

Forord

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min veileder Wenche Falch. Du har utfordret min tenkemåte og kommet med gode råd underveis. Tusen takk for alle nyttige innspill, og ditt engasjement i mitt arbeid.

Min neste takk går til lederne av avdelingene i studien, som har gjort det mulig for ansatte å delta som informanter. En stor takk også til dere som har stilt til intervju. Alle som én har vist en oppriktig interesse og nysgjerrighet for temaet, og har sjenerøst delt private følelser og opplevelser med meg, blandet med profesjonelle betraktninger. Uten dere ville det vært umulig å forske på dette temaet!

En takk også til professor Tony Manstead ved Cardiff universitet, som har kommet med interessante betraktninger til mitt arbeid, og villig delte kunnskap fra et annet emosjonsteoretisk ståsted!

Videre vil jeg takke min arbeidsplass v/Gro Gulla. Du har vist stor interesse for mitt tema, og latt meg få bringe det inn på vår arbeidsplass. Tusen takk!

Sist, men ikke minst skylder jeg min mann en stor takk. Midt i en hektisk hverdag har du klart å skape tid for meg til arbeide med avhandlingen. Du er et lykketreff!

Camilla Anker-Hansen

Fredrikstad, mai 2011

”Researchers from the department of Management Common Sense, in the University of Logic and Rationality, have made a series of remarkable discoveries about the workplace. One of the key findings, in an extensive and intensive study was that when people get out of their car and go into the workplace, they do not, repeat do not, leave their emotions in the car!” (Sieler 2000).

INNHALDSFORTEGNELSE

Kapittel 1 Innledning.....	5
Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	5
Forskningsspørsmål og formål.....	8
Avgrensing og presisering.....	9
Tidligere forskning.....	11
Avhandlingens disposisjon.....	14
Kapittel 2 Metode.....	16
Innledning.....	16
Valg av metodisk tilnærming.....	16
Det kvalitative forskningsintervjuet.....	17
Deduktiv, induktiv eller abduktiv tilnærming.....	17
Etiske overveielser.....	18
Konfidensialitet og frivillighet.....	19
Tilgang til feltet og utvalg av informanter.....	20
Presentasjon av aktuelle avdelinger.....	22
Intervjuguiden.....	23
Gjennomføring av forskningsintervjuet.....	23
Databearbeiding og analyse.....	24
Metodiske betraktninger.....	26
Oppsummering.....	29
Kapittel 3 Teoretisk rammeverk.....	30
Innledning.....	30
Hochschild's emosjonshåndteringsperspektiv.....	30
<i>Kritikk av Hochschild's teori.....</i>	<i>35</i>
Oppsummering.....	36
Kapittel 4 Engasjement, mening og motivasjon.....	37
Innledning.....	37
Motivasjon gjennom å kunne hjelpe og dekke behov.....	37
<i>Å få lov til å hjelpe.....</i>	<i>38</i>
<i>Takknemlighet som motivasjonsfaktor.....</i>	<i>40</i>
<i>Når positive bekreftelser oppleves negativt.....</i>	<i>42</i>
Emosjonelt arbeid som en gave i sykepleieprosessen.....	45
Oppsummering.....	47

Kapittel 5 Arbeidsmiljø.....49

Innledning..... 49
På scenen og i kulissene.....49
Mangel på veiledning – når jobben må bli med hjem.....56
Tiden og effektivitet.....61
Oppsummering.....64

Kapittel 6 Jobbrelaterte utfordringer.....65

Innledning..... 65
Den krevende relasjonen65
Dissonante og konsonanse relasjoner..... 69
Det mest krevende av emosjonelt arbeid..... 74
 Eksistensielle smerter.....75
 Terminal pleie.....76
 Vi kan ikke trøste hjertene.....77
De profesjonelle tårene.....78
”Vi er også bare mennesker”.....84
Oppsummering.....86

Kapittel 7 Sammendrag og konklusjon.....87

Referanser.....89

Vedlegg 1 -Informasjonskriv til sykehus med samtykkeerklæring

Vedlegg 2 -Intervjuguide

Kapittel 1

Innledning og bakgrunn for studien

“We feel. We try to feel. We want to try to feel” (Hochschild 1979:563)

Tema for den foreliggende studien er emosjonelt arbeid i sykepleien. Nedenfor vises det til bakgrunn for valg av tema, samt temaets aktualitet. Videre gjøres det kort rede for førforståelse og eget ståsted, før forskningsspørsmål og formål presenteres. Deretter følger en avgrensing og presisering av forskningsspørsmålet, og tidligere forskning legges frem. Sist i kapitlet kommer en oversikt over avhandlingens videre disposisjon

Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

De siste tiår har emosjonene gjort sitt inntog i organisasjonsteorier, og flere forskere, blant annet Sieben og Wettergren (2010), Olsson (2008) og Fineman (1993), er opptatt av at mennesker ikke legger følelser til side idet de trer inn i sine arbeidsroller. Nyeng (2005) argumenterer også for emosjonenes plass i arbeidslivet:

Det er å sprengte dører å hevde at organisasjonsteorien for lenge har vært dominert av et teknisk – rasjonelt tankesett, og at vi nå må åpne for å se menneskets følelser i arbeidslivet (op.cit.:9).

Alle dører er fremdeles ikke sprengt, men mange organisasjonsteoretikere har åpnet opp for emosjonenes plass i arbeidslivet (Kanfer, Klimoski & Lord 2002; Sieben & Wettergren 2010). Slutten av det 20. århundre markerer skifte bort fra industrien og en orientering mot tjenesteytende næringer. Det har vært en massiv vekst i sysselsettingen i tjenesteytende sektor (Klemsdal & Svare 2011), og mange ansatte arbeider nå med såkalt "front-linje

service"¹. I tillegg til de fysiske og kognitive kravene til jobben, innebærer disse yrkene følelsesmessige krav til personalet, eller regulering og styring av følelser i samsvar med organisatoriske forhold (Watt 2007). Sagt med andre ord; den ansatte betales for å smile!

Det tradisjonelle synet har vært at rasjonalitet styrer organisasjoner. Dette har sin bakgrunn i byråkratiet, eller det strukturelle perspektivet. Opprinnelsen til dette perspektivet har to teoretiske utspring. Det første betrakter organisasjoner som rasjonelle systemer som er opptatt av å realisere fastlagte mål gjennom en mest mulig effektiv struktur og prosedyre. Den fremste teoretikeren på dette feltet er Fredrick Taylor, opphavsmannen til det han selv kalte "vitenskapelig ledelse" (scientific management). Den andre grenen av perspektivet tilskrives Max Weber. Arbeidet hans er fra rundt overgangen til 1900-tallet, hvor formell organisering fremdeles var et relativt nytt fenomen. Han ønsket seg en organisasjonsform som hovedsakelig var basert på rasjonelle normer, og mente at for enhver organisasjon kunne det utarbeides egne, tilpassede strukturer (Bolman & Deal 2004). Målet var altså å eliminere emosjoner og holde et stramt fokus på produktivitet. Webers arbeider ble etter andre verdenskrig gjenoppdaget og har dannet grunnlaget for omfattende forskning og teoriutvikling.

En markant interesse for emosjoner i arbeidslivet oppstod på slutten av 70-tallet. Flere studier om emosjonelt arbeid i jobbsammenheng ble gitt ut, bl.a. Hochschild's klassikere "Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure" (1979) og "The managed heart" (1983). Hun tar her for seg emosjonenes betydning på arbeidsplassen, og argumenterer for emosjonenes plass i organisasjoner.

Selv har jeg jobbet som sykepleier i flere organisasjoner og erfart at det å utøve sykepleie ikke bare innebærer fysiske arbeidsoppgaver. Det innebærer også emosjonelt arbeid ovenfor seg selv, pasientene, pårørende samt kollegaer. Implisitt stilles det krav til å møte utfordrende situasjoner med et smil, tålmodighet, omsorg og gode løsninger. Gjennom monetær belønning er følelsene kjøpt og betalt av arbeidsgiver, og det forventes at man som arbeidstaker kontrollerer egne følelser og tilpasser seg den enkelte situasjonen. Dette reiser flere spørsmål; hvordan er det å oppleve sorg når mennesker dør og egne følelser må settes

¹Begrepet servicearbeid favner om nokså forskjelligartede typer arbeid. Fellesnevneren for ansatte i serviceyrker er at de ikke produserer varer, men tjenester. Frontlinje service innebærer hyppig kontakt – ansikt til ansikt – med kunder eller brukere (Klemsdal & Svare 2011:21).

til side? Er det greit å ta med tanker fra arbeidssituasjoner hjem i den private sfære? Hvordan oppleves det å måtte fremvise smil og glede når en selv går igjennom tunge perioder i livet? Dette er noen av spørsmålene som vil belyses gjennom denne studien.

Egne refleksjoner rundt dette var på et uklart idéstadiet noen år tilbake i tid. Som sykepleier “på gulvet” opplevde jeg ofte utfordrende situasjoner. Flere ganger stilte jeg meg undrende til forventningen om at alle slike situasjoner skulle håndteres på egenhånd. I min tid på sykehuset opplevde jeg pasienter som døde i armene mine, psykotiske pasienter som gikk fysisk til angrep, jeg opplevde å bli skjelt ut av både pasienter og pårørende. Jeg var med på å dele oppturer og nedturer, vekslinger mellom håp og fortvilelse, latter og tårer. Jeg opplevde smerten til den døende og sorgen til de etterlatte. Jeg hadde pasienter som gråt av glede når jeg kom, andre som kastet ting etter meg når jeg gikk.

Og alle de ulike settingene som beskrives her forventes det, uten spørsmål, at en sykepleier skal håndtere. Det var aldri noe tema på min tidligere arbeidsplass hvordan vi som måtte stå i disse situasjonene, opplevde det. Veiledning var aldri et tilbud, og kollegial støtte begrenset seg i forhold til tid. Etter å ha arbeidet på en akutt medisinsk avdeling i tre år, var jeg en av de som hadde arbeidet der lengst. Gjennomtrekk (“turnover”) statistikken blant de ansatte var skyhøy, det samme var sykefraværet. I tillegg var det vanskelig å rekruttere nye medarbeidere. Med kunnskapen jeg i dag har om emosjoner i organisasjoner, antar jeg at noe av årsaken til dette var en overbelastning av emosjonelt arbeid.

Det var med stor glede jeg ble presentert for Hochschilds teorier om emosjonelt arbeid, ved mitt første studieår på masterutdanningen, våren 2007. Endelig møtte jeg på teorier som sa noe om mine refleksjoner. Det vekket straks min interesse, en interesse som i ettertid har vokst, og satt spor både privat og i valg av karriere. Spørsmålet for meg ved valg av tema for masteravhandlingen var derfor aldri *hva*, men *hvordan*.

Formål og forskningsfokus

Innledningsvis så vi at et progressivt antall mennesker sysselsettes i tjenesteytende sektor. Frontlinje yrkene, som sykepleien, stiller store følelsesmessige krav til personalet (Watt 2007), samtidig som kunnskapene om emosjonelt arbeid ikke har nådd utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet (Hunter & Smith 2007:860). Med viten om at det i Norge finnes ca. 90 000² yrkesaktive sykepleiere er det viktig å få kunnskap om hvordan det emosjonelle arbeidet oppleves, samt bidra til økt kunnskap om temaet.

I denne studien ønsker jeg derfor å se nærmere på hvordan sykepleiere opplever det emosjonelle arbeidet de utøver i jobbsammenheng. På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*”Sykepleieres opplevelse av det emosjonelle arbeidet de utøver på jobb”
– en studie av emosjonelt arbeid i tre sykehusavdelinger.*

Formålet med studien er å synliggjøre emosjonelt arbeide. I tillegg ønsker jeg å bidra til kunnskap om hvordan emosjonelt arbeide oppleves av sykepleiere som arbeider i sykehus, og hvordan de håndterer det³.

Stadig flere undersøkelser og utgivelser konkluderer med at emosjonelle krav i jobbsammenheng er så absolutt tilstedeværende (Forseth 2001; Nyeng 2005; Smith & Cowie 2010). Lindgren og Olsson (2008:42) går så lang som å si at dersom organisasjonen ikke imøtekommer arbeidernes behov for å håndtere det emosjonelle arbeidet, spilles det hasard med deres helse og engasjement. Dette understøttes av Gray og Smith (2001:236), som sier at mer forskning på feltet emosjonelt arbeid i sykepleien er påkrevd for å ha påvirkningskraft ovenfor utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet. Glasø (2006) sier kunnskap om emosjonelle krav og utfordringer er viktig, og påpeker at det styrker den enkeltes mulighet til å møte slike utfordringer. Videre hevder han at kunnskaper om

² Se <[www.http://ssb.no](http://ssb.no)>, tabell nr 07937. Tall fra 2009. Oppdaterte tall kommer juni d.å.

³ Dette i samsvar med hva Aristoteles sier om målet med undersøkelser i den nikomakiske etikk: “Vi driver ikke vår undersøkelse for å vite hva dyd er, men for å bli gode, ellers har vi ingen nytte av den – så må vi undersøke handlinger, hvorledes de bør utføres – for disse er avgjørende også for beskaffenheten av de holdninger som utvikles” (Nordenstam 1993:20).

emosjoner i organisasjoner også bidrar til effektiv problemløsning. Falch (2010) konkluderer i sin avhandling med at så lenge det emosjonelle arbeidet er usynlig, blir det enkelt å gjøre det til et privat problem for den enkelte.

Med dette som bakgrunn ser vi at emosjonelt arbeide er et tema som trenger å bli viet større oppmerksomhet, og jeg oppfattersåledes min undersøkelse som relevant.

Avgrensning og presisering

Innledningsvis vil jeg presisere at alle valg gjort i avhandlingen står for egen regning. Tematikken har dog levd litt sitt eget liv underveis, og gjenspeiler det respondentene er opptatt av, hvilket utkrystalliserte seg gjennom analysen. Det har etter hvert kommet mange publikasjoner om emosjonelt arbeid, og min intensjon er ikke å lage noe kart over dette landskapet. Jeg har fokusert på forskning som ser emosjonelt arbeid knyttet opp mot sykepleie. Det trekkes likevel paralleller til andre fagområder, der dette er naturlig.

Denne studien baserer seg på mine respondenters⁴ subjektive erfaringer. Dersom en sykepleier forteller de er underbemannet på avdelingen, er det hennes opplevelse at de *er* underbemannet. Ingen av faktaopplysningene respondentene oppgir blir kontrollert. Studiens fokus vil være hvorledes sykepleierne opplever og håndterer emosjoner i arbeidshverdagen, og hvordan ulike faktorer innvirker på dette.

Det er tre typer forskningsområder innenfor emosjonelt arbeid (Figart & Steinberg 1999:13). Det første området forsker på emosjonelt arbeid både teoretisk og empirisk, som en dimensjon ved organisasjonens “indre liv”. Ved å anerkjenne emosjonelt arbeide som kvalifisert arbeidskraft/fagarbeid i en rekke arbeidsmiljø, forsøker forskningen her å få rede på sammenhengen mellom hvordan organisasjonen representeres og effektiviteten i organisasjonen (op.cit.).

⁴ I litteraturen gjøres en distinksjon mellom informanter og respondenter (Grønmo 1996:76), hvor informanter gir data om andre, og respondenten gir data om seg selv. Jeg har valgt å bruke begrepet respondent, selv om respondentene også i noe grad gir data om andre.

Det andre forskningsområdet tar for seg innvirkningen det emosjonelle arbeidet har på arbeidstakerens tilfredshet. Det legges spesielt vekt på de negative konsekvensene for de ansatte, så som utbrenning og utmattelse⁵. I mange jobber må arbeidstakere late som de bryr seg, uansett om det er tilfelle eller ikke. Måten dette gjøres på avklares gjennom begrepet *self – investment*, som betyr å undertrykke og håndtere sine egne følelser og emosjoner (op.cit.).

Det siste forskningsområdet er rettet mot emosjonelt arbeid som et jobbkrav, og usynligheten av dette i arbeidslivet. Det er innenfor dette feltet min avhandling vil befinne seg. Videre kan emosjonelt arbeide forskes på ut fra ulike fagtradisjoner, hvor min forskning knyttes opp mot management forskning. Det finnes ulike teoretiske tilnærminger til emosjonelt arbeid (Sieben & Wettergren 2010; Gray 2009). Jeg vil i hovedsak benytte Hochschilds teorier, men trekke inn annen teori og forskning der det er relevant.

Denne studien vil ta for seg emosjonelt arbeide på arbeidsplassen. Det er *emotional labour* som et jobbkrav det refereres til i oppgaven når jeg bruker den norske oversettelsen emosjonelt arbeid. Det inkluderer også det arbeidsrelaterte, emosjonelle arbeidet arbeidstakeren gjør hjemme etter endt arbeidsdag. Et eksempel på dette er sykepleieren som ikke får sove etter kveldsvakt, fordi hun tenker på pasienten som døde når hun var på jobb. Det omhandler dessuten det emosjonelle arbeidet som sykepleierne gjør ovenfor hverandre, for å kunne klare å utføre emosjonelt arbeide ovenfor pasientene.

Det ville vært svært interessant å trekke inn pasientenes og pårørendes perspektiv. Hvordan opplever de sykepleiernes rollespill⁶, og hvor høy grad av emosjonelt arbeid forventes? På grunn av oppgavens tidsramme og omfang har det ikke vært mulig å trekke inn dette perspektivet.

Av samme årsak har jeg sett meg nødt til å la kjønnsperspektivet ligge, til tross for at det spiller en stor rolle i tidligere forskning. Forseth (2001) finner blant annet i sin forskning at kvinner tilsynelatende er spesielt kvalifisert til yrker som fordrer høy grad av emosjonelt arbeid, og kvinner er overrepresentert i frontlinje yrkene. Temaet berøres så vidt under kapittel 6, men nærmere utredelser har blitt valg bort av nevnte hensyn.

⁵ Dette temaet berøres overflattisk i delkapitlet “På scenen og i kulissene”, s. 49.

⁶ Se kapittel 5, Arbeidsmiljø.

I avhandlingen benyttes mange begrep det er skrevet mye om i ulik litteratur; omsorg, mening, håp, engasjement, sorg etc. Det ville blitt alt for omfattende å gå nærmere inn på alle disse feltene. Der hvor jeg har benyttet slike begrep har jeg noen plasser isteden valg å gjøre henvisninger til litteratur hvor begrepet utdypes. Andre plasser har jeg gjennom en fotnote satt begrepet i en relevant kontekst.

I underkapitlet ”Mangel på veiledning – ‘når jobben må bli med hjem’ blir begrepet *veiledning* behandlet ut i fra de ordene sykepleierne setter i sammenheng med temaet. Ulike ord som veiledning, samtale, og refleksjoner benyttes, og sett fra et faglig ståsted kan det diskuteres hvorvidt alt kan omtales som veiledning. Respondentene benytter imidlertid disse begrepene, og ettersom budskapet likevel kommer tydelig frem i kapitlet har jeg valgt å benytte ordet veiledning. Det legges altså ingen vekt på å redegjøre for veiledningsbegrepet ut fra et faglig ståsted, men ut fra sykepleiernes opplevelser.

Tidligere forskning på området.

I 2007 skrev jeg min første oppgave om emosjonelt arbeid⁷. I årene som har gått siden den gang, har mye skjedd på forskningsfronten. Fokuset temaet har fått har også økt betraktelig⁸. Feltet er likevel fremdeles relativt lite utforsket innenfor organisasjonstenkning (Olsson 2008), spesielt innen sykepleiefeltet. Dette betyr ikke at emosjonelt arbeid er et helt ukjent begrep blant nordiske forskere. SINTEF forskeren Ulla Forseth vakte mye oppmerksomhet med sin doktoravhandling om følelser i arbeidslivet (Forseth 2001). Noen medier (Vinsrygg 2003) gikk så lang som å kalle det banebrytende arbeide⁹. Hun forsket på sammenhengen mellom emosjonelt arbeid og følelsesmessig utmatting og utbrenthet, og fant signifikante sammenhenger i finans- og omsorgsykker. Dahlgren og Starrin utga i 2004 boken “Emotioner, vardagsliv och samhälle – en introduction til Emotionssociologi”. Dette var den første, nordiske bok som omhandlet emosjonssosiologi, og hvor blant annet emosjonelt arbeid ble beskrevet.

⁷ Eksamensoppgave i helse- og sosial administrasjon 2007; *Hvilken betydning opplever ledere at emosjoner har i organisasjonen de jobber i*

⁸ Et googlesøk på *emosjonelt arbeide* ga 4. april 2009, 67 700 treff. På samme dato, to år senere har antall treff økt til 254 000.

⁹For mer, se <http://sinnetshelse.no/artikler/f_arbeid.htm>

Noen år senere kom en ny, norsk doktoravhandling med fokus på emosjoner i arbeidslivet (Glasø 2006). Han undersøker emosjoner og emosjonsregulering i relasjonen mellom leder og underordnet, og fant at de alle opplevde emosjoner, og regulerte følelser på arbeidsplassen. Samtlige respondenter rapporterte om undertrykkelse av negative emosjoner og overdrivelse eller simulering av positive emosjoner i samhandling med hverandre.

Olsson (2008) tok for seg ansattes opplevelse av sitt arbeidsmiljø og arbeidsvilkår i sin studie om emosjoner på arbeidsplassen. Fokuset er det hun kaller ”vård yrkets organisasjoner” og privatiseringen av dem. Hun ser på hvordan ansatte oppfatter og opplever de forandringene som har skjedd og hvordan det påvirker måten de betrakter sine arbeidsplasser.

Høsten 2010 utga Falch (2010) sin doktoravhandling hvor hun forsket på emosjonelt arbeid blant personlige assistenter. Hun fant at jobben som personlig assistent krever høy grad av emosjonell beredskap hos arbeidstakerne. Der det emosjonelle arbeidet blir krevende både på hjemmebane og i jobben, kan det medføre overbelastning av emosjonelt arbeide (Falch 2010:128).

Flere undersøkelser har dessuten blitt utført av Arbeidsforskningsinstituttet (Dahl-Jørgensen, & Sørensen 1998; Amble, Enehaug, Forseth, Gjerberg, Grimsmo, Hauge & Winther 2003), den siste fra mars d. å (Klemsdal & Svare 2011).

Når det gjelder emosjonelt arbeid i sykepleien, kjenner jeg ikke til at det er utført norske studier av dette¹⁰. I England derimot er det to forskere som utmerker seg innenfor feltet, Pam Smith og Catherine Theodosius. Pam Smith har mottatt 3M National Nursing Award for sitt forskningsarbeid som blir presentert i “The emotional labour of nursing” (1992). Smith var en av de første til å identifisere relevansen av emosjonelt arbeide i forhold til sykepleie, og spesielt til sykepleiestudenter. Hun har samarbeidet tett med Arlie Hochschild for å gjøre begrepet emosjonelt arbeide overførbart til sykepleie. Gjennom feltarbeid på et engelsk universitetssykehus får hun kunnskaper om hvordan emosjonelt arbeide blir utført,

¹⁰Her må det anføres at jeg kort tid før avhandlingen skulle ferdigstilles, kom over en henvisning til et arbeide utført av G. Blåka, i Blåka & Filstad 2007): *Døden i moderne institusjoner*. Cappelen Akademiske Forlag. Dette er en studie om sykepleiere i sykehus, som tar seg av døende pasienter. Utgivelsen er ikke lenger tilgjengelig ved Cappelen akademiske forlag og det har ikke lyktes meg å få tak i den på annet vis.

både bevisst og ubevisst. Smith ønsket i hovedsak å vise at emosjonelt arbeide trenger å bli lært til studenter på grunn av samfunnets oppfattelse av sykepleiere som naturlig kjærlige og omsorgsfulle vesener. Denne oppfatningen innebærer troen på at det å møte personlige, emosjonelle behov er en innebygget kvalitet hos de som velger å bli sykepleiere, og ikke et arbeidsredskap som kan læres. Hun trekker også frem hvor lite anerkjent denne delen av sykepleieutøvelsen er, og underbygger dette blant annet ved å vise til skolens læreplaner (op.cit.). I 2001 utga hun en artikkel (Gray & Smith 2001), som en del av en oppfølgingsstudie til det originale verket. I tillegg har hun skrevet en rekke artikler som omhandler samme tema (Hunter & Smith 2007; Kelly, Gray, Ross & Smith 2000).

I 2008 utga Catherine Theodosius “Emotional labour in health care, The unmanaged heart of nursing”, og som tittelen antyder bygger den på Hochschilds originale, empirisk forskning fra 1983. Hun refererer dessuten gjentatte ganger til Smiths forskning. Hun har gjennom omfattende feltstudie i et sykehus brakt Hochschilds teorier inn i sykepleien. Hun sier selv at “I believe the best of sociology is brought together with the best of nursing” (Theodosius 2008: xiii). Hun trekker frem personlige beretninger om sykepleieres følelser, uttrykk og erfaringer fra den daglige sykepleiepraksis, og illustrerer hvordan det emosjonelle arbeidet tilpasses ulike situasjoner og interaksjoner. Hun hevder at emosjonelt arbeid egentlig er knyttet til personlig og sosial identitet. Avslutningsvis oppsummerer hun med at sykepleiefaget¹¹ har et ansvar for å inkludere emosjonelt arbeid innen personlig og faglig utviklingsstrategier, for å sikre at omsorgsbehov til pasientene blir ivaretatt.

Forskningen jeg har presentert her, er de viktigste studiene som er utgitt om emosjoner i sykepleien. I tillegg er det skrevet en rekke publikasjoner, som knytter emosjonelt arbeid opp mot ulike deler av sykepleien (Bolton 2000; Henderson 2001; Symons 2007; Gray 2009).

¹¹ I ny, revidert utgave av “Grunnleggende sykepleie” (Nina Jahren Kristoffersen (red.) 2011), under et kapittel om stress og mestring, vil det inngå stoff om emosjonelt arbeid. Konsekvenser for sykepleieren og pasienten vektlegges. Boken er i trykken nå, og kommer ut før sommeren, i følge Kristoffersen. Dette vil bli første gangen begrepet emosjonelt arbeid introduseres i bøker for bachelor utdanningen i sykepleie, i Norge.

Avhandlingens disposisjon

Jeg har i dette kapitlet sett på bakgrunnen for valg av tema, presentert mitt forskningsspørsmål og formål. Her er det også gjort rede for undersøkelsens relevans, begrunnet gjennom funn gjort i tidligere forskning. Videre er det gjort rede for avgrensning og presisering av temaet. Avslutningsvis presenteres et utvalg av forskning gjort om emosjonelt arbeid, både i og utenfor sykepleiefaget.

Kapittel 2 er metodekapitlet. Her tar jeg for meg forskningsprosessen, og begrunner valgene jeg har gjort underveis. Sist i kapitler ser jeg på begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet, før jeg kommer med en kort oppsummering

Kapittel 3 er teorikapitlet hvor jeg trekker inn relevant teori for belysning av empirien. Her presenteres deler av Hochschilds emosjonshåndteringsperspektiv. Teoriene vil bli gjenstand for nærmere drøfting i analysekapitlene, sammen med øvrig teori.

Kapittel 4 er det første av tre empirikapitler. Her beskrives hvordan respondentene opplever motivasjon ved å hjelpe og dekke behov hos pasientene. Vi ser på den gode pasient/sykepleie relasjonen, og hvordan det gir et emosjonelt utbytte. Vi ser også hvordan sykepleierne kan oppleve gode tilbakemeldinger som negativt, og ulike teorier benyttes for å belyse fenomenet.

Kapittel 5 handler om arbeidsmiljøet som bakgrunnsteppes for det emosjonelle arbeidet. Goffmans dramaturgiske perspektiv trekkes inn, og vi ser hvordan sykehusavdelingen kan sammenlignes med en teaterscene. Videre gjøres det rede for respondentenes refleksjoner rundt veiledning, som gjennomgående er manglende eller nedprioritert. Det bringer oss over på begrepet tid, som er en rammefaktor som respondentene snakker mye om.

Kapittel 6 er det største av empirikapitlene, og handler om utfordrende arbeidssituasjoner. Her skal vi se på det sykepleierne karakteriserer som krevende relasjoner, og hvordan det emosjonelle arbeidet som kreves kommer tilsyne. Det blir en gjennomgang av begrepene ”god kjemi” og ”dårlig kjemi”, og en egenutviklet modell presenteres for å illustrere sammenhenger. Videre ser vi på respondentenes opplevelse av å gråte på jobb, og om det

ansees som akseptabelt å vise slike emosjonelle uttrykk. Det blir så en gjennomgang av hva noen av sykepleierne opplever som det mest krevende av emosjonelt arbeid. Deretter gjøres det kort rede for hva det innebærer når sykepleierne sier ”vi er også bare mennesker”. Avslutningsvis kommer en oppsummering av kapitlet.

Kapittel 7 er avslutningskapitlet hvor jeg gir en oppsummering av mine funn. Her trekkes de konklusjonene som empirien tillater, hvilket blir sett opp i mot problemstillingen. Jeg ser her også på hva som er mangler og begrensinger i denne avhandlingen, og hva som vil være av interesse å gå videre med i en annen studie.

Kapittel 2

Metode

Innledning

I dette kapitlet vil det gjøres rede for metoden jeg har benyttet, og begrunnelsen for valgene som har blitt tatt. Videre beskrives prosessen fra valgt metode til analysering av innhentede data. Det innebærer etiske overveielser, og innhenting av godkjenninger, utarbeidelse av intervjuguiden og hvordan jeg valgte ut respondentene. Deretter beskrives gjennomføringen av forskningsintervjuene, samt analysen av data. Jeg avslutter kapitlet med metodiske betraktninger, og en oppsummering.

Valg av metodisk tilnærming

Generelt sett er den metodiske tilnærmingen avhengig av hva man ønsker å undersøke.

I denne undersøkelsen er det viktig å få frem dybdekunnskap om hvordan sykepleiere opplever det emosjonelle arbeidet, og jeg har derfor valgt en kvalitativ innfallsvinkel.

Det sentrale poenget ved å bruke kvalitativ metode er å få frem en dypere forståelse av det problemet som undersøkes. Ifølge Jacobsen (2005) er hensikten med et kvalitativt intervju å innhente beskrivelser av intervjuobjektets holdninger og oppfatninger. Videre mener han at dette er en god måte å innhente opplysninger om den enkeltes fortolkning av et fenomen, og hva slags mening som legges i ulike begrep og opplevelser. Det er nettopp dette som er av betydning for denne avhandlingen, å få opplysninger om sykepleiernes arbeidshverdag og få frem meninger og følelser rundt ulike situasjoner.

Det er valgt et eksplorativt, deskriptivt design for denne studien. Eksplorative design har en kvalitativ og utforskende karakter, hvor hensikten er å få en dypere forståelse for hva et fenomen består av (Jacobsen 2005).

Det kvalitative forskningsintervjuet

For å få frem dybdekunnskap om den enkelte sykepleierens særegne opplevelse av emosjonelt arbeide, vil det i denne studien benyttes et semistrukturert forskningsintervju som metode for datainnsamlingen. I følge Jacobsen (2005) kjennetegnes dette av at undersøker og informant snakker sammen i en åpen, vanlig dialog. Intervjuet foregår som regel ansikt til ansikt, og undersøkeren noterer seg (via lydbånd, skriftlig eller begge deler) hva informanten sier. Det er få eller ingen begrensninger i forhold til hva informanten kan si. Det er lite eller ingen struktur av intervjuet, men det anbefales å bruke en intervjuguide med oversikt over temaer en ønsker å komme innom. Jeg vil senere i kapitlet vise hvordan jeg har gått frem under intervjusituasjonene. Jacobsen mener videre at denne metoden egner seg best når det er få enheter som skal undersøkes, og denne metoden passet derfor godt til mitt formål.

I følge Thagaard (2009) er målet med det kvalitative intervjuet å gå i dybden på områdene det er ønskelig å få svar på. Det er derfor viktig å stille spørsmål på en måte som får informanten til å reflektere og gi utdypende svar. Jeg har flere ganger i intervjusituasjoner benyttet meg av oppfølgingsspørsmål for å få informantene til å utdype svaret sitt, med vekslende hell. Noen ganger har jeg oppfattet skjulte signaler om ”hit, men ikke lenger”, og jeg har da av etiske hensyn valgt å la temaet ligge. Brinkmann og Kvale (2009) sier at intimiteten som kan oppstå i intervjusituasjonen setter store krav til forskeren med hensyn til hvor langt man kan gå med sine spørsmål. Det å ha noen som lytter til hva man har av tanker og følelser over en lengre tid kan skape en unik opplevelse. Dette kan igjen føre til at respondentene blir forført til å si ting de senere angrer på. Noen ganger har jeg imidlertid opplevd at informantene selv har gått noe langt i sine beskrivelser, og jeg har da forsøkt å styre samtalen over på noe annet, nettopp for at ikke informanten i etterkant skal føle anger.

Deduktiv, induktiv eller abduktiv tilnærming

Dette handler om hvilken strategi det er mest hensiktsmessig å bruke for å få tak i virkeligheten. Deduktiv fremgangsmåte innebærer å gå fra teori til empiri. Forskeren skaper

i forkant av undersøkelsen noen forestillinger om hvordan virkeligheten ser ut. Deretter samles empirien inn, før man ser om dette stemmer overens med virkeligheten. Forestillingene man har er basert på tidligere empiriske funn og teorier. Induktiv fremgangsmåte vil si å gå fra empiri til teori, man går ut i virkeligheten med et åpent sinn; samler inn data, systematiserer, og deretter danner teoriene (Jacobsen 2005: 28-29).

Min oppgave har med seg elementer av både induktiv og deduktiv art. Ettersom Jacobsen (2005) ikke tar for seg det som et alternativ, måtte jeg se til en annen teoretiker for å utdype dette perspektivet. Thalgaard (2009) beskriver abduksjon som strategi mellom induksjon og deduksjon, Abduksjon fremhever det dialektiske¹² forholdet mellom teori og empiri, altså en pendling mellom etablert teori og egen empiri (Thalgaard 2009:194).

Min bakgrunn som sykepleier ga meg mulighet til å se og forstå det emosjonelle arbeidet på en måte som ga større forståelse ettersom jeg selv har opplevd dette. Både teoretiske og praktisk kunnskap kom her til nytte. Dette i tråd med Thalgaard beskrivelse av abduksjon hvor hun sier at “Abduksjon kan også knyttes til at forskerens teoretiske bakgrunn gir perspektiver for fortolkning av dataenes meningsinnhold” (Thalgaard 2009:195). Mine kunnskaper om emosjonelt arbeid bidro til at jeg kunne analysere intervjuene, identifisere og kategorisere materialet jamfør teorien presentert i kapittel tre. Samtidig har jeg forsøkt å unngå å lete etter informasjon som støtter opp under mine forventninger.

Etiske overveielser

Sett fra et etisk perspektiv bør et gyldig forskningsdesign ifølge Brinkmann og Kvale (2009) ha som mål å produsere kunnskap som er fordelaktig for mennesket og gjøre de skadelige konsekvensene minst mulig. Det understrekes at etiske betraktninger er knyttet til forskningsprosessen som en helhet, og ikke til en bestemt del av studien (op.cit.).

³“Dialektikk er et filosofisk begrep som legger vekt på hvordan motsetninger går opp i en høyere enhet, skjemamessig i en form der en tese fører til utviklingen av en antitese og kampen mellom disse fører til en syntese, en høyere enhet som dermed blir en ny tese i en ny dialektisk prosess” <<http://no.wikipedia.org/wiki/Dialektikk>> (lesedato 31.10.09).

Undersøkelsen har blitt utført etter de gjeldende lover og regler for etiske krav for forskning. For å sikre dette ble en beskrivelse av prosjektet sendt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Tilbakemeldingen der var at slik prosjektet ble presentert vurderes det som ikke-fremleggelsespliktig for REK. Neste skritt var å få en godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), hvor jeg sendte inn et standard meldeskjema. Godkjennelsen¹³ forelå kort tid etter prosjektet ble sendt inn.

I følge Jacobsen (2005) er en grunnleggende forutsetning for all forskning at det skal arbeides ut fra en grunnleggende respekt for menneskeverdet. Forskning kan fremme menneskeverd, men kan også gjøre det motsatte. Forskeren skal vise respekt for menneskeverdet gjennom hele forskningsprosessen, fra valg av tema til forskningsresultater. Samt hver gang forskningsresultater legges frem. Dette medfører at det må stilles krav til forskningsprosesser, og i Norge jobbes det ut fra tre grunnleggende krav som er utgangspunktet for forskningsetikken¹⁴:

1. Informert samtykke
2. Krav på privatliv
3. Krav på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen (2005:45).

Jeg vil under neste delkapittel vise til hvordan jeg har ivaretatt dette samt andre hensyn gjennom min forskningsprosess.

Konfidensialitet og frivillighet

Forskningsetiske hensyn omfatter også at forsker utviser forsiktighet med hensyn til innsamlet data, og betrakter disse som private data. Forsker har ansvar for at data gjøres anonyme slik at respondentene ikke kan gjenkjennes, både i skriftlig materiale så vel som i muntlig fremstilling av studien. Særlig bruk av sitater gjør det viktig at informantene ikke er gjenkjennbare. Under flere av intervjuene har det fremkommet data av sensitiv art. Disse

¹³ Godkjenning fra NSD ligger på < www.nsd.uib.no>, under Høgskolen i Østfold.

¹⁴ Se også "Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi": <www.etikkom.no>.

dataene har jeg valgt og ikke å ha som grunnlag for den senere analysen. Hvem som har deltatt i undersøkelsen er ikke kjent innbyrdes blant informantene, så sant de ikke har valgt å opplyse om det selv.

Respondentene ble i studien sikret konfidensialitet og frivillighet gjennom et informert samtykke¹⁵. Alle data, i form av lydbånd og transkribert materiale har blitt oppbevart utilgjengelig for andre enn meg. Informantene ble skriftlig gjort oppmerksom på dette i det informerte samtykke.

Frivillighet er en annen viktig forutsetning for deltakelse i en studie, og at respondentene er gjort kjent med at de kan trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt i undersøkelsen, uten konsekvenser. Samtidig som frivilligheten er viktig for respondentene, gjør den selve forskningsprosessen sårbar. Særlig i kvalitative undersøkelser med få respondenter gjør frivilligheten prosessen sårbar dersom flere trekker seg. For å sikre seg mot at dette skjer er det viktig med åpenhet rundt alle sidene ved undersøkelsen fra starten. På denne måten får respondentene mest mulig informasjon, og anledning til å avklare spørsmål eller problemer i forhold til deltakelse i studien (Jacobsen 2005). Denne åpenheten har jeg lagt vekt på å ivareta, med gode resultater. Ingen av mine respondenter trakk seg fra undersøkelsen.

Tilgang til feltet og utvalg av informanter

Når godkjenning fra REK og NSD var innhentet, tok jeg kontakt med forskningsavdelingen ved et sykehus i Norge. For å få innpass i sykehuset måtte en prosjektbeskrivelse med nevnte godkjenningene sendes inn. Prosjektbeskrivelsen inneholdt en beskrivelse av prosjektet og en forespørsel om tillatelse til å intervju fem til syv sykepleiere på en akutt avdeling, samt fem til syv sykepleiere ved en onkologisk avdeling¹⁶. Informert samtykke som respondentene måtte underskrive ble sendt med som vedlegg.

Da prosjektet var godkjent ved forskningsavdelingen, tok jeg kontakt med avdelingsleder på de respektive avdelingene. På begge avdelinger fikk jeg muntlig tillatelse til å henge opp

¹⁵ Se vedlegg nr. 1.

¹⁶ Onkologi betyr læren om svulster. Onkologisk avdeling omtales ofte som kreft avdeling.

informasjonsskriv, slik at respondentene kunne ta direkte kontakt med meg. På denne måten fikk jeg raskt mine første intervjuer. Responsen fra akuttavdelingen var imidlertid mindre enn forventet. Det ble derfor søkt ny tillatelse gjennom forskningsavdelingen, til å ta kontakt med en medisinsk avdeling. Dette ble godkjent, og jeg kom i kontakt med de siste respondentene som trengtes for å sikre prosjektet.

Utvelgelse av respondenter ble i hovedsak overlatt til tilfeldighetene. Erfaringsmessig er det begrenset antall mennesker som melder seg til slike undersøkelser, og jeg ønsket derfor ikke å eliminere kandidater på grunn av absolutte kriterier for utvelgelse. Likevel hadde jeg i utgangspunktet noen preferanser. Det var ønskelig å ha med informanter i ulik alder, og med ulik arbeidserfaring som sykepleier. Jeg hadde en idé om at dette er faktorer som kan influere på opplevelsen av emosjonelt arbeide, og jeg ønsket å se om jeg fikk svar som kunne underbygge dette. Jeg ønsket også sykepleiere fra ulike typer avdelinger da jeg hadde en forestilling om at strukturen rundt arbeidsutøvelsen kunne ha innvirkning på sykepleiernes opplevelse og håndtering av emosjonelt arbeide.

Tilfeldighetene ville det slik at de som melde seg til intervju var i alle aldre, med svært ulik fartstid som sykepleiere. Dette skulle vise seg å være av betydning for resultatene, men jeg presenterer lite av disse funnene i empiri kapitlene, se neste avsnitt. Ellers var seleksjonskriteriene i denne studien at sykepleierne var i jobb på aktuell avdelingen når intervjuene fant sted.

Jeg intervjuet til sammen åtte sykepleiere¹⁷ i alderen 20 - 50+ år. Til sammen har de 68 års jobberfaring som sykepleiere, hvilket tilsvarer et snitt i utvalget på 8,5 år. Respondentene har ulike stlingsstørrelser, fra 50-100 %. Flere av sykepleierne har videreutdanning, og samtlige har erfaring fra ulike arbeidsplasser i helsevesenet. For å sikre respondentenes anonymitet har jeg valgt å titulere alle respondentene med ”sykepleier”¹⁸. Av de åtte sykepleierne som er intervjuet, er en mann. For å beskytte hans anonymitet har jeg valgt å bruke pronomenet ”hun” når han omtales i empirien.

¹⁷ I tillegg refereres det til utsagn fra tre utenforstående personer i avhandlingen. Alle har muntlig gitt samtykke til å bli sitert.

¹⁸ Underveis i teksten vil de også bli referert til som “respondent”, for å skape noe variasjon.

Presentasjon av aktuelle avdelinger

Jeg har som nevnt intervjuet sykepleiere som arbeider på tre ulike typer sykehusavdelinger; avdeling for akutt medisin, medisinsk avdeling og onkologisk avdeling. I analysekapitlene vil ikke sykepleierne bli presentert med hvilken avdeling de arbeider på, men en presentasjon av de ulike avdelingene gis likevel her, for å styrke bakgrunnsforståelsen for leseren.

Avdeling for akutt medisin har utbredt bruk av tekniske apparater og prosedyrer, som blant annet hjerterovervåkning, innleggelse av pacemaker og oppfølging av respiratorpasienter. I tillegg er det ofte akutte situasjoner hvor pasienter får hjertestans og /eller respirasjonsstans, og enten resusciteres eller dør. Ettersom flere av pasientene er ustabile og kritisk syke, er bemanningsfaktoren høyere her enn på de andre avdelingene. Det er for eksempel slik at en til sykepleiere kan ha ansvaret for kun en pasient, dersom denne er kritisk syk. Pasientene er gjerne innom her i korte perioder, de stabiliseres, og sendes videre til ordinære sengeposter. Noen av pasientene har kroniske sykdommer, som gjør at de er innom avdelingen med ulike intervaller. Avdelingen har kun sykepleiere og leger¹⁹.

Medisinsk avdeling har mange likhetstrekk med akuttenheten. Også her er det høyteknologisk utstyr i bruk, og akutte situasjoner kan oppstå. Pasientgruppen som kommer hit er imidlertid ansett som mer stabil, og bemanningsfaktoren er langt lavere. På kveldsvakter er det ikke uvanlig at en sykepleier har ansvar for opptil tolv pasienter. Gjennomsnittlig liggetid er noe høyere her, og mange av pasientene er kronikere, og således ”gjengangere”. På avdelingen arbeider leger, sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere.

På *onkologisk avdeling* er det mindre teknisk utstyr, og den terapeutiske biten av sykepleien har et større fokus. Det er også dødsfall her, men dette er da gjerne forventet, og hvor man i en kortere eller lengre periode har utført palliativ pleie. Pasientgruppen her er ofte innom periodevis gjennom flere år, avhengig av hvor aggressiv form for cancer de har. Pasientene som får kjemoterapi er innom avdelingen i ulike intervaller, gjerne over lang tid. Bemanningsfaktoren er tilnærmet lik medisinsk avdeling. Gjennomsnittlig liggetid her er

¹⁹Det er kun den operative kjernen som nevnes her, ikke administrasjon, støttestab osv.

omlag tre ganger så lang som på avdeling for akutt medisin. Her arbeider leger, sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere.

Intervjuguiden

Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide²⁰. Guiden er inndelt i to; en demografisk del og en tematisk del med oppfølgingsspørsmål. Del to ble utarbeidet med tanke på å få frem hvordan det oppleves å arbeide som sykepleier, ikke kunnskap knyttet til sykepleiernes tradisjonelle kunnskapsområder. Således var oppfølgingsspørsmålene en viktig del som ble benyttet i stor grad. Det å bringe frem dybdeforståelse var helt essensielt for den videre analyseprosessen rundt et så diffust begrep som emosjoner.

Gjennomføring av forskningsintervjuet

Før intervjuene ble gjennomført, ble det utført prøveintervju med en sykepleier samt en person uten tilknytning til fagområdet. Hensikten med prøveintervjuene var å se hvordan personene responderte på spørsmålene som ble stilt, og i hvilken grad den utarbeidete intervjuguiden fungerte. Jeg erfarte at den fungerte etter intensjonen. Samtidig fikk jeg trening i å stille de ”riktige” oppfølgingsspørsmålene. Under prøveintervjuene ble det også tatt tid på intervjuene, slik at jeg var forberedt på tidsrammen.

Jeg startet alle intervjuene med en kort innføring om temaet, og deretter ble intervjuguiden tatt i bruk. Etter at intervjuene var ferdige og båndopptageren skrudd av ble det foretatt en uformell samtale om temaene vi hadde vært innom for å ”lande” litt. Dette er også i tråd med hva Brinkmann og Kvale (2009) skriver om rammeverket rundt intervjuet. De sier at når et intervju går mot slutten eller er overstått kan det oppstå en spenning eller engstelse. Noen føler kanskje at de har blitt for personlige, eller vært for åpne i utleveringen av egne følelser og meninger. Det kan også knyttes opp til hvordan disse opplysningene vil bli benyttet. I samtalen som foregikk etter at båndopptageren ble skrudd av, delte mange av respondentene ting de hadde tenkte på underveis, men som sannsynligvis ble for vanskelig å

²⁰ Se vedlegg nr 2.

uttrykke med båndopptageren på. Dette er opplysninger jeg har valgt å ikke ta med. Fog (2004) illustrerer tanken bak dette med følgende utsagn:

Spørsmålet er, hvor grænserne går for, hvad jeg kan tilade mig at sige og skrive, hvor langt jeg kan trænge ind på den interviewede, som jo elsværdigt har stillet sig til rådighed for mig, og i hvilken udstrækning jeg kan tillade mig at anfægte det, han siger om sig selv og sin verden (Fog 2004:27).

I noen av intervjuene opplevde jeg at respondentene tok til tårer. Det materiale har vært brukt i analysen, men ingen av utsagnene i disse situasjonene har blitt sitert. Til tross for tårene, uttrykte alle respondentene at intervjusituasjonen var en positiv erfaring, og de syntes det var spennende å være med i prosjektet. Noen ga også uttrykk for at det hadde vært lærerikt og bidro til at de nå så på sin yrkesutøvelse på en litt ny måte. Jeg opplevde respondentene som engasjerte under intervjuene, og følte at jeg fikk tilstrekkelig tilgang til deres tanker og følelser rundt temaet til å danne grunnlag til et rikt datamateriale.

De aktuelle intervjuene ble utført på nøytral grunn, det vil si utenfor respondentenes arbeidsplass. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og transkribert etter hvert som de var utført. Intervjuene fant sted i tidsperioden november 2009 - mars 2010. Alle intervjuene varte 1 til 1,5 time og det ferdige, transkriberte materialet er på 130 sider.

Databearbeiding og analyse

Da jeg skulle analysere materialet, tok jeg utgangspunkt i Brinkmann og Kvale (2009). Der konkluderes det med at det ikke eksisterer noe magisk verktøy for analysen av data. Videre sies det at mye avhenger primært av forskeren selv, spørsmålene som stilles i begynnelsen av prosjektet, selve intervjuet samt transkriberingen. Selve analysen deles inn i seks mulige trinn (op.cit.:203-205), som ikke forutsetter hverandre, hverken logisk eller kronologisk:

1. Respondentenes beskrivelse av egen livsverden. Her forteller de fritt om egne tanker og opplevelser rundt et tema. Det skjer lite fortolkning eller forklaring, hverken fra intervjuerens eller respondentenes side. Respondentene fortalte om sine erfaringer fra sykehushverdagen, og oppfølgingsspørsmål ble kun stilt for utdyping av informasjonen som ble gitt.

2. Respondentene oppdager selv nye forhold. I løpet av intervjuet ser de nye betydninger ut i fra hva de forteller. En sykepleier forteller for eksempel om hvor mye det er å gjøre på avdelingen i løpet av et skift, og begynner å reflektere over hvordan det egentlig er fysisk mulig å komme igjennom alt.

3. Intervjuer gjør tolkninger av meningen av det som blir sagt i løpet av intervjuet. Deretter sendes dette tilbake til respondenten, som igjen har mulighet til å respondere på tolkningen som er gjort. For eksempel ble spørsmål formulert som ”har jeg forstått det riktig når jeg opplever at du sier...” Dette gjøres ideelt sett til kun en fortolkningsmulighet er igjen, eller til at det avdekkes at respondenten har flere og/eller selvmotsigende oppfatninger om et tema. Jeg forsøkte å foreta slike oppsummeringer underveis, for å sikre at det var den faktiske meningen som ble forstått, og ikke fortolket av meg.

4. Det transkriberte intervjuet blir fortolket av forsker. Først blir det gjort en strukturering av intervjuet gjennom transkribering, samt ved hjelp av dataprogrammer. I det som kalles den *egentlige analysen* utvikles intervjuenes mening, hvor forskeren kan hente frem nye perspektiver på fenomenet som studeres. Her finnes ulike analytiske redskap som fokuserer på tekstenes betydning og språklige form.

Eksempel fra det transkriberte materialet:

I: Hva gjør det med deg som menneske å stå i disse vanskelige situasjonene?

R: (...) jeg må være bevisst på hva jeg sier, bevisst på kommunikasjonen, på hva jeg kan bidra med -ha fokus på hva jeg kan bidra med så det blir best mulig for dem og bruke meg selv og da er jeg mer opptatt av at de skal mestre situasjonen og hjelpe dem så godt jeg kan, bruke meg selv best mulig (smiler).

I: Hva legger du i det å ‘bruke deg selv’?

R: Da tenker jeg kommunikasjon, det å lytte til hva de har å si, ta tråden derfra (...) å møte pasienten der pasienten er, da er det en forutsetting å møte dem i det de sier, og ta kommunikasjonen derfra og spørre ’hva mener du nå’, eller ’kan du forklare mer’, og at jeg også kan spørre hva tenker du at jeg kan gjøre hva ønsker du at jeg skal gjøre,

En oversikt over temaer som var gjennomgående ble deretter gjort for å danne en meningskategorisering²¹. Denne oversikten inneholdt temaer som gikk igjen i alle intervjuene, som for eksempel kjemi, jobbkrav, maktesløshet, tid og mestring. Sitat fra alle intervjuene ble plukket ut og sortert under kategoriene. Deretter ble hele intervjuene lest igjen for å se etter utelatte eller nye temaer og for å få en ny forståelse av materialet.

Hovedtemaene utkrystalliserte seg under denne prosessen, og gjorde således sitt til at tematikken ”levde sitt eget liv”, slik jeg skrev innledningsvis²². Denne prosessen endte opp i tre hovedtemaer, som igjen har blitt til de tre empirikapitlene.

5. Gjenintervju hvor forskeren kan gi tolkningen til respondenten. Denne får da muligheten til å korrigere og eventuelt utdype de tolkningene som har blitt gjort. Dette har ikke blitt gjort i denne undersøkelsen. Alle respondentene fikk tilbud om å lese igjennom ferdig transkribert materiale, hvilket samtlige takket nei til.

6. Et mulig sjette trinn er at respondentene begynner å handle på bakgrunn av den nye innsikt de har fått gjennom intervjuet. Det har ikke vært noe kontakt mellom respondentene og meg etter intervjurunden, og jeg kan således ikke uttale meg om eventuelle endringer deltagelsen i studien har medbrakt.

Metodiske betraktninger

Reliabilitet

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes troverdighet, og sees ofte i sammenheng med hvorvidt et forskningsresultat kan reproduseres av andre forskere (Brinkmann & Kvale 2009). Det handler altså om hvor pålitelige innsamlede data er. I kvalitativ forskning er det derfor viktig å beskrive forskningsprosessen så nøyaktig som mulig, slik at prosessen kan gjøres på samme måte av andre. Ved bruk av intervju som metode er det imidlertid viktig å være klar over at interaksjonen mellom forsker og respondent kan påvirke svarene som fremkommer (op.cit.). Jeg har forsøkt å ivareta studiens reliabilitet ved å dokumentere prosessen nøyaktig, samt ved bruk av intervjuguid. Prosessen blir på den måten i større grad etterprøvable.

²¹ Sitater som har lignende innhold/mening

²² Kapittel 1.

Jeg har under intervjuene tilstrebet en objektiv rolle, og forsøkt å unngå ledende spørsmål. Jeg har vært bevisst på at måten spørsmålene ble formulerte kan prege svarene som blir gitt. Likevel er det ikke til å unngå at mitt ståsted har preget respondentene. Intervjuene var preget av en åpen og lett stemning, og jeg fikk større tilgang til respondentenes tanke- og følelseverden enn forventet. Min bakgrunn i sykepleien var kjent av alle respondentene, og det hendte at ballen ble sendt tilbake til meg. For å svekke det asymmetriske maktforholdet²³ i situasjonen delte jeg da noen av mine egne erfaringer. Samtidig som dette fungerte som en ”døråpner”, har det sannsynligvis påvirket resultatene. Her må det også nevnes at respondentene allerede gjennom informasjonsskrivet²⁴ ble satt inn i en bestemt ”emosjonell tankegang” av forskeren. Ettersom temaet det forskes på er ukjent for de fleste fant jeg det imidlertid nødvendig å gi en kort presentasjon.

En svakhet ved den valgte intervjuformen er at den er retrospektiv. Det vil si at respondentene forteller om ting som ligger tilbake i tid. Det er ikke utenkelig at opplevelsene med tid og erfaring blir sett i et annet perspektiv. På den andre siden kan det argumenteres med at det er sykepleierens *opplevelse* av det emosjonelle arbeid jeg ønsker å utforske. Hvorvidt det er følelsene rundt episoden i dag eller følelsene som oppstod da det skjedde kan være av mindre betydning. En annen svakhet er imidlertid at respondentene kan fremstille seg og sine reaksjonsmønstre på en mer positiv måte enn hva som er tilfelle. Glasø (2006) benytter seg av begrepene *Sosial ønskverdighet og mellommenneskelige faktorer* for å beskrive dette fenomenet. Med utgangspunkt i mitt datamateriale, er min vurdering at respondentene har vært meddelsomme også på områder som kan sette dem selv i et dårlig lys. Det er likevel ikke urimelig å anta at enkelte fremstillinger er noe ”forgyllet”.

En siste feilkilde jeg ønsker å nevne, er selve kommunikasjonsprosessen. Under transkriberingen, var det noen setninger i hvert intervju som det ikke var mulig å høre på diktafonen. For å sikre reliabiliteten har jeg i analysen utelatt temaer hvor setninger mangler.

²³ Se Kvale 2009:52-53.

²⁴ Se vedlegg nr. 1.

Validitet

Validitet omhandler i en bred fortolkning i hvilken grad en metode faktisk undersøker det den er ment til å undersøke (Brinkmann & Kvale 2009:251). Validiteten bedømmes ut fra ulike parametre. Man kontrollerer ved å undersøke feilkildene, ”forskeren spiller rollen som djevelens advokat ovenfor sine egne funn” (op.cit:254). Under intervjusituasjonene og i analysen har det vært viktig for meg å forsøke å være objektiv. Bruk av intervjuguide har gjort det enklere å holde fokus på temaet. Det er likevel ingen garanti for at jeg har fått tak i riktig mening i alt som ble formidlet av respondentene, og resultatene bærer med høy sannsynlighet noe preg av min forforståelse og fortolkning.

Validiteten bygger også på den teoretiske bakgrunnen, som kan sannsynliggjøre tolkningene som gjøres (Brinkmann & Kvale 2009). Mine funn har gjennomgående blitt vurdert opp mot gjeldende forskning på feltet. For å styrke validiteten har jeg innhentet bred kunnskap om temaet jeg undersøker, og jeg ser at mine funn er sammenlignbare med det som er gjort i andre undersøkelser

Generaliserbarhet

Gjennom studien har det blitt lagt vekt på innsamling av dybde fremfor bredde i data, da det ikke er av stor betydning å gjøre funn av høy generaliserbarhet i undersøkelsen. I tillegg ville det av ressursmessige hensyn vært umulig. Ved å benytte meg av intervjuer har jeg gjort det mulig å studere prosessene hos sykepleierne i detalj. Det å fokusere på kvaliteten til intervjuene snarere enn antall intervju har vært et metodisk valg. Hadde jeg hatt flere respondenter kan det argumenteres for at det hadde vært større rom for generalisering. Intervjuene ville da imidlertid ha vært korte og avgrenset, og det er sannsynlig at flere av de gode historiene ville uteblitt. Emosjoner er et personlig tema, og de fleste vil sannsynligvis trenge litt tid i en intervjusituasjon, før de åpner seg og kommer med personlige opplevelser og betraktninger.

Brinkmann og Kvale (2009) åpner imidlertid for at funn som gjøres i en studie kan brukes som en rettleiding for hva som kan skje i en annen situasjon. Dette kalles analytisk generaliserbarhet, og beskrives på følgende måte:

Den er basert på en analyse av likhetene og forskjellene mellom de to situasjonene. I motsetning til en spontan naturalistisk generalisering, baserer forskeren her sine generaliseringspåstander på en assertorisk logikk. Det finnes flere former for assertorisk logikk, som den juridiske argumentasjonsformen som skjer i rettssalen og generaliseringsargumenter som er basert på teorier. Ved å spesifisere bevisene og gjøre argumentene eksplisitte, tillater forskeren leserne selv å bedømme generaliseringens holdbarhet (Brinkmann & Kvale 2009:266-267).

Det er altså ikke utenkelig at funn fra denne studien kan ha relevans og interesse for sykepleiere og andre som arbeider i helsesektoren.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg tatt for meg forskningsprosessen, trinn for trinn. Jeg har presentert hvordan jeg har gått frem gjennom prosessen, og begrunnet valgene jeg har gjort. Sist har jeg gjort rede for metodiske betraktninger.

Neste kapittel er teorikapitlet. Her vil det bli en gjennomgang av Hochschilds emosjonshåndteringsperspektiv, som er valgt for å belyse innhentet empiri.

Kapittel 3

Teoretisk rammeverk

“The emotion-management perspective can be applied to any number of areas”
(Hochschild 1979:572)

Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere deler av Hochschilds emosjonshåndteringsperspektiv. Dette materialet vil benyttes til analysering av empirien i de neste tre kapitlene, sammen med annen relevant forskning som kan belyse min problemstilling. Jeg vil i det følgende se på bakgrunnen for Hochschilds interesse for emosjonelt arbeide. Deretter vil jeg ta for meg byggesteinene i hennes teoretiske rammeverk; emosjonelt arbeide, surface acting, deep acting²⁵, følelsesregler og sosialt utbytte av følelser. Videre gjøres det rede for ulike teknikker for å utføre emosjonelt arbeid og deretter presenteres kritikk av Hochschilds teorier. Kapitlet avsluttes med en oppsummering.

Hochschilds emosjonshåndteringsperspektiv

Arlie Russell Hochschild er en av de første som studerte emosjonsregulering på arbeidsplassen, og er sannsynligvis den forfatteren det refereres hyppigst til i utgivelser om servicearbeidere og emosjoner. Hun sier selv at fascinasjonen for emosjonelt arbeid startet gjennom observasjoner av foreldrenes yrkesutøvelse. De arbeidet som US Foreign Service Diplomats, og som ung pike var Hochschild med på å servere under en representasjons sammenkomst. Her fikk hun rikelig anledning til å studere de ulike lands diplomater, og gjorde seg noen spennende refleksjoner rundt dette (Hochschild 1983). Når hun i etterkant hørte på hvordan foreldrene forsøkte å analysere opptreden til gjesten, stilte hun seg følgende spørsmål:

²⁵ Oversatt til henholdsvis overflatespill og dybdespill av Falch (2010). Den norske oversettelsene benyttes heretter i avhandlingen.

Had I passed the peanuts to a person, I wondered, or to an actor? Where did the person end and the act begin? Just how is a person related to an act? (Hochschild 1983:ix).

Senere studier, hvor hun møter på blant annet Erving Goffman²⁶ og Charles W. Mills teorier, trigger videre interesse for å trenge dypere inn i disse spørsmålene. Hun identifiserer at i disse teoriene er det en dimensjon som mangler, det emosjonelle arbeidet som aktørene utfører, enten det dreier seg om å ”selge sin personlighet” eller forsøk på å kontrollere egen opptreden.

Dette er bakgrunnen for den banebrytende studien hun utga i 1983 om emosjonelt arbeid i flyindustrien. Dette arbeidet blir det referert til i nær sagt alle utgivelser²⁷ i ettertid som skriver om emosjonelt arbeid (Phillips 1996; Feldman & Morris 1997; Bolton 2001; Pugh 2001; Grandley 2003; Soares 2003; Mann 2005; Blix 2007; Symons 2007; Gray 2008; Olsson 2008; Theodosius 2006, 2008; Falch 2010; Cowie & Smith 2010, mfl.) I dette studiet ser hun spesielt på flyvertinnene, som er blant frontlinjearbeiderne²⁸ i flyindustrien. Her studerer hun hvordan de lager, omformer og tilpasser følelser, som en del av jobben de er betalt for å gjøre. Dette refererer hun til som den ”usynlige” delen av arbeidet, og hun kaller det emosjonelt arbeid. Hun definerer det selv på følgende måte:

I use the term *emotional labour* to mean the management of feeling to create a

²⁶Hochschild snakker varmt om Goffman både i sin klassiker “Emotion work, feeling rules and social structure” (1979), og i boka “The commercialization of intimate life” (2003): “*Goffman’s ‘situationism’ is a brilliant achievement, one that must be understood as a development in the intellectual history of social psychology*” (1979:556, 2003:90). Goffman er en av inspiratorene for hennes arbeid (Hochschild 1983). Likevel understreker hun ulikheten i deres tilnærming til forståelsen av følelshåndtering. Hun sier at for å undersøke hvordan en person forsøker å håndtere følelser, må personen være kapabel til å føle, til å oppleve at en følelse er upassende, og i stand til å gjøre noe med dette. Videre hevder hun at skuespilleren Goffman beskriver, ikke ser ut til å føle mye, eller jobber mye med følelser på en slik måte en skuespiller må gjøre (Hochschild 1979:557): “*In sum, the emotion management perspective fosters attention to how people try to feel, not as for Goffman, how people try to appear to feel*” (Hochschild 1979:560).

²⁷ Samtlige utgivelser på denne avhandlingens referanseliste som omhandler emosjonelt arbeid, har direkte referanse til Hochschild.

²⁸ Med frontlinjearbeid menes ansatte innen servicenæringen der jobben innebærer hyppig kontakt – ansikt til ansikt – med kunder eller brukere (Klemsdal & Svare 2011:21).

publicly observable facial and bodily display: emotional labour is sold for a wage and therefore has *exchange value*. I use the synonymous terms *emotion work* or *emotion management* to refer to these same acts done in a private context where they have *use value*²⁹ (Hochschild 1983:7).

Som vi ser av dette gjør hun et distinktivt skille mellom *emotional labour* og *emotion work*³⁰ eller *emotion management*. Emotion work er handlingen som utføres når man regulerer emosjoner i den private sfære. Emotional labour derimot, innebærer forsøk på å regulere emosjoner på arbeidsplassen. Ofte kan dette foregå gjennom ubevisste prosesser, men i situasjoner hvor våre følelser ikke passer inn og kan bli et problem, blir vi tvunget til å ta stilling til hvordan dette skal håndteres. Dette er en del av det arbeidet man er betalt for å gjøre, og det emosjonelle arbeidet har således bytteverdi (Hochschild 1983).

Hochschild har selv ikke satt emosjonelt arbeid direkte i sammenheng med sykepleie, men hun så at dette også er relevant i serviceyrker utenfor flyindustrien, gitt ut fra kriteriene for emosjonelt arbeid (Theodosius 2008). Følgende tre ting kjennetegner jobber hvor emosjonelt arbeid er involvert:

- Det krever ansikt til ansikt eller talekontakt med publikum.
- Det krever at arbeideren produserer en emosjonell tilstand i en annen person, for eksempel glede eller trygghet.
- Den tillater arbeidsgiveren gjennom opplæring og overvåking å ha en viss kontroll over den ansattes emosjonelle aktiviteter (op.cit.:1983:147).

De fleste interaksjonene i sykepleien involverer ansikt til ansikt eller talekontakt med pasient/pårørende. I noen tilfeller kan pasienten være bevisstløs, eller i narkose, men interaksjon foregår gjerne i forkant eller etterkant av nevnte tilstander. Videre er for eksempel det å skape trygghet hos pasienten en viktig oppgave for sykepleieren. På samme måte som synlig frykt hos en flyvertinne kan skape uro blant flypassasjerer, kan også en engstelig sykepleier skape utrygghet hos pasientene. Gjennom opplæring og oppfølging kan arbeidsgiver influere på yrkesutøvelsen til den ansatte. Kriteriene som kjennetegner jobber hvor emosjonelt arbeid er involvert er med andre ord høyst aktuelle og overførbare til sykepleien (Blåka & Filstad 2007; Sieben & Wettergren 2010).

²⁹ Hochschilds kursivering.

Det å fremkalle bestemte følelser hos pasientene ved hjelp av emosjonelle uttrykk er altså også en del av det emosjonelle arbeidet for de ansatte. Det er altså ikke nok å møte på jobb og utføre sine praktiske arbeidsoppgaver – sykepleieren er også betalt for å være imøtekomende, omsorgsfull, og tilpasse sine følelser til det som kreves i situasjonen (Hochschild 1983:7).

Det emosjonelle arbeidet utføres gjennom to prosesser som Hochschild (1983:35) betegner som overflatespill og dybdespill. Overflatespill innebærer forsøk på å late som man føler det som forventes i en gitt situasjon, for eksempel ved å undertrykke irritasjon og i isteden fremvise glede. Man kontrollerer altså en emosjon, og endrer den i forhold til hva omgivelsene mener er akseptabelt. Man narrer omgivelsene, men ikke seg selv, “the expression on my face or the posture of my body feels ‘put on’. It is not a ‘part of me’” (Hochschild 1983:36). På norsk kan vi kalle det å ”male på et smil”, eller ta på seg en maske. I følge Hochschild er det diplomater og skuespillere som er flinkest til nettopp dette! Overflatespill medfører det hun kaller emosjonell dissonans, en ubalanse mellom det man faktisk føler følelse og observerbart emosjonsuttrykk (op.cit.).

Dybdespill betegner forsøk på å manipulere egen opplevd emosjon for at denne skal stemme overens med de forventninger personen opplever at omgivelsene har. Dersom man tenker på en opplevd situasjon hvor man smilte og var glad, vil det være letter å fremvise denne følelsen. Den emosjonelle dissonansen vil også reduseres når det blir større kongruens mellom følelsen som vises frem, og følelsen som oppleves (op.cit.).

Videre er det ytterligere to sentrale begrep i emosjonshåndteringsperspektivet, følelsesregler og sosialt utbytte av følelser. I følge Hochschild (1983) er følelsene det som danner grunnlaget for handlinger³¹, og hun beskriver dem som et slags manuskript. Følelsesreglene styrer det emosjonelle arbeidet ved å skape en slags forventning og forpliktelse til hvordan vi bør reagere i ulike situasjoner (op.cit.). Andre kan også gjøre oss oppmerksomme på

³¹Hochschild har her hentet inspirasjon fra Darwins teorier. Sammenkoblingen mellom emosjoner som en preaktivitet til handling var nøkkelen for Darwin. Han så for eksempel på sinne som en opptakt til å drepe og kjærlighet som en opptakt til seksuell aktivitet. Hochschild fortsetter tankerekken med å kalle misunnelse for opptakten til å stjele, takknemlighet opptakten til å gi tilbake, og sjalusi opptakten til å ekskludere. Hun konkluderer med at emosjoner er vår opplevelse av at kroppen gjør seg klar til en tenkt handling (Hochschild 1983:229-230).

hvordan vi bør eller ikke bør føle med kommentarer av slaget “Du har ingen grunn til å bli sint for det”, eller ved å sette spørsmålstegn ved følelser: “Hvorfor setter du ikke større pris på alt jeg gjør for deg?”. Hochschild (2003:82) skriver følgende om følelsesregler:

‘Feeling rules define what we should and shouldn’t feel and would like to feel over a range of circumstances; they show how we judge feeling. A feeling rule governs how we feel whereas an expression rule governs how we express feeling’

Det representerer altså en type rettleiding, for å linke riktig følelse til riktig situasjon, ”vi gråter i begravelser og smiler i bryllup” (Bolton 2000). Det kan selvfølgelig argumenteres med at mange også gråter i bryllup. Forskjellen er at det da gråtes av glede. På samme måte kan det også være akseptabelt å le i en begravelse, hvis det kan forklares med emosjonell ubalanse eller sorgreaksjon. Å utvise glede derimot ansees som sosialt avvikende, og det kan forventes negative sanksjoner fra omgivelsene (Falch 2010).

Det siste sentrale punktet i Hochschilds teorier er sosialt utbytte av følelser. Det er denne handlingen som kobler sammen ideologi, følelsesregler og emosjonshåndteringen (Hochschild 1979:568). Emosjonelt arbeid gjøres gjennom interaksjon med andre, og følelsesregler forteller oss noe om hvor partene står i forhold til hverandre når det gjelder utveksling av respekt og hensyn. Det skilles her mellom direkte og improvisert utbytte. Direkte utbytte er for eksempel når man bukker som en gest ved en mottatt tjeneste, og på denne måten “betaler” for tjenesten. Improvisert utbytte kan eksemplifiseres med at når man er invitert med ut på middag forventes det at man nyter maten og hygger seg (Hochschild 1983). Hun sier dette om hvordan følelsesregler og emosjonelt utbytte henger sammen:

“Feeling rules are standards used in emotional conversation to determine what is rightly owed and owing in the currency of feeling. Through them, we tell what is “due” in each relation, each role. We pay tribute to each other in the currency of the managing act. In interaction we pay, overpay, underpay, play with paying, acknowledge our dues, pretend to pay, or acknowledge what is emotionally due another person” (op.cit.18).

Håndtering av følelsene innebærer altså også å anerkjenne hvor høy grad av emosjonelt arbeid man skylder hverandre.

Hochschild beskriver tre, ulike konkrete teknikker for utførelse av det emosjonelle arbeidet:

1. Kognitiv teknikk. Her forsøkes det å endre ideer og tanker, for å endre følelsene de assosieres med.
2. Kroppslig teknikk. Her forsøkes det å forandre kroppens reaksjoner/symptomer på følelser (for eksempel forsøke å ikke flakke med blikket, skjelve eller puste anstrengt ved nervøsitet).
3. Forsøk på å endre uttrykk som fremvises (for eksempel ved å forsøke å gråte eller le). Hensikten her er å endre opplevd emosjon. Denne teknikken kalles for ekspressivt emosjonelt arbeid (Hochschild 1979:562).

Teknikkene beskrives adskilt i teorien, men opptrer ofte sammen i virkeligheten.

Kritikk av Hochschilds teori

Til tross for den anerkjennelsen Hochschilds arbeid har fått, har det også høstet mye kritikk. Kritikken har særlig vært rettet mot hennes undervurdering av den potensielt tilfredsstillende opplevelsen emosjonelt arbeid kan gi, samt den muligheten frontlinjeansatte har til å gjøre tilsvarende i interaksjon med brukere av tjenestene. (Williams 2003; Watt 2007). Williams (2003) fant i sin undersøkelse av frontlinjeansatte som jobbet i en hotellresepsjon at de fleste likte jobben sin, og fant den tilfredsstillende. Til tider kunne samspillet med gjestene oppleves som krevende, men for det meste var det ansett som en hyggelig opplevelse å møte mange ulike mennesker gjennom dagen.

Videre kan det synes som mye av kritikken dreier seg om at Hochschilds teorier opererer med for endelige variabler. I virkeligheten er det mykere overganger, og sjelden sort/hvitt argumenteres det med. Eksempelvis kritiserer Theodosius (2008:15) skillet som trekkes mellom *emotional labour* og *emotional work*. Hun mener inndelingen ikke er så unyansert som Hochschild hevder, men at skillet i større grad er individuelt. Hos Blix (2007:164-165) argumenteres det for at det ikke finnes et klart skille mellom overflatespill og dybdespill. Hun mener isteden at aktørene bytter mellom disse teknikkene, alt etter situasjon og individuelle preferanser.

En tredje kritikk går ut på hennes to dikotomier; ekte og falskt jeg, samt privat og offentlig jeg. Hun identifiserer det ekte jeg'et med det private jeg'et og det falske med det offentlige jeg'et, og ser på dette som beskyttet fra kontroll fra utsiden. Her mener Wouters (1989) at distinksjonen mellom det offentlige og det private ikke er slik Hochschild fremstiller det. Han mener dette skillet har kommet i moderne tid, og slettes ikke er et allmenn gyldig prinsipp for alle samfunn og individer.

En undersøkelse av 3000 australske flyverter, gjort av Williams (2003) viser dessuten spennende resultater. De kvalitative dataene indikerer at emosjonelt arbeid er både hyggelig og vanskelig, til ulike tider for samme individ. Diskusjon kan her være om rammebetingelsene har endret seg siden Hochschild gjorde sin undersøkelse, med andre resultater 20 år tidligere, eller om det emosjonelle arbeidet har blitt "hyggeligere" i løpet av denne tiden.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg sett på det grunnleggende i Hochschilds teorier. Gjennom ulike begreper, teoretiserer hun hvordan det emosjonelle arbeidet utføres, og hvordan dette kan gjøres gjennom to teknikker, overflatespill og dybdespill. Følelsesregler blir presentert som et manuskript eller uskrevne normer og regler for hvordan vi skal opptre i tråd med hva som forventes. Vi har også sett på begrepet emosjonell dissonans, som beskriver en ubalanse i følelser som oppleves kontra følelser som fremvises. Avslutningsvis har vi sett at selv om Hochschild høster stor anerkjennelse verden over, er det også flere som stiller seg kritiske til ulike aspekter ved hennes teorier.

Kapittel 4

Engasjement, mening og motivasjon

”Når pasienten får sterke bånd til deg, er det noe du får tilbake” (Sykepleier).

Innledning

Dette er det første av tre kapitler som vil beskrive og analysere det empiriske materialet. Jeg vil løfte frem sykepleiernes opplevelse av det emosjonelle arbeidet, og hvordan ulike jobbfaktorer påvirker dette. Analysen tar for seg funn fra alle hovedkategoriene, som vil bli drøftet og relatert til ulike emosjons- og organisasjonsteorier.

Å jobbe med pleie og omsorg for andre mennesker er krevende, og det stilles omfattende fysiske og mentale krav til arbeidstakerne (Dahl-Jørgensen et al. 1998). Likevel er det slik at alle respondentene opplever tilfredsstillelse og glede gjennom sin yrkesutøvelse. Engasjement, det å kunne hjelpe samt positive bekreftelser er stikkordene for dette kapitlet. Vi skal se nærmere på hva respondentene omtaler som positive jobbopplevelser og situasjoner som gir mening³², livsbekreftelse³³ og motivasjonsenergi³⁴

Motivasjon gjennom å kunne hjelpe og dekke behov

Deci og Ryan (1985) skiller i sin kognitive evalueringsteori mellom to motivasjonssystemer som de kaller ytre og indre motivasjon. Den ytre motivasjonen er belønningsfaktorer, som lønn, frynsegoder, statussymboler, forfremmelse og lignende. Arbeidet i seg selv blir kun et redskap for å oppnå disse belønningene. Indre motivasjon er derimot den motivasjonsenergien som ligger direkte i arbeidsutførelsen. Nøkkelord knyttet til indre

³²I følge Nietzsche har ingenting en naturlig gitt mening. Tilværelsen er et prosjekt som gjennom kreativitet, innsats og vilje skapes. Når ting er meningsløse, må man skape sin egen mening. Pickett, B.L. (1997). Nietzsche Ethics. *The Journal and Politics*. 59(2), 576-582.

³³ Se Falch (2010).

³⁴ Se Wettergren et al. (2008).

motivasjon er selvrealisering, måloppnåelse og ansvar.

Sykepleiere har tradisjonelt vært et lavtlønnet yrke, med ugunstig turnusarbeid som innebærer jobb i helger, på kvelder og helligdager. Det kan synes som det er få ytre belønningsfaktorer, og det er sannsynlig at det er gjennom den indre motivasjonen sykepleierne finner en del av sin motivasjon og arbeidsglede. I kognitive motivasjonsteorier går dette under betegnelsen forventningsteori (Kaufmann & Kaufmann 2003). Sykepleieren investerer tid, energi og emosjonelt arbeid i pasienten, og jamfør denne teorien forventes da en belønning for arbeidet som utføres. I denne konteksten vil belønningen mest sannsynlig dreie seg om den indre tilfredsstillelsen som oppnås gjennom arbeidsutførelsen. For sykepleieren vil dette kunne være knyttet til positive bekreftelser fra pasient og pårørende. Henningsson (2004) bekrefter betydningen av bekreftelser fra menneskene rundt oss. Hun hevder det er en viktig komponent for mental utvikling, stabilitet og mental helse. Det er med andre ord rimelig å anta at positive tilbakemeldinger er av stor betydning for sykepleierne.

Å få lov til å hjelpe

Empirien viser at alle sykepleierne er opptatt av å kunne hjelpe og dekke behov hos sine pasienter. En sykepleier uttrykker det på følgende måte:

Jeg føler vi som sykepleiere er utrolig privilegerte som får mulighet til å hjelpe mennesker på denne måten, det gir et helt annet perspektiv på livet (...) Jeg føler som jeg er heldig som har vært på den avdeling jeg har vært på, hvor det har vært et utrolig stort fokus på å dekke pasientens behov (sykepleier).

Respondenten føler seg heldig som får være på en avdeling hvor fokuset er rettet mot det å dekke pasientens behov. Hun sier hun føler seg privilegert for å ha mulighet til å hjelpe mennesker på denne måten. Ut fra disse uttalelsene er det rimelig å anta at sykepleieren opplever å bli motivert og føler jobbglede gjennom hjelpen hun opplever å få gi til sine pasienter. En annen sykepleier er også opptatt av å få hjelpe sine pasienter:

Det er ikke livet mitt det dreier seg om, det dreier seg faktisk om dem. Og det er der fokuset mitt er. Hva jeg mener, synes, tror og tenker er ikke så viktig bare de blir hørt og sett, og får den hjelpen de trenger (sykepleier, akutt avd.).

Det fokuseres her på pasientenes behov i en slik grad at egen identitet blir lagt til side. Sykepleieren gir uttrykk for at egne behov er underordnet, målet er at behovene til pasienten blir innfridd. Dette kan sammenlignes med hva Falch (2010) kaller herre-tjener forhold, hvor dimensjonen overordning-underordning er rammen rundt arbeidsforholdet. Hun poengterer at dersom interaksjonsformen er akseptert av begge parter fungerer den, men i motsatt fall vil det kunne oppstå vanskeligheter. I tilfellet her er det ikke rammen rundt relasjonen som skaper opplevelse av underordning for sykepleieren, hun setter seg selv i denne rollen.

Smith (1992) beskriver ulike handlingsstrategier for å unngå emosjonell utmattelse³⁵. En av strategiene går på å distansere seg fra pasienten gjennom å objektivisere og avpersonifisere pasienten. Motstykke til denne strategien er hva hun kaller "å arbeide med mennesker" som innebærer at det å ivareta pasienten emosjonelt er en like viktig del av pleie og omsorg som det mer praktiske og tekniske. Denne handlingsstrategien ser ut til å korrelere med begge de siterte sykepleiernes tilnærming til yrkesutøvelsen. Den ene av dem utdyper viktigheten av å tilfredsstille pasientens behov med følgende sitat:

Det jeg kan gjøre er å gjøre dagen best mulig. Og det er kanskje det jeg kan tilby og det innebærer å dekke de behovene jeg ser, og det kan godt innebære å gi 10 mg morfin intravenøst i støt, det kan innebære å gå ned på kjøkkenet og hente vannmelon som jeg fryser til vannmelonisbiter, det innebærer at jeg faktisk vasker håret til den pasienten, eller gir en fotmassasje, eller prater med pårørende altså inkludere, prøver å nettverksbygge rett og slett (sykepleier).

Det å dekke behov inkluderer altså ikke kun tradisjonelle sykepleieoppgaver³⁶, og det ser ut til at denne sykepleieren strekker seg langt for å innfri behovene til sine pasienter.

³⁵ For mer om emosjonell utmattelse, se Forseth (2001).

³⁶ Hva som er sykepleieoppgaver, og hvilke oppgaver som tilhører andre yrkesgrupper varierer med tid og sted. På et generelt grunnlag kan det sies at hårvask og fotmassasje ikke hører inn under tradisjonelle sykepleie oppgaver i et sykehus.

Begge sykepleierne gir uttrykk for at det oppleves tilfredsstillende å kunne få lov til å hjelpe. Det å hjelpe forutsetter her en interaksjon hvor sykepleier identifiserer et behov hos pasienten, fysisk eller psykisk, og deretter iverksetter tiltak for å tilfredsstille behovet. Det kan for eksempel være behov for smertestillende, eller behov for å prate med en prest. Pasienten på sin side kan gi uttrykk for om tiltakene som iverksettes imøtekommer deres behov på en tilfredsstillende måte. Når sykepleierne lykkes med sine tiltak og får positive tilbakemeldinger, gir de uttrykk for at det oppleves som ”lønn for strevet” og det fører til motivasjon. Det er med andre ord viktig for sykepleierne å tilfredsstille pasientenes behov. Dette funnet er også gjort i Olssons (2008) doktoravhandling om pleiepersonalets emosjoner i arbeidet. Det ”å gjøre nytte for seg” er en viktig faktor som fremkommer flere ganger i hennes intervju materiale, og synes å henge sammen med hvorfor de valgte å utdanne seg innenfor omsorgsyket. Dette er også i tråd med kognitiv motivasjonsteori, som bygger på at motivasjon er et resultat av menneskers forventning om måloppnåelse, belønning og egen ytelse; altså bevisste valg (Kaufmann & Kaufmann 2003). I målsettingsteori fokuseres det på målets betydning for motivasjon. Det hevdes at ytelsen blir bedre av å sette opp et konkret og spesifikt mål, i stedet for mer diffuse, som for eksempel ”gjør så godt du kan”. Konkrete tilbakemeldinger om resultater av arbeidet er også av betydning, noe som virker korrigerende for atferd og gir forutsetninger for ny læring. Dersom en ansatt for eksempel blir satt til å utføre et arbeid og slike tilbakemeldinger uteblir, kan dette føre til usikkerhet i forhold til utført arbeid. Til slutt kan det føre til en følelse av at ”det er det samme hva jeg gjør”, og motivasjonen blir deretter (op.cit.). Vi skal se nærmere på dette under neste avsnitt.

Taknemlighet som motivasjonsfaktor

Når sykepleierne skal beskrive gode arbeidssituasjoner, beskriver de ofte fornøyde pasienter og pårørende. Det å få positiv tilbakemelding på arbeidet som utføres, oppleves som svært verdifullt. Tilbakemelding har å gjøre med i hvilken grad vi får informasjon om resultatene av arbeidet vårt. Dette er et punkt som går igjen i flere teorier, og er sentralt i motivasjonsprosessen (Kaufmann & Kaufmann 2003). Theodosius (2008:59) sier at det å vite at vi er gode til noe, gir en emosjonell gevinst, som i seg selv kan være en motivasjon. Mye litteratur poengterer at det er positive tilbakemeldinger som skal vektlegges (Davies

2002; Langslet 2002; Seligman 1998). En av sykepleierne illustrerer dette godt med følgende utsagn:

Jeg føler når de sier de er takknemlige så føler jeg, ja vi fortjener det, og det er innmari godt å høre, da tenker jeg så godt, så herlig, det er en herlig jobb. Takknemlige... og dem er det mange av, veldig mange av (sykepleier).

Sykepleieren forteller at det er veldig godt å høre at pasientene er takknemlige for servicen hun yter dem. Theodosius (2008) refererer til dette som emosjonelt utbytte, som hun igjen setter i sammenheng med Hochschilds følelsesregler³⁷. Med emosjonelt utbytte mener hun den interaktive prosessen som foregår mellom sykepleier og pasient, og som er basert på en relasjon. Emosjonene begge parter fremviser springer ut fra det forholdet de har etablert, og ingen av partene er kun passive mottakere (Theodosius 2008). De to neste sitatene illustrerer at sykepleierne ikke bare er givere av uttrykk, men også er mottaker av inntrykk:

Og jeg husker han mannen han gjorde så sterkt inntrykk på meg, han var så utrolig, veldig sånn nydelig mann, veldig omtenksum og takknemlig, veldig oppdratt, han skulle hjelpe til med all ting (sykepleier).

Sykepleieren fortalte om denne mannen, med et stort smil om munnen. Det var tydelig at hun hadde gode minner knyttet til denne relasjonen. En annen sykepleier lar seg imponere av pasientene:

Det som imponerer meg mest er på hvilken måte de bærer sykdommen og skjebnen sin, jeg må si at jeg er fantastisk imponert av mennesker med så mange år med sykdom på hvilken livsvilje de har og i hvilken grad de allikevel er helt vanlige som deg og meg. Går det en fotballkamp på tv eller hva, så står tv på alle rom og alle følger med, så sant de ikke er knallkvalme eller har store smerter (sykepleier).

Smith (1992) peker på en interessant, dualistisk tilnærming til det emosjonelle forholdet mellom pasient og pleier. På den ene siden skal sykepleieren opptre profesjonelt, og ikke bli for emosjonelt involvert, på den andre siden skal hun sørge for at pasienten opplever en trygg relasjon for utøvelse av omsorg. Dette mener Smith (op.cit.) er et eksempel på at det å håndtere emosjoner krever ferdigheter utover "naturlige" omsorgskvaliteter.

³⁷ Se kapittel 3, s.30.

Dersom vi går til organisasjonsteorier kan vi trekke paralleller til hva Lundquist (1998) omtaler som det ”offentlige etos”. Han presenterer i “Demokratins vaktare” de grunnleggende forestillinger om hvordan vårt fellesskap skal styres. Disse oppfatningene, verdiene og ideene kaller han “det offentlige etos”. Dette omfatter både demokrativ verdier (politisk demokrati, offentlig etikk og rettsikkerhet) og økonomiv verdier (funksjonell rasjonalitet, kostnadseffektivitet og produktivitet). Han argumenterer for at disse verdiene må ivaretas av alle tjenestemenn over alt innen den offentlige virksomheten.

Når positive bekreftelser oppleves negativt

Det er altså mange forventninger på makro- og mikronivå som sykepleieren skal innfri. At noen av kravene og forventningene kan komme i konflikt med hverandre er vanskelig å unngå³⁸. Det vil være nærliggende å tro at måloppnåelse oppleves nettopp når pasienten er fornøyd med arbeidet som utføres innenfor rammene sykepleieren er tildelt. Datamaterialet viser imidlertid også eksempler på det motsatte. Flere av sykepleierne har opplevd tilbakemeldinger fra fornøyde pasienter, og opplever det likevel som noe negativt:

I etterkant hørte jeg at de var så takknemlig ovenfor meg, at jeg hadde vært som en datter for dem. Også kjente jeg at jeg ble helt kvalm, for jeg tenker forventer man virkelig så lite altså hvordan kan man være sååå takknemlig fordi at jeg egentlig har gjort en crappy jobb føler jeg selv da, men det var bare det lille man var der inne og snakket om andre ting enn sykdom. Men det var en helt forferdelig følelse, det var så ufortjent følte jeg, veldig ufortjent!! Og at man setter i gang så sterke følelser hos noen, det er også en slik ting jeg aldri glemmer. Det jeg egentlig skulle frem til er at jeg kan få veldig, veldig gode tilbakemeldinger på ting jeg synes er veldig ufortjent det stresser meg veldig mye, selv om noen ganger føler jeg det er fortjent (sykepleier).

Utsagnet tyder på at sykepleieren har en oppfattelse om at jobben hun har utført ikke er bra nok. Den positive tilbakemeldingen får derfor motsatt effekt, det oppleves negativt. Sykepleieren ønsker å yte bedre service, men holder ikke mål i forhold til egen standard. Resultatet er at takken oppleves ufortjent.

³⁸ For eksempler på dette, se kapittel 6.

Den offentlige ansatt står i mange ulike typer relasjoner; til sine overordnede, kollegaer, samfunnet som helhet og i dette tilfellet, til pasienter og pårørende. Innenfor, og på tvers av disse relasjonene befinner det seg mange interesser som kan komme i konflikt med hverandre. Den enkleste interessekonflikten en kan tenke seg er på det økonomiske planet. Pasienten ønsker mer ressurser, ledelsen ønske å spare penger. Dette kan igjen medføre en konflikt for den ansatte. På den ene siden skal sykepleieren prøve å innfri ønsker/krav fra pasientene, og på den andre siden skal hun være lojal mot sin leder og følge de retningslinjer som kommer ovenfra (Lundquist 1998). Mulig det er i dette skjæringspunktet det kan være vanskelig for sykepleieren å oppleve jobbtilfredsstillelse. Gjennom utdanningen blir sykepleieren tillært et sett av forventninger som ikke nødvendigvis er i tråd med samfunnets forventninger generelt. Dette bekreftes gjennom Olssons (2008) studier hvor hun beskriver at intervjupersonene selv opplever blant annet at de ikke har mulighet til "se alle pasientene" eller gjøre "det lille ekstra", mens pasientene på sin side opplever å bli godt ivaretatt. Dette understøttes også av Smith (1992), som sier at pasientene er innforstått med at kravene til sykepleierne er høye, og verdsetter den tiden som blir avsatt dem, uten forventninger til mer.

Noen ganger kan interessekonflikten munne ut i en etisk konflikt. I helse og omsorgssektoren er dette ikke uvanlig. Nedskjæringer kan gå på liv og helse løs. Arbeideren kan reagere på dette med lojalitet til sin overordnede til tross for at moralske overbevisninger sier noe annet, eller velge å stå på brukeren sin side og prøve å endre situasjonen. Her har den ansatte og lederen selvfølgelig også lovverket³⁹ å forholde seg til. Det handler også om prioriteringer den enkelte sykepleieren gjør, og måten hun forholder seg til valgene. En sykepleier med lang erfaring, har en høy bevissthet i forhold til hva hun prioriterer:

Jeg har alltid prioritert, hvis pasienter åpner seg for meg og begynner å betro seg til meg, så tar jeg den samtalen, den prioriterer jeg. For den samtalen kommer ikke igjen. Den senga eller den bleia kan jeg ta etterpå, så jeg har vært veldig bevisst på det. (...) ja vel. Så var det det jeg prioriterte den dagen, ferdig med det!! (sykepleier).

³⁹ Lov 1999-07.02 nr 63: Lov om pasientrettigheter.

Lov 1999-07.02 nr 64: Lov om helsepersonell mv.

Lov 2005-06-17 nr 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.

Hun snakker videre om hvordan hun ser at det er vanskeligere for de mer uerfarne sykepleieren å ta de samme valgene. Samtidig poengterer hun viktigheten av å klare å prioritere det hun ser er viktig for pasienten. Sengen som ikke er redd opp er mindre viktig. Hun gjør et poeng ut av at det alltid er andre som kommer på jobb og overtar etter henne, og praktiske gjøremål kan således vente.

Denne sykepleieren forteller også om et veldig godt forhold til sin arbeidsplass: ”jeg har nok alltid elsket jobben min jeg, har alltid vært kjempeglad i jobben min”, sier hun. Hun ser at hun er en liten brikke i et system av koordinering og logistikk av helsetjenesten. I denne sammenhengen er det viktig å bemerke seg den høye graden av bevissthet rundt prioriteringer, og hvordan hun opplever at det gjør arbeidshverdagen enkel. Hun opplever å tilfredsstille pasientens behov, samtidig som kollegaenes opplevelse av hennes arbeidsutførelse er mindre viktig. Det å tilfredsstille pasientens emosjonelle behov er viktigere enn å overlate strekte laken til neste skift. Sykepleieren klarer å identifisere det emosjonelle arbeidet som en så viktig del av sitt arbeide, at andre praktiske gjøremål må vente. I disse interaksjonene opplever hun å hente sin arbeidsmotivasjon, hun forteller hun er glad i å prate, og glad i å bruke seg selv til det beste for pasienten.

Slik jeg tolker det, er det kombinasjonen av de faktiske muligheter⁴⁰ til å utføre godt emosjonelt arbeide, kombinert med responsen fra pasienten, som avgjør om relasjonen/situasjonen fører med seg motivasjon for sykepleiere. Dette korrelerer også med andre forskningsresultater (Forseth & Rasmussen, 2002), som sier at den positive arbeidsopplevelsen gjerne kommer av mellommenneskelig kontakt, responsen man får på utført arbeid, samt de reelle mulighetene man har til å utvikle relasjonelle ferdigheter. Det kommer imidlertid frem av min empiri at det også er av betydning at sykepleieren opplever at takknemligheten er berettiget. Olsson (2008:75) peker dessuten på en annen meget viktig faktor: ”Man är och vil vara stolt över sitt arbete och över att utföra uppgifter som har betydning för andra människor”.

⁴⁰ I dette tilfellet egendefinert ut fra sykepleierens persepsjon/krav til seg selv.

Vi har nå sett på hvordan følelsene kommer til syne i jobbsammenheng. Hva slags konsekvens får dette for arbeidsplassen? I følge Kaufmann og Kaufmann (2003) viser forskning at positive følelser virker inn på hva man yter på arbeidsplassen, både i forhold til utholdenhet, engasjement og ideproduksjon. Det poengteres imidlertid at en skal være noe forsiktig med å ha en for positivistisk, løs struktur, da det kan føre til at prosesser blir mer ukritiske. Kaufmann og Kaufmann sier følgende:

I vår egen forskning har vi funnet at positiv emosjonell tilstand gir dårligere problemløsning i oppgaver der det stilles strenge krav til løsningsenes kvalitet, mens negativ affektiv tilstand (litt misfornøyd og trist) faktisk gir atskillig bedre resultater! (Kaufmann & Kaufmann 2003:71).

Det lar seg vanskelig gjøre å trekke noen slutninger ut fra dette, men det er viktig å ha med forståelsen for at forholdet mellom følelser og yteevne er komplekst. Fasitsvar på hva som er den optimale, emosjonelle tilstanden til de ansatte kan avhenge av både kontekst, perspektiv og hvilke mål som skal oppnås.

Emosjonelt arbeid som en gave i sykepleieprosessen.

Vi har så langt sett at responsen fra pasienten, samt konteksten til denne, er med på å avgjøre om relasjonen fører med seg motivasjon for sykepleiere. Så langt er det lite vi har sett av det som betegnes som vanskelig emosjonelt arbeide. Sykepleierne er tilsynelatende oftest fornøyd så lenge pasientene er fornøyde. Følelser kan smitte, og som en av sykepleierne sa tidligere i kapitlet, ”når pasientene er fornøyde, er det en herlig jobb”. Veldig mye som er skrevet om emosjonelt arbeide i serviceyrkene tar for seg den krevende biten av dette (Phillips 1996; Gray et al. 2000; Grandley 2003; Mann 2005). Hochschild bruker også begrepet emosjonelt arbeide for å beskrive hvordan for eksempel sykepleieren må arbeide hardt for å beholde en profesjonell fremtreden. Hun sier selv at ’Emotional labour is potentially good’ (Hochschild 1983:9), men det er den tyngende delen av det som kommer frem i flere av hennes utgivelser (Hochschild 1983, 2003, 2009).

Noe av kritikken til hennes arbeid kommer inn på grunn av dette. Bolton (2000) sier at denne definisjonen av emosjonelt arbeid ikke kan favne omfanget av emosjonelt arbeide som er utført av altruistiske hensyn. I sin undersøkelse av sykepleiere i NHS (English National Health Service) finner hun at de tilbyr ekstra omsorg som ikke er en del av deres stillingsinstruks, men som er en essensiell part av deres identiteter som profesjonelle omsorgsgivere. Hun gir denne gesten et eget begrep, og beskriver det på følgende måte:

Borrowing from Hochschild's (1979) concepts, these gestures can be described as 'gifts' and are a separate entity to 'emotional labour' (Bolton 2000:581).

Omsorgen som gis til pasientene betraktes altså som en gave, et uttrykk for noe sykepleierne ønsker å gi til sine pasienter, ikke noe som er påtvunget og som de må forestille seg for å kunne gi. Dette er i tråd med Martinsen (1989) definisjon av omsorgsbegrepet: "Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Det er å bryte egosentrisiteten, å gå utover seg selv. Det er følelsen av å stå andre nær" (Martinsen 1989:14).

Sykepleierne opplever det tilfredsstillende å kunne utgjøre en forskjell for at pasientene skal ha det bra. Det som utpekes i artikkelen som spesielt med denne "gaven", er at det hverken eksplisitt eller implisitt forventes en gave i retur, annet en tilfredsstillelsen de får av å være i stand til å utgjøre denne forskjellen. Avslutningsvis i artikkelen sies det at sykepleierne verdsetter sin kapasitet til å 'care too much' som en essensiell ingrediens i sin yrkesutøvelse (Bolton 2000:586). Theodosius (2008:34) hevder likevel at Bolton undervurderer betydningen av tilfredsstillelsen sykepleierne får gjennom pasientenes takknemlighet. Hun trekker paralleller til Hochschild's (1983) teorier om følelsesregler, hvor håndtering av følelsene også innebærer å anerkjenne hvor høy grad av emosjonelt arbeid man skylder hverandre.

Dette gir også mening til hva vi har sett i dette kapitlet. Sykepleierne får ta del i livet til pasientene for en periode mens de er innlagt i sykehuset. Her forsøker de å gjøre hva de kan for at pasienten skal ha det best mulig, og dette oppleves som givende og meningsfullt. Følgende sitat er fra en sykepleier som jobber mye med døende mennesker:

Jeg føler meg veldig heldig som har møtt alle de menneskene som på en måte har forsvunnet, men som på en måte er der likevel gjennom tanker og minner og

følelsen rundt det. Så det er på en måte noe av det, det er liksom livets slutt det er jo en del det også. Det er veldig fint å være en del av det selv om det kanskje høres litt rart ut (sykepleier).

Hun sier selv at det kanskje høres litt rart ut, at det å få være en del av et menneskes avslutning på livet skal være noe fint. En forklaring kan være det vi har sett på her. Gjennom palliativ pleie kommer man ofte tett inn på både mennesket som skal dø og den nærmeste familien. Gjennom å arbeide på en medisinsk avdeling gjennom flere år, har jeg selv erfart dette. Mange følelser er i sving, og ofte kan det pendle mellom håp, sorg, smerte og sinne. Sykepleieren som tar del i prosessen får rikelig med mulighet til å gi omsorg, og opplever dette givende. Omformulert til dette underkapitlets kontekst får sykepleieren rikelig med anledninger til å gi emosjonelt arbeide som en gave, og opplever i retur gode følelser.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg sett på hva respondentene omtaler som positive jobbopplevelser, og hvordan respondentene opplever tilfredsstillende og motivasjon gjennom sin yrkesutøvelse.

Etter analyse av intervjuene ser vi at det å tilfredsstillende pasientenes behov er viktig for sykepleierne og responsen fra pasienten avgjør om relasjonen/situasjonen fører med seg motivasjon for sykepleiere.

Mye tyder på at det som beskrives i dette kapitlet ikke kan forklare fullstendig gjennom Hochschilds emosjonshåndteringsperspektiv. Gitte følelsesregler kan sies å ligge til grunn i enhver situasjon sykepleierne befinner seg i, men i denne konteksten er det enkelt å følge reglene. Sagt med andre ord; det er enkelt å være sykepleier når tilbakemeldingene er gode. Det å benytte Bolton (2000) og Theodosius (2008) som forklaringsmodeller gir større mening i dette kapitlet. Omsorgen blir gitt som en "gave" fra sykepleieren, og opplever som meningsfullt og tilfredsstillende for sykepleieren. Dette kan sees på som et tillegg til Hochschilds emosjonshåndteringsperspektiv, og har i dette tilfellet stor forklaringsverdi.

Mye tyder på at takkens betydning ikke skal undervurderes. Flere av sykepleierne understreker verdien av å få et takk, det å få positiv tilbakemelding på arbeidet som utføres, oppleves som svært verdifullt. Takknemlighet er imidlertid ikke ønskelig i enhver situasjon. En takk har negativ effekt dersom den oppleves som ufortjent.

Vi ser at de bekreftelsene som gis kommer i fra pasienter, pårørende og kollegaer. Ingen av respondentene snakker om positive tilbakemeldinger i fra ledelsen. Dette er også i tråd med funn gjort av Olsson (2008), hvor hun ser at det ikke er ledelsen, men pasienter og kollegaer som er hovedkilden til oppmuntring i den offentlige organisasjonen.

Vi har nå sett på hvordan pasienter og pårørende innvirker på sykepleiernes arbeidsdag. I neste kapittel skal vi se på hvilken betydning kollegaene har, samt andre viktige arbeidsmiljøfaktorer.

Kapittel 5

Arbeidsmiljøet

”Det er sikkert noe med at det er et nettverk der, vi er flere, vi jobber sammen og det er trygt og godt” (sykepleier).

Innledning

Vi har i forrige kapittel sett på hva som oppleves som meningsfylt og motiverende for sykepleierne i relasjon til pasienter og pårørende. I dette kapitlet skal vi se nærmere på arbeidsmiljøet, og hvordan kollegaenes betydning har en sentral rolle. Her trekkes begreper fra teaterverdenen inn, og vi skal se på hvordan de er overførbare til sykehushverdagen. Videre gjøres det rede for betydningen av veiledning, og hvordan veiledning for mange av sykepleierne oppleves som den kritiske suksessfaktoren. Sist i kapitlet ser vi på tidsbegrepet, og hvordan det preger arbeidshverdagen. Respondentenes betraktninger og opplevelser rundt temaene, er den røde tråden her.

På scenen og i kulissene...

Hvordan interaksjonen mellom mennesker foregår, bestemmes i stor grad av konteksten samt relasjonen mellom individene. Goffmans (1959) største bidrag til sosialteori var hans studier av hva som påvirker måten mennesker presenterer seg selv ovenfor hverandre. Når ulike individer møtes forsøker de å kontrollere og styre inntrykket den andre får av dem selv. Dette handlingsmønsteret, samt inntrykket den andre parten får av dem, kaller Goffman for et rollespill. Roller legger sterke føringer for hvordan mennesker skal oppføre seg mot hverandre (op.cit.). Forventninger i forhold til riktig oppførsel formes ut fra mønstre av rutiner, normer, roller og manuskript (Kanfer et al. 2002). Goffman (1959) laget

en analogi av teateret for å forklare hvordan livets skuespill utarter seg⁴¹. Det dramaturgiske perspektivet presenterer en fremstilling av servicemedarbeideren (sykepleieren) i en forestilling dirigert av organisasjonen (Hochschild 1983; Grandley 2003).

Sykehuset er et fagbyråkrati⁴², og sykepleiers rolle er profesjonalisert. Det er en kollektiv forventning fra samfunnet om hvordan en sykepleier skal tolke sin rolle. Det omfatter alt fra sykepleierens fysiske fremtoning som inkluderer bekledning, sminke og hår til sykepleierens verbale og non verbale uttrykksform. Sannsynligheten for at det er en allmenn bevissthet rundt dette er liten. Sjansen er imidlertid større for at mange hadde reagert på en sykepleier med tung sminke, flagrende hår og rødlakkerte negler. På samme måte forventes det at sykepleieren opptrer på et bestemt vis, at hun er profesjonell i sin rolle uansett hvilke situasjoner hun befinner seg i.

Goffman (1959) hadde en sterk distinksjon mellom det han kaller front stage (scene) og backstage (kulissene). På scenen utarter spillet seg. Her avgir alle involverte parter inntrykk, man fremstiller seg selv i ulike roller, tilpasset forestillingen. Interaksjonen med andre mennesker forutsetter at de på sin side tar denne rollen på alvor, aksepterer de ulike egenskapene individet viser, og dermed ser dem som "ekte" (op.cit.). I kulissene kan maskene falle, det hentes ny energi og inspirasjon, og forberedelser pågår til neste forestilling. I kulissene, som i sykehuset for eksempel kan være på vaktrommet, medisinerrommet, skyllerommet eller kjøkkenet, kan sykepleieren legge all staffasje til side og falle ut av den profesjonelle sykepleierrollen og innta en rolle som sannsynligvis er mer kongruent med sitt "ekte" jeg. Selvpresentasjonen blant kollegaene er også av betydning, men her er det lov å gi uttrykk for følelser som ikke kan uttrykkes ovenfor pasientene:

Ofte når en kanskje forteller om det til kollegaer at en får på en måte ut litt der...men ovenfor pasienten klarer du å holde igjen, å være saklig og holde det på et sånt nivå...(sykepleier).

⁴¹ Dette var ikke en ny analogi. Allerede i 1605 skrev William Shakespear om livet som teaterscene: "*når vi blir født, gråter vi, fordi vi er havnet på denne dårenes gigantiske teaterscene*" (Kong Lear, akt 4, scene 6.)

⁴² Et fagbyråkrati karakteriseres ved en flat organisasjonsstruktur, hvor styringen i stor grad er basert på de ansattes faglige skolering og påvirkning. Fagbyråkratiet ledes ikke ved å gi ordre, appellere i større grad til profesjonenes egen opplevelse av situasjonen (Boldman og Deal 2004:102).

Sykepleieren forteller at sammen med kollegaene kan masken falle, og man kan fritt fortelle om hvordan ulike situasjoner virkelig oppleves. Her er det rom for at kollegaene kan gi hverandre sosial støtte, som blant annet oppmuntring, i møte med emosjonelt utfordrende situasjoner. Dette korrelerer med funn gjort i annen forskning. Bornheim (2010:71) har intervjuet sykepleiere i sykehjem, og finner at kollegaene representerer en viktig plattform for håndtering av vanskelige og stressende arbeidssituasjoner. Kollegaene bedriver på denne måten emosjonsarbeid ovenfor hverandre. I nyere forskning (Lindgren & Olsson 2008; Falch 2010) blir dette fremhevet som særdeles viktig ”påfyll”, hvilket poengteres i følgende sitat:

På arbetsplatsen utvecklar vi och söker upp de sammanhang som gör arbetet emotionellt tillfredställande. Den emotionella påfyllningen sker i relationer med nöyda patienter och i relationer med stödjande chefer. Men som vi har försökt visa är tid och tillfällen där vi får bekräftelser från arbetskamraterna och kollegorna runt omkring oss den absolut viktigaste förutsättningen för att vi ska ladda ny emotionell energi⁴³ (Lindgren & Olsson 2008:141).

I tillegg til å gi et emosjonelt påfyll, handler det også om sosial støtte. Olsson (2008:43) sier at ansatte har behov for muligheten til å snakke med hverandre for å avregere, og for å dele opplevelsene med sine kollegaer. Som sykepleier står man ofte alene i situasjonene, så dette er en viktig funksjon kulissene har. Her kan man rådføre seg med kollegaer når det er situasjoner man ønsker innspill på, og således redusere opplevelsen av å stå alene med ansvaret. Dette kan dreie seg om alt fra etiske dilemmaer til konkrete, praktiske ting:

Så det er viktig at vi bruker hverandre og støtter hverandre at vi snakker sammen også om praktiske ting som skifterett og verdisaker, det er situasjoner det kan være vanskelig å stå i, ikke sant. En klarhet i at det at vi gjør er riktig, så vi slipper å bli lei, sinte og føle på, at huff det skulle jeg ikke ha gjort eller der var jeg dum eller huffa meg, at vi tar ting der vi er og er sikre på at vi kan snakke med hverandre (sykepleier).

Kirchhoff (2010) har også gjort funn som understøtter denne kollegiale funksjonen, og setter det i sammenheng med hvilken handlingsrom en slik dialog medfører. Han

⁴³ Emosjonell energi (EE) defineres av Collins på følgende måte: ”High emotional energy is a feeling of confidence and enthusiasm for social interaction. It is the personal side of having a great deal of Durkheimian ritual solidarity with a group” (Collins 1990:32).

argumenterer for at gjennom å få legitimert egne valg av kollegaer, vil dette øke sannsynligheten for at ved en konflikt mellom normer, vil den ansatte handle i tråd med de kollektive normene i arbeidsrelasjonen. Det innebærer med andre ord at det å drøfte ting i fellesskap kvalitetssikrer avgjørelsene sykepleierne tar. Det forutsetter imidlertid gode kollektive normer.

Kulturen på arbeidsplassen er viktig i denne sammenhengen. Noen ganger kan vi oppleve at arbeidsmoralen blir referert til som noe ”som sitter i veggene”, eller ”slik har vi alltid gjort det her hos oss”. I følge Bolman og Deal (2004) er kulturen på arbeidsplassen både en prosess og et produkt. Som et produkt er den et nedarvet uttrykk for klokskap og kunnskap fra forgjengerne, som prosess blir den stadig nyskapt gjennom nye øyne, som igjen selv skal lære dette bort (op.cit.). Den kulturelle etikette⁴⁴ får på denne måten stor betydning for sykepleiernes handlingsrom, og betyr at arbeidskollegaene har en stor innvirkning på det arbeidet den enkelte sykepleier utfører.

I kulissene er det ikke bare praktiske og utfordrende ting som diskuteres. Det kollegiale fellesskapet har også rom for humor. Humor er et redskap som ofte tas i bruk for å ufarliggjøre ting. Når sykepleierne ler av morbide situasjoner de står i, eller vanskelige valg som må tas, er det også en form for emosjonsarbeid ovenfor hverandre. Galgenhumor er et velkjent uttrykk i helsevesenet, og en av respondentene snakker om nettopp dette:

Vi har veldig mye humor vi har veldig mye sånn..noen ganger kan vi vel ha litt galgenhumor, noen ganger, vi skjønner jo at det er på tull, men det har noe med det å få ut og ha en arena for å kunne bruke humor (sykepleier).

Egen erfaring tilsier at det i kulissene er lov å tulle og tøyse med det meste. Det betyr ikke at pasientene og krisene man opplever ikke tas på alvor, snarere tvert i mot. Det kan heller betraktes som en mestringsstrategi, ved å spøke om utfordringene gjøres de mer håndterbare. Dette er også en strategi som benyttes av pasientene selv.

Det er kjempebra humor der, galgenhumor på høyeste kant, for veldig mange spesielt de pasientene som har vært ut og inn der veldig lenge. Humor er liksom nøkkelord (sykepleier).

⁴⁴ Regler for hva som er lov og ikke lov å si (Kaufmann & Kaufmann 2003).

Humor er altså viktig både kollegaene i mellom, samt i relasjonen med pasienter. Dette er også et aspekt som er viktig å trekke frem i forhold til emosjonelt arbeid. Det å fremvise riktig type følelse jamfør følelsesreglene, innebærer ikke bare å smile, men også å fremvise latter og glede, der det er forventet. Bolton (2001) kaller dette for ”the humorous face”, som hun sier også kan benyttes som et redskap for å løse opp situasjoner preget av spenning eller forlegenhet.

Skillet mellom scenen og kulissene kan glippe noen ganger i sykehuset, på samme måte som ellers i samfunnet. Eksempelvis kan man ved en feil høre en politiker uttale sin oppriktige mening om sine velgere i en mikrofon som ikke er slått av, eller man overhøre en privat telefonsamtale på bussen. En av respondentene har opplevd dette, hvor kollegaene er ute av sine sykepleieroller på vaktrommet, og blir overhørt av sørgende pårørende:

Det var en gang det var en terminal⁴⁵ hos oss. Og pårørende var veldig der liksom og vi stod og tullet ute på vaktrommet, og de hørte det, og pårørende reagerte veldig på våres stemningsleie, at vi kunne ha det morro mens de var så lei seg (sykepleier).

Slik jeg oppfatter det, setter pårørende her ord på en forventning om at sykepleierne skal utføre emosjonelt arbeid. Eller rettere sagt, de ønsker at sykepleiernes følelser skal samstemme med følelsene de selv opplever. Dersom sykepleierne hadde vært tilstede på rommet hos den terminale pasienten, ville det mest sannsynlig vært et brudd med følelsesreglene å tulle og le. Kulissene er imidlertid de ansattes ”fristed”, så her kan de ta seg den friheten. Likevel oppleves det ugreit for pårørende. Dette indikerer at pårørende har en forestilling om at sykepleieren ikke tar på seg en maske i møte med de ulike situasjonene, og at det oppleves som overraskende at sykepleierne kan sjonglere med følelser på denne måten. Det drar veksler til en historie som blir fortalt av Hochschild (1983:110): en flyvertinne forteller at passasjerene kan oppleve det som overraskende når de oppdager at flyvertinnene faktisk spiser på en flytur som varer i 20 timer. Dette forteller oss noe om forventningene til servicearbeideren.

⁴⁵ Begrepet terminal brukes om en pasient som er uhelbredlig syk, og som er i en fase av i sykdomstilstanden der alt tilsier at døden vil inntreffe i nær fremtid.

Dette bringer oss over på hva Bolton (2001) sier om situasjoner hvor sykepleieren mislykkes i å fremvise det riktige ansiktsuttrykket. Sykepleieren fremviser da isteden det hun kaller "hard-face". For eksempel kan det være i en situasjon hvor det forventes at sykepleieren opptrer med oppriktig medfølelse, hvor hun ikke avgir følelser, men isteden mekanisk utfører oppgavene som skal gjøres. Dette kan sidestilles med hva Hochschild (1983:135) kaller å "go into robot". Det innebærer at flyvertinnene ikke lenger spiller skuespill, men ansiktet brukes som et skjold mot verden. Hun sier at de fleste som gjør dette, vet at det ikke er en adekvat oppførsel, og denne tilbaketrekkingen ergrer ofte passasjerene. På den andre siden argumenteres det med at skuespill som oppfattes som falskt heller ikke faller i god jord. En av hennes respondenter illustrerer det med følgende historie:

I worked with one flight attendant who put on a fake voice. On the plane she raised her voice about four octaves and put a lot of sugar and spice into it [gives a falsetto imitation of 'more coffee for you, sir?']. I watched the passengers wince. What the passengers want is real people (Hochschild 1983:108).

Dette understreker poenget til Goffman (1959) som vi så innledningsvis: skal rollespillet være vellykket må partene ta rollene på alvor, og akseptere egenskapene som fremvises for å se dem som "ekte". I motsatt fall kan det vi ser i sitatet ovenfor skje, passasjerer opplever falskhet, og "krymper seg". I tillegg til å fremvise riktig type følelser, skal det altså også gjøres overbevisende. Bolton (2001) hevder at når det ikke lykkes, får det alltid mer oppmerksomhet enn når det lykkes i å fremstille det profesjonelle ansiktet. Dette indikerer en forestilling om at emosjonene de ser, gjenspeiler hva sykepleieren virkelig føler. Rollespillet er så vellykket at motparten tenker at emosjonene som arbeides frem, er ekte. Når sykepleieren derimot mislykkes i sitt emosjonelle arbeid, kan det oppleves skuffende. En sykepleier i fra Boltons (op.cit.) undersøkelse setter ord på hvordan det kan oppleves fra sykepleierens ståsted:

I suppose I'm a bit of an emotional juggler. One minute I'm smiling politely, one minute I'm crying or trying not to cry, the next minute I'm having a good laugh, or as the case may be, trying not to have a good laugh. I should be on the stage (Bolton 2001:97)

En sykepleier i min undersøkelse sammenligner også utøvelsen av sykepleie med å stå på scenen. Hun sier at det ikke er nødvendig å tenke så mye på ansiktsuttrykket, det som føles innvendig vil vises utvendig. I samme setning sier hun ”at det kan jo også være veldig skummelt noen ganger”. Slik jeg tolker det, tilkjenner hun her nødvendigheten av å kontrollere følelsene hun fremviser, men har ikke et like bevisst forhold til det som sykepleieren i sitatet ovenfor. Bolton (op.cit.) konkluderer med at når organisasjonsliv studeres, er det viktig å anerkjenne organisasjonens skuespillere som dyktige emosjonsarbeidere. Det kan også overføres til denne konteksten. Sykepleieren beveger seg mellom ulike typer situasjoner, hvor ulike fremstillinger av jeg’et skal fremvises. Dette krever emosjonelt arbeid.

Så langt har vi sett på Goffmans (1959) teorier om rollespillet som utføres i relasjoner, og hvordan det kan overføres til sykehushverdagen. Goffman poengterer likevel en signifikant forskjell mellom virkeligheten og teateret. På scenen kan alle hemningene fare. Skuespilleren trenger ikke bekymre seg for konsekvenser av handlingene sine, som for eksempel opplevelsen av skam⁴⁶ for å ha fremvist ”feil” eller overdrevne følelser. Han spiller en rolle, og skuespilleren må ikke ta ansvar rollepersonens emosjoner. Den spilte følelsen er kun påtatt. Skuespilleren har ikke mistet sitt barn, det bare står i manuskriptet. Det er ikke hentet fra en ekte situasjon, det er ikke virkelighet (Blix, 2007). Tilskuerne er innforstått med at det kun er en rolle som spilles. Sykepleierne kan ikke i like stor grad la alle hemninger fare i kraft av å være i sine profesjonsroller. Følelsene, eller ”rolletolkningen”, må sykepleieren selv stå inne for. Likevel er det absolutt en fruktbar sammenlikning.

For å fremvise følelser må skuespilleren på lik linje med sykepleieren, fremkalle de. Dette gjøres enten ved overflatespill eller dybdespill, og skuespilleren utfører således emosjonelt arbeid på scenen (Blix 2007). Blix (op.cit.) har intervjuet skuespillere, og et av funnene hun har gjort er at denne delen av arbeidet kan oppleves utmattende for skuespillerne. Ved å spille forelsket er det nesten som forelskelsen oppleves reelt, forteller en skuespiller (op.cit.). Blix (2007:169) kommenterer at man kan lære å skjerme sin personlige integritet fra andre mennesker, men at det er vanskeligere å beskytte seg mot seg selv. Videre sier hun at det å fremkalle triste eller sinte følelser på scenen kveld etter kveld kan være

⁴⁶ Thomas Scheff var student av Goffmann, og i følge ham var Goffmans hovedbidrag til kunnskap om emosjoner nettopp om skambegrepet, se Falch (2010).

krevede, og uten tvil et stykke arbeide. Skuespillerne selv beskrev to ulike følger av det emosjonelle arbeidet; enten opplevdes det som frigjørende, eller det ”drenerte reservene”. I sist nevnte tilfelle førte det til behov for mer søvn, eller til høyere alkoholinntak (op.cit.).

Det emosjonelle arbeidet har også negative konsekvenser for sykepleiere. Feldman og Morris (1997) skrev i ”Managing Emotions in The Workplace” den første artikkelen som påviser skadevirkninger av emosjonelt arbeid. Et av funnene her er at komponentene emosjonelt arbeid - emosjonell dissonans er assosiert med høyere grad av emosjonell utmattelse, og lavere jobbtilfredsstillelse (op.cit.:270). Senere studier har også påvist sammenhenger mellom emosjonelt arbeid og negative helsekonsekvenser (Forseth 2001; Dahlgren & Starrin 2004; Barnes, Junor & Hampson 2008).

Vi har nå sett at blant annet kulissene og kollegaenes tilstedeværelse har en viktig funksjon for sykepleierne. Hvorfor dette oppleves som en viktig del av arbeidshverdagen bringer oss over på et annet tema, sykepleiernes behov for veiledning.

Mangel på veiledning – når jobben må bli med hjem

Mesteparten av arbeidet i pleie- og omsorgssektoren innebærer tett relasjon til pasientene. Det innebærer å ta seg av andres fysiske, emosjonelle og sosiale behov, samtidig som pasientens verdighet og individualitet skal ivaretas. Det forutsetter en sterk, faglig plattform i tillegg til evnen til å reflektere over egne handlinger og de følelser det medfører (Teslo 2006). Som vi så av forrige delkapittel, drøfter sykepleierne ulike saker med kollegaer i kulissene, og det er rom for å avreagere for eksempel med humor. Her skal vi se hva sykepleierne forteller om den formelle veiledningen i organisasjonen, eller snarere om fraværet av denne, samt tanker de har rundt dette.

Ser vi til litteraturen, er det skrevet mye og mangt om veiledning. I de senere årene har veiledningsbehovet blitt satt i sammenheng med å forebygge utbrenthet (Bang 2003; Killén 2007; Klemsdal & Svare), og Killén sier det på følgende måte:

Vi har utviklet en større forståelse av den følelsesmessige belastningen arbeidet med psykososiale problemer innebærer. Behovet for veiledning er nær knyttet til denne

erkjennelsen. (...) Arbeidsledere gjør klokt i å erkjenne dette og legge til rette for veiledning (Killén 2007:28-29).

Det er altså viktig at sykepleierne får hjelp til å mestre de vanskelige situasjonene de møter. Et av spørsmålene i min intervjuguid tok for seg dette temaet. Sykepleierne ble spurt om det var noen organisert form for veiledning på arbeidsplassen. Alle unntatt to respondenter svarte negativt på dette. En sykepleier som svarte at dette til dels var til stede, fortalte at de på dag og kveldsvakter har en sykepleier med et utvidet ansvar. Dette ansvaret innebærer blant annet å veilede og være en sparringspartner i vanskelige situasjoner. Det er alltid en sykepleier med høy kompetanse og lang erfaring. Hun forteller imidlertid at dette sjelden fungerer etter intensjonen. Ansvarshavende sykepleier må ofte hjelpe til på alle kanter, og det blir liten tid til veiledning. Hun forklarer det på følgende måte:

Ja, for det er ikke tid eller rom til å ta det opp med noen som har den muligheten til å drøfte det med deg, og se det fra et annet synspunkt med mer erfaring. For det er jo gjerne det jeg føler sånn personlig at jeg søker noen som har jobbet der lenge og har god erfaring og har vært i en del situasjoner og har gjort seg en del tanker eller teknikker på hvordan man takler sånne ting, for det er jo gjerne i en situasjon at man opplever noe, at enten så reagerer man fordi man har vært oppe i situasjonen fra før av, så vet man hvordan man skal takle det, eller så er det noe som presser seg frem til neste gang..men det synes jeg er avhengig av at man får luftet det med noen andre i etterkant. Ellers så går man kanskje hjem da med følelser eller situasjoner som man ikke har fått helt klarhet i (sykepleier).

Sykepleieren påpeker her flere viktige ting. For det første ønsker hun innspill på opplevelser fra en som har større erfaring, og kan komme med andre synspunkter. Deretter identifiserer hun viktigheten av refleksjon for å bedre kunne møte situasjonen igjen. Til sist konkluderer hun med at jobben kan "bli med hjem", dersom disse aspektene ikke blir drøftet på arbeidsplassen. Den andre sykepleieren som svarte at avdelingen tilbyr veiledning, var ikke helt sikker på hvordan dette tilbudet fungerer, og reflekterer litt rundt dette:

Vi har jo refleksjonsgrupper på jobben –har jeg hørt. Men jeg skulle vel ønske på en måte at vi hadde satt av noen minutter, eller en halvtime eller et eller annet i løpet av en uke og tatt en sånn debrifing. I hvertfall for de som er på jobben og fått kvittet seg med noen tanker, for jeg føler det blir mange tanker. Jeg føler at det kanskje blir litt vel mye og du blir ikke kvitt det og jeg skulle ønske vi kunne reflektere litt rundt det på jobben, for det blir jo veldig mange skjebner som blir med deg hjem i løpet av noen vakter da. Det er jo aldri en vakt du går gjennom som ikke det er noe

som har berørt deg på en eller annen måte. Og det kan jo bli mange søvnløse netter hvis en hele tiden skal fortsette sånn da (sykepleier).

Svaret vi ser her, oppsummerer det alle respondentene snakker om. Det er mye tankevirksomhet, og det er et stort ønske om å få reflektert litt rundt dette på jobb før man går hjem. Likevel viser empirien at det er lite tid og rom for å legge ting igjen på jobben. Respondentene bruker mange ord og uttrykk når de beskriver behovet for veiledning. Ordene som brukes er blant annet *"å få luftet hodet"*, *"å få tømt seg"*, *"få ut ting"* *"få en utblåsing"*, *"luftet seg litt"*, *"ventilering"*, *"tenker og reflekterer"*, *"få ut litt frustrasjon"*, *"å søke støtte"*, *"å bruke hverandre"* og *"lære av hverandre"*. Ingen snakker om faglig veiledning, men om behovet for litt tid til å sette ord på hva som har skjedd i løpet av arbeidsdagen, før man går hjem. Som en sykepleier uttrykker det; "Kanskje hvis vi hadde hatt en sånn liten samling sist på dagen, har det vært noe spesielt i dag, 5 min, det skal ikke så mye til, man bør ikke gjøre så mye ut av alt". Litteratur som omhandler veiledning, understreker ofte behovet for regelmessighet, samt *tid* som forutsetninger for vellykket veiledning (Killén 2007; Klemsdal & Svare 2011). Svaret sykepleieren her gir, indikerer imidlertid at det ikke er veiledning ut fra et tradisjonelt syn som savnes, men det fortløpende bearbeidingen av arbeidsdagen, sammen med kollegaer.

Flere sykepleiere gir uttrykk for at de ønsker denne muligheten for samtale med kollegaene. Problemet som fremheves, er at det er lite tid og rom til dette:

Du tar det kanskje litt på medisinerrommet, når du står der og ordener med medisinene; "ja, jeg ble lei meg" ... bare den der helt overflatiske, ikke noe dypere det er liksom ikke rom for det (sykepleier).

Det er forståelig at utfordrende situasjoner blir vanskelig å sette ord på inne i mellom praktiske oppgaver, og når fokuset til samtalepartneren kanskje er annet sted. Når det likevel gjøres, kan det sees som et uttrykk for et behov, som ikke blir dekket på annet vis. Det vi her ser er behovet for å utføre emosjonelt arbeid ovenfor hverandre. I følge Olsson (2008:181) behøver sykehuspersonalet både tid og rom for dette arbeidet, for å bearbeide sine opplevelser av pasientarbeidet, avlaste hverandre emosjonelt, samt produsere emosjonell energi hos hverandre. Denne praten omtales hos Lindgren og Olsson (2008)

som ”skylleromspraten⁴⁷”. De legger stor vekt på betydningen av denne kommunikasjonsformen. Det hevdes her at når vi får bekreftelser av mennesker som deler erfaringer om hvordan jobben skal gjøres, da har vi det bra på jobben. De går så langt som å påstå at det er av stor betydning for personalets helse, og at de organisasjonene som organiserer bort tidsintervallet til disse interaksjonsritualene, spiller hasard med de ansattes helse og engasjement (op.cit.: 142).

Theodosius (2008), tar også for seg det kollegiale emosjonelle arbeidet, i utvidet betydning. Hun kaller det CEL, ”nurse’s collegial emotional labour”. I sin definisjon av dette, inkluderer hun også andre faggrupper som sykepleierne samhandler med, for eksempel leger, fysioterapeuter, ledere og farmasøyter. Hun hevder at CEL er relatert til de generelle følelsesreglene på arbeidsplassen, samtidig som spesifikke holdninger, normer og verdier knyttet til den spesifikke arbeidsplassen er med på å regulere utførelsen av CEL (Theodosius 2008:182). Dette er gjenkjenbart i min studie. Det er tydelig at det er en forskjell på hvordan sykepleierne avlaster hverandre emosjonelt, ettersom hvilken avdeling de arbeider på. En av respondentene forklarer for eksempel at det ikke er en selvfølge for henne å bruke kollegaene på denne måten:

Du skal ha respekt for den andre, hvis den åpner opp for at du kan åpne deg da er det tid for det, men det er ikke alltid tid for det (...) det er ikke en selvfølge at du kan belaste en kollega med problemer du har, følelser du har opplevd i situasjoner at du blir lei deg. Fordi den kollegaen kan egentlig åpne seg selv, så om du kommer for å tømme deg uten å spørre om det, kan du gjøre ting verre for din kollega (sykepleier).

Hun ser at det å bruke kollegaen på denne måten, kan føre til en tilleggsbelastning for denne, og at det ikke er noen selvfølge å få lov til å belaste den andre med egne vanskelige tanker. På en annen avdeling derimot, er det stort rom for at man ivaretar hverandre gjennom å prate om vanskelige ting fortløpende:

⁴⁷ Den uformelle praten pleierne imellom på en bakgrunnscene, som f. eks skyllerrommet eller medisinerrommet (Lindgren og Olsson 2008).

Hvis vi har det tøft så er det åpenhet for det, og du kan jo gå inn til lederen og få ut litt frustrasjon, slik har det alltid vært. Vi tar ting der og da. Dersom det er en som kommer inn på vaktrommet, og kanskje har det litt tøft, så kan vi sette oss og støtte hverandre. Vi tar ting etter hvert, vi tar ting der og da. Så vi har en veldig åpenhet jeg føler at vi støtter hverandre, vi har forståelse for hverandre og vi tar hensyn til hverandre (sykepleier).

Her ser det ut til at sykepleierne er flinke til å utøve emosjonelt arbeid ovenfor hverandre. I videre samtale, viser det seg imidlertid at også denne sykepleieren trekker inn begrensninger i forhold til tid. Selv har hun et stort behov for å oppleves og tanker med kollegaer, og har en egen strategi for å få det til. Hun forteller at som regel er hun på plass på jobb en halv time før vekten starter. Dette er en tid da de fleste ansatte er samlet på vaktrommet for å skrive rapport, og forberede seg til vaksifte. Som regel er det noen som har tid for en liten prat, og på denne måten har hun selv skapt seg det rommet for kollegial prat som savnes i arbeidstiden.

Det sykepleieren utøver når hun kommer på jobb før arbeidstid, er ulønnet emosjonelt arbeid. Det er en bearbeiding av egne emosjoner som foregår utenfor arbeidstid. De fleste sykepleierne gjør dette, men da i en annen form, og ikke før, men etter endt arbeidsdag. Vi har i dette delkapitlet så langt sett hvordan respondentene gir uttrykk for et behov for veiledning, eller refleksjonstid sammen med kollegaer. I to av sitatene ovenfor er det også sagt hva konsekvensen er av at dette tilbudet ikke finnes; mentalt er sykepleieren ikke ferdig på jobb når arbeidstiden er over, jobben blir med hjem. Også her er det slik at sykepleierne bruker ulike begrep for å sette ord på dette. En sykepleier forteller at hun pleide å våkne opp etter mareritt om jobben. Hun drømte at hun løp og løp i en sykehuskorridor, og aldri fikk gjort det hun skulle. En annen forteller at hun synes pasientene fortjener at hun tenker på dem, også på fritiden.

Felles for alle respondentene, er at tanker fra arbeidstiden blir tatt med hjem. Bang (2003:204) hevder at “det å ta med seg jobben hjem” som regel er å regne som et dårlig tegn, og et faresignal hvis det tar overhånd. Det å tenke på arbeidet i fritiden er også et utviklingstrekk i “Det nye arbeidslivet” som trekkes frem i Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003). Her står det at “Arbeidstakere med ‘relasjonelt’ arbeid føler seg ofte mentalt slitne og tenker mye på arbeidet i fritiden”. Dette bekreftes gjennom de mange historiene

respondentene forteller. Under ser vi et eksempel på hvordan det oppleves å ha med jobben hjem i tankene:

Jobben preger meg en god del. På godt og vondt i perioder kanskje. Men jeg tar den med hjem, det gjør jeg. Enkelte, selvfølgelig noen klarer du å la ligge, men enkelte må jeg bare ta med hjem og bearbeide på godt og vondt som jeg sier. Det er ikke så mye du får gjort når du kommer hjem, men jeg føler det er riktig for meg. Men det er klart, hadde jeg fått snakket om det på jobben så er det ikke sikkert jeg hadde hatt behov for å ta det med hjem (sykepleier).

Igen ser vi hvordan en respondent identifiserer at årsaken til at jobben blir med hjem, er forårsaket av manglende tilbud på jobben. Et forskningsprosjekt ved Gardermoen flyplass i 2000 (Amble et al. 2003), viste at flere av de ansatte som hadde stått i utfordrende situasjoner på jobb, tenkte på episoden lang tid i etterkant. Konsekvensen var at de opplevde tapping av krefter. Det er velkjent at vanskelige situasjoner kan ha den effekten, og er en årsak til at rutinemessig bruk av debrifing er utbredt i en del yrker (Klemsdal & Svare 2011). På bakgrunn av respondentenes uttalelser er det sannsynlig å konkludere med at dette ville vært et kjærkomment tilbud, også for sykepleiere.

Tiden og effektivitet

Tidsbegrepet er aktuelt på alle hold, og det kan noen ganger virke som at samfunnet har skrudd opp farten. I privatlivet snakker vi om tidsklemmen, og hvordan dagene er tettpakket med praktiske gjøremål. I arbeidssammenheng prater vi om effektivisering, med mindre tilgjengelig tid som resultat. Mangelen på tid ser ut til å være en av vår tids største utfordringer. Også i det offentlig sykehus har effektiviseringen satt sine spor. Gjennom blant annet sykehusreformen i 2002, hvor staten overtok eieransvaret for de offentlige sykehusene, ble det i stor grad satt fokus på økt effektivisering (Ot.prp. nr.66).

Dette ble også satt på agendaen av regjeringen, gjennom Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003). Her vises det til et økt antall sysselsatte i tjenesteytende sektor, spesielt omsorgsykker, og utviklingstrekk i det nye arbeidslivet identifisert med følgende faktorer:

- Økt intensivitet (tempo, informasjonsmengde, omstilling/læringsbehov).
- Økt kompleksitet (arbeidsformer, styringsformer, eierformer).
- Opphevelse av grenser (mellom nasjoner, kunde og produsent, jobb og fritid).

Her vises det også til tegn på at flere opplever et negativt stress i jobbsituasjoner, som blant annet settes i sammenheng med dårlig organisering og tidspress. Vi skal her se på hvordan dette oppleves for respondentene i denne undersøkelsen.

Dette er et tema hvor det er stor enighet blant sykepleierne, alle beskriver at det er knapphet på tid. Det er imidlertid ulike perspektiv på opplevelsen av den dårlige tiden. En sykepleier forteller om sin opplevelse av den dårlige tiden:

Slik det har blitt på avdelingen blir det for mye springing, det er bare heseblesende hele tiden så du får ikke brukt det er som er deg. Du blir sykepleier der, sykepleier her, ikke den personen du er bak sykepleieren tenker jeg. Vi må alle skli inn i den samme formen for å klare å kjøre det løpet, for alle kan henge opp antibiotika intravenøst, men alle kan kanskje ikke ta seg tid til å vær en god lytter, til å stille de riktige spørsmålene slik at pasienten åpner seg og får sagt det de har på hjertet, men slik det har blitt er det ikke rom for det (sykepleier).

Sykepleieren setter ord på konsekvensene av den knappe tiden. Når sykepleieren sier at hun ikke får brukt det som er seg, kan det tolkes som at hun ikke får utført emosjonelt arbeid. Dette understøttes av hva hun forteller videre. Alle kan utføre praktiske oppgaver, men det er ikke alle som tar seg tid til å stille spørsmål som kan få pasienten til å åpne seg. Dette bekreftes også av en annen sykepleier:

Så det er lite tid til å prate med pasientene, det blir nesten bare når man går rundt og deler ut medisiner, og da bør man helst ikke spørre hvordan de har det, for man har egentlig ikke tid til å høre på svaret...(sykepleier).

Det disse fortellingene indikerer, er at tiden til det emosjonelle arbeidet er effektivisert bort. Tiden som er til rådighet må prioriteres til de praktiske gjøremålene, og samtaler med pasientene bortprioriteres. Dette er erfaringer som også Blåka og Filstad (2007:43) viser til. De hevder at i en sykehusavdeling vil helsearbeidere, både nybegynnere og de erfarne, oppleve at det ikke er tilstrekkelig med tid til å følge opp den enkelte pasient. Dette kan fort bli en ond sirkel. Pasientene har ofte mye de ønsker å ta opp med sykepleieren. Når det er liten tid til praten, er det rimelig å anta at kommunikasjonsbehovet kumulerer. Når en

sykepleier endelig åpner opp for en samtale, kan det være mye som skal settes ord på, og samtalen tar tid. Det at praten tar tid, kan i sin tur få sykepleieren til å vegre seg ytterligere for å gå inn i nye samtaler med pasientene. Det kan da oppstå en situasjon, slik sykepleieren i sitatet over beskriver; hun spør ikke om hvordan pasienten har det, for det er ikke tid til å høre på svaret. Hochschild (1983) omtaler hva som skjer med det emosjonelle arbeidet når det ikke er nok tid til å fremkalle følelsene som forventes:

When a speed-up of the human assembly line makes 'genuine' personal service harder to deliver, the worker may withdraw emotional labor and offer instead a thin crust of display (Hochschild 1983:21).

Det emosjonelle arbeidet blir altså bortprioritert, og isteden er det kun en tynn, påtatt maske som tilbys kundene. Dette kan oppleves som belastende for sykepleieren. Som vi så av det først empirikapitlet, har sykepleierne et genuint ønske om å hjelpe pasientene, og opplever gjennom denne prosessen arbeids glede og motivasjon. Når tiden blir for knapp til å utføre godt, emosjonelt arbeid, er det derfor rimelig å anta at både sykepleier og pasient er skadelidende.

Som nevnt innledningsvis er det ulike perspektiv på opplevelsen av den dårlige tiden. Vi har her sett hvordan sykepleierne identifiserer konsekvensene av det manglende emosjonelle arbeidet for pasientene. Andre respondenter forsvare imidlertid effektiviseringen:

Jeg er veldig for effektivitet. Jeg ser at sykehuset har en akuttfunksjon, og den må ivaretas. Nå er det jo slik at sykehuset har blitt en maskin som presser folk i gjennom. Man behandler det aktuelle. Man prøver å gjøre minst mulig av det andre. Så får andre ta over, jeg tenker på folk som kommer fra kommunene med mye hjelp i heimen. Du kan jo si det er en inhuman tilnærming, men som oftest så står folk i kø for å komme inn. Det er en ting vi har blitt indoktrinert med de siste årene. Det skal være effektivt (sykepleier).

Her ser vi at sykepleieren anser sykehuset som en akuttenhet, som kun skal behandle det aktuelle problemet pasienten er innlagt for. Dette kan kalles en instrumentell tilnærming til sykepleien, og kan henge sammen med statusbegrepet. Mye forskning tyder på at å utføre praktiske sykepleieoppgaver har høyere status, enn å "bare prate" med pasienten (Theodosius 2008;. Blåka & Filstad 2007; Smith 1992). Smith (1992) fant i sin forskning at førsteårstudenter verdsatte relasjonskompetanse, inkludert det emosjonelle arbeidet, høyt.

Når studentene kom til sitt tredje år, var det derimot kunnskaper om medisinteknisk utstyr, samt medisiner som hadde høyest status. Dette kan også sees i sammenheng med en norsk undersøkelse, som undersøker om sykdommer kan deles inn i et prestisje hierarki. Funnene var at sykdommer hvor sofistikert teknologi er involvert har høy prestisje, mens blant annet sykdommer med mindre synlige behandlingsprosedyrer får en lav prestisje score.

Oppsummering

Dette kapitlet beskriver hvordan respondentene opplever sitt arbeidsmiljø. Vi har sett på hvordan emosjonelt arbeid utføres både på ”scenen” blant pasienter og pårørende, samt i ”kulissene” ovenfor kollegaer. Kollegaene gir hverandre her sosial støtte og deler opplevelser med hverandre. Det er også rom for å avreagere, blant annet gjennom bruk av humor.

Tiden til sosial støtte er imidlertid svært begrenset, og alle sykepleierne ønsker en form for veiledning, eller samtaler hvor man kan legge igjen de vanskelige situasjoner før man går hjem. Alle respondentene beskriver at tenker på arbeidet i fritiden. Vi har sett eksempler på at det begrunnes med at det nevnte veilednings/samtaletilbudet ikke finnes på arbeidsplassen.

Jeg har her vist at fremstilling av følelser ikke er noe som kommer naturlig av seg selv, men at det er en egenskap som krever emosjonelt arbeid. Tidsperspektivet kommer også inn her, og flere av sykepleierne gir utsagn som indikerer at det emosjonelle arbeidet blir bortprioritert i en hektisk hverdag. Tiden som er til rådighet må prioriteres til de praktiske gjøremålene, og samtaler med pasientene unngås.

Vi har i dette kapitlet sett på hvordan ulike organisatoriske forhold skaper utfordringer for sykepleierne. I neste kapittel skal vi se nærmere på utfordrende situasjoner som oppstår i menneskemøtene, og sykepleiernes opplevelse av det.

Kapittel 6

Jobbrelaterte utfordringer

Det er så mange behov vi skal innfri og hva gjør det med oss og den følelsen av å være litt utilstrekkelig og det og ikke føle at man kan innfri (sykepleier).

Innledning

I de to foregående kapitlene har vi blant annet sett hvordan sykepleierne i ulike situasjoner og sammenhenger møter på utfordringer i arbeidshverdagen. Nettopp dette skal vi se nærmere på i dette kapitlet. Først skal se vi på respondentenes opplevelse av den krevende relasjonen. Det blir en gjennomgang av begrepene ”god kjemi” og ”dårlig kjemi”, før vi ser på hva sykepleierne opplever som det mest utfordrende av emosjonelt arbeid. Mot slutten av kapitlet beskriver sykepleierne hvordan det oppleves å ta til tårer på jobb, og tanker de har rundt det. Deretter gjøres rede for hva det innebærer når sykepleierne sier ”Vi er også bare mennesker”. Avslutningsvis kommer en oppsummering av kapitlet

Den krevende relasjonen

I relasjon med andre mennesker er det ikke til å unngå at noen situasjoner vil oppfattes som mer utfordrende enn andre. Det gjelder selvfølgelig også i jobbsituasjoner. I serviceyrkene kanskje mer enn andre plasser, da man her er i kontakt med mange mennesker, og det er forventet at man skal yte service med et smil, og ha i bakhodet at ”kunden alltid har rett”.. Vi skal i dette kapitlet se at det er de krevende situasjonene som fordrer mest emosjonelt arbeid for sykepleierne. Hochschild illustrerer utfordringene rundt dette med følgende sitat:

Even when people are paid to be nice, it's hard for them to be nice all the time, and when their effort succeed, it is a remarkable accomplishment. (Hochschild 1983:118)

Hun sier at det å holde en hyggelig fremtoning hele tiden, er vanskelig og når det lykkes er det en utrolig måloppnåelse. Dette indikerer at det emosjonelle arbeidet som utføres for å nå målet er krevende arbeide, og som ikke er gitt at alle kan mestre.

Sykepleierne prater mye om de utfordrende situasjonene på arbeidsplassen. Dette betyr ikke nødvendigvis at de fleste jobbsituasjonene er negative, men at det er slike situasjoner som huskes best. De samme funnene er gjort av Falch (2010) i hennes doktoravhandling om personlige assistenter, deres opplevelser og erfaringer med eget arbeid. Der beskriver de at hendelser som huskes best er de med sterke følelser, situasjoner som er konfliktfylte samt motsetningsfulle hendelser (op.cit.:30). Hun viser til tidligere forskning⁴⁸ som sier at når uforberedte ting skjer reflekteres det over i etterkant, og slik skapes det minner.

Dette er funn som er gjenkjennbare i min forskning. De utfordrende situasjonene det fortelles om handler gjerne om situasjoner respondentene ikke er forberedt på, og således ikke har noen strategier for å mestre. En sykepleier sier det er nettopp på grunn av dette at hun ønsker veiledning. Gjennom å drøfte situasjonen med andre kan hun få viktige innspill og redskap til å håndtere situasjonen bedre neste gang den oppstår.

Vi så i kapittel fire på hvordan sykepleieren opplevde å ha gode relasjoner med sine pasienter. I neste sitat skal vi se hvordan er sykepleier opplever det motsatte:

Det er umulig at en kan få god kontakt, eller kjemi med alle pasientene, og da vil min jobb være å være så profesjonell at pasienten ikke merker min misnøye eller mine behov, og da setter jeg de veldig til side, og når jeg får den følelsen synes jeg ikke det er en god følelse og da ofrer jeg meg enda mer sånn for å kompensere litt, så sliter jeg meg enda mer ut og blir enda mer sliten (sykepleier).

Det genuine ønsket om å hjelpe er til stede på samme måte som når gode relasjoner ble beskrevet. Det vi ser her er imidlertid at det har en annen konsekvens for sykepleieren; hun sliter seg ut. Det hun beskriver er en emosjonell dissonans. Hun opplever at hun ikke får god kontakt, eller kjemi med alle pasientene. Hun utdyper ikke dette, men det vil være rimelig å anta at det kan være enkelte pasienter hun rett og slett ikke liker, eller føler seg

⁴⁸ Crawford et al. (1992). *Emotion and Gender*. Constructing Meaning from Memory. London. Sage Publications.

“vel” sammen med. Når hun opplever disse følelsene med en pasient forsøker hun å kompensere ved å gjøre en ekstra innsats for at pasienten ikke skal merke dette. Hennes etiske innstilling til måten hun skal utføre sitt arbeide på tilsier at det er feil å gi uttrykk for dårlig kjemi til pasienten. På samme tid er det nettopp dette som oppleves, og resultatet er en ubalanse. Hun ønsker å leve opp til en standard som er satt, og må finne en strategi for å komme i balanse. Hun opplever en følelse (dårlig kjemi), identifiserer at dette er ”feil” følelse å ha/fremvise og fremviser således en annen respons (’ofrer seg’, skyver de dårlige tankene til siden). Resultat er at det blir en dissonans, en ubalanse mellom hennes indre følelser og følelsene hun fremviser.

Her er det mulig å trekke paralleller til Smiths beskrivelse av forventningene til sykepleieren:”Caring is clearly identified as what nurses do, but more importantly it is underpinned by the assumption that caring *fulfils* a nurse’s *desire* to be of *service* to others⁴⁹ (Smith 1992:21). Selv om det er flere andre stereotype oppfatninger av sykepleieren (for eksempel jernmatronen kjent gjennom den filmatiserte klassikeren ’Gjøkeredet’⁵⁰), har bildet av den selvoppofrende piken som forplikter seg til pleie av syke og døende vært sentralt siden Florence Nightingale, "The lady With the lamp"⁵¹. Dette bildet av sykepleieren ble bevisst promotert i sin tid, for å motvirke Dickensianske karikaturer av sykepleiere som alkoholisererte, usympatiske middelaldrende kvinner med lav moral. På denne måten skulle sykepleieutøvelse bli et respektabelt yrke, som kunne tiltrekke kvinner fra middelklassen. Fremstillingen av sykepleieren som altruistisk og omsorgsfull har blitt kjent som ’Nightingale Etik’, og representerer et sett av forventninger til sykepleiere som mange vil kjenne seg igjen i (Theodosius 2008). Dette innebærer ikke bare at omsorgen sykepleieren utøver forventes å være implisitt i dennes personlighet, men også en devaluering av disse kvalitetene, da de i forhold til denne vinklingen ikke er kvalifikasjoner eller sider ved yrkesutøvelsen som krever opplæring eller trening (Barnes et al. 2008). Det må her legges til at dette dreier seg om den kvinnelige andelen av sykepleierne, som i praksis innebærer nesten alle⁵².

⁴⁹ Smiths’ uthevelser.

⁵⁰ Kesey, K. (1962): *One Flew over the cuckoos Nest*.

⁵¹ Florence Nightingale var en britisk sykepleier som revolusjonerte sykepleien på 1800-tallet. Hun ble verdenskjent for å reformere sykepleien og hygienen i de britiske lasarettene under Krimkrigen. Nightingale, F., V. Skretkovicz (red.) (2009): *Notater om sykepleie*. Oslo. Universitetsforlaget

⁵² “Kvinner er for eksempel i klart flertall i omsorgsyrkene i offentlig sektor. Yrkesgruppen *pleiearbeid* omfatter 40 prosent av de sysselsatte kvinnene, og innen pleiearbeid utgjør kvinnene i dag 93 prosent av de sysselsatte” NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering.

Å utøve omsorg innebærer følelser, og følelser innebærer personlig sårbarhet. Å involvere seg følelsesmessig i en pasient har derfor potensielle kostnader eller gevinster, både på det profesjonelle og private planet (Henderson 2001). Her kan vi også trekke paralleller til organisasjonspsykologien. Leon Festingers er opphavsmann til en av de mest fascinerende og berømte teorier om holdningsendring, kognitiv dissonansteori. Festinger har oppsummert teorien i en, enkel setning: *'to elementer (tanker eller handlinger) er dissonante hvis ikke den ene følger av den andre'* (Kaufmann & Kaufmann 2003: 214). Dette innebærer at dersom man utfører handlinger som strider i mot ens holdninger vil det føre til en opplevelse av ubehag. Ubehaget som oppstår medfører et forsøk på å bearbeide tanker og følelser rundt handlingen for å oppnå samsvar mellom dem. Dette henger sammen med tillærte forventninger og normer. Våre holdninger er dannet gjennom et liv av sosialisering inn i det samfunn vi lever og fungerer i. Som sykepleier får man gjennom utdanningen med seg et sett av normer, regler og holdninger som det forventes at man skal leves opp til.

Dette fører oss tilbake til sykepleieren som ble sitert innledningsvis, og hennes dilemma. Hun ønsker ikke å gi uttrykk for misnøye ovenfor pasienten på grunn av at hun opplever dårlig kjemi. Hun ønsker å forholde seg profesjonelt til alle sine pasienter, hun ønsker å leve opp til den standarden som er satt for henne som sykepleier. I denne konteksten innebærer det at hun må utøve emosjonelt arbeide. Hun må fremvise følelser hun ikke har, og opplever at hun sliter seg ut. Det er da sannsynlig at det er det emosjonelle arbeidet hun utøver ovenfor seg selv, for å "beholde masken"⁵³ som sliter henne ut. Dette er ikke genuine funn gjort i denne undersøkelsen. I Storbritannia fant for eksempel Mann (1999) at ansatte både simulerer og undertrykker følelser i cirka 60 % av samhandlingene med kunder eller kolleger på arbeidsplassen.

Neste sitat illustrerer at å undertrykke følelser kan være et viktig verktøy i møte med ubehagelige hendelser. En sykepleier forteller her om sitt møte med en sint pasient:

⁵³ En liten kuriositet: Begrepet personlighet stammer fra latinske persona som betyr maske. Fremstår i vår tid som en måte å skjule oss selv på men var i oldtidens teatre en måte å typifisere eller representere en karakter på.

Jo mer jeg pratet meg bort jo mer rasende ble han, han bannet og han kjeftet og det gikk bare på meg, og jeg kunne bare se til helvete å pelle meg bort derfra, det var helt...jeg stod der og tenkte hva skjer egentlig nå...Nei, det sitter dypt, jeg glemmer det aldri!! (sykepleier).

Sykepleieren fortalte videre at hun klarte å forholde seg profesjonelt til pasienten, men gikk til slutt for å hente en annen sykepleier som kunne overta. Hun forteller lite om følelsene hun hadde rundt situasjonen, men vi får vite at dette er en episode som sitter dypt hos henne. En annen respondent har også opplevd å bli skjelt ut av pasienter, og deler tankene hun har rundt den situasjonen:

De ønsker å skåne pårørende sine, de ønsker å være positive og være seg selv slik de var, og så sliter de så innmari innvendig seg med psyken sin. Så det er egentlig en naturlig ting at jeg er den som skal ta det tenker jeg. Men noen ganger blir det veldig urealistisk, 'jeg klarer ikke ta alt og du må gjerne være sinna på meg, men jeg ønsker ikke at du er sinna på meg for det er ikke jeg som har gjort dette, vær gjerne sint på situasjonen, og jeg skal støtte deg på det men gå ikke på meg for det føler jeg er veldig urettferdig' (sykepleier).

I slike situasjoner er det sannsynlig at det kan være vanskelig for sykepleieren å opprettholde et godt, og nært forhold til pasienten. I neste delkapittel skal vi se nærmere på begrepet dissonant relasjon, som vil være betegnende for det forholdet respondenten her beskriver.

Dissonante og konsonanse relasjoner

Som vi så i forrige delkapittel, snakket sykepleieren om "å ha kjemi med pasienten". Flere av respondentene benytter dette begrepet i situasjoner hvor det er snakk om samhandling. Slik jeg oppfatter det, brukes begrepet på samme måte som "å komme overens med", eller være "på samme bølgelengde". Neste sitat underbygger det:

Jeg tror alltid man vil jobbe sammen med noen mennesker vi ikke liker, eller har kjemi med (...) så tenker jeg at han er faktisk faren eller mannen, elskeren eller partneren kanskje den store kjærligheten til de menneskene som står der, og for meg er han bare en pasient (sykepleier)

Her ser vi et eksempel på hvordan det å ikke ha kjemi med, uttrykkes. Samtidig ser vi også benytter hun seg av dybdespill i situasjonen som hun beskriver. Hun forestiller seg mannen hun ikke har god kjemi med, som en kjær mann for de besøkende. Hun tenker på ham som en far eller som en partner, og slik jeg oppfatter det, setter det ting i en litt annen kontekst for henne. Hun avslutter med å oppsummere hva han er for henne “bare en pasient” – og i tillegg en pasient hun ikke har god kjemi med. Jeg opplever at hun gjennom denne refleksjonen får satt egne følelser litt i perspektiv, og noe som muligens gjør det lettere for henne å samhandle med pasienten. I neste sitat får vi et eksempel på en sykepleier som toner ned betydningen av kjemi:

Noen sykepleiere og hjelpepleier er opptatt av kjemi, kjemi med pasienten og pårørende. Men det har jeg aldri tenkt på. Jeg tenker at det er ikke viktig. Hva jeg føler for dem som menneske, det er ikke det som er viktig. Fordi jeg er kort innom, jeg er det som sykepleier, jeg skal gjøre en jobb for dem, og når jeg drar hjem kan jeg gjøre som jeg vil, ikke sant. Så jeg tenker at det med kjemi, det bør vi legge bak oss (sykepleier).

Slik jeg tolker det, setter sykepleieren her ord på det emosjonelle arbeidet hun utfører. Hennes rolle som sykepleier er å oppføre seg på samme, profesjonelle måte ovenfor pasienter og pårørende. Hun forteller at hun er der for å gjøre en jobb for dem; yte god service. Å gjøre som hun selv vil, det kan hun gjøre hjemme.

Vi skal se nærmere på kjemibegrepet. Så lang har vi sett at man kan ha god kjemi eller dårlig kjemi med andre mennesker, men hva innebærer egentlig det? Falch (2010) tar for seg kjemibegrepet i sin studie. Hun trekker inn Thomas Scheff sin teori om “Attunement” for å forklare det. I følge hans teorier, innebærer at man i en interaksjon balanserer hverandres synspunkter. Man er oppmerksom på både egne, samt motpartens synspunkter, og identifisere begge som likeverdige (Scheff i Falch 2010:58). Hennes funn er at “kjemien må stemme for at samhandlingen skal oppleves god.”

Jeg ønsker å bruke begrepet relasjonell dissonans⁵⁴ for å gjøre rede for hva kjemi er. Så langt har vi sett på begrepet emosjonell dissonans. Det har blitt definert som en ubalanse mellom indre følelser og observerbart emosjonsuttrykk (Hochschild 1983:369). Ordet

⁵⁴ Egenformulert begrep. Så langt jeg har sett i mine undersøkelser, er ikke dette begrepet benyttet i annen litteratur.

dissonans er latinsk, hvor *dis* betyr forskjellig/adskilt og *sonare* er klinge. Ordet kommer i fra musikkens verden, og beskriver altså noe som klinger forskjellig, adskilt, eller ganske enkelt; ubehagelig. Tritonus er en sterk dissonans⁵⁵, hvor svingningsforholdet mellom tonene ikke kan uttrykkes med hele tall. Av den årsak, har en tritonus blitt ansett for å være selv djevelen i musikk; djevelens intervall⁵⁶. Dissonansens musikalske motstykke, er konsonansen. Det er en samklang, en harmoni som er stabil, i motsetning til den ustabile dissonansen. Dissonante intervaller vil ha et behov for å gå over i mer konsonanse intervaller, for å utløse spenningen i musikken⁵⁷ En siste, spennende detalj å merke seg er at måten vi oppfatter intervallene, har å gjøre med våre lytteegenskaper og kultur. Dissonanser for en afrikaner kan for eksempel være konsonanser for en europeer.

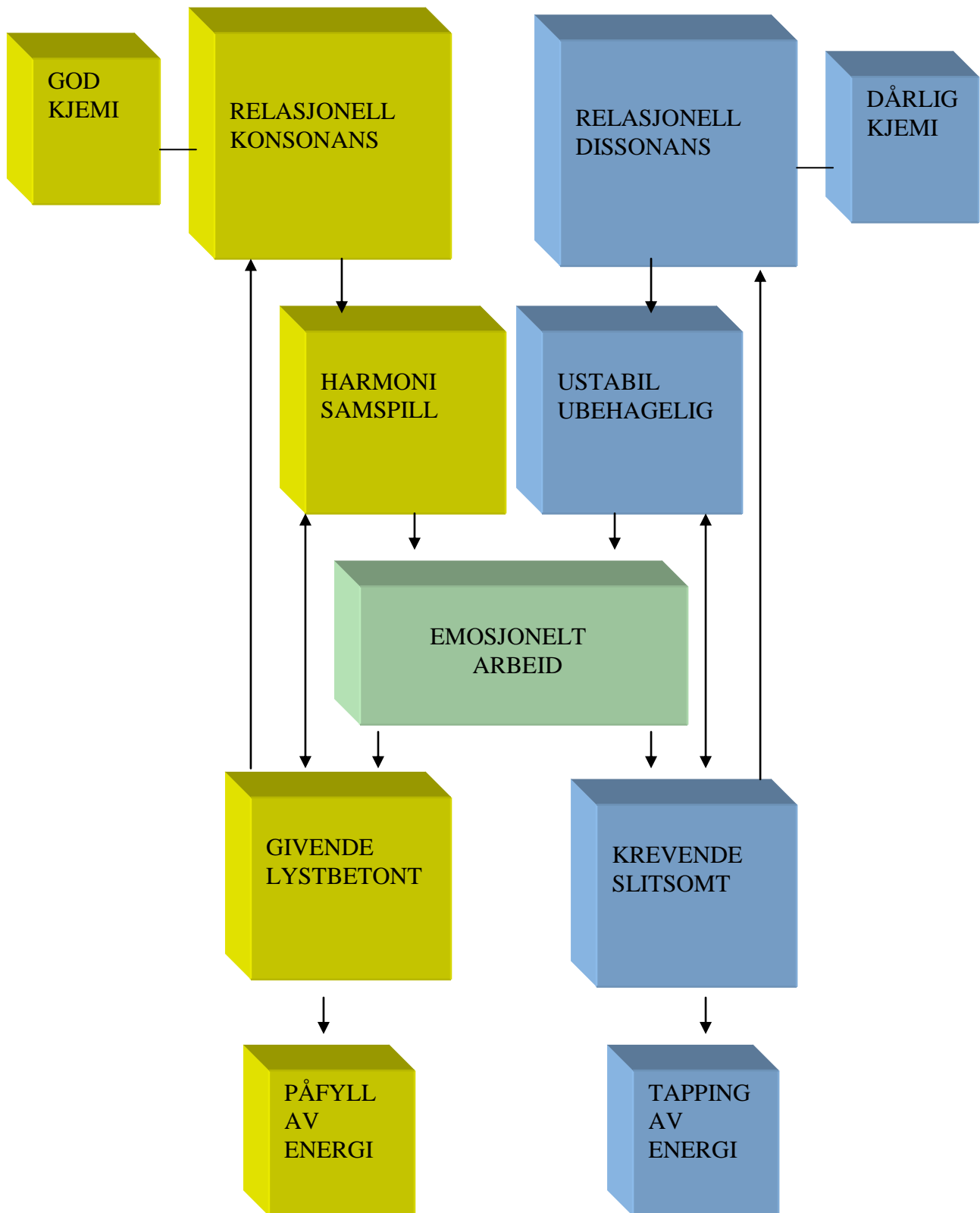
Overført som en metafor til relasjoner mennesker i mellom er det lett å se en sammenheng. I interaksjon med mennesker vi har dårlig kjemi med, er det en ustabil, "sur" tone. Det er ingen samklang, og det kan i gitte tilfeller oppleves ubehagelig. Etter slike menneskemøter er det godt å få være sammen med mennesker vi har god kjemi med. Spenningen fra interaksjonen med den dårlige kjemien oppløses, vi opplever harmoni og stabilitet. På bakgrunn av dette har jeg utviklet en modell, som illustrerer hvordan dette kan settes i sammenheng.

⁵⁵ For de eventuelt mer musikalske lesere: spill noten *C* og *H* samtidig, i samme skala på et tangentinstrument. Dette er tritonus, et eksempel på en dissonans som lyder skrekkelig!

⁵⁶ *La diabolus in musica.*

⁵⁷ Formidlet av Valerí Rubacha, forfatterens pianolærer. Dette ble et tema da undertegnede hadde et sterkt ønske om å skrive om et av Beethovens verker, da en intervall opplevdes noe ubehagelig for et utrent øre. Resten av timen gikk med til utredning om dissonans/konsonans begrepet, som fort vant absolutt gehør (sic). For mer, se Jerkert (2001).

Fig. 1. Skjematisk fremstilling over kjemiens relasjonelle påvirkning i interaksjon og konsekvensen for opplevd, indre resultat av emosjonelt arbeid (Anker-Hansen, C. 2011).



I fig. 1 ser vi at god kjemi sidestilles med relasjonell konsonans og jamfør forrige avsnitt vil man ved relasjonell konsonans oppleve harmoni og samspill. Når ansatte spontant opplever de “riktige” følelsesreglene, trenger de ikke å utøve noen form for emosjonelt arbeid⁵⁸, situasjonen oppleves som enkel, givende og lystbetont. Dette kan føre til at det forrige trinnet, harmonisk samspillet, forsterkes, som i sin tur forsterker følelsen av at relasjonen er givende og positiv. Det siste trinnet i modellen viser til at resultatet av relasjonell konsonans kan være følelsen av å få påfyll av energi. På motsatt side i modellen, ser vi at dårlig kjemi sidestilles med relasjonell dissonans. På samme måte vil trinnene her kunne forsterke hverandre. Når det emosjonelle arbeidet oppleves som krevende og slitsomt, er det rimelig å anta at opplevelsen av at denne relasjonen er ubehagelig vil forsterkes. Resultatet her kan være at sykepleieren opplever tapping av energi.

Olsson (2008:192) argumenterer for at individene må ha påfyll av energi, for å ikke dreneres emosjonelt. Hun sier at individet har behov for å inngå i et interaksjonsrituale og interaksjonskjede som reproducerer solidaritet og emosjonell energi, både for egen og andres del. Hun tar utgangspunkt i Collins (2004), som sier følgende om emosjonell energi:

Human behaviour may be characterized as emotional energy tropism. Social sources of EE⁵⁹ directly energize behaviour; the strongest energizing situation exerts the strongest pull (Collins 2004:181)

Collins hevder altså at det er situasjoner som gir mest EE som har sterkest påvirkningskraft. Det er lett å være enig i det. Det er sannsynlig at de fleste av oss søker mennesker vi opplever relasjonell konsonans med, og situasjoner som oppleves behagelige. Den slutningen innebærer også en antagelse om at vi trekker oss unna situasjoner og mennesker

⁵⁸ At det likevel står en pil innom boksen emosjonelt arbeide er av følgende årsak: sykepleieren kan oppleve udelt, gode følelser med pasienten. Likevel er det ikke gitt at sykepleieren opplever negative følelser som pasienten kan ha, og må benytte seg av emosjonelt arbeide for å justere seg til dette. Et eksempel kan være dersom sykepleieren er i strålende humør, men møter pasienten (som hun har god kjemi med), som er i dårlig form og humør grunnet sykdomsutvikling. Sykepleieren blir ikke nødvendigvis nedtrykket av dette, men må dempe sitt gode humør i dette møtet.

⁵⁹ Emotional energy.

hvor vi opplever det motsatte⁶⁰. Det kan diskuteres hvorvidt dette er et dårlig eller bra handlingsalternativ å trekke seg vekk fra pasientene. Hochschild (1983) argumenterer selv for at emosjonelt arbeid styres av følelsesregler, og at disse styrer det emosjonelle arbeidet ved å skape en slags forventning og forpliktelse til hvordan vi bør reagere i ulike situasjoner. Dersom man ikke mestrer overflatespillet i nevnte situasjoner, og alternativet er å gi utløp for sinne og frustrasjoner ovenfor pasientene, er det sannsynligvis bedre å trekke seg tilbake. På den andre siden skal en være forsiktig slik at ikke forholdet mellom pasient og pleier blir preget av for stor avstand. Det kan da være vanskelig for sykepleieren å fange opp behovene til den enkelte. Konsekvensene av det kan være at pasienten får et dårligere tjenestetilbud.

Vi har her sett at de fleste vil ha vanskeligheter med å opprettholde varme og vennlige følelser overfor mennesker man ikke opplever god kjemi med, over tid, noe følgende eksempel viser: En forretningsmann spurte en flyvertinne: «Hvorfor smiler du ikke?» Flyvertinnen satte i fra seg kaffebrettet, så på han og sa: «Hvis du smiler først, skal jeg smile tilbake.» Forretningsmannen smilte, og flyvertinnen sa: «Fint.» Så tilføyde hun «Nå kan du beholde dette smilet i 15 timer,» før hun gikk videre (Hochschild, 1983:127).

Det mest krevende av emosjonelt arbeid

Sykepleiere har daglig kontakt med syke mennesker, noe som kan være krevende både fysisk og psykisk. Her er man jevnlig i møte med mennesker i eksistensielle kriser, akutte livstruende situasjoner -ofte med døden som følge. Som vi tidligere har sett, krever dette et høyt nivå av emosjonelt arbeid, som gjør at sykepleien skiller seg ut fra arbeide i andre serviceyrker (Hunter & Smith 2007).

Arbeid med mennesker i sluttfasen av livet, med komplekse lidelser og stort omsorgsbehov, stiller store krav til den enkelte arbeidstaker i sykehjemmene, og arbeidet kan oppleves belastende på flere av nivåene samtidig. Studier viser at et av de største

⁶⁰ Det skal vi se et eksempel på under delkapitlet ”*Det mest utfordrende av emosjonelt arbeid*”. Der møter vi en sykepleier som i størst mulig grad trekker seg unna situasjoner hun opplever som vanskelige.

belastningsmomenter ligger i opplevelsen av ikke å kunne ivareta behovene til pasienter og beboere godt nok (Dahl-Jørgensen et al. 1998). En annen studie gjort av Smith (1992) av sykepleiestudenter viser at situasjonen de føler er mest vanskelig å stå i, er når pasienter går inn i terminal fase, og når døden inntreffer. Dette var kunnskap jeg hadde i forkant av mine intervjuer, og det var av stor interesse for meg å se hva respondentene ville svare på dette spørsmålet, hva er det mest utfordrende av emosjonelt arbeid for deg? Selv om svarene som presenteres er av ulik karakter, har de en rød tråd. Det alle sykepleierne setter ord på, er følelsen av å ikke strekke til som sykepleier.

Eksistensielle smerter

En sykepleier forteller at det hun opplever som mest vanskelig, er når pasienten har store smerter som ikke kan lindres. Hun forteller her en historie om en pasient med eksistensielle smerter, som ikke ønsket å dø:

Jeg har pasienter som har hatt voldsomme eksistensielle smerter som ikke har ønsket å dø og har vært veldig redde for å dø. Det var blant annet en som hadde voldsomme eksistensielle smerter som rett og slett lå og skrek, hyla og skrek, og det eneste som lindrer litt var å sitte og holde han i hånda. Den innebar at han ikke ønsket å dø. Ville absolutt ikke dø og han var redd for å dø og ville ikke dø. Og det er fysiske og psykiske smerter som vi ikke klarer å lindre med morfin, eller vi ga jo masse både smertestillende og lindrende og beroligende, men det hjelper egentlig ikke noe. Så eksistensielle smerter, det er grusomt (sykepleier).

Eksistensielle smerter kan beskrives som smerter i sjelen, og forårsakes av ulike og kompliserte årsaker som uhelbredelig sykdom og død (Brattberg 2001). Som sykepleieren her forteller, er det en type smerte som ikke kan lindres av medikamenter. Det eneste som hjalp litt, forteller hun var å sitte og holde han i hånden. Det vi her ser, er et eksempel på hvor det emosjonelle arbeid er svært viktig. For å klare å stå i situasjonen som sykepleieren her beskriver, er det sannsynlig at sykepleieren må jobbe hardt med egne emosjoner.

Det er sannsynligvis tilfelle også i det neste eksemplet sykepleieren trekker frem. Hun forteller videre om en episode på jobb, hvor en ung kvinne som var mor til et lite barn, skrek seg inn i døden fordi hun ikke ville forlate barnet sitt. Selv sier sykepleieren at “dette må være noe av det mest grusomme du kan oppleve”. På spørsmål om hvordan disse situasjonene ble fulgt opp på avdelingen, fikk jeg et skuldertrekk til svar. Hun svarte så at

det var et par kollegaer som hadde spurt litt hvordan det gikk med henne, ellers gikk arbeidsdagen sin vante gang.

Terminal pleie

I forrige kapittel nevnes en sykepleier som trekker seg unna vanskelige situasjoner. Hun er ung og nyutdannet, og for henne er det vanskeligste på jobben å være sammen med pasienter i den terminale fasen. Hun forteller at hun skyr å ha “den type pasienter”, og er på rommet til den det gjelder så lite som mulig. Hun begrunner det på følgende måte:

Det er vel fordi hele den følelsen av å ikke strekke til blir så tydelig at man bare føler man er i veien, selv om man kanskje ikke er det så føler jeg det da, siden jeg ikke klare å strekke til eller gjøre noe praktisk her så føler jeg at jeg bare står og blir tatt av den stemningen og den sorgen som er der. Og jeg tenker at det er ikke noe som gagnar meg i min arbeidshverdag. Jeg har lært meg den teknikken selv, at jeg er innom dem minst mulig. Jeg er innom så ofte som jeg må være for at pårørende skal føle at jeg er der, også er jeg der akkurat nok til at jeg føler at jeg klarer det selv, sånn at jeg ikke tar det med meg hjem for det gjorde jeg jo i første (sykepleier).

Sykepleieren opererer med det hun selv anser som en mestringsstrategi. Hun holder seg i størst mulig grad unna den situasjonen hun opplever som vanskelig, og som krever høy grad av emosjonelt arbeid. Lenger ut i intervjuet forteller hun at det som er vanskelig er forventningene om at hun skal ta på seg sorgen for pasienten og pårørende. Det hun identifiserer er manglende evne i den situasjonen til å utføre både overflatespill og dybdespill. Hun klarer ikke å fremvise det riktige ansiktsuttrykket, og føler det lettere å heller holde seg unna situasjonen. Respondenten velger å være åpen om at dette er utfordrende på arbeidsplassen, og har fått negativ respons på det:

Ofte så har jeg fått tilbakemeldinger om at man kanskje ikke er profesjonell nok da, når man er ærlig og forteller hvordan man opplever og føler det selv. Man forventer at du skal være mer profesjonell og mer forståelsesfull og skal ha forståelse selv om man kanskje ikke har det da, kontra det å være ærlig å si at ‘ja jeg ser og opplever at du har det vanskelig men jeg klarer ikke å sette meg inn i den situasjonen sånn at jeg klarer å være så empatisk som du kanskje forventer at jeg skal være (sykepleier).

Dette er hva Rafaeli og Sutton (1987) karakteriserer som emosjonelt avvik. Det innebærer at den forventede emosjonelle fremvisningsregelen blir satt til side, og at den ekte følelse blir uttrykt. For sykepleieren handler det om å være ærlig, men forteller samtidig at hun kjenner til fremvisningsreglene; forventningen er at hun skal være profesjonell og forståelsesfull. Her kan vi trekke paralleller til hva Hochschild sier om emosjonelt arbeide:

”There is a cost to emotion work: it affects the degree to which we listen to feeling and sometimes our very capacity to feel” Hochschild (1983:21).

Det hun sier her er at det er en grense for hva det kan forventes at et menneske kan føle på vegne av andre. Sykepleieren opplever nettopp dette, men håndterer det på en måte som hun sier gir mening for seg. Det er imidlertid rimelig å anta at pasienten og/eller pårørende opplever det uheldig at hun trekker seg vekk.

Vi kan ikke trøste hjertene...

Den siste fortellingen vi møter på her, står i kontrast til hva den forrige sykepleieren fortalte. Hennes opplevelse av den vanskeligste situasjonen å stå i, er det å ikke kunne få *vært nok* til stede. Hun beskriver det slik:

Vi klarer ikke å trøste hjertene, jeg tror ikke vi klarer å trøste hjertene og vi klarer ikke å redde hjertene...vi klarer ikke det. Vi klarer ikke å gjøre livet godt for noen..jeg klarer ikke å ...fjerne sorgen fra en som vet han skal dø. Jeg klarer ikke å fjerne sorgen fra unge mennesker som har fått en kreftdiagnose og beskjed om at nå har du en svært kort levetid igjen.. Så kommer ofte den slitsomheten når man ofrer seg mye så hjelper det ikke likevel så blir det en sånn at man jobber med brustent håp, om du skjønner. Det hjelper ikke uansett hva jeg gjør, for jeg vet det går dårlig til slutt (sykepleier).

Hun setter ord på følelser av fortvilelse, over å ikke kunne få bidra nok. Hun føler at uansett hva hun gjør så går det uansett dårlig til slutt. Sykepleieren kan ikke fremvise slike følelser i møte med pasienten, og det er høyst sannsynlig at hun opplever mye emosjonell dissonans i møte med alvorlig syke og døende pasienter. I møte med døden kan det oppstå ulike følelser hos sykepleierne. Alder, erfaring og personlig bakgrunn er faktorer som påvirker sykepleierens opplevelse av slike situasjoner (Smith 1992). Flere av sykepleierne i min

undersøkelse sier at de takler slike situasjoner bedre etter noen år, enn da de var nyutdannet. Alternativt kan det også tenkes at sykepleierne som takler de vanskelige situasjonene, forblir i yrket, mens andre som opplever det for tøft finner seg mindre emosjonelt belastende yrker.

De profesjonelle tårene

Vi har nå sett på hva som oppleves som de mest emosjonelt utfordrende situasjonene for respondentene. Her skal vi se på hvordan sykepleierne opplever egne reaksjoner på situasjonene, når de opplever å gråte på jobb, både foran pasienter og pårørende, samt i kulissene med kollegaer, eller alene.

Et sterkt og intenst emosjonelt uttrykk er tårer, men i litteraturen om følelser på jobb er gråt er et tema som sjelden blir diskutert. Gråt er et integrert aspekt ved menneskelig identitet og kommer til uttrykk i ulike situasjoner. Frey og Langseth (1985⁶¹) har skrevet det de hevder er den første boken om voksnes emosjonelle gråt. De skiller her mellom to typer tårer; irritasjonstårer som blir fremkalt av kjemisk eller fysisk irritasjon, og emosjonelle tårer som er en respons på emosjonelt stress. Emosjonelle tårer kan igjen bli klassifisert i forhold til hvilken type emosjon som trigger dem, glede tårer eller tårer fremkalt av tristhet.

Som sykepleier møter man på mennesker som opplever glede og sorg, og man vil møte mennesker som gråter. Sykepleierens rolle i de situasjonene vil være å fremtre som den støttende omsorgsgiveren, jamfør ”Nightingale etikk”. Spørsmålet som stilles i dette delkapitlet er hva slike situasjoner gjør med sykepleieren. I møte med pasienter som sørger over at livet går mot slutten, eller pårørende som har mistet et familiemedlem, er det rimelig å anta at dette også preger sykepleieren. Er det akseptabelt at sykepleieren selv tar til tårer i slike situasjoner?

På spørsmål om dette svarer samtlige respondenter at dette kan godtas, under gitte kriterier. Gråten må være kontrollert og ”profesjonell”. Det er i orden å vise at man blir rørt, men egne følelser og tårer får ikke ta stor plass i situasjonen. En sykepleier beskriver det på

⁶¹ Grunnet lite litteratur på dette feltet benyttes gammel referanse.

følgende måte:

Ofte er det litt kamp med tårene altså å holde igjen tårene. En føler litt sånn phuuuu puste litt. Også har jeg gått noen runder med meg selv og sagt at det er lov å vise følelser, jeg er sånn. Men samtidig, du buser ikke ut med sorg og frustrasjoner men kommer det en tåre eller to så er det lov. Men selvfølgelig du skal ikke bli ubrukkelig du skal ikke stå der og hyle og gråte og være frustrert, du må beherske deg men det er lov. Det er lov å vise følelser.

Hun påpeker at det er greit å felle noen tårer, men egne følelser skal altså ikke ta overhånd. Dette bli også støttet av en annen sykepleier:

Det er vel ingen pårørende som reagerer negativt på det så fremt man ikke hulker og har en stor sorg selv som blir vekket opp hver gang i en slik situasjon...det er stor forskjell på å ha tårer i øynene, og sitte der og hulke og gråte –det er en balansegang. (sykepleier).

Det respondenten her påpeker er at sykepleieren kan ta til tårer av to ulike årsaker; hun har stor medfølelse med pasientens situasjon, eller at man selv identifiserer seg med situasjonen, noe som gjør det vanskelig å holde tårene tilbake. En av respondentene har opplevd nettopp dette, og forteller her sin opplevelse av episoden:

En slektning døde plutselig av hjertestans hjemme (...) også kommer jeg på jobb da en uke etterpå hvor jeg har en terminal pasient i en palliativ fase, hvor jeg overhode ikke får kontakt. Og da stod legen der og snakket om den vanskelige situasjonen, da måtte jeg gå ut for da begynte jeg å gråte (sykepleier).

Situasjonen som oppstår på jobb, er veldig lik det hun har opplevd selv på hjemmebane. Hun gjenopplever følelsene over tapet av den nære slektning, og det blir for vanskelig å stå i situasjonen. Hun begynne å gråte, og forlater pasienten. Soares (2003) sier at tårer markerer umuligheten med å håndtere emosjonene fullstendig. Han hevder at når den ansatte gråter, er det et uttrykk for at det er umulig å fullføre det emosjonelle arbeidet. Det eneste unntaket mener han er i situasjoner hvor tårene ikke kommer av genuine følelser,

men i form av hva vi kaller ”krokodilletårer”⁶².

Det siste tilfellet her er i tråd med Soares (2003) påstand. Reaktivering av eget tap gjorde det for vanskelig for sykepleieren å være tilstede, hun måtte få en kollega til å overta. I andre situasjoner kan det derimot være naturlig for sykepleieren å stå i situasjonen til tross for at noen tårer felles –kanskje til og med mer riktig enn feil. Bang (2003) refererer til et brev skrevet til sykehuspersonalet av en døende kvinne. Brevet, som senere ble offentliggjort i en lokalavis, forteller oss noe om pasientperspektivet i denne sammenhengen. Kvinnen skriver at hun har forståelse for at prosessene rundt sykdom og død er en naturlig del av arbeidshverdagen til sykepleierne. Likevel ber hun om forståelse for at hun selv bare skal dø denne, ene gangen, og setter ord på følelser som ensomhet og redsel. Hun stiller også følgende spørsmål: ”Ville du miste så mye av din profesjonalitet hvis du gråt sammen med meg? Bare deg og meg?” (Heap 2002, referert i Bang 2003:114).

Dette fører oss tilbake til Hochschilds (1983) teorier om dybdespill og overflatespill. Hva er ekteopplevde følelser fra sykepleierens side og hva er kun fremviste følelser –det som forventes å bli vist frem? Mange av sykepleierne snakker om det å gå inn i en rolle, hvor predefinerte ”riktige” følelser må være på plass, både verbalt og nonverbalt. Det kan likevel synes noe urealistisk å forvente at sykepleieren skal uttrykke tårer for å vise at hun har medfølelse for pasienten. En av respondentene sier noe om dette. Hun har vært i situasjoner hvor det har vært forventninger fra pasientene til hennes innlevelse deres sorg. Hun sier selv at hun ikke har denne evnen, og uttaler dette ovenfor pasientene. Hun forklarer det på følgende måte:

Og det som fungerer best for meg er å være ærlig at, da setter jeg meg ned og sier, ‘jeg hører at du har det sånn og sånn, men jeg kan ikke forstå det sånn som du krever at jeg skal, rett og slett fordi jeg ikke har den opplevelsen selv. Men jeg er ikke her i regi av å være en medpasient, jeg er her i regi av å være sykepleier, omsorgspersonen din, og prøver å tilrettelegge hverdagen din i de åtte timene jeg er her’.

⁶² Å gråte krokodilletårer betyr å fremvise falske følelser av sorg. Hentydningen er fra en gammel anekdote om at krokodiller gråter for sitt bytte mens de fortærer det. Fortellingen ble først fortalt i historien om reisene til Sir John Mandeville i det 14. århundre.

Slik jeg oppfatter det, er dette en mesttingsstrategi fra sykepleierens side. Hun identifiserer et behov for emosjonelt arbeid, men distanserer seg fra å gjøre dette. Hun tilkjenner at hun er omsorgspersonen, men ilegger dette begrepet tilsynelatende mer praktiske oppgaver, hun er der for å tilrettelegge for pasienten. Det fører oss over på Hochschilds (1983:7) teori om "alienation", fremmedgjøring. Det innebærer at den ansatte kan oppleve en fremmedgjøring av selvet, at kroppen eller deler av sjelen *brukes* for å utføre det emosjonelle arbeidet. Hun sammenligner det med en fabrikkansatt, hvor den ansattes arm fungerer som en maskin som produserer tapet. Arbeidsgiveren kan da betrakte armen til den ansatte som et instrument, og krever kontroll over dens fart og bevegelse. Hun stiller følgende spørsmål: "In this situation, what was the relation between the boy's arm and his mind? Was his arm in any meaningful sense his *own*?"⁶³ Sykepleieren i sitatet identifiserer hva pasienten ønsker av henne. Likevel setter hun ord på begrensningene i hva hun har å tilby, hun setter en tydelig grense for hva hun er villig til å gi i relasjonen. Hun er ikke villig til å gi "armen sin", i overført betydning, som arbeidsinnsats. Hun understreker imidlertid at hun synes det er akseptabelt at andre viser følelser gjennom tårer

En av de andre respondentene har et tilnærmet likt reaksjonsmønster, men isteden for å kommuniserer dette verbalt, trekker hun seg unna:

Jeg er vel ikke den skulderen som er best å gråte på. Jeg holder meg litt i bakgrunnen rett og slett for ikke å ...jeg har ikke spesielt stor interesse for å bli følelsemessig engasjert i sanne ting. Det er min form for egenerapi, jeg holder meg litt i bakgrunnen (sykepleier).

Når hun bruker ordet egenerapi, kan det sannsynligvis tolkes som mesttingsstrategi. På spørsmål om hva hun konkret gjør når hun blir konfronter med slike situasjoner, svarer hun at "Jeg pleier som regel å si at vi har en veldig bra prestetjeneste her på huset". Videre sier hun at dette ikke er for å komme lettest unna situasjonen selv, men hun føler at prestene er de som har størst kompetanse på sjelesørging, mens hun selv har kompetanse på praktiske sykepleieoppgaver. I likhet med respondenten fra forrige sitat gir hun også uttrykk for at det er akseptabelt at andre sykepleiere gråter:

⁶³ Hochschilds kursivering.

Nei, altså, jeg ser at det finnes veldig mange måter å tilnærme seg problemer eller potensielt følelsmessige situasjoner, jeg har min måte, hvordan andre velger å gjøre det, er ikke opp til meg å avgjøre om er en sømmelig handling. Hvis den pleieren har lest situasjonen riktig, og føler at det er naturlig å stå der å gråte foran pasienten eller med pasienten, er det en vurdering den har gjort (sykepleier).

Hun understreker her viktigheten av å lese situasjonen riktig. Det er kanskje kjernen i spørsmålet om hva som er riktig fremferd angående sykepleierens emosjonelle uttrykk. Noen ganger ønsker pasienten denne reaksjonen, det kan gi dem en følelse av å bli forstått, mens andre ganger kan det bli en tilleggsbelastning for pasienten å se at sykepleieren er berørt (Bang 2003).

Det kan likevel være vanskelig å holde tårene tilbake, til tross for at det oppleves som det korrekte handlingsalternativet. Bauer, Hexel, Kropiunigg og Wagner (1997:14) undersøkte forekomsten av gråt blant leger, lege- og sykepleiestudenter i tre sykehus i Australia. Her finner de at 57 % av legene, 31 % av legestudentene, samt 76 % av sykepleierne hadde grått på jobben. Av disse hadde 2,5 % av sykepleierne hadde opplevd negativ sanksjoner på sin gråt, i form av å bli latterliggjort, blitt sett på med forakt eller blitt skreket til. Ingen av mine respondenter rapporterer om slike reaksjoner på egen gråt. Et annet funn var at sykepleierne var de som i flest tilfeller oppga å ha grått sammen med en pasient. Noen år senere ble en lignende undersøkelse foretatt i Tyrkia. Keser at og Kuklulu (2005) undersøkte forekomsten av gråt blant lege- og sykepleiestudenter i et sykehus. Her fant de at 32,2 % av legestudentene hadde grått på et sykehus, og 52,5 % av sykepleiestudenten. Av de som oppgir at de har grått på jobb, svarer samtlige sykepleiestudenter at de ikke har grått i et pasientrom. Undersøkelsen konkluderer med at helsearbeidernes forholdt til gråt er påvirket av kjønn, profesjon og kunnskaper om emnet. Avslutningsvis sies det at det å få kunnskaper om mestringsstrategier vil være nyttig for studentene. Denne konklusjonen korrelerer med undersøkelsen fra Australia, hvor det foreslås at temaet ”gråt” bør komme inn i læreprogram, og at det bør være et support system som blant annet kan hjelpe helsearbeiderne til bedre å håndtere egne emosjoner.

I min undersøkelse er det to av åtte sykepleiere som oppgir å ha grått med pasienten, eller begynt å gråte på et pasientrom og deretter forlatt situasjonen. Flere gir uttrykk for at det i situasjonen ikke er noe handlingsalternativ, at det er umulig å fullføre det emosjonelle

arbeidet slik Soares 82003) beskriver det. En av respondentene oppsummerer dette i en enkel setning:

Selv om du sårt prøver å holde det tilbake, men du vet det går ikke, det nytter ikke (sykepleier).

Her ser vi at sykepleieren forsøker å undertrykke behovet for å gråte. Isteden prøver hun å holde tilbake, og fremvise en følelse av kontroll over situasjonen. Resultatet av dette er hva Hochschild (1983) kaller emosjonell dissonans, det blir en ubalanse mellom følelsene som oppleves og observerbart emosjonsuttrykk. Man prøver altså å overbevise omgivelsene om at en gitt type følelse oppleves, uten at det samsvarer med hva som virkelig føles. Noen ganger kan dissonansen bli så stor at sykepleieren ikke klarer å fortsette skuespillet, ”masken” faller. En annen sykepleier har også opplevd dette. Hun var med i sitt første stell av en død pasient. Hun er med to erfarne pleiere, som forteller henne hva hun skal gjøre. Respondenten gjør som hun blir bedt om, og forteller at hun flyr inn og ut av rommet for å hente ting hun blir bedt om. Samtidig opplever hun situasjonen som vanskelig. Pleierne behandler den døde på en mekanisk måte og respondenten sier selv at det hele ble litt ”vemmelig”. Samtidig vet hun at det forventes at hun skal takle en slik situasjon, men det blir en stor avstand i hva hun føler, og hva at det forventes hun skal føle. Tilslutt mister hun kontrollen over følelsene. Hun forteller det selv slik:

(...) og den tredje gangen jeg fløy ut av det rommet klarte jeg ikke mer, jeg knakk i sammen da ble det for tøft. Jeg gikk tilbake, men med tårer i øya. (sykepleier).

Sykepleieren forteller videre at pleierne hun var med, ikke visste at dette var hennes første stell av en død pasient. Hun fikk pratet ut om opplevelsen i etterkant, og konkluderer denne historien med å si at slik de stelte den døde ikke opplevdes greit, og at hun selv aldri vil velge å gjøre det på samme måte.

Teoriene til Hochschild (1983) er som nevnt gjort rundt en studie av flyindustrien. Flere av funnene er overførbart til de fleste servicenæringer. Det som imidlertid ikke lar seg sammenligne, er noen av de opprivende situasjonene en sykepleier kan oppleve. I noen tilfeller lar ikke følelsene seg kontrollere. Som vi har sett kan inntrykkene gjøre det umulig

å utøve kontroll, og tårer kan bli et resultat av det som oppleves. En annen respondent forteller også om en sterk opplevelse hvor emosjonene til slutt tok overhånd. Hun skal stille en død pasient, som hadde nektet å ta i mot hjelp til personlig hygiene den siste tiden hun levde:

(...) når jeg stelte pasienten etterpå så hadde hun fått sår (...). Vi hadde ikke fått stelt henne, hun hadde bare sittet der og det var helt forferdelig. Hun hadde et belte for å holde opp hode, og det hadde skjært dype sår. Da gikk vi ut og gråt etterpå, det var helt forferdelig, det var ekkelt (sykepleier).

Den intensive stressopplevelsen i en slik situasjon gjør det umulig å reflektere rundt de forventede følelsesreglene. Soares (2003) sier at i slike tilfeller hvor individet blir skjøvet til en grense hvor følelsene er hinsides ord, blir tårer da en måte for kommunikasjon, en måte å be om hjelp og støtte. Videre sier han at dette emosjonelle uttrykket skriver seg i fra en overbelastning av emosjonelt arbeid eller til umuligheten av å gjennomføre det man har blitt satt til. Det har vi sett flere eksempler på at er overførbart til denne undersøkelse.

”Vi er også bare mennesker”

Vi har nå sett på ulike, utfordrende situasjoner som sykepleierne står i og hvordan det emosjonelle arbeidet oppleves. Her skal vi høre hvordan sykepleierne opplever seg selv i rollen som sykepleier.

”we take care of everybody else’s need, but we don’t take care of our owns”

Sitatet ovenfor tilhører en amerikansk sykepleier jeg kom i snakk med en høstkveld i Toscana. Praten dreide seg fort inn på emosjonelt arbeid, en samtale vi begge hadde stort utbytte av. Det hun fortalte fra sin arbeidshverdag på et sykehjem i Chicago var helt gjenkjennbart i forhold til mine innsamlede data. Hun sa blant annet at hun tror ikke folk flest forstår omfanget av omsorg som inngår i sykepleieutøvelsen. Videre så hun følgende: "we are only human beings" –vi er bare mennesker. Den samme uttalelsen, ordrett, som går igjen i flere av mine intervjuer. Det kan ved første øyekast virke noe rart at flere har behov for å understreke dette, for omverdenen er det en selvfølge. Etter å ha studert sitatene

nærmere, ser jeg at innholdet kan ha en annen betydning. Slik jeg oppfatter det, har sykepleierne behov for å understreke at de er mennesker *med følelser*. En sykepleier sier det slik:

Vi er bare mennesker, og det er vel egentlig greit synes jeg å vise følelser så får de andre bare synes hva de vil, for det er mange som mener vi ikke skal vise følelser (sykepleier).

Til tross for at de på i sykehuset er ”kjøpt og betalt av en arbeidsgiver”, betyr ikke det at det er ubegrenset med påkjenninger de kan håndtere. En annen sykepleier illustrerer dette godt med følgende sitat:

Det er veldig sånn basta på en måte. Det er klart de tar det ut på deg, men hallo skal du liksom få lov til å si alt fordi du er kreftsyk? Det er ille nok å være det, men det er noe som ikke er lov likevel, tenker jeg. Vanlig høflighet og sånn, eller i alle fall å kunne be om unnskyldning, så man får et fokus på at det er faktisk ikke greit (sykepleier).

Respondenten mener at selv om pasienten er kreftsyk, gir det ingen automatisk rettighet til å behandle andre dårlig. Theodosius (2008) understreker også dette poenget. Hun tilkjennegir at pasientene ofte er i en sårbar situasjon, men stiller likevel følgende spørsmål:

But does this mean that the nurses who care for them can be treated like punch bags just because it is their job to carry out 'emotional labour' as if it is a commodity? Nurses are people who also have feelings, and a right to expect their human dignity to be respected (Theodosius 2008:156).

Hun sier at sykepleiere er mennesker, som også har følelser og krav på respekt. Også her ser vi at formuleringen om at sykepleiere er mennesker benyttes. På bakgrunn av dette er det sannsynlig å konkludere med at sykepleierne ikke alltid opplever å bli behandlet som et menneske, med følelser.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg behandlet utfordrende situasjoner som sykepleierne opplever i sin arbeidshverdag. Jeg konstaterer at sykepleierne utfører emosjonelt arbeid, og både bruk av dybdespill og overflatespill registreres. Emosjonell dissonans er også noe sykepleierne opplever, og vi har sett eksempel på at det å vike unna situasjoner er en strategi for å mestre det emosjonelle arbeidet.

Vi har sett på hva sykepleierne opplever mest vanskelig av emosjonelt arbeid. Her beskrives ulike ting, men fellesnevneren må kunne sies å være følelsen av å ikke strekke til som sykepleier. Kanskje er det slik at det ikke kan trekkes en slutning om hva som er det mest utfordrende for en sykepleier, det handler om konteksten hun jobber i. Det vil også sannsynligvis være forskjellig ut i fra hvor lang erfaring man har og hvilket stadie man selv befinner seg i livet.

Jeg har vist at mine respondenter synes det er greit å gråte på jobb, så lenge det gjøres på en kontrollert og “profesjonell” måte. Dette vil si at det er akseptert å felle noen tårer, men sykepleieren kan ikke la gråten ta overhånd. Vi har sett eksempler på hvordan krevende situasjoner av ulike grunner gjør det vanskelig for sykepleieren å overholde den profesjonelle masken, og i noen tilfeller må de trekke seg ut av situasjonen. Andre sykepleiere tar avstand til de emosjonelle situasjonene, mulig for å beskytte seg selv.

Hele dette kapitlet kan oppsummeres med siste delkapitel. Sykepleierne opplever å stå i tøffe situasjoner, og takler det etter beste evne gjennom ulike strategier for emosjonelt arbeid. Noen ganger lykkes det ikke å utføre dette arbeidet, og som sykepleierne sier selv, ”Vi er bare mennesker”.

Kapittel 7

Sammendrag og konklusjon

Hensikten med denne studien var å synliggjøre emosjonelt arbeide samt å bidra til kunnskap om hvordan emosjonelt arbeide oppleves av sykepleiere. Min problemstilling lød som følger:

”Sykepleieres opplevelse av det emosjonelle arbeidet de utøver på jobb”

– en studie av emosjonelt arbeid i tre sykehusavdelinger.

Formålet med studien var å synliggjøre emosjonelt arbeide., samt å bidra til kunnskap om hvordan emosjonelt arbeide oppleves av sykepleiere og hvordan de håndterer det.

Gjennom studien har jeg funnet at sykepleierne opplever mange emosjoner i sin arbeidshverdag. Ofte reguleres emosjonene, gjennom ulike teknikker for å tilfredsstille kravet om å fremvise riktige følelser jamfør følelsesregler. Både bruk av dybdespill og overflate spill registreres, og i flere delkapitler registreres det at sykepleierne opplever emosjonell dissonans

Resultatene antyder at de fleste sykepleierne opplever motivasjon og arbeidsglede gjennom sitt arbeid. Det å tilfredsstille pasientenes behov er viktig for sykepleierne og responsen fra pasienten avgjør om relasjonen/situasjonen fører med seg motivasjon for sykepleiere. Vi ser også at takknemligheten sykepleierne mottar fra pasienter og pårørende, oppleves som svært verdifull.

Respondentene gir uttrykk for at sosial støtte fra kollegaer er betydningsfullt. Tiden til dette er imidlertid svært begrenset, og nesten alle informantene identifiserer et sterkt behov for veiledning, eller en daglig, uformell samtale om hvordan har dagen vært. Mye tyder på at det vil gjøre det enklere å la dagens opplevelser bli liggende igjen på jobb, og således unngå videre bearbeiding av jobbsituasjoner etter endt arbeidsdag.

Jeg har gjennom studien vist at fremstilling av følelser ikke er noe som kommer naturlig av seg selv, men at det er en egenskap som krever emosjonelt arbeid. Tidsperspektivet kommer også inn her, og flere av sykepleierne uttrykker at det emosjonelle arbeidet blir bortprioritert i en hektisk hverdag. Tiden som er til rådighet må prioriteres til de praktiske gjøremålene, og samtaler med pasientene unngås. Et noe overraskende funn er at ingen setter spørsmålsteget ved smilet som jobbkrav og det faktum at arbeidsplassen er med på å forme det sosiale livet til sykepleierne. Mulig sier dette oss noe om en vellykket implementering av Florence Nightingale imaget fra utdanningsinstitusjonene

Svakheten ved studien, må sies å være begrensningene i svarene som respondentene har gitt. Respondentene har delt mange fortellinger, som illustrerer hvordan det emosjonelle arbeidet oppleves. Likevel må de sees i lys av at personlige opplevelser og refleksjoner, vanskelig lar seg formidle uten filter fra en fremmed til en annen. Slik jeg ser det ville objektiv observasjon ved avdelingene kunne vært en bedre måte å få identifisert emosjonelt arbeid hos sykepleier. Til tross for dette, føler jeg at min problemstilling gjennom avhandlingen er blitt besvart. I en videre undersøkelse ville det kunne være av interesse å inkludere et større antall respondenter, for å kunne gjøre funn av større generaliserbarhet. Det kunne også vært interessant å se på private helsetjenester, for å sammenligne eventuelle forskjeller og likheter. Det ville dessuten vært svært interessant å trekke inn kjønnsperspektivet, for å se forskjeller mellom mann og kvinne i måten man opplever det emosjonelle arbeidet.

Referanser

Album, D. & S. Westin (2007). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66, 182-188.

Amble, N., H. Enehaug, U. Forseth, E. Gjerberg, A. Grimsmo, T. I. Hauge & F. Winther, (2003). *Arbeidsmiljø og mestring hos frontlinjearbeidere i flytransporttjenesten*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet. AFI-rapport, 6/2003.

Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. 1.Utgave. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Barnes, A., I. Hampson & A. Junor. (2008). Beyond emotion: inter active service work and the skills of women. *International Journal of Work Organisation and Emotion*, 2 (4), 358-373.

Bauer, W., M. Hexel, U. Kropiunigg & R. E. Wagner. (1997). Crying in hospitals: a survey of doctors', nurses' and medical students' experience and attitudes. *Medical Journal of Australia*, 166, 13-16.

Blix, B. S. (2007). Stage actors and emotions at work. *International Journal of Work Organisation and emotion*, 2 (2), 161-172.

Blåka, G. & C. Filstad. (2007). *Learning in Organizations*. 1.utgave. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.

Bolman, L.G. & T. E. Deal. (2004). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.

Bolton, S. (2000). Who cares? Offering emotion work as a "gift" in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 580-586.

Bolton, S. (2001). Changing faces: nurses as emotional jugglers. *Sociology of health & illness*. 23 (1), 85-100.

Bornheim, N. (2010). Organizational Conditions for Positive Emotions in the Workplace – The Example of Professional Elderly Care. I: B. Sieben & Å. Wettergren (red.) *Emotionalizing Organizations and Organizing Emotions*. (s.63-83). Hampshire: Palgrave Macmillian.

Brattberg, G. (2001). Når livet gjør ondt. I: U. Fasting & L. Lundorff (red.) s.139-155. *Smertor og smertebehandling i klinisk praksis*. København: Munkgaard.

Brinkmann, S. & S. Kvale. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brox, B. (1995). *Dit vi ikke vil*. Gjøvik: Alfabetas as.

- Collins, R. (1990). Stratification, emotional energy, and the transient emotions. I Kemper, T.D. (red). *Research agendas in the sociology of emotions*. Albany. State University of New York Press.
- Collins, R. (2004). *Interaction ritual chains*. Princeton: Princeton University Press.
- Dahl-Jørgensen, B., A. Skogstad & B. A. Sørensen. (1998) *Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren – En kunnskapsoversikt med forslag til modellforsøk*. AFI rapport nr. 6/1998. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Dahlgren, L. & B. Starrin. (2004). *Emotioner, vardagsliv och samhälle –en introduction til Emotionssociologi*. 1. Utgave. Häftad: Liber. Side 5-66.
- Davies, P. (2002). *Toppmotivert*. 1.Utgave.Oslo: N.W.Damm & sønn AS.
- Deci, E. L. & R. M. Ryan. (1985). *Intrinsic motivation and selfdetermination in human behaviour*. New York: Plemmer.
- Erikkson, U. A., B. Starrin & S. Janson. (2003). *Utbränd och emotionellt utmärglad*. 1.Utgave. Lund: Studentlitteratur.
- Falch, W. (2010). *Står til tjeneste. Emosjonelt arbeide i tjenestemøtet*. Karlstad: Karlstad University Studies.
- Feldman, D. C. & J. A Morris (1996). The Dimensions, Antecedents, and Consequences of Emotional Labor. *The Academy of Management Review*, 21 (4), 986-1010.
- Feldman, D. C. & J. A Morris (1997). Managing Emotions In The Workplace. *Journal of managerial issues*. IX (3), 257-274.
- Figart, D. & R. Steinberg (1999). Emotional Labor Since The Managed Heart. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561 (1), 8-26.
- Fineman, S. (1993). Emotional Arenas Revisited. I Fineman, S. (Ed). *Emotion in organizations*. London: Sage.
- Fog, J. (2005). *Det kvalitative forskningsinterview. Med samtalen som udgangspunkt*. 2. Utgave. København: Akademisk forlag.
- Forseth, U. (2001). *Boundless Work – emotional Labour and Emotional Exhaustion in Interactive Service Work*. Dr. polit. - avhandling. Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. NTNU. Trondheim.
- Forseth, U. & B. Rasmussen (red). (2002): *Arbeid for livet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Frey, W. H. & M. Langsleth (1985). *Crying: The Mystery of Tears*, New York: Winston Press.
- Glasø, L. (2006) Det emosjonelle samspillet i leder-medarbeider-relasjonen. *Tidsskriftet for Norsk psykolog forening*, 45 (3) 240-248.

- Glasø, L. (2006). *Affects and emotional regulation in leadersubordinate relationships*. The degree philosophiae (PhD) doctor. Norway. University of Bergen.
- Goffman, E. (1992) (1959). *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik*. Ny utgave. Fagernes: Pax Forlag.
- Grandley, A. (2003). When “The show must go on”: surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management journal*, 46 (1) 86-96.
- Gray, B., D. Kelly, S. Ross, & P. Smith. (2000). Death, dying and emotional labour: problematic dimensions of the bone marrow transplant nursing role? *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 952-960.
- Gray, B., & P. Smith (2001). *Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: role of link lecturers and mentors in a time of change*. *Nurse Education Today* 21, s. 230-237.
- Gray, B. (2009). The emotional labour of nursing –Defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Education Today*, 29, 168-175.
- Grønmo, S. (1996). Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnæringer i samfunnsforskningen. I H. Holter & R. Kalleberg. *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen* Oslo: Universitetsforlagets Metodebibliotek.
- Henderson, A. (2001) Emotional labour and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry* 8 (2), 130-138.
- Henningsson, A. (2004). Bekräftelse i vård och omsorgsarbete s. 47-65 i *Hälsans sociala villkor*. Kolfjord, I. & L. H. Widding Hedin (red). Bokbox förlag: Lund.
- Hochschild, A. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*, 85, 551-575.
- Hochschild, A. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. California: University of California Press.
- Hochschild, A. (2003) *The commercialization of intimate life. Notes from home and work*. California: University of California Press, Ltd.
- Hunter, B. & P. Smith. (2007). Emotional labour: just another buzz word? *International Journal of Nursing Studies*, 44, 859-861.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. Utgave. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Jerkert, J. (2001). *Konsonans och dissonans – en översikt*.

<www.jerkert.se/./konsodiss.pdf> [Lesedato 01.04.2011]

Kanfer, R., R. J. Klimoski & R. G. Lord (2002). *Emotions in the workplace*. 1. Utgave. San Fransisco: Jossey-Bass.

Kaufman, G. & A. Kaufman. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. 3.Utgave. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Killén, K. (2007) *Profesjonell utvikling og faglig veiledning –et fellesfaglig perspektiv*. 3.Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirchhoff, J. W. (2010). *De skjulte tjenester –om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Karlstad: Universitetsstrykkeriet.

Klemsdal, L. & H. Svare. (2011). "Hvordan skape økt mestring blant frontlinjeansatte i servicenæringen" AFI- Rapport 1/2011. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Kukulu, K. & I. Keser. (2006). Medical and nursing students crying in hospital settings. *Journal of Nursing Education*, 45 (10), 426-431.

Langslet, G. J. (2002) *Løft for ledere*. 1.Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindgren, G. & E. Olsson (2008). Emotionellt arbete med förhindringar. I: G. Lindgren, B. Starrin & Å. Wettergren. (red.) *Det sociala livets emotionella grunder*. Malmö: Liber.

Lundquist, L. (1998). *Demokratins väktare. Ämbetsmannen och vårt offentliga etos*. Lund: Studentlitteratur.

Mann, S. (1999). Emotion at work: to what extent are we expressing, suppressing, or faking it? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8 (3), 347-369.

Mann, S. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 154-162.

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo:Tano Forlag.

Nordenstam, T. (1993). *Etikk, klassiske tekster og aktuelle artikler i utvalg*. Filosofisk Institutt, Universitetet i Bergen.

Nyeng, F. & G. Wennes. (2005). *Kan organisasjoner føle?* 1. Utgave. Oslo: Cappelens akademiske.

Olsson, E. (2008). *Emotioner i arbete. En studie av vårdsarbeidets opplevelser av arbeidsmiljø og arbeidsvilkor*. 1. utgave. Karlstad: Karlstad University Studies.

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). *Om lov om helseforetak m. m. (Helseforetakloven)*. Oslo: Det kongelige sosial- og helsedepartementet.

- Phillips, S. (1996). Labouring the emotions: expanding the remit of nursing work? *Journal of Advanced Nursing*, 24, 139-143.
- Rafaeli, A. & R. I Sutton. (1987). Expression of emotion as part of the work role. *The Academy of Management Review*, 12, 23 – 37.
- Seligman, E. P. M. (1998) *Optimistisk tenkning. Fra negativitet til positivitet*. Oslo: Forlaget WEM3 AS.
- Sieben, B. & Å. Wettergren (Red.) (2010). *Emotionalizing Organizations and Organizing Emotions*. 1. Utgave. Hampshire: Palgrave Macmillian.
- Sieler, A. (2000). *Emotional Learning: The new dimension in organisational performance*. <<http://www.newfieldaus.com.au/articles/EmotionalLearninginOrganisations.htm>> [Lesedato 13.03.2006].
- Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing. How nurses care*. 1. Utgave. Hampshire/New York: Palgrave Macmillian.
- Soares, A. (2003). Tears at work: Gender, interaction, and emotional labour. *Just labour*, 2, 36-44.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Symons, L. S. (2007). Organising emotion work in the hospital using the concept of 'emotional spacetime'. *International Journal of Work Organisation and Emotion*, 2 (1), 1-21.
- Teslo, A . L. (2006) *Mangfold i faglig veiledning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse -en innføring i kvalitativ metode*. 2. Utgave. Oslo: Fagbokforlaget.
- Theodosius, C. (2006). Recovering Emotion from Emotion Management. *British Sociological Association*, 40 (5), 893-910.
- Theodosius, C. (2008). *Emotional Labour in Health Care. The unmanaged heart of nursing*. 1. Utgave. New York: Routledge.
- Watt, P. (2007). 'I need people that are happy, always smiling' guest interaction and emotional labour in a Canadian downtown hotel. *Just Labour: A Canadian Journal of Work and Society*, 10, 45-59.
- Vinsrygg, G. (2003). *Følelsesmessig arbeid*.< http://sinnetshelse.no/artikler/f_arbeid.htm> [Lesedato 05.04.2009]
- Wettergren, Å., B. Starrin & G. Lindgren (red) (2008). "*Det sociala livets emotionella grunder*". 1. Utgave. Malmö: Liber AB.

Williams, C. 2003. 'Sky service: the demands of emotional labour in the airline industry'. *Gender, Work and Organization*, 10(5), 514-550.

Wouters, C. (1989). The sociology of Emotions and Flight Attendant: Hochschild's manage Heart. *Theory, Culture & Society*, 6, 95-123.

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er emosjonelt arbeide, og jeg skal undersøke hvordan sykepleiere som jobber i ulike sykehusavdelinger opplever det emosjonelle arbeidet de utfører i jobbsammenheng. Emosjonelt arbeid betyr at arbeidstakeren bruker følelser som arbeidsredskap i møte med for eksempel pasienter, brukere og kunder. Her handler det om at en del av sykepleiernes arbeidsoppgaver er å skape trygghet og velvære hos pasientene og i dette arbeidet er kontroll over egne følelser viktig. Mens det fysiske arbeidet i sykepleien er synlig for alle, er ofte det emosjonelle arbeidet de utøver i jobbsammenheng usynlig for omverdenen.

Siden 1980 tallet har det vært en debatt om følelsenes betydning i arbeidslivet. Begrepet *emosjonelt arbeid i sykepleien* er et kjent begrep i flere andre land. I England fikk sykepleieforsker Pam Smith en nasjonal pris for boken ”Det emosjonelle arbeidet i sykepleien” i 1989. Dette er et viktig forskningsfelt som er med på å synliggjøre det emosjonelle arbeidet som utøves i sykepleien. I Norge er det gjort lite forskning innenfor dette området.

Jeg er interessert i å finne ut om det er forskjeller og likheter når det gjelder sykepleiernes opplevelser av det emosjonelle arbeidet, i de to typene avdelinger og hvordan organisasjonsstrukturen i avdelingene virker inn på dette.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 8-10 sykepleiere på ulike sykehusavdelinger. Intervjuet vil være av åpen karakter, og ta sikte på å få frem sykepleiernes egen opplevelse av sin arbeidshverdag. Som en del av oppgaven vil jeg også forsøke å finne ut av årsaken til de forskjellene eller likhetene som kommer frem kan knyttes opp mot organisasjonsstrukturen.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2010.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du tar kontakt med meg på 97972903, eller ved å sende meg en e-post til camilla6298@yahoo.no. Du kan også kontakte min veileder Wenche Falch, doktorand og høgskolelektor ved HiØ avdeling Fredrikstad på telefonnummer: 69303000, dersom du har noen spørsmål.

Med vennlig hilsen

Camilla Mathisen
Greåkerveien 104
1718 Greåker

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av emosjonelt arbeide og ønsker å stille på intervju

Signatur.....Telefonnummer.....

Intervjuguide

Del 1 Bakgrunnsopplysninger

Kjønn

- Kvinne
- Mann

Alder

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60+

Sivilstatus

- Enslig
- Gift
- Samboer
- Skilt
- Enke/enkemann

Ansettelse og arbeidsforhold

- Når var du ferdig utdannet sykepleier?
- Hvor lenge har du jobbet ved denne avdelingen?
- Er du fast ansatt?
- Hvordan er din arbeidstid (dag, kveld, natt, helg)?
- Hvorfor valgte du å bli sykepleier?

Del to

1. Kan du beskrive en vanlig arbeidsdag og hva slags arbeidsoppgaver den inneholder? Ta f. eks utgangspunkt i den siste arbeidsdagen din (f. eks stell, utlevering av medisiner, legevisitt, pasientsamtaler, pårørendesamtaler osv)

2. Kan du fortelle om en episode på jobb hvor mye følelser var involvert?

3. Tenker du noen gang på situasjoner på jobben på din fritid/tar med deg “jobben hjem”?
4. Hvordan reagerer du i følelsesmessige vanskelige situasjoner på jobb?
5. Er det å være profesjonell å ikke vise følelser?
6. Har dere noe forum for veiledning på arbeidsplassen, hvor dere kan ta opp vanskelige situasjoner?
7. Er følelser i jobbsammenheng et tema dere snakker om på jobben? –hva betyr kollegaer i denne sammenhengen? (backstage).
8. I hvilke situasjoner på jobben føler du at flest følelser er i sving?

Husk!

- *Kan du utdype det*
- *Hva mener du med det?*
- *Hva mener du når du sier dette?*
- *Hva kjente du da? Ex vondt i magen, tok det med meg hjem....*