

MASTEROPPGAVE

Hvilke forutsetninger ligger til grunn for beslutninger i nyfødtmedisin?

Utarbeidet av:
Eirin Paulsen

Fag:
Masterstudium i organisasjon og ledelse

Avdeling:
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, 2010



Forord

Denne masteravhandlingen er skrevet for egen hånd, og hele spekteret av følelser har vært kjent på underveis. Det har vekslet fra dyp frustrasjon (les fortvilelse), og til stor glede over økt forståelse, og velvalgte ord (og tilbake igjen).

Det sies at veien blir til mens man går, det har den heldigvis gjort. Men jeg hadde ikke engang funnet veien uten hjelp og støtte min alltid tålmodige og oppmuntrende veileder Kjeld Qvortrup, og min lesegruppe gjennom fire år. Takk for oppmuntring, støtte og faglig påfyll til; Mats Persson, Rino Johansen, Birgith Gellein og Line Klavestad ☺

Tusen takk til Marianne og Alex for hjelp med modellene, mine ”tegninger” var ikke helt det samme, dere ”løftet” oppgaven.

Jeg ønsker også å takke min arbeidsgiver Sykehuset Østfold HF for muligheten til å ta denne videreutdannelsen. Og mange takk til Tutta og Andreas ved fag og forskningsavdelingen ved sykehuset for all hjelp med undersøkelsen. Og ikke minst, tusen takk til alle respondentene i undersøkelsen, uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Kjære Oda og Simen, takk for all tålmodighet, jeg vet det har vært stritt for dere også, men takket være mormor Erna og tante Karine og tante Solvår, har det vært sørget for at dere har hatt det bra til enhver tid. Jeg hadde ikke klart å fullføre uten deres hjelp og støtte.

Veldig glad i dere. Varme klemmer ☺

*”Den aller beste er, som selv fatter alt,
men god også den som lyster den som taler rett.
Men den som intet fatter selv, og ikke legger seg på
sinnet, og hører hva andre sier, han er udugelig”
(Aristoteles)*

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON OG BAKGRUNN	1
1.1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING	1
1.2 NYFØDTMEDISIN; UTVIKLING, BEHANDLING, FOREKOMST OG RESULTATER	3
1.2.1 <i>Behandlingsgrenser for fortidlig fødte barn</i>	5
1.3 TIDLIGERE FORSKNING	6
1.3.1 <i>Behandlingsoverveielser vedrørende behandlingsavslutning av nyfødte barn</i>	7
1.3.2 <i>Etikk i nyfødtemedisin</i>	8
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	9
2.0 EN BESKRIVELSE AV ORGANISASJONEN OG AVDELINGEN HVOR UNDERSØKELSEN SKAL FINNE STED.	10
2.1 SYKEHUSET ØSTFOLD HF	11
2.2 SYKEHUSET ØSTFOLD HF 'S STRUKTUR BESKREVET VED HJELP AV MINTZBERG	12
2.2.1 <i>Sykehuset Østfold HF som profesjonelt byråkrati</i>	14
2.2.2 <i>Sykehuset Østfold HF som divisjonalisert struktur</i>	15
2.2.3 <i>Sykehuset Østfold HF som maskinbyråkrati</i>	16
2.2.4 <i>Sykehuset Østfold HF Fredrikstad som kunnskapsbedrift</i>	17
2.2.5 <i>Barneavdelingens intensiv post for nyfødte (nfi) ved Sykehuset Østfold HF Fredrikstad</i>	19
2.2.5 <i>Teknologi og verdier</i>	18
3.0 TEORETISK RAMME	20
3.1 PROFESJON	20
3.1.1 <i>Profesjoner i fortid og nåtid</i>	21
3.1.1 <i>Historisk bakgrunn for profesjonsetikken</i>	22
3.2 PROFESJONSUTØVERENS(EKSPERTENS) ETISKE GRUNNRELASJONER	26
3.2.1 ETIKK	27
3.2.1 <i>Teleologisk etikk: dydsetikk</i>	28
3.2.1 <i>Teleologisk etikk: konsekvensetikk (utilitarisme)</i>	29
3.2.1 <i>Deontologisk etikk: pliktetikk</i>	30
3.2.1 <i>Nærhetsetikk</i>	31
3.2.1 <i>Etisk dilemma</i>	31
3.2.2 DET OFFENTLIGE ETOS	32
3.2.2 <i>Verdier i det offentlige etos</i>	33
3.2.3 PROFESJONSUTØVERNES PRIORITERING AV RELASJONENE	35
3.2.3.1 <i>Profesjonsutøvere og lydighet ovenfor lovens krav</i>	36
3.2.3.2 <i>Profesjonsutøvere og lojalitet ovenfor arbeidsgivers ordre</i>	39
3.2.3.2 <i>Styringsrett</i>	39
3.2.3.2 <i>Lojalitet</i>	39
3.2.3.3 <i>Profesjonsutøvere og hensynet til samfunnsmedlemmenes behov</i>	40
3.2.3.3 <i>Brukerperspektivet</i>	40
3.2.3.3 <i>Behov</i>	41
3.2.3.4 <i>Profesjonsutøvere og respekten for profesjonell kunnskap</i>	42
3.2.3.4 <i>Kompetanse</i>	42
3.2.3.4 <i>Kunnskap</i>	42
3.2.3.4 <i>Kunnskap og skjønn</i>	43
3.2.3.4 <i>Kunnskap og makt</i>	45
3.2.3.4 <i>Ferdigheter</i>	46
3.2.3.4 <i>Evner</i>	46
3.2.3.4 <i>Holdninger</i>	47
3.2.3.4 <i>Handling og beslutningsteori</i>	48
4.0 METODE OG DESIGN	50
4.1 UNDERSØKELSESDSIGN	50
4.2 UTVALG AV ENHETER (RESPONDENTER)	51
4.3 DATAINNSAMLINGSMETODE	52
4.4 Å FORSKE VED EGEN ARBEIDSPASS	53
4.5 SPØRRESKJEMAET	54
4.6 VALIDITET OG RELIABILITET I UNDERSØKELSEN	55

4.7 METODE KRIK	56
5.0 PRESENTASJON OG DRØFTNING AV RESULTATER	58
5.1 SAMMENDRAG AV FUNNENE I UNDERSØKELSEN	59
5.2 LYDIGHET OVENFOR LOVENS KRAV/ VERDIER OG HOLDNINGER	60
5.3 LOJALITET OVENFOR OVERORDNEDE/ VERDIER OG HOLDNINGER	63
5.4 HENSYN TIL SAMFUNNSMEDLEMMENES BEHOV/VERDIER OG HOLDNINGER	65
5.5 RESPEKT FOR PROFESJONELL KUNNSKAP/ VERDIER OG HOLDNINGER	73
6.0 OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE	82
REFERANSER	86
Vedlegg 1: Spørreundersøkelsen	
Vedlegg 2: Figurer	

1.0 Introduksjon og bakgrunn

1.1 Innledning og problemstilling

I en tidligere oppgave¹ valgte jeg å se nærmere på hvordan profesjonsutøverne har prioritert de ulike relasjonene de står i spenningsforhold til, og om dette har hatt noen betydning for helsesektorens situasjon.

For å beskrive de ulike relasjonene tok jeg utgangspunkt i Lundqvists (1998) normative teori vedrørende det offentlige etos, og Lundqvists modell som omhandler ekspertens etiske grunnrelasjoner. Hovedfokuset var på relasjonene vedrørende profesjonenes hensyn til samfunnsmedlemmenes behov, og respekten for profesjonell kunnskap, men for å belyse problemstillingen var det også nødvendig å komme inn på relasjonene med hensyn til lydighet til lovens krav, og lojalitet til arbeidsgivers ordre.

Jeg konkluderte med å være enig med Finn Henry Hansen (1979) som allerede i 1979 viste til at helsesektorens situasjon hadde sammenheng med profesjonsutøvernes egendefinerte ekspansasjonstrang. Profesjonsutøverne har ofte prioritert relasjonene med hensyn til brukernes behov og respekt for profesjonell kunnskap. Prioriteringene har vært begrunnet i profesjonsetikken og ønske om å gjøre det beste for brukerne, men funnene tydet også på at det har vært prioriteringer knyttet til tilfredsstillelse av egne faglige behov. Dette trenger ikke alltid å være en selvmotsigelse isolert sett, men fra et helhetsperspektiv kan den sammenkoplingen stride i mot prioriteringer vedtatt i form av myndighetskrav. En sterk sammenkopling mellom profesjonsutøvernes og brukernes interesser kan føre til at det blir et ” tunnel syn” på oppgavene samfunnet har å løse. Dette fordi avdelingene, spesialitetene ikke vil tenke helhetlig, men kniver om ressurser til egen avdeling og faglige interesser.

Jeg har arbeidet ved Sykehuset Østfold HF Fredrikstad siden 1986. Først som sykepleier /spesialsykepleier, og siden som seksjonsleder på nyfødtintensiv fra 1996 til 2009, og fra 2009 og i dag som avdelingssjef ved barneavdelingen. Siden jeg begynte å arbeide som sykepleier har det skjedd en stor utvikling innen nyfødtemedisin. Som eksempler på denne utviklingen kan jeg blant annet vise til egen arbeidserfaring ved sykehuset fra jeg var

¹ I hvilken grad kan profesjonsutøverens prioritering av relasjonene forklare helsesektorens situasjon? (2007/2008).

sykepleierstudent, og jobbet ekstravakter blant annet ved en gynekologisk avdeling. Selv om det på denne tiden var en ganske aktiv behandling av de premature, så opplevde jeg at mødre med mistanke om prematur (for tidlig) fødsel før 27 ukers svangerskap, ble innlagt ved gynekologisk avdeling og ikke ved fødeavdelingen. Det ble regnet som spontanaborter, og ikke som prematur fødsel. Jeg erfarte også at det i noen spesielle tilfeller på bakgrunn av mors ønske og ikke sykdom hos barnet, ble gjennomført provoserte aborter opp mot 25 svangerskaps uke. Dette er ikke ment som kritikk til tidligere praksis, men det sier noe om hvor raskt utviklingen har gått. Vi er flere profesjonsutøvere som har vært med på denne utviklingen, og som fortsatt arbeider med de samme pasientgruppene. Det er da naturlig å reflektere over tidligere praksis, og samtidig glede seg over at man nå redder flere barn, både premature (for tidlig fødte) og barn med andre medfødte lidelser eller sykdommer som det for noen år siden ikke fantes behandlingsmuligheter for. Denne utviklingen har for det meste vært av positiv karakter, men det har også ført til vanskelige avgjørelser, etiske dilemmaer, og en tøff livssituasjon for noen barn og pårørende. Grenser for behandling er flyttet på bakgrunn av ny viten og bedre teknologi, men jeg tror også profesjonsutøvernes ekspansjonstrang, og fokus på egen fagutvikling har påvirket utviklingen innen nyfødtdedisin.

Jeg synes prioritering fortsatt er et spennende tema, og absolutt like aktuelt. I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på hvilke forutsetninger som ligger til grunn for profesjonsutøvernes beslutninger. Da med fokus på profesjonsutøvere som arbeider innen nyfødtdedisin. Dette interesserer meg spesielt på grunn av min lange erfaring fra nyfødtdedisin, hvor vi til tider behandler pasienter på grensen av hva som kan oppfattes som etisk riktig. Og som noen ganger får meg til å undres over hvilke vurderinger og tanker som ligger til grunn for prioriteringene som blir gjort. Etter så mange års samarbeid med profesjonsutøvere innen nyfødtdedisin har jeg også vært med på, og observert de dilemmaer, og tøffe avgjørelser som ofte må gjøres under et stort arbeidspress. Jeg har også i løpet av disse årene blitt kjent med mange pårørende (flere familier) som etter et langt og krevende opphold ved nyfødttintensivavdelingen, reiser hjem med glede over at barnet har overlevd, men noen også med en bekymring over hvordan utsiktene og fremtiden skal bli for barnet.

De ekstremt premature barna (barn født før 28 uker) er ressurskrevende pasienter, og det kreves høy kompetanse og høyteknologisk behandling for å kunne imøtekomme deres behov. For at man skulle være sikker på at de som behandlet de minste barna hadde god nok

kompetanse, ble det i 2005 vedtatt at barn født før 28 svangerskaps uke skulle sentraliseres til Oslo.²

På bakgrunn av dette vedtaket behandler nyfødttintensiv (nfi) færre premature enn tidligere, noe de ansatte i avdelingen mener går utover kompetansen på dette fagområdet. Om det også går utover de ansattes (profesjonsutøverens) beslutningsevne innen nyfødttmedisin ønsker jeg å undersøke i denne masteravhandlingen, samtidig som jeg undersøker bakgrunn for profesjonsutøverens beslutninger generelt.

Fokuset i denne masteravhandlingen blir derfor å skaffe meg kunnskap vedrørende profesjonsutøverens forutsetninger for beslutninger, samtidig som jeg ønsker å innhente informasjon om egne ansattes beslutningskompetanse. Jeg vet av erfaring at dette er et "hett" tema i avdelingen, og jeg har et ønske om å bruke den eventuelle mer kunnskap som denne masteravhandlingen skulle gi meg til et praktisk verktøy.

Med bakgrunn i denne innledningen, har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

Hvilke forutsetninger ligger til grunn for beslutninger i nyfødttmedisin?

Før jeg går videre med å beskrive organisasjonen hvor undersøkelsen skal finne sted, ønsker jeg å gi en kort innføring i nyfødttmedisin, herunder utvikling, behandling og forekomst.

1.2 Nyfødttmedisin; utvikling, behandling, forekomst og resultater

I Norge fødes årlig ca 4 400 barn (ca. 7,5 %) for tidlig, det vil si før 37 fullgåtte svangerskapsuker. Omtrent 5 % av levende premature barn er ekstremt premature, ca. 11 % er meget premature og ca. 84 % premature. De fleste premature fødsler skjer hos kvinner uten kjente risikofaktorer, og i ca. 30 % av tilfellene er årsaken til for tidlig

² Se kapittel 2.2.5

fødsel ukjent (Moster et al, 2008).

Flere, yngre og lettere barn overlever nyfødtp perioden nå enn tidligere (Sosial og helsedirektoratet, 2007). Det er særlig to forhold som har bidratt til det. Det ene er innføringen av såkalte lungemodningssprøyter (Celeston) til kvinner som er i truende for tidlig fødsel.

Denne steroid sprøyten modner lungene til fosteret raskt, og umodne lunger er et av de største problemene for de for tidlig fødte. Det andre er innføringen av behandling med surfaktant.

Dette er et stoff som kler innsiden av lungene våre og hindrer at lungene klapper sammen, spesielt når vi puster ut. For tidlig fødte barn mangler surfaktant, og dette var hovedårsaken til at dødeligheten tidligere var høy. Fra 1980 årene har man behandlet for tidlig fødte barn ved å sette surfaktant ned i lungene deres. Det er særlig når disse to behandlingene;

lungemodningssprøyte til mor og surfaktant til barnet, blir kombinert, som resultatet blir bra.

Noe som betyr at flere premature barn overlever (Saugstad 2007).

Selv om de aller fleste barn som er født for tidlig klarer seg veldig bra, har omfattende nasjonal og internasjonal forskning vist at premature barn i større grad enn andre barn har ulike vansker. Studier av premature barn uten alvorlige nevrologiske skader har blant annet vist økt forekomst av vansker med språk, konsentrasjon/oppmerksomhet, læring, sosial samhandling, motorikk og følelser.

Premature barn har for eksempel omtrent tre ganger så høy forekomst av konsentrasjonssvikt og uoppmerksomhet, og vansker med følelser eller adferd, sammenlignet med barn født til termin. 50-70% av barn med fødselsvekt under 750 g eller svangerskapsalder under 26 uker vil sannsynligvis trenge ekstra tilrettelegging på skolen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Selv om risikoen øker med avtagende svangerskapsalder og fødselsvekt, har selv moderat for tidlig fødte barn økt risiko sammenlignet med fullterminbarn (Moster et al 2008 og Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Disse vanskene kan også få konsekvenser for voksenlivet. Resultatene fra en ny norsk studie, hvor man fulgte mer enn 900 000 barn født i perioden 1967-1983 frem til 2003 (levende født og uten medfødte anomaliteter), viste at risikoen for cerebral parese, mental retardasjon, og for å motta uførepensjon økte med avtagende svangerskapsalder ved fødsel. Studien viste også en sammenheng mellom svangerskapsalder og utdanningsnivå, inntekt, mottak av sosialstøtte og etablering av familie for dem som ikke hadde medisinske handikap. Man fant imidlertid ingen sammenheng mellom svangerskapsalder, arbeidsledighet og kriminalitet. Forfatterne påpeker samtidig at en stor andel av de for tidlig fødte barna uten alvorlige medisinske handikap fullførte høyere utdanning og syntes å fungere godt. Det er også viktig å være oppmerksom på at det ikke

fantas noe organisert oppfølgingsprogram for premature barn i Norge i perioden da barna i denne studien ble født (Moster et al, 2008).

1.2.1 Behandlingsgrenser for fortidlig fødte barn

Etter innføringen av de to behandlingene som er beskrevet i 1.2, samt bedre teknologi, behandler man i Norge barn ned til 23 svangerskapsuke. Noen mente at man ikke skulle behandle barn under en viss grense, og det ble i 1998 i regi av Forskningsrådet diskutert i Norge om det skulle innføres faste grenser for behandling av fortidlig fødte barn. Det ble foreslått en grense på 26 ukers svangerskap, noe som sterke krefter i fagmiljøene kjempet hardt i mot. Argumentene mot å sette faste grenser var faren for å miste barn som ville hatt store muligheter til å overleve. Grensene ville særlig diskriminere de fortidlig fødte jentene, som er mer modne enn guttene og som dermed har større mulighet til å overleve, og mindre tendens til skader. Erfaringene fra andre land som har praktisert grenser, viste også at resultatene for de barna som ligger like over grensen blir dårligere enn der man ikke har grenser. Ola Didrik Saugstad viser til en sammenligning mellom et område i USA hvor man har satset på de aller minste, og Nederland hvor man har slike grenser. Den viser at man kan redde mange flere barn i USA, men at prisen man må betale er kanskje at noen flere barn får skader. Dilemmaet blir da som han selv beskriver, om man skal la være å redde mange fordi noen kan få skader.

I en artikkel i legetidsskriftet jan 2010, beskriver Saugstad den positive utviklingen innen behandling av de ekstremt premature. Og viser til at Nederland nå har begynt å behandle barn ned til 24 uker fordi resultatene ellers i verden er blitt gode³.

Jeg ønsker allikevel å kort beskrive Nederlands praksis da den fortsatt skiller seg ut når det gjelder behandling av premature.

I Nederland er aktiv dødshjelp lovlig fra 12 års alder for personer som har uutholdelige lidelser og kort tid igjen å leve. Å ta livet av barn under 12 år er kriminelt, unntatt i ekstreme tilfeller.

Groningen protokollen

Et nyfødt barn som har en sykdom som aldri vil kunne lindres blir i Nederland beskrevet som en slik ekstrem situasjon. Derfor laget to leger ved Groningen universitetssykehus i 2002 en

³ (www.tidskriftet.no nr 1 2010, lest 02.02.10).

protokoll som inneholder regler for når eutanasia (aktiv døds hjelp) på nyfødte barn er tillatt. Det heter ikke aktiv dødshjelp i *Groningen protokollen*, men aktivt å avslutte livet til en nyfødt.

Nederland er alene om å gi aktivt dødshjelp til nyfødte. Ingen andre land har innført det samme. Nederland er også det eneste landet som ikke gir livreddende behandling til barn født før uke 25. Det ble bestemt i 2002 etter at en studie på nederlandske ekstremt for tidlig fødte barn viste at prognosene var for dårlige, men som jeg nettopp har beskrevet, Nederland er i ferd med å senke behandlingsgrensene (konsensuskonferanse, rapport nr 13 1998).⁴

1.3 Tidligere forskning.

Etter denne beskrivelsen av utviklingen innen nyfødtmedisin, ønsker jeg kort å referere til to undersøkelser som er utført ved nyfødt intensiv avdelinger. Den ene i USA og den andre i Norge. Funnene i disse undersøkelsene har vært med på å påvirke noe av det jeg har fokusert på i min undersøkelse, men mest av alt har de fungert som empirisk nyttig informasjon. Før jeg refererer til disse undersøkelsene, ønsker her å nevne en norsk undersøkelse som pågår vedrørende beslutningsprosesser og – grunnlag i akutt medisin (ikke bare premature barn). Undersøkelsen tar utgangspunkt 6 pasientscenarioer, og stiller spørsmål om man; 1) vil gripe inn akutt med livreddende manøver; 2) om man mener at slik intervensjon er til pasientens beste; 3) om man vil akseptere et ønske fra foreldre/pårørende om å ikke gripe inn; 4) om man ville behandle hvis dette var ens eget barn/ektefelle; 5) om man ville ønsket en slik behandling hvis det var en selv som var syk. Undersøkelsen er foretatt med skriftlig skjema blant 1660 norske leger, og med nettbasert utspørring blant alle barnelegeforeningens medlemmer. Det er foreløpig ikke publisert noe data enda, men det er utarbeidet abstrakter som skal fremvises mai 2010. Tilsvarende undersøkelser er gjort i Nord- Amerika og flere europeiske land, og det samarbeides om internasjonale publikasjoner (Ruud Hansen 2009). Det skal bli spennende å se data fra undersøkelsen, og lese abstraktene. Det er tydelig et vanskelig tema, som det settes fokus på.

⁴ <http://www.nrk.no/programmer/tv/brennpunkt/1.5337582>

1.3.1 Behandlingsoverveielser vedrørende behandlingsavslutning av nyfødte barn

Medisinsk sosiolog Renee R Anspachs gjennomførte et 16 måneders feltarbeid ved to nyfødteintensivavdelinger. Ett av dem knyttet til et universitetssykehus, og det andre knyttet til et 1000 sengers ”County Hospital” i samme stat i USA (Anspach 1993). I løpet av dette feltarbeidet observerte hun en rekke behandlingsoverveielser når det gjaldt beslutninger om ikke behandling av nyfødte barn.

Det er etter hvert velkjent at det noen ganger er konflikter mellom leger og sykepleiere når det gjelder hvilken beslutning som er den riktige. Dette var også noe Anspach fant i sitt materiale. Hun påstår imidlertid i tillegg at grunnen til denne forskjellsvurderingen er at leger og sykepleiere bruker forskjellige kunnskapskilder i sine vurderinger av det nyfødte barns prognose. Når leger skal vurdere prognosen, legger de vekt på resultatene av forskjellige undersøkelser: vektforandring, resultater fra laboratorieprøver og målinger av respirasjonsfunksjon.

Sykepleierne på den annen side, selv om de også brukte denne type teknologisk informasjon, brukte oftere interaksjonstegn: ansiktsfeedback, øyekontakt, og andre sider ved det nyfødte barns ansiktsuttrykk. Disse mener de gir uttrykk for barnets ”level of awerness”.

Fordi leger og sykepleiere på denne måten legger vekt på forskjellige typer av informasjon, vil de ofte vurdere sjansene til et barn for å overleve annerledes. Sykepleierne kan for eksempel mene at en bør stoppe behandling på et tidligere tidspunkt enn leger mener.

Dersom det var mulig å si at den ene gruppen alltid har rett i sine vurderinger om prognose, ville ikke den type uenighet by på noen problemer. Hun mener det ikke er mulig, og at hver gruppe vurderer situasjonen ut fra sitt ståsted og sine erfaringer. Dersom man bare bruker den ene type kunnskap vil vi enten forsette med livsforlengende behandling lenge etter det er forsvarlig, eller avslutte livsforlengende behandling på et for tidlig tidspunkt. Men denne type ulikheter i vurderingene er også kilde til konflikter. Utfordringene blir å bruke de forskjellige perspektivene på en konstruktiv måte.

Det Anspach peker på er at de forskjellige aktørene har forskjellige perspektiver, bruker forskjellig kunnskap og derfor kan bli uenige om hva som er best for barnet. Det er viktig at man sikrer seg formelle eller uformelle mekanismer som garanterer at alle disse synspunktene kommer fram før en avgjørelse tas. Dersom en gruppes syn får dominere beslutningsprosessen vil det både kunne føre til at barn som ikke bør behandles blir behandlet,

og barn som bør behandles ikke blir behandlet (Anspach 1993, konsensuskonferanse, rapport nr 13 1998).

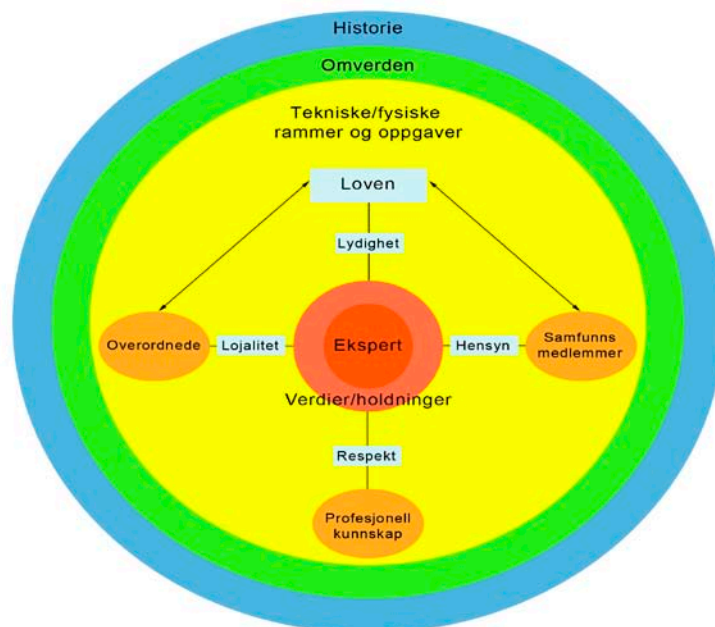
1.3.2 Etikk i nyfødtmedisin

Berit Støre Brinchmann`s doktoravhandling fra 2003 er en kvalitativ studie av legers og foreldres erfaringer med liv – død beslutninger hos premature barn. Hun valgte et kvalitativ studie med beskrivende design. Og gjennomførte i den forbindelse feltobservasjoner med utdypende kvalitative intervjuer. Hun tilbrakte 120 timer som feltobservatør ved en nyfødtmedisinsk avdeling ved et større sykehus i Norge, og gjennomførte 22 dybde intervjuer med sykepleiere og leger ved avdelingen.

I studien finner hun at leger og sykepleiere anvender elementer fra både pliktetikk, konsekvensetikk, dydsetikk og nærhetsetikk i sin håndtering av de etiske beslutningene. Og at man av og til vil oppleve at ulike etiske prinsipper står mot hverandre. Som eksempel i denne sammenhengen viser hun til de tilfellene hvor foreldre og helsepersonell er uenige om behandling, evt. avslutning av behandling. Andre funn er den ambivalensen og dilemmaene som sykepleierne og legene opplevde å stå i. Man skulle tro at lang erfaring gjorde at man ble sikrere i sine avgjørelser, men her viser funnene at legene og sykepleierne ikke synes erfaringen gjør det noe lettere. Man tok med seg tidligere referanser, og hadde lett for å sammenligne tilfellene. Hun nevner også at sykepleiernes og legenes handlinger og beslutninger foretas på bakgrunn av faglig skjønn. Og at det faglige skjønnnet angående det lille barnets ve og vel, og barnets fremtid også er et moralsk skjønn.

Avslutningsvis stiller hun også spørsmål vedrørende den massive satsningen på livreddende behandling og pleie i starten av barnets liv. Mens man ikke bruker like mye ressurser på å følge opp barna og deres familie. Hun har også skrevet en artikkel om dette hvor hun legger frem dybde intervjuer med pårørende til funksjonshemmede barn (Brinchmann, 2003).

1.4 Oppgavens oppbygning



Modell 1

Etter denne introduksjonen ønsker jeg å her å beskrive oppgavens oppbygning. Oppbygningen av oppgaven vil skje ut fra en egenprodusert modell som er kombinert med deler av Leavitt – Ry`s utvidede organisasjons modell, og Lennart Lundqvist`s modell som beskriver spenningsforholdene som eksperten (profesjonsutøveren) står i (se modell 1). Jeg vil gå igjennom de ulike temaene som modellen viser til, og modellen vil bli presentert ved hvert avsnitt for å introdusere temaet. Temaet som blir presentert vil da ha en sterkere farge i modellen, de resterende temaer vil bli tonet ned.

Kapittel 2 starter med å beskrive organisasjonen og avdelingen hvor undersøkelsen finner sted, det vil si tekniske/fysiske rammer og oppgaver. Jeg viser her til den organisatoriske strukturen, samt konteksten rundt respondentene i undersøkelsen.

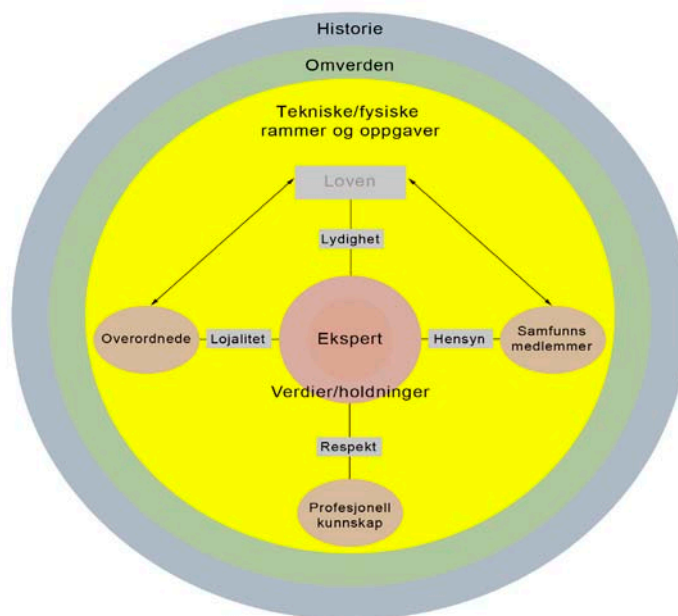
I kapittel 3 tar jeg for meg teorier vedrørende profesjoner, etikk, handling og beslutningskompetanse. Teoriene blir presentert under temaene i modellen; Historie, omverdenen, verdier/holdninger, respekt for profesjonell kunnskap, lojalitet til overordnede, hensyn til samfunnsmedlemmene, og lydighet ovenfor loven.

I kapittel 4 beskriver jeg undersøkelsesdesign og metode som jeg har benyttet, hvordan spørreskjemaet har blitt utarbeidet, og hvordan jeg har gjennomført undersøkelsen.

I kapittel 5 kommer resultatene fra undersøkelsen til å bli kategorisert, presentert, analysert og drøftet under områdene; respekt for profesjonell kunnskap, hensyn til samfunnsmedlemmene, lydighet for loven og lojalitet ovenfor overordnede. Verdier og holdninger vil bli drøftet under hvert område, da jeg regner de som en "del av" eksperten (se modell 1).

2.0 En beskrivelse av organisasjonen og avdelingen hvor undersøkelsen skal finne sted.

Tekniske/ fysiske rammer og oppgaver



Modell 2

Det er et tett samspill mellom de fysiske rammer en organisasjon fungerer under og dets oppgaveløsning. Måten besøkende blir møtt på, de ansattes velbefinnende, samarbeidsmuligheter med mer. Fysisk struktur betraktes som et kjernebegrep som består av tre komponenter; geografi, layout og design/decor (Leavitt Ry & Nielsen 2002). I denne oppgaven er geografi og layout elementer som har betydning i tillegg til teknologi og oppgaver. Geografi på grunn av sentralisering av premature født før 28 svangerskapsuke, og layout på grunn av en oversiktlig ("gjennomsiktig") avdeling hvor de ansatte jobber skulder ved skulder. Noe som kan gi forskjellige muligheter for interaksjon, koordinering, konflikt og kontroll.

Sykehusets oppgave er primært pasientbehandling, i tillegg kommer forskning og kompetanse bevaring /utvikling inn som noen av organisasjonens lovpålagte oppgaver. Hvordan sykehusets oppgaver løses er avhengig av hvilke roller og interesse konflikter som eventuelt oppstår mellom aktørene som i denne undersøkelsen er sykepleiere og leger.

Teknologi sier noe om de praktiske hjelpemidler organisasjonen har til disposisjon for å løse sine oppgaver. Eksempelvis kan det ved denne avdelingen hvor undersøkelsen finner sted være medisinteknisk utstyr som respirator, overvåkningsutstyr eller annet avansert utstyr som benyttes ved en intensiv avdeling, men det kan også være den menneskelige kunnskap – kunnskapsteknologien, som er et annet element vil jeg komme tilbake til i kapittel 2.2.4

Nå følger en beskrivelse av organisasjonen og avdelingen hvor undersøkelsen finner sted, der vil jeg komme mer inn på de fysiske rammene, teknologien og oppgavene som er tilknyttet avdelingen.

2.1 Sykehuset Østfold HF

Sykehuset Østfold er områdesykehus for Østfold med 265.458 innbyggere, og gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Etter avtale med Västra Götaland Läns landsting mottas også akutt syke og fødende fra nordre del av regionen.

Sykehuset Østfold har 4700 medarbeidere. I dag er tjenestene lokalisert i Fredrikstad, Moss, Halden, Askim, Eidsberg og Sarpsborg. Kjernevirksomheten til Sykehuset Østfold HF er å utrede, diagnostisere og behandle pasienter på spesialisthelsetjenestenivå. Sykehuset Østfold var Norges femte største sykehus innen somatikk i 2004.⁵

⁵ <http://www.sykehuset-ostfold.no>

2.2 Sykehuset Østfold HF `s struktur beskrevet ved hjelp av Mintzberg

Alle organisasjoner trenger en formell struktur. Struktur sørger for klarhet, forutsigbarhet og trygghet. Formelle roller fastsetter plikter og skisserer hvordan arbeidet skal utføres.

Retningslinjer og standardprosedyrer synkroniserer enkeltinnsatser til samordnende tiltak.

Den formelle fordelingen av makt sørger for at alle vet hvem som har kommandoen, når og over hva (Bolman & Deal 2005).

For å få et teoretisk rammeverk rundt Sykehuset Østfold HF som organisasjon, har jeg valgt å benytte den canadiske professor Henry Mintzbergs 5 konfigurasjoner.

I sin bok "Structures in Fives (1983)" deler han inn organisasjoner etter deres grunnstruktur som han mente kunne brukes til å definere alle organisasjoner.

Egne erfaringer fra sykehus er i stor grad overensstemmende med Mintzbergs modell.



Modellens 5 grunnelementene kan visualiseres slik:

Sykehuset Østfold HF delt i tre horisontale sjikt. I det nedre finner man den operative kjerne med alle produksjonsrelaterte aktiviteter. Her arbeider leger og sykepleiere m.fl. som mottar pasientene og utfører de nødvendige oppgavene knyttet til diagnostikk, pleie og behandling. Umiddelbart over den operative kjerne finner vi den administrative komponenten mellomlederen som for eksempel avdelingsjefer som sørger for koordinering av produksjon, tildeling av ressurser til den operative kjerne og fører tilsyn og kontroll. Det strategiske toppunktet finner vi øverst med administrerende direktør og divisjonsdirektører som trekker de store linjene og er fokusert på omgivelsene rundt organisasjonen (Mintzberg 1983, Paulsen 2008).

Teknostrukturen består av spesialister og analytikere som standardiserer, måler og inspiserer resultater og prosesser. Støttestabene er ikke involvert i produksjon, men utfører oppgaver som støtter og letter de øvriges arbeid som er nødvendig for at organisasjonen skal fungere f. eks, sekretærer og kantinepersonale, lønn og personal.

Et gjennomgående poeng hos Mintzberg er at organisasjoner utvikler seg i samspill med omgivelsene og situasjonen. Dette samspillet presser organisasjonen i retning av det Mintzberg kaller en konfigurasjon av designparametre og organisasjonsenheter som er mest hensiktsmessig.

Han utviklet fem grunnleggende organisatoriske konfigurasjoner; (ulike strukturelle typer) som innebærer særegne lederutfordringer.

- Enkel struktur (entreprenørbedriften)
- Maskinbyråkratiet (større produksjonsbedrift)
- Det profesjonelle byråkrati (universitet, sykehus)
- Divisjonaliserte struktur (divisjonaliserte foretak)
- Adhockrati (spesialiserte oppgaver)

Mintzberg poengterer at denne organisasjonsbeskrivelsen er ”idealtyper” og sammenligner sin strukturelle teori med legoklosser. Ulike elementer kan koples forskjellig sammen slik at man kan få mange kombinasjonsformer (Mintzberg 1983). Jeg velger her å beskrive strukturen ved hjelp av 3 konfigurasjoner; profesjonelt byråkrati, divisjonalisert struktur, og maskinbyråkrati. Jeg synes det gir en god beskrivelse av sykehuset som organisasjon, samt at jeg opplever at det er innslag av alle strukturene i sykehuset.

2.2.1 Sykehuset Østfold HF som profesjonelt byråkrati



Denne teorien tar utgangspunkt i at den enkelte profesjonelle arbeidstaker har kontroll over sine oppgaver uavhengig av sine kolleger. Leger behandler f. eksempel sine pasienter ut i fra sin spesialkompetanse uten nødvendigvis å søke råd hos andre kolleger. Det meste av nødvendig koordinering mellom profesjonelle aktører skjer gjennom standardisering av ferdigheter.

Det som er typisk for profesjonelt byråkrati, er at dette har en svært desentralisert og flat struktur ved at de profesjonelle arbeidstakerne er den operative kjernen i strukturen.

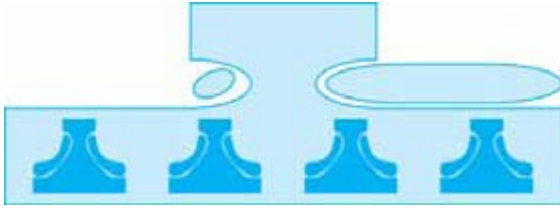
Støttefunksjonene er bygd opp og spesialisert som støtte til profesjonelle aktørene. Hver profesjonell arbeidstaker gjør sitt arbeid med sine klienter. Den enkelte har fått sin opplæring og kan deretter opptre autonomt i sitt arbeid og blir ikke ledet når beslutninger skal tas.

Fordeler ved denne formen å organisere er at delegering av beslutningsmyndighet sikrer et faglig godt arbeid og ofte en raskere problemløsning og saksbehandling, noe som ofte er svært nødvendig i et sykehus hvor beslutning om pasientbehandling må foretas raskt.

Ulempen kan være at konflikter og rivalisering mellom faggrupper kan oppstå. Dette kan føre til samarbeidsproblemer og styringsproblemer som f. eks økonomistyring.

En annen ulempe er at man kan hindre realkompetansen ved å legge for stor vekt på formal kompetansen. På sykehuset kan det for eksempel bli strid mellom ulike yrkesgrupper som leger og sykepleiere med hensyn til grensene mellom profesjonens ansvar og arbeidsområde (Bolman & Deal 2005, Mintzberg 1983).

2.2.2 Sykehuset Østfold HF som divisjonalisert struktur



Sentralt i denne strukturen er hvordan ulike avdelinger i Sykehuset Østfold HF er koordinert og styrt. Hovedmengden av arbeidet i divisjonene blir utført i selvstyrte avdelinger som styres og reguleres gjennom avtaler inngått med det strategiske toppunktet, avdelingene er selv ansvarlige for å oppnå målbare resultater. Fordelen ved denne inndelingen i divisjoner er at det bidrar til å synliggjøre produksjonseffektiviteten. Ulempen er faren for suboptimalisering innen divisjonen. Egne mål blir viktigere enn å følge sykehusets overordnede mål. Ledelsen kan også i større grad miste oversikten fordi divisjonen selv har en høy frihetsfaktor (Bolman & Deal 2005).

På avdelingene er det fagkunnskapen som er styrken, og styrer det meste av aktiviteten. Av erfaring vet jeg at profesjonsutøverne ønsker faglig autonomi, de vil helst slippe innblanding i hvordan faget utøves. Dette bekreftes blant annet av Torodd Strand (2006), han beskriver de profesjonelle som selvgående med hensyn til mål og midler, og at den viktigste styringsmekanismen er den felles treningen ekspertene har i sitt fag og den kommunikasjonen som skjer på grunnlag av dette. Han påpeker at organisasjoner som preges av profesjonelle og eksperter (fagbyråkratier) ikke gir stort rom for ledelse utover det som ligger i å utøve fagkompetansen på en avansert måte (ibid).

2.2.3 Sykehuset Østfold HF som maskinbyråkrati



Det som kjennetegner denne strukturen er en sterk hierarkisk oppbygning som er utviklet for situasjoner hvor produktivitet, tempo og pålitelighet skal vektlegges. Sykehusene er en organisasjon som er preget av en høy grad av sentralisering og en høy grad av standardisering. Sykehusets daglige drift blir styrt av klinikksjefer (avdelingssjefer) på ulike enheter på bakgrunn av standardiserte overordnede prosedyrer.

Viktige beslutninger blir tatt av divisjonsdirektører på det strategiske toppunkt. Det meste av saksbehandlingen går fra seksjonsleder til avdelingssjef (klinikksjef) til divisjonsdirektør, såkalt linjevei.

Disse ulike organisasjonsstrukturene formidler mening om hva organisasjonen gjør og hva man legger vekt på i utførelsen av arbeidsoppgavene. Et viktig poeng er at strukturløsningen endrer sin form ut i fra organisasjonens endringer. Maskinbyråkratiet kan for eksempel komme i konflikt med fagbyråkratiet. Av egen erfaring vet jeg at det med dagens fokus på økonomistyring og produktivitet, er åpenbart at fagpersoner fort kan få problemer med maskinbyråkratiske forventninger om at sykehusets avdelinger skal følge budsjetter. Fagpersoner opplever ofte uforutsigbare beslutninger som kan føles som en belastning fordi avgjørelser går på bekostning av faglig forsvarlighet. Eksempelvis budsjetteres en intensivavdeling med tall som på mange måter ikke rommer det uforutsigbare, eksempelvis akutte pasienter, ekstremt premature som krever langvarig pleie, og diverse smittsomme sykdommer som fører til langvarig innleggelse og dyr behandling av flere pasienter. Men som jeg innledningsvis også viser til så ser det ut til at det motsatte også skjer. Profesjonsutøverne har stor ekspansjonstrang, det er stadig nye medisinske nyvinninger, og dyrere medikamenter.

2.2.4 Sykehuset Østfold HF Fredrikstad som kunnskapsbedrift

I strategisk utviklingsplan 2009-2020 står det følgende; ”Helse Sør- Øst er Norges største kunnskapsbedrift med 69 000 medarbeidere som er virksomhetens største ressurs. Måten kompetansen forvaltes, videreutvikles og anvendes på, er nøkkelen til å realisere de langsiktige målsetninger og utfordringer foretaket står ovenfor”.

Hvor mye kunnskap en organisasjon trenger, er avhengig av hvilke oppgaver som skal løses og oppgavens kompleksitet.

Ansatte ved norske sykehus er i stor grad spesialister som styrer og kontrollerer egen utførelse og egen prestasjoner gjennom organisert respons fra kollegaer, ledere og pasienter (pårørende). Sykehuset Østfold har som mål å behandle pasienter basert på kunnskap, som er en viktig og helt nødvendig suksessfaktor. Ansatte, eller kunnskapsmedarbeidere, har derfor en sentral rolle i kraft av sin kompetanse for produksjon og verdiskapning. Det er kunnskaps medarbeidernes unike kompetanse som former kunnskapsbedriftene.

Jacobsen & Thorsvik 2007 mener at de ansatte er organisasjonens viktigste teknologi, og dermed også viktigste kapital. De viser til at det i de siste tiår har vært stort fokus på menneskelig kapital, og at denne kapitalen har blitt vurdert som viktigere enn fysisk kapital. 70-80% av medarbeidernes innsats i en moderne organisasjon er intellektuelt arbeid og det er medarbeiderens kompetanse som avgjør hvor godt organisasjonen fungerer (ibid og Haukeland 2009).

Utviklingen generelt stiller økende krav til kvalitet og til medarbeidernes kompetanse. Sykehusene måles blant annet på kvaliteten på pasientbehandlingen. Fagutviklingsprogram for ulike yrkesgrupper utarbeides for å legge forholdene til rette, og ikke minst motivere de ansatte til å øke sin kompetanse for å nå organisasjonens kvalitative mål.

Kunnskapskapitalen i Sykehuset Østfold er knyttet til fagpersoner og fagmiljøer. Forvaltning av kunnskapskapitalen må håndteres som all annen kapital, slik at man får utnyttet den på best mulig måte. Sykehuset må tilrettelegge for muligheten for faglig utvikling og bevaring av kompetanse, men den enkelte profesjonsutøver (her:spl/lege) har også selv et ansvar for å opprettholde sin kompetanse, noe som også er tema i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, og etiske regler for legene. I yrkesetiske regler for sykepleiere pkt 3.4 sies det at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde. ICN`s (International Council of Nurses) har fire hovedelementer som trekker opp normene for etisk forsvarlig holdning og handling. Et element er sykepleierne og

sykepleie praksis, hvor det blant annet står at sykepleieren har personlig ansvar for, og skal kunne forsvare sin praksis som sykepleier, samt ansvar for å opprettholde sin kompetanse ved kontinuerlig læring (Yrkesetiske retningslinjer 2007). I § 10 i legers etiske regler sies det følgende; En lege skal holde sine kunnskaper ved like og stadig sørge for å fornye dem. En lege bør etter sin kompetanse bidra til utvikling og formidling av den medisinske viten ⁶

Teknologi og verdier

Innledningsvis beskrev jeg den positive utviklingen innen behandling av premature. Dette gjelder spesielt innen medikamentell behandling og medisinteknisk utvikling. Noe som har ført til at det er mulig å redde flere premature barn, samt at utfallet er betraktelig bedre enn det var for noen år siden. I ”Etikk for helsefagene”(2006), har Bjørn Hofmann en interessant beskrivelse av forholdet mellom teknologi og verdier. Han beskriver teknologi som en av de enkeltfaktorer som mest grunnleggende har endret moderne helsefag. Vi har som tidligere nevnt fått muligheter som overgår alt hva vi tidligere har hatt, og som radikalt har forandret helsefaglig praksis. Hofmann mener her at vi blir utfordret av helsefaglig teknologi, fordi teknologiens muligheter gir oss grunnleggende moralske dilemmaer.

Teknologi er knyttet til verdier på mange ulike måter, teknologi frembringer verdier, den gir oss muligheter som vi ikke tidligere har hatt. Teknologien gir oss kunnskap og handlingsvalg som er verdifulle. Det er også viktig å huske tidligere beskrivelse av teknologi begrepet, at begrepet også omfatter kunnskapsteknologien (de ansatte).⁷ Hofmann viser i sin beskrivelse som eksempel til helsevesenet der de praktiske prioriteringene setter en økonomisk verdi på menneskelivet, men at vi motsetter oss å kjenne prisen (Hofmann 2006).

Pårørende og pasienter stiller også høyere krav til helsevesenet vedrørende bruk av den nyeste teknologien, de etterspør selv høyteknologiske undersøkelser fremfor enkle tester, samt de beste spesialistene. Hofmann mener derfor at teknologi gir status, og at sykdommer som fordrer mye teknologi har høyere status enn sykdommer som ikke gjør det.

⁶ (<http://www.legeforeningen.no>, lest 27.03.10).

⁷ Se kapittel 2.2.4 Sykehuset Østfold HF som kunnskapsbedrift

2.2.5 Barneavdelingens intensiv post for nyfødte (nfi) ved Sykehuset Østfold HF Fredrikstad

Undersøkelsen utføres ved nfi i Fredrikstad. Dette er en avdeling som er en del av barneavdelingen i Fredrikstad. Det fødes ca 3800 barn i Fredrikstad og avdelingen har ca 400 innleggelser i året, det vil si ca 10 % av fødslene.

Avdelingen har 38.2 stillingshjemler, som innebefatter seksjonsleder og sekretær. Avdelingen har totalt 20 spesialsykepleiere, resten sykepleiere. De ansatte har en gjennomsnitts ansiennitet på 14 år, det vil si at dette er en avdeling hvor sykepleierne har høy kompetanse innen nyfødtdisin/sykepleie.

Det er tilknyttet 11 overleger, og 8 assistent leger (lis) til barneavdelingen. Av disse arbeider to faste overleger ved nfi, de øvrige rullerer i henhold til tjenesteplan.

Dette er en høyteknologisk intensivavdeling hvor det kreves at de ansatte har høy faglig kompetanse. I tillegg til pasientbehandling må de også kunne beherske teknologien (medisin teknisk utstyr) som benyttes i avdelingen. I følge det som tidligere er beskrevet vedrørende organisasjonsstrukturen, kan avdelingen betegnes som et profesjonelt byråkrati.

Avdelingen inneholder to store behandlingsrom, og et akutt rom. Ett behandlingsrom hvor de sykeste barna oppholder seg, og ett for de som nærmer seg hjemreise.

Sykepleierne er organisert i team sykepleie, og legene fordeles som pasient ansvarlig lege (PAL).

Avdelingen behandler fortidlig fødte og syke nyfødte barn, den utfører konvensjonell(ordinær) og høyfrekvens respirator behandling, samt NO gass behandling. Avdelingen har frem til 2005 behandlet premature barn ned til 23 uker. Men i 2005 ble det av helsedirektoratet besluttet at de ekstremt premature skulle behandles sentralt, begrunnelsen for dette var at det ikke fødes nok premature barn til at kompetansen på dette fagområdet kunne spredes utover flere sykehus. Konsekvensen av dette ble at barn født under 28 uker blir behandlet på Oslo universitets sykehus Ullevål (OUS.U) eller Rikshospitalet (OUS.R). Mødre innlagt på fødeavdelingen med truende fødsel før 28 uker blir overflyttet OUS. U så sant det er medisinsk forsvarlig, for så å føde der. Barn som fødes før 28 uke i Fredrikstad skal i prinsippet overflyttes OUS. U etter stabilisering, men det har i flere tilfeller vist seg at barna er for ustabile til å flyttes, noe som har ført til at de ofte blir værende i Fredrikstad. Det vi også har sett i den senere tiden er at OUS. U og OUS. R ofte er overbelastet og velger å sende de premature tilbake til lokalsykehuset før de har blitt 28 uker.

3.0 Teoretisk ramme

I dette kapittelet starter jeg med å definere hva som forstås med begrepet profesjon. Jeg vil deretter kort beskrive profesjoner fra fortid til nåtid.

Fokuset i kapittel 3.2 er profesjonsutøvernes etiske grunnrelasjoner, og teorier gjeldende etikk, kompetanse, beslutning og handling vil bli presentert.

3.1 Profesjon

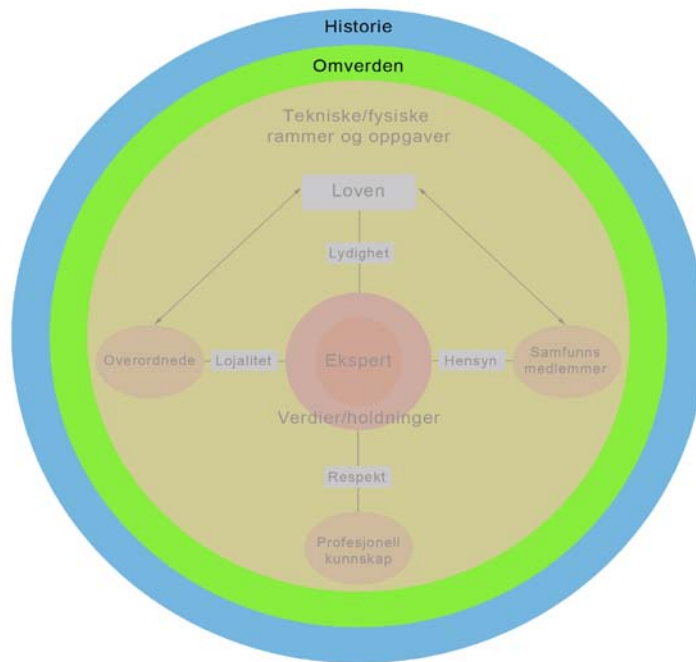
Begrepet profesjon forstås som en type yrkesmessig organisering av arbeid. En bestemt personkrets eller personer med en viss utdanning gis retten til å utføre visse arbeidsoppgaver, og til å gjøre det mer eller mindre autonomt. Til grunn for denne retten eller jurisdiksjonen ligger en anerkjennelse av arbeidsoppgavenes samfunnsmessige betydning og av deres karakter av det som er kalt ”praksis”. Det politiske fellesskapet har tillit til at yrkesgruppen i kraft av sin kompetanse vil kunne ivareta oppgaver av allmenn interesse. Videre har det tillit til at profesjonen som en sammenslutning vil kunne garantere at disse oppgavene blir utført i henhold til standarder for god yrkesutøvelse. Det betyr at det til en profesjon knyttes bestemte normative forventninger (Molander & Terum 2008).

Ulf Torgersen (1972) mener vi har en profesjon hvor en bestemt langvarig formell utdanning erverves, av personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte yrker som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdannelsen.

Han beskriver også her to trekk som er karakteristiske for ”formell” i motsetning til ”uformell” trening. Det ene trekket er den sterke vekten på teori, slik den er nedfelt i systematiske lærebøker og håndbøker. Denne vekten på formell trening og teori mener han peker rett på noe som er sentralt ved moderne profesjoner, avhengigheten av vitenskaper. Det andre trekket ved formelle utdanning mener han er den sterke vekten på standardisering av treningen. De enkelte personer skal være så like som mulig ved det tidspunkt da opptakelsen i yrkesgruppen skal foregå. Denne likheten oppnås selvfølgelig langt lettere når de enkelte gjennomgår nøyaktig samme prosess, underkastes de nøyaktig samme kurs, eksamener, forelesninger osv. Torgersen mener at yrkesmonopol er et viktig begrepskjenne tegn ved profesjoner, og at betegnelsen normalt brukes der hvor utdanning kreves for ansettelse i bestemte stillinger, og som forutsetning for visse typer yrkesutøvere (yrkestittel; som sykepleiere, leger). Jeg ønsker også å vise til Strand (2006), som påpeker at profesjonsutøverne har oppgaver og klienter som bare den profesjonelle yrkesutøveren kan

ivareta, de har stor lojalitet mot arbeidet og profesjonen, og deres yrkesutøvelse er overvåket gjennom faglige og etiske regler.

3.1.1 Profesjoner i fortid og nåtid.



Modell 3

Historien kan beskrives som bunnen i en kake, som et fundament for de øvrige variablene, det vil si at den har stor betydning for hva som skjer i en organisasjon. Det er viktig å se på organisasjonens erfaringer og eventuelle kritiske hendelser, for så å endre oppfattelse hvis det er nødvendig. Analyse av fortiden kan også hjelpe organisasjonen til å betrakte organisasjonens fremtid, da med fokus på de andre variablene i modellen som for eksempel med hensyn til ny organisasjonsstruktur, nye oppgaver, nye ansatte med spesialkompetanse, eller nytt medisinteknisk utstyr (Ry Nielsen & Ry 2002). I den utvidede Leavitt modellen ble også omverdenen innlemmet, Leavitt uttrykte ”at ingen organisasjon er en øy alene”. Han mente med det at organisasjoner kun kan forstås i spill med omverdenen, og at endringer i organisasjonen vil endre omgivelsene og omvendt (ibid). Noe jeg også vil vise har vært tilfelle med hensyn til utviklingen i helsevesenet.

I forbindelse med min problemstilling er det derfor ønskelig å se på profesjonsutøverens rolle historisk perspektiv (fortid), og frem til i dag (nåtid), da jeg mener profesjonsutøverens rolle

og utfordringer har forandret seg med årene. Forandringer som kan skyldes både den medisinske utvikling og omverdenen.

Historisk bakgrunn for profesjonsetikken

Leger, sykepleiere, sosial arbeidere og forskere bruker den dag i dag formuleringer fra den hippokratiske ed når de utformer sine yrkesetiske retningslinjer. De eldste yrkesetiske tekstene som er funnet er fragmenter av sumeriske tekster, og de skriver seg fra så forskjellige grupper i samfunnet som fyrstene og jordmødrene. Det er enkle utsagn om god lederskikk for fyrster og rettferdighet i forhold til fattige. Jordmoren for eksempel, blir instruert til å vise omsorg for de fødende kvinnene.

Den eldste profesjonsetiske teksten som er i rimelig god stand, og fra vår kultur er Corpus Hippocraticum, med 71 skrifter med tilknytning til legeyrket. Hippokrates (460-370 f. Kr) har levert flere hundre sider i sitt navn, blant annet den Hippokratiske eden som regnes som den mest kjente profesjonsetiske skriftstykket som finnes, og som fortsatt benyttes i medisinske etiske kodekser, og nasjonale legeföreningsetiske retningslinjer (Leer - Salvesen 2002).

Den hippokratiske eden :

”Jeg sverger ved Apollon, legen, ved Asklepios, Hygieia og Panakeia og ved alle guder og gudinner, idet jeg tar dem til vitne på at jeg ut fra mine evner og min dømmekraft avlegger følgende ed: Den som har lært meg denne kunst, vil jeg akte like høyt som mine foreldre, dele med ham hva jeg eier, og hjelpe ham om han trenger det. Hans sønner skal jeg anse som mine brødre og lære dem kunsten om de ønsker det, uten lønn. Jeg vil undervise mine og min lærers sønner og gi dem del i kunsten, også de elever som er bundet og forpliktet med ed i henhold til god legeskikk, men ellers ingen. Etter mine evner og dømmekraft skal jeg gi dietetiske råd til de sykes nytte, og avverge det som kan skade dem eller gjøre dem urett. Heller ikke vil jeg gi noe dødelig middel, selv ikke om man ber meg om det, ei heller råde noen til slikt. På samme måte vil jeg aldri gi noen kvinne et fosterdrivende middel. Ren og hellig vil jeg bevare mitt liv og min kunst. Inngrep vil jeg aldri gjøre, ikke engang ved steinlidelser, men overlate det til de menn som driver med slikt. I alle hus jeg går inn i, vil jeg være til nytte for den syke, og unngå enhver urett og fordervelig gjerning, også seksuelle handlinger med kvinner og menn, både frie og slaver. Hva jeg får se og høre under utøvelsen av min gjerning, selv i dagliglivet blant menneskene, uavhengig av behandlingen, vil jeg fortie, så sant det er av en slik art at det ikke bør spres videre, i overbevisningen om at slike ting er unevnelige. Når jeg nå oppfyller denne ed og ikke bryter den, må det bli meg til del at

*jeg får glede meg over mitt liv og min kunst, og bli aktet av alle mennesker til alle tider. Men om jeg bryter den og begår mened, må det motsatte bli min skjebne”*⁸

Hippokrates betegnet legeyrket som kunst, et kunstbegrep som både bærer i seg den profesjonelles håndverkmessige og praktiske ferdigheter, og den mer opphøyde kunnskap som man innvies i etter å ha blitt funnet verdig. Med det mener han at ikke alle leger er ”kyndige” selv om de kaller seg leger, og at det er dårlige utøvere av kunsten som bare tenker profitt, og ikke på pasientens beste. Han kommer her inn på den makt en lege har i møte med pasientene, og hvor intimt forholdet er mellom metoder og etikk. Han mener også at kunsten er større enn den enkelte profesjonsutøver, og dette perspektivet brukes også som en formaning til ydmykhet: *Livet er kort, kunsten er lang, det rette øyeblikket går snart forbi, erfaringen er begrenset, det er vanskelig å dømme* (Leer – Salvesen 2002: 15).

Som nevnt er kunsten heller ikke rene kunnskaper og ferdigheter. Den innebærer også dyder og etikk. Hippokrates hevdet at kunsten nettopp er nødvendig der det er vanskelig å skille mellom rett og galt, han hadde et klart blikk for at legeyrket fører utøveren inn i vanskelige dilemmaer og valg situasjoner. Han pekte på at kunsten læres i disippelfelleskap, og Leer – Salvesen (2002), beskriver at Hippokrates står for et profesjonelt dannelses ideal og profesjonsetikk, der den enkelte leges faglige og moralske dømmekraft oppøves gjennom å trenge stadig dypere inn i den kunsten han kontinuerlig opplæres i. Dette er dannelse på et faglig og et etisk nivå samtidig. Det er tale om at dyden og pliktene får trenge dypt inn i det moralske subjekt, samtidig som legens rent medisinske ferdigheter forbedres.

Sosialiseringsprosessen skjer innenfor det medisinske lauset, men hele tiden med pasienten som part. Den første delen av den Hippokratiske eden handler om forholdet til lauset, mens den andre delen omhandler forholdet til pasienten (Leer – Salvesen 2002).

Det hippokratiske prinsippet om å ikke skade pasienten, har etisk gyldighet i alle profesjoner som utøver makt over andre mennesker, posisjonsmakt så vel som kunnskapsmakt. Også i forskningsetikken kan budet føre oss inn i vanskelige dilemmaer: Hva er skade, og hva er akseptabelt ubehag? Noe som fører oss til moderne profesjonsetikk og forskningsetikk som har innført prinsippet om *fritt og informert samtykke* for å dempe mulige skadevirkninger og ivareta hensynet til pasientens autonomi (selvbestemmelse) (Leer – Salvesen 2002)⁹.

⁸ Store Norske leksikon. http://www.sn.no/Hippokrates_fra_Kos. Lest 27.04.10

⁹ Henviser til kapittel 3.2.3.1 for mer teori om dette.

Med bakgrunn i definisjonen av profesjoner som ble presentert i kapittel 3.1 ønsker jeg også å vise til Torgersens (1972) beskrivelse av prosesser som han mener ligger bak profesjonaliseringen. I følge definisjonen involverer prosessen en sammenkopling av *utdannelse* med *yrkesutøvelse*. Selve sammenkoplingen foretas av *myndighetene*, og har konsekvenser for de yrkesutøverne som vil etablere seg i framtiden, eller som man skal ansette. Han viser da til at profesjonen etter denne definisjonen er en relasjon mellom to elementer (yrke og utdannelse), og er derfor ingen aktør. Det eksisterer derimot en gruppe *yrkesutøvere* som kan være interessert i å kople seg på en bestemt type utdannelse. Det eksisterer en kategori *utdannede* som kan tilstrebe en bestemt monopolisering. Det kan eksistere en *ansettende* myndighet som er interessert i dette eller ikke og framtidens *yrkesutøvere* som også varierer på dette punktet. Det samme kan gjelde de *politiske autoriteter*. Samt at det kan være ulike sammenfall av aktørkategoriene. Det han her beskriver er at det kan være ulike interesser som kan være årsaken til profesjonalisering, eller av profesjonalisering. Profesjonsutøverne velger seg spesialiteter etter interesse, og ikke nødvendigvis etter behovet i samfunnet. Det kan også beskrives som at de politiske autoriteter har interesser i hva som blir prioritert (eller ikke prioritert), ofte i samsvar med brukerens (velgerens) ønske, for eventuelt å ikke miste stemmer ved neste valg.

Noe tilsvarende nevnes av Støkken (2002) som mener at privatisering og profesjonalisering kan forstås som to samfunnsmessige prosesser som foregår på samme tid, og som er infiltrert eller sammenvevd i hverandre. Disse prosessene betinger hverandre og kan samvirke på ulike måter. Profesjoner utvikles og avvikles i et samspill med hverandre, eller innenfor en sosial kontekst av konkurranse med andre profesjoner, hun viser til Abbott som er opptatt av hvordan de vokser frem, splittes opp, slår seg sammen, tilpasser seg, dør hen eller avvikles. Her snakkes det også om *profesjonalisering* eller *de -* eller *avprofesjonalisering*.

I følge Abbott er det to forhold som er særlig viktige for utviklingen av profesjoner og profesjonssystemet. Og det er teknologien og de organisasjonene arbeidet forgår i.

Teknologiens betydning er på mange måter åpenbar; ny teknologi skaper nye oppgaver og med det rom for profesjoner, slik for eksempel datateknologi og medisinsk teknologi har åpnet for nye yrkesgrupper. Samtidig kan også teknologien bidra til å endre og utvikle etablerte profesjoner, eventuelt også avprofesjonalisere der hvor teknologien overtar.

Abbott legger også stor vekt på den betydning organisasjoner har hatt for utvikling av profesjoner ved å ha vært sentrale arenaer for faglig utvikling, slik sykehusene for eksempel

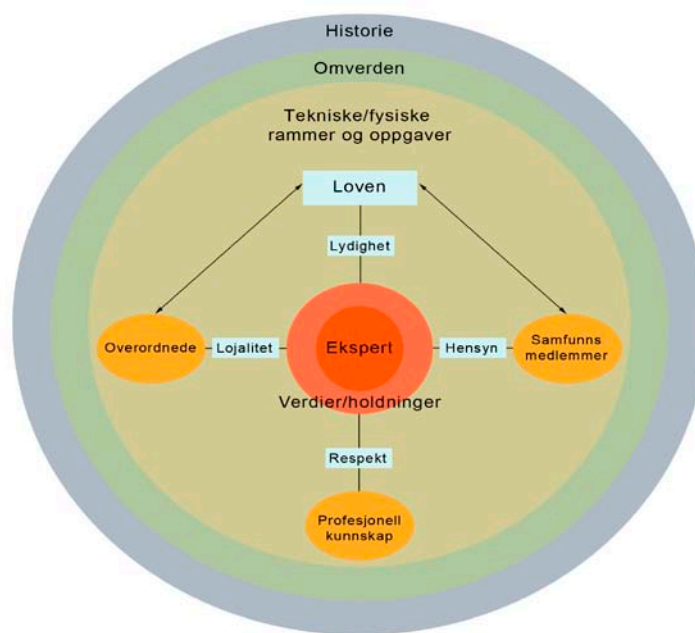
har vært det innenfor psykiatri og somatikk, for leger og andre helseprofesjoner (Støkken 2002).

Det jeg nå har beskrevet er profesjoner og utvikling av ulike spesialiteter, men de sentrale faktorene ser ut til å være, faglig utvikling, profesjonspolitikk og etterspørsel/markedsforhold. Støkken (2006) trekker også inn et fjerde begrep, de samfunnsmessige rammebetingelsene. Erichsen (1996) mener at profesjonene former og formes gjennom koplingene til velferdsstaten.

Utdannelse av spesialsykepleiere innen nyfødt medisin, og barneleger med nyfødt kompetanse kan beskrives på bakgrunn av utviklingen innen teknologi og vitenskap, samt profesjonsutøvernes egen interesse for faget. Teknologien har som tidligere beskrevet ført til nyvinninger innen det nyfødt medisinske faget, flere barn blir reddet, og kravene og forventningene fra pårørende øker i takt med tilbudet. Videreutdannelsen av sykepleiere innen nyfødtmedisin er relativt ny. Det startet med felles undervisning/opplæring i moduler, hvor alle sykehusene som behandlet nyfødte kunne sende deltagere. Man så raskt en positiv effekt av undervisning og praksis som var rettet mot denne pasientgruppen, og en videreutdanning ble etablert i 2004. Videreutdannelsen har ennå ikke blitt godkjent, og får derfor ingen offentlig støtte. Sykehusene må selv betale hele studieavgiften. Dette er bare et eksempel på hvordan spesialiteter vokser frem, også uten det offentlige ”velsignelse”.

Det er ikke bare innen faget og teknologien det har skjedd en stor utvikling. Samfunnets syn på profesjonsutøvere har også forandret seg. Brukerne stiller større krav til helsetjenestene, noe som betyr at profesjonene utfordres, noe jeg vil komme tilbake til senere i oppgaven.

3.2 Profesjonsutøverens(ekspertens) etiske grunnrelasjoner



Jeg ønsker i dette kapittelet å fokusere på de faktorene som Lennart Lundqvists (1998) beskriver som ekspertens etiske grunn relasjoner, og hvor eksperten står i spenningsfeltet mellom;

- Lydighet ovenfor lovens krav
- Lojalitet ovenfor arbeidsgivers ordre
- Hensyn til samfunnsmedlemmers behov
- Respekt (beaktande) for profesjonell kunnskap

Jeg har i tillegg valgt å legge verdier og holdninger i en sirkel rundt eksperten, da jeg mener det er elementer som er med på å forme eksperten. Jeg velger å begynne med en kort presentasjon av teori vedrørende etikk, med fokus på plikt etikk og konsekvens etikk. Deretter ønsker jeg å beskrive det offentlige etos ved hjelp av Lundqvist (1998), jeg vil til slutt beskrive ekspertens etiske grunnrelasjoner, og ulike temaer som er relevante for min undersøkelse vil bli teoretisk presentert i tilknytning til de ulike relasjonene.

3.2.1 Etikk

Etikk stammer fra det greske ordet *ethos* som betyr holdning eller karakter, mens moral stammer fra det latinske ordet *mos*, som betyr sed eller skikk. Ut fra ordhistorien skulle altså etikken ha å gjøre med spørsmålet om hvilke individuelle holdninger vi bør ha, mens moralen mer skulle rette seg mot de mellommenneskelige og sosiale normer. Nyere definisjoner beskriver *etikk* som læren om moral eller refleksjon over moral, og handler om forestillinger om hva som er godt eller vondt, rett eller galt. Man kan også beskrive etikk som den verdibaserte refleksjonen mennesker gjør om sine handlinger og sin atferd for å unngå at de verdiene de setter høyt, blir forsømt eller krenket, eller for å fremme realisering av disse verdiene. Verdier blir her omtalt som kulturelle og åndelige tilstander, og materielle gjenstander som er viktige eller helt umistelige for å leve et godt liv (Johansen & Vetlesen, 2003 og Lingås 2008).

I moralfilosofien finnes tre ulike hovedkategorier; deskriptiv etikk, normativ etikk og metaetikk (Lingås 2008).

Deskriptiv etikk beskriver den faktiske moralen i et gitt samfunn. Den arbeider med å beskrive mest mulig nøytralt og objektivt de verdiene og normene som en gitt gruppe faktisk har, og hvordan den etterlever sine normer. Den er opptatt av hva vi faktisk gjør eller er.

Normativ etikk er den etikken som arbeider med å finne frem til de viktige verdiene og de riktige holdningene og normene for å styre atferd og handlinger. Yrkesetiske retningslinjer og prinsipper er eksempler på normativ etikk. Den normative etikken er opptatt av det en *bør* eller *skal* gjøre i bestemte situasjoner. Den søker etter kriterier for å avgjøre hva som er rett og galt, godt og ondt.

Metaetikk er ikke først og fremst opptatt av praktiske og normative spørsmål om hvordan vi bør handle. Dens tema er moralens grunnlagsproblemer, den stiller for eksempel spørsmål som; hva er fri vilje? Har mennesket fri vilje?(Lingås 2008, Vetlesen 2007).

Jeg kommer ikke til å komme nærmere inn på metaetikk og deskriptiv etikk i denne oppgaven, men jeg ønsker nå videre å beskrive normativ etikk ut fra to hovedtyper; teleologisk og deontologisk etikk, i tillegg kommer jeg til å gi en kort beskrivelse av nærhetsetikk og etisk dilemma. Forvaltningsetikk som også er essensielt med hensyn min problemstilling vil jeg komme inn på i kapittel 3.2.2

Normative etiske teorier inndeles gjerne i to hovedtyper: *teleologiske og deontologiske*. Dette skillet har med teoriens syn på forholdet mellom det riktige og det gode å gjøre. I en teleologisk teori bestemmes det riktige av det gode. En handling, holdning eller norm er riktig fordi den fremmer det gode (nytelse, lykke). Teleologiske teorier tar derfor sitt utgangspunkt i en verdilære, en lære om det, eller de goder som er etterstrebbelsesverdige.¹⁰ Her er det målet eller målene som teller, det er målet som bestemmer det riktige (Johansen & Vetlesen 2003 og Lingås 2008).

I en deontologisk teori ser man annerledes på forholdet mellom det moralske riktige og det gode. Det ene er at man i deontologisk etikk søker å begrunne det moralske riktige uavhengig av det gode. Det andre er at en deontolog mener at det finnes visse plikter og rettigheter som kan *gå foran og veie tyngre* enn konsekvensene, deontologisk etikk er i denne forstand ikke – konsekvensialistisk. Kants *pliktetikk* som hører til i denne kategorien vil jeg komme mer innpå senere.

I følge deontologisk etikk (satt på spissen) er fremgangsmåte så viktig at det kan være etisk sett bedre å få et dårlig resultat på den riktige måten, enn å få et godt resultat på en uriktig måte (Johansen & Vetlesen 2003).

Teleologisk etikk: dydsetikk

Hva som er godt, og hva som er viktig for et menneske er et allment spørsmål, og Aristoteles som regnes som den store klassikeren innen dydsetikk, har helt fra starten sett spørsmålet om hva som er godt for mennesket, i lys av at mennesket er et moralsk vesen. Han ser ingen motsetning mellom det som er godt for individet og det som er godt for mennesket i sin alminnelighet, og dermed for fellesskapet. Han er av den mening at individet bare kan tilegne seg og utøve de moralske dydene som medlemmer i et samfunn, og at ingen kvinne eller mann vil bli lykkelige uten tilhørigheten i et fellesskap (ibid og Stigen i Dahl m fl 1983). Dydsetikken kalles en aktørsentrert etikk, det grunnes i at det er den enkelte aktør som utvikler dydene. Dydene angir en aktivitet som aktørene er engasjert i, og legger vekt på at en person blir dydig gjennom sin egen praksis ved prøving og feiling, her gjelder prinsippet ”øvelse gjør mester”. Dydene beskrives her som disposisjoner til å handle rett ut fra hva den konkrete situasjonen krever, og for å få innsikt i hva som er rett i de ulike situasjonene er det nødvendig å benytte seg av egen og andres praksis (Johansen & Vetlesen 2003).

¹⁰ Eks: Aristoteles` *dydsetikk og konsekvensetikk (eks utilitarismen)*, se side 32 og 33

Johansen & Vetlesen 2003 beskriver to typer dyder; moralske dyder som består av følelser og intellektuelle dyder som består av fornuft.

Moralske dyder beskriver hvordan vi er som mennesker, hvordan vi møter og mestrer følelser. Den fokuserer på moralske holdninger og handlinger, og ser på den enkeltes motiver for handlingen, det vil si hva en ønsker å oppnå. Aristoteles påpekte at motivene må sees i lys av aktørens sinnelag. Sinnelaget er godt dersom de inneholder de rette følelsene i utføringen av handlingen, ikke bare gjøre det rette, men *ville* gjøre det rette (Johansen & Vetlesen 2003). For å kunne vite hva som er rett, og hva som kreves i et mangfold av situasjoner viser intellektuelle dyder til erfaringsbaserte evner til rett situasjonsforståelse.

Intellektuelle dyder er beskrevet som;

Episteme som er allmenngyldig og nødvendig kunnskap. Episteme er kunnskap om det *som er*, og alltid vil vedbli å være slik det er, det vil si, invariant. Kunnskap vi kan ha om dette, er derfor universell, *uforanderlig og kontekstuvhengig*.

Techne derimot er kunnskap om noe som kan være annerledes, noe forandelig. Det kan beskrives som praktiske ferdigheter, det vil si hvordan man skal utføre en oppgave, kunnskapen om dette er konkret, *kontekstavhengig og forandelig*.

Den tredje intellektuelle dyden er *Phronesis*, som kan oversettes med *praktisk klokskap (kunnskap)*, er erfaringsbasert og utvikles på grunnlag av overveielse og skjønn. Dette er også en dyd som kan være *annerledes og er kontekstavhengig* (Johansen & Vetlesen 2003 og Vetlesen 2007).¹¹

Teleologisk etikk: konsekvensetikk (utilitarisme)

Utilitarisme er en etisk teori som ble skapt av de engelske filosofene Jeremy Bentham og John Stuart Mill, men man kan finne lignende tanker allerede i antikkens Hellas. Utilitarismen er en slags kollektivistisk hedonisme: målet er å oppnå nytelse, ikke for det individ som handler, men for gruppen som helhet - *the good is the greatest happiness for the greatest number*.

Utilitarismen (nytteetikken) er en kraftfull og kontroversiell etisk teori med fire kjennetegn. Den er konsekvensialistisk, den knytter egenverdi til velferden til sansende, levende vesener, den sier at vi bør summere egenverdi, og til slutt at den er universalistisk i den forstand at alle

¹¹ Se også kap 3.2.3.4 som omhandler kunnskap og skjønn.

mennesker er like mye verdt. En riktig handling er derfor en handling som forventes å frembringe eller faktisk frembringer like mye (Johansen & Vetlesen 2003).

En utilitarianist vil spørre seg selv: Hvilket valg vil føre til størst velvære for flest mulig mennesker? Den handlende skal dermed ikke ta utgangspunkt i den fordel eller nytte eller nytelse han selv oppnår ved handlingen, men i hva som medfører øket velvære for gruppen - og gruppen kan være familien, rasen, klassen eller hele befolkningen i landet. Utilitarisme finnes i to varianter: handlings-utilitarisme og regel-utilitarisme. Handlings-utilitarisme går ut på at enhver handling skal vurderes ut ifra i hvilken grad den fremmer gruppens velvære, mens regel-utilitarisme går ut på at man skal følge de regler som er slik at de, og dersom de blir fulgt av alle vil det føre til størst mulig totalt velvære¹² (Johansen & Vetlesen 2003).

Deontologisk etikk: pliktetikk

I følge deontologisk etikk har vi to typer av plikter - dem vi har ovenfor hverandre som autonome moralske subjekter, og dem vi har for å fremme det gode for andre og oss selv. Den tyske filosofen Immanuel Kant (1724-1804) regnes som den klassiske representanten for deontologisk etikk. Johansen & Vetlesen (2003) og Lingås (2008) beskriver Kants etikk som en autonom pliktetikk. Autonom fordi den er basert på ideen om at mennesket i kraft av sin fornuft har evnen til å avgjøre hva som er rett eller galt, uavhengig av ytre autoriteter og sanselige impulser. Kants etikk regnes som pliktetikk fordi vi har visse plikter som er begrunnet uavhengig av konsekvensene av handlingen, og som har større vekt enn konsekvensene (Johansen & Vetlesen 2003). Kant utviklet en avansert versjon av prinsippet om å ikke skade noen, eller gjøre hverandre vondt. Han kalte det ”det kategoriske imperativ”, Lingås (2008: 27) refererer det slik; ” *Du skal alltid handle slik at prinsippet for din handling kan gjøres til en allmenn gyldig lov*”.

Kritikere av pliktetikken hevder at disse pliktene, enten de er situasjonsbestemte eller allmenne, og enten de er regler, bud eller prinsipper, kan komme i konflikt med hverandre.

¹² <http://www.etikk.net>

Nærhetsetikk

Nærhetsetikk er ingen enhetlig retning innen etikken. Den er en tilnærming til moralske fenomener og moralsk praksis som setter jeg - du forholdet i sentrum (Vetlesen 1997 og Brinchmann 2008). Fokuset i nærhetsetikken ligger på det konkrete samspillet mellom to ulike individer. Nærhetsetikken utspiller seg i relasjoner, men tenkingen er også sentral for å unngå teoretisering og et distansert forhold til moralske spørsmål. Nærhetsetikken vektlegger følelsenes betydning for å oppfatte at faglige og etiske verdier står på spill. Den etiske begrunnelsen ligger i forståelsen av situasjonen, ikke i generelle normer og regler (Brinchmann 2008).

I litteraturen refererer flere til den franske filosofen Emmanuel Levinas og den danske teologen og filosofen Knud Ejler Løgstrup som to sentrale tenkerne innen nærhetsetikken (Brinchmann 2008, Vetlesen 1997 og Johansen & Vetlesen 2003).

Levinas var sterkt opptatt av det ansvaret vi har for de svake og lidende, og mente at det grunnleggende etiske oppstår i møtet mellom jeget og ”den Andre”. Han brukte abstrakter som ”den Andres ansikt” for å beskrive møtet mellom en trengende pasient og pleieren, han mener at båndene til andre innebærer et moralsk ansvar, og at man er mottaker av den appellen som er skrevet i den Andres ansikt.

Løgstrup mente at grunnlaget for etikken finnes i menneskenes erfarte virkelighet. Han beskrev spontane livsytringer som; tillitt, medlidenhet, barmhjertighet, talens åpenhet og håp, som grunnleggende fenomener i det å være menneske. Løgstrup blir mye referert til i sykepleie og omsorgsetikken på grunn av sin beskrivelse av sårbarhet og avhengighet hos pasientene (Brinchmann, 2008 og Johansen & Vetlesen, 2003).

På bakgrunn av at jeg innledningsvis viste til at det innen nyfødt medisin kan oppstå vanskelige situasjoner, ønsker jeg her kort å definere etisk dilemma.

Etisk dilemma

Et etisk dilemma oppstår når det i en handlingssituasjon gjør seg gjeldene to eller flere etiske eller rettslige normer, eller verdier som peker i retning av ulike og uforenlige handlingsmåter. Man er nødt til å treffe et handlingsvalg. Det problematiske er at uansett hva man velger- selv unnlattelse om det skulle være mulig- vil eller tilsidesette minst en norm eller verdi. For

eksempel kan lojalitetshensyn trekke i ulik retning alt etter som en ser på lojalitet til kollegaer eller lojalitet til arbeidsgiver (NOU.1993:15)

Med tanke på praksisen i sykehus synes jeg det også er relevant å vise til Slettebø (2004) som beskriver at en etisk vanskelig situasjon er en situasjon der det er problematisk å vite hvilke(n) verdi(er) som skal eller kan realiseres, og dermed hva som er det riktige å gjøre for å oppnå det beste for pasienten.

3.2.2 Det offentlige etos

Med "vårt offentlige etos" sikter Lennart Lundqvist (1998) til de grunnleggende forestillingene om hvordan samfunnet *bør* styres. Det omfatter virkelighetsoppfatninger, verdier og ideer om hvordan disse verdiene kommer til uttrykk.

Innholdet i det offentlige etos kan knyttes til overgripende forestillinger om hva det offentlige skal ta seg av. Det offentlige har i flere hundre år hatt oppgaver og hensyn å ta som ikke kan overlates til andre aktører.

Spesielt interessant er forholdet mellom individet og fellesskapet, der en ser på individets interesser opp mot fellesskapets interesser. Individet skal sikres gjennom rettigheter som ytringsfrihet, religionsfrihet osv. Lundqvist nevner også at begrepet menneskelige rettigheter innebærer at hvert menneske må respektere andres rettigheter og samtidig få sin egen rett respektert av andre. Man deler da rettighetens fordeler og pliktenes byrder. Prinsippene om menneskelige rettigheter krever gjensidig respekt, og er derfor en solidaritetssak (Lundqvist 1998). I det offentlige etos kan en se på borgerne som herrer og offentlige tjenestemenn som tjenere. Offentlige ansatte skal være til for borgerne og har et særskilt ansvar for sine handlinger. På den andre siden viser han til at har alle individer et ansvar for sine handlinger, men at ledere i offentlig forvaltning har et spesielt ansvar for sin egen virksomhet (Lundqvist 1998).

I NOU s forvaltningsetikk av 1993 påpekes det at mange sentrale normer og verdier ligger til grunn for organisering av staten og samfunnet generelt, som for eksempel fellesverdiene: velferd, demokrati, rettferdighet, likhet, frihet og rettsikkerhet. Disse verdiene kan sies å være overordnet andre verdier (allmenn gyldige). De kan også anses som knyttet til rettsstaten, eller de kan anses som politiske, dette er også noe Lundqvist beskriver i neste kapittel.

Verdier i det offentlige etos

Innholdet i det offentlige etos består i følge Lundqvist av to sett verdier, demokratiske og økonomiske (Lundqvist 1998). Jeg vil her først si litt om verdier generelt og siden beskrive de to settene av verdier som Lundqvist viser til i sin bok *Demokratiens vaktare*.

Asbjørn Aune (2000) beskriver verdier som en samlebetegnelse for overbevisninger, verdier og tradisjoner, bestemmende for de oftest uskrevene regler som – når de etterleves - styrer vår atferd. Organisasjoners oppfatning av hva som er rett og galt, og også dens ritualer, symboler og helter, bestemmes av dens verdier. Kaufmann & Kaufmann (1996) har en billedlig beskrivelse, hvor de viser til at verdier står for alt som er grunnleggende verdifullt for oss, og er ”stjernene en styrer livet sitt etter”.

Man kan også skille mellom moralske og ikke moralske verdier, et hus kan for eksempel ikke ha moralsk verdi, men nytte verdi, affeksjonsverdi og bruksverdi. Moralske verdier som ærlighet og rettskaffenhet, er knyttet til personer og deres handlinger (Kolstad & Negaard 2006). For å kort beskrive de moralske verdiers funksjon ønsker jeg å vise til Kaufmann & Kaufmann (1996) som beskriver at verdier har både innhold og intensitet. Innholdet er idegrunnet for de handlingene som oppleves som viktige, mens intensiteten dreier seg om hvor stor verdien er for en person. I tilknytning til dette skilles det mellom *kjerneverdier* og *perifere verdier*. Kjerneverdier er dypere rotfestet i oss og er mer motstandsdyktige enn de perifere, som er dermed er mye lettere å endre. Mange verdier og normer er lette å formulere og kalles åpne verdier. Det dreier seg om mål og idealer som det på overflaten er stor enighet om, for eksempel likhet og rettferdighet. Dette er verdier som ligger klart opp i dagen, og kan eksemplifiseres med Sykehuset Østfold HF` visjon som sier følgende;

” Sykehuset Østfold skal tilby gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi”¹³

Andre verdier kan derimot være mer skjulte og kan bunne i motiver av mer ubevisst karakter. Kaufmann & Kaufmann (1996) mener de skjulte verdiene ofte kan ha en lang utviklingshistorie og kan styre atferd like sterkt som de åpne verdiene. De viser også til at verdier er forankret i grunnleggende behov, men mener læring er viktig i den videre utvikling av verdier, læringen blir betegnet som den sosialiseringprosessen som finner sted når vi påvirkes og overtar samfunnets normer og verdier. Verdier læres over tid og henger nøye sammen med utviklingen av vår personlighet, her påpekes det at sosialisering gjennom påvirkning fra samfunns-kulturen og familien er viktig. Noe som bringer oss til verdier som

¹³ <http://www.sykehuset-ostfold.no>

har blitt utviklet over tid, og som gjerne blir kontinuerlig forsterket. Innledningsvis i beskrivelsen av det offentlige etos viste jeg til NOU`s forvaltningsetikk av 1993 hvor fellesverdier blir beskrevet, Kaufmann & Kaufmann (1996) betegner dette som ulike verdiorienteringer som er forankret i norsk arbeidsmiljølovgivning og arbeidsmiljøarbeid, og beskriver blant annet demokratiske og økonomiske verdier som jeg nå skal komme mer innpå ved hjelp av Lundqvist.

Lundqvist har laget denne oversikten over de demokratiske og økonomiske verdiene;

Demokratiske verdier

Politisk demokrati

Rettsikkerhet

Offentlig etikk

Økonomiske verdier

Funksjonell rasjonalitet

Kostnadseffektivitet

Produktivitet

Lundqvist 1998:63

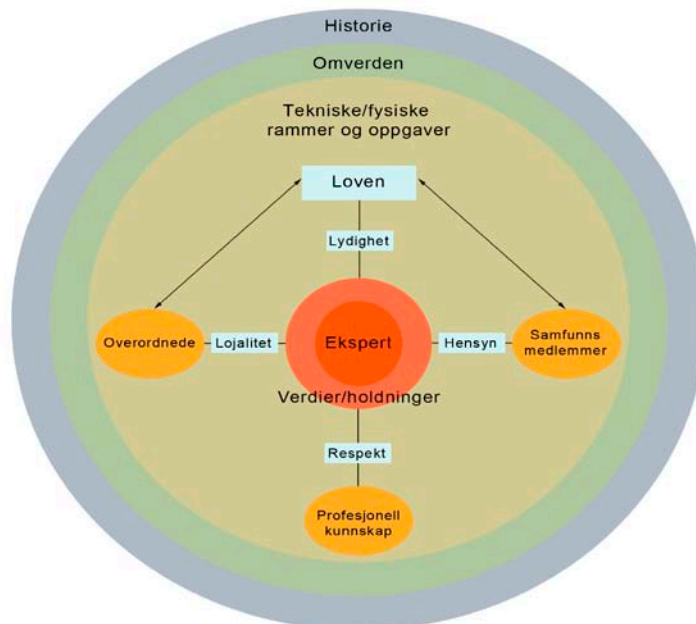
Demokratiske verdier som det offentlige skal ivareta, innebærer at det offentlige skal innrette seg etter kravene fra det politiske demokrati, rettsikkerheten og offentlig etikk. De er knyttet til forutsetningene om at individene skal sikres frihet, likhet og medinnflytelse.

De økonomiske verdiene gjelder både i privat og offentlig sektor, og innebærer krav til funksjonell rasjonalitet, kostnadseffektivitet og produktivitet.

I prinsippet skal alle verdiene i det offentlige etos tas hensyn til i en offentlig virksomhet. Det vil si at den offentlige sektor skal forholde seg til begge disse settene av verdier samtidig, mens privat sektor ikke nødvendigvis må gjøre det (Lundqvist 1998).

Lundqvist (1998) påpeker at det offentlige etos omfatter et bredt register av verdier som er stadig under utvikling og som må betraktes i et dynamisk perspektiv. Og at det offentlige etos ikke er gjengitt fullstendig på et sted men må konstrueres ut fra normer som finnes på mange ulike steder, i lover, konvensjoner m.m. Verdier som politisk demokrati og rettsikkerhet er basisen, mens offentlig etikk er styrende for profesjonsutøvelsen.

3.2.3 Profesjonsutøvernes prioritering av relasjonene



Modell 4

Lundqvist (1998) stiller spørsmålet om prioriteringen av profesjonell kunnskap kan rettferdiggjøres på bekostningen av de andre verdiene; lydighet, lojalitet og hensyn. Hvis alle verdiene i det offentlige etos skal til godesees, mener han at eksperten ikke uten videre bare kan prioritere sin profesjonelle kunnskap (Ibid).

Lundqvists beskrivelse av det offentlige etos sier noe om hvordan samfunnet *bør* styres, og at den offentlige ansatte må ta hensyn til både demokrati og økonomi verdiene. Jeg ønsker nå ved hjelp av teori, og egne erfaringer å redegjøre for sidene ved profesjonsutøverens etiske grunnrelasjoner sett opp mot fagområdet nyfødtdedisin, da med hovedfokus på premature (for tidligfødte) barn.

3.2.3.1 Profesjonsutøverne og lydighet ovenfor lovens krav

I FNs barnekonvensjon av 1989 heter det at staten så langt som mulig plikter å sørge for at barn overlever og får utvikle seg. Alle barn har rett til å få den best mulige medisinsk behandling og hjelp til å komme seg etter sykdom. Norge har sluttet seg til FNs konvensjon om barn rettigheter. Det betyr at samfunnet er forpliktet til å sørge for at disse grunnleggende rettigheter innfris. I Norge er det foreldrene som har hovedansvar for å ivareta barns interesser, og foreldre ansvaret er lovfestet i lov om barn og foreldre (barneloven, lov 8.april 1981 nr.7. kap 5). Her heter det at barn har rett på omsorg fra den eller de som har foreldre ansvaret. Omsorgen skal gis ut fra barnets interesser og behov. Det forutsettes at foreldrene forvalter sitt ansvar ut fra barnets interesser. Foreldrenes rolle og posisjon er også regulert av helsepersonell loven (lov 2 juli 1999 nr 64) og pasientrettighetsloven (lov 2. juli 1999 nr 63). I følge lovverket har barn en selvstendig rett til nødvendig helsehjelp, og at foreldrene skal sørge for å ivareta barnets behov for helsehjelp, for eksempel ved å ta barn med til lege når det er nødvendig (Befring & Onstad 2001).

I januar 2001 ble pasientrettighetsloven innført i Norge. Ut fra denne loven er helsepersonell forpliktet til å legge større vekt på pasienters autonomi og selvbestemmelse enn tidligere. Bestemmelsene gjelder også for barn, noe som betyr at det foreligger krav om å gi informasjon om helsetilstanden og behandlingen. Ingen behandling kan iverksettes uten samtykke, hvis det ikke er grunnlag for bruk av tvang. Et samtykke er en tillatelse, det er ikke stilt bestemte formkrav til samtykket, det kan være stilltiende ved at en pasient oppsøker helsetjenesten for å bli undersøkt. Informert samtykke er samtykke på grunnlag av den informasjonen som er gitt eller mottatt. Foreldre skal som hovedregel ha all informasjon om barnets helsetilstand og om behandlingen, for å ivareta barnets interesser. Foreldrenes myndighet på barnets vegne, baseres på at barnets beste ivaretas. Foreldrene ”overtar” ikke pasientens selvbestemmelsesrett, men de har en sterkere posisjon enn pårørende til pasienter med samtykkekompetanse. Foreldre kan som utgangspunkt ikke ta avgjørelser i strid med barnets beste. I akutte situasjoner er det helsepersonell som tar avgjørelsen, dette kan spesielt dreie seg om den første livreddende behandlingen etter et prematurt barn er født. I følge helsepersonell loven § 7 skal øyeblikkelig hjelp gis ”selv om pasienten motsetter seg det”. Dette gjelder også for barn og foreldre. Dersom foreldre ikke ønsker å bidra til nødvendig behandling, kan slik helsehjelp foretas etter hjemmel fra barnevernloven § 4-10 og § 4-11 (Onstad 2001, Brinchmann 2003).

Helsedirektoratets nasjonale veileder ved beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende (2009) viser til at en hovedregel i norsk helserett er at det er pasientene selv som bestemmer både om de vil ha behandling, og om de ikke vil. Pasienter som vil behandles, har i noen grad innflytelse på hva slags behandling de mottar, og eventuelt hvordan behandlingen gjennomføres. Det er likevel atskillige begrensninger i selvbestemmelsesretten på dette punkt da all behandling må være forsvarlig.

Hvis et barn har et påtrengende behov for helsehjelp og foreldrene ikke gir samtykke, har helsepersonell plikt til å informere barnevernet. I slike situasjoner kan foreldrene midlertidig bli fratatt foreldreansvaret, og barnevernet vil kunne samtykke i at nødvendig behandling blir gitt (Befring & Onstad 2001). Molven (2000) uttaler at det ikke er opplagt at helsepersonell og barnevern kan gå mot foreldrenes ønsker hvis det er stor sannsynlighet for at for at barnet vil få store mentale og /eller vil bli avhengig av respirator behandling, men han viser til at slike spørsmål ikke har vært rettslig prøvd i Norge (Brinchmann 2003).

Hvis helsepersonell ønsker å avslutte medisinsk behandling, fordi behandlingen synes nytteløs, kan foreldrene klage dersom de er uenige. I pasientrettighetsloven § 2.1 heter det at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp, pasienter har videre rett til nødvendig spesialisthjelp (pasientrettighetsloven, kapittel 7, Syse 2001).

Foreldrene har rett til å være inkludert i avgjørelser omkring barnet, men kan ikke kreve behandling som behandlingsansvarlig ikke finner faglig forsvarlig. Behandlingsteamet må informere foreldrene nøkternt omkring barnets situasjon og prognose, samt holde de oppdatert om utviklingen av barnets tilstand. Det er også helsepersonellens oppgave å informere på en måte som er tilpasset foreldrenes situasjon, man må også være oppmerksom på at måten informasjonen gis på kan påvirke foreldrenes avgjørelser. Helsepersonell har først og fremst ansvar for at barnet får god helsehjelp og ikke utsettes for unødig lidelse (Helsedirektoratets nasjonale veileder ved beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende 2009).

I tillegg til lovverket er profesjonsutøveren sterk bundet til yrkesetiske retningslinjer, som gir uttrykk for etiske normer og standarder som ofte vil være sammenfallende med lovbestemte krav (Norsk Sykepleieforbund 2003).

I tillegg til denne beskrivelsen av lovverket ønsker jeg å kort kommentere *forskning*, årsaken til at jeg velger å komme inn på barn og forskning er på bakgrunn av den medisinske

behandlingen som omfatter premature barn. Som tidligere nevnt har nyfødmedisin vært i en rask utvikling. Nye medisiner og teknologi er tatt i bruk, og nye behandlingsformer har blitt, og blir av erfaring fortsatt utført/forsøkt. Det har på denne måten ført til nyvinninger og tilførsel av verdifull kunnskap, og ikke minst ført til at flere barn overlever, men jeg er av den mening at en del av behandlingen kan regnes som forskning, og det er viktig at vi som helsepersonell er bevisst på vår rolle og ikke glemmer barnets rettigheter, og vår informasjonsplikt.

Om bevisstløse eller mentalt uføre pasienter sier Helsinki – deklarasjonen at tillatelse fra ”den nærmeste ansvarlige slektning” skal innhentes.¹⁴ I noen tilfeller antar man et såkalt ”presumert samtykke”: når samtykke ikke kan innhentes, og det ikke foreligger grunner til å anta at pasienten ville motsette seg å delta i forsøk, eller det kan antas at det var i pasientens interesse at forsøket ble gjort (Tranøy 1985).

Formynder prinsippet gjelder også for mindreårige. Tranøy (1985) viser til at det har vært stor uenighet om hvorvidt og i hvilken utstrekning man bør tillate medisinsk forskning på barn (utover systematisk observasjon av behandling osv). Fysiologisk og medisinsk sett er barn ikke å betrakte som ” små voksne”. Derfor kan man ikke få den nødvendige medisinske viten uten å drive forskning på dem. I Storbritannia var det en tid ens oppfatning av at det var moralsk uforsvarlig å drive forsøk på barn. Bestemmelsen ble etter en tid opphevet, og ble begrunnet med at den pris man betaler for å gi avkall på oppnåelig medisinsk viten om syke barn, er at barn utsettes for sykdom, lidelse og død som kunne vært forhindret. Prisen ved å avstå fra slik forskning synes derfor moralsk sett høyere enn prisen ved eventuelt å krenke barns autonomi og integritet som personer (ibid).

¹⁴ <http://etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/>.
[Lest 11.april 2010].

3.2.3.2. Profesjonsutøverne og lojalitet ovenfor arbeidsgivers ordre

Styringsrett

Helsepersonell er som andre ansatte underlagt et arbeidsgiveransvar; herunder arbeidsgivers styringsrett (arbeidsgivers rett til å lede, fordele og organisere arbeidet). I kraft av styringsretten påligger det helsepersonellet som utgangspunkt å følge de instruksjoner arbeidsgiver/leder gir.¹⁵ Plikten er derimot ikke absolutt, for i henhold til helsepersonelloven § 4, har det enkelte helsepersonell et selvstendig ansvar for at deres virksomhet er forsvarlig. Det innebærer at helsepersonellet har rett og plikt til å motsette seg instruksjoner som innebærer uforsvarlig atferd i forhold til pasienten. Men loven påpeker også at der instruksjonen fra overordnet anses som forsvarlig, men helsepersonellet er uenig i denne ut fra hensiktsmessige grunner, inntreder det ingen rett for helsepersonellet å reservere seg (Norsk sykepleierforbund 2003).

Lojalitet

Lojalitet er det organisatoriske begrepet for troskap, når man ansetter nye medarbeidere krever man lojalitet mot organisasjonen (Aadland 2004).

Profesjonsutøverne ved sykehuset har alle en funksjonsbeskrivelse knyttet til sin stilling. Funksjonsbeskrivelser for ledere, sykepleiere og leger med krav som inneholder demokratiske og økonomiske verdier. I følge Jacobsen (2006) er lojalitet knyttet til demokratiske verdier, der politikken kan skifte når politikerne skiftes ut. Han mener også det er bevist at lojalitet skifter fra situasjon til situasjon, og er ofte forbundet med valg mellom verdier og ulike idealer (ibid). Profesjonsutøveren får moralske problemer når han på grunn av innsparinger (økonomiske verdier) ikke kan gi pasientene den pleien/behandlingen han mener er den beste. Det strider i mot profesjonsutøverens yrkes etikk å måtte velge lojalitet til arbeidsgiver ordre, i stedet for hensyn til samfunnsmedlemmers behov og egen profesjonelle kunnskap (Lundqvist 1998). Dette er også et trekk ved fagbyråkratier som ble nevnt i kapittel 1. Profesjonsutøverne ønsker å være selvgående uten innblanding i hvordan faget utøves, det gis dermed ikke mye rom for ledelse (Strand 2006).

¹⁵ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/1997/nou-1997-25.html?id=141157>. Arbeidsgivers styringsrett. NOU 1997:25 15.2. Se også Lundqvist kapittel 3.2.2

3.2.3.3. Profesjonsutøverne og hensynet til samfunnsmedlemmenes behov

Brukerperspektivet

Lundqvist (1998) er opptatt av medborgerens ansvar for å fremme allmennhetens beste, og mener man glemmer medborger rollen ved betoning av bruker rollen. Han påpeker at faren med betegnelsen bruker, er økt egoisme og lite vekt på demokrativerdiene (ibid).

Bruker og kunde perspektivet var en del av New Public Management (NPM) reformen som ble merkbar i offentlig sektor fra 1980. Her legges det mer vekt på brukerstyring gjennom fritt valg i et marked, som for eksempel ved fritt sykehusvalg, og rollen som politisk ansvarlige borgere nedtones. I tillegg ser man blant annet tiltak som; økt konkurranseeksponering og privatisering (helse på anbud), desentralisering, og mål, ramme og resultatstyring (Kolstad Hansen & Negaard 2006).

Ramsdal og Skorstad (2004) betegner brukerperspektivet som et uttrykk for en endring fra en passiv rolle som tjeneste mottager, til en aktiv rolle der en kan velge ytelser ut fra egendefinerte behov. Der den offentlige sektor tidligere definerte brukernes behov og foreskrev tiltak, skal en nå legge til rette for at brukernes egendefinerte behov og ønsker blir ivaretatt.

Helge Hernes (2002) omtaler de som profesjonelle brukere, og viser til at brukerne har store kunnskaper og store forventninger, at personer veksler mellom å være profesjonelle og brukere, og at de bidrar til at tjenestene blir best mulig.

Samtidig som folks forventninger til de offentlige tjenestene øker, øker også deres muligheter til å ivareta sine rettigheter, og til å stille krav. Hernes (2002) mener at de som kan finne frem i informasjonssamfunnet kan stille med en større ekspertise på sine smale områder enn det den profesjonelle vanligvis gjør. For selv om spesialisering i de fleste fag innebærer at fagfolk arbeider på snevret fagfelt, er de mer bredde orienterte enn dedikerte brukere, som kan konsentrere sin interesse om et område, for eksempel egen sykdom.

I løpet av de årene jeg har arbeidet ved Sykehuset er det tydelig at kravene til helsetjenesten har forandret seg. Brukerne har mer innsikt og kunnskap om egen sykdom, og er mer aktivt inne i behandlingen. En årsak til dette er nok den informasjons teknologiske utvikling og dens muligheter. Brukerne her er barn som ikke klarer å formidle ønsker, og stille krav selv, her er det pårørende som på vegne av barna gjør dette. Hernes (2002) beskriver de pårørende som indirekte brukere av de offentlige tjenestene, de har ikke det samme hjelpe og

omsorgsbehovet som primærbrukerne, og deres rolle i samhandlingen med de profesjonelle tjeneste produsentene kan være betydelig. Det er pårørende som er de indirekte brukerne til pasientene, de kan være preget av den sykdommen pasientene har, men ikke alle sykdommer skaper traumatiske forhold for de pårørende (ibid). De ansatte ved nfi arbeider med de pårørende rundt seg til enhver tid, det gjelder som Hernes påpeker, å utnytte potensialet til brukerne (her: de indirekte brukerne), slik at de medvirker konstruktivt i samhandling med de profesjonelle tjenesteprodusentene.

Behov

Finn Henry Hansen (1979) mente utbyggingen av helsesektoren bare har økt befolkningens krav om helseservice. Noe som støttes av Jacobsen (2006) som viser til Lipskys påstand om at så lenge et tilbud er gratis (noe som i stor grad gjelder for offentlige tjenester) vil det ikke være grenser for konsum, og etterspørselen vil alltid overstige tilbudet. Og jo bedre kvaliteten er desto større blir etterspørselen, noe som igjen vil øke ressurs presset.

På bakgrunn av utfordringen med å prioritere behovet for helsetjenester er det i NOU 1997:18 ”prioritering på ny”, anbefalt tre hovedkriterier med hensyn til prioriteringen. Dette er (i kort versjon); Pasientens tilstand, forventet nytte av behandlingen, og kostnadseffektivitet (kostnaden bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte)(Ringstad 2004). Det er allikevel flere problemer knyttet til prioriteringene. Og Ringstad (2004) mener gapet mellom idealer, prinsipper og prioriteringskriterier på den ene siden og praksis på den andre siden fortsatt vil være tilstede. Kolstad Hansen & Negaard (2006) påpeker også at helsevesenet ikke bare er til for å dekke brukernes individuelle behov, men også for å dekke samfunnsmessige behov og krav.

3.2.3.4. Profesjonsutøverne og respekten for profesjonell kunnskap

Kompetanse

Kompetansebegrepet er sammensatt og flerdimensjonalt, og har blitt definert på en rekke ulike måter, Linda Lai (1997) viser til at begrepet kompetanse opprinnelig stammer fra den latinske termen *competentia*, som betyr; ”å være funksjonsdyktig eller å ha tilstrekkelig kunnskap, vurderingsevne, ferdigheter eller styrke til å utføre oppgaver og oppnå ønsket resultat” (Lai 1997: 31).

Begrepet kompetanse er derfor opprinnelig knyttet til utøvelse av aktiviteter og oppgaver som betegnes som ønsket. Jeg vil i min oppgave å benytte meg av følgende definisjon:

”Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål” (Lai 1997: 32).

Kompetansekomponentene, kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger, regnes som kjernekomponenter i kompetanse på individnivå. Kort sagt handler kunnskaper om ”å vite”, ferdigheter om ”å gjøre”, mens evner viser til grunnleggende egenskaper og forutsetninger i form av personlighet og mentale ressurser (ibid). Dette er elementer som jeg mener er grunnleggende for profesjonsutøvere i helsevesenet, og jeg ønsker derfor å gå nærmere inn på hver enkelt kompetansekomponent.

Kunnskap

Lai (1997) viser til at kunnskap på mange måter kan betraktes som en persons data eller informasjonsbase. Den henviser dermed til det en vet eller tror at man vet. Kunnskap kan deles inn i flere klasser, og på bakgrunn av min problemstilling ønsker jeg å gå videre med følgende inndeling; deklarativ, kausal og prosedyrisk kunnskap.

Deklarativ kunnskap er av rent beskrivende karakter, og kan kalles informasjon eller faktakunnskap, dette kan for eksempel være den teoretiske medisinske kunnskap som profesjonsutøverne innehar, og som jeg tidligere har omtalt som episteme.¹⁶

¹⁶ Se kapittel 3.2.1 vedrørende episteme, techne og phronesis

Kausal kunnskap er antagelser om årsakssammenhenger og relasjoner, enten av generell eller spesifikk natur, for eksempel antagelser om sammenhenger mellom organisasjonsstruktur og profesjonsutøvernes ytelse.

Prosedyrisk kunnskap er derimot knyttet til konkrete, praktiske prosesser og metoder.

- techne. Dette er for eksempel kunnskap om aktuelle fremgangsmåter eller problemløsningsmetoder, og er ved nyfødttintensiv og sykehuset generelt kjent som etablerte prosedyrer og behandlingsformer innen sykepleie og medisin.

En stor del av en persons kunnskap er ikke bevisst og eksplisitt, men derimot implisitt eller såkalt taus kunnskap ("tacit knowledge"). Taus kunnskap er verken åpenbar eller tilgjengelig gjennom selvransakelse, og kan derfor ikke formidles til andre gjennom muntlig forklaring (Lai 1997 og Nygren 2004). Årsaken til at en så stor del av vår kunnskap er taus, har sammenheng med at læring ofte skjer gjennom ubevisste, automatiserte mekanismer, prosedyrene er rutinisert og gjør det mulig for praktikerer å være mindre aktpågivende ovenfor detaljer i prestasjonene og konsentrere seg om annen viktig informasjon, for eksempel, å kunne forstå og handle i situasjoner som avviker fra de typiske (Lai 1997 og Lahn & Jensen (2008). Graden av taus kunnskap øker med innlæringsnivå og ekspert nivå, noe som kan være en utfordring i praksis med hensyn til ekspertens evne til å uttrykke og formidle sin kunnskap direkte til andre (Lai 1997). Med det mener jeg spesielt prosedyrisk kunnskap, som man etter hvert gjør automatisk på grunn av lang erfaring, og til slutt klarer man ikke å forklare hvorfor man utfører det på den måten. Det kan også forklares med at taus kunnskap er som å handle på "autopilot", og at kunnskapen sitter i ryggmargen (Nygren 2004). Taus kunnskap er da en form for yrkesrelevant kunnskap, eller handlingskunnskap (phronesis), og knyttes til kunnskap tilegnet gjennom erfaring (Grimen 2008).

Kunnskap og skjønn

Profesjonelt arbeid beskrives ofte som skjønnbasert. Skjønn sees på som en uomgjengelig side ved en type praksis som anvender generell kunnskap, nedfelt i handlingsregler, på enkelttilfeller. Allmenne handlingsregler gir sjelden entydige konklusjoner om hva som bør gjøres i konkrete tilfeller. For å fatte slike beslutninger må man også bruke dømme kraft. Uten beslutningssituasjoner med en viss grad av ubestemthet, og skjønn i utføringen av oppgaver, vil det neppe finnes grunnlag for en profesjons krav om legitim kontroll over visse arbeidsoppgaver. I fravær av ubestemthet ville oppgavene kunne utføres mer eller mindre

mekanisk. Da ville det være det samme hvem som utførte dem. På den andre siden må det finnes en kunnskap som kvalifiserer for utførelsen av disse oppgavene som kan systematiseres og kommuniseres, og dermed læres. Hvis ikke, ville det ikke finnes noe grunnlag for en spesifikk og sertifiserende utdanning, som er et profesjonskjennetegn (Molander & Terum 2008).

Grimen og Molander (2008) mener det ikke finnes en fullt dekkende teori vedrørende skjønn, men forsøker allikevel å skissere et begrepslig rammeverk som kan fange inn hva det er å utøve skjønn, og ser på noen av de problematiske sidene ved skjønnsutøvelse.

De velger i sin beskrivelse av begrepet skjønn å vise til Thomas Hobbes (grunnleggeren av moderne politisk filosofi) fortegnelse over forskjellige intellektuelle dygder. En av disse er "discretion" eller skjønn. Det norske ordet skjønn kommer fra det norrøne ordet skyn, og betyr noe slik som "omdømme, forstand, dømmekraft, vurdering og vett" Bedømmelsen kan gjelde hvorvidt et utsagn er sant eller oppriktig, en handling formålstjenlig eller riktig, en tilstand normal, ønskverdig eller rettferdig. Hobbes viser her til at utskillelsen ikke alltid er lett, og at det er flere ting som kan gjøre det vanskelig. Det kan for eksempel være slik at objektet som skal bedømmes ikke kan innordnes under en entydig beskrivelse. For å avgjøre om en handling er formålstjenlig må dens virkning vurderes. Enhver handling kan ha også ha uheldige sidevirkninger. Alt dette gjør det vanskelig å bedømme om en handling er formålstjenlig.¹⁷

Grimen & Molander (2008) viser også til Dworkins metaforiske bilde av det faglige skjønnnet som en smultring. Den strukturelle siden er ringen rundt hullet og utgjør de restriksjoner og standarder som er fastsatt av myndighetene. Det åpne rommet i smultringen utgjør det frie rommet den profesjonelle har til å vurdere situasjonen og ta beslutninger basert på skjønn (Grimen & Molander 2008). Den strukturelle siden har innvirkning på skjønnets frie rom, og kan derfor sies å være en del av den epistemiske siden. Jeg mener de fleste forskrifter og standarder sjelden er direkte anvendbare, men krever fortolkning. Faglig forsvarlig praksis betinger derfor kunnskap. At tilgjengelig kunnskap skal komme pasienten til gode, kan ikke tas for gitt.

¹⁷ Se også kap om handling og beslutninger.

Kunnskap og makt

Morgan (1988), beskriver makt som det middelet som til slutt løser interesse konflikter. Makt virker inn på hvem som får hva, når og hvordan. Det er vanskelig å finne en klar og ensartet definisjon på hva makt er. Noen ser på makt som en ressurs, dvs. noe man har eller eier.

Andre ser på makt som en sosial relasjon, som en form for avhengighet, dvs. som innflytelse over noe eller noen. Morgan viser til den amerikanske statsviteren Robert Dahl som hevder at makt har noe med ens evne til å få en annen person til å gjøre noe han eller hun ellers ikke ville gjort.

En tolkning som er interessant i forhold til om noen ansatte føler seg "overkjørt" i henhold til beslutninger, og ikke evner å fremme egne meninger.

En organisasjons formelle autoritet er den første, viktigste og mest opplagte maktkilden. Det er en form for legitim makt (autoritet), anerkjent av dem man samhandler med. Morgan (1988) refererer til Max Weber som hevdet at legitimitet er en form for sosial anerkjennelse som står helt sentralt. Den stabiliserer maktrelasjoner og oppstår som et resultat av at man anerkjenner at en person har rett til å herske over enkelte områder av livet, og det betraktes som en plikt å adlyde. Legitim autoritet har historisk vært understøttet av et eller flere av følgende trekk: karisma, tradisjon, eller lovregler. Karismatisk autoritet foreligger når folk respekterer et menneskes spesielle kvaliteter (karisma = nådegave), og når disse kvalitetene gir karismatikerens rett til å opptre på deres vegne. Tradisjonell autoritet oppstår når folk respekterer sedvane og fortidens rutiner og utstyres dem som innehar disse tradisjonelle verdiene med autoritet. Byråkratisk eller rasjonelt - legal autoritet oppstår når folk hevder at maktutøvelsen hviler på korrekt anvendelse av formelle regler og prosedyrer. Å utøve byråkratisk autoritet betyr å tilkjempe seg maktens rettigheter gjennom prosedyremessige metoder, som for eksempel å dokumentere yrkesmessige kvalifikasjoner i et meritokrati (Morgan, 1988).

Morgan (1988) hevder at det i de fleste organisasjoner er byråkratisk autoritet som er den klareste formen for formell autoritet, og at den vanligvis er knyttet til den posisjonen man innehar. De ulike posisjonene er definert som plikter og rettigheter som skaper et innflytelsesfelt som man legitimt kan operere innenfor, med formell støtte fra de man jobber sammen med. En overlege gis "retten" til å instruere dem som er under hans eller hennes "kontroll". De formelle posisjonene på organisasjonskartet definerer felter med delegert autoritet. Morgan mener at i den grad autoritet kan omformes til makt gjennom samtykke fra

dem som står under en bestemt kommando, er autoritets strukturer også en maktstruktur. Det vil si at autoriteten bare er effektiv når den er legitimert nedenfra, som igjen betyr at maktpyramiden i et organisasjonskart innebærer at både de som befinner seg på bunnen og toppen av pyramiden sitte inne med betydelig makt.

Grimen & Vågan (2008) refererer til Foucault som mener at makt er sammenvevd med kunnskap. Makt og kunnskap betinger hverandre ved at kunnskap utvinnes ved makt, og makt utøves ved hjelp av kunnskap. I kunnskap artikuleres makt, og i makt artikuleres kunnskap. Profesjoners makt er basert på at de kontrollerer kunnskap, og dermed ”fortolkningsmidler”. Når de i tillegg har rollen som portvakter som avgjør hvem som er berettiget velferdsgoder, øker innslaget av makt i relasjon til dem som er avhengig av deres tjenester. Velferdsstaten utgjør i denne forstand et grunnlag for profesjoners makt (Molander & Terum 2008).

Ferdigheter

Ferdigheter kan defineres som evnen til å utføre komplekse velorganiserte, adferdsmønstre på en smidig og tilpasningsdyktig måte for å nå definerte mål. Ferdigheter er derfor den kompetanse komponenten som er nærmest knyttet til konkret praktisk handling. Ferdigheter er derfor enklere å måle enn kunnskaper, evner og holdninger. Lai (1997) mener også at ferdigheter, kan utvikles gjennom erfaring og trening over tid, samt gjennom observasjon og imitering av andres atferd, hun nevner også at disse læringsformene vil bidra til utvikling av taus kunnskap. Jeg ønsker også å vise til Nygren (2004) som beskriver yrkesrelevante ferdigheter, hvor yrkesrelevante ferdigheter er ferdigheter som en person har opparbeidet seg gjennom ulike deler av livet, enten privat, utdanningsmessig eller i yrkesfæren.

Det er alle ferdigheter som i konkret profesjonell praksis viser seg å være en ressurs i profesjonsutøverens oppgaveløsning innenfor de profesjonelle virksomheter som samfunnet til enhver tid erklærer som legitime for den aktuelle profesjonsutøvers yrkespraksis.¹⁸

Evner

I følge Lai (1997) gjenspeiler evner et individs potensialer i form av stabile egenskaper, kvaliteter, talenter og øvrige trekk som påvirker mulighetene til å utføre en oppgave, og for å

¹⁸ Se også kapittel 3.2.1 Etikk

tilegne seg og anvende nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Eksempler på dette kan være graden av kreative, analytiske, intuitive eller verbale evner, temperament eller mentale ressurser. Men også som Kaufmann & Kaufmann (1996) kommer inn på; grunnleggende personlighetstrekk som blant annet graden av omgjenglighet, åpenhet og samvittighetsfullhet. Evnekomponenten påvirker derfor de andre kompetansekomponeentene, men ikke visa versa, dette fordi evner er av stabil og grunnleggende karakter, og lar seg lite påvirke gjennom tilegnelse av nye kunnskaper, ferdigheter eller holdninger. Lai (1997) påstår derfor at evner ikke kan utvikles eller modifiseres, men danner en grunnleggende ballast og er en premissgivende komponent i kompetanse.

Holdninger

Jeg har allerede ved hjelp av Johansen & Vetlesen (2003) beskrevet holdninger som en moralsk dyd,¹⁹ som sier noe om hvordan vi er som mennesker, og hvordan vi møter og mestrer følelser. Lai (1997) viser til ulike oppfatninger om holdningskomponenten skal være en del av kompetansekomponeent, men peker på at flere teoretikere mener at holdninger både påvirker oppgaveutførelse direkte, og danner grunnlaget for å vurdere om en person er kompetent eller inkompetent i forhold til spesifikke oppgavene. Hun påpeker videre at dette er særlig åpenbart i forbindelse med oppgaver knyttet til behandling av mennesker, og hvor graden av kompetanse knyttet til denne oppgaven ikke bare vil være avhengig av faktiske kunnskaper og ferdigheter, men også i stor grad av holdninger som den enkelte har. Nygren (2004) og Lai (1997) beskriver også at holdninger har betydning for kompetanse i en videre forstand, idet holdninger påvirker tilegnelse så vel som utnyttelse av kompetanse. På grunn av dette kan det være hensiktsmessig skille mellom jobbrelaterte holdninger som omhandler meninger, oppfatninger og verdier som er direkte knyttet til aktuelle oppgaver og funksjoner. Og selvrefererende holdninger, som subjektiv mestringstro og selvfølelse, sett opp mot utnyttelse og mobilisering av kompetanse på et mer generelt plan. Kaufmann & Kaufmann (1996) og Nygren (2004) stiller spørsmålet om hvor godt samsvaret er mellom holdning og handling, noe som bringer meg videre til kapittelet vedrørende handling og beslutningsteori.

¹⁹ Se Kapittel 3.2.1. Etik

Handling og beslutningsteori

Kjernen i en analytisk beslutningsprosess er å vurdere handlingsalternativer med et påfølgende valg mellom disse.

Beslutninger kan klassifiseres i forhold til konsekvensenes omfang og kvalitative aspekter ved beslutningsprosessen. Herunder *operasjonelle* beslutninger som har kortvarig effekt og er rutinemessig preget, eller *taktiske* beslutninger som har litt mer langsiktig effekt, og har et mindre rutinemessig preg, og til slutt *strategiske* beslutninger som har langsiktig effekt, og angår gjerne en eksplisitt målsetning for enn gitt organisasjon (Kobbeltvedt og Brun 2005). Man kan også klassifisere beslutninger i forhold til hvor mye usikkerhet beslutningene innebærer, og beslutninger som innebærer mange usikkerhetsmomenter, som for eksempel beslutninger som angår mennesker, som pasientene denne oppgaven omhandler, har en høy grad av usikkerhet (ibid).

Kobbeltvedt og Brun (2005) viser også til Gordon som påstår at uansett hvordan man velger å kategorisere beslutninger så går en beslutningsprosess stort sett gjennom de samme fasene. Første fasen er *identifisering av problemet*, hvor fasen preges av innhenting av informasjon, neste fase blir å definere beslutningens *målsetning*, og tredje fase omhandler *valg av metode*. Garbage-can modellen derimot viser til at beslutninger ikke nødvendigvis fattes i en sekvensiell prosess hvor problemet kommer først og løsningen kommer som en konsekvens av problemet. Garbage-can modellen er en forklarende modell basert på teorien om begrenset rasjonalitet. Modellen bygger på en forestilling om at en strøm av problemer, løsninger, deltakere og beslutningsmuligheter hele tiden flyter gjennom virksomheten (Cohen m.fl, 1972). Våre beslutninger er heller ikke bare et resultat av rasjonell vurdering, men styres også av våre følelser (Kobbeltvedt & Brun, 2005). Følelser hjelper oss i beslutningsprosessen. 4).

Ideen om perfekt rasjonalitet (economic-man) som bygger på en antakelse om at vi har klare mål, full informasjon om alternative løsninger, kompetanse til å rangere løsningene og velger det beste alternativet, er ikke ment som en beskrivelse av virkeligheten (Simon, 1997). Simon (1997) bruker begrepet "Det administrative mennesket" som motvekt til det "Perfekt rasjonelle mennesket". Vi har ikke forutsetninger til å handle perfekt rasjonelt når vi tar beslutninger uansett hvor mye vi ønsker det. Begrenset rasjonalitet er en deskriptiv fremstilling på hvordan beslutninger fattes, i forhold til den mer normative ideen om economic - man. Begge disse modellene tar utgangspunkt i at beslutninger er formålsrasjonelle. Det vil si at vi bruker bestemte midler for å nå våre mål.

Weber skiller mellom fire hovedtyper typer av handling. Det er *tradisjonsbundne* handlinger, i den forstand at den handlende knapt tenker over grunnlaget for at noe gjøres. Det kan være *følelsesmessige* handlinger som vi ikke uten videre kan begrunne fornuftmessig, men at vi handler på bakgrunn av en stemning eller et dypt engasjement. *Rasjonelle* handlinger er begrunnet på en mer omfattende måte, gjennom fornuftig og langsiktig planlegging.

Av rasjonelle handlinger beskriver Weber to hovedtyper; formålsrasjonelle og verdirasjonelle handlinger. De formålsrasjonelle handlingene er basert på mål – middeltankegang hvor man bruker de midler som best fører frem til målet. Den handler formålsrasjonelt som orienterer sine handlinger etter mål, midler og utilsiktede virkninger og dermed rasjonelt *avveier* midler mot mål, mål mot utilsiktede virkninger, så vel som forskjellige mulige mål mot hverandre, og altså *verken* handler affektuelt (og i hvert fall ikke emosjonelt) eller tradisjonelt (Weber, 1999:44). Han beskriver videre at valget mellom konkurrerende og kolliderende mål og følger kan på sin side være verdirasjonelt orientert; i så fall er handlingen bare formålsrasjonell i sine midler.

Med verdirasjonelle handlinger menes handlinger som er gode i seg selv uten tanke på umiddelbare virkninger (Weber, 1999:11). Handlingens mening ses ikke i resultatet, men i handlingen som sådan. Virkninger og resultater er dermed konsekvenser av handlingen. Det viktigste skillet mellom formålsrasjonalitet og verdirasjonellitet er betydningen som handlingens *konsekvenser* blir tillagt innenfor den handlendes egen horisont (Weber, 1999:11).²⁰ Sett fra formålsrasjonalitetens standpunkt er verdirasjonelliteten imidlertid alltid irrasjonell. Det vil si jo mer den verdi som handlingen orienteres etter blir betegnet (brukt som) absolutt verdi, jo mer irrasjonell er handlingen. Og jo mer verdirasjonelliteten utelukkende tar handlingens egenverdi (rene hensikter, pliktetrohet) i betraktning, jo mindre reflekterer man over handlingens følger (Weber 1999:44).

Brunsson (2006) skiller mellom beslutningsrasjonalitet og handlingsrasjonalitet. En utpreget rasjonell beslutningsprosess hvor flere alternativer blir analysert og vurdert vil hemme gjennomføringen av beslutningen. Det blir så mange fordeler og ulemper med de forskjellige alternativene at ikke noe alternativ virker bra nok. Når det endelig blir fattet en beslutning er forpliktelsen til beslutningen såpass lav at den ikke blir gjennomført. Han mener videre at beslutninger fattet på bakgrunn av ideologier lettere fører til handling en rasjonelle beslutninger fordi en rasjonell vurdering av fordeler og ulemper vil føre til handlingslammelse (Brunsson 2006).

²⁰ Se også kapittel 3.2.1 vedrørende etikk

4.0 Metode og design

Dalland (2007) beskriver metode som en fremgangsmåte om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig måte.

Jeg har et ønske om å belyse problemstillingen vedrørende forutsetninger for profesjonsutøverens beslutninger innen nyfødtdmedisin. I tillegg ser jeg muligheten til å innhente informasjon fra egne ansatte som kan brukes i den videre planlegging av driften ved avdelingen, samt undersøke deres beslutningskompetanse. Hva slags undersøkelses design og metode jeg ønsker å bruke for belyse dette skal jeg beskrive i de påfølgende kapitler.

4.1 Undersøkelsesdesign

Bakgrunn for utarbeidelse av problemstillingen var tidligere arbeid med en oppgave som fokuserte på prioritering i helsevesenet.²¹ Det engasjerte meg til å se nærmere på beslutninger innen nyfødtdmedisin, et fag jeg kjenner godt etter mange års praksis med denne pasientgruppen.

I mitt tilfelle er jeg interessert i å se på profesjonsutøvernes bakgrunn for beslutninger i en bestemt kontekst, og jeg har et ønske om å få frem en helhetlig og så nøyaktig beskrivelse av fenomenet som mulig. På bakgrunn av dette, har jeg valgt et intensivt studie, som kjennetegnes ved at man går i dybden på noen få enheter, men har flere variabler for å forsøke å få frem så mange nyanser og detaljer som mulig. Med få enheter kan det være vanskelig å teste ut hypoteser i en forklarende(kausalt)undersøkelse, jeg viser heller ikke til flere undersøkelser (målinger) som er gjort over tid vedrørende tilsvarende problemstilling. I min undersøkelse ønsker jeg å beskrive profesjonsutøvernes forutsetninger for beslutninger i nyfødtdmedisin. Det blir da en undersøkelse som beskriver en situasjon på et gitt tidspunkt med hensyn til arbeidsoppgaver og ansatte, det vil si en beskrivende (deskriptivt) undersøkelse, som kan betegnes som et tverrsnitt studie (Hellevik 2003, Jacobsen 2005).

²¹ I hvilken grad kan profesjonsutøverens prioritering av relasjonene forklare helsesektorens situasjon? Skrevet av Eirin Paulsen 2007/2008.

4.2 Utvalg av enheter (respondenter)

Enhet er undersøkelsesobjektet som det innsamles data om, enheten kan være en organisasjon, men vanligvis tenker vi oss at det er individer, mennesker, noe som er tilfellet i min undersøkelse. Jeg vil videre betegne enheter som respondenter.

Ved å bare studere et utvalg av de respondentene som problemstillingen gjelder, oppnår man å redusere kostnadene ved datainnsamling og behandling. I tillegg kan jeg sikre meg data av en bedre kvalitet, ved at hver respondent kan studeres grundigere. Faren ved å studere et lite utvalg respondenter er da at undersøkelsen er begrenset til å ha en gyldighet som er begrenset til det utvalget jeg skal undersøke. Det vil si at jeg får et generaliseringsproblem. For å unngå dette er jeg avhengig av å velge respondenter som er et representativt utvalg for alle relevante respondenter. At utvalget er representativt, vil si at resultatene for utvalget blir tilnærmet de samme som en ville fått om en ville undersøkt samtlige respondenter (Hellevik 2003).

Første steget i utvelgelsesprosessen er at jeg bestemmer meg for antallet respondenter jeg behøver å undersøke, den såkalte teoretiske populasjonen. Neste steget for meg ble å vurdere respondentene ut fra et tidsperspektiv, det vil si ut fra hvor lenge respondentene har arbeidet ved nyfødtintensiv, eller har tilsvarende praksis. Jeg begrenset her respondentene til en tidsramme på fem års praksis erfaring.

Etter å ha kartlagt respondentene gjør jeg først et tilfeldig utvalg av det antallet jeg har bestemt meg for når det gjelder sykepleierne, jeg går deretter kritisk gjennom listen for å forsikre meg om at jeg velger respondenter som gir både bredde og variasjon. I og med at jeg har god kunnskap om respondentene, har jeg har også vært bevisst på å velge respondenter som jeg mener kan gi meg god og nyttig informasjon (Hellevik 2003 og Jacobsen 2005). Ved dette valget er jeg klar over at jeg ubevisst kan ha vært subjektiv, og valgt personer som jeg vet kan gi de svarene jeg ønsker, noe som da fører til en lite reliabel undersøkelse.

På bakgrunn av disse elementene valgte jeg 35 respondenter, som igjen ble sortert i undergrupper med hensyn til profesjon. Undergruppene ble sykepleiere, spesialsykepleiere, overleger og leger i spesialisering (LIS). Det har også vært et bevisst valg å ha både spesialsykepleiere og sykepleiere med i undersøkelsen da det gir en mulighet for å se om videreutdannelsen har noen betydning for besvarelsene. Jeg krysstester besvarelsene for å se hvilken yrkesgruppe som har svart hva. Men jeg ser at jeg ikke kan legge dette frem i oppgaven. Det er et lite miljø, få respondenter, og faren for å røpe identiteten til respondentene vil da være alt for stor.

4.3 Datainnsamlingsmetode

I en kvantitativ undersøkelse skaffer forskeren seg sammenlignbare opplysninger om et større antall enheter, og uttrykker dette i form av tall. Mens man i kvalitative undersøkelser som regel vil ha færre enheter, og opplysningene vil bli presentert ved hjelp av tekst (Hellevik 2003).

Jeg hadde et ønske om å skaffe meg standardisert informasjon som var lett å behandle, og som både var tid og kostnadsbesparende. Selv om antall enheter er få er det allikevel flere enn jeg ville hatt mulighet til å undersøke ved en ren kvalitativ metode, noe som vil gi et representativt utvalg, og høy ekstern gyldighet. Dette er en fordel da det gir meg muligheten til å beskrive et gitt forhold relativt presist, spesielt når det gjelder utstrekning eller omfang av et fenomen. Ulempen ved den kvantitative metoden er at den kan gi et overfladisk preg på undersøkelsen, det er vanskelig å gå i dybden, og gjør det umulig å få frem alle individuelle variasjoner som finnes i en gruppe mennesker. I tillegg har standardiserte spørreskjemaer ikke rom for opplysninger om forhold som ikke er med i spørreskjemaet, det blir derfor sagt at denne metoden ofte har problemer med begrepsgyldigheten (Jacobsen 2005).

På bakgrunn av min problemstilling ser jeg raskt at jeg ikke får frem alle nyansene jeg ønsker å belyse ved en ren kvantitativ metode, og et spørreskjema med kun lukkede spørsmål. Jeg har i tillegg til den standardiserte informasjonen et ønske om å få frem hvordan medarbeiderne ved nfi fortolker og forstår en gitt situasjon, jeg ønsker en mer nyansert beskrivelse av temaet.

Som jeg viser til, er det fordeler og ulemper ved de ulike metodene. Teorien beskriver også at det er mest vanlig å velge intensive og kvalitative studier når man har liten erfaring med fenomenene som skal studeres (Hellevik 2003). Jeg har lang og direkte erfaring med temaet, noe som også knyttes til kvantitative undersøkelser, og ser at den "optimale" løsningen for meg i forhold til min problemstilling, er å kombinere undersøkelsesopplegg med ulike tilnæringsmåter. Det vil si at jeg benytter meg av et standardisert spørreskjema med kombinasjoner av kvalitativ og kvantitativ data innsamling metode. Spørreskjemaet inneholder da lukkede spørsmål med svaralternativer, og åpne spørsmål hvor respondenten kan svare med sine egne ord.

Kombinasjon av metoder betegnes som flermetodedesign, og regnes som et ideal ved valg av metode. Kombinasjonen innebærer at vi søker å belyse samme problemstilling eller samme sosiale fenomen ved hjelp av forskjellige metoder (Hellevik 2003). Flermetodedesign er derimot mest beskrevet i forbindelse med kombinasjonen intervju som kvalitativ metode, og spørreskjema som kvantitativ metode. Og brukes ofte i forbindelse med at den ene datatypen

utnyttet som forberedelse til eller oppfølging av den andre (Grønmo 2002). Noe som gjør meg usikker på om metoden jeg benytter kan betegnes som flermetodedesign.

En annen datainnsamlingsmetode er observasjon, hvor det i noen tilfeller observeres et fenomen i sin naturlige sosiale sammenheng, mens det i andre tilfeller foregår observasjon i omgivelser som er spesielt arrangert for undersøkelsen. Det første kalles gjerne feltundersøkelser, det andre laboratorieundersøkelser (Hellevik 2003). Ved observasjon i naturlige sosiale situasjoner kan observatøren spille ulike roller. Ved *ikke- deltagende* observasjon er forskeren bare tilskuer til de fenomenene hun iakttar, mens man ved *deltagende* observasjon er medlem av det sosiale systemet undersøkelsen foregår innenfor (ibid). Jeg kan ikke finne noe teori som sier noe om at praktisk erfaring fra undersøkelsesenheten kan betegnes som observasjon. Jeg kommer allikevel til å benytte meg av egen erfaring ved drøftning av problemstillingen, og jeg har nok både bevisst og ubevisst brukt meg selv som ”empirisk medium”.²²

4.4 Å forske ved egen arbeidsplass

Å studere på deltid ved siden av en krevende leder jobb, og familie er utrolig krevende. Det tar tid og krefter, og jeg er enig med Repstad (2004) som uttaler at man skal ikke undervurdere den kilde til motivasjon og utholdenhet det kan være at forskeren er menneskelig berørt i forhold til det miljøet han eller hun forsker i. Dette har hatt stor betydning for meg, spesielt når det har ”battet” i mot har det hjulpet å ha et personlig engasjement til prosjektet. Det har vært godt å være i et kjent miljø, da det å sette seg inn i en ukjent kultur ville vært et stort merarbeid. Samtidig har jeg følt en stor støtte i mine kollegaer, som har vist interesse for det jeg har holdt på med.

Jeg har lang ”fartstid” i sykehuset, og fordelene kan da være som Nielsen Ry & Repstad (2004) beskriver det at man har faktiske kunnskaper om organisasjonen, eller vet hvor man skal finne dem. Jeg kan hverdagspråket, og kjenner organisasjonens ”fy-fenomener” jeg har også kjennskap til den uformelle organisasjonen. Dette er også en fordel ved utarbeidelse av spørreskjemaet, jeg gjør bruk av hverdagspråket i spørsmålsformuleringen, og jeg gjør bruk av min erfaring med hensyn til valg av spørsmål og fokus.

På bakgrunn av min erfaring fra avdelingen vet jeg hva som opptar den enkelte, og hva som vekker engasjement. Dilemmaer med hensyn til beslutninger, og etiske problemstillinger

²² Jacobsen, Dag Ingvar. Om å skrive masteravhandling. Høgskolen i Halden. 8 September 2009.

generelt er et engasjerende tema, i tillegg har avdelingen vært i gjennom en endring med hensyn til pasientbehandling, noe Nielsen Ry & Repstad (2004) betegner som viktige elementer i medarbeidernes, og eget engasjement i arbeidet med oppgaven.

Det er dessverre ikke utelukkende positivt å forske på egen organisasjon, for som Ry Nielsen & Repstad (2004) uttaler, kan det som direkte involvert være vanskelig å se ”skogen for bare trær”. Man er tett innpå begivenhetene og kan lett kan overta de gjengse lokalt herskende forklaringer på bestemte organisasjonsproblemer. Når man skal tolke data er det også vanskelig å unngå å la seg påvirke av sine forutfattede meninger og fordommer, bevisst eller ubevisst. Noe som kan føre til at mitt personlige engasjement kan bli en feilkilde for de erkjennelsene jeg måtte komme til.

Et annet dilemma kan være redselen for å ”trå noen på tærne” noe som kan føre til at nyanserte og avdekkende data gjennomgår en filtreringsprosess når man skal ha det hele ned på papiret, eller at forskeren er i en maktposisjon og besvarelsene er farget av ”lip service” som betyr at respondentene svarer det de tror du vil høre (ibid). Dette er aktuelt da jeg har vært leder for flere av respondentene i flere år, samt at jeg fra mai 2009 ble konstituert som avdelingssjef, noe som tilsier at jeg også er nærmeste leder for legegruppen. Dette kan farge besvarelsene, på tross av at respondentene er anonyme. Det er sensitive spørsmål som omfatter den enkeltes holdninger og kompetanse, og det kan være ønskelig å fremstå som ”bedre” enn det man er. Anonymiteten er heller ikke så lett å bevare blant legegruppen, dette fordi de er færre respondenter og lett å kjenne igjen pga ansienniteten i avdelingen. Dette er de også bevisst på selv, noe som kan føre til tilbakeholdenhet med hensyn til besvarelsene. Jeg stiller også spørsmål som omhandler holdninger og samarbeid, og får muligens greie på noe som tidligere har vært ”skjult” for meg som leder. For meg blir det viktig å behandle svarene med respekt, og ikke ”dømme” noen.

4.5 Spørreskjemaet

Spørreskjemaet er i stor grad preget av spørsmål med faste alternativer, en såkalt lukket tilnærming. Til enkelte spørsmål var det mulighet for respondentene til å utdype svarene, samt komme med egne kommentarer. Spørreskjemaet ble sendt ut på e-post, og anonymiteten ble ivaretatt ved at respondentenes brukernavn ble kodet til nummer, slik at det ikke var mulig å spore personen. Det er SPSS som er brukt undersøkelsen.

Fem valgkategorier er benyttet i de kvantitative spørsmålene. Midt kategorien ”verken-eller”, ble valgt på bakgrunn av argumentet til Jacobsen (2005), som sier at hovedgrunnen til å velge denne kategorien er å ikke påtvinge noen et svar de kanskje ikke mener noe om. På en annen side, mener noen at en midt kategori ”inviterer” respondentene til ikke å svare og vedkommende ”slipper” å tenke. Benytter man fire kategorier ”tvinger” man i større grad respondentene til å svare.

Konklusjonene er at det forskningsmessig ikke foreligger svar på hva som er den riktige løsningen (ibid).

Spørreskjemaet innledes med lette, nøytrale og ufarlige spørsmål, da en grei og enkel start motiverer respondentene til å fullføre besvarelsen (Ringdal 2007). Jeg har videre valgt å dele spørreskjemaet inn i tema områder som; kompetanse kartlegging, forhold til barn og pårørende, samarbeid og holdninger, og lover og regelverk. Jeg forholder meg til et tema av gangen, for å forsøke å unngå å forvirre respondentene, jeg har også startet med å stille generelle spørsmål før jeg har stilt de spesifikke, det vil si at jeg har benyttet traktteknikk til hvert tema (Ringdal 2007).

Før utsendelse av spørreskjemaet gjennomførte jeg en *pretest* av spørreskjemaet. Det ble delt ut til en erfaren intensivsykepleier og en overlege ved avdelingen som jeg regner som representative for respondentene i undersøkelsen. Spørreskjemaet ble også testet på en ekstern medarbeider ved kvalitet og forskningsavdelingen ved Sykehuset Østfold HF, som har god erfaring vedrørende spørreundersøkelser. Utførelsen av spørsmålene og svaralternativene ble justert etter pretesten, og jeg kunne utarbeide den endelige versjonen av spørreskjemaet.

4.6 Validitet og reliabilitet i undersøkelsen

Under hele undersøkelsen bør validiteten stå sentralt og etterspørres kontinuerlig, slik at ikke valideringen kun foretas i drøftning og i analysen. Dette er igjen noe som gjør reliabiliteten til en forutsetning for validitet i undersøkelsen.

Spørreskjemaet ble sendt ut til 35 respondenter. Jeg har fått 29 besvarelser, noe som tilsvarer en svarprosent på 83 %. I følge Jacobsen (2005), er over 50 % svarprosent tilfredsstillende, over 60 % er godt, og over 70 % meget godt. Med en svarprosent på 83 % tolker jeg det dit hen at temaet er interessant, og viktig å belyse.

Resultatene av undersøkelsen er også registrert ved dobbelt kontroll av en annen person.

I og med at det totale utvalget av respondentene er 29 personer, og at studien forholder seg til en spesiell kontekst, kan det stilles spørsmål til i hvor stor grad jeg kan generalisere funnene. Denne undersøkelsen retter fokus mot en gruppe respondenter som jobber ved en nyfødtintensiv avdeling. Det er en liten enhet, og selv om besvarelsesprosenten er høy, og jeg har vært bevisst i min utvelgelse av respondenter, så er antallet respondenter få. Jeg kan derimot ut fra denne undersøkelsen (funnene) danne meg en mer generell teori om hvordan vikeligheten ser ut, og hvordan fenomener henger sammen i egen avdeling (intern gyldighet). Men jeg kan ikke slå fast hvorvidt denne teorien er gyldig i andre kontekster (ekstern gyldighet). Det vil si at undersøkelsen er *teoretisk generaliserbar*, i motsetning til *statistisk generalisering* som ofte blir brukt i ekstensive design, med flere enheter. Noe som gjør at man med en viss grad av sikkerhet kan si et funn som er gjort blant det utvalget av enheter som er undersøkt, også vil gjelde for andre enheter som vi ikke har studert direkte (Jacobsen 2005). Resultatet av undersøkelsen kan derimot være sammenlignbar med andre sykehus som har de samme funksjonsområdene, samtidig som jeg ved å sjekke egne konklusjoner mot empiri og annen teori kan styrke gyldigheten, men det kan ikke stadfeste at min undersøkelse er sann (Jacobsen 2005).

4.7 Metode kritikk

Jeg ser at noen spørsmål kan ha vært utarbeidet på en måte som har ført til konteksteffekt, det vil si andre spørsmål i samme skjema har påvirket svarene jeg har fått.²³

Jeg ser også at valget med å ha fem svaralternativer, med en til dels nøytral midt verdi har ført til at jeg muligens har fått en litt diffus besvarelse på noen spørsmål, og mistet verdifull informasjon. Dette gjelder spesielt spørsmål som omhandler sensitive temaer, blant annet holdninger til hverandre og faget.²⁴

Jeg har også fått tilbakemelding fra en respondent via den kvalitative svar muligheten at han savnet et svaralternativet; ”i noen grad ” ved flere spørsmål, noe som kan ha ført til at alternativet som ble valgt ikke var optimalt.

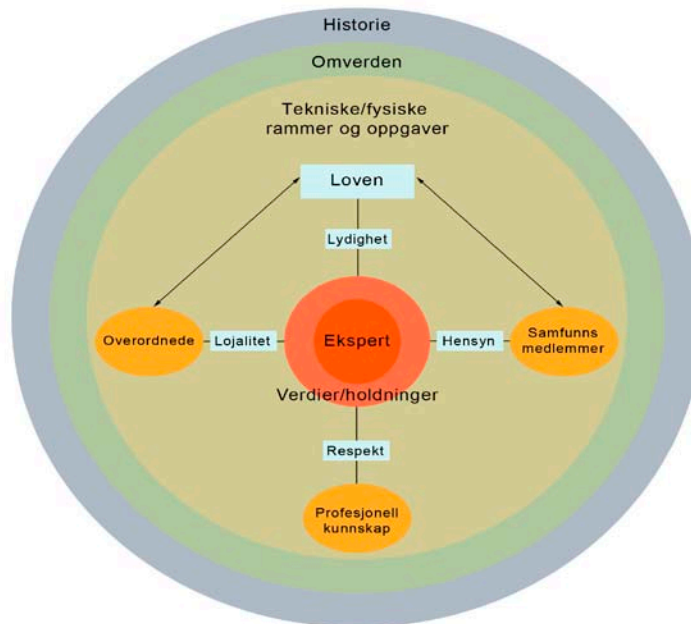
Når man leser besvarelsene er det også viktig å tenke på at selv om svarprosenten er høy, så er den totale summen av respondenter (29) lav. Jeg har på noen spørsmål utført krysstester for å knytte svarene til de ulike profesjoner. Noe vil jeg komme inn på under kompetanse

²³ Se eksempel spørsmål 12 og 13

²⁴ Se eksempel spørsmål 18 og 37

kapittelet, men det er for få respondenter til at jeg kan trekke noen slutninger ut fra besvarelsene. Jeg er på grunn av dette usikker på om så få i hver profesjon (spl, spes spl, overlege, lis) kan tolkes til å være representative for gruppen, det er også vanskelig å bevare anonymiteten ved å vise krysstester som angår så få respondenter. Jeg burde hatt med flere fra hver profesjon hvis det skulle være mulig. Men det hadde blitt for ressurskrevende, samt at det ikke er flere leger i avdelingen som har erfaring med barn født før 28 svangerskapsuke. Jeg måtte eventuelt ha utvidet studiet til å innlemme flere avdelinger fra andre sykehus. Jeg ser også at jeg med fordel kunne hatt færre spørsmål, noen spørsmål kunne også vært slått sammen, da jeg i ettertid ser at de går over i hverandre.

5.0 Presentasjon og drøftning av resultater



Modell 4

I dette kapittelet vil jeg som tidligere nevnt presentere og drøfte resultatene av undersøkelsen ved hjelp av Lundqvists modell over ekspertens etiske grunnrelasjoner, som vises i modell 4. Det faller også naturlig med inndelingen av emneområdene i spørreskjemaet. Emneområdene i spørreskjemaet er delt inn i fire. Del 1; kompetanse, del 2; forhold til barn og pårørende, del 3; samarbeid og holdninger og del 4; lover og regelverk.²⁵ Når jeg presenterer svarene fra undersøkelsen ved hjelp av tabeller, vil det i tillegg til spørsmålet komme frem i tabellen hvilken del i undersøkelsen spørsmålet er hentet fra. Jeg trekker ut hovedelementer, og vil ikke vise alle svar tabellene i oppgaven, de er å finne i vedlegg 2.

På bakgrunn av svarene jeg har fått, vil grunnrelasjonene; respekt for profesjonell kunnskap og respekt for samfunnsmedlemmenes behov ha hovedfokus i drøftingen. Jeg vil også drøfte verdier og holdninger (etikk) under hvert område.

Respondentene i undersøkelsen er; 9 overleger, 1 LIS (lege i spesialisering), 8 sykepleiere, og 11 spesialsykepleiere. Av disse er det 7 menn, og 22 kvinner. Alder 30-45 år: 15 personer, 46-59 år: 14 personer. Ansienniteten fra nyfødtintensiv fordeler seg slik: 2-14 års erfaring: 13 personer, 15- 25 års erfaring: 16 personer. Det vil at respondentene til sammen har i gjennomsnitt 8 års ansiennitet fra arbeid med nyfødtmedisin.

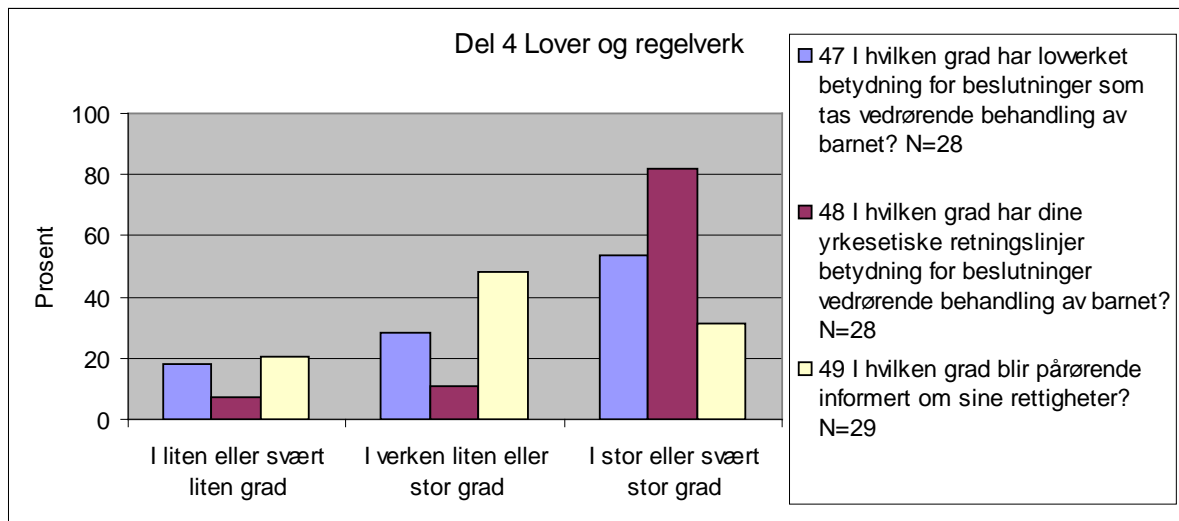
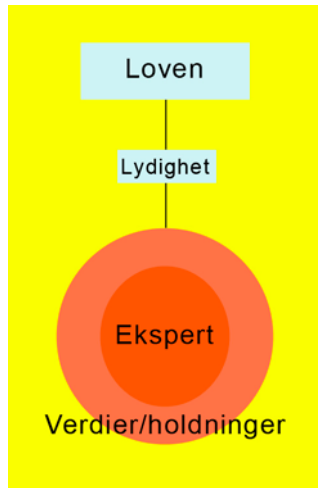
²⁵ Se vedlegg 1: spørreskjema

Før jeg nå går videre ønsker å innlede med et kort sammendrag av funnene.

5.1 Sammendrag av funnene i undersøkelsen

Etter sentraliseringen av premature født før 28 svangerskaps uke, er det tydelig blant alle respondentene at de opplever at deres kompetanse på dette fagområdet har blitt redusert, noe som 96.5 % av respondentene mener kan føre til beslutningsvegring, og alle respondentene mente kunne føre til feil beslutninger. Respondentene viser også i undersøkelsen at flere elementer har betydning vedrørende beslutninger som er knyttet til behandling og oppfølging av de premature, blant annet eget og kollegaers engasjement, holdninger, interesse, og forhold til pårørende. De kvalitative svarene viser også at dette er et tema som engasjerer, og at det er ønskelig med økt fokus på etiske problemstillinger i avdelingen.

5.2 Lydighet ovenfor lovens krav/ verdier og holdninger



Figur 1

En del i spørreundersøkelsen omhandlet respondentenes bruk av lovverket, eller yrkesetiske retningslinjer i beslutninger vedrørende behandling av de premature barna. Jeg stilte også spørsmål om pårørende ble informert om sine rettigheter. Jeg synes funnene var spennende. De viste tydelig at lovverk og yrkesetiske retningslinjer hadde stor betydning ved beslutninger, med unntak av en respondent som vektet dette som "liten grad". Ved gruppering av profesjonene i forbindelse med svarene på spørsmål 47 og 48, er det legene som har

høyeste svarprosent (77.8 %) i kategorien ”i stor eller svært stor grad”.²⁶ Dette kan ha sammenheng med helsepersonelloven § 4,3 ledd som sier at leger (og tannleger) er tillagt et eksplisitt beslutningsansvar i medisinske (og odontologiske) spørsmål, ut fra en presumpsjon om at leger og tannleger innenfor det medisinske og (odontologiske) fagområdet er best kvalifisert (Befring & Onstad 2001). Innen spesialisthelsetjenesten, vil det være en plikt for legene ovenfor sin arbeidsgiver å behandle pasienten forsvarlig. Sykehuset kan derfor pålegges ansvar dersom legen opptrer uaktsomt, ved siden av at legen selv vil være ansvarlig for sin yrkesutøvelse, da legene har et juridisk beslutningsansvar (Kjønstad & Syse 1992). Samtidig viste svarene på spørsmål 49 at det ikke var mange pårørende som ”i stor eller svært stor grad” ble informert om sine rettigheter. Her er det over 40 % svart ”i verken liten eller stor grad”, noe som kan tolkes som at det skjer, men kanskje ikke så ofte. I ettertid ser jeg at spørsmålet burde vært mer presist, rettigheter blir et ”sekke” begrep, og er muligens av den grunn vanskelig å svare på, derav mye verken/eller svar. Men jeg synes allikevel at jeg her kan minne om informasjonsplikten som er hjemlet i pasientrettighetsloven § 3.2,²⁷ og plikten omtales også i de etiske retningslinjene for sykepleierne (Del 1, 1.6).²⁸ På bakgrunn av mitt kjennskap til avdelingen vet jeg også at pårørende får utdelt en del informasjonsmateriell, respondentene kan av den grunn mene at det er informasjon god nok. En annen mulighet er manglende kunnskap om helsepersonells plikter, og pasient og pårørendes rettigheter. Men i og med at svarene viser at lovverk og yrkesetiske retningslinjer i stor grad har betydning for beslutninger, bør man også ha kunnskapen om dette. Respondentene i undersøkelsen har lang erfaring fra nyfødtdmedisin, og yrkesrelevant erfaring kan som tidligere nevnt øke en persons ”tause” kunnskap.²⁹ Kan det være årsaken til den manglende informasjonen vedrørende rettigheter? Plikter og rettigheter er så godt innarbeidet, og sitter i ”ryggmargen” at man glemmer å informere om rettighetene, eller man har informert de pårørende, men det har gått ”automatisk” uten at man tenker over at det er gjort, eller hva som er sagt. Man viser sin kunnskap i handling, og eventuelt ikke i ord. Noe som muligens også kan forklare svarene på alle tre spørsmålene.³⁰

Profesjonsutøvernes arbeid er som tidligere nevnt regulert av lover og retningslinjer, noe som også Strand (2006) beskriver som et ”særtrekk” ved det å være en profesjonsutøver.

Christoffersen, som Ruyter mfl (2008) viser til, mener et viktig krav til at et yrke skal

²⁶ Legger ikke ved grupperinger pga ønske om anonymitet. Kan vises ved forespørsel.

²⁷ <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-061-003.html> informasjon. lest 17.04.10

²⁸ <https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/>. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Lest 18.04.10

²⁹ Se også 3.2.3.4. for teori vedrørende taus kunnskap

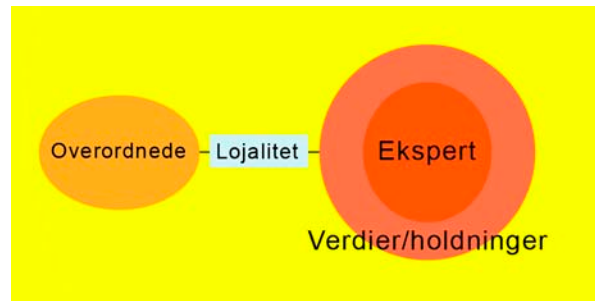
³⁰ Se også 3.2.3.1. for teori vedrørende lovens krav

defineres som en profesjon, er at yrket har en profesjonsetikk. Det er nettopp på bakgrunn av at medisinsk og helsefaglig praksis er full av verdi valg, og ofte utøves mot sårbare individer som trenger særlig beskyttelse, som gjør at profesjonsetikken er så viktig. Denne undersøkelsen omhandler premature barn, som er særdeles sårbare pasienter, men den omhandler også pårørende som er meget sårbare i en tøff livssituasjon. Etikken beskriver idealene og prinsippene, men for at dette ikke bare skal bli en ”festtale”, bør en levende profesjonsetikk ha konsekvenser for praksis. Ruyter mfl.(2008) påpeker derfor at undervisning vedrørende profesjonsetikk, og at håndhevelsen av de profesjonsetiske reglene er viktig.

Det er selvfølgelig viktig å kjenne til hvilke juridiske regler som styrer helsefaglig praksis, men som Ruyter mfl.(2008: 97) også påpeker; juridiske kunnskaper er ikke nok som kjøreregler i medisinsk praksis. Til det er medisinen for kompleks, og begrepene som barmhjertighet, interesse og empati, kan derfor ikke fremmes gjennom jus og vitenskapsbaserte kunnskaper alene. Og en praksis som ensidig styres ut fra at tjenesten ikke må komme i konflikt med loven, eller at man kan kritiseres av andre, kan etter deres formening bli lett minimalistisk. Noe som også samsvarer med Hippokrates syn på en leges arbeid som jeg viste til i kapittel 3.1.1.

Jeg vil nå etter hvert videre i drøftingen vise til andre elementer som spiller inn ved beslutninger innen nyfødtdisin, det blir her tydelig at profesjonsutøveren tar i bruk flere elementer enn bare jus og vitenskapsbasert praksis.

5.3 Lojalitet ovenfor overordnede/ verdier og holdninger



Stortinget gir lover og bestemmer de økonomiske rammebetingelsene. Sosial og helsedepartementet fordeler ressursene og angir mål for den helsetjenesten man til enhver tid skal ha. Statens Helsetilsyn og fylkeslegene skal føre tilsyn med at innholdet i og kvaliteten på helsetjenesten er i tråd med overordnede målsetninger.

Vedtaket vedrørende sentralisering av de premature var et overordnet vedtak, vedtatt av Sosial og helsedepartementet, med begrunnelsen om at sentraliseringen ville øke kvaliteten på behandlingen av de premature. Noe som vi nå ser har blitt en utfordring med tanke på å opprettholde kompetansen på dette fagområdet i avdelingen (nfi). Jeg ønsker derfor å vise til Ohnstad (1995) som beskriver at virksomheter som yter helsetjenester (fylkeskommuner, kommuner, staten og private) er arbeidsgiver for sine ansatte og hefter objektivt, det vil si uten hensyn til egen skyld, for arbeidstakers uforsvarlige handlinger i tjenesten. Arbeidsgiver skal sørge for at rett kvinne og mann er på plass, sykehuseier skal videre som ledd i sine plikter ovenfor arbeidsgiver sørge for å gi instruksjon og føre tilsyn. Manglende instruksjon og tilsyn kan gi grunnlag for at arbeidsgiver blir pålagt skyldansvar.

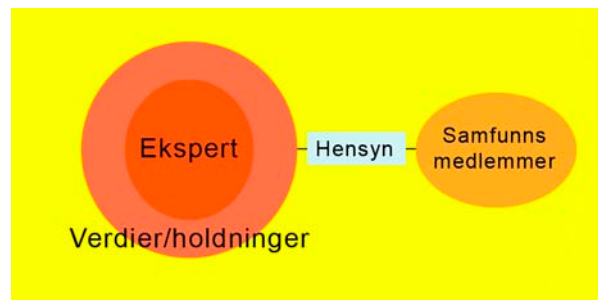
I og med at personellet er de mest kvalifiserte når det gjelder gjennomføring av arbeidsgivers plikter med hensyn til konkrete pleie og behandlingstiltak stiller det særlige krav til arbeidsgivers organisering og tilrettelegging av arbeidet. Arbeidsgiver må sørge for at arbeidet er innrettet slik at pasientene gjennom arbeids- og funksjonsfordeling er sikret adekvat og forsvarlig behandling (Ohnstad 1995). Sykehuset Østfold HF har vært lojal ovenfor de vedtak som er gjort med hensyn til de premature. De fleste premature født før 28 svangerskaps uke fødes i Oslo. Men det er ikke alle premature som melder sin ankomst i tide, og det hender derfor at de også blir født i Fredrikstad. Noe som betyr at de ansatte ved nfi

fortsatt trenger å ha kompetanse på dette fagområdet, for å kunne tilby forsvarlige helsetjenester til denne pasientgruppen. Alle respondentene i denne undersøkelsen bekrefter at deres kompetanse er redusert, og at det kan føre til dårligere og/eller feil beslutning. Som leder ser jeg på dette som svært bekymringsfullt. Pasientene får ikke den pleien de har krav på, og de ansatte får ikke mulighet til å vedlikeholde sin kompetanse slik at kravet til forsvarlighet imøtekommes.

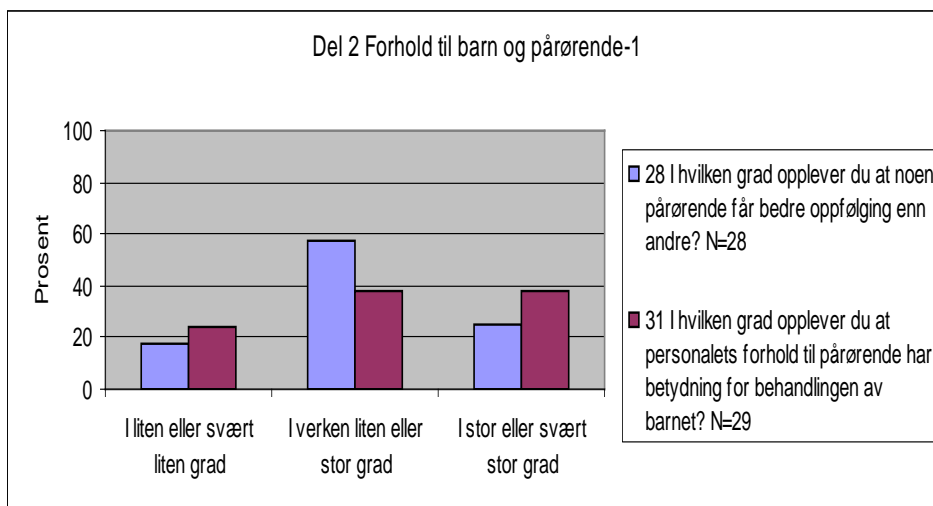
En leder utøver i praksis arbeidsgivers funksjon på det nivå og innenfor det virksomhetsområde som vedkommende er satt til å lede for. Ohnstad (1995) beskriver at den øverste leder av en sykehusavdeling vil bare unntaksvis ha full innsikt i alle fagområdene som er representert i en avdeling. Vedkommendes oppgave blir derfor identisk med arbeidsgivers, nemlig å tilrettelegge arbeidet slik at fagområdene er forsvarlig ivaretatt og fordelt gjennom funksjon og oppgavefordeling, herunder å trekke inn den nødvendige ekspertise når vanskelige spørsmål skal løses. Hun påpeker også at lederen kan bli gjort rettslig ansvarlig dersom uforsvarlig arbeidsordning eller manglende kontrolltiltak har ført til skader på pasienten (ibid).

Som avdelingssjef utøver jeg arbeidsgivers funksjon, og er forpliktet til å sørge for at medarbeiderne innehar rett kompetanse, og god kompetanse for å kunne ha et forsvarlig tilbud til pasientene. Samtidig er jeg forpliktet til å følge de retningslinjer som er bestemt av overordnede myndigheter. Dette setter meg i en "skvis" mellom lojaliteten til overordnede, respekten for den faglige kunnskap, og hensynet til samfunnsmedlemmene. NOU 1993:15 viser til at lojalitetsplikten rettslig sett har utgangspunkt i at man må handle innenfor gitte rammebetingelser av rettslig, økonomisk og politisk karakter. Og at slike generelle vilkår og konkrete pålegg kan kollidere med den enkelte embets- eller tjenestemanns egen verdioppfatning. Et dilemma også Lundqvist (1998) referer til i sin beskrivelse av det offentlige etos. Opplevelsen av et slikt dilemma vil imidlertid ikke gi den enkelte noen rett til å handle i strid med sine plikter. Som arbeidsgiver må en selv velge om man ønsker/klarer å stå i et slikt dilemma, personlig ønsker jeg å se på alternative muligheter for å løse dette, noe jeg kommer tilbake til i det avsluttende kapittelet om "veien videre".

5.4 Hensyn til samfunnsmedlemmenes behov/verdier og holdninger



I denne delen av spørreundersøkelsen stilte jeg ni spørsmål som omhandlet profesjonsutøverens forhold til barn og pårørende. Åtte spørsmål med faste svar alternativer, og et spørsmål med kvalitativ svar mulighet. Jeg ønsker her å presentere fire figurer som inneholder seks av spørsmålene, i tillegg til at et utdrag av kvalitative data vil bli presentert og drøftet underveis.



Figur 2

Svarene på spørsmål 28 og 31 som omhandler oppfølging, behandling og forhold til barn og pårørende viser at en del av respondentene opplever "i stor eller svært stor grad" at noen får bedre oppfølging/behandling enn andre. Her ser vi igjen at de fleste av respondentene har valgt midtkategorien "i verken stor eller liten grad" noe jeg velger å tolke som at det skjer,

men at det ikke er ofte. Mulige årsaker til at dette kan skje, er i følge kvalitative data fra spørsmål 29 at:

”Pårørende som er ressurssterke og ”krevende” får i blant bedre oppfølging, spesielt av enkelte yrkesgrupper, enn pårørende som ikke ”krever” noe”.

”Mest sannsynlig fordi de er aktive ”pågående” foreldre som hele tiden utfordrer til aktiv stillingtagen, handling osv”

Det er flere tilsvarende svar i denne kategorien som mener at foreldrenes holdning, kunnskap og sosial status kan ha betydning for oppfølging av pårørende. Noe som også støttes av blant annet Molander & Terum:14 (2008) som påpeker at forholdet mellom lek og lærd endres. De profesjonelle handler ikke i en verden av ukyndige. De står ovenfor aktører som krever grunner, for eksempel foreldre som med henvisning til egen kunnskaps innhenting stiller spørsmål ved legens diagnoser og behandlingsopplegg. Profesjonenes rolle som autoritative formidlere og fortolkere blir ikke tatt for gitt, de må i økende grad vise at de er sitt ansvar verdig, ved å svare for seg på en overbevisende måte (ibid). Dette utfordrer definisjonen av profesjon som jeg viste til i kapittel 3.1: 24, hvor det sies at profesjonsutøverne har oppgaver og klienter som *bare* den profesjonelle yrkesutøveren kan ivareta. Jeg tolker det dit hen at profesjonsutøverne helt klart blir utfordret.!

Ved nyfødtintensiv er de pårørende til stede hele tiden, de er aktivt med i stell og pleie, og har fritt innsyn i all dokumentasjon som er knyttet til barnet. Vi erfarer at noen pårørende er mer ”kravstore” enn andre, stiller flere spørsmål, og kan være kritiske til behandlingen. Hernes (2002) bruker begrepet indirekte brukere om pårørende,³¹ jeg velger her å konstruere et eget begrep som medvirkende indirekte brukere (medvirkende pårørende). Jeg ser på det som lærerikt og utfordrende at pårørende stiller krav til tjenesten vi skal levere, men hvis man ikke er trygg på seg selv og sitt faglige ståsted, tror jeg det også kan føles som en trussel.

Ramsdal og Skorstad (2004: 67) stiller et aktuelt spørsmål i sin bok ”Privatisering fra innsiden” det lyder slikt: Hvordan skal en sikre individuell brukermedvirkning og samtidig sette et budsjettmessig tak på ytelsene? Dette vet jeg er en utfordring for profesjonsutøverne, samtidig som jeg tror det finnes noen som heller ikke ønsker et budsjettmessig tak, noe som også støttes av Jacobsen (2006) som mener at det på bakgrunn av argumentet om at etterspørselen etter helsetjenester er uendelig, vil være naturlig for de profesjonelle å stadig be

³¹ Se kapittel 3.2.3.3 og 3.2.3.3 for mer teori vedr dette.

om mer ressurser, da de trengs for å dekke brukerens behov. Han nevner også muligheten for at de profesjonelle skyver brukerne foran seg for å øke rammene (ibid). Følgende kvalitative data støtter også troen på at foreldrene muligens har urealistiske forventninger til helsevesenet, og som samsvarer med Lundqvists (1998)³² bekymring over at betegnelsen bruker har ført til økt fokus på eget behov, og mindre fokus på behovet i samfunnet generelt;

”Det kan tenkes at foreldre som har urealistiske og sterke forventninger, og som er sterkt forlangende til helsevesenet kan oppnå mer oppfølging selv om det ikke innebærer bedre behandling.”

Andre kvalitative kommentarer som kom frem under denne delen av undersøkelsen var av en mer følelsesmessig og personlig karakter. Hvor kjemi, og kjennskap til pårørende nevnes som en betydning for oppfølging;

”Jeg tror dessverre at ”sosial status” og kjemien mellom pårørende og behandler spiller en rolle i for hva slags oppfølging pårørende får”

”Passende kjemi, foreldrenes holdninger”

Min erfaring og teori kan bekrefte at de profesjonelle møter mange og ulike krav og forventninger fra borgerne (brukerne). De må på lokalt nivå ta stilling til hvilke behov som skal imøtekommes, og fungerer da som portvakter i velferdsstaten. Profesjonene befinner seg her i en spenning mellom fag og administrasjon (demokrati og økonomi verdiene).³³ På den ene siden skal de oppfylle kravet om en individualiserende behandling av enkelttilfeller, på den andre siden kravet om likebehandling. Det første kravet kan komme i konflikt med det andre. Det skjer når tilfeller som i relevante henseender er like, blir behandlet ulikt. Men det andre kan også komme i konflikt med det første. Det skjer når det i enkelttilfeller som i relevante henseender er ulike, blir behandlet likt. Begge deler er brudd på det formelle rettferdighetsprinsippet, som sier at like tilfeller skal behandles likt, og ulike tilfeller ulikt (Molander & Terum 2008).

Av erfaring, og som tidligere nevnt, arbeider sykepleiene ved avdelingen i team. De har da stort sett de samme barna (og pårørende) hver gang de er på jobb. På bakgrunn av dette tror jeg det er naturlig å få et bedre ”forhold” til sine ”primær” barn og foreldre, samtidig som jeg

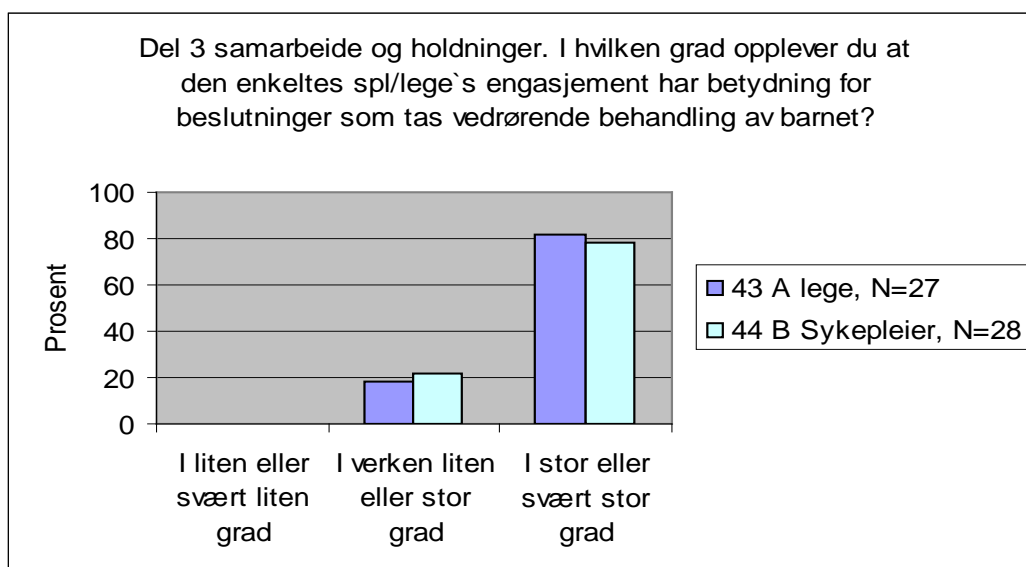
³² Se kapittel 3.2.3.3 Brukerperspektivet

³³ Se kapittel 3.2.2 Det offentlige etos

tror at profesjonsutøverens personlige engasjement har betydning for oppfølgingen. Noe som også bekreftes av følgende kommentar;

”Noen barn er lenge i avdelingen. Dermed blir vi bedre kjent med foreldrene, og de trenger jo også ofte litt mer oppfølging, det er viktig med etablerte team, når det er til stede rundt pasienten kan oppfølgingen bli bedre. God kjemi mellom pårørende og sykepleier er også en faktor som kan påvirke”

Dette bekreftes også av respondentenes besvarelse av spørsmål 43/44 hvor jeg stiller spørsmål om den enkeltes sykepleier / leges engasjement har betydning for beslutninger som tas vedrørende behandling av barnet. Her er det 75.8 % - 81 % som svarer at sykepleier/ leges engasjement ”i stor eller svært stor grad” har betydning for behandlingen av barnet.



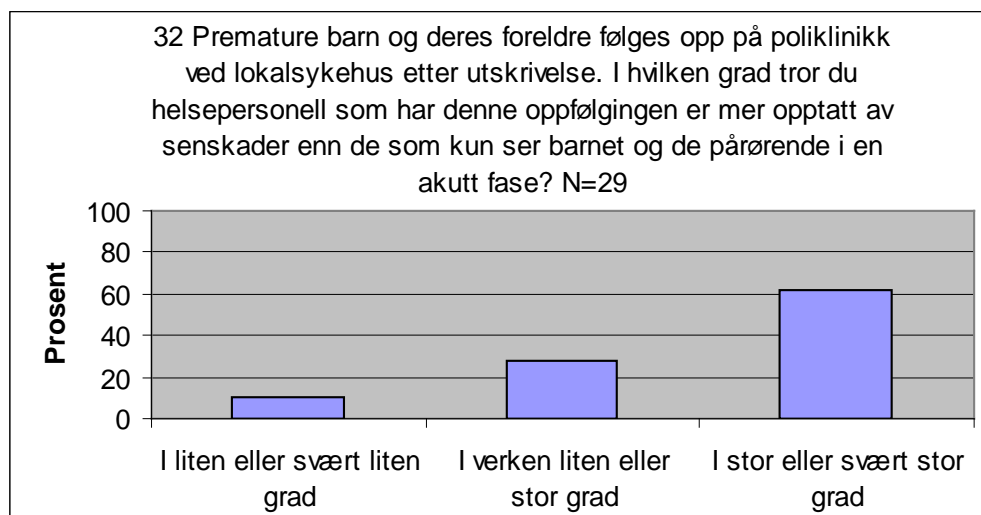
Figur 3

Svarene er også sammenfallende med tidligere omtalt teori vedrørende beslutninger, hvor det påpekes at beslutninger ikke bare er et resultat av rasjonell vurdering, men at de også styres av våre følelser. ³⁴ Noe som også kan knyttes til Weber som beskriver at følelsesmessige handlinger i mange tilfeller er spontane ytringer, som vi ikke uten videre kan begrunne fornuftmessig. Men at vi handler ut fra en stemning eller et dypt engasjement (Weber 1999: 10)

³⁴ Se kapittel 3.2.3.4 Handling og beslutningsteori

Følelser og relasjoner omtales også av Brinchmann (2008) som beskriver at nærhetsetikkens hovedpoeng er at vi må være oppmerksomme på det særskilte ved den enkelte situasjon og ved møtet. Løgstrup og Levinas sier at etikken oppstår i møtet mellom mennesker. Det er den mellommenneskelige relasjonen som er etikkens utgangspunkt. Innenfor denne typen etikk settes fokus på det konkrete samspillet mellom to ulike individer. Nærhetsetikken utspiller seg i relasjoner, men tenkingen er også sentral for å unngå teoretisering og et distansert forhold til moralske spørsmål. Nærhetsetikken vektlegger også følelsenes betydning for å oppfatte at faglige og moralske verdier står på spill. Den etiske regelen ligger i situasjonsforståelsen, ikke i generelle normer eller regler. Sykepleieren eller legen får ingen råd fra nærhetsetikken om hva de skal gjøre eller hvordan de bør handle.³⁵

På bakgrunn av min erfaring, og møte med flere profesjonsutøvere innen samme fagområde, hadde jeg en formening om at ”vi” som behandlet barna også etter den akutte fasen, etter hjemreise (poliklinisk behandling) var mer opptatt av senskader enn de som ikke har denne oppfølgingen. Svarene på spørsmål 32 viser at respondentene har den samme formening om dette (figur 4).

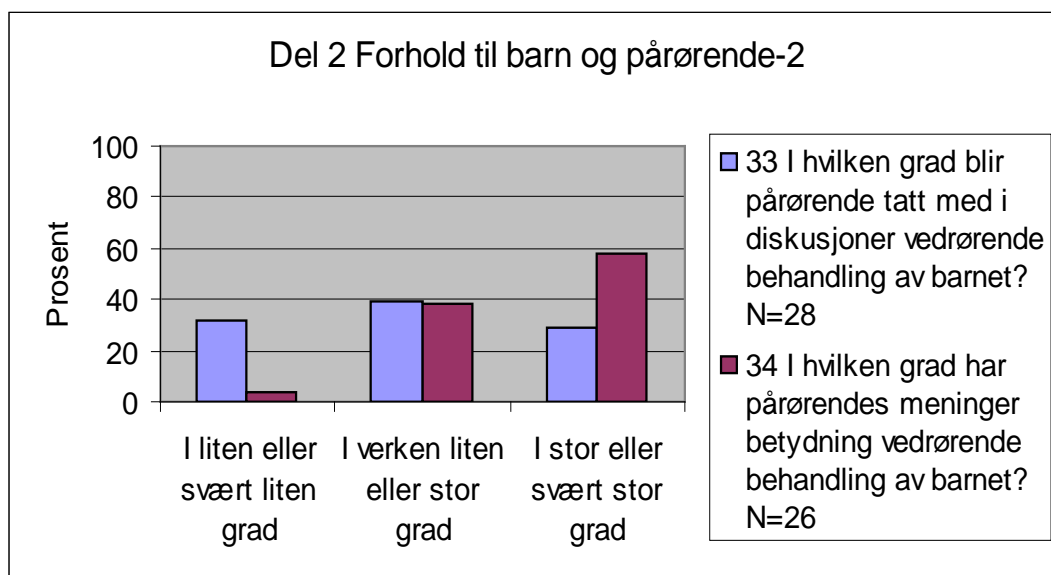


Figur 4

Her kan det vises til at 62 % mener at man ”i stor eller svært stor grad” er mer opptatt av senskader enn de som kun ser barna og pårørende i den akutte fasen. For meg er det selvsagt at profesjonsutøverne som ser ”resultatet” (konsekvensen) av den behandlingen som er utført, og skal forholde seg til pårørende en lang tid (i flere år), er mer opptatt av senskader. Ikke

³⁵ Se kapittel 3.2.1 Nærhetsetikk

bare på grunn av barnet, men også fordi man har tett kontakt med pårørende, og ser hvor tøft noen kan ha det. I denne fasen er det ”lett” å være ”etterpå klok”, og muligens tenke at behandlingen ikke skulle vært igangsatt, eller at den skulle vært avsluttet. Men i den akutte fasen vet jeg at det er meget vanskelig å ta slike beslutninger. Noe som støttes av Brinchmann (2003) som påpeker at når det gjelder behandlingsavslutning av barn, ofte kan være vanskelig å si hva som er den eksakte prognosen og sjansen til å overleve, og hvordan pasientens framtidige livskvalitet skal bedømmes. Jeg har erfart at barn som har hatt meget dårlig prognose har overlevd mot alle odds, noen med et ”godt” resultat, andre med livsvarige skader. Denne erfarings baserte kunnskapen er nyttig (helt nødvendig) i møte med ”nye barn”, og danner også grunnlaget for det faglige skjønn, som respondentene mener har stor betydning ved vurdering av et barns fremtidsutsikter, og som jeg vil komme tilbake til senere.³⁶



Figur 5

I figur 5 presenterer jeg spørsmål 33 og 34 ved siden av hverandre fordi jeg synes svarene er noe selvmotsigende. Her sier 60 % av respondentene at pårørendes meninger har ”stor eller svært stor” betydning vedrørende behandling av barnet. Mens ca 27.6 % svarer at pårørende blir tatt med i diskusjoner i ”stor eller svært stor grad”, og 31 % svarer at pårørende i ”liten eller svært liten grad” blir tatt med i diskusjoner. Det er også her mange besvarelser i

³⁶ Se kapittel 5.5 Respekt for profesjonell kunnskap, figur 6. Og kapittel 3.2.3.4. vedrørende kunnskap og skjønn.

midtkategorien, med nesten lik svarprosent med hensyn til spørsmålene. Dette kan som tidligere nevnt tolkes forskjellig, men jeg velger å tenke ”både og”. Det vil si at pårørendes meninger har betydning, men de er ikke så ofte med på diskusjoner vedrørende behandling. Da er det å håpe at de får god informasjon i etterkant av faglige diskusjoner slik at de har mulighet til å mene noe. Med tanke på observasjonsstudiet i USA som jeg refererte til tidligere, er det også interessant i forhold til informasjonen hva den enkelte profesjonsutøver har observert vedrørende barnet.³⁷ Jeg ser også at spørsmål 33 ikke er godt formulert. Jeg skulle brukt et annet ord enn ”diskutere”, jeg vet av erfaring at det ikke er vanlig å diskutere medisinskfaglige spørsmål med pårørende, det gjør man med kollegaer. De pårørende har som regel ikke medisinskfaglig kompetanse, og kan derfor ikke være en likeverdig diskusjonspartner. Hadde jeg brukt ordet ”samarbeide” i stedet så tror jeg svarprosenten på ”stor eller svært stor grad” hadde vært betraktelig høyere.

I sin doktorgrads avhandling ”etikk i nyfødtdedisin” viser Brinchmann (2003) til Molven som spør om foreldre kan bestemme at et svært sykt prematurt barn ikke skal behandles, hvis barnet vil kunne overleve behandling, men at mye tyder på at barnet vil bli svært handikappet og skadet. I følge pasientrettighetsloven § 4-4 kan ikke helsepersonell etterkomme et slikt ønske, hvis behandlingen gjør det mulig å redde barnets liv.

Nortvedt (2008) og Brinchmann (2003) refererer til Buchanen & Brock som trekker inn ”Best interest” prinsippet når det handler om personer som ikke er i stand til å bestemme selv. Dette prinsippet er pasientsentrert og trekker inn livskvalitet som et vesentlig argument om man skal avgjøre om en behandling skal igangsettes, opprettholdes eller avsluttes. Når man vurderer hvorvidt en spesiell behandling eller kunstig ernæring er i pasientens beste interesse, tenker man ikke bare på om pasientens liv blir forlenget, men like mye på pasientens livskvalitet. Hensikten med ”best interest” prinsippet er i følge Brinchmann (2003) å rettleder innenfor moralske, sosiale og legale beslutninger i forhold til barn og ikke kompetente personer. Målet vil alltid være å oppnå best mulig velgjørenhet og minst mulig skade for pasienten.³⁸ ”Best interest” prinsippet rettleder foreldre og helsepersonell når de skal velge mellom behandlingsalternativer for et sykt barn (ibid). Av erfaring vet jeg at foreldre og profesjonsutøverne ikke alltid er enig i hva som er til det beste for barnet. Det er naturlig at foreldre i en vanskelig situasjon med et sykt prematurt barn, på grunn av kjærlighet til barnet, og redselen for å miste det, kan ønske behandling som profesjonsutøveren mener ikke er medisinsk forsvarlig. Her vet jeg at god informasjon, og dialog med pårørende underveis i prosessen har stor betydning for hvordan slike dilemmaer løses. Foreldrenes rolle i

³⁷ Kapittel 1.3.1 Tidligere undersøkelser. Behandlingsoverveielser vedrørende nyfødte.

³⁸ Se også kapittel 3.2.1 Plikt etikk. ”ikke skade”

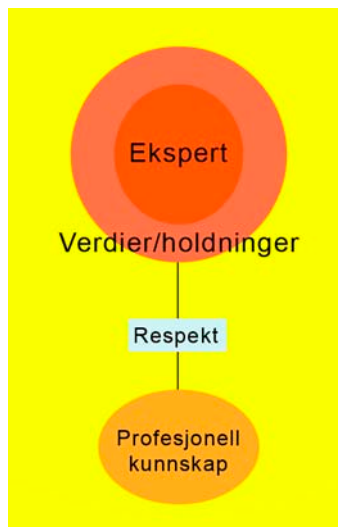
beslutningsprosesser var også et sentralt diskusjonstema ved konsensuskonferansen ” Grenser for behandling av for tidlig fødte barn” i 1998. I konsensusrapporten heter det:

”Det er viktig at foreldrene er delaktig i beslutningsprosessen. Så langt som mulig må de være enige i de beslutningene som tas underveis i behandlingen av deres barn. Det gjelder også når valget må tas om fortsatt behandling eller avslutning. Hensynet til foreldrene må veies tungt. Men det må aldri være i tvil om at det er legen som har det avgjørende beslutningsansvar”

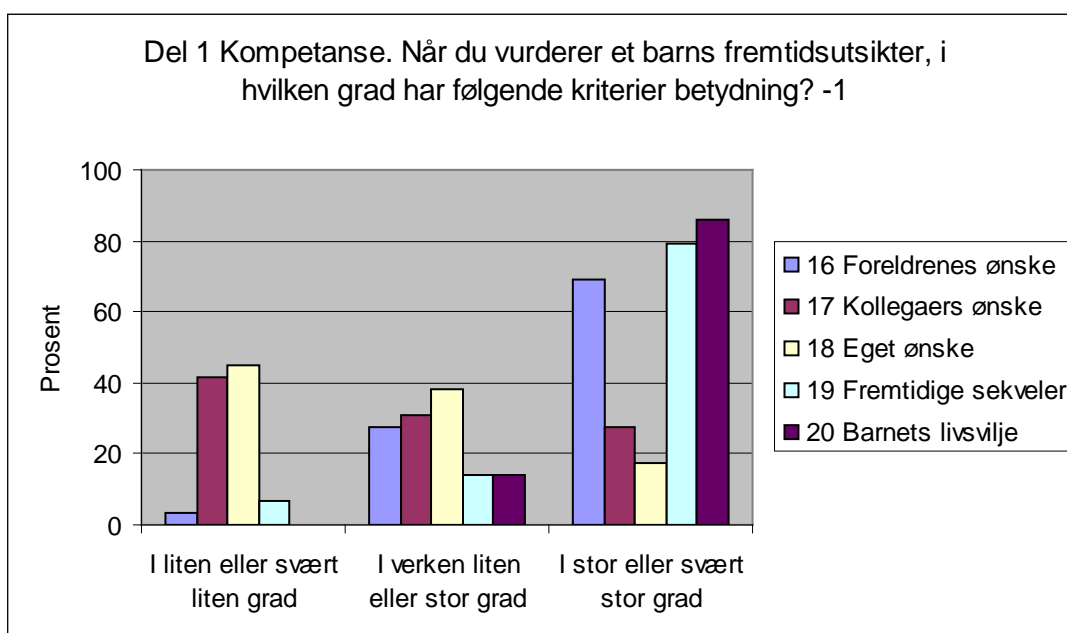
(Konsensusrapport 1998:74)

At det er legen som har det avgjørende beslutningsansvar vet jeg av erfaring er viktig å påpeke ovenfor foreldrene, slik at de ikke har følelsen av at de er med på å bestemme en eventuell avslutning av behandling. Det kan gi dem skyldfølelse for flere år fremover.

5.5 Respekt for profesjonell kunnskap/ verdier og holdninger



Delen av spørreskjemaet som fokuserte på kompetanse og behovet for kunnskap, startet med en "lett" kartlegging av hvor mye hver enkelt hadde deltatt i behandlingen premature. Etter hvert gikk fokuset over til beslutningsoverveielser/avgjørelser ved bruk av ulike kriterier, blant annet skjønn, og eget behov for å lykkes i behandlingen av barnet. Som tidligere nevnt, og som jeg vil vise til senere, så var svarene entydige når det gjaldt spørsmålene vedrørende manglende kompetanse og eventuelle feil beslutninger med bakgrunn i den manglende kompetansen. Jeg synes det derfor er interessant å vise til svarene på spørsmålene vedrørende kriterier for vurdering av et barns fremtidsutsikter. Her kan man se at barnets livsvilje, fremtidige sekveler (skader), tidligere erfaringer, skjønn, smerte/ ubehag hos barnet, og foreldrenes ønsker har høy svarprosent i kategorien "i stor eller svært stor grad" (figur 6 & 9). Dette var ikke svar som overrasket meg, men det interessante blir her å se på bruken av skjønn i sammenheng med at kompetansen har blitt dårligere (figur 9). Jeg ønsker også å drøfte nærmere at 27.7 % har svart "i stor eller svært stor grad " og 31 % har svart "i verken liten eller stor grad" på spørsmålet om kollegaers ønske har betydning for vurdering av barnets fremtidsutsikter, og 17.2 % har svart "i stor eller i svært stor grad" og 37.9 % " i verken liten eller stor grad" på om eget ønske har noen betydning, på det samme spørsmålet (figur 6). Det kan også se ut til at egne og kollegaers holdninger har betydning for behandling og beslutninger som angår barnet, noe jeg vil komme tilbake til.

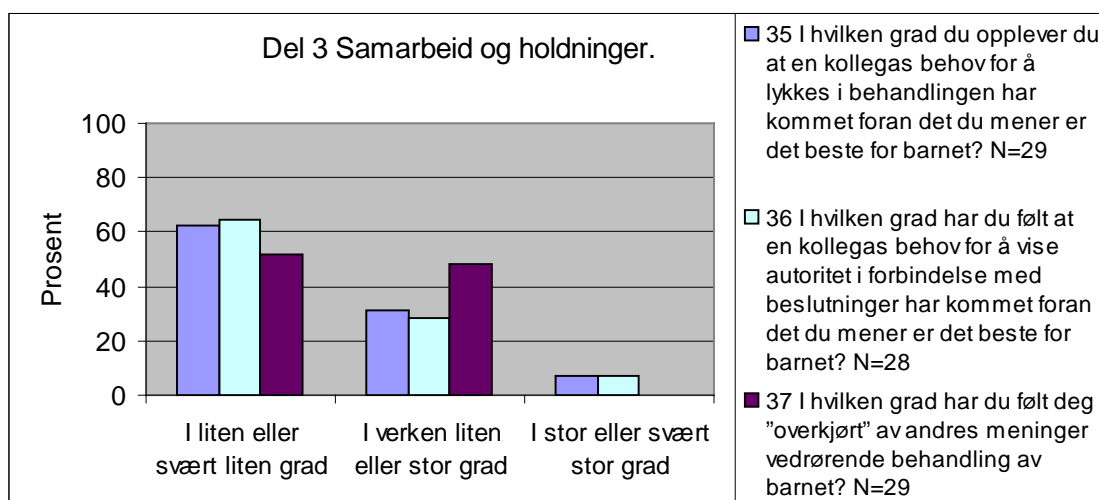


Figur 6

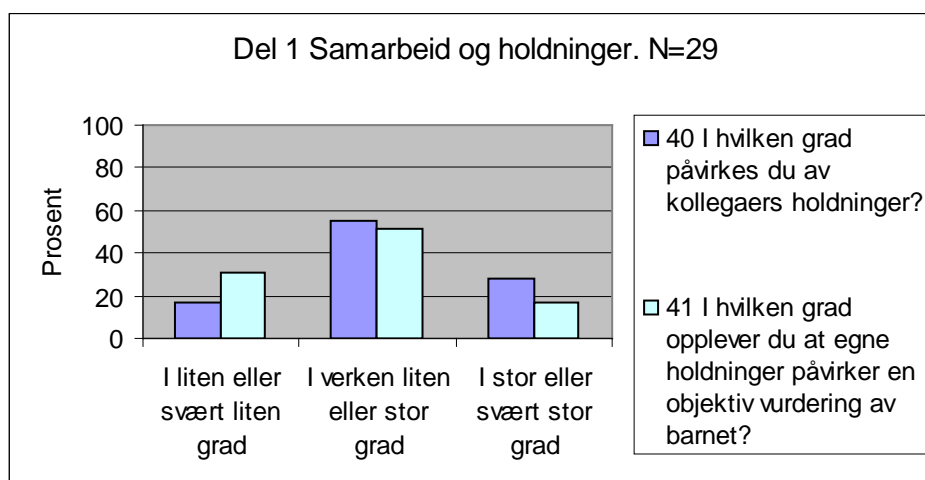
Som figur 6 også viser så svarer mange av respondentene ”i liten eller svært liten grad” på spørsmål 17 og 18, som omhandler eget og kollegaers ønsker. Men jeg har allikevel lyst til å gå mer inn på de som har svart ”i stor eller svært stor grad”. Jeg tror heller ikke det skjer ofte, men av erfaring vet jeg at ”sterke” og autoritære profesjonsutøvere kan få sin vilje igjennom vedrørende behandling uten å ha flertallet med seg. Dahlbom & Jacobsen (1999) påpeker også at leger ikke bare er kollegaer, men at de også er konkurrenter. Noe som kan sees tydelig innebygd i helsevesenet som organisasjon. Utviklingsambisjonene bunner ikke bare i ønsker om å bedre forholdene. De inngår i et system som bygges på enkeltprestasjoner i alle former som gir personlig vinning og åpner for makt og mer penger. Gode resultater er en forutsetning for å kunne konkurrere om en personlig karriere. Dahlbom & Jacobsen (1999) mener da at de personlige behovene kan komme i konflikt med, og helt overskygge behovet for å forandre virksomheten og/eller pasientens situasjon. Noe som også samsvarer med Finn Henry Hansens (1979) påstand om profesjonsutøverens ekspansjonstrang, og prioritering av profesjonell kunnskap. Dette kan også være noe av årsaken til at noen få respondenter har svart bekreftende på at man har følt at en kollegas behov for å lykkes i behandlingen, og vise autoritet i forbindelse med beslutninger har kommet foran det man mener er det beste for barnet (figur 7, spm 35,36). Og som samsvarer med beskrivelser om at makt utøves ved hjelp av kunnskap, og at makten ofte knyttes til posisjonen man innehar i organisasjonen, det vil si autoritetsmakt.³⁹ Svarene viser også at ingen av respondentene har følt seg ”overkjørt” ”i stor eller svært stor grad” av andres meninger vedrørende behandling av barnet, noe jeg syns er

³⁹ Se også kapittel 3.2.3.4 om kunnskap og makt

positivt. Men som tabellen viser, det er 48.3 % som svarer ”i verken liten eller stor grad” noe jeg tolker som at det skjer.



Figur 7



Figur 8

Som tidligere nevnt viser svarene på spørsmålene som omhandler samarbeid og holdninger at respondentene i noen grad lar seg påvirke av egne og andres holdninger når det gjelder behandling og beslutninger (figur 8). På spørsmål 40, om man lar seg påvirke av kollegaers holdninger svarer 27.7 % ”i stor eller svært stor grad”, 55.2 % ”i verken liten eller stor grad”, og 17.2 % har svart ”i liten eller svært liten grad”. Jeg velger også her å tolke ”verken liten eller stor grad” som at dette skjer, men ikke ofte nok til at stor eller svært stor grad kan benyttes. Her har jeg sett hvilken yrkesgruppe som har besvart hva, men velger ikke å gå

nærmere inn på det, for å respektere respondentenes anonymitet, det er heller ikke noen mulighet til å trekke noen slutninger på grunn av det lave antallet respondenter.⁴⁰ Svarene her samsvarer med teorier som omhandler beslutninger og holdninger. Jeg har tidligere vist til at beslutninger ikke bare er et resultat av rasjonelle vurderinger, men at de også styres av våre følelser (Kobbeltvedt & Brun 2005).⁴¹ Dette beskrives også i teorier om moralske dyder, som sier noe om hvordan vi er som mennesker og hvordan vi møter og mestrer følelser. Den fokuserer på moralske holdninger og handlinger, og ser på den enkeltes motiver for handlingen.⁴² Jeg vet av erfaring at egne og kollegaers holdninger kan påvirke behandlingen, noe av årsaken kan også her være at erfarne kollegaers holdninger og motiver ”smitter” over på en som er mindre erfaren. Men jeg tror også det personlige engasjementet og følelsen for hvert enkelt tilfelle spiller en stor rolle. Noe besvarelsene på spørsmål 43 og 44 vedrørende engasjement viser, samt respondentenes besvarelser som er beskrevet i kapittel 5.4.⁴³ Dette støttes også av Vetlesen & Nortvedt (2000) som beskriver at følelsenes iboende verdi har særlig relevans og betydning innenfor omsorgsetikk, og generelt i mange omsorgssituasjoner. Å peke på følelsenes egenverdi betyr blant annet å fremheve at motivet for en handling er med på å gi handlingen dens moralske innhold. De peker på at det ikke bare dreier seg om hva man gjør, men at også den intensjon og følelse handlingen utøves med, har moralsk verdi. De mener også at den følelsesmessige ”tonen” som handlingen utøves i, har i enkelte situasjoner en direkte betydning for en handlings riktighet (ibid). Dette perspektivet kan også gjenkjennes i Aristoteles` dydsetikk, mens den bryter med prinsippene i konsekvensialistisk etikk.⁴⁴

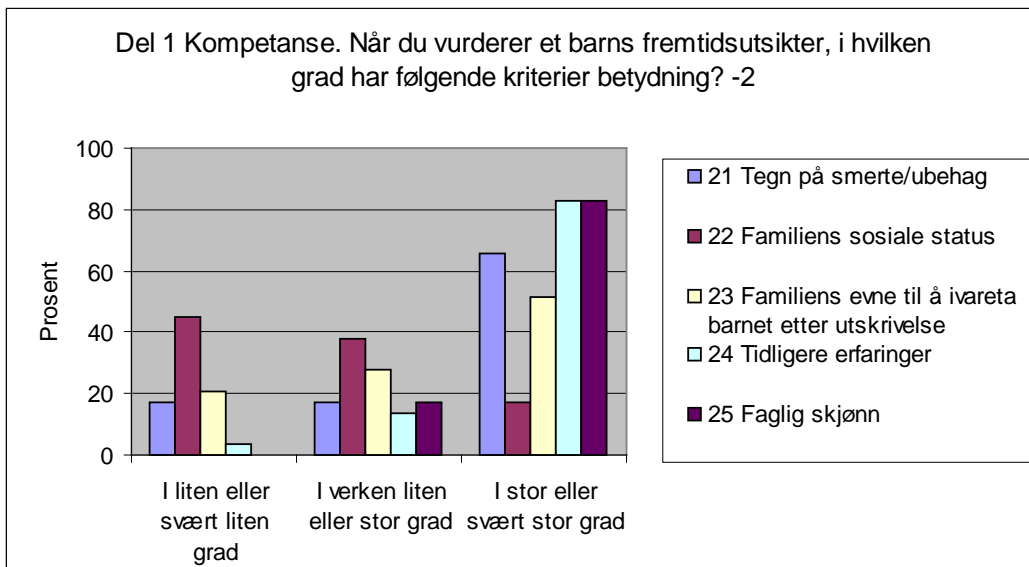
⁴⁰ Se metode kapittel 4.2 Respondenter

⁴¹ Se kapittel 3.2.3.4 Handling og beslutningsteori

⁴² Se kapittel 3.2.1 vedrørende etikk

⁴³ Se side 67

⁴⁴ Se kapittel 3.2.1 vedrørende etikk

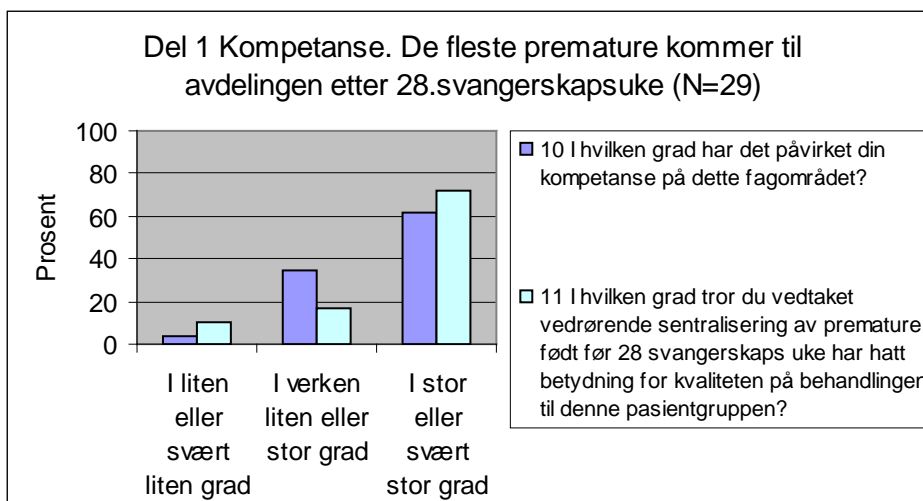


Figur 9

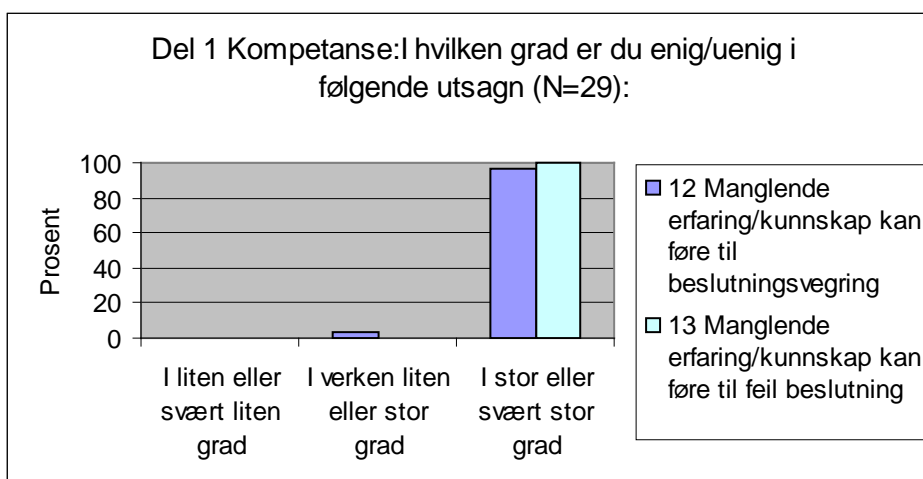
Jeg har frem til nå drøftet bakgrunnen for beslutninger i lys av lovverket, pårørende og barnets behov, samt egne og kollegaers holdninger. Jeg har valgt å drøfte dette ganske grundig selv om et fåtall av respondentenes har vektet spørsmål av denne karakteren ”i stor eller svært stor grad”. Der hvor besvarelsene er sammenfallende dreier spørsmålene seg om kompetanse innen faget, det vil si erfaringer og faglig skjønn. Her viser besvarelsene på spørsmålene 21, 24 og 25 at den erfaringsbaserte kunnskapen, faglig skjønn og medisinsk faglige observasjonene vedrørende smerte og ubehag, har stor eller svært stor betydning når man vurderer et barns fremtidsutsikter. Dette samsvarer med tidligere beskrivelser av de profesjonelles faglige autonomi, og Strands påstand om at den viktigste styringsmekanismen til ekspertene er den felles treningen de har i sitt fag og den kommunikasjonen som skjer på grunnlag av dette (Strand 2006).⁴⁵ Dette bekreftes også av en respondents kommentar, som lyder slik;

”Beslutninger må bygge på faglig evidens og ikke følelser, egne erfaringer, eller ønsker”

⁴⁵ Se kapittel 2.2 og 3.1



Figur 10



Figur 11

Som man kan se av svarene i figur 10 og 11, og som jeg nevner innledningsvis, er det stor enighet blant respondentene om at deres kompetanse har blitt påvirket av sentraliseringen av premature født før 28 svangerskapsuke. Samt at manglende kunnskap kan føre til feil beslutninger. Jeg vet av egen erfaring at kunnskap ikke kan holdes ved like av teori alene, man trenger pasienter i avdelingen som stiller krav til oss som fagpersoner, og som gir oss den yrkesrelevante kunnskapen vi trenger for å kunne gi denne pasientgruppen et godt tilbud. Med bakgrunn i Lais definisjon av kompetanse, som de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger, som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål (Lai 1997).⁴⁶ Ser jeg at manglende erfaring med denne pasientgruppen kan føre til at ferdighetene, som er nærmest knyttet til praktisk handling, gradvis har blitt og

⁴⁶ Se kapittel 3.2.3.2 Kompetanse

blir dårligere. Respondentene har i gjennomsnitt 8 års erfaring fra nyfødttintensiv, 16 av respondentene har vært i avdelingen i fra 15-25 år. Det vil si at dette er respondenter som har opparbeidet seg lang erfaring, og som på grunn av denne erfaringsbaserte kunnskapen (phronesis), fortsatt kan "flyte" på tidligere erfaringer, og innarbeidede rutiner. Phronesis er som jeg har vist til erfaringsbasert, og utvikles på grunnlag av overveielse og skjønn.⁴⁷ Respondentene bekrefter at faglig skjønn er viktig med hensyn til vurdering av barna, noe som også samsvarer med at det profesjonelle arbeidet ofte beskrives som skjønnsbasert.⁴⁸ De premature barna er meget skjøre, og overvåkes døgnet rundt. Det er de mest erfarne sykepleierne som har ansvar for disse barna, og som oftest har de med seg en mindre erfaren sykepleier som trenger opplæring, eller på grunn av generell kompetanse bevaring/heving `s ønske og behov. Mye av observasjonene utføres ved å lese av målninger og medisinske tekniske parameter, og barnet blir behandlet på bakgrunn av dette. Men de viktigste observasjonene, og behandlingen på bakgrunn av observasjonene, utføres av sykepleierne/legene. Dette kan være observasjoner som; barnets hudfarge, reaksjoner, tegn på smerte, er barnets hud tørr eller klam?, blir barnet irritabel ved lys, lyd eller berøring? Dette er viktige parametre som beskriver barnets tilstand, og som må tolkes. Barnets sårbarhet gjør at jeg enda en gang ønsker å trekke inn nærhetsetikken, hvor nærhetsetikken beskrives som grunnlagsetikk, i den forstand at den prøver å svare på hva det etiske er. Den etiske fordringen for legen og sykepleieren består i "svare" på appellen fra pasientens ansikt, eller å ta i mot uttrykket til pasienten på en slik måte at det blir godt for pasienten, som Brinchmann (2008) beskriver det " så enkelt er det, og så vanskelig". Spesielt vanskelig er det i forhold til de ekstremt premature barna, de sier sjelden i fra "med lyd", årsaken kan være at de får assistert ventilasjon, eller at de på bakgrunn av prematuriteten (umodenhet) ikke kan lage noen lyder enda. I tillegg til å observere målbar informasjon med hensyn til barnets tilstand, er det derfor nødvendig å ha kunnskap nok til å se og forstå appellen i barnets ansikt. Tolke grimaser, og et bekymret ansiktsuttrykk, bruke det faglige etiske skjønnet.

Jeg kunne kommet med mange tilsvarende eksempler på observasjoner og pleie som gjøres på bakgrunn av den erfaringen man har på dette fagområdet, erfaringer som er ervervet gjennom mange år, og i møte med tilsvarende tilfeller som man kan sammenligne med. Hvordan skal de uerfarne, eventuelt nyansatte klare å opparbeide seg den samme kunnskapen, og hvordan skal denne kunnskapen bevares?

⁴⁷ Se kapittel 3.2.1 Dyddsetikk

⁴⁸ Se kapittel 3.2.3.4 Kunnskap og skjønn

På bakgrunn av disse besvarelsene ønsker jeg å trekke inn ytterligere teori vedrørende kunnskap og handling, jeg velger her å vise til Schön som benytter seg av begrepene, *kunnskap - i - handling og refleksjon -i- handling*. Kunnskap - i- handling er de former for ”know-how” som vi avslører i våre handlemønstre. ”Know-how” er erfaringsbasert kunnskap om hvordan arbeidsoppgaver best løses i de sammenhengene de skal løses i. Kunnskap - i- handling er dynamisk, og handlingene er automatiske og spontane. Handlingsmønstre med erkjennelse av behov for justering og utførelse av justering mens handlingen pågår, betegner kunnskap - i- handling. Kunnskap - i- handlinger innebærer en yrkesutøvelse med preg av rutine hvor alt går etter ”oppskriften” med kjente variasjoner. Alle profesjonelle praksiser kan sies å romme elementer av gjentakelser og rutiner, og dess mer spesialisering, dess mer taus kunnskap og automatiserte handlinger (Schön 2000). Noe som også samsvarer med Lais (1997) beskrivelse av taus kunnskap.⁴⁹

Profesjonelle står ovenfor unike situasjoner preget av usikkerhet og verdikonflikter som ikke kan løses med utgangspunkt i teknisk rasjonalitet. Uforutsette hendelser oppstår, og det er behov for nye problemfortolkninger og mer eksplisitt refleksjon. Ved refleksjon *mens* handlingen utføres, og ut fra den komplekse kunnskap - i- handling som den profesjonelle har opparbeidet seg, gis det mulighet for korrigerende handlinger, med forventning om å oppnå best mulig resultat i den gjeldende situasjon. Dette betegnes som refleksjon - i- handling, og viser til en mer ”reflektert praksis” enn ubevisste og spontane handlinger. Det beskrives også at handlingen får en dialogisk struktur, der yrkesutøveren eksperimenterer med ulike problembestemmelser, forsøker ulike handlingsalternativer, og søker handlingens resultater; bakgrunnen for problembestemmelsen er ikke tilfeldig, den bygger videre på tidligere erfaringer. Refleksjon -i- handling innebærer at yrkesutøvelse ikke er en (teknisk) anvendelse av definerte metoder og teknikker. Den profesjonelle yrkesutøvelse innebærer stadig og fortsatt læring. Ved åpenhet og ved å observere konsekvensene av de valgene som gjøres, blir skillet mellom anvendelse og utvikling av kunnskap utvisket; profesjonell ”anvendelse” av kunnskap innebærer fortsatt læring (Haaland 1996:23). Refleksjon-i – handling er kjennetegnet på profesjonell kompetanse, profesjonelle yrkesutøvere blir reflekterende praktikere (Schön 2000 og Smeby i Molander & Terum 2008).

Når man ser på respondentenes besvarelser opp mot det jeg har beskrevet, så er de i ferd med å miste evnen (muligheten) til refleksjon -i- handling. De har fortsatt den teoretiske kunnskapen, og mange oppgaver utføres på rutine. Men som jeg viser til er det nødvendig å anvende kunnskapen. Noe også Haaland (1996) viser til når han beskriver at handling -i-

⁴⁹ Se kapittel 3.2.3.4. Kunnskap

kunnskap kjennetegnes ved at innvinningen av kunnskap foregår gjennom dens anvendelse, og at profesjonell yrkespraksis kjennetegnes ved at denne innvinningen aldri stanser opp, men løper sammen med anvendingen (Haaland 1996: 23). Noe som også samsvarer med Hippokrates beskrivelse av den profesjonelle og behovet for utøvelse av "kunsten" i et fellesskap, og i kontinuerlig læring, for å kunne forbedre medisinske ferdigheter og utvikle sin moralske dømmekraft.⁵⁰

På bakgrunn av besvarelsene om at kompetansen har blitt dårligere, er jeg også redd for at beslutninger basert på skjønn, ikke vil være "gode beslutninger". Noe som også delvis bekreftes av Nygren (2004) som hevder at det faglige skjønnnet alltid er utviklet i en bestemt handlings kontekst, dette betyr at den som i en bestemt profesjonell praksis og handlings kontekst viser til det vi kaller faglig skjønn, ikke nødvendigvis er i stand til å vise et faglig skjønn i en annen profesjonell praksis og handlingskontekst. Noe som også bekreftes av Brinchmann (2008) som beskriver at det faglige og etiske skjønner rommer mer enn forstand. Skjønnnet består av den eksakte kunnskapen, men også det tause, intuisjonene eller mage følelsen. Skjønnnet rommer uttrykket fra pasientene og de pårørende, det vi ikke kan forstå eller forklare, det som er vanskelig å sette ord på, og som vi tilegner oss gjennom erfaring. Skjønn er derfor mer enn normativ etikk. Noe jeg tolker som at uten "magefølelsen" som kommer med kunnskap, er det vanskelig å utøve skjønn.

Jeg viser også her til Erik Oddvar Eriksen (2001) som problematiserer profesjonsutøvernes økende bruk av skjønn som et spennings forhold mellom fag og velferdsstatens politikk og et tegn på "demokratiets sorte hull" et kritisk blick på profesjonene, som avslører at like tilfeller ikke bestandig blir behandlet likt. Og at prinsippet likhet om likhet for loven ikke alltid overholdes i profesjonsutøvernes bruk av faglig skjønn.

⁵⁰ Se kapittel 3.1.1 Profesjoner i fortid og nåtid

6.0 Oppsummering og veien videre

Jeg valgte dette temaet fordi utviklingen innen nyfødtdedisin gleder meg, men som også av til får meg til å føle at utviklingen har blitt til på bekostning av noe. Har politikerne, brukerne og profesjonsutøverne stått sammen om denne utviklingen, eller er utviklingen et resultat av profesjonsutøverens ekspansjonstrang, og eventuelle behov for å lykkes i det faglige miljøet? Dette er et tema som jeg tidligere har tatt opp med leger i avdelingen, og hvor noen er ganske klare på at det er sterke krefter i fagmiljøet som ”presser” grensene, og som muligens er noe mindre opptatt av hva behandlingen av (ekstremt) premature barn påfører familier, og samfunnet generelt. Før jeg oppsummerer resultatene fra min undersøkelse som viser hva respondentene legger til grunn for beslutninger og behandling av de premature, ønsker jeg å referere til Markestad som beskriver noen av mine innledende tanker.

Han beskriver at behandlingen av de minste premature barna er svært ressurskrevende, belastende for familien og ofte svært plagsom for barnet. Mange barn som ellers ville dø overlever med funksjonshemninger. Markestad mener derfor at ingen som er involvert i omsorgen for syke nyfødte kan stille seg nøytral til de etiske sidene ved spørsmålet om det bør være en grense for når det er rimelig å tilby livreddende behandling. En slik vurdering må i første rekke bygge på faktiske opplysninger om hva en slik behandling betyr av plager for barn og familie, om hvilke fremtidsutsikter barna har og om hva det koster av ressurser for avdelingen og samfunnet.

Hvert enkelt barn med gestasjonsalder ned mot 24 uker krevde betydelige ressurser. Assistert ventilasjon i 50 dager betyr for eksempel forbruk av ca ett sykepleie årsverk. I tillegg kommer forbruk av svært mye legetid, laboratorie tjenester, og kostbart medisinteknisk utstyr.

I Australia ble det beregnet at et barn på 24 svangerskapsuker trengte nesten 15 ganger så lang tid på assistert ventilasjon som et barn på 28 ukers svangerskapsalder. I USA var vanlig ”gjennomsnittspris” for et barn med fødselsvekt under 1000gram på vel 1 million kroner, og det var ikke uvanlig at et ekstremt prematurt barn kostet flere millioner kroner på det tidspunkt det ble utskrevet fra avdelingen. I tillegg kommer familiens og samfunnets kostnader for barn med funksjonshemninger (Markestad, konsensuskonferanse, rapport nr 13 1998).

Teoriene, tidligere undersøkelser, og denne undersøkelsen viser at profesjonsutøverne ikke bare motiveres av den gode gjerning alene, men også av eget engasjement, ønske om økt kunnskap, verdier og holdninger. En drivkraft som jeg mener er nødvendig for å orke å stå i tøffe avgjørelser og faglige utfordringer. Jeg mener allikevel at egne holdninger og ønsket/behovet for å lykkes noen ganger går på bekostning av hva som er det beste for pasientene. Noe denne undersøkelsen også viser ved at det er svar som tyder på at egne og kollegaers ønske om å lykkes, kan ha gått foran det som er det beste for barnet. Det kan også tyde på at noen barn og pårørende har fått bedre oppfølging enn andre. Men stort sett handler det om profesjonelle fagfolk som ønsker å jobbe med faget sitt, gjøre en god jobb, og har et ønske om å videreutvikle og bevare egen kompetanse. Og svarene, samt min erfaring fra avdelingen viser at respondentene ikke stiller seg nøytrale til behandlingen av denne pasientgruppen.

Mitt hovedinntrykk er at respondentene føler at deres kompetanse gradvis blir dårligere. Og at de er bekymret for det tilbudet avdelingen vil ha til de premature barna i fremtiden. De er også bekymret for at det på bakgrunn av dårligere kompetanse kan gjøres feil beslutninger, eller at man vegrer seg for å ta beslutninger.

Det er også flere som uttrykker et behov for større samarbeid innad i avdelingen, med fokus på etiske dilemmaer. Ut fra de kvalitative dataene ser jeg også at sykepleierne og legene har forskjellige behov når det gjelder samarbeidsmøter som angår barn og pårørende, noe som også gjelder fokuset på etiske problemstillinger i avdelingen.

Veien videre

Nyfødtintensiv er en avdeling med engasjerte medarbeidere. De er reflekterte, og stiller selv spørsmål til om de har den faglige kompetansen som trengs for å yte forsvarlig behandling. De er også klar over at egne og kollegaers engasjement og holdninger kan påvirke behandling og beslutninger som omhandler barnet.

Som tidligere nevnt er det ulikt behov for fokus på etiske problemstillinger i avdelingen, noe som har ført til en del frustrasjon i sykepleier gruppen. Og som også kommer frem av de avsluttende kommentarene i undersøkelsen. Det er sykepleierne som er sammen med barn og pårørende hele døgnet, og føler at de ikke blir "hørt" av legene når de tar opp etiske problemstillinger, samtidig så kommer det frem at det er et trygt miljø i avdelingen, noe som gjør det lett å ta opp ulike problemstillinger.

Selv om undersøkelsen viser at respondentene har ulike behov når det gjelder etiske problemstillinger i avdelingen, ser jeg at det er nødvendig å etablere bedre rutiner for hel gruppen vedrørende håndtering av dette tema. Respondentene ønsker et bedre samarbeid innad i avdelingen med faste team møter hvor pasient ansvarlig lege også er til stede. De ønsker mer fokus på faglig og etisk refleksjon, og engasjement i avdelingen. Dette er noe jeg vil ta opp med seksjonsleder og legene ved avdelingen, og legge til rette for at rutiner for bedre samhandling etableres. Jeg ser også av besvarelsene at fokuset på egne og andres holdninger bør være et tema som holdes ”varmt” i avdelingen. Og at det bør være et tema som tas med leger og sykepleiere i fellesskap.

Hva med kompetansen på dette fagområdet, kan jeg gjøre noe med det?

For å kunne gi de premature barna et forsvarlig tilbud i Fredrikstad i fremtiden, må vi se på løsninger som bidrar til vedlikehold og opparbeidelse av profesjonsutøvernes kompetanse. Avdelingen har god kontakt med fagmiljøet i Oslo, og det er muligheter for å hospitere i kortere og lengre tid ved en nyfødtintensiv avdeling der. Det er også etablert akuttøvelser hver uke i samarbeid med anesthesiavdelingen, og sykepleiere og leger ved nyfødtintensiv.

I tillegg er det nå utarbeidet en tjenesteplan hvor en overlege er til stede sammen med assistent legen hele døgnet. Det vil si at vi har etablert en beredskap som skal tilby pasientene erfarne leger med god kompetanse hele døgnet. Men som de sier selv: ” det er for lenge mellom hver gang vi har de minste, vi begynner å bli rustne”.

Jeg ser på dette som kortsiktige løsninger, men det jobbes med å bevare og øke kompetansen, samt sikre beredskap, på grunn av et langsiktig perspektiv. Målet er å kunne behandle flere premature barn i Fredrikstad slik at profesjonsutøverne klarer å beholde sin kompetanse for å kunne gi pasientene et godt tilbud. I de kommende året ønsker jeg å jobbe for et nytt vedtak med hensyn til sentraliseringen av barn født før 28 svangerskapsuke. Målet er å kunne behandle premature født fra 26 svangerskaps uke ved nfi.

Det er mulig at jeg i utgangspunktet kan virke kritisk til en del av behandlingen av de premature barna. Jeg er i grunn ikke det, men jeg ønsker en bevisst og reflekterende holdning til det arbeidet vi gjør. Grensene for behandling av de premature barna er foreslått av fagmiljøet, og fokuset på senskader er heldigvis større i dag enn tidligere. Det er som jeg nevner innledningsvis i oppgaven, vanskelig å sette faste grenser for de premature, men jeg er opptatt av at offentlige myndigheter engasjerer seg og følger med. Hvis ikke, så vil profesjonsutøverne i samarbeid med brukerne forsyne seg godt av ”felleskassa”, samt at denne utviklingen *må styres i samarbeid* med fagmiljøet og de ansvarlige i departementet.

Avslutningsvis ønsker jeg også å formidle et ønske om at det fokuseres mer på barn og pårørende etter de er ferdig behandlet ved sykehuset. Det satses stort, og det brukes enorme ressurser i den akutte fasen av behandlingen. Men etter barna er skrevet ut er familiene litt ”alene”, og familier med funksjonshemmede barn sliter med å få den hjelpen og støtten de trenger. Jeg avslutter dette hjertesukket ved å sitere Brinchmann som sier følgende; ”Vi må ikke glemme at det er de samme barna og familiene det er snakk om, som prioriteres høyt i første delen av livet, for senere å oppleve manglende interesse og oppfølging av de ansvarlige. Har man sagt A, må man si B” (Brinchmann 2003:56).



Referanser

Aadland, Einar (2004). Den truverdige leiaren.

Det norske samlaget. Oslo

Album, Dag & Georges Midre (1991). Mellom idealer og realiteter, studier i medisinsk logikk. Ad Notam forlag AS

Anspach RR(1993). Deciding who lives. Fateful choices in the intensive care nursery. University of California Press, Berkeley.

Aune Asbjørn (2000). Kvalitetsdrevet ledelse. Oslo Gyldendal Akademiske

Befring Anne Kjersti & Bente Onstad (2001) Helsepersonelloven - med kommentarer. Fagbokforlaget Bergen.

Berg, Ole (1987). Medisinens logikk. Studier i medisinsk sosiologi og politikk. Universitetsforlaget AS

Bolman, Lee G & Terrence Deal (2005). Nytt perspektiv på Organisasjon og ledelse. Gyldendal Norsk Forlag AS

Brinchmann, Berit Støre (2003) Etikk i nyfødtmedisin. Universitetet i Oslo. Doktorgrad.

Brinchmann, Berit Støre (2008). Etikk i sykepleien. Gyldendal Norsk forlag AS. 2 opplag

Brunsson, Nils (2006) Mechanisms of Hope. Maintaining the dream of the rational organization. Copenhage Buisness School Press. Liber. Universitetsforlag.

Cohen, M., March J., Olsen J. (1972) A Garbage Can Model of Organizational Choice. I: *Administrative science quarterly*, 17, s. 1-25

Christoffersen, Svein Aage (2005). Profesjonsetikk. Universitetsforlaget.

Dahlbom - Hall Barbro og Birgit Jacobsen (1999). Leger og ledelse.

Tano Aschenhough

Dalland, Olav (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Einarsen Ståle og Anders Skogstad (2005), red. Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger. Fagbokforlaget

Erichsen Vibeke (1996). Profesjonsmakt. På sporet av norsk helsepolitisk tradisjon. Tano Aschenhough.

Eriksen, Erik Oddvar (2001) Demokratiets sorte hull. Abstrakt forlag

Grimen, Harald (2008). Profesjon og tillitt. I: Molander Anders & Lars Inge Terum, red . Profesjonsstudier. Universitetsforlaget.

Grimen, Harald & Andre Vågan (2008). Profesjoner i et makteoretisk perspektiv. I: Molander Anders & Lars Inge Terum, red. Profesjonsstudier. Universitetsforlaget.

Grønmo, Sigmund (2002). Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen. I: Holter Harriet & Ragnvald Kalleberg, red. Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Universitetsforlaget.

Haukeland, Linda (2009) Hvilke faktorer fremmer og hvilke faktorer hemmer forskningsaktiviteten ved Sykehuset Østfold? Prosjektoppgave ved masterstudiet i organisasjon og ledelse. Høgskolen i Østfold.

Hellevik, Ottar (2003). Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Universitetsforlaget

Hernes, Helge (2002). Perspektiver på profesjoner. I: Nylehn, Børre & Anne Marie Støkken, red. De profesjonelle. Universitetsforlaget

Hofmann, Bjørn i: Slettebø, Ashild & Per Nortvedt (2006) Etikk for helsefagene
Gyldendal norsk forlag.

Jacobsen, Dag Ingvar (1997). Administrasjonens makt.
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørcke AS.

Jacobsen, Dag Ingvar & Jan Thorsvik (2007). Hvordan organisasjoner fungerer.
Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørcke AS

Jacobsen, Dag Ingvar (2005). Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i
samfunnsvitenskaplig metode.2.utgave. Høyskoleforlaget.

Johansen, Kjell Eyvind & Arne Johan Vetlesen (2003). Innføring i etikk. Universitetsforlaget.
2 opplag.

Kaufmann, Geir & Astrid Kaufmann (1996). Psykologi i organisasjon og ledelse.
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørcke AS

Kolstad Hansen, Svein & Arve Negaard (2006). Økonomi på tvers.
Gyldendal Norsk Forlag AS.

Koppeltvedt Therese & Wibeke Brun (2005). Å fatte gode beslutninger. I: Einarsen Ståle &
Anders Skogstad, red. Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger. Fagbokforlaget

Kjønstad Asbjørn & Aslak Syse (1992). Helseprioriteringer og pasientrettigheter.
Ad Notam Gyldendal AS.

Lahn, Leif Christian & Karen Jensen (2008). Profesjon og læring. I: Molander, Anders & Lars
Inge Terum, red. Profesjonsstudier. Universitetsforlaget.

Lauvås Kirsti og Per Lauvås (2004). Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi.
Universitetsforlaget.

Leer – Salvesen, Paul (2002). Arven fra Hippokrates. I: Nylehn, Børre & Anne Marie Støkken, red. De profesjonelle. Universitetsforlaget

Lian, Olaug S (2007). Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering. Høyskoleforlaget

Lingås, Lars Gunnar (2008). Etikk og verdivalg i helse - og sosialfag. 4 utgave. Gyldendal Akademiske.

Lundqvist, Lennart (1998). Demokratins väktare. Studentlitteratur. Lund.

Mintzberg, Henry (1983). Structure in fives, Kap 1 Foundations of organization Design, s 1-23 og Kap 10. The Professional Bureaucracy, s 189-213, Prentice Hall. Kompendium Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene. 2009

Molander Anders og Lars Inge Terum (2008). Profesjonsstudier. Universitetsforlaget.

Molven O (2000). Helse og jus. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Morgan, Gareth (1988). Organisasjonsbilder, innføring av organisasjonsteori. Oversatt av Dag Gjestland. Universitetsforlaget.

Moster, Dag et al.(2008). Long - term medical and sosial consequences of preterm birth. The New England Journal of Medicine, s 359, 262-273

Nielsen Ry Jens Carl & Morten Ry (2002). Annerledes tanker om Leavitt – en klassiker i ny belysning. København: Frederiksberg trykkeri

Nielsen, Ry Jens & Repstad (2004). I : Repstad, Pål. Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis, red. Universitetsforlaget. 2 opplag.

Nortvedt, Per (2006). Etisk skjønn og moralsk dømmekraft. I: Nylehn, Børre & Anne Marie Støkken, red. De profesjonelle. Universitetsforlaget

Nygren Pär & Halvor Fauske (2004). Ideologisk beredskap. Gyldendal Akademisk

Nygren Pär(2004). Handlings kompetanse. Gyldendal Norsk Forlag.

Nylehn, Børre & Anne Marie Støkken (2002). De profesjonelle. Universitetsforlaget

Ohnstad Bente (1995) Helsepersonells juridiske ansvar. Ad Notam. Gyldendal.

Ohnstad Bente (2001) Juss for helse og sosialarbeidere: en innføring i juridisk tenkning, metode og lovgivning. Fagbokforlaget. Bergen

Paulsen, Eirin (2008) I hvilken grad kan profesjonsutøvernes prioritering av relasjonene forklare helsesektorens situasjon? Prosjektoppgave ved masterstudiet i organisasjon og ledelse. Høgskolen i Østfold.

Ramsdal, Helge & Egil J. Skorstad (2004). Privatisering fra innsiden. Fagbokforlaget.

Repstad, Pål (1998). Mellom nærhet og distanse. Universitetsforlaget AS.

Repstad, Pål (2004). Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretattlig samarbeid i teori og praksis. Universitetsforlaget. 2 opplag.

Ringdal Kristen (2007). Enhet og mangfold. Fagbokforlaget

Ruyter, Knut W et al (2007). Medisinsk og helsefaglig etikk, 2 utgave. Gyldendal akademiske.

Saugstad, Ola Didrik (2007). Når grenser flyttes. Luther Forlag.

Schön, Donald A.(2000). Udvikling af ekspertise gennem refleksion- i- handling.

Tekster om læring. Knud Illeris(red). Donald Fredriksberg C: Roskilde Universitetsforlag
2000

Simon, Herbert A. (1945/1997). *Administrative behavior – A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations*. New York: The Free Press

Slettebø Ashild (2006). Etikk og jus. I: Slettebø Åshild & Per Nortvedt, red. Etikk for helsefagene. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stamsø, Mary Ann (2005). Velferdsstaten i endring. Norsk helse og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre. Oslo Gyldendals Akademiske.

Stigen, Arnfinn i: Dahl Øyvind mfl (1983). Etikk. Universitetsforlaget

Strand, Torodd (2006). Ledelse, organisasjon og kultur. Fagbokforlaget.

Støkken, Anne Marie (2002). Profesjoner og nye utdanningsformer. I: Nylehn, Børre & Anne Marie Støkken, red. De profesjonelle. Universitetsforlaget

Syse, Aslak (2001) Pasientrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Gyldendal akademiske

Torgersen Ulf (1972). Profesjonssosiologi. Universitetsforlaget

Tranøy, Knut Erik (1985). Etikk og medisinsk forskning. I : Neegaard, Gunnar,red. Moderne medisin og etikk. NKS – Forlaget

Vetlesen, Arne Johan & Per Nortvedt (2000). Følelser og moral. Ad Notam. Gyldendal

Vetlesen, Arne Johan(2007). Hva er etikk? Universitetsforlaget

Tidsskrifter og rapporter:

Brinchmann, Berit Støre (2003). "Har man sagt A, må man si B". Om helsepersonells plikt til å redde liv, og premature barns rett til å bli fulgt opp. Abstract. Omarbeidet utgave av prøveforelesning for den filosofiske doktorgradsprøven. Senter for medisinsk etikk. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

Dæhlen, Marianne og Bente Andreassen. Velferdsstatens profesjoner
Tidsskrift for velferdsforskning 3.2008

Hansen, Finn Henry. Tidsskrift for samfunnsforskning 1979, bd. 20, 219-240.

Helse og sosialdepartementet. Nasjonal veileder(2009) Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende.

Haaland, Frode Hübort. Utvikling av lederkompetanse. Veiledning – kunnskap – refleksjon. Høgskolen i Østfold. Avdeling for samfunnsfag og fremmedspråk. Arbeidsrapport 1996:1

Konferanserapport (1992). Etikk og nyfødttmedisin, bidrag fra en konferanse om etikk og nyfødttmedisin arrangert av Helsedirektoratet og Senter for medisinsk etikk.

Konsensuskonferanse 24-25 november 1998. Grenser for behandling av for tidlig fødte barn. Rapport nr 13. Norges forskningsråd.

NOU – Norges offentlige utredninger 1993: 15. Forvaltningsetikk.

NOU – Norges offentlige utredninger 1997:18 "Prioritering på ny"

Sosial og helsedirektoratet (2007). Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. Oslo: Sosial og helsedirektoratet

Tidsskrift for den norske legeforening nr 06/2001

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007). ICN s etiske regler. Norsk sykepleier forbund.

Mail korrespondanse

Hansen, Ruud Tore Willy (27 november 2009). Leder, Klinisk-etikk komite Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Elektroniske

Premature barn.

<http://www.nrk.no/programmer/tv/brennpunkt/1.5337582> 08.04.08. (lest 21.03.09)

Etiske regler. Tidsskrift for den norske legeforening, nr 1, 2010.

<http://www.legeforeningen.no> (Lest 02.03.10)

Helsepersonelloven. <http://www.lovdatab.no> (lest 11.04.10)

Lerø, Magne (2008) Sykehus-ustyrighet.

<http://www.ukeavisen> ledelse (lese dato:11.03.08)

Arbeidsgivers styringsrett. NOU:25. 15.2. (Lest 23.04.10)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/1997/nou-1997-25.html?id=141157>.

Forskning på barn. Helsinki deklarasjonen

<http://etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/> (Lest 11.04.10)

Hippokrates ed. Det store Norske leksikon.

http://www.snl.no/Hippokrates_fra_Kos (Lest 27.04.10)

Forelesninger:

Jacobsen Dag Ingvar. Om å skrive masteravhandling. Høyskolen i Halden. 8 september 2009.

Hvilke forutsetninger ligger til grunn for profesjonsutøverens beslutninger.
Her med fokus på beslutninger og etiske problemstillinger innen nyfødtmedisin?

Det ble i 2005 besluttet at barn født før 28 svangerskapsuke skulle sentraliseres. For vår del betydde det at barna skulle fødes på Ullevål eller Rikshospitalet (i dag Oslo universitetssykehus). Siden denne beslutningen har nyfødtintensiv (nfi) behandlet flere premature barn født i Oslo, og overflyttet Fredrikstad etter 28 uker, samt premature som fødes akutt i Fredrikstad og som er for ustabile til å overflyttes til Oslo. Jeg ønsker i denne undersøkelsen å fokusere på beslutninger som tas vedrørende behandling av premature født før 28 svangerskaps uke, og samtidig undersøke/ belyse om sentraliseringen av de premature har hatt noen betydning for profesjonsutøverens (leger, sykepleiere) beslutningsevne.

Spørreskjemaet er anonymt. Anonymiteten ivaretas ved at respondentens navn slettes på en elektronisk navneliste når vedkommende har svart. Svaret lagres anonymt i en egen database.

Kjønn: Mann
Kvinne

Alder:

Spl:

Spes spl:

LIS:

Overlege:

Antall år med erfaring fra /med
nyfødtmedisin:

Del 1 Kompetanse					
	svært liten grad	I liten grad	I verken liten eller stor grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad har du i ditt arbeid ved avdelingen deltatt i oppfølging/ behandling av ekstremt premature?					
I hvilken grad har du i ditt arbeid ved avdelingen deltatt i faglige diskusjoner vedrørende videre behandling av ekstremt premature?					
De fleste premature kommer til avdelingen etter 28 svangerskapsuke. I hvilken grad har det påvirket din kompetanse på dette fagområdet?					
I hvilken grad tror du vedtaket vedrørende sentralisering av premature født før 28 svangerskaps uke har hatt betydning for kvaliteten på behandlingen til denne pasientgruppen?					
hvilken grad er du enig/uenig i følgende utsagn					
- Manglende erfaring/kunnskap kan føre til beslutningsvegring					
- Manglende erfaring/kunnskap kan føre til feil beslutning					
- Bli vanskelige avgjørelser/beslutninger diskutert i tverrfaglige møter					
- Er det lett å få faglig råd og veiledning ved behov					
Når du vurderer et barns fremtidsutsikter, i hvilken grad har følgende kriterier betydning?					
	svært liten grad	I liten grad	I verken liten eller stor grad	I stor grad	I svært stor grad
- Foreldrenes ønske					
- Kollegaers ønske					
- Eget ønske					
- Fremtidige sekveler					
- Barnets livsvilje					
- Tegn på smerte/ubehag					

- Familiens sosiale status					
- Familiens evne til å ivareta barnet etter utskrivelse					
- Tidligere erfaringer					
- Faglig skjønn					
Kommentarfelt					

Del 2 Forhold til barn og pårørende

	svært liten grad	I liten grad	I verken liten eller stor grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad opplever du det er "lettere" å ta beslutninger som omhandler nedtrapping/avslutning av behandling hvis man ikke kjenner pårørende så godt?					
I hvilken grad opplever du at noen pårørende får bedre oppfølging enn andre?					
Hvis noen pårørende får bedre oppfølging enn andre, hva mener du årsaken til det kan være?					
I hvilken grad tror du pårørendes krav til helsetjenesten (profesjonsutøverne) har betydning når det skal tas beslutninger vedrørende videre behandling?					
I hvilken grad opplever du at personalets forhold til pårørende har betydning for behandlingen av barnet?					
Premature barn og deres foreldre følges opp på poliklinikk ved lokalsykehus etter utskrivelse. I hvilken grad tror du helsepersonell som har denne oppfølgingen er mer opptatt av senskader enn de som kun ser barnet og de pårørende i en akutt fase?					
I hvilken grad blir pårørende tatt med i diskusjoner vedrørende behandling av barnet?					
I hvilken grad har pårørendes meninger betydning vedrørende behandling av barnet?					

Del 3 Samarbeid og holdninger

	svært liten grad	I liten grad	I verken liten eller stor grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad du opplever du at en kollegas behov for å lykkes i behandlingen har kommet foran det du mener er det beste for barnet?					
I hvilken grad har du følt at en kollegas behov for å vise autoritet i forbindelse med beslutninger har kommet foran det du mener er det beste for barnet?					
I hvilken grad har du følt deg "overkjørt" av andres meninger vedrørende behandling av barnet?					
Kommentarfelt					
I hvilken grad har du i ditt arbeid måttet ta avgjørelser som du ikke har vært bekvem med?					
I hvilken grad påvirkes du av kollegaers holdninger?					
I hvilken grad opplever du at egne holdninger påvirker en objektiv vurdering av barnet?					
Kommentarfelt					
hvilken grad opplever du at den enkeltes spl/lege's engasjement har betydning for beslutninger som tas vedrørende behandling av barnet?					
- A lege					
- B spl					
I hvilken grad har du opplevd tilfeller hvor du mener at behandlingen skulle vært avsluttet på et tidligere tidspunkt?					
Kommentarfelt					

Del 4 Lover og regelverk

Som profesjonsutøvere i helsevesenet er vårt arbeid regulert av en rekke lover, krav og retningslinjer. Vi har yrkesetiske retningslinjer for leger og sykepleier, lov om helsepersonell, pasientrettighetsloven, og nå også en nasjonal veileder fra 2009 som omhandler beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende.

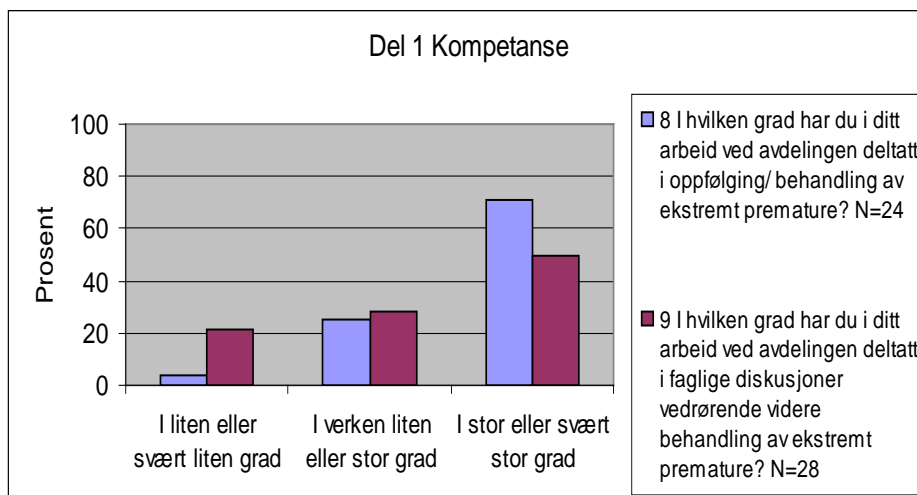
	svært liten grad	I liten grad	I verken liten eller stor grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad har lovverket betydning for beslutninger som tas vedrørende behandling av barnet?					
I hvilken grad har dine yrkesetiske retningslinjer betydning for beslutninger vedrørende behandling av barnet?					
I hvilken grad blir pårørende informert om sine rettigheter?					

Avsluttende kommentarer:

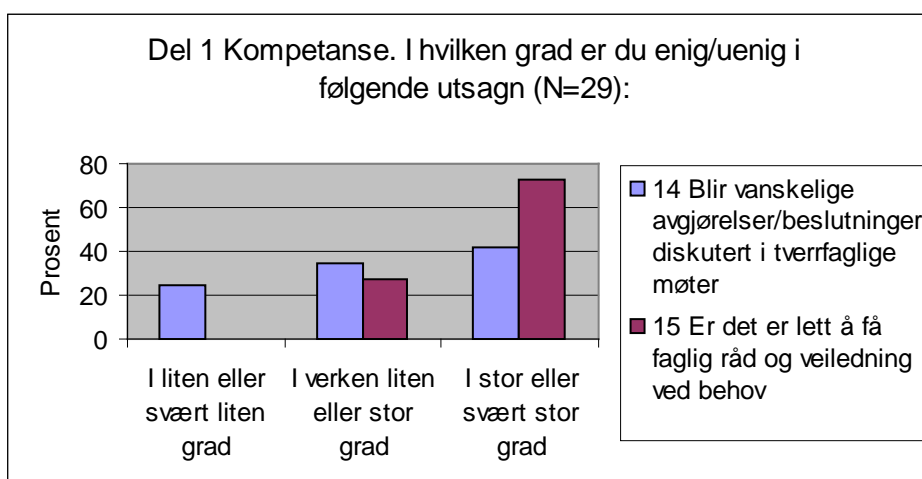
	svært liten grad	I liten grad	I verken liten eller stor grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad opplever du at det er tilfredsstillende fokus på etiske problemstillinger innen behandling av premature?					
Hvis du ikke syns det tilfredsstillende fokus på etiske problemstillinger, har du noe forslag til hvordan det kan gjøres bedre?					
Kommentarfelt					

Tusen takk for deltakelsen.

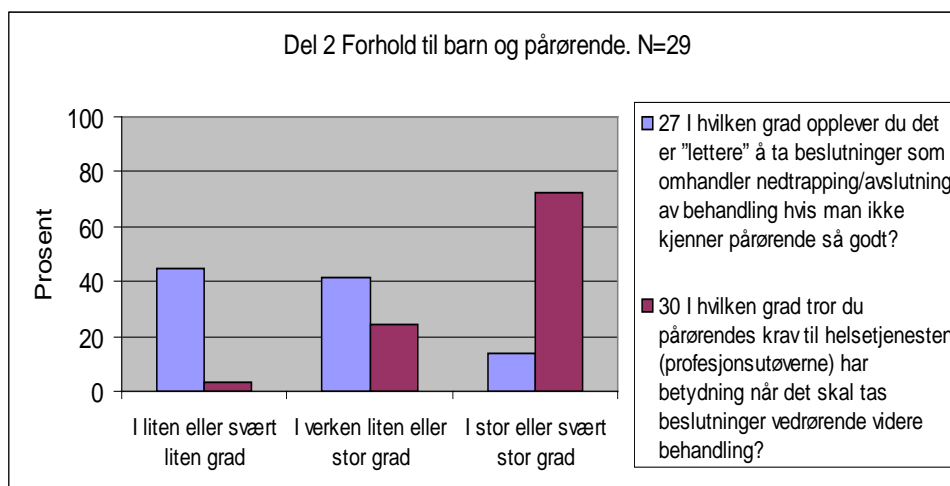
Oversikt over figurer som ikke vises inne i oppgaven



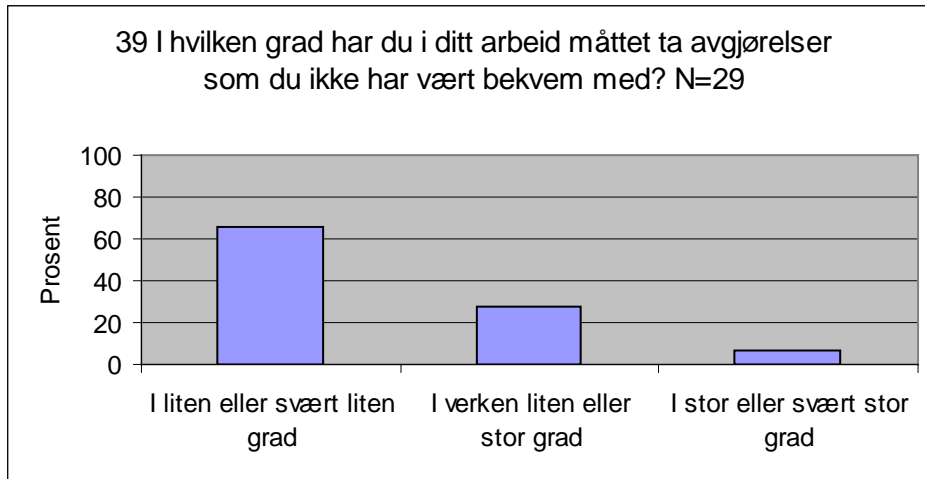
Figur V-1



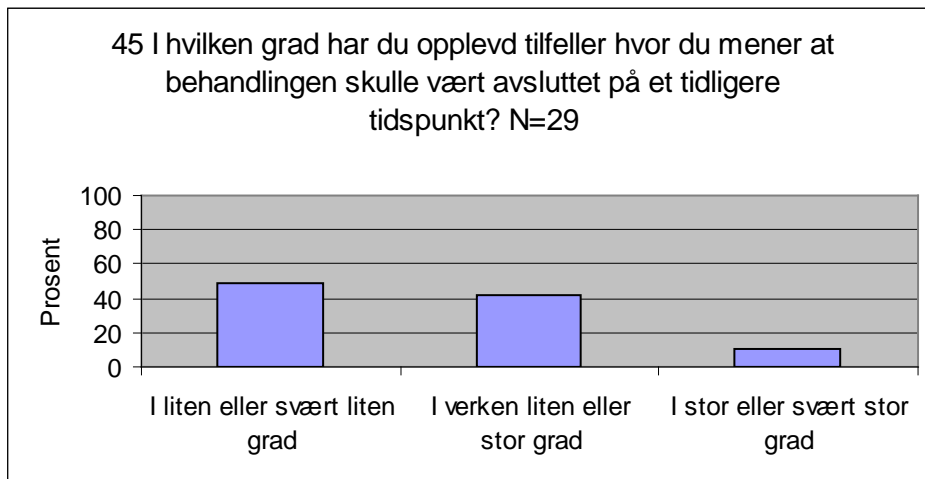
Figur V-2



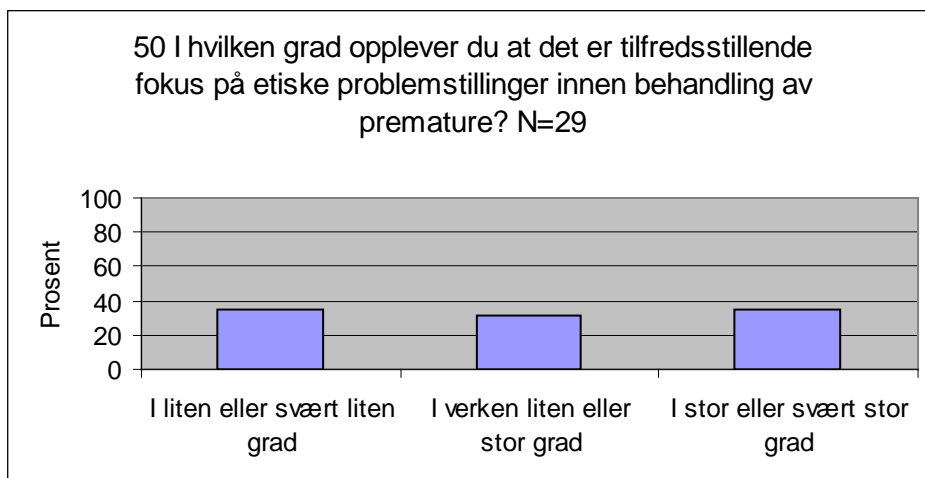
Figur V-3



Figur V-4



Figur V- 5



Figur V-6