke slik at vi først tenker over livet og så lever det. Vi er i livet og lever det allerede, vårt livssyn og menneskesyn snakker vi først om når det er en situasjon som krever det av oss. I vårt flerkulturelle samfunn der forskjellige livssyn og religioner lever side om side er det viktig å vite at mye er felles og man kan tro på menneskeverdet selv om man har ulike livssyn. (Christoffersen 2005:80-82)

Min livsforståelse er hvordan ser jeg på menneskene i verden rundt meg. Når vi arbeider med mennesker står vi i relasjoner der vi ikke bare kan styres av regler og retningslinjer, men også av den andres medmenneskelighet. Mitt menneskesyn sitter i min kropp og kommer til syne i våre blikk, ord, stemme, hva jeg hører og håndlaget. Mitt menneskesyn har betydning for hvordan jeg oppfatter og forstår verden rundt meg. Er vi mennesker oss bevisst at våre handlinger i praksis er et trekk i menneskesynet vårt. Vi lever i et flerkulturelt samfunn. Mye

er felles, vi kan tro det samme selv om vi har forskjellig livssyn. Derfor kan kristne, muslimer og humanetikere tro på menneskeverdet selv om livssynet deres er forskjellig. (Christoffersen 2005:81)

Som et bilde på utvikling av dømmekraft kan en ta et barns utvikling som eksempel. Fra et barn er bitte lite vil vi kunne si at dømmekraften er i utvikling. Det er hele tiden påfyll i alle kildene som gjør at barnet utvikler seg. Dømmekraften utvides og endres, barnets faglige og etiske utvikling fra å ta andres leker til å skjønne at en ikke kan ta fra andre, forventninger til barnet og reglene som settes av miljøet, erfaringene barnet gjør og lærer av, forbildene i miljøet rundt barnet og etter hvert utviklingen av egne verdier og menneskesyn. Disse kildene sammen, påvirker og endrer barnets dømmekraft. Barnet er et bilde på utvikling av dømmekraften for oss alle. Den er i kontinuerlig utvikling og mulig endring. For den profesjonelle har strukturene rundt arbeidsmiljøet og samfunnsstrukturen påvirkning, men også ny kunnskap og personlige erfaringer. Det er samspillet i kildene som gir oss dømmekraft.

I menneskesynet og menneskeverdet ligger tillit. Tillit mellom mennesker i alle relasjoner. Den danske teolog og filosof, K. E. Løgstrup legger vekt på tillit som grunnfenomen i samfunnet. Han sier at tillit alltid viser at vi lever vårt liv i avhengighet av andre mennesker. I tilliten utleverer vi oss selv, vi legger noe av vårt liv i den annens hånd og forventer at han eller hun tar vare på det. I tilliten er vi sårbare, men vi stoler på at den vi utleverer oss til ikke missbruker vår sårbarhet. Fordi tillit betyr å utlevere seg, er ethvert forhold mennesker i mellom et maktforhold. Vi har aldri noe med et annet menneske å gjøre uten at vi holder noe av dets liv i vår hånd. Det kan være meget lite, sier Løgstrup, men det kan også være skremmende mye. (Christoffersen 1997 /2005:99)

### *Dømmekraftens tre grunnplan*

I tillegg til dømmekraftens seks kilder kan vi si at den også består av tre grunnplan (Christoffersen 2005:81):

- På det øverste planet, teoriplanet, ligger våre kunnskaper, meninger og overbevisninger. Her ligger fagkunnskapene våre, etikk kunnskapene, kunnskaper om den verden vi lever i, om mål og mening og godt og vondt, Gud og mennesket.

- På det neste planet er erfaringene våre; de erfaringer vi har gjort tidligere i livet og erfaringene vi stadig gjør. Vår egen karakter og personlighet er også i dette planet. Dette kaller vi praksisplanet.
- Det nederste planet er det formidlende planet; der ligger konvensjoner og rutiner. Konvensjoner og rutiner fra; jobben vår, fra hjemmet og privatlivet vårt. Men, også mennesker som er viktig i livet vårt, mennesker som er forbilder, rollemodeller og gode eksempler ligger i dette planet.

Ved å dele opp dømmekraften på denne måten kommer det tydelig frem at dømmekraften er et sammensatt og komplisert fenomen. Det er i samspillet mellom kildene at dømmekraften har sitt utspill. For at dømmekraften skal kunne være i utvikling kan vi ikke isolere bare en av kildene. Samspillet mellom kildene er det som utvikler dømmekraften. Å utvikle dømmekraft er en komplisert og tidkrevende prosess som hele tiden er i aktivitet og utvikling.

Vender vi igjen tilbake til hermeneutikken utvikles dømmekraften i samspillet mellom teori og praksis, der teorien settes på prøve i praksis, og praksis blir gjennomtenkt i teorien.

Det aller viktigste ved utvikling av dømmekraften er evnen til refleksjon, uten refleksjon skjer ingenting. I en profesjonsmessig situasjon er refleksjonen i etterkant over en situasjon svært viktig. Hvorfor gjorde vi de valgene vi gjorde, og hvorfor mente vi det vi mente.

(Christoffersen 2005:81-82)

## **2.2 Dømmekraft i lys av profesjonsetikk.**

Virkeligheten er kompleks og i kontinuerlig forandring. Profesjonsetikk og yrkesetiske retningslinjer er viktige elementer i den profesjonelles dømmekraft. De profesjonelle handler på vegne av andre på bakgrunn av fagkunnskap og mandat fra samfunnet. Profesjonene involverer spesielle relasjoner med spesielle moralske forpliktelser, idealer og ansvar. Den enkeltes ansvar og yrkesrollens krav mellom etiske hensyn og politiske føringer møtes og settes opp mot hverandre. Profesjonsetikk er å handle ut fra, innsikt, forståelse, empati, situasjonsforståelse og skjønn. Disse elementene må anvendes med vett og forstand i ulike situasjoner. I den praktiske dømmekraften fortsetter profesjonsetikken i en konkret situasjon. Det er tre viktige punkter i profesjonsetikken som må fremheves. Møtet, det fagligkompetanse og handlingen. (Christoffersen 2005:63-68)

Møtet med den andre ansikt til ansikt, er omdreiningspunktet, i den profesjonelles arbeid. For eksempel for en sykepleier kan alt det andre, som også gjøres, som for eksempel kontorarbeid, tas bort uten at yrket oppløses, men ikke møtet med et annet menneske. I møtet er du i en situasjon der du skal gjøre noe sammen med, eller for et annet menneske som fra sykesengen møter blick ditt. (Christoffersen 2005:63-64).

Yrkesutøverens faglige kompetanse ligger til grunn for møtet. Møtet er ikke basert på at sykepleieren og pasienten er venner eller i familie, men er basert på at sykepleieren har en faglig kompetanse og et yrkesmessig ansvar. Den profesjonelle står i møtet på vegne av samfunnet (Christoffersen 2005:65-66). Men, dømmekraften gir mer enn den faglige kompetansen. Dømmekraften gir evnen til å møte den engstelige, sårbare pasienten på en vennlig, imøtekommende og trygg måte. Der fagkunnskaper, sammen med de andre komponentene i dømmekraften, gir rom til å formidle trygghet og handlekraftighet.

Etikk kan i vid forstand defineres som en bestemt form for normativ refleksjon.

Profesjonsetikk dreier seg ikke bare om refleksjon, men også om viten og handling.

Sykepleieren skal ikke bare reflektere, men også handle ut fra et situasjonsbetinget faglig skjønn. Møte med den andre krever at noe blir gjort. Noen ganger er det god tid, andre ganger nesten ingen tid. I situasjoner kreves handling og valg må tas og begrunnes. Valgene kan være svært vanskelige, det dreier seg ikke om å velge enten, eller. Det dreier seg om å finne en løsning som er best mulig i hver enkelt og spesielle situasjon. (Christoffersen, 2005:64-67)

I møtet med en svært utslitt pasient som ikke får puste er møtet, fagkunnskapen og handlingen helt sentralt. Tiden for handling er knapp og de tre faktorene vurderes og utføres samtidig. En møter pasienten med trygghet, vennlighet og klarhet. En gjør faglige vurderinger, har utstyr tilgjengelig og handler i løp av kort tid. Hvordan dette møtet, handlingen og de rette beslutningene formidles er avgjørende både for pasientens liv og trygghet. Det er den viktige grunnleggende omsorgshandlingen i møte med det sårbare mennesket at dømmekraften, det faglige skjønnnet tydelig trer frem.

Et utsagn fra en tidligere pasient, som var i bedring; ”- jeg fikk ikke puste, og det var veldig mange rundt sengen min, men ingen hjalp meg”. Dette er et utsagn som er vel vært å reflektere over og ta erfaring av.

De tre sentrale komponentene; møtet, handlingen og faglig kompetanse er med på å bygge opp helsearbeiderens dømmekraft. I den profesjonelles dømmekraft ligger profesjonsetikken. I dagens teknologiske verden er det nesten ubegrenset hva, hvordan og hvilke resurser som kan igangsettes i spesielle og kritiske situasjoner, spørsmålet er om det alltid er riktig? Profesjonsetikken blir fremstilt med yrkesetiske retningslinjer, det er formaliserte normer og verdier. Denne kodeksen sier noe om hva en som yrkesutøver særlig skal passe på i arbeidet sitt. Profesjonsetikk er mer enn regler og god oppførsel, den forutsetter at den profesjonelle handler ut fra innsikt, forståelse og empati. Det er ingen regler, forbud eller påbud som kan dekke alle menneskelige forhold og det er ikke mulig å løse alle problemer eller dilemmaer som kan oppstå ved hjelp av yrkesetiske retningslinjer. En må prøve å finne den best mulige løsning i denne spesielle situasjonen ved bruk av profesjonsutøverens dømmekraft.

Makt er et begrep det er vanskelig å utelate i denne sammenheng. Her dreier seg ikke om et likeverdig maktforhold. Den profesjonelle har en makt den andre ikke har. Dette er et element den profesjonelle hele tiden må bære med seg. Denne makten er basert på den faglige kompetansen og på institusjonen en representerer. Det dreier seg ikke alltid om mye makt, men alltid om noe. Den profesjonelle har alltid noe av den andres liv i sin hånd. (Christoffersen, 2005:66)

### **2.3 Oppsummering**

Profesjonsetikk er et viktig element i den profesjonelles dømmekraft. I dette kapitlet har jeg sett på den profesjonsetiske grunnsituasjonen. Grunnsituasjonen er et faglig formidlet møte med den andre, der den profesjonelle må handle på en etisk sett beste mulig måte. De etiske sidene ved det faglige møtet er omdreiningspunktet ved den faglige etikken og en av kildene til dømmekraften. Etikken ligger i alle kildene til dømmekraften slik jeg ser det. Vi kan allikevel spørre om det er nødvendig å presisere etikken i det faglige møtet? Er det ikke nok at møtet er faglig og at etikken og kvaliteten derfor er på plass? Jo, det er god etikk å gjøre godt arbeid, men hva er godt arbeid? Betyr det effektivitet? Betyr det billig? Eller, som pasienten vil? Disse elementene og spørsmålene vil jeg også komme tilbake til og utdype i kapittel fem som omhandler New Public Management.

Etikken er bygd inn i faget, men det er allikevel viktig at etikken er et selvstendig aspekt ved den faglige virksomheten. Uansett hva vi gjør på faglige premisser vil det alltid være mulig å



spørre om det som blir gjort også er forsvarlig rent etisk. Ved å skille ut de etiske komponentene i det faglige arbeidet og vurdere dem for seg, får man mulighet til å spørre hva man egentlig gjør med et menneske i en behandlingssituasjon, hva er egentlig rett og riktig? En skal alltid engasjere seg i det andre menneskets situasjon og handle med henblikk på den.

Dømmekraft er et bærende begrep i sykepleien. Vi mennesker er forskjellige og unike, men vi er også alle avhengige. Våre liv er avhengige av hverandre, vi lever i våre liv i relasjon med andre. Vår væren mot hverandre, vår velvilje og toleranse er avgjørende for hvordan våre liv leves og hvordan de mellommenneskelige forhold arter seg. Jeg har vist hvordan dømmekraften rommer evidensbasert praksis, på lik linje som den rommer erfaringsbasert praksis. Disse kunnskapssynene er avhengige av hverandre i dobbel forstand både i sykepleien som profesjon og som kilde til dømmekraften.

På den andre siden kan jeg se hvordan evidensbasert praksis slik den fremstår i dag, som en selvstendig bærende kunnskapsretning som representerer naturvitenskapens praksis og forklarende kunnskap, usynliggjør erfaringsbasert kunnskap. Hva skjer med kilden til dømmekraften når den ene kunnskapen usynliggjøres? Denne kilden vil bli ufullstendig og utebli som kilde, da vil dømmekraften lide. Dette utdyper jeg i kapitel fire og fem.

Hvilke mulighet er det da for dømmekraft i evidensbasert praksis? Muligheten for dømmekraften i evidensbasert praksis slik vi ser på dømmekraft og dømmekraftens kilder i dag vil endre seg.

Dømmekraften er, og vil være der, men kilden vil være endret fordi erfaringsbasert kunnskap blir usynliggjort. Det vil antagelig medføre at også dømmekraften endres, da kildene endres dette utdyper jeg mer i kapitel fire og fem...

Evidensbasert kunnskap og praksis står veldig sterkt i samtidens sykepleiepraksis. Man kan undre seg om hvordan en disiplin som er tuftet på omsorg og barmhjertighet kan omslutte evidensbasert praksis tilsynelatende uten friksjon. Neste kapitel omhandler sykepleiens historie, disiplin, dannelselse og dømmekraft. Kan historien gi en pekepinne på hvorfor evidensbasert praksis har fått så stort rom i sykepleien i dag?

### **3. 0 Sykepleiens historie, disiplin, danning og dømmekraften.**

I dømmekraften likestilles kunnskapsformene, dømmekraftens kilder består av fagkunnskap, konvensjoner på arbeidetsstedet, yrkeserfaring, personligerfaring, forbilder og eksempellæring, menneskesyn og verdier tilført i et livsløp som hele tiden er i utvikling.

*”Historisk forståelse av sykepleiens kamp for anerkjennelse og yrkesstatus er nødvendig for å få i gang en fagkritisk debatt som kan synliggjøre omsorgsarbeidets egenart”. (Martinsen og Wærness 1979/1991, s. 9)*

Sykepleie, som fag og profesjon, har gjennomgått en rivende utvikling. Historien viser hvordan sykepleien har blitt profesjonalisert og avgrenset i en lang politisk og vitenskapelig prosess som fremdeles er aktuell. Historien beskriver utdanningskampen, de fagpolitiske diskusjonene, utvikling av kunnskapsgrunnlag og fremveksten av sykepleievitenskap som eget universitetsfag. (Roalkvam 2007:47)

I dette kapitlet starter jeg med å belyse sykepleiens historie og utvikling. Mitt utgangspunkt er å drøfte hvorfor evidensbasert praksis har fått så stort rom i sykepleien. Kan historien gi en pekepinne på dette? Et annet spørsmål jeg diskuterer generelt er, hvilke mulighet er det for dømmekraften i evidensbasert praksis? I dette kapitlet er jeg på let etter dømmekraftens kår gjennom sykepleiens historie. Jeg trekker inn Elisabeth Hagemann og hennes etikk der disiplinering og danning står streng og strukturert i lys av sin tid, men hun ser også noe mer enn den instrumentelle sykepleien. Arven fra Elisabeth Hagemann er lærdommen om de små viktige tingene. De tingene en ikke merker er der før de er fraværende. ”Ting”, imøtekommenhet og vennlighet, det gode håndlaget og kjærligheten til den neste. (Hagemann i Martinsen og Wyller 2003, s 93)

#### **3.1. Sykepleiens tidlige historie.**

Utviklingen av velferdsstaten ga kvinnene mulighet til å ta ansvar for, og fremme sunnhet og helse. Dette var starten på kvinnenes mulighet til å bevege seg fra det private til det offentlige rom.. Sykehuset, som institusjon ble dannet etter bilde fra ”de borgerlige hjem” der kvinnene ordnet og tilrettela. De omsorgsfulle kvinnene var idealet for sykepleien, et ideal grunnlagt i kraft av sin kvinnelighet. De religiøse sykepleierne var opptatt av kallstanken og skulle først og fremst være kirkens tjenere og forkynne evangeliet gjennom sin praktiske gjerning. Den

selvoppofrende, omsorgsfulle og selvutslettende kvinne var sykepleieidealet som styrte den praktiske ”ta - hånd - om” – omsorgen. Dømmekraftens kilder er disiplin, religiøst kall og selvoppofrelse. Dømmekraften lå i relasjonen.

Den positivistiske naturvitenskapelige retningen innen medisinen ble etter hvert dominerende i helsevesenet. Her starter evidenstenkningen, sykepleien var i denne tiden som haleheng til medisinen. På bakgrunn av dette vokste det i denne perioden frem to grupper innen sykepleien, de verdslige og de religiøse. Etter hvert fikk kirurgien sitt gjennombrudd og legene trengte fagtekniske assistenter, ikke religiøse barmhjertighetssykepleiere. Den tradisjonelle omsorgssykepleien var ikke lenger trengende for medisinen. Det var ikke plass til både evidenstenkningen og omsorgstenkningen, det var enten eller. Legene valgte å satse på de verdslige sykepleierne, i denne tiden var det legene som underviste og hadde ansvaret for utdanningen av sykepleiere dette ga mulighet for enerett og råderett. Ved å satse på de verdslige sykepleierne slapp legene å forholde seg også til prestene og kirken som var involvert i de religiøse sykepleierne. (Martinsen og Wærness 1979/1991:22-23)

### **3.2 Utdanning og organisering**

Sammen med den verdslige sykepleien vokste etter hvert fag- og yrkesbevisstheten frem. Kvinnesaksbevegelsen på århundreskiftet gjorde sitt til at de verdslige sykepleierne stod sammen om fagorganisering og mot umyndiggjøring. Norsk Sykepleierskeforbund ble stiftet i 1912 av Bergljot Larsson. Sykepleiernes utdanning var stadig et tilbakevendende tema. Utdanningen var preget av legestyrt undervisning. Kravet fra de verdslige sykepleierne var 3- årig utdanning og at den var sykepleiestyrt. Dette viser at sykepleierne ikke lenger ønsker å være et haleheng til medisinen. De vil ha sykepleie som eget fag og dermed vil kildene til dømmekraften endre seg med denne utviklingen. Det vil være to elementer som spiller inn i dette både kvinnebevegelsen og fagbevegelsen. I den første perioden for sykepleiernes profesjonskamp var de faglige skillelinjer særlig vanskelig å trekke. Sykepleierne med sin organisasjon i spissen brukte ulike strategier i kampen for sitt eget fagområde. Ved å analysere dominerende kamptemaer får vi tydelig frem den skiftende strategi fra sykepleierforbundet, og hvem som ”spiller” mot hvem. I hvilken grad NSF lykkes, kan ”måles” i forhold til støtten fra de offentlige myndigheter. I enhver profesjonskamp, om eget ekspertvelde, har myndighetene alltid det siste ord. Det er myndighetene som gir profesjonen dens muligheter og dens begrensninger. Kampen mot den private sykepleieformidlingen var

det første kamptemaet til NSF. De ville monopolisere feltet slik at ikke kvinner uten utdanning skulle kunne godtas som privatsykepleiere. Legene støttet NSF i kravet om rett til sykepleieformidling, men det gjorde de mest av egne interesser. De trengte kvalifisert arbeidskraft til sine assistentfunksjoner og det kunne de lettere skaffe seg hvis sykepleieformidlingen ble faglig sentralisert gjennom NSF. Den faglærte sykepleie var på tross av forsøk på å bli selvstendig, fullstendig avhengig av autoritetene over seg, særlig medisinerprofesjonen. Kirurgiens gjennombrudd gjorde at legene trengte, som tidligere nevnt, sykepleiere med teknisk og faglig kompetanse. Statsmaktens oppmerksomhet ble henledet på det offentliges forpliktelse overfor landets behov for sykepleietjenester. Staten trengte sykepleiere også i distriktene ikke bare på sykehusene. For å få effektivt statens forpliktelser på dette området og få dekket sitt eget behov for sykepleietjenester, foreslo legene også hvordan utdanningen burde endres. (Martinsen og Wærness, 1979/1991:37-39)

Norsk Sykepleierforbund satset i 1960 og 70-årene bevisst på å profesjonalisere sykepleien. Det ble lagt stor vekt på sykepleieforskning, og på å gi sykepleieforskningen universitetsstatus.. Kari Martinsen og Herdis Alvsvåg ytret seg i opposisjon til forbundets linje. De reiste spørsmål om praksis og teori, om profesjonalisering og omsorg og om sykepleieforskningens vitenskapsteoretiske grunnlag. Kritikken var rettet mot den amerikansk inspirerte sykepleieforskningen som dominerte, men den var også et opprør mot positivismen.. Forskningen ble kritisert for å være teoretisk ensidig med et uavklart forhold mellom teori og praksis. Martinsen og Alvsvåg mente at med vårt omsorgsarbeid for de mest sårbare og omsorgstrengende har vi ikke vår funksjon først og fremst i vitenskapens abstrakte verden, men i menneskenes konkrete daglige verden. De svakeste og sykeste vil lide fordi sykepleieprofesjonen vil prioritere den resultatsikre pleien, den evidensbaserte praksis. Dette var starten på debatten om den evidensbasert praksisen, og uenigheten om hva sykepleie er. Diskusjonen som pågikk var sterk og det var i denne debatten enten eller, ikke både og. Utviklingen av sykepleie som egen profesjon og sykepleieforskning gir grobunn til nye og endrede kilder for dømmekraften. (Melby 1990)

Kari Martinsen satte søkelys på standardisert sykepleie og evidensbasert praksis. Diskusjonen den gang var også mellom kunnskapsformer i sykepleien. Mellom vitenskap og praksiskunnskap. Vitenskap, i sykepleien er som i resten av samfunnet for øvrig, sett på som den høyeste form for kunnskap. Det er den kunnskapen en først og fremst streber mot. Det er ikke hvilken som helst vitenskap som ble fremhevet som ideal, det er den positivistiske, som

bygger på instrumentell, rasjonell og abstrakt rasjonalitet, den evidensbaserte praksis.

Kunnskap beregnes til målrasjonlighet som har interesse i å kunne beherske, kontrollere, styre mot sikre resultater. Men mange problemer er uløselige, og må i stede mestres på best mulig måte. Sykepleieren formidler omsorgen til pasienten. Omsorgen er avhengig av situasjonen gjennom språk og blick, noe som er annerledes enn de normer den positivistiske vitenskapen setter. (Martinsen og Wærness 1979/1991:114)

Historien viser hvorfor den evidensbaserte praksisen har god grobunn i sykepleieprofesjonen. Kampen for anerkjennelse har fulgt sykepleiefaget opp gjennom tiden. Sykepleien har gjennom historien bygget sitt fag på medisinen og dennes naturvitenskapelige eksistens. Sykepleieprofesjonen har i liten grad fått gjennomslag for sin fenomenologisk, humanistiske vitenskapsfilosofiske retning. Ut fra dette er det ikke vanskelig å forstå at evidensbasert praksis i dag har fått et lett gjennombrudd og stort rom i sykepleien. Den positivistiske forskning med det klare entydige språk, og sin herredømmetenkning representerer en ringakt for det konkrete situasjonsbetingede møtet mellom mennesker. Positivistisk situasjonsforståelse gir liten plass for nærhet og varme. Det følelseløse språket og det beregnende blick skaper avstand. Avstand er viktig når virkeligheten skal styres, kontrolleres og gjøres entydig. Det som kan beregnes, telles og måles. I positivistisk tenkning er det den abstrakte virkeligheten en er interessert i. (Martinsen og Wærness 1979/1991). Vi kan trekke direkte paralleller til hvordan det offentlige helsevesenet drives i dag, med kostnadseffektivitet og resultatorientert drift. New Public Management og evidensbasert praksis.

Det er likevel et paradoks at evidensbasert praksis har fått et så lett gjennombrudd i sykepleien. Etter år med kamp om anerkjennelse og profesjonalisering er et system falt på plass. Utvikling av sykepleiens kunnskapsgrunnlag og vitenskapeliggjøringen er kommet dit at sykepleievitenskap er et eget universitetsfag der forskning ved siden av praksis skal utvikle faget sykepleie. Det er underlig at en kunnskapsform foretrekkes i sykepleien i dag fremfor en annen kunnskapsform. Vi snakker om evidensbasert kunnskap som fremheves og dermed usynliggjør erfaringsbasert kunnskap. I dømmekraften inngår all fagkunnskap også den evidensbaserte kunnskap som til enhver tid måtte være relevant i utførelsen av sykepleieprofesjonen. I dømmekraften er den ene delen avhengig av den andre for å kunne fungere som en helhet. Samspill mellom teori og praksis, der teorien settes på prøve i praksis og praksis blir gjennomtenkt i teorien.

### 3.3 Sykepleiens disiplin, selvdisiplin og dannelse sett i lys av Elisabeth Hagemanns etikk.

Tiltross for at evidens og omsorg sto i opposisjon var det noe som vedvarte og det var disiplinen.

*”Det er ikke nok å lære de tekniske ting som hører sykepleien til. Man må samtidig arbeide på sin egen personlighet, arbeide for å bli god. Det vil med andre ord si at eleven – om hun ikke har gjort det før – nu må begynne pløiningsarbeidet inne i sin egen karakter”.* (Hagemann i Martinsen og Wyller, 2003, s.19)

Elisabeth Hagemann (1888- 1963) var sykepleier og diakonisse. Hun var leder for norske diakonisser i tiden før, under og etter andre verdenskrig. I 1930 ga hun ut boken ”Sykepleieskolens etikk i korte trekk”. (Hagemann 1930) Boken er preget av disiplin, selvdisiplin og dannelse. Denne boken ble brukt som lærebok i etikk ved sykepleierutdanningen frem til 1965. I 2003 ble boken utgitt på ny.: ”Etikk, disiplin og dannelse, Elisabeth Hagemanns etikkbok – nye lesinger” (Martinsen og Wyller 2003). Boken ble utgitt på ny med tanke på om det er noe i boken som kan være verdifullt i debatten rundt helsevesenet med henblikk på verdier, etikk og forventninger. (Martinsen og Wyller, 2003:5)

Elisabeth Hagemanns etikkbok var når den ble utgitt første gang et tydelig dokument. Elisabeth Hagemann understreket at trangen til å hjelpe, kjærlighet og den kristne barmhjertighet er sykepleierens grunnlag. Boken har front mot den sjelløse etikken i de offentlige sykepleieskolene, altså de verdslige sykepleierne, front mot den tanke at sykepleien ikke kan oppnå noe som helst uten ”det rette sinnelaget”. Det er sinnelaget som avgjør sykepleiens kvalitet. Og det er bare det rette sinnelaget, altså det religiøse som kan nå frem til pasientens sjel. All annen sykepleie steller kun med kroppen og hygienene mener Hagemann. Forutsetningen for å bli god, var at en nedkjempet sin egenkjærlighet. Hagemann ville ikke bare disiplinere sykepleieelevens allmenne egenskaper, hun ville disiplinere egenkjærligheten og synden. Hele mennesket skal temmes, både det kroppslige og det sjelelige. Sykepleieren skal utøve selvdisiplin slik at hun føyer seg lydige inn i sykehusets hierarki og være oppmerksom på alle små ting slik at hun danner sin egen karakter. Dette er noe selvmotsigende. Hagemann sier på den ene side at alt skal være til pasientens beste, sykepleieren skal være selvutslettende og gi alt, men på den andre siden er det den instrumentalistiske måten å tenke og handle på som er dominerende i denne tiden. Det instrumentelle skal ikke bare være rettet mot at det skal gjøres noe medisinsk med noen, men

også rettet mot troslivet, pasientens og sykepleierens eget trosliv. I dag vurderes etikken ut fra ulike etiske modeller. Hagemans etikk er rettet inn mot menneskets livsstil og setter fokus på disiplin, selvdisiplin og dannelsen. Dette er fremdeles viktige elementer i utøvende sykepleie. Utdannelse og dannelsen henger sammen også disiplinering og selvdisiplinering. Dette er elementer som også inngår i dømmekraftens kilder. Hierarki og organisering i helsevesenet, politisk avgjørelser, fagets anerkjennelse og kvinneperspektivet er også elementer som inngår i disiplin, selvdisiplin og dannelsen. (Martinsen og Wyller, 2003:24-28)

*”De tekniske ting som hører sykepleien til, må læres og det så grundig og nøyaktig som mulig. Men samtidig må den daglige omformingsprosess foregå – den som skal forvandle en tankeløs og selvopptatt ung pike til en god kvinne”*  
( Hagemann i Wyller og Martinsen 2003, s.27).

Elisabeth Hagemann fremstiller sykepleieren som en kvinne som må være etisk uklanderlig, hun må innordne seg og er en del av et hierarkisk system. Hun skal ikke ytre sine meninger eller opponere på noen måte. Det er åtte grunnleggende egenskaper en sykepleier må ha i følge Hagemann. Hun må være (Hagemann i Martinsen og Wyller 2003:95-125):

- Ordentlighet: Høflighet og god tone.
- Pålitelighet: Orden og nøyaktighet hører med til grunnkravene i sykepleien.
- Sannferdighet: Vær alltid sann og ærlig.
- Troskap: Økonomisk side, en må alltid huske at en forvalte andre menneskers penger.
- Taushet: Taushet er en plikt, en sykepleier må styre sin tunge.
- Hygiene: God helse er helt nødvendig som sykepleier.
- Lojalitet: Det er en æresak å være lojal mot den institusjonen en arbeider i.
- Empati: ”Bare den søster som selv har vært syk, forstår å stelle de syke”.

Hagemanns etikk, i tillegg til sin instrumentalitet, er rettet mot ”den andre”, pasienten. Omsorgen er definert som en tilstand, en situasjon der en stiller seg hundre prosent disponibel for den andre. Den syke skal føle seg tatt vare på og føle seg trygg. Hagemann skriver at sykehuset skal være forutsigbart. En disiplinert sykepleier er også en effektiv sykepleier. Hagemanns sykepleiere er i stand til å utnytte enhver ressurs, og om det er lite ressurser brukes det til det beste for pasienten og sykehuset. Hagemanns disiplinering slutter ikke ved sykehuset, men disiplinierer også sykepleieren inn i sitt private rom. Sykepleie er ikke bare et

yrke, men en livsstil. Hageman er diakonisse og dypt religiøs, det er kallet og plikten til å være til lindring som skal drive sykepleieren. Alt skal gjøres for pasienten. Sykepleien blir systemorientert der også personene inngår i systemet. Systemet er svært rigid, hierarkisk, altomfattende og bestemmende for hva som er til det gode for pasienten. Midlene for å nå målene er også på forhånd definert. (Roalkvam 2007:60-63)

Sykepleierne ble disiplinert til å bli en integrert del av systemet slik at deres egen dømmekraft ble til ”ingen ting”, samtidig som kvinneligheten ble hevet frem. Sett i lys av Christoffersens definisjon av dømmekraft og dømmekraftens kilder (Christoffersen 2005) hadde utvikling av sykepleierens dømmekraft innenfor dette systemet og den strukturelle tankegangen begrensede muligheter. Dømmekraften hadde andre kilder på denne tiden, morsrollen, det borgelige hjem, omsorg, disiplin og kvinnenens underdanighet. Dette gjorde det vanskelig for dømmekraftens muligheter for sykepleieren i helsevesenet.

Dømmekraften er en vekselvirkning mellom teori og praksis. Det er som et hermeneutisk perspektiv der vurderingsevnen veksler mellom teorien og praksisen. Den ene delen er avhengig av den andre for å forstå helheten. Hos Hagemann var det ikke rom for kilden av personlige erfaringer, ei heller et åpent menneskesyn slik jeg tolker det. Hva som var det beste var definert i systemet. Disiplinen vedvarte tross for at evidens og omsorg stod i opposisjon. Disiplinen viser til den trange muligheten for dømmekraftens virke i Hagemannstid.

### **3.4 Er Hagemanns etikk relevant i dag?**

Historien viser at nærheten til den moderne instrumentalisme og tidvis objektive syn på mennesket er krevende utfordringer. Det instrumentelle der det vises til mål og resultater sammenfaller ikke alltid med omsorg for mennesker. Faren ved det instrumentelle er at man blir opptatt av resultater på bekostning av kvaliteten i selve relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Hos Hageman sto motivasjon og sinnelag i sentrum, men det spilte ingen rolle, eller var ingen refleksjoner rundt hvordan de som mottok hjelpen erfarte den. Hagemanns livstolkning har grunnlag i den kristne tro, barmhjertighetstanken, disiplinene og forholdet til sykehusets hierarkiske system. Møtet mellom sykepleieren og pasienten skjer på grunnlag av dette. Sykepleieren møter ikke pasienten på pasientens egne premisser, men møter pasienten med sin egen og systemets hierarkiske disiplinerte livstolkning.



For den moderne sykepleieetikken i dag, er arven fra Hagemann en viktig og komplisert utfordring. Det er all grunn til å fastholde betydningen av å gjøre den store livstolkningen, der menneskesyn og verdier er sentrale i rammen om sykepleiens etikk. Det er samtidig viktig å verne seg mot kombinasjonen livstolkning og instrumentalisme. Som en disiplinert integrert del av sykehussystemet hadde sykepleieren på Hagemans tid det vanskelige med å fastholde en helhetlig livstolkning og samtidig utvikle en etikk der den andre ikke er noe som skal gjøres noe med, men respekteres og behandles med verdighet. I dag snakker vi om profesjonsetikken som ligger i dømmekraften, der tre punkter trekkes frem. Møtet mellom mennesker, det faglige skjønnet og handlingen som skal utføres. Vi bruker dømmekraften i dette møtet når vi vurderer og handler i situasjonen, med den andre hele tiden i sentrum. Elisabeth Hagemann hadde også den andre i sentrum, men dømmekraftens sjanse var minimal da den strukturelle pietistiske disiplineringen ikke ga de personlige vurderingene en mulighet innenfor systemet. Dette gjelder selv om flere av kildene til dømmekraften var til stede. Innenfor Hagemanns etikk var det umulig å samle dømmekraftens kilder til en helhet som gjorde seg gjeldende som dømmekraft slik vi mener den fremstår i dag. På tross av dette var Hagemanns sykepleieetikken en tidlig utgave av den sykepleie som legger vekt på mer enn teknikk og medisinsk inspirerte metoder. Hun presiserer viktigheten av de små tingene som man kan relatere til viktigheten av vennlighet, lydhørhet, imøtekommenhet, håndlaget og ikke minst ønske om å være noe for den andre. Det dreier seg om et menneskeliv, ikke bare en syk kroppsdel. (Martinsen og Wyller, 2003:24-31)

Med erfaringsbasert og evidensbasert kunnskap i dag kan en trekke linjer til Elisabeth Hagemann. På Hagemanns tid var det legene som styrte undervisningen til sykepleierne. Det gjorde sitt til at sykepleierne ble naturvitenskapelig forklarende, positivistisk orienterte, effektivitet- og økonomisk orienterte. Den instrumentalistiske pietistiske måten sykepleierne handlet på, med standardiserte systemorienterte prosedyrer, kostnadsbevissthet og effektivitet, peker til den evidensbaserte praksisen og økonomisk bevissthet i helsevesenet i dag.

For Hagemann er den erfaringsbaserte praksis de små viktige tingene. Hagemann poengterer viktigheten av de små tingene som naturlig er til stede og som ingen legger merke til. Først viss de små tingene uteblir, forstår man hvor mye de er verd. (Hagemann i Martinsen og Wyller, 2003:93) Elisabeth Hagemann ser at sykepleiefaget har to viktige elementer i seg. Den instrumentelle sykepleien, der sykepleieprosedyrer som vi i dag kan relatere til

evidensbaserte, standardiserte prosedyrer. Men også vennlighet, imøtekommenhet, håndlag og respekt og ikke minst ønske om å være noe for den andre.

De små tingene sier Hagemann, følger også med i sykepleierens prosedyrer, i nærværet. Dette prøver hun å få frem ved å skrive etikkboken i 1930.

Det legges også i dag stor vekt på de mellommenneskelige relasjonene og personlige egenskapene i helsevesenet. Når en kjenner grunnelementene i Hagemanns etikk kan en gjenkjenne punktene som beskriver hvordan helsetjenesten best skal kunne imøtekomme pasientens behov. Lydhørhet, tilgjengelighet, faglighet, forsvarlighet, ansvarlighet, punktlighet, åpenhet, helhet, vennlighet, gjensidighet. Dette er punkter beskrevet i NOU - Pasienten først, 1997. (Roalkvam 2003:64)

Jeg vil poengtere betydningen av vennlighet og imøtekommenhet og relatere det til Elisabeth Hagemanns små ting. Elisabeth Hagemann påpekte at de små tingene vi hele tiden gjør er svært viktig. Disse elementene kan gjøre en situasjon til en god eller dårlig opplevelse for pasienter eller pårørende. Det er elementer som er svært viktige i en profesjonsetisk sammenheng, men også i alle mellommenneskelige relasjoner.

### **3.5 Dannelse og disiplin i dagens helsevesen**

Sykepleie er et av de yrkene som kanskje nyter størst tillit og troverdighet i den norske befolkningen. Det kan skyldes flere ting, blant annet beskjedne lønn, høy utdanning og oppofrende innsats. Disse sidene ved sykepleie som yrkesgruppe viser tilbake til sosialdemokratiets moralske kontrakt, som honorerer uegennyttig innsats for det nasjonale fellesskapet. Å stille seg til rådighet uttrykker en verdiorientering som står høyt i moralsk kurs. (Vike 2002:145)

For å kunne vise hvordan sykepleiernes selvdisciplinering og disiplinering foregår også i dag vil jeg vise til organisering og politiske strategier. Disciplineringen foregår selvsagt på en annen måte i dag, en måte som er lett å overse. Myke verdier og varme, de såkalte kvinnelige verdier, er knyttet til omsorgsarbeid. I helse- og sosialfaglig sammenheng står ”helhetlig omsorg”, ”helse for alle” og ”pasienten først” som ideologiske symboler. Slike symboler bidrar til å motivere kvinner til å strekke- og tøye egne grenser ut over egen tåleevne for å imøtekomme pasientens omsorgsbehov og samtidig mystifisere, eller alternativt innta et

resignert eller mer eller mindre apatisk forhold til kompleksiteten i det politiske organisatoriske feltet de jobber innenfor. Velferdsstaten er avhengig av disse kvinnene, samtidig blir kvinnene tatt for gitt. Vi står trolig overfor en uartikulert og taus symbiose mellom velferdsstatens menn og disse kvinnelige verdiene. De kan karakteriseres som en selvfølgelig forventning om at sykepleieren stiller sitt liv til rådighet for de andre. Som underordnet søker sykepleierne i feltet å svare på denne forventningen ovenfra til tross for at de hele tiden erfarer at deres virksomhetsbetingelser er omsluttet eller underlagt i hovedsak politisk knapphetsforvaltning. I lys av dette kan man se Elisabeth Hagemans systemdisiplinering. I New Public Management er dette omtalt som kostnadseffektivitet. Velferdsstaten synes derfor å være fundamentert på en form for grenseløs og fleksibel verdi – at kvinner og derav sykepleiere er noe for seg selv ved å være noe for de andre. Organisasjonens grenseløshet og førstelinje arbeidernes - les sykepleiernes, tendens til å ta personlig ansvar for organisasjonens mangler fører til en problematisk form for dobbel identifikasjon. På den ene siden skapes lojalitet oppover, uttrykt gjennom en internalisering av det moralske kravet om ”pasienten først” og aksept av administrative situasjonsdefinisjoner også her refereres det til New Public Management. På den andre siden blir det etablert lojalitet overfor pasientene og arbeidsfeltet. Uansett fører dette til at førstelinje arbeiderne inkorporerer sin utilstrekkelighet i egen kropp noe som ser ut til å være en vesentlig bestanddel i reproduksjon av egen identitet. (Vike 2002:142-145)

Et trekk som skiller sykepleierne relativt klart fra de fleste andre yrkesgrupper er den sterkt moralske begrunnede selvjustis og selvgranskning de krever av seg selv og sine egne. Ser vi tilbake til Hagemann der sykepleieren skal være etisk uklandelig, står vi muligens i samme situasjon i dag. Dannelse, står selvsagt også i dag i forhold til utdanning, mye arbeid foregår i denne prosessen. Kunnskap og holdninger erverves. I sykepleiernes eget fagtidsskrift- Sykepleien, finner vi støtte for en antagelse om at sykepleiernes selvforståelse er preget av streng selvjustis som nesten grenser til selvrefs. I flere artikler er sykepleierens etiske ansvar tema og de legger for dagen svært høye krav. Et eksempel er at estetikken kobles til trygghet, kle seg og te seg slik at det skapes tillitt og ikke er støtende. Det særegne ved sykepleierne sammenlignet med andre profesjoner i helsevesenet er den sterke vektleggingen av det moralske og holdningsmessige budskapet. Sykepleieren forventes også i dag å være ”ren” tvers igjennom. (Vike 2002:118)

I sykepleiens historie har det vært en spenningsfylt konflikt mellom kallsoppfatningene. Spenningen kan uttrykkes som en konflikt mellom livsanskuelse og tro i kallet, eller mellom kallets humane side – barmhjertigheten, kjærligheten og troen, mellom kallets forhold til kroppen og til frelsen av sjelen, mellom handling og holdning og sosialetikk i kallet, mellom kallet som frisetting av den andres livs muligheter og som arbeidsplikt og underdanighet. Kall synes i dag å være forbundet med mange negative ord, som selvutslettelse, selvopoffring, underdanighet og lydighet. Dette er ord vi kjenner fra Elisabeth Hagemanns etikkbok og som sykepleien ønsker å bryte med. De står i motsetning til lønnet arbeid og profesjonalitet. (Martinsen 2000:87)

Sykepleiens utvikling av fag og profesjon sammenfaller med kvinnes utvikling i samfunnet fra det private til det offentlige rom. Den spesielle utformingen av kvinneidentiteten, tar i ulike stadier kvinnene - som sykepleiere, innlemmelse i offentlig omsorg. Denne innlemmelsen synes å inngå i en mer eller mindre symbiotisk relasjon til medisinske, administrative og økonomiske funksjoner i den samfunnsmessige organiseringen av velferdsytelser. Ideologisk og praktisk fungerer det slik at kvinneligheten og fagligheten nettopp er definert på grunnlag av oppgaver og problemer som peker seg ut som uløselige. Det gjelder grensekrysningen mellom det siviliserte og det usiviliserte. Selvfølgelig preges av den særegne kombinasjonen av opplevelse av utilstrekkelighet som gjør den enkelte til forvalter av organisatorisk skyld på den ene siden og den ontologiske antagelse at omsorgsevnen er særlig sterkt knyttet til det kvinnelige, men ennå ikke godt nok realisert som individuell etisk praksis på den andre side. (Vike 2002:170)

Dømmekraften endres med dømmekraftens kilder. Dømmekraftens kilder er fremveksten av en form for disiplin. Gjennom historien har dette gått fra kallstanken, den instrumentelle sykepleien der sykepleien var legestyrt, til profesjonalisering og til i dag med evidensbasert praksis.

### **3. 6 Oppsummering**

I dette kapitlet har jeg belyst sykepleiens historie sett i forhold til utdanning, anerkjennelse av sykepleie som eget fag og den interne organiseringen. Er det noe i historien som kan forklare at sykepleien i dag omfavner evidensbasert praksis? Jeg har diskutert hvordan det på den ene siden er det forståelig at evidensbasert praksis har fått så stort rom og lett innpass i

sykepleien. Dette på bakgrunn av medisinen og den naturvitenskapelige dominans over sykepleiens utvikling som fag og kontroll over utdanningen.

På den andre siden er det underlig at det nettopp i dag, når sykepleiefaget har hatt en rivende utvikling innen utdanning, kunnskapsgrunnlag og fremvekst av sykepleievitenskap, at denne vitenskapsretningen som evidensbasert praksis bygger på har en slik uimotsagt oppslutning og stort rom. Det er underlig at en ikke ser og erfarer i det praktiske yrket at det er flere kunnskapssyn og vitenskaper som virker sammen. Det ene er avhengig av det andre for å kunne fungere optimalt for menneskene spesielt i sårbare situasjoner.

Vi trenger både humanvitenskapen med erfaringsbasert kunnskap og naturvitenskap med evidensbasert kunnskap for å kunne utføre sykepleie og profesjonell praktisk dømmekraft.

Videre i kapitlet har jeg diskutert om det var rom for og hvordan sykepleierens dømmekraft har vært et element i historien, hadde Hagemanns etikk elementer av dømmekraft i seg, eller var det disiplinen som var i høysetet? Dømmekraften hadde på hennes tid andre kilder enn i dag, kildene den gangen var omsorg, hjemmets verdier, underdanighet og disiplin. En kan si at dømmekraften ble borte av systemtro disiplinering.

Har etikken fra 1930 relevans i dag? Hagemann trekker frem åtte grunnleggende egenskaper en sykepleier må ha, disse egenskapene kan vi relatere til i dag. I utredningen, pasienten først (NOU 1997) trekkes det frem elementer der det brukes andre ord, men betydningen er ikke ulik de grunnleggende egenskapene Hagemann vektlegger, med pasienten i sentrum.

Siste del av kapitlet har jeg sett på dagens situasjon i helsevesenet og hvem som disiplinierer og danner sykepleierne. Det kan se ut som om sykepleierne er uløselig knyttet til kvinneverdenen i historien og samfunnet, med dette i bakgrunn kan en si at det er vanskelig for sykepleierne å finne sin identitet. Spørsmålet er om det demper sykepleierens egenvurdering og frie tankesett, at det hemmer for fruktbar nytenkning og troen på personens egen kreativitet, kunnskap. Bli bevisstheten rundt dømmekraften svekket, er det slik at kildene til dømmekraften blir endret av dette?

I neste kapittel skal jeg diskutere forholdene mellom det fenomenologisk og positivistisk kunnskapssyn i sykepleien. Dette gjør jeg for å vise to ulike kunnskapssyn som forenes i den profesjonelle dømmekraften. Det er viktig å finne balansen, evidensbasert praksis er en av dømmekraftens kilder denne praksisen har en sterk posisjon i helsevesenet i dag og

dominansen fremheves ytterligere av New Public Management som jeg diskuterer i kapitel 5. Evidensbasert praksis og New Public Management går som hånd i hanske i det offentlige helsevesen i dag. I dette systemet er det de økonomiske verdiene som rår høyest. Dersom ikke sykepleierne er bevisst flere av kunnskapssynene vil den evidensbaserte praksis og den bedriftsøkonomiske retningen i helsevesenet ta overhånd og dømmekraftens kilder vil endre seg i en dramatisk retning. Hvilke mulighet er det for dømmekraften i evidensbasert praksis?

## 4.0 Ulike kunnskapssyn

Med August Comte (1798 – 1857), grunnleggeren av positivismen, anvendes empirisk tenkesett og tilnæringsmåter på samfunnet – på sosiale og menneskelige problemer. Målet var å komme frem til lovmessighetene i samfunnet på samme måte som fysikken finner frem til lovmessigheter i naturen. Et kjennetegn ved de retningslinjer som springer ut av empirismen, er tesen om enhetsvitenskap. At alt skal kunne underlegges for vitenskaplig metode, alt skal undersøkes og forklares på samme måte og alle vitenskapelige utsagn skal uttrykkes i ett og samme språk. Og dette språket var matematikkens språk. Fysikken var idealet for all vitenskap. (Thorquist, 2003/2006:40)

*”I stede for at den ene kunnskapsformen blir underlagt den andre kunnskapsformen skulle man heller akseptere at den evidensbaserte og den livsfilosofiske kunnskapen gir ulik tilgang til kunnskap, at de er likeverdige og gjensidig utfyllende ved at de sammen utdypet feltet det forskes på.”* (Martinsen og Boge, 2004, s.2)

Et eksempel som kan belyse at ulik kunnskap utfyller hverandre er hentet fra norsk helsepolitikk i 1870-årene. Eilert Sundt (1817-75) var norsk teolog og også kalt Norges første sosiolog. Sundt undersøkte blant annet levekårene til de som ble betegnet som fattige. Samtidig ville han ut fra sine funn opplyse samfunnet gjennom sosiale reformer. De fattige ville han lære hvordan de kunne få et bedre liv. Som folkeopplyser var Sundt også livsfilosof, påvirket av den danske livsfilosofen Grundtvig. Folkeopplysningen kombinerte Sundt med et sterkt sosialt engasjement. Han brukte statistiske analyser og fortellinger i sin forskning og som grunnlag for sin folkeopplysnings- og sosiale reformarbeid. Sundts poeng med å bruke både statistikk og fortelling var ikke å underordne fortellingen som et eksempel under funn fra statistiske analyser, men å vise at de er likeverdige og gjensidig utfyllende arbeidsmåter. Han ønsket å vise at det er viktig å klargjøre hva kunnskap som fremkommer gjennom statistiske analyser ikke kan svare på. Disse ulike fremgangsmåter får frem forskjellig og ulike sider ved hverdagen som menneskene lever i. Det er til ettertanke når Sundt skriver i 1870 at den statistiske fremstillingen står tilbake for, eller er mangelfull i forhold til det fortellingen kan si om hvordan menneskene har det i betydningen opplever og erfarer sine liv. Det er mangfoldet som representerer evidens, ikke det entydige. Sundt viser at det er viktig å forholde seg til de livsfilosofiske spørsmålene i helsevesenet, og at de ikke kan reduseres til noe annet. (Martinsen og Boge 2004)

Kritikken mot den positivistiske ideologi som sier at alle fenomener fra erfaringsbasert praksis kan undersøkes på samme vis, er kommet fra mange hold. Hovedpoenget er dette, i vitenskaper om mennesker og sosiokulturelle forhold er forskningsobjektet selv et subjekt. Det er et vesen som selv forstår, og som har evne til selvforståelse og selvrefleksjon. Positivismen ser bort fra dette. Når en så overfører metoder beregnet på studier av naturlige, fysiske fenomener til menneskelige sosiale kulturelle fenomener, mister en av syne det som nettopp kjennetegner menneskelivet, subjektivitet, mening, hensikt, intensjon og bevissthet. (Tornquist 2003/2006:66).

I dag er empirisme/positivisme igjen aktuelt i helsevesenet. Vi møter stadig tenkning, tilnæringsmåter og standarder for vurdering av forskningskvalitet som nettopp er basert på de empiriske/positivistiske tradisjonene. Omfanget av standardisert sykepleie og organisering rundt mål og resultatvurdering er med på å styrke evidensbasert praksis i sykepleiefaget. Helsepersonell skal vokte seg for at det ikke aksepteres at positivismens tendenser fører all beskrivelse av handling tilbake til objektiv konstanterbare bevegelser og kjemiske endringer. Positivismen reduserer utsagn til lyder, handlinger til bevegelser i betydningen målbare forflytninger i det fysiske rommet. Kyss reduseres til bevegelser i munnpartiet, følelser blir et spørsmål om seretonin og adrenalininnhold, tanker og moral blir til cerebrale prosesser. På denne bakgrunn kan en si at det er ekstra viktig for helsepersonell å ha kjennskap til hva de representerer, og til hva som er kjernepunkter i kritikken som er reist. Kritikken kommer hovedsakelig fra filosofisk hold og de tunge innvendingene og argumentene kommer fra fenomenologi og hermeneutikk som jeg tidligere har beskrevet. (Tornquist, 2003/2006:41-42 ).

Positivismens fornuft vil gjøre oss abstrakte og uten sanser, vil forvise godheten, kjærligheten og omsorgen til det irrasjonelle. Hvor den ikke griper inn i vår hverdag, men selv blir abstrakt. Da blir omsorg en humanistisk glasur over et teknologisk herredømme. (Martinsen og Wærness, 1979/1991)

I dette kapitlet starter jeg med å belyse forståelse og forklaring knyttet til henholdsvis humanvitenskapen og naturvitenskapen. Deretter gjør jeg rede for fenomenologi og knytter det til erfaringsbasert kunnskap. I neste punkt gjør jeg rede for et empirisk/positivistisk kunnskapssyn og knytter det til evidensbasert praksis, Cochrane systemet belyses i forbindelse med dette. Målet med dette er å belyse to kunnskapssyn i sykepleien som i



diskusjonen rundt evidensbasert praksis settes opp mot hverandre. Jeg vil tydeliggjøre hvordan erfaringsbasert praksis faller utenfor evidensbasert praksis. Blir det ene kunnskapssynet usynliggjort? Hvilke mulighet er det da for dømmekraft i evidensbasert praksis?

Jeg ser på begrepet dømmekraft som et bærende begrep i sykepleien, og kobler i dette kapitlet dømmekraften opp mot de to ulike kunnskapssynene. Jeg spør også, hvorfor får evidensbasert praksis får så stort rom i sykepleien? Jeg diskuterer underveis i kapitlet. Dømmekraften vil være et gjennomgående begrep.

#### **4.1 Forståelse og forklaring**

Begrepene forståelse og forklaring er knyttet til to ulike vitenskaper. Forståelse til humanvitenskapens forsøk på å forstå menneskelige ytringer og handlinger ved å henvise til motiver, holdninger, normer, mål og mening. Forklaring derimot er knyttet til naturvitenskapens søken etter det objektive, forklarer fenomener ved henvisning til objektive forklaringer (Torquist, 2003/2006:147).

Forståelse knytter vi til hermeneutikk som er læren om hva det egentlig vil si å forstå noe. Forståelsen kan dreie seg om alt fra et enkelt spørsmål til menneskets forståelse av seg selv og den verden vi lever i. Hermeneutikk dreier seg om hvordan forståelsen vår er strukturert uten hensyn til om det er et stort eller lite forståelses problem. Det viktigste prinsippet i hermeneutikken er at delene ikke kan forstås uten helheten, og helheten ikke kan forstås uten delene. Det er delene som setter oss i stand til å forstå helheten, og helheten som setter oss i stand til å forstå delene. Denne vekselvirkningen mellom deler og helhet kalles for den hermeneutiske sirkel. (Christoffersen 1997/2005:22 )

Hermeneutikk er altså menneskets forståelses lære. Hva vil det egentlig si å være menneske? Oppmerksomheten retter seg mot verden slik den erfares for subjektet.

I sykepleien vil denne forståelsen veksle mellom delene, som er individet, lidelsen, menneskene, situasjonen, stedet og rommet, og helheten, som er alt til sammen.

Meningsfulle fenomener er bare forståelige i den sammenhengen eller konteksten de forekommer i. Fenomenenes makt og kunnskap må derfor plasseres inn i en sammenheng, en kontekst. Den hermeneutiske sirkel peker på forbindelsen mellom det vi skal fortolke, vår

forforståelse og den sammenhengen eller konteksten det fortolkes i. Hovedpoenget i den hermeneutiske sirkelen er at man må, for å kunne begrunne fortolkningen av bestemte deler av et verk, ha en fortolkning av hele verket. Og for å kunne begrunne en fortolkning av hele verket må man ha fortolkninger av delene. Altså, for å begrunne må vi basere oss på andre fortolkninger. I følge Gilje og Grimen henviser den hermeneutiske sirkel til begrunnelsessammenhenger. (Gilje og Grimen 1993/2005:153-162)

Fortolkning og forståelse er i stor grad basert på personlig utøvelse av skjønn, erfaring og dømmekraft. Fortolkning og dermed forståelse vil alltid være prinsipielt usikre. Det finnes ingen absolutt og korrekt fortolkning, de er alltid reviderbare i lys av informasjon og den som fortolker og forstår. (Gilje og Grimen 1993/2005:162)

Forståelsens fundamentale betydning for den pulserende virksomheten i menneskets hverdagslige liv, der strømmen av inntrykk og praktiske valgsituasjoner stadig avkrever situasjonsforståelse og adekvat respons. Dette er den levde forståelsen vi til enhver tid uttrykker med eller mot vår vilje og som kontinuerer den historiske opplevelsen av livet og den historiske sosiale virkelighet. (Lægereid og Skorgen 2001:15)

Naturvitenskapen har en forklarende fremgangsmåte. I positivismen forklares alt ut fra de objektive sanselige erfaringer. Der sanselig oppfattes som et resultat av egenskaper ved tingene. Bare det som kan telles, måles og veies. Dette betraktes som virkelig. Kunnskap kan bare nås gjennom metodisk observasjon av virkeligheten og det er kun på dette grunnlag en kan skille mellom sant og usant. (Tornquist 2003/2006:39)

Forståelse og forklaring er vanskelig å skille helt i praksis. I relasjoner er dømmekraften en vurderingsevne mellom teori og praksis. Dømmekraften ligger i skjæringspunktet mellom vår fagspesifikke kompetanse, vår erfaringsbaserte kompetanse og vår etiske helhetsforståelse. I denne situasjonen møtes både forståelse og forklaring. (Christoffersen 2005:70-84)

## **4.2 Fenomenologi**

Fenomenologi fremstilles som læren om det som kommer til syne og viser seg. Fenomenologi kan sees på som et systematisk forsøk på å forene filosofi, vitenskap og liv.

Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares av subjektet. Fenomenologi er et

kunnskapsteoretisk anliggende. Husserl (1859 – 1938), som var grunnleggeren av fenomenologien var opptatt av å forstå kunnskap, kunnskapens natur og vilkår. Husserls hovedinteresse var å studere bevisstheten, ikke å studere empiriske fenomener. Han konsentrerte seg om den måte fenomener er gitt for vår bevissthet. Når vi studerer verden, må vi legge veien om bevisstheten i følge Husserl. Og, det som kjennetegner bevisstheten er ikke minst dens rettethet – hva fenomenologer kaller intensjonalitet. Menneskets bevissthet er intensjonal i den forstand at den aldri er tom, den er alltid rettet mot noe, den er alltid i en bevissthet om noe. Når vi tenker, så tenker vi på noe, når vi snakker så snakker vi om noe, når vi er redde så er vi redde for noe. (Torquist 2003/2006:83.85)

I boken ”Fra Marx til Løgstrup” referer Kari Martinsen Husserl. Fenomenologiens grunntanke, mennesket er ikke noe i seg selv, det forholder seg alltid til noe, er vevd sammen med andre. Vi er som mennesker alltid rettet utover mot den andre. Våre kropper er sanselige og talende rettet mot hverandre, de er intersubjektive. (Martinsen, 1993:105)

Verden kan aldri bli annet enn verden slik den fremstår i vår bevissthet. Vi kan aldri vite om det finnes en verden hinsides vår bevisste erfaring. Bevisstheten er intensjonal, det vil si, det er selve bevissthetens natur at den er bevisst noe eller noen. En kan ikke være bevisst uten å være bevisst noe. Husserl rettet kritisk søkelys mot tidligere vitenskapsfilosofiske tradisjoner, ikke minst fordi de forutsatte et skarpt skille mellom subjekt og objekt – mellom den som erkjenner og det som skal erkjennes. Vi har å gjøre med en form for dobbelthet i selve fenomenbegrepet. Objekt og subjekt forutsetter hverandre på en opprinnelig måte.

I tillegg til at fenomenologi kategoriseres som en bevissthets – eller konstitusjons filosofi, omtales den også som erfaringsfilosofi. Det opereres med et annet kvalitativt erfaringsbegrep enn det vi møter i andre vitenskapsfilosofiske retninger som også kalles erfaringsbaserte, som for eksempel i empirismen og positivismen. Disse retningene baserer seg på direkte sansedata – det observerbare, fornemmelsene, det punktvisse, konstanterbare – uavhengig av subjektet.

I fenomenologi er en opptatt av hvordan fenomener fremtrer for subjektet. En orienterer seg mot den måte erfaring etableres på, og avviser at erfaring består i å registrere omverdenen via sansedata. (Torquist 2003/2006:84)

Fenomenologien er en filosofisk tradisjon som legger vekt på at en ikke kan snakke om den andre uten å snakke om at det er jeg som ser den andre, og omvendt. Fenomenologien legger vekt på at man ikke kan snakke om meg uten å legge avgjørende vekt på at jeg hele tiden

fortolker og erfarer andre. Fenomenologien er derfor en filosofisk tradisjon som fremhever at det ikke er slik at jeg kan se på meg selv som en avgrenset person, den andre som noe helt annet og måten vi er sammen på som en tredje sak. Alle disse tre tingene virker på hverandre og blir en form for sannhet. I dette ligger forståelse og fortolkningsbegrepet.(Christoffersen, 2005:56)

I 1930-årene utarbeidet Løgstrup sitt fenomenologiske ståsted. Løgstrup som er dansk teolog og filosof følger Husserl – eleven Lipps tanke om at våre handlinger sammen med andre er mer grunnleggende enn bevissthetens forhold til den ytre verden. Den konkrete situasjonen står i sentrum hvor vi hele tiden tar noe opp og lar noe annet ligge, alt etter som hvor aktive vi er i situasjonen. Vi handler i situasjonen og vinner erfaring. Det er fra Lipps Løgstrup overtar læren om at inntrykk er grunnleggende for våre erfaringer og handlinger. Inntrykk er knyttet til den sanselige kroppen og det er en grunnkategori for vår forståelse av våre relasjoner til hverandre og omverdenen. Den andre gjør inntrykk på meg, og det er å beveges kroppslig, skriver Lipps. Fenomenologiens oppgave er å uttrykke inntrykk gjennom kroppens sanser, og, i ordene vi bruker. For Løgstrup er den fenomenologiske tyding kjempende, i det inntrykkets sanselighet er overdekket. Den umiddelbare appell som er i inntrykket, om å uttrykke det gode i det, bæres ikke uten videre over til den andre. Vi har ikke direkte tilgang til den fellesmenneskelige umiddelbare erfaringen, til inntrykket og de allmennmenneskelige og førkulturelle livsytringer som er i det. Gjennom kampen mot og destruksjonen av den teknisk- instrumentelle livsforståelsen kan livsytringenes skapelsesgitte liv vinnes. De fundamentale livserfaringene, livet når vi er mest engasjerte. Når vi handler med og for og ikke mot hverandre, skal tydes utlegges og tolkes. Derfor er det fenomenologiske tydingen ikke nøytral. Den inneholder en etikk om å vise og ta vare på det skapte livets muligheter. Løgstrup knytter fenomenologien til skapelsestanken og dermed til moralen. (Martinsen, 1993:107-108)

#### **4.3 Erfaringsbasert kunnskap.**

Kunnskap basert på sanselige observasjoner, oppmerksomhet og erfaring er grunnleggende i helsefag. Refleksjon etter handling og opplevelser er avgjørende for ny innsikt. Det er her opplevelser blir til erfaring. Både håndverket og skjønnets er utviklet i konkrete og sammensatte situasjoner gjennom tiden og gjennom refleksjon. Erfaringsbasert kunnskap er den kunnskap som er ervervet gjennom livet, den kunnskapen som knyttes til den

livsfilosofiske, eksistensielle delen av livet. Den har å gjøre med våre erfaringer, der de eksistensielle spørsmålene stilles om hva et godt liv er? Det handler om hvordan livet lykkes og leves, sykdom og lidelse, hvordan vi dannes sammen med andre. Livsfilosofi handler om hvordan livet får tak i en på godt og vondt, hva det er som gir livet liv når vi omfavnes av storheten i livet selv. Hvordan vi kommer nærmere livsfenomener som livsmot, livsglede, lengsel, savn, åpenhet og spontanitet, ofte konfrontert med deres motsetninger slik som nedtrykthet, tomhet, dødhet og innelukkethet. Livsfenomenene er mangfoldige og varierte og kan ikke defineres. De kan ha forskjellige fundament, men er bærende fenomener. De kan være etiske, eksistensielle eller kulturelt betinget. Livsfenomener tilhører hverdagsliv, der vi dannes sammen med andre, og også der vi dannes ut fra vår felles væren i universet. (Martinsen, 2005:58)

Fenomenologiens fokusering på relasjon er ikke nødvendigvis noen motsetning til å vektlegge den andres autonomi og verdighet. Fenomenologien hevder tvert imot at det er gjennom relasjonen og de felles anliggende som finnes i alle relasjoner at verdighet og anerkjennelse kan finne sted. Vanskeligheten for den profesjonelle er å oppdage, fastholde og handle i forhold til denne typen fenomenologisk basert analyse. Til det kreves klokskap og modighet, og klokskap får man bare ved å være i dialog og relasjon med andre. Dømmekraft er en form for klokskap der en rekke forskjellige evner og egenskaper er i sving. Det er ikke en følelsesmessig, men en intellektuell prosess. Prosessen er ikke uten følelser, men følelsene er ikke av dominerende art. Kunnskap er det dominerende i dømmekraften. Fagkunnskap koblet med erfaringskunnskap, menneskesyn og verdier. Mye er bevisst kunnskap, men noe er også ubevisst, men likefullt kunnskap. I dømmekraften bruker vi all kunnskapen i alle situasjoner, men det er noe forskjellig hvilke kunnskap som dominerer i de ulike situasjonene, og i tid i situasjonene. (Christoffersen, 2005:57-72)

Den danske teolog og filosof, K. E. Løgstrup legger vekt på tillit som grunnfenomen i samfunnet. Han sier at tillit alltid viser at vi lever vårt liv i avhengighet av andre mennesker. I tilliten utleverer vi oss selv, vi legger noe av vårt liv i den annens hånd og forventer at han eller hun tar vare på det. I tilliten er vi sårbare, men vi stoler på at den vi utleverer oss til ikke missbruker vår sårbarhet. Fordi tillit betyr å utlevere seg, er ethvert forhold mennesker i mellom et maktforhold. Vi har aldri noe med et annet menneske å gjøre uten at vi holder noe av dets liv i vår hånd. Det kan være meget lite sier Løgstrup, men det kan også være skremmende mye. (Løgstrup i Christoffersen 1997/2005:99)

Erfaringskunnskap er den kunnskapen vi har i vår bevissthet og bruker når vi står i en ny og unik situasjon og skal takle det oppståtte og spesielle i denne situasjonen. Det er varheten og kunnskapen vi bruker i møtet med mennesker. Der tillit ivaretas. Det finnes ingen gjennomsnittsmennesker og erfaring og varhet er vårt beste middel i relasjonene. Sårbare mennesker i krise, sykdom og sorg er spesielt avhengig av vår erfaringskunnskap, men også av vår fagkunnskap. Forklaring og forståelse for denne situasjonen er begge begreper som er sentrale i dømmekraftens kilder. De er en forutsetning for hverandre på samme måte som ulike kunnskapssyn er en forutsening for hverandre for å forstå en helhet. Den profesjonelle dømmekraften er skjæringspunktet der forklaring og forståelse møtes, der praksis og teori brukes sammen i møtet og handling foregår på bakgrunn dømmekraften.

#### **4.4 Empirisk og positivistisk kunnskapssyn.**

Empirismen utvikles på 1700-tallet og erfaring ansees som kilden til kunnskap. Grunntanken i empirismen videreføres i det som kalles positivisme på 18- og 1900-tallet. I 1920 årene og den tids tenkning, betegnes som logisk positivisme eller logisk empirisme. Felles for disse ulike variantene av erfaringsorienterte vitenskapsfilosofiske retningene fra 1700-tallet til godt ut på 1900-tallet, er at erfaring oppfattes i en helt spesiell betydning. Det tas utgangspunkt i fysiske objekter og i bestemte egenskaper ved disse objektene. Erfaring dreier seg om det observerbare, konstaterbare, målbare, det som kan telles, veies og måles. Dette er den forklarende kunnskapen. (Thornquist, 2003/ 2006:13)

Altså erfaring med en helt annen forståelse enn den vi er inneforstått med som helsearbeider og fra fenomenologien. Det er svært viktig at vi ser denne forskjellen for å kunne forstå hva tilhengere av den positivistiske tankegangen mener og forstår med erfaring.

Felles for de nevnte retningene er at erfaring anses som kilden til kunnskap.

Oppmerksomheten rettes mot sanser erfaring - sansedata, mot verden og tingene ”der ute”. Sansning oppfattes som et resultat av egenskaper ved tingene - og da også bare noen egenskaper. Bare det som kan telles, måles og veies, betraktes som virkelig i streng forstand. Det er også dette som defineres som forklarende kunnskap. (Tornquist 2003/2006:39)

Husserl rettet kritisk søkelys mot den positivistiske vitenskapsfilosofien. Han mente den satte for skarpe skiller mellom subjekt og objekt, dette skille kan ikke settes mente han. Objekt og

subjekt forutsetter hverandre på en opprinnelig måte. Dette kan også sees sammen med skille forklaring og forståelse. Skillet mellom begrepene blir unaturlige og vanskelig å forholde seg til i praksis.

I Skandinavia pågikk det en intens debatt på 1960 – 70tallet, den såkalte positivismestriden. Dette var en svært sentral teoretisk debatt i akademiske kretser. Opptakten var kritikken av positivismen som filosofisk teori. Etter hvert ble positivismestriden først og fremst en debatt om grunnlagsspørsmål for samfunnsvitenskapene. For de fleste som hadde sin faglige identitet forankret i humanistiske fag, var det en unaturlig tanke at et naturvitenskapelig ideal også skulle kunne anvendes på humanistiske fag. Men, dette viste seg å ikke stemme. Innad i sykepleien var diskusjonen absolutt aktuell. Ønske om vitenskapeliggjøring innen faget var sterkt og diskusjonen høy også den gang. Dette var starten på evidens diskusjonen. Dette har jeg diskutert i kapitel 3. (Melby 1990)

#### **4.5 Evidensbasert kunnskap**

Fra omkring år 2000 har evidens begrepet vokst frem i de fleste helsefagene. Evidensbasert praksis har fått stadig større innpass og argumentet for etablering av begrepet er fulgt av et omfattende evidensbasert kunnskapssystem - The Cochrane Collaboration and Library – Der medisinsk og helsefaglig praksis i størst mulig grad må bygge på ”sikker” etterprøvable kunnskap. Evidence kan oversettes som bevis, og evidensbasert praksis blir bevisbasert praksis. Det vil si kunnskap utviklet gjennom faktaorientert, empirisk/ positivistisk forskning. (Ekeli, 2002:5)

I 1972 skrev Archie Cochrane boken Effectiveness and Efficiency. Boken har vært et viktig bidrag i diskusjonene om kvalitet og dokumentasjon i det moderne helsevesenet. Cochrane blir i dag fremhevet som personen bak ideen om evidensbasert medisin – EBM.. Hans ideer er blitt fulgt opp av, The Evidence-based Medicine Working Group fra McMaster University i Canada. ( Hoeck, 2002:5).

Archie Cochranes vektlegges sterkt innenfor begrepet evidensbasert praksis. Cochrane hadde sterke moralske og politiske overbevisninger angående samfunnsstyring og helsearbeid på 1960 - tallet. I følge Uffe Juul Jensen (2004) mente Cochrane at bruken av randomiserende, kontrollerende undersøkelser var et viktig redskap i arbeidet med å rydde opp i jungelen av

tvilsomme og kostbare behandlingsformer innenfor det moderne helsevesenet. I dagens diskusjon om fordelene og ulempene med et evidensbasert helsevesen er det viktig å legge merke til Cochranes poeng. Erfaring fra kontrollerte undersøkelser har kun verdi som evidens i forhold til allmenne terapeutiske hypoteser. Herfra kan man ikke slutte noe om hvilke verdi kontrollerte undersøkelser har i forhold til andre former for erfaring og verdier. Spørsmålet er hvordan en skal behandle et bestemt menneske eller en bestemt gruppe med et konkret problem. Cochrane skiller her mellom to områder altså erfaring fra ”cure” og erfaring fra ”care”.

Cochrane var ikke tilfreds med alminnelige kliniske erfaringer, dette var ikke på bakgrunn av generell skepsis angående våre sanser og erfaringer som vi gjør i praksis. Han var tvert i mot dypt skeptisk angående generelle hypoteser om effekt av behandlinger som ble utført. Han var skeptisk overfor de medisinske behandlingene som ble gjennomført i 1960-årene i det engelske helsevesen. Dette var fordi han visste at legens påvirkning var begrenset sammenlignet med hva naturen selv kan tilby. I følge Cochrane er det en viten som er formidlet gjennom århundrer fra den greske medisin til det 19. århundres gryende samfunnsmedisin. Det er denne viten, basert på allmenn menneskelige erfaringer og erfaringer formidlet gjennom medisinske og helsefaglig praksis, som også er basis og dermed evidens for Cochranes generelle tillit til forbyggende og helsefremmende arbeid som grunnleggende strategi for et moderne helsevesen. (Jensen, 2004).

Cochrane var opptatt av den medisinske behandlingen, ”cure”, begrensning og viktigheten av omsorg, ”care”, og forbygging. Han var ikke en radikal forneker av behandling, men han utfordret sin egen stand, en offentlighet og dens politikere som primært satset på behandling (Jensen, 2004:20-27).

Den evidensbasert medisin- EBM som det i dag er snakk om har røtter hos Archie Cochrane, men stammer fra et utdanningsprosjekt i Canada på 1980- tallet, der formålet var å lære medisinerstudenter å lese forskningslitteratur på måter som gjorde den nyttig for praksis. På 1990- tallet ble systemet et hjelpemiddel for å trekke inn empirisk dokumentasjon av behandlingseffekt i kliniske beslutninger. The Cochrane Collaboration er i dag det viktigste og mest anerkjente evidensbaserte systemet. Det er et internasjonalt system som vurderer alle nye forskningsresultater som publiseres i internasjonale medisinske tidsskrifter innen ulike medisinske felt. Før de blir publisert i Cochrane Collaboration har de vært vurdert i et



internasjonalt panel. Intensjonen er å sammenfatte resultater fra undersøkelser som kan betraktes som evidente. Organisasjonens oppgave er å vurdere hvilke medisinske forskningsrapporter og artikler som presenterer de mest sannferdige og brukbare resultatene. Utvelgelsen av artikler som presenteres i EBM-systemets review-artikler skjer etter strenge prosedyrer og kriterier som skal sikre viteskapelighet. Kriteriene for utvelgelsen av de undersøkelsene som tas inn i systemet, er de som beskrives som ”den metodiske gullstandard” innen medisinsk forskning. Altså bare de beste på alle forskningsmessige måter. (Ekeli, 2002:11-12)

Innen sykepleie forskning ble Evidence Based Nursing etablert i 1998. Artikler fra 140 ulike tidsskrifter blir vurdert ut fra tilsvarende kriterier som blir brukt i The Cochrane Collaboration. Artiklene som består kvalitetskriteriene blir summert i strukturerte sammendrag. En klinisk ekspertsykepleier kommenterer hva resultatene betyr og hvordan de kan implementeres i praksis. (Hansen og Nortvedt, 2001)

Boge og Martinsen sier i en artikkel 2004 at det ikke er all kunnskap som kan oppsummeres i korte sammendrag og som derfor ikke kan gjøres tilgjengelig på samme måte som resultater fra studier som for eksempel måler effekt av intervensjoner. Eilert Sundt viste til mangfoldet, han refererte til at det er mangfoldet som representerer evidensen. (Boge og Martinsen, 2004)

Når sykepleiere i det kliniske fagfeltet får opplæring i å lete i Cochrane og andre databaser etter studier med høy evidens vil de finne at bare en liten del av sykepleieforskning blir vurdert som evident på høyeste nivå. Det er bestemte former for målbar kunnskap som blir belønnet med høyeste evidens.(Martinsen og Boge, 2004).

At de fleste sykepleiestudiene blir vurdert til å ha lavere evidens kan være uttrykk for at mange sykepleiefaglige problemstillinger vanskelig lar seg måle, og at de best belyses på andre fremgangsmåter. Det er med andre ord en avgrenset del av sykepleieforskning som får høy evidens i databaser som publiserer EBM/EBP- kunnskap.

Kari Martinsen og Jeanne Boge sier selv at de, som forskere aldri ville få evidens på høyeste nivå innenfor denne kunnskapstenkningen, selv om de skulle utføre humanistisk forskning av ypperste kvalitet. (Martinsen og Boge, 2004)

Å tilpasse kunnskapstenkningen i sykepleiefaget til evidensbasert praksis innebærer at man tilpasser seg et kunnskapshierarki som nedvurderer mye av den forskningen og kunnskap som tradisjonelt har vært ansett som viktig i sykepleiefaget, blant annet erfaringsbasert kunnskap. (Martinsen og Boge, 2004)

Talsmennene for evidensbasert praksis støtter seg til den forestillingen om at et rasjonelt helsevesen må ha fokus på behandling, nærmere bestemt på behandling gjennomført i overensstemmelse med resultater fra klinisk kontrollerte undersøkelser. Jensen (2004) viser til at hvis helsefaglig viten skal leve opp til de krav til evidens som er knyttet til den kontrollerte undersøkelsen, blir det svært begrenset hva en kan kalle helsefaglig viten. Mye av det helsearbeidere gjør i form av støtte, omsorg, utvikling, rehabilitering og lignende synes ikke å skulle oppfattes som noe vitenskapelig, men snarere som uttrykk for klinisk erfaring. (Jensen 2004:27).

#### **4.6 Evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap.**

Evidenstenkningen opererer med et kunnskapshierarki som innebærer at bestemte former for målbar kunnskap blir rangert høyere, eller som mer evidente, enn humanistisk kunnskap. Det er ikke noe galt med evidensbasert kunnskap og forskning i seg selv, og heller ikke bruken av forskningens resultater, men det er viktig å være klar over at denne tilnærmingen har klare begrensninger slik all kunnskap har sier Kari Martinsen.

Den evidensbaserte kunnskapen som blir konstruert kan i liten grad gi innsikt i livsfilosofiske spørsmål. Livsfilosofi handler om våre erfaringer i livet der det stilles eksistensielle spørsmål. Hva er et godt liv og hvordan kan vi få et godt liv? Livsfilosofi handler også om livsmot, åpenhet og spontanitet. Ofte er dette konfrontert med motsetninger. Vi dannes sammen med andre ut fra vår felles væren i universet. (Martinsen og Boge, 2004)

Den evidensbaserte praksis sameksisterer godt med den bedriftsøkonomisk inspirerte tenkingen som har fått stort innpass i offentlig sektor. I denne tenkingen er det fokus på økonomisk effektivitet, markedstenkning, fristilling, økt bruk av kontrakter og økt vekt på brukerhensyn. Den nye måten å tenke økonomi og ledelse på har ført til endret språkbruk. Som også i forordet til sykepleiernes reviderte yrkesetiske retningslinjer fra 2007 der en legger til ”betalingsordninger”, dette er helt ny språkbruk. I dag snakker en om produksjon, kvalitetskontroll, kunde – et språk vi tidligere helst møtte i det private næringsliv.

Dette språket kommuniserer best med de positivistiske empiriske vitenskapsidealer som legger vekt på målinger og effekt. Både økonomer, ledere og fagfolk som snakker dette språket kan få svar på spørsmål som, hva fungerer for denne lidelsen? Hvor mange timer går med til behandlingen? Har behandlingen virket? Hvor mange sykepleiere må til for å få pasienten på sengekanten, hvor lang tid tar det? Har pårørende spesielle behov, tar det lenger tid enn vanlig? Det er en uendelig rekke der det eneste viktige er, hvordan kan vi få til å måle det? Vi registrere dette på data hver dag, og får poeng i hvert enkelt tilfelle.

Generelt kan en si at ved denne tenkemåten prøver en å standardisere behandlingen mest mulig slik at helsevesenet lettere lar seg styre av politikere og makthavere og i mindre grad av fagfolk og skjønn. På operasjonsstuene i dag snakker en om ”produksjonen” når det er operasjonsprogrammet som diskuteres og standardiserte pleieplaner på sykehusavdelingene.. ”Stoppeklokke” systemet er et kjent begrep i hjemmesykepleien.

I denne sykdomsforståelsen er forestillingen om synlig, objektive sykdomstegn blitt et allment krav for å akseptere mennesker som syke. I det bedriftsøkonomisk, evidensbaserte, standardiserte helsevesenet ser en på omsorg og pleie som varer som kan prises og forhåndsdefineres i instruksjer og brukerkontrakter. (Martinsen og Boge, 2004)

Evidensretorikken er kraftfull og konseptet er blitt omtalt som et nytt paradigme. En vitenskapelig revolusjon, tiljublet av WHO, forskere, nasjonale helsetilsyn, helsepolitikere og finansieringskilder. (Ekeland, 2007)

Det er til ettertanke når Eilert Sundt skriver i 1870 at den statistiske fremstillingen står tilbake for, eller er mangelfull, i forhold til hva fortellingen kan si noe om. Hvordan menneskene har det i betydningen av å oppleve og erfare sine liv. Kari Martinsen og Jeanne Boge, hevder at Eilert Sundt kan stå som et lysende eksempel på en kritisk, reflektert ”evidensforsker”. Der evidensforsker innebærer at mangfoldige forskningstilnæringer gir større innsikt, enn ved bruk av bare en. Det er med andre ord mangfoldet som representerer evidens, ikke det entydige. Eilert Sundt viser at det er viktig å forholde seg til de livsfilosofiske spørsmålene i helsevesenet, og at de ikke kan reduseres til noe annet. Martinsen og Boge (2004), kritiserer det forhold at man ikke ser de ulike tilnærmingene som likeverdige, gjensidig utfyllende tenkemåter og kunnskaper innenfor dagens evidensbaserte praksis. Det er ikke av vond vilje, men ut fra de maktspill og maktvitensammenhenger denne kunnskapen står i.

I disse maktsammenhenger blir evidensbasert praksis satt som norm for vitenskapelighet. (Martinsen og Boge, 2004). Jeg utdyper denne samfunnsmakten i form av organisering i offentlig sektor og offentlige dokumenter i kapittel fem.

Jeg referer til Husserl som omtalt på s.32 han understreker at subjekt og objektet forutsetter hverandre på en opprinnelig måte. Ulik kunnskap forutsetter hverandre for å få en helhet. Fenomenologi og Naturvitenskap har hver sin plass i kildehenvisningen til dømmekraften. Erfaringsbasert kunnskap med sin spesialitet har plass sammen med evidensbasert kunnskap i dømmekraften. Først når alle delene er til stede og i bruk på samme tid har vi en praktisk dømmekraft, og denne dømmekraften er i kontinuerlig utvikling ved refleksjon. Eilert Sundt som presiserte mangfoldet som utfyller hverandre, har sin plass i denne utviklingen.

I løpet av kort tid har den forståelsen av evidens som evidensbasert praksis bygger på vunnet gjennomslag i store deler av det medisinske og sykepleiefaglige miljøet. I denne sammenhengen står evidensbasert praksis alene som sann og eneste kunnskap. Hva er det med dette begrepet som plutselig har fått så stor utbredelse? Begrepet synes å ha oppstått i et samfunn som forventer synlige og håndfaste resultater av forskning. I denne sammenhengen blir det ofte påtalt at det er en kløft mellom forskning, teori og klinisk praksis, og det etterlyses effektivitet og økonomisk lønnsomhet i praktisk profesjonelt arbeid og forskning. I dag er den dominerende rasjonalitet i helsevesenet strategisk og økonomisk, alle må vise sin verdi i effektivitetens navn. I denne sammenhengen har den evidensbaserte kunnskapen kommet i forgrunnen. Med kostnadsvekst i helsesektoren stilles økte krav til personellet om at tiltakene virker. Forskerne selv kaller sin kunnskap for den nyeste og den beste og myndighetene baserer i stor grad sine avgjørelser på denne type forskningsbasert faktakunnskap som antas å være objektiv, samfunnsøkonomisk og anvendbar. (Martinsen og Boge, 2004) Dette harmonerer godt med New Public Management som dominerer som organiseringssystem i offentlig sektor i dag. Kostnadseffektivitet, måloppnåelse og resultatmåling med straffe og belønningssystemer er i høysete. Dømmekraften vil i et system der evidensbasert praksis og New Public Management dominerer få nye og ukjente kilder innen sykepleie. Den praktiske profesjonelle dømmekraften i dette systemet vil antagelig endre seg betraktelig i forhold til dagens definerte kilder og utøvende dømmekraft. Dette bygger jeg videre på i kapittel fem.

Evidensbasert praksis er skolemedisin som referer til statistiske sannheter, og kontrollerte erfaringer som er gitt evidens gjennom statistiske metoder og randomiserte forsøk. Det er kunnskap gitt gjennom kvantitativ forskning som er gyldig, eller evident kunnskap. I denne praksis vil sansing og erfaringsbasert kunnskap underordnes og ikke sees på som evident fordi inntrykkene og erfaringene ikke kan etterprøves på samme måte som innenfor evidensbasert forskning. (Mæhre, 2008).

Monica Nortvedt mener kritikerne av evidensbasert praksis hevder at denne tradisjonen nedvurderer erfaringskunnskap men sier hun videre erfaringsbasert kunnskap er viktig i sykepleie og andre helsefag. Det er mot denne kunnskapen forskningen skal speiles. Det er først når helsearbeidere er i stand til å se egen erfaring opp mot ny kunnskap at en virkelig arbeider kunnskapsbasert. Den profesjonelle fagutøvelse vil da ikke være tilfeldig, men resultat av bevisste valg. Evidensbasert praksis handler om ulike redskaper, ikke regler (Nortvedt, 2004).

Martinsen og Boge svarer på dette og sier at de er helt enige i at en trenger ulike redskaper i sykepleien og helsevesenet. Det som derimot er problematisk sier de, er hierarkiet mellom ulike kunnskapsformer. I stede for hierarki argumenterer de for at ulike kunnskapsformer må være likestilt og ikke usynliggjøre en del av sykepleien. (Boge og Martinsen, 2004)

Dømmekraften likestiller kunnskapen i kildene. Kildene er næringen til utvikling av dømmekraften og all kunnskap inkluderes i dette. Fagkunnskap og evidensbasert kunnskap likestilles alle former for erfaringskunnskap. Til sammen gir de dømmekraft.

I boken "Pleie uten omsorg", skriver Kari Martinsen og Kari Wærness om kampen mot vitenskapen og positivismen i sykepleien. De sier, å forvare det konkrete er en kamp mot den instrumentelle fornuft, formålets fornuft. I sykepleien blir det en kamp mot det prestisjefylte sykepleieforskningen. Men vi kan heller ikke i sykepleien bare snakke om kjærlighet, godhet og omsorg. Da mister vi fotfestet til det konkrete på en annen måte. Da kan omsorgen lett utarte seg til sentimentalitet og følelsene kan miste kontakten med fornuften. Ved bare å legge vekt på det usammenhengende, enestående, avvikende og uerstattelige og ukontrollerbarhet, på situasjonens unikhhet, blir vi lett handlingslammet overfor de konkrete lidelser og problemer sykdom fører med seg. (Martinsen og Wærness 1979/1991)

Her viser Martinsen og Wærness at sykepleien består av mer enn det erfaringsbaserte kunnskapen, fag kunnskapen er også viktig og nødvendig. Det handler om å akseptere at

kunnskap kan være komplementerende, det vil si likeverdige og gjensidig utfyllende. Det betyr at det ene ikke kan reduseres til det andre og at det ene ikke utelukker det andre. I livsfilosofi og evidensbasert praksis stilles spørsmålene ulikt, når det er i en reflekterende form. Evidensbasert praksis sin åpenbare styrke er å arbeide med problemer som er aktuelle og som en kommer videre med, som en finner en løsning på. For å avklare en slik problemstilling må en ikke søke tilbake til erindring og fortelling. Annerledes er det med spørsmål en ikke blir ferdig med. Fenomener en ikke kommer videre med eller bare kan legge bak seg, som i livsfilosofien. Vi lever i en epoke som overbetoner vitenskapelige og teknologiske problemløsninger. Isolerte metodediskusjoner får en fremtredende plass og kunnskapen settes inn i et evidenshierarki.. (Martinsen, 2005:85-100)

Hvorfor får evidensbasert praksis så stort rom i sykepleien? Forskning, som tradisjonelt har hatt høyest prestisje får lett oppslutning også innen sykepleiefaget, og med historien tatt i betraktning er prestisjen og argumentasjonen til tilhengere av den evidensbaserte praksisen sterk. Denne form for forskning har alltid hatt den høyeste prestisje. Dette, sammen med historien er en av flere grunner til at evidensbasert praksis får så stort rom i sykepleien. Dette trekker jeg videre i kapitel fem.

Bli erfaringsbasert kunnskap usynliggjort? Dersom evidensbasert praksis blir stående som et bærende kunnskapsbegrep i sykepleien slik det blir present og slik grunntanken i positivismen viser, vil erfaringsbasert kunnskap blir usynliggjort.

Velger en derimot å se dømmekraft som et bærende begrep i sykepleien vil den erfaringsbaserte kunnskapen være likestilt med den evidensbasert kunnskapen i dømmekraften. De er begge avhengige av kunnskaper og utfyller hverandre på en nødvendig måte for den andre som kilder til dømmekraften.

#### **4.7 Oppsummering**

I dette kapitelet har jeg diskutert forskjellen mellom forståelse og forklaring og satt dette inn i en vitenskapelig kontekst. Videre har jeg presentert fenomenologi og positivisme. Erfaringsbasert kunnskap og evidensbasert praksis Jeg har videre brukt Husserl,s.32, som mente at skille mellom forklaring og forståelse var altfor skarpt. Han sier at subjektet og

objektet forutsetter hverandre. Når vi studerer verden må vi legge veien om bevisstheten i følge Husserl. Han viser til at den evidensbaserte verden omslutes av fenomenologien. Jeg har også beskrevet Cochranesystemet som er et sentralt system for å finne frem til de beste forskningene. I følge Jensen (2004) ble mange mer ”troende” i den evidensbaserte medisinen enn Archie Cochrane selv. Den brede filosofiske, moralske og politiske sammenhengen som Archie Cochranes metodeanvisning var begrunnet i, ble oversett. Cochrane krevde evidens gjennom kontrollerte undersøkelser, ikke fordi han kun ville feste lit til det som var eksperimentelt og statistisk underbygget. Han var skeptisk overfor de medisinske behandlinger fordi han visste at en leges evner er begrenset. Cochrane prøvde å evidensbasere ”care”. Han var bekymret for ivaretagelsen og betydningen av omsorg og pleie innen det medisinske feltet. Cochrane brydde seg utover det som var normalt for medisinsk praksis. Er det slik at Archie Cochrane falt for sitt eget grep?

Uffe Juul Jensen fremhever de profesjonelles begeistring for og forkynnelse av evidensbaserte medisin med det velkjente uttrykket: ”å være mer katolsk enn Paven”. Der ”Paven” i denne sammenheng er Archie Cochrane. Jensens poeng med å bruke dette uttrykket er at i en viss utstrekning kan en se på ”feltropet” om evidensbasert medisin som en troserklæring. Dette begrunnes i denne positive begeistring for evidensbasering og at en sjelden ser kritiske sider av begrepet og dets flertydelighet (Jensen, 2004:27).

Jeg har diskutert om erfaringsbasert kunnskap blir usynlig gjort. Videre har jeg drøftet hvilke mulighet er det for dømmekraft innenfor evidensbasert kunnskap. Hvorfor får evidensbasert kunnskap så stort rom i sykepleien? Dette har jeg svart er forståelig på den ene siden, men på den andre side uforståelig..

Møt slutten av dette kapitlet viser jeg til at talsmenn for evidensbasert praksis ønsker et rasjonelt helsevesen. Dette viderefører jeg i neste kapittel der jeg presenterer New Public Management, en organisering av offentlige sektor. Jeg viser også til offentlige dokumenter og forsøker å vise hvordan evidensbasert praksis passer inn i dette.

## 5.0 Evidensbasert praksis, hvorfor vinner den frem i sykepleien?

*”Den evidensbaserte bølga representerer difor noko nytt, og det nye er ikkje empirisk forskning på praksis, det har ein halde på med på seriøst vis i snart femti år. Det nye er empirisk kontroll av praksis”. (Ekeland, 1999, s1039)*

I dag satses det på effektivitet og kostnadsbevissthet i offentlig sektor. Brukerperspektiv, resultatoppnåelse og målstyring er fremtredende. I dette bilde er evidensbasert praksis et viktig virkemiddel. Resultatoppnåelse, kostnadsbevissthet og effektivitet sies å gi mer helse for hver krone! Offentlig sektor har en vanskelig oppgave. De skal absorbere alle legitime behov for velferdstjenester i befolkningen samtidig som de har fått i oppgave å avgrense seg selv økonomisk. Dette er en oppgave som er motstridningsfull og umulig å styre. Den er konstituert på to motsatte prinsipper. Den er avgrenset og grenseløs på samme tid . (Vike mfl.2002:20)

Sykehuset er en ytterst profesjonell organisasjon hvor målene er innebygd i reglene og gjennom de faglige standardene som personalet har tilegnet seg gjennom en langvarig prosess. Personalet læres opp og sosialiseres inn i sykehusets mål, normer og verdier gjennom utdanning, profesjonell trening og praksis. Kvalitative mål og resultatindikatorer gjenfinnes i de ulike gruppenes faggrunnlag og yrkesetikk, og de er i liten grad formalisert og standardisert. Det er systematiske grunner til at det er slik. Det ligger i helsetjenestens logikk at det ofte trengs fravær av faste regler og prosedyrer, eller at avvik fra disse er nødvendig for å være på høyde med det jobbsituasjonen krever. Særlig de pasientnære arbeidsoperasjoner er avhengig av fleksibilitet, selvstendighet og evne til å treffe praktiske overenskomster der og da, noe som gjør regler og mål til bare ett blant flere premisser i handlingssituasjonen. Aktiviteter er i stadig bevegelse, og fikserte mål og objektive standarder kan komme i veien for fornuftig handling. (Eriksen 1999:119)

I dette kapittelet skal jeg vise at satsingen på evidensbasert praksis og den nye offentlige styringen, New Public Management – NPM, passer som hånd i hanske. Jeg skriver om fakta rundt organiseringen av sykehusene og offentlig sektor, de faktorer som virker inn på sykepleiernes omfavelse av evidensbasert praksis.



Hvordan innføringen av NPM og offentlige dokumenter løfter evidensbasert praksis frem. Jeg kobler dette til etiske perspektiver i offentlig sektor. I oppsummeringen av kapitlet drøfter jeg om det er mulighet for dømmekraften i evidensbasert praksis.

### **5.1 Evidensbasert praksis og offentlig organisering**

Den norske velferdsstaten er organisert og tuftet på et nasjonalt, politisk lovverk og byråkrati for å sikre likebehandling i iverksetting av universelle velferdsgoder så som helsetilbud og skoletilbud for alle. I de senere årene er organiseringen blitt sett på som ineffektivt, gammeldags, for dyrt og for lite ”kundeorientert”. I moderne velferdsstater har staten fått endrede og utvidede ansvars områder for individet, grupper og samfunnsinstitusjoner. Staten skal ivareta velferd på lik linje for alle borgere. Vi har gode sosiale ordninger i Norge, dette er dyrt. Det har vokst seg frem et behov for omorganisering og modernisering, en mer kostnadseffektiv måte å drive velferd på, der bruker / kundemedvirkning og ønsket om enklere organisering er viktige elementer.

Helsevesenet har i de senere år fått økende krav om at kunnskapsgrunnlaget skal være basert på medisinsk forskning. Det er også i økende grad fokus på kvalitet og dokumentasjon. Økonomiske bevilgninger er knyttet til dokumentasjon av effekt. Et viktig spørsmål for myndighetene, som også har blitt et viktig spørsmål for helsevesenet: Hvordan får en best resultat for pengene? En kan spørre seg vider hva er et godt resultat – jo, når en kan vise til dokumentert forskning. Det som kan telles og måles.

Den nye offentlige styringen – New Public Management - NPM, spiller en sentral rolle når det gjelder fokusering på effektivitet, resultatorientert og kostnadsstyrt helsevesen. Dette påvirker i stor grad sykepleieprofesjonens oppfattelse av eget fag, rolle i samfunnet og yrkesstatus.

Historien viser at sykepleien gjennom tiden alltid har måttet kjempe for å bli anerkjent som eget fag og profesjon. Utviklingen har gått i takt med de samfunnsmessige endringene gjennom historien, som endringer for kvinner i det private og offentlige rom og annen sosial utviklingen i samfunnet (Melby, 1990). I dag eksisterer sykepleieprofesjonen på bakgrunn av et sosialt mandat fra samfunnet. Samfunnets politiske og lovgivende myndigheter legger føringer for sykepleiefunksjonen og hvilke kunnskapsgrunnlag profesjonen skal være tuftet

på. Sykepleiefaget blir også formet av sykepleierne selv og deres faglige selvforståelse og sykepleiens verdigrunnlag. (Christoffersen, 2005)

Bakgrunnen for at evidensbasert kunnskap har fått såpass stort rom i sykepleien er komplekst og sammensatt. Sykepleiens historie og kamp om anerkjennelse er en side som gjør at sykepleierne omfavner dette begrepet og ser endelig at de kan komme ”innenfor”, - innenfor den akademiske krets. Tor-Johan Ekeland (2008) professor i sosialpsykologi sier i en artikkel i Sykepleien, staten blander seg inn i akademimiljøet gjennom kvalitetsreformen.

Evidensbasert praksis i sykepleien får fotfeste fordi man ser i statens øyne på dette som kvalitetssikring, der resultat, kostnader og måloppnåelse kan evalueres og belønnes.

Fagmiljøet er usikker på sin egen identitet og tør ikke debattere friskt. De politiske bestemmelsene med makt over utdanning, fokus på forskning, dokumentert behandling og økonomiske bevilgninger er også sentrale grunner.

Sykepleierne bør merke seg at omsorg som hittil har vært sett på som et fenomen som har verdi i seg selv, er i ferd med å bli spist opp av den instrumentelle evidensretorikken. Det har tatt lang tid å bygge opp omsorgsphenomenet med verdi i seg selv, men det kan fort rives ned, for språket fanger oss. (Ekeland, 2008)

Det virker historieløst av sykepleierne å slutte seg til en evidensbasert tenkning basert på forskning med høy evidens overordnet skjønnnet og erfaringskunnskap, når en ser tilbake på den langvarige kampen dette faget har ført og etter hvert vunnet. Erfaringsbasert kunnskap skal være likeverdig teoretisk, forskningsbasert kunnskap. Det synes underlig og som et stort tilbakeskritt å ville innordne sykepleiefaget i den medisinske evidensstenkningen som i sin rangering gir erfaringskunnskapen bortimot null evidens. Den er med andre ord ikke likeverdig, men klart underordnet den forskningsbaserte fakta kunnskapen.

(Martinsen og Boge, 2004)

Stortingsmelding nr. 39, Forskning ved et tidsskille 1998 – 1999, fastslår at myndighetene i fremtiden i større grad enn tidligere vil basere sine avgjørelser på forskningsbasert kunnskap. Det innebærer at de økonomiske bevilgningene følger dokumentasjon om effekt av behandling. Dette kan få store økonomiske følger for for eksempel utdanningsinstitusjonene innen sykepleie. Følger de ikke myndighetenes regler får de ikke økonomiske midler. Helse institusjonene står i samme situasjon som utdanningsinstitusjonene. Kari Martinsen (2008)

oppfatter ”evidensialismen” både som et belønningssystem og et styringsinstrument ved at det passer utmerket inn i dagens finansielle styringsmodeller i helsevesenet. (Martinsen, 2008).

I forordet til sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det blant annet, samfunnet endrer seg stadig og retningslinjene bør gjenspeile dette både i språk og tematisk innhold. Både den medisinske, teknologiske og politiske utviklingen, sammen med nye organisasjonsstrukturer, betalingsordninger og resultatkrav i helsetjenesten stiller sykepleiere kontinuerlig overfor nye etiske problemstillinger. (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2007:1)

Evidensbasert praksis sameksisterer godt med den bedriftsøkonomiske inspirerte tekningen som har fått stort innpass i offentlig sektor. I denne tenkningen er det fokus på økonomisk effektivitet, markedstenkning, fristilling, økt bruk av kontrakter og økt vekt på brukerhensyn. Den nye måten å tenke økonomi og ledelse på har ført til endret språkbruk. Som også i forordet til sykepleiernes reviderte yrkesetiske retningslinjer fra 2007. I dag snakker en om produksjon, kvalitetskontroll, kunde – et språk en tidligere helst møtte i industribedrifter. Vi blir fanget av språket. Dette språket kommuniserer best med de positivistiske empiriske vitenskapsidealer som legger vekt på målinger og effekt – evidensbasert praksis. Både økonomer, ledere og fagfolk som snakker dette språket kan få svar på konkrete spørsmål og kostnadseffektivitet. (Ekeland 2008) Generelt kan en si at i denne tenkemåten prøver en å standardisere behandlingen mest mulig slik at helsevesenet lettere lar seg styre av politikere og makthavere – politisk og økonomisk styring, og i mindre grad av fagfolk og skjønn. (Boge og Martinsen, 2004)

I denne sykdomsforståelsen er forestillingen om synlig, objektive sykdomstegn blitt et allment krav for å akseptere mennesker som syke. I det bedriftsøkonomisk, evidensbaserte, standardiserte helsevesenet ser en på omsorg og pleie som varer som kan prises og forhåndsdefineres i instruksjer og brukerkontrakter. (Martinsen og Boge, 2004)

Evidensbasert praksis med sine skjemaer, manualer og forenklinger av begreper er med på å premiere entydige medisinske diagnoser.

Kronikere, spesielle og sammensatte lidelser kan falle utenfor. Det vil for eksempel ikke betale seg å ta hånd om gamle med flere lidelser. (Martinsen, 2008)

Omorganisering i det offentlige helsevesenet har vært et gjennomgående tema. New Public Management har nå etablert seg som den nye offentlige styringen der bedriftsøkonomi er det nye styringsverktøyet.

## 5.2 New Public Management – NPM

De mange ulike reformtiltakene som går under betegnelsen New Public Management kan forstås i lys av ønsket om å yte bedre tjenester for mindre penger. Alle reformbestrebelsene som faller inn under denne betegnelsen er begrunnet med et effektiviseringsargument.

(Vike mfl.2002:78)

New Public Management – NPM – startet på begynnelsen av 1980-tallet som en reformbølge i offentlig sektor. Med utgangspunkt i Australia og New Zealand. NPM spredte seg senere til andre land, og etter hvert er alle verdensdeler berørt av denne reformbølgen som dels kan sees som spredning av ideologi og nye ideer om organisering av det offentlige apparatet, og dels som spredning av konkrete reformtiltak. Det ble hevdet at NPM var en reaksjon på at den ”gamle offentlige sektor” hadde effektivitetsproblemer, legitimitetsproblemer og problemer med bred mobilisering av befolkningen. Dette skulle den nye organiseringen bøte på gjennom økt fokus på effektivitet, som et overordnet mål. Effektivitetsgevinsten skulle realiseres gjennom en rekke tiltak som blant annet fristilling av etater, økt vekt på resultater samt en sterkere brukerorientering. (Christensen, 2006)

NPM representerer en kobling mellom bestemte ideologiske utgangspunkt og bestemte organisasjon og styringsformer, og at disse koblingene fremstår som relativt konsistente og entydige. Det dreier seg om et sett av ideer som utgjør et løst sammensatt grunnlag for konkrete endringsprosesser. Disse ideene har et viktig særpreg, de integrerer vitenskapelig tilnærminger og modeller med praktisk – politisk handlingsprogrammer. Der forskere, organisasjonsutviklere og politiske bevegelser har tillatt seg det politiske hegemoniet – i konkurranse med alternative perspektiver på organisering av offentlig virksomhet. Med andre ord er det her vanskelig å sette skille mellom vitenskap og politikk.

(Ramsdal og Skorstad 2004:58)

Christopher Pollitt, en britisk organisasjons teoretiker, studerte de første moderniseringsprogrammene som ble iverksatt i noen av de europeiske landene.

Pollitt hevdet at reformene hadde en felles ideologisk ramme og de konkrete uttrykk for denne ideologien er i følge Pollitt (Ramsdal og Skorstad 2004 s.60):

- Sterkere kontroll med offentlige utgifter, både på makro og mikro nivå.
- Utvikling av desentralisert ansvarsledelse, etter at økonomiske mål og mål for organisasjonen er blitt vedtatt sentralt i organisasjonen.

- En ”nyttayloristisk” ledelsesfilosofi. Sentralt i denne er å sette klare mål, utvikle resultatindikatorer, et straffe- og belønningssystem basert på systematisk resultatevaluering. Linjeledelse styrkes. I dette ligger også at de overordnede lederes forståelse av kompleksitet i arbeidsoppgaver og arbeidsorganisering på det operative nivå er liten.

Med utgangspunkt i Pollitt kan en hevde at New Public Management – reformen er kjennetegnet av seks grunnelementer, som det etter hvert er blitt stor grad av enighet om (Ramsdal og Skorstad 2004 s.61):

- Vektlegging av økt kostnadsbevissthet / effektivisering, der argumentasjonen er basert på modeller fra private bedrifter.
- Vektlegging av et ”brukerperspektiv”.
- Innføring av nye organisasjonsmodeller, kjennetegn ved ”divisjonisering” og resultatenheter.
- Helhetsledelse / totalansvarsledelse – ”managementsledelse”.
- Målstyring som viktigste planleggingssystem.
- Resultatevalueringssystem som kobler mål og resultatvurderinger.

Disse seks punktene kan deles inn i tre kategorier. De to første punktene har primært kulturelle og symbolske kjennetegn som gir krav til organisasjon og til ledelse. Velferdsstaten er for dyr, det kreves at det frigjøres ressurser fra offentlig virksomhet som kan nyttiggjøres andre steder som for eksempel i privat sektor. NPM dreier seg om en strategi for effektivisering som igjen kan deles i to typer effektivitet. Kostnadseffektivitet og formåls effektivitet. Det første, kostnadseffektivitet har med administrasjon og organisering å gjøre, – å gjøre tingene riktig! Organisere slik at målet nås på billigst mulig måte. Formåls effektivitet derimot handler om- å gjøre de riktige tingene! Altså, sikre at det er mulig for virksomheten å nå de målene som er satt – ledelse.

Brukerperspektivet er å sette fokus på brukerrolle og endring fra passiv mottaker til aktiv deltagelse ut fra egendefinerte behov. men, et spørsmål å stille er hvordan kan individuelle brukerbehov sikres samtidig som en setter budsjettmessig tak på ytelsene? (Ramsdal og Skogstad 2004) De to neste punktene er kjennetegn ved den formelle organisasjonsstrukturen. Organisasjonsmodeller som impliserer ”fristilling” og ”desentralisering” er retningsgivende. I

sin ytterste konsekvens dreier det seg om import av en utbredt måte å organisere større private bedrifter på: ”Konsernorganisasjon”. Det dreier seg om at offentlig sektor skal endres fra en ”byråkratisk”, til en ”divisjonalisert” organisasjonsform (Ramsdal og Skorstad 2004.)

Konsernorganisasjon betegnes som en superstruktur som kan samordne ulike virksomheter på en ny måte- divisjoner. Det vil si en mindre aktiv styring av bedriften fra overordnet ledelse i de offentlige virksomhetene. Det kan tilsynelatende virke som det skjer en desentralisering med mer frihet til underenheter i organisasjonen, men konsernorganisasjonen vektlegger strategisk ledelse fra et organisatorisk toppunkt. Den øverste ledelsen setter premissene mens ledere på divisjonsnivå er ansvarlig for å styre divisjonen i tråd med de mål og innenfor de rammer som konsernledelsen har trukket opp. I følge Pollitt, utvikling av desentralisert ansvarsledelse etter at økonomiske rammer og mål for organisasjonen er vedtatt sentralt. Linjeorganisasjonen blir styrket og ansvar for virksomheten kan identifiseres klart og tydelig. For store deler av offentlig virksomhet innebærer dette at faglig, økonomisk og personaladministrativt ansvar ikke kan splittes opp, men må samles i et totalansvar for virksomhetene på alle nivåer i organisasjonen. Dette er en idealtypisk beskrivelse av konsernorganisasjonens prinsipper, klar arbeidsdeling, formell kommunikasjon, hovedkvarteret tar kun strategi og resultatkontroll – kan si opp ulydige og udyktige divisjonsledere og til sist etablerer økonomiske – administrative, faglige rapporteringssystemer fra divisjonene. (Ramsdal og Skorstad, 2004:73)

De to siste punktene er kjennetegn ved styringsformen der målstyring er satt ut fra tre fastsatte grunnprinsipper. Konkrete mål, må være operasjonell / realiserbare. Det må finnes et system for resultatmåling / evalueringssystem. Og til slutt et belønningssystem – der resultatoppnåelse får konsekvenser / evt. straffesystem. Det overordnede målet er å få mest mulig ut av minst mulig ressurser. Mer helse for hver krone! Metoden baserer seg på en felles erkjennelse av behov for forandring fra den situasjon man er i, og det kreves personlig ansvar og forpliktelse av de som er med på å fastsette mål. (Ramsdal og Skorstad 2004)

NPM har kommet sakte inn i det offentlige helsevesenet i Norge. Dette har gjort at vanlige arbeidstagere ikke er blitt oppmerksomme på hva som skjer, og hvordan de organisatoriske omorganiseringene påvirker og forandrer organisasjonen en arbeider i og arbeidssituasjonen til personalet. Vi har godtatt at det er lite penger, systemet er ikke effektivt nok og en må gjøre seg fortjent til å få økonomiske midler. Dette er gjeldende både for institusjonen og for

den enkelte arbeidstaker for den enkelte arbeidstaker gjør dette seg gjeldende i form av lønnsforhandlinger som nå i stort monn foregår på lokalt plan der en må vise at en er endringsvillig, tar på seg ekstraoppgaver, er positivt innstilt og ikke protesterer. Akseptasjon av at systemet er slik, er for lengst innarbeidet.

Evidensbasert praksis i sykepleie passer godt inn i dette systemet. Effektivitetskravet strekker seg etter målbare resultater. Evidensbasert praksis gir deg en prosedyre og et resultat som kan telles og eller måles i utført oppgave, bruk av materiale og bruk av tid. Evidensbasert praksis spør: hva er målet og hvordan kommer vi dit – jo en standardisert prosedyre som kan fortelle deg dette.

Jeg vil videre ta for meg og utdype de seks grunnelementene som kjenner New Public Management – reformen, med utgangspunkt i Pollitt.

Jeg tenker meg en pyramide der konsernledelsen sitter på toppen som et organisatorisk toppunkt. Her settes premissene. Nedover i pyramiden fordeles ansvaret for å nå målene, resultatevaluere og utføre helsetjenester på billigst og raskest mulig måte. Nederst i pyramiden er brukeren, det svakeste punkt, men like fullt det viktigste, for det er vel brukeren det handler om?

Jeg velger å trekke helhetsledelse/totalansvarsledelse og divisjonalisering sammen for å vise hvordan ansvaret for fag, kvalitet og resultatoppnåelse drives nedover i pyramiden, mens de økonomiske rammene og bedriftens mål er satt på toppen.

Jeg finner det naturlig å organisere punktene i en annen rekkefølge enn det Ramsdal og Skogstad har gjort i boken: *Privatisering fra innsiden 2004*. Egentlig er det unaturlig og vanskelig å dele disse punktene opp i egne enheter. De flyter over i hverandre og påvirker hverandre frem og tilbake.

#### *Helhetsledelse- totalansvarsledelse og divisjonalisering*

Retorikken om at i den nye organisasjonsmodellen i offentlig sektor – NPM dreier seg om fragmentering og eksperimentering ser ut til å bli akseptert i allmennheten. Statsviteren Harald Gammelsæther er skeptisk til denne retorikken. Han har hevdet at det er en bevisst underliggende konsernlogikk som nå gjøres gjeldende. Denne logikken binder sammen de

ulike modellene som vi kan observere, og den underliggende og grunnleggende ideen om at en skal effektivisere beslutningssystemene slik at de blir like effektive som i privat sektor. (Ramsdal og Skorstad, 2004:70)

Konsernorganiseringen betegnes som ”superstruktur” som samordner ulike virksomheter på nye måter. Det nye i dette er mindre aktiv styring av driften fra overordnet ledelse - konsernledelsen. Dermed kan det tilsynelatende virke som det skjer en desentralisering med mer frihet til underenheter i organisasjonen. I virkeligheten er dette et symbolpolitisk grep med tvetydig innhold og det dreier seg om en forenkling av styring og ledelse i store og komplekse organisasjoner. Konsernorganisasjon vektlegger strategisk ledelse fra et organisatorisk toppunkt, men baserer seg samtidig på å redusere belastningen på toppledelsen. Gjennom å desentralisere lederoppgaver vil organisasjonen fragmenteres, og de enkelte divisjoner under konsernledelsen vil få tilsynelatende stor grad av frihet i gjennomføringen av sine oppgaver. Dette er et symbolpolitisk begrep med tvetydig innhold. Konsernledelsen setter rammebetingelsene for konsernet og dets divisjoner. Friheten er symbolsk. (Ramsdal og Skorstad, 2004)

Divisjonene er fanget i de økonomiske rammene og i målene som konsernledelsen har satt for organisasjonen. Altså blir friheten innenfor disse rammene og den blir svært begrenset – tilnærmet symbolsk.

Forskyvning av ansvar er et hovedanliggende i den nye organiseringen. Ansvaret delegeres fra toppledelsen og nedover i systemet til de enkelte avdelingene. Budsjettet er fastsatt og ansvaret for at målene nåes er pålagt avdelingens ledelse. (Vike 2002:107)

Helhetsledelse/totalansvarsledelse og divisjonalisering viser hvordan ansvaret for fag, kvalitet og resultatoppnåelse drives nedover i pyramiden, mens de økonomiske rammene og bedriftens mål er satt på toppen i konsernet.

I enkelte kommuner har konsernorganisering blitt lansert med; kommunestyre som konsernledelse, rådmann som administrerende direktør og sektorene som divisjoner. (Ramstad og Skorstad 2004)

Helsesektorens spesialisthelsetjeneste har etablert konsernmodeller flere steder. Helseregionene er konsernledelsen, som eksempel, Helse sør – øst, og de ulike sykehusene



har hver sin direktør, kirurgiskavdeling / medisin / røntgen /serviceavdeling og så videre er egne divisjoner. Konsernledelsen setter de økonomiske rammene, deler ut økonomiske midler og setter overordnede mål. De enkelte divisjonene skal være selvforsynt med hensyn til ressurser og hjelpesystemer i ”produksjonen”. Avhengighet mellom divisjonene reduseres til et minimum og hvem som betaler avgjøres før en er villig til å yte service utover rammene. Det vil si, satt noe på spissen, men som i høyeste grad er aktuelt. Kommer det en pasient som skal opereres og/eller det eventuelt blir snakk om å operere noe mer som ikke var tiltenkt, og/ eller hører innunder en annen avdeling/divisjon, må de finansielle sidene klargjøres før en går videre. Det samme gjelder om pasienten blir liggende på en annen avdeling enn den pasienten ”tilhører”. Hvem betaler er et aktuelt spørsmål.

Når divisjonene kjøper tjenester av hverandre er kostnadsstedet viktig. Bakgrunnen for dette er at en skal kunne telle og beregne kostnadseffektivitet i de enkelte ledd i organisasjonen. Dette danner et grunnlag for prising av tjenester. For helsevesenets side vil dette være prising av behandling og oppfølging av pasienter. Konsernorganiseringen har da oppnådd hovedmålet ved å effektivisere beslutningssystemene slik at de er like effektive som i privat sektor. (Ramsdal og Skorstad, 2004:69-71)

Et vesentlig punkt ved privat virksomhet ser ut til å bli glemt i denne sammenheng. Et privat foretak eller virksomhet kan velge å satse bare på lønnsom og rasjonell drift. De kan velge å satse på en type pasienter, der det er mye penger å hente fra staten. De kan være kostnadseffektive på dette. Det vil være forventet forløp og lite komplikasjoner med pasientene. Dermed har virksomheten kontroll på økonomien. Dette er valg det offentlige helsevesenet i Norge ikke kan ta. Et eksempel er jo når det skjer noe uforventet eller akutt med pasientene i det private helsevesenet. Da blir alle innlagt, eller overflyttet offentlig instans. Andre eksempler der private virksomheter ikke satser er kroniske sammensatte lidelser eller psykiatri. Her vil det være vanskelig å tjene penger.

Det skal hele tiden være mulig for en toppledelse å vurdere om den enkelte divisjon fungerer optimalt eller ikke i forhold til de (økonomiske)målene som er satt. Divisjonslederen har en koordineringsrolle og det innebærer at divisjonslederen inngår i konsernrådet samtidig som divisjonslederen skal styre divisjonen i tråd med de mål og innenfor de rammer som konsernledelsen har trukket opp. Divisjonslederen har en sentral samordningsmekanisme i konsernet. Det er to viktige implikasjoner i dette. Linjeorganisasjonen blir styrket slik at

ansvar for virksomheten kan identifiseres klart og tydelig. Den enkelte leders mandat blir styrket og denne lederen får ansvar for hele virksomheten. Dette gjelder for divisjonsledelsen i første omgang. I neste omgang vil dette også gjelde for under enhetene - de enkelte sykehusavdelingene, fordi ansvarsprinsippet forutsetter internkontroll i den enkelte divisjon. Dette innebærer at faglig, økonomisk og personaladministrativt ansvar ikke kan splittes opp, men samles i ett totalansvar for virksomhetene på alle nivåer i virksomhetene. (Ramsdal og Skorstad, 2004:72)

Dette betyr i praksis at konsernledelsen setter de økonomiske rammene og bestemmer mål i konsernet. Divisjonsledelsen har ingen innvirkning på denne prosessen, men får ansvaret for å nå målene med de økonomiske rammene som er satt av konsernledelsen. Dersom ikke målene nåes er det lett å finne de ansvarlige ledere.

Konsernledelsen har økonomisk og administrativ styring, men ansvaret for at de økonomiske rammene holdes og at de ulike målene nås ligger hos divisjonsledelsen og nedover i pyramiden.

Ved konsernledelse er det viktig at toppledelsen viser sosial og geografisk avstand, slik at en ikke møter verken pasienter, pårørende eller personalet. Når toppledelsen sitter i en bygning som er i enden av et sykehusområde og vinduene for eksempel vender utover mot byen er det lettere å gjennomføre økonomiske kutt. En ser ingen etiske dilemmaer på toppen av pyramiden. Men dilemmaene øker på i antall, styrke og intensitet nedover i systemet.

### *Kostnadsbevissthet og effektivisering*

Det grunnleggende utgangspunkt for New Public Management er at velferdsstaten er for dyr. Teknologisk utvikling og internasjonal konkurranse i en global økonomi krever at en frigjør ressurser fra offentlig virksomhet for å sette dem inn i den dynamiske private økonomien. Alle forfattere som beskriver NPM tar utgangspunkt i at det hele dreier seg om en strategi for effektivisering. Vektlegging av økt kostnadsbevissthet og effektivisering der argumentasjonen er basert på modeller fra private bedrifter. Det dreier seg om to typer effektivitet. Kostnadseffektivisering og formåleffektivitet. (Ramsdal og Skorstad, 2004:62-63)

Kostnadseffektivitet legger grunnlag for å få ned enhetsprisen på offentlige tjenester slik at det blir mer helse for hver krone. I 1997 vedtok stortinget å innføre såkalt innsatsstyrt

finansiering – ISF, i somatiske sykehus. Inspirasjonen kom også her fra USA, Frankrike og England. Dette systemet besto i å endre bevilgningene til sykehusene fra generelle finansieringsordninger til et mer målrettet system som skulle belønne innsats. Konkret innebærer denne ordningen at sykehuset får dekket ca.

50 % av sitt budsjett gjennom rammefinansiering, mens de resterende 50 % skal dekkes gjennom inntekter basert på egenaktivitet, altså ISF. Motivasjonen bak dette dreide seg om styring i tre betydninger. Systemet var en del av en overordnet ambisjon om å bringe utgiftene under kontroll. Det andre var tanken om at pengene skulle brukes mer målrettet slik at politiske prioriteringer skulle gi konkrete effekter. For det tredje ønsket man å få sykehusene til å gjøre mer for pengene. (Vike mfl. 2002:101-102)

Hensikten med innføringen av ISF var å øke behandlingsaktiviteten, slik at flere pasienter kunne få raskere behandling. Innsatsen blir målt gjennom bruk av DRG- systemet. DRG står for, diagnose relaterte grupper. Dette er et system som gjør det mulig å anslå hva ulike kategorier av pasienter og behandlinger koster sykehuset – og dermed hva som kan gi /gir inntekter. DRG- poeng regnes ut på grunnlag av medisinsk behandling. Systemet omfatter en henvisning til liggetid, men inneholder ikke referanse til pleie- og omsorgsoppgavene. (Vike 2002:102)

Formålseffektivitet er et utgangspunkt for å redusere offentlig virksomhet, fordi private aktører i større grad vil kunne ivareta de politiske målene en har for tjenesteytingen. Men det er også et utgangspunkt for å fremme kvalitet innenfor rammen av offentlig virksomhet ettersom det hevdes at offentlig virksomhet tradisjonelt ikke har utviklet incentiver (motivasjoner for å nå et mål) for å sikre kvalitet. Derfor vil fristilling og konkurranse ha en positiv virkning. I formålseffektivitet skilles det mellom organisasjon og dens omgivelser. Det kan høres tilforlatelig ut, men poenget er at det er gjennom å identifisere klart utskilte organisatoriske enheter, en kan legge til rette for de styringsmekanismer som åpner for å effektivisere offentlig virksomhet. Dette er en av grunnene til at offentlig forvaltning mer diffuse rolle som samfunnsinstitusjon må erstattes med en klart definert rolle som tjenesteyter. Her er det to elementer som er viktige. En teori om at effektiv organisering introduseres på tvers av skillet privat/bedrift og offentlig, og det andre at NPM kommer til uttrykk som en tilsynelatende ustoppelig utprøving av nye organisasjonsmodeller. (Ramsdal og Skorstad, 2004:68-69)

Denne retorikken har vi godtatt sier Gammelsæter og er skeptisk. Han sier, som jeg tidligere har vist til i 4.2.1, at dette er en bevisst underliggende konsernlogikk, og den underliggende og grunnleggende ideen er effektivisering av beslutningssystemene.

### *Målstyring*

Målstyring er kanskje det mest kjente begrepet ved New Public Management. Det er tre fastsatte grunnprinsipper ved målstyring. Konkrete mål, resultatmåling og konsekvenser- sagt på en annen måte belønning eller straff. Alt etter som målet er nådd og om resultatet er tilfredsstillende. Fra 1990 har målstyring og virksomhetsplanlegging for statsbedrifter vært pålagt i Norge. Før Norge innførte målstyring i offentlig sektor ble det hevdet at målstyring i denne sektoren aldri kunne bli effektiv. Dette skyldtes at målstyring som ide er basert på en ingeniørmessig forståelse av full rasjonalitet i beslutningsprosessene. Det ble hevdet at offentlig sektor var for komplekst, med for mange innebygde kompromisser mellom ulike hensyn til å kunne skape klare og entydige mål for virksomheten. Målstyring er i dag allikevel gjennomgående i all offentlig styring i Norge, som i alle andre vestlige land.

Målstyringen henger tett sammen med resultatevaluering, og defineres ofte sammen. To sentrale elementer i mål- og resultatstyringskonseptet er fastsettelse av mål og fokus på resultatmåling med tilbakeføring av informasjon og evaluering av resultatopnåelse.

(Ramsdal og Skorstad 2004:74)

Evidensbasert praksis passer godt inn i denne organiseringen, og ved målstyringen ser en at standardiserte mål, ved de ulike diagnosene, er med på å sikre kvalitet og optimal behandling, ingen tilfeldig behandling. Det gir rasjonell drift og en har kontroll på kostnadene. Dersom ikke noe uforutsett skjer.

Målstyring er en administrativ teknikk for effektivisering av organisasjoner. Målstyring betegner generelt en styringsteknikk der de folkevalgte/ konsernledelsen skal formulere klare overordnede mål og gi kostnadsrammer. Forvaltningen eller divisjonene gis stor frihet til å velge måter og midler til å nå disse målene på., men kostnadsrammen er satt. Ved hjelp av tilbakeføring evaluerer de folkevalgte eller konsernledelsen i ettertid hvor godt administrasjonen har gjort arbeidet. Denne teknikken representerer en direkte form for styring og inneholder følgende sentrale elementer (Eriksen 1999:107):

- Målstyring med utvikling av en klar målstruktur for offentlig virksomhet
- Systematikk i offentlig virkemiddelbruk - Standardisering

- Klar arbeidsdeling mellom autoritetsnivåer og delegering av myndighet til lavere nivåer, med et mer direkte ansvar for valg av virkemidler – Totalansvarsledelse/ helhetsledelse og divisjonalisering
- Sterk orientering mot tjenesteproduksjon, brukernes behov og resultatene av offentlig virksomhet - Brukerperspektivet
- Innføring av terminologi fra privat virksomhet - Språket
- Økt kostnadsbevissthet – Kostnadseffektivitet

Mål og resultatstyring er et styringsprinsipp hvor overordnede mål fra politisk ledelse, hovedmål fra sykehusets ledelse og konkrete driftsmål på avdelingsnivå utgjør en helhetlig struktur. Målene må være operasjonaliserbare, konsistente og stabile for at resultatene skal bli dokumenterbare og etterprøvbare. Det vil si at målene og resultatene skal være evidensbaserte. (Eriksen, 1999:109)

Eriksen beskriver en kartlegging i behandlingsmål som ble utført på Tromsø sykehus på slutten av 1980- tallet. De beskrev og dokumenterte de resultatene som sykehuset tok sikte på å oppnå. Behovsbegrepet ble avvist ganske tidlig som styringsmål. Dette fordi det ble konkludert med at det ikke finnes objektive kriterier på hvilke behov som eksisterer det ble konkludert med at det mest konstruktive styringsmålet måtte være å etablere et rasjonelt planlagt tilbud, altså et standardisert tilbud basert på et faglig og en helsepolitisk konsensus. Det etableres altså standardiserte mål der en sikrer kvalitet via evidens. (Eriksen, 1999:109)

Legene var opptatt av at alle måldataene måtte være objektive og tilfredstille vitenskapelige krav.(Eriksen, 1999:111) Dette vil også gjøre målresultatet lettere å telle og måle – den evidensbaserte praksis.

På sykepleiesiden har individuelle pleieplaner med den enkelte pasientens behov, ressurser, mål og evaluering vært en brukervennlig plan for å nå et eller flere mål for pasienten. I de siste årene har dokumentasjonsfeltet blitt tilført en rekke nye begreper som pasientjournal, individuell plan, standard sykepleieplaner og forventet forløp. Databaserte klassifikasjonssystemer og beslutningsstøttesystemer er på vei inn i praksis. Vi er på vei inn i en teknologisk utvikling der faren er til stede for at pasientens stemme ikke gis rom i dokumentasjonen. (Heggdal, 2006:190)

I en standardisert pleieplan er forventet forløp en standard for sykepleie basert på klassifisering av bestemte gruppers behov. Forventet forløp er en plan, et kart over behandlingsforløpet for en pasientkategori. Planen skisserer status ved avsluttet forløp, hovedtrekk i behandlingsprosessen i de enkelte fasene i forløpet og forventet ressursinnsats underveis. (Heggdal, 2006:191) Økt bruk av standardiserte pleieplaner og forventet forløp på pasientene viser hvordan kostnadseffektivitet og rasjonell drift er overordnet. En styrer etter mål som er kontrollerbare. Standardiserte pleieplaner sikrer standardisert munnstell eller sårstell, men det er en fare ved at det kan bli et avkryssingsskjema der sykepleieren krysser av for utført oppgave. Det hevdes at forventet forløp også kan være grunnlag for å lage individuelle sykepleieplaner, men her er det grunn til å rope varsko. Det er ikke forventet forløp som skal sette standard eller styre sykepleien, men pasientens sammensatte situasjon, ressurser og helseproblem som vi handler individuelt overfor. Dersom sykepleien baserer seg på forventet forløp, blir de faglige forventningene om oppnådde resultater lett et skjema en skal og må følge. To mennesker med samme diagnose og forløpet medisinsk sett er forventet å være det samme, kan disse to personene ha totalt ulike reaksjoner på det å ha fått en sykdom og gjennomgå behandlingen. Hvor blir pasientens erfaring av i det forventede forløp, og hvor er det plass til å dokumentere den individuelle reaksjonen og konsekvensen av diagnosen som er det sykepleie handler om? (Heggdal 2006:192)

Økt brukerperspektiv er et av hovedelementene i NPM. Fra å være passiv mottaker skal en bli aktiv deltager. Hvordan kan en koble standardiserte mål til et individuelt brukerperspektiv og valgfrihet? Behovene vil være høyst forskjellige avhengig av diagnose, funksjonsnivå, etc.

Målstyring i offentlig sektor er en utfordring. Operasjonalisering av mål er en kompleks oppgave. Jo mer kompleks arbeidsoppgavene og situasjonene er jo mer operasjonelle og gjennomførbare må målene være. Faren er at målene konsentreres rundt de oppgavene og aspektene der resultatevalueringen kan måles kvantitativt. Her er det fare for banalisering av komplekse situasjonene. De mest komplekse situasjoner og de mest intellektuelt utfordrende oppgaver står i fare for å bli formidlet som enkle indikatorer til resultatevaluering – som er operasjonaliserte målformuleringer. (Ramsdal og Skorstad, 2004:76)

I offentlig sektor kommer målstyring lett opp i det som er det generelle problemet med kostnad, kontra nytte effekt. Faren for slike konsekvenser knyttes til det forholdet at en vurderer behandlings- og pleiebehovet opp mot kostnader. For eksempel kan en komme til å

beregne hva pasienter koster for en avdeling, i den hensikt å unngå tyngre ressurskrevende pasienter. Problemet er når målstyring med sitt ensidige evalueringskriterium innføres i en kompleks beslutningssituasjon der aktørene har flere hensyn å ta. Det som kan kvantitativt belegges kan komme til å erstatte de kvalitative mål. Faren for målforskyvning er stor fordi en bare har kvantitative indikatorer på de mål en er satt til å ta hensyn til. Dette reiser etiske problemer. Målstyring kan derfor bare ha et begrenset anvendelsesområde i offentlig sektor, der kunnskap, profesjonalitet og etikk styrer aktivitetene. Målstyringskonseptet bygger på en snever styringslogikk som kan gi irrasjonelle konsekvenser i en praktisk sykehussituasjon. Innretningen av kvantiserbare størrelser og resultatorienteringer kommer lett på kollisjonskurs med de psykososiale og normative aspektene som er involvert i pleie og behandling av syke mennesker. (Eriksen 1999:114)

Det er målstyringsmetoden som hjelper den enkelte leder i ledelsesprosessen. Denne metoden tar utgangspunkt i ønskede resultater og ikke i regler eller rutiner og aktiviteter. Målstyring innebærer å synliggjøre ledelse ved å utvikle ledelsesprosesser der så mange som mulig i personalgruppen ser sammenhengen mellom mål og resultat. Det er viktig at tiltak for å nå målene, og det ønskede resultatet dette fører til, er synlig i arbeidsmiljøet. Arbeidstakere trekkes inn i prosessene og informeres underveis hvordan avdelingen ligger an til å nå målene som er satt og til å holde budsjettet. På denne måten vil alle føle ansvar for at målene nås og at resultatet blir som ønsket. Ledelsesformen krever at man kan prioritere bruk av knappe ressurser mot behov som forandrer seg. Dette gjøres for å skape de resultater man i ”felleskap” har blitt enige om. (Ramsdal og Skorstad, 2004:74-75)

Det skapes en felles ånd der alle drar mot målet. Vi klare litt til om vi løper fortere, ikke tar matpause og blir litt over arbeidstiden.

### *Resultat og evalueringssystem*

Mål og resultatstyring er som tidligere ofte omtalt sammen og vanskelig å skille. Resultat og evaluering er avhengig av målene. Målene som settes skal være målbare slik at de skal kunne evalueres og en skal kunne si at dette er resultatet. Det legges stor vekt på resultatmåling og tilbakeføring av informasjon om hvordan offentlige tiltak virker. Dette skjer ved utvikling av målsystemer som gjør det mulig å systematisk etterprøve måloppnåelse. Dette kan gjøres ved at en utvikler indikatorer som kan vektlegge evaluering og tallfeste resultater.

Resultatevaluering vil alltid være orientert om det kvantitative resultatet. Det som kan måles og telles. (Ramsdal og Skorstad, 2004:76)

Jeg ser det som viktig å være klar over, og se faren ved at det lages indikatorer der det mest komplekse og de intellektuelt mest utfordrende oppgavene risikerer å bli fremstilt og formidlet med enkle indikatorer. Banalisering og forenkling gjennom indikator systemet er en særlig utfordring i offentlig sektor der mange ulike oppgaver, kunnskapsformer og profesjoner risikerer å tape i kampen om ressursene nettopp fordi deres arbeid ikke uten videre kan tilpasses de kravene til enkle mål som effektivitetskravene stiller. (Ramsdal og Skorstad, 2004:77)

Evidensbasert praksis passer godt inn i målstyring og resultatevaluering. Evidensbasert praksisen er forskningsbasert, standardisert, etterprøvbar og kontrollerbar. Den sikrer rasjonell drift, man har forventet forløp og kontroll på tid og økonomi. Noe som vanskelig lar seg tilpasse kroniske pasienters hverdag, psykiatriens kompleksitet og hjemmesituasjonen for eldre som trenger hjemmebaserte tjenester.

Resultat og evalueringssystemet ender opp i et straffe eller belønningssystem. Hva er straff og hva er belønning? Det kommer antagelig an på hvem du spør.

Er det straff når operasjonsavdelingen er rammet av mye sykdom, personalet som ikke er syke står på som aldri før og får operasjonsprogrammet igjennom som planlagt. Evalueringen blir: dette er flott, dere er flinke, så flinke at vi trenger egentlig ikke flere enn dere! Vi er egentlig overbemannet til vanlig. Vil effektivitet og budsjett kontroll bli en straff for de som virkelig gir sitt ytterste i en presset situasjon, men belønning for de som holder på pengesekken? Resultat vil over sikt bli dårligere med utslitte medarbeidere, feilvurderinger, liten trivsel og økt sykefravær.

Hva med ventelister på sykehusene? Hvem går det utover? Det går selvsagt utover pasientene som må vente for å få hjelp til det de trenger, men om det gjøres et grep for å kvitte seg med ventelistene. Hva da? Er det nok uthvilt og faglig skjerpet personale som kan ta seg av pasientene, eller satses det på å benytte og bruke de som til vanlig er tilstede, normal bemanning - strekke strikken enda litt lenger. Hvem går det til syvende og sist utover da også? Jo pasientene som har med utslitte helsearbeidere å gjøre. Hvordan går det med sikkerhet og overvåking? Helsearbeidernes helse er også verd å tenke på. Hvem blir vinnere i et slikt system?



Arbeidsplasser innfører ny virksomhetsstyring med vekt på kvalitetssikring og periodisk evaluering – utenfra pålagt og oppover rapportert selvevaluering. Vi møter en ledelse som krever at den ansatte identifiserer seg med virksomhetens målsetting. Omstillingsparameterne handler ikke lenger bare om arbeidsoppgaver, men dypere, mer utmattende om personlighet. Selvutviklingsbegrepet kidnappes av organisasjons og ledelsesteori. Det menneskelige utviklingspotensialet pantsettes for å oppfylle bestemte formål, som å levere stadig flere resultatoppnåelser til bruk for merproduksjon av varer, ytelser og forbruk. Individet avkreves konstant selvevaluering, og ytre kontroll oppleves som selvkontroll. Kan du strekke den strikken du er enda litt lenger? Trengs det en holdningsendring? Du må arbeide enda hardere med, - les: mot - deg selv. Du er hva du presterer. Ledelsen med de humankapitalistiske verdiene vet hvordan du skal være. Slik at din rovdrift på deg selv kan smøre hjulene i en økonomi oppsatt på maksimal rovdrift på den ytre natur. (Vetlesen, 2007)

Skal du henge med i helsevesenet i dag må du yte maksimalt til alle tider. Du evalueres og lønnes etter positive holdninger til omorganiseringer/ omstrukturering, markedsfør deg som en ressurs, vær omstillingsvillig, ha god arbeidskapasitet, vær effektiv og kostnadsbevisst.

### *Brukerperspektivet*

Brukerperspektivet er et uttrykk for en endring fra en passiv rolle som tjenestemottager til en aktiv rolle der en kan velge ytelser ut fra egendefinerte behov. Den offentlige virksomhet skal være et sted der brukere selv skal kunne definere sine behov og det skal kunne tilrettelegges for dette. Bruker perspektivet dreier seg om hvordan en skal sikre at brukernes ønsker ivaretas med hensyn til hvilke tjenester som ytes, omfang og kvalitet på disse tjenestene. Idealet er at tjenesteyterne gjennom konkurranse vil levere bedre tjenester, det vil si tjenester tilpasset den enkelte mottakers særegne behov. Ulikheter blant brukere i det offentlige virksomhet er stor, hvordan kan en sikre de ulike behovene og den individuelle brukervedvirkningen? I tillegg må brukeren selv vite hva som kan og skal velges og de må også ta stilling til hvem som skal yte disse tjenestene. (Ramsdal og Skorstad, 2004:66-67)

I kartleggingen fra Tromsø sykehus ble det presisert at behovsbegrepet ble avvist som styringsmål fordi det ikke finnes objektive kriterier for hvilke behov som eksisterer. Det ble konkludert med at det mest effektive og konstruktive styringsmålet måtte være å etablere et rasjonelt planlagt tilbud. (Eriksen 1999)

Halvard Vike referer til en undersøkelse som ble utført av Per A. Pettersen og Lawrence E. Rose i 1997, i denne undersøkelsen går det frem at det er rollen som bruker av offentlige tjenester de fleste identifiserer seg med og ikke rollen som ”velger” eller ”betaler”.

(Vike 2002:76) Et eksempel på dette er tildeling av hjemmehjelp, en uttalelse fra en bruker som sa, jeg er ikke opptatt av å velge hvor hjemmehjelpen kommer fra – jeg trenger mer hjelp i hjemmet mitt for å kunne bli boende, ikke valgfrihet. (utsagn i avisen for et par år siden, fra en hjemmehjelpstrengende bruker)

Statlige myndigheter, det vil si Stortinget, Regjeringen og sentraladministrasjonen håndterer motsetningene mellom ambisjonsnivået og velferdsstatens reelle kapasitet på relativt stor avstand. Denne motsetningen fremstår på dette nivået som en kombinasjon av gode hensikter og velferdslovgivning på den ene siden. På den andre siden er håndtering av kapasitetsproblemer som et økonomisk og administrativt problem. På velferdsstatens grasrotnivå er motsetningen mer umiddelbartilgjengelig for erfaring. Den manglende evne til å realisere velferdsambisjoner kommer til uttrykk ved at statlige krav og utilfredstilte behov blant befolkningen uttrykkes samtidig og kontinuerlig. I den lokale verden er det også noen som kan beskytte seg ved at de har muligheten til å formulere problemet som et økonomisk og administrativt problem. Men jo lenger nedover i organisasjonen man kommer, desto sterkere arter det seg som et konkret dilemma. Når hjemmehjelpen ikke har kapasitet til å hjelpe alle eldre som har rett til denne tjenesten, er problemet ikke abstrakt og formelt. (Vike 2002)

Hvordan kan en sikre individuell brukermedvirkning samtidig som det settes budsjettmessige tak på ytelsene. De budsjettmessige takene settes av konsernledelsen som sitter langt fra det operative feltet.

For å vise hvordan dette kan slå ut for brukerne kan jeg vise til et eksempel.

Vi fikk inn på sykehuset en pasient som også var bruker av hjemmebaserte tjenester. Denne personen var ved inntak svært skitten og ustelt. Dette var en ”oppegående” person i 30-årene med fysisk handicap, som trengte hjelp og hjelpemidler for å dusje. Vi var undrende til den dårlige ivaretagelse av hygiene. Etter litt tid og samtaler med pasienten kom det for dagen, jo han hadde hatt en tilpasset dusjstol, men den var gått i stykker og nå til reparasjon. Ok tenkte vi, men etter enda litt tid kom det frem at denne stolen hadde vært til reparasjon i to år. Stolen

var etterlyst, og svaret var, (etter pasientens utsagn) tror du at det bare er du som har noe til reparasjon? Ny dusjstol sto ikke på kontoen for nyanskaffelser hos hjemmebaserte tjenester. Eksempelet viser hvor dårlig det i virkeligheten står til i deler av helsevesenet, både på den økonomiske siden hvor det ikke går an å skaffe en ny dusjstol, men også på den relasjonelle siden med verdighet og medmenneskelighet.

Den samme pasienten hadde et ønske om at det skulle være et fast team som kom hjem for å bistå hjemmesituasjonen. Det viste seg å være umulig å få til. At dette ønsket ikke kan oppfylles er vanskelig å forstå når brukerperspektivet fremheves som et av de dominerende og viktige satsningsområdene i helsevesenet.

På samme måte som desentralisering blir brukerperspektiv og brukermedvirkning symbolpolitiske begreper med tvetydig innhold slik vi ser eksemplene (Ramsdal og Skorstad, 2004/66-67).

En ”bruker” av helsevesenet kom med disse utsagnene:

*”Jeg har lært mange ulike hender å kjenne. Noen spør, men har ikke tid eller trygghet nok til å vente på svar. Noen spør tryggere, mykere, noen er forte, harde og formelle – de tør ikke lytte. Andre er forte og blide, faste og myke på samme tid. Noen hender er mest kollegahender. De er forutsigbare, de vet hva de gjør og hvorfor. De liker å gjøre det fordi de trives med å hjelpe til. Jeg venter ikke at alle skal føle en masse hver gang de tar i meg. Ideelt sett har både håndparet og jeg evnen til å gi hverandre både nærhet og avstand i passe doser. Nærhet for avslapning og trygghet, og avstand for at vi ikke skal føle oss invadert av den andre. Det eneste jeg hater er når hendene tar i brukeren, og ikke i meg”. (Bjurgren, 2006)*

Er det mulig å måles kvantitativt hvordan disse hendene utfører standardiserte prosedyrer? Hvordan dette individet opplever utførelsen i en kritisk og sensitiv situasjon? Er det noe i disse standardiserte prosedyrene som gjør en side av sykepleie kunnskapen usynlig? Det faglige kliniske skjønnet, den erfaringsbaserte kunnskapen i møtet og i handlingen sykepleierens dømmekraft?

*”Et bilde av en bitteliten bruker. Dessverre er det sånn at mange som har tatt i brukeren og ikke i meg enten er profesjonelle eller under utdanning. Det er ikke noe galt i å være profesjonell, men det kan virke som en del folk med bakgrunn fra de tradisjonelle omsorgsyrkene har lært seg å tenke system først, og så person, ikke omvendt. Så kommer jeg og skal lære dem det systemet som heter Mari. Det blir ofte trøbbel. (Bjurgren, 2006)*

Dette eksempelet er antagelig representativt for flere. Er helsepersonell som arbeider med de mellommenneskelige relasjonene oppmerksomme på at dette? Hvor stor makt skal vi tillate at systemet har, eller skal få? Systemtro sykepleiere, historien fra Elisabeth Hagemannstid, går den i ring?

Det er vanskelig å tenke seg argumenter for at det offentlige systemet ikke skal være brukerorientert eller effektivt. Problemet er at disse elementene er preget av betydelig ambivalens. For det første kan en hevde at offentlig virksomhet skal ivareta en rekke hensyn som ikke fanges inn i bedriftsmodellen slik NPM legger opp til. For det andre kan det hevdes at brukernes interesser ikke uten videre legger grunnlaget for god behandling, og at offentlig sektor også må ivareta hensyn til legitimitet overfor andre grupper enn klientene. For det tredje er det antagelig i de fleste tilfeller en motsetning mellom ivaretagelse av kostnadsbevissthet og brukerinteresse. Dette problematiseres som regel ikke innenfor NPM, det snarere fremhever effektivisering som bestående av kostnadseffektivitet og formåls effektivitet der kvalitet og brukervennlighet inngår. Tankegangen om at private bedrifter tjener penger og at offentlige virksomheter bruker penger er svært vanlig i samfunnet. Dette nedfeller seg i en bestemt logikk i organisasjon, styring og ledelse som tidligere nevnt blant annet i valg av tjenester og hvem som skal yte dem. (Ramsdal og Skorstad, 2004:66-68)

### **5.3 Offentlige dokumenter og politiske føringer.**

Det norske offentlige helsevesenet styres gjennom offentlige systemer. De til enhver tid gjeldende organiseringer, bestemmelser, lover og regler. Regjeringens helse og forskningspolitikk styres av offentlige dokumenter og utredninger. Det være seg stortingsmeldinger, stortingsproposisjoner, odelstingsproposisjoner og Norges offentlige utredninger – NOU. I følge internettsiden [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) (helse- og

omsorgsdepartementet) følger saksgangen til Stortinget og regjeringen fastlagte prosedyrer der regjeringen tar opp på eget eller andres initiativ en sak. Det opprettes et utvalg som utreder saken. Utvalget avgir deretter en utredning til det departementet saken sorterer under. Deretter blir saken behandlet i departementet og det blir utarbeidet en proposisjon eller melding til Stortinget som en tilråding om hva stortinget bør beslutte.

Deretter behandler regjeringen saken i statsråd, etter dette er det Stortinget som tar saken i den aktuelle Stortingskomiteen som igjen avgir innstillinger.

Det er slik at de offentlige dokumentene ofte bygger på hverandre, jeg har valgt å se på Stortingsmelding nr 39, (1998-99): ”Forskning ved et veiskille”. Her legges det sterk vekt på forskning, resultater og økonomisk bistand, innen helsevesenet og deres utdanningsinstitusjoner. Videre blir det naturlig å se på Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000): ”verdier for den norske helsetjenesten”. Denne meldingen viser til at helsetjenesten må bygge arbeidet sitt på oppdaterte metoder og metoder som har effekt. Disse Stortingsmeldingene viser noe av bakgrunnen for at evidensbasert praksis har fått såpass lite motstand i sykepleiegruppen.

Til slutt bruker jeg Stortingsproposisjon nr. 1 (2003-2004) der finansieringen av en institusjon skifter fra å være aktivitetsstyrt til å bli resultatstyrt.

New Public Management og de offentlige dokumentene jeg viser til bygger opp under hverandre. Dette viser hvordan og hvorfor evidensbasert praksis har fått så god grobunn innen sykepleieprofesjonen. Det viser også at profesjonen må være på banen for å være med å påvirke og ha kontroll på sitt eget fag, kunnskapsgrunnlaget for utførelse av sykepleie til pasientene. Det gjelder å være på vakt, være kritisk og stille spørsmål.

Jeg har valgt å vise til tre offentlige dokumenter som jeg mener er vesentlige i denne sammenhengen. Dokumentene understreker alle flere sider innen organiseringen til NPM. Målstyring som kobler mål, resultat, belønning og straff. Effektivitet og kostnadsbevissthet med evidensbasert praksis som også kobler mål, resultatstyring og kvalitet med utgivelser av forskningsresultater. Brukerperspektivet kobles til en aktiv rolle, der pasienten kan sette seg inn i en forskningsbasert behandlingsplan med resultat henvisninger.

For å holde et oversiktlig oppgavesett har jeg valgt å presentere NPM og de offentlige dokumentene hver for seg.

### *Politiske føringer i forhold til sykepleieprofesjonen*

I Stortingsmelding nr. 39 (1998-99): "Forskning ved et veiskille", legger regjeringen frem sitt forslag til en forskningspolitikk. Dette er en strategi som i følge regjeringen er et viktig ledd i den samlede politikken for å søke verdiskapning, velferd og livskvalitet i samfunnet. Det vises til at regjeringen har et ønske om at forskning skal fungere som et viktig virkemiddel til å takle fremtidige utfordringer i samfunnet. For å nå målet med økt forskning og øke anvendelsen av forskningsbasert kunnskap betrakter regjeringen det som nødvendig å reformere institusjonene innen høyere utdanning samt blant annet prioritere den medisinske og helsefaglige forskningen. (St. meld. nr. 39, 1998-99:78)

Det blir i Stortingsmelding nr.39 presisert at det innenfor vitenskapen kan oppstå dilemmaer i forhold mellom det å utvinne viten og anvende denne viten i praksis. Det vektlegges spesielt at naturvitenskapens ideal om objektivitet, distanse og helhetlige forklaringer kan få uheldige kulturelle følger. Det er derfor viktig at oppfatningene om hvordan livet bør leves og samfunnet skal organiseres legges frem på en nyansert måte. Det vises til at det innenfor vitenskapshistorien finnes en rekke uheldige eksempler på at man har forsøkt å forklare de fleste fenomener ut fra en faktor, for deretter å føre teorien ut i praksis. (St. meld. nr. 39, 1998-99:21)

Her legger Stortingsmeldingen vekt på den livsfilosofiske kunnskapen, det vises til at det finnes flere kunnskapssyn enn det naturvitenskapelige. Det presiseres at det er et dilemma, den siste oppdaterte kunnskapen skal være tilgjengelig og mulig å bruke, men dømmekraft og skjønn er viktige elementer som må vektlegges i konteksten. Dette viser at det er rom for også et bredere syn på hva helseomsorg fra myndighetenes side enn kun det naturvitenskapelige.

Myndighetene sier her at det er viktig med evidensbasert praksis, men en må ikke glemme erfaringsbasert kunnskap, dømmekraft og skjønn. Slik jeg forstår dette vil myndighetene påpeke og likestille flere kunnskapssyn.

Videre i Stortingsmelding nr. 39 vektlegges det at det i fremtiden skal prioriteres virkemidler som stimulerer til økt bruk av forskningsbasert undervisning innen høyere utdanning. Den

politiske satsingen på forhøyet bruk av forskningsbasert undervisning vil i følge regjeringen føre til økt kompetanse hos brukerne og at den forskningsbaserte kunnskapen blir anvendt i praksis. (Stortingsmelding nr. 39, 1998-99:80) Disse siste utsagnene fra Stortingsmeldingen viser noe motstridende sider. På den ene siden skal en vise dømmekraft og skjønn, men på den andre siden skal en likevel prioritere, og basere seg på forskningsresultater. Dette gjør det hele vanskelig og lite oversiktlig.

At det satses på evidensbasert praksis innen helsevesenet viser høyskolen i Bergen der det høsten 2008 er startet opp en egen mastergrad som kalles – ”Kunnskapsbasert praksis i helsefag”.

Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000): ”Verdier for den norske helsetjenesten”, kommenterer spesielt sykepleieprofesjonen og sykepleiepraksisen, at det kontinuerlig må evalueres i forhold til samfunnets behov og den vitenskapelige utviklingen. Meldingen understreker at det faglige innholdet i helsearbeiderrollen hovedsakelig blir dannet gjennom grunn, videre og etterutdanning. Offentlig myndigheter krever at utdanningsinstitusjonene kontinuerlig justerer innholdet i utdanningene i forhold til vedtatte behov innenfor helsetjenesten og endringer i behov som følge av samfunnsmessige endringer. I følge regjeringen er det særlig to fremtidige utfordringer en må fokusere på i helsevesenet, det ene er utfordringen i forhold til å introdusere ny teknologi. Den andre utfordringen er å justere tradisjonell praksis. Vedtak om at behandling, forebygging, pleie og omsorg skal være basert på kunnskap om effekt. Myndighetene krever også at yrkesgruppen selv driver fagkritisk arbeid i forhold til sykepleieprofesjonen og sykepleiepraksisen. Det fagkritiske arbeidet må følge meldingen skje i samsvar med politiske krav og forventninger myndighetene har til yrkesrollen. Noe som er en forutsetning for at det skal være mulig å legge vekt på yrkesgruppens selvregulering av det faglige innhold. (Stortingsmelding nr. 26, 1999-2000:66)

### *Resultatstyrt forskning*

I Stortingsmelding nr. 39 (1998-99:125-129) kom regjeringen med to forslag som omhandlet finansiering.. Disse forslagene skulle bidra til at en større del av de offentlige bevilgningene til forskning skulle bli underlagt forskningspolitiske vurderinger og krav. Det ene var forslaget om ny finansieringsmodell for universitets- og høyskolesektoren. Den andre var omlegging av funksjonstilskudd til regionssykehusene. Et vesentlig forskningspolitisk mål er effektiv bruk av offentlige midler med sikte på bedre mål og resultatoppnåelse. For å

stimulere til økt resultatoppfyllelse vil en større del av institusjonenes finansiering bli avhengig av oppnådde resultater.

Det nye finansieringssystemet blir videre beskrevet i Stortingsproposisjon nr. 1 (2003-04). Et finansieringssystem som innebærer at det blir et fremtredende skifte fra aktivitetsstyring av sektoren til resultatstyring. Et viktig virkemiddel for å oppnå økt resultat er at en større del av institusjonens finansiering skal bli avhengig av oppnådde resultater. Det nye finansieringssystemet innebærer at en kan dokumentere og måle kvalitet i forhold til forskningsresultater. Et viktig mål blir derfor å få frem indikatorer som peker på forskningsresultater ved institusjonene. Regjeringen viser også her til to sentrale indikatorer som kan si noe om forskningens kunnskapsproduksjon, publiseringer og siteringer.

#### *Kunnskapsgrunnlag for helsetjenesten*

I Stortingsmelding nr. 26 (1999- 2000:56) blir også fremtidens kunnskapsgrunnlag for helsetjenesten drøftet. Føringerne er at helsetjenesten må bygge sitt arbeid på oppdaterte metoder og metoder som viser effekt. Det presiseres at kunnskapsutviklingen skal ha normerende virkning på helsetjenesten. Kunnskapen skal benyttes som grunnlag til å sette i verk konkrete tiltak og til å skille mellom tiltak som skal iverksettes og tiltak som ikke skal gjennomføres.

Kunnskapsgrunnlaget som en skal bygge den faglige aktiviteten på i det norske helsevesenet er knyttet opp til de ulike yrkesgruppenes kunnskapstradisjoner, kunnskapstradisjonene bygger i dag,(som er rundt år 2000 i denne St.meld.nr.26,) på ulik grad av vitenskapelig etterprøvbart kunnskap. Fremtiden er at hele helsetjenesten skal bygge sitt kunnskapsgrunnlag på best mulig teoretisk kunnskap som finnes til enhver tid, oppdaterte metoder som viser effekt. (St.meld.nr.26:56)

Sykepleieprofesjonen er skjøvet inn i den empiriske/positivistiske vitenskapstradisjonen med politiske og økonomiske strategier. Sykepleien skal basere hele sitt virke ut fra den evidensbaserte praksis. Der kunnskapen er forskningsbasert og etterprøvbart. Sykepleien har sakte, men sikkert blitt overbevist om at dette er den riktige og eneste veien å gå for å utføre riktige helsetjenester. Sykepleien har i den senere tid valgt å kalle evidensbasert praksis for kunnskapsbasert praksis. Her har de ikke bare tatt begrepet kunnskap som sitt begrep, de har festet det til det naturvitenskapelige, empiriske, positivistiske synet. Kari Martinsen hevder at



det egentlig ikke noe galt med den evidensbaserte tenkemåte, men det blir et problem når det blir den eneste kunnskapen. Martinsen oppfatter ”evidensialismen” som hun kaller evidensbasert praksis, både som et belønningssystem og et styringsinstrument ved at det passer utmerket inn i dagens finansielle politiske styringsmodeller. Alt skal være kostnadsbesparende. I NPM kalles dette kostnadseffektivt. Satt på spissen heter det ikke lenger ”hvis det virker, er det riktig”, men snarere sier hun ” hvis det kan betale seg, er det riktig”. (Martinsen 2008).

#### **5.4 Etisk perspektiv,**

Staten får i stigende grad ansvar for alle typer problemer som rammer individer, grupper og samfunnsinstitusjoner. De endrede grensene for offentlig politikk gjør at staten ikke lenger bare griper regulerende inn i det økonomiske kretsløp i samfunnet, men i stigende grad også blir involvert i moralske og etiske spørsmål (Eriksen 1999).

Mye og mange endringer skjer i offentlig sektor der makt og beslutnings muligheter i form av økonomiske rammer og målsettinger sentraliseres. Ansvarsledelsen desentraliseres i form av mål og resultatoppnåelse og kostnadseffektivitet blir en stadig større del av vår hverdag.

Ledere på avdelingsnivå står daglig i etiske konflikter mellom pasientbehandling og økonomiske rammer de ikke har noen mulighet til å påvirke. En skvises mellom lik mulighet for alle, eller god inntjening og kostnads kontroll. (Vike 2002:105)

Et eksempel er det daglige operasjonsprogrammet, før var alle opptatt av at pasientene skulle få en nødvendig operasjon og god behandling - nå snakker en ikke om pasientene som personer, men om sykehusets produksjon og hvor stor produksjon en kan greie å presse igjennom operasjonsalen daglig. Det oppstår krise i det øyeblikket en operasjon tar lenger tid enn forventet. Ikke fordi andre pasienter må vente, muligens til dagen etter for å bli operert, men fordi avdelingen ikke tjener inn nok penger den dagen. Den økonomiske inntjeningen er blitt det viktigste kriteriet på sykehus i dag – Rasjonell drift og kostnadseffektivitet..

Et annet eksempel er overflytting av pasienter fra et sykehus til et annet pga plassmangel. Mottaker sykehuset har plass og ressurser, men pasienten ”tilhører” ikke sektoren. Hvem betaler, og når kan så pasienten flytte tilbake?

Hvem betaler, er et meget vanlig spørsmål, ikke bare ledere er opptatt av, men også helsepersonell på "bakkeplan". Vi aksepterer at det fokuseres på at helsevesenet bruker for mye penger, at Norge ikke har råd til å "pøse mer penger inn i et "ineffektivt" helsevesen. Pasienten som medmenneske og borger med rett til sykehusbehandling med verdigheten i behold kommer ikke lenger i første rekke. Økonomi kommer først. Vi registrerer hver dag våre pasienter i forhold til ressursbruk. Dette med tanke på refusjon av økonomiske midler, men også i forhold til bruk og registrering av ressurser som muligens på lengre sikt kan gi avdelingen bedre arbeidsforhold med flere ressurser. Belønning eller straff.

I Norge har vi rettigheter og plikter som borgere, den ensidige fokusering på økonomiske rammer gjør noe med oss som kollektive individer. Når en institusjon bare skal være nyttig for egeninteressen, eller når de bare er et instrument for et eller annet eksternt gode som at en trenger å tjene penger og ikke tilkjennes noen egenverdi og attraktivitet i seg selv, vil ingen være villig til å kjempe for dem. Det som bare er nyttig, det som bare appellerer til særinteresser og individuelle behov, påkaller ingen medfølelse, patriotisme eller solidaritet. Det motiverer kort sagt ikke til solidariske handlinger. Den avmoraliserte samfunnsforståelsen undergraver kjerneinstitusjonene i samfunnet og svekker evnen til kollektiv handling. (Eriksen 1999)

Denne tankegangen er kanskje noe ekstrem, men det er sikkert at den ensidige fokusering på økonomi og egenvinning / individualisme ikke er bra for våre gamle tradisjoner på kollektive holdninger i det norske samfunnet. Det gjør noe med vår innstilling til hverandre og medmenneskeligheten i det samfunnet vi lever i.

Jeg kan komme med et evidensbasert eksempel. I dag er provosert abort i Norge en kirurgisk prosedyre. Det vil si at en blir lagt inn på sykehus, "inngrepet" gjøres i narkose, poliklinisk. Poliklinisk- du kommer inn om morgenen, inngrepet gjøres, du overvåkes til du er våken, smertefri og stabil uten blødning. Deretter reiser du hjem samme dag. Når du reiser hjem, er inngrepet ferdig og alt skal være i orden.

Det nye forslaget går ut på at dette skal bli en medisinsk prosedyre. Det begrunnes med forskning som viser at "livmoren" har bedre av "en naturlig prosess". Det nye forslaget innebærer ingen sykehusinnleggelse. Du kommer inn på sykehuset om morgenen, får et medikament- som setter i gang abort prosessen, og reiser hjem igjen. Du aborterer hjemme hos deg selv med fødselssmerter, blødningsfare og andre etiske og moralske sider som følger

med i større eller mindre grad. Dette er en evidensbasert handling, men NPM er også tydelig dypt inne i denne vurderingen om å velge en slik løsning på en prosedyre. Vitenskap og forskning viser til at livmoren har best av denne metoden. Det holder livmoren friskere.

Denne metoden er også rasjonell og kostnadseffektiv for sykehuset.

Dersom en velger å se på helsevesenet som et eksempel der en skal drøfte etiske perspektiver opp mot endringer i offentlig sektor må en se på hva de organisatoriske endringene gjør med de som jobber i den kliniske hverdag. Ved desentralisering av fagansvar, men sentralisering av all makt vil følelsen av å bli fratatt all status etter hvert ta overhånd. Den etiske konflikten mellomledere i helsevesenet til daglig står ovenfor i pasientrelasjoner og personalsituasjoner er overveldende.

Utviklingen i arbeidslivet og offentlig sektor vil ha ringvirkninger i samfunnet og etter hvert samfunnsstrukturen. Jeg påstår at som helsearbeider er vår tilnærming i vårt møte med pasienten med på å sette en standard for hvordan et medmenneske føler seg ivaretatt og sett. Når mennesker har tid, føler en seg verdsatt og ivaretatt. Dette igjen er med på å gjøre våre medmennesker ”friske” i den forstand at vi kan mobilisere krefter, eller avfeie kontakt som igjen er med på å svekke et medmenneskes helse. I offentlig sektor er moralsk klokskap, dømmekraft, fagkunnskap, mot, toleranse, respekt, solidaritet og lojalitet nødvendige dyder. Likebehandling og rettferdighet er viktige prinsipper i det offentlige helsevesen i Norge. Hvordan helsevesenet er bygget opp, drevet og organisert er viktig og gir konsekvenser for utførelsen av oppgaven vi er satt til å gjøre. En offentlig sektor med de særpreg dette er der alle blir ivaretatt uten spørsmål om penger, status, religion eller farge. Alle har rett til samme behandling og omsorg. Kvoteordninger og garantier, budsjettall og økonomiske incentivsystemer er i stigende grad blitt styringsredskaper i helsevesenet. Dette fungerer ikke nøytralt i forhold til etiske og moralske normer. Når for eksempel et sykehustjener penger på gjestepasientordningen (pasienter som kommer fra et annet fylke) betyr det at et element av forskjellsbehandling er innført. En får økonomiske incentiver til å prioritere noen pasienter foran andre. Innføring av stykkprisfinansiering med DRG og ISF kan lett føre til prioriteringer basert på tekniske og økonomiske kriterier fremfor faglig og normative kriterier når kostnadseffektivitet står så langt frem i rekken som i NPM. (Eriksen 1999:100)

Jeg undres om det i dette effektivitetsjaget er rom for å ta vare på møte mellom mennesker. I en sykehussituasjon er det viktig med tid og rom for en spontan samtale, ivaretagelse av pasientens verdighet står i fare for å gå tapt i situasjonen. Er det rom for sykepleierens faglig

skjønn og dømmekraft i dette systemet? Blir disse viktige og sentrale verdiene i sykepleieprofesjonen usynliggjort i NPM og evidensbasert praksis spør jeg.

Vår oppgave som sykepleiere er å fange opp det individuelle og bruke det som basis for å kombinere det med vår fagkunnskap til å planlegge og utføre sykepleie. Vi søker etter å kombinere pasientens erfaringer med vår kunnskap og sammen løse de utfordringene vi står overfor i den aktuelle situasjon her kan forventet forløp i beste fall fungere som en tilleggsinformasjon som vi kan ha i bakhodet, men ikke som et styrende redskap for individuell dokumentasjon. I forhold til standardiserte pleieplaner er det viktig å reflektere rundt begrepet og være kritisk til troen på at standardisering er beste løsning. (Heggdal 2006:190)

Det legges stor vekt på kostnadseffektivitet og brukerperspektiv, de økonomiske rammene er lagt, og for å oppnå det ønskede resultatet for pasienten må du løpe litt fortere, være raskere, ikke snakke med noen, gå ikke inn i en samtale med pasienten, det tar for lang tid og da rekker du ikke å gi de andre medisiner

På flere områder oppleves det at grunnleggende verdier i sykepleie ikke lar seg forene med organisasjonenes krav til effektivitet, produksjon og markedøkonomi. Det er problematisk at det bare spørres etter kvantitative og økonomiske resultater. Ingen spør etter kvaliteten i pleie og omsorgstjenesten som ytes, og som faktisk er det sykepleierne er satt til å forvalte. Hensikten med uttalelsen er å bevisstgjøre sykepleierne om at de grunnleggende verdiene står fast, på tross av økende krav til resultat og produktivitet. (Aakre, 2008)

## **5.5 Oppsummering**

New Public Management har resultat og målstyring sammen med kostnadseffektivitet som overordnede styringsmekanismer. Dette passer godt inn i samfunnsstrukturene. Evidensbasert praksis som lar seg måle og beregne både i tid, kostnader og forventet resultat får en klar vinnerplass i systemet og løftes frem. I dette kapitlet har jeg vist, og diskutert hvordan New Public Management og offentlige dokumenter skyver sykepleieprofesjonen inn i en evidensbasert verden. New Public Management og evidensbasert praksis passer som hånd i hanske. Evidens retorikken er kraftfull, den dominerer og overskygger andre kunnskapssyn i

sykepleien. Kunnskapssyn som fenomenologi og omsorgsbegreper må vike og det usynliggjøres.

I et slikt system vil dømmekraften lide. Dersom erfaringsbasert kunnskap er usynliggjort vil en av kildene til dømmekraften også være usynliggjort slik Christoffersen definerer dømmekraften. I dømmekraften er en avhengig av delene for å oppnå helheten.

Dømmekraften er skjæringspunktet mellom teori og praksis, det er en vekselvirkning. Uten vekselvirkningen ingen dømmekraft. (Christoffersen 2005) når en kilde forsvinner vil denne vekselvirkningen lide, kilden kan antagelig erstattes med en ny, eller endret kilde, men da vil også dømmekraften endres.

Jeg har tidligere diskutert og vist til at evidensbasert praksis kan defineres inn som en del av fagkunnskapen i sykepleien. De to kunnskapssynene, evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap er da likeverdige og begge kilder til dømmekraften og dømmekraften fremstår slik den defineres i dag.

Hvilke mulighet det er for dømmekraften i evidensbasert praksis slik evidensbasert praksis fremstår i dag? I dette kapitlet har jeg funnet at organiseringen av offentlig sektor med New Public Management, er truende for dømmekraftens kilder slik vi ser kildene i dag. Dette vil få konsekvenser for møtet, handlingen og relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Som igjen vil virke på trygghet og tillit. Evidensbasert praksis er i dette systemet definert som selvstendig praksis og løftes frem i sykepleien. NPM og evidensbasert praksis går som hånd i hanske. Denne nye kombinasjonen i offentlig sektor vil gi dømmekraften nye og endrede kilder. Dømmekraftens mulighet vil alltid være tilstede, men i evidensbasert praksis vil den fremstå i en annen form enn den vi ser i dag. Vi kan si det sånn at ved NPM disiplineres dømmekraften i en annen og ny retning.

Jeg har også sett på ulike etiske perspektiver i sammenhengen evidensbasert praksis, New Public Management og offentlig helsevesen. Ensidig fokusering på økonomiske rammer gjør at ledere skvises mellom lik mulighet for alle, eller god inntjening og kostnadskontroll.

Neste kapitel er et avsluttende kapitel vil jeg samle trådende og oppsummere oppgaven.

## 6.0 Avslutning

Mitt utgangspunkt for denne oppgaven er: Dømmekraft et bærende begrep i sykepleien?

Jeg har vært usikker på om oppgavens tittel skal stilles som et spørsmål eller ikke.

Jeg har falt ned på at tittelen på denne oppgaven måtte stilles som et spørsmål. Sykepleien som i dag er tuftet på omsorg, barmhjertighet og nestekjærlighet er avhengig av dømmekraften og dømmekraftens kilder slik de fremstår i dag. Dømmekraft er ikke et statisk begrep, men bevegelig eller porøs, fordi kildene til dømmekraften endrer seg med historien og samfunnsutviklingen. Dersom kildene til dømmekraften endrer seg vil også dømmekraften endres og den vil kanskje ikke lenger være bærende for sykepleien slik den er i dag. Derfor stiller jeg det som et spørsmål.

I oppgaven har jeg arbeidet med tre spørsmål:

- Hvorfor får evidensbasert praksis så stort rom i sykepleien?
- Hvilke mulighet er det for dømmekraften i evidensbasert praksis?
- Blir erfaringsbasert praksis usynliggjort?

Jeg har vist at New Public Management, som organisering i offentlig helsevesen, sammen med offentlige dokumenter og politiske føringer er styrende for sykepleietjenesten.

Evidensbasert praksis passer godt inn i dette organisatoriske systemet som er basert på bedriftsøkonomiske prinsipper der kostnadseffektivitet og resultatmålinger er sentralt.

Sykepleietjenesten skyves inn i evidensbasert praksis der tjenestene kan telles, måles og standardiseres. Økonomi og resultat er de gjeldende begrepene, og erfaringsbasert praksis, der mellommenneskelige relasjoner er i sentrum blir usynliggjort. Offentlige dokumenter og politiske føringer, som satser på forskning og innføringen av den nye offentlige organiseringen – NPM gjør at sykepleietjeneste ser det som riktig og nødvendig å satse på evidensbasert praksis som den riktige praksis og løfter denne frem.

I kapitel fire har jeg diskutert forskjellen mellom forståelse og forklaring og satt dette inn i en vitenskapelig kontekst. Jeg har diskutert to ulike kunnskapssyn i sykepleien og sett på dette i en sammenheng der dømmkraft er et bærende begrep og der kunnskapssynene er likeverdige. Jeg har trukket frem Eilert Sundt som tidlig på 1800- tallet fremhevet at mangfoldet

representerer evidensen ikke det entydige. Edmund Husserl (1859 – 1938) var opptatt av å forstå kunnskap, kunnskapens natur og vilkår. Han fremhevet, om en skal studere verden må en legge veien om bevisstheten. Spørsmålet er om erfaringsbasert kunnskap usynliggjøres? Når en trekker trådene fra kapitel fire til kapitel fem ser en at den erfaringsbasert kunnskap og praksisen usynliggjøres. Den blir ikke sett på som like viktig i organisasjonens øyne som den evidensbaserte positivistiske praksisen som lar seg telle, måle og beregne.. Dette kan underbygges av New public Management og den bedriftsøkonomiske tenkningen.

Historien viser at evidens diskusjonen startet på 1960-70-tallet. Også den gangen var diskusjonen sterk og det var ikke snakk om både vitenskapeliggjøring og omsorg. Det var enten eller. Evidens og omsorg var i opposisjon, men disiplinen består igjennom tiden og dømmekraften er en form for disiplin. I denne perioden i historien ser vi at dømmekraftens kilder er andre enn i dag. Den gang var det blant annet underdanighet, moderrollen, familien og det borgelige hjem som var kilder til dømmekraften. Elisabeth Hagemann satte etikken i sentrum i sykepleien på 1930 – tallet. Arven etter henne er fokus på de små viktige tingene, de tingene man ikke merker før de ikke er der. Tilstedeværelsen, håndlaget, vennligheten. I oppgaven etterlyser jeg dømmekraftens kår i historien og min forforståelse sier meg at dømmekraften er disiplinert bort, men jeg har diskutert meg frem til at dømmekraften er der alltid, men dømmekraftens kilder er forandelige. I Hagemanns tid var dømmekraften til stede hos sykepleieren med den tids kilder, men dømmekraften var også disiplinert inn i et systemtro hierarki som ga sykepleierne liten mulighet for å bruke den.

Kan dømmekraft være et bærende begrep i sykepleien? I kapitel to har jeg drøftet dømmekraft begrepet. Jeg har koblet dømmekraften mot profesjonsetikken og diskutert grunnelementene, som er møtet, handlingen og fagkunnskapene. Jeg har drøftet hvordan dømmekraften kan endre seg når kildene er i endring eller usynliggjøres. Dømmekraft er en evne som alle mennesker innehar i kraft av å være et tenkende menneske. Denne evnen er i stadig utvikling og forandring. Dømmekraftens kilder kan påvirkes og endres. Personlig og profesjonsmessig endres den med kunnskapsutvikling og lærdom i livets skole, men dømmekraften endres også med samfunnsutviklingen. Politiske og organisatoriske endringer har stor innvirkning på den profesjonelle dømmekraften. Dette ser vi tendensen til i helsevesenet i dag med innføring av den bedriftsøkonomiske, privatiserende tankegangen i det offentlig helsevesen.

Jeg vil si det slik, dømmekraften er et bærende begrep i sykepleien slik dømmekraften defineres i dag. Evidensbasert praksis inngår i dømmekraften som fagkunnskap. Erfaringsbasert kunnskap og evidensbasert kunnskap er likestilt i dømmekraften og ingen kunnskap usynliggjøres.

Innføringen av New Public Management, som organisering av offentlige helsetjenester i Norge vil påvirke helsetjenesten og sykepleien slik at de skyves inn i den evidensbaserte praksisen. Sykepleietjenesten er i ferd med å se evidensbasert praksis som den eneste rette kunnskapen sykepleien må satse på. Innføringen av evidensbasert praksis er antagelig utenfor fagmiljøets mulighet til påvirkning, det ligger i samfunnsstrukturenes disiplinerende makt. I dette bilde er jeg redd for at dømmekraften, slik vi ser den i dag, vil stå i fare for å endre seg. Resultatet kan være at dømmekraften antagelig ikke vil være et bærende begrep i sykepleien slik vi ser på sykepleien i dag, tuftet på omsorg, barmhjertighet og nestekjærighet.



## Litteratur:

- Bjurgren, M. 2006, Håndkartoteket mitt, *Tidsskriftet for Cerebral parese foreningen*, nr. 4.
- Boge, J. og Martinsen, K., 2004, Uro kring evidens, *Sykepleien*, nr.19,
- Christensen, T. 2006, Staten og reformenes forunderlige verden, *Nytt Norsk Tidsskrift*, nr 3.
- Christoffersen, S. A. 2005, *Profesjonsetikk*. Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S.A.1997, *Handling, Person, Samfunn, Innføring i etikk for helse- og sosialfagene*, Universitetsforlaget, 2005, Oslo.
- Clancy, A. 2008, Sett etikken før evidensen., *Sykepleien*, nr.1.
- Ekeland, T. J.1999, Evidensbasert behandling – kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskriftet for Norsk Psykologiforening*, nr.36, 1036-1047.
- Ekeland, T. J., 2007, Evidenstyranniet, *Dagens Medisin*, nr.10-11.
- Ekeland, T.J., 2008, Frykter gammeldags praksis, *Sykepleien*, nr 9, s.66-67
- Ekeli, B.V.,2002, *Evidensbasert praksis- Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Eureka Forlag, Høgskolen i Tromsø.
- Eriksen, E. O.,1999, *Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.
- Everet, E. L., Furseth, I., 2004, *Masteroppgaven, Hvordan begynne – og fullføre*, Universitetsforlaget, Oslo, 2007
- Hansen, T. A., Nortvedt M., 2001, Evidensbasert sykepleie, hvordan komme i gang. *Sykepleien*, nr.17
- Heggdal, K.,2006, *Sykepleie – dokumentasjon*, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Jaastad, T.A. 2006, ”En diskusjon om evidens i sykepleie og forskning- med inspirasjon fra Foucault”, Hovedfagsoppgave i helsefag- Sykepleivitenskap, Universitet i Bergen, Institutt for samfunnsvitenskap.
- Jensen U-J , 2004, *Evidens, viden og sunhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren for å være mer katolsk end paven*. I Brun, Hanak og Koefoed (red): sunhedsstyrelsen, viden og dokumentationsenheden. Viten og evidens i forebyggelsen., København .

- Lægereid S. og Skorgen T. 2001, *Hermeneutisk lesebok*, Spartacus Forlag AS,
- Martinsen, K. og Wærness, K., 1979, *Pleie uten omsorg?*, Pax Forlag, Larvik, 1991.
- Martinsen, K., 1993, *Fra Marx til Løgstrup, Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Engers boktrykkeri A/S, Otta.
- Martinsen, K.: 2000, *Øyet og kallet*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Polen 2002
- Martinsen, K. og Boge, J, 2004.: Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie, *Sykepleien* nr.13.
- Martinsen, K., 2005, *Samtalen, skjønnets og evidensen*, Akribe AS, Oslo
- Martinsen, K. 2008, Evidensialismen- en totalitær ideologi, *Sykepleien* nr. 9.
- Melby Kari, 1990, *Kall og kamp, Norsk Sykepleieforbunds historie*, Cappelen Forlag A-S, Oslo.
- Meyer, K., 1993, *Nyanser og utfordringer i det faglige skjønn*, i Martinsen, K.: Den omtentksomme sykepleier, Tano A.S.
- Mæhre, K. S., 2008, Fagdebatt, Kunnskapsbasert praksis – den beste? *Sykepleien* nr.3.
- Nortvedt, M., 2004, Metodisk mangfold, *Sykepleien*, nr. 15.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Reinar, L. M., 2007, *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*, Norsk Sykepleierforbund, Oslo.
- Nortvedt, P. og Grimen H., 2004, *Sensibilitet og refleksjon*, Gyldendal Norsk Forlag, AS, Gjøvik.
- Ramstad, Helge og Skogstad, Egil J., 2004, *Privatisering fra innsiden: om sammensmelting av offentlig og privat organisering*, Fagbokforlaget, Bergen.
- Roalkvam, S. 2007, Menneskesyn og omsorg, i Johannessen K.I., Molven O, .Roalkvam S.: *Godt – rett - rettferdig*, Etikk for sykepleiere, Akribe AS, s. 47 - 67.
- Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000): *verdier for den norske helsetjenesten*. Oslo, sosial og helsedepartementet.
- Stortingsmelding nr. 39 (1998-99): *forskning ved et veiskille*, Oslo, Kirke- utdanning- og forskningsdepartementet.

- Tornquist E., 2003, *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefagene*, Fagbokforlaget Bergen, 2006
- Vetlesen, A. J., 2007, Frihet som rovdraft, *Morgenbladet* 2.februar.
- Vike H., med Bakken R., Brinchmann A., Haukelien H., Kroken R.,2002, *Maktens samvittighet, om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wyller T., og Martinsen K., 2003, *Etikk, disiplin og dannelse, Elisabeth Hagemanns etikkbok – nye lesinger*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2004.
- *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleierer*, 2007
- Aakre M., 2008, Nordisk bekymring, *Sykepleien* nr.17, s. 56.