

# **Kulturelle modeller i en formell organisasjon**

**Johan Christian Tønnesen**

**MASTERGRADSOPPGAVE I SOSIALANTROPOLOGI**

**SOSIALANTROPOLOGISK INSTITUTT**

**UNIVERSITETET I OSLO**

**2006**

# Forord

Jeg vil takke Halvard Vike for god konstruktiv kritikk og gode ideer under skriveprosessen. Halvard løste opp de knutene som jeg trodde satt så hardt. Jeg vil rette en spesiell takk til mine informanter som alltid var hyggelige mot meg tross for at de måtte ha denne studenten flyende etter seg rundt på avdelinga – de gjør et kjempebra arbeid i en veldig viktig jobb! Jeg vil også takke min kone Camilla for nøye gjennomlesning og min lille Julian som alltid gjør hverdagen lysere.



# Innhold

<b>KAP 1 - INNLEDNING</b>	<b>5</b>
Å YTE OMSORG	6
RASJONALISERING	7
<b>KAP 2 - METODISKE TILNÆRMINGER</b>	<b>9</b>
TILGANG TIL FELTET	9
FELTSITUASJONEN	9
<i>Innsamling av data</i>	12
<i>Roller</i>	13
<i>Kulturell nærhet</i>	14
Å SKRIVE OM FORMELLE ORGANISASJONER	14
<i>Etikk</i>	15
<i>Skriveprosessen – Konstruksjon av kulturelle modeller</i>	16
Valg av genre	17
<b>KAP 3 – VELFERDSSTATEN; POLITISK OG ØKONOMISK STYRING</b>	<b>19</b>
SYSTEMTEORETISKE IMPLIKASJONER I	19
UTVIKLINGEN AV PROFESJONER	20
<i>Sykepleierrollen</i>	20
<i>Legerollen</i>	22
ØKONOMISKE STYRINGSSYSTEMER OG RASJONALITET	24
<i>Fødeavdelingen og ISF</i>	25
<i>Omsorgsrasjonaliteten og økonomiske styringssystemer</i>	25
<i>Sykehusets ansvar</i>	26
Velferdsstatens omsorgsreservoar	26
<b>KAP 4 – TO ULIKE MODELLER FOR HANDLING</b>	<b>31</b>
SAMSPILLET MELLOM ERFARINGEN OG DE SPRÅKLIGE METAFORENE	34
<i>Ideelle representasjoner</i>	35
<i>Effektivisering og orden</i>	37
Kultur og kulturelle modeller	38
<b>KAP 5 - SYKEHUSET - MELLOM FORSKRIFT OG REALITET</b>	<b>41</b>
SENTRALISERING AV FØDETILBUDET	41
<i>En kveldsvakt på fødeavdelingen</i>	45
<i>Rasjonalisering og problemet med å sette grenser</i>	47
<i>Forholdet mellom forventninger og misnøye</i>	51
Overtid	52
ET KOMPARATIVT BLIKK	54
<i>Peasant-økonomi vs kapitalisme</i>	54
AVDELINGENE	55
<i>Fødeavdelingen</i>	57
<i>Pasienthotellet</i>	58
SYSTEMTEORETISKE IMPLIKASJONER II	61
<i>Oppsummering</i>	62
<i>Opprettholdelsen av homoestasen</i>	64

## KAPITTEL 6 – KOMMUNIKASJON AV MAKT GJENNOM SYMBOLER OG MAGI. ERFARINGER FRA

### ET JOBBSEMINAR \_\_\_\_\_ 67

RITUALER I MODERNE ORGANISASJONER \_\_\_\_\_ 67

BYRÅKRATI OG MAKT \_\_\_\_\_ 68

BAKGRUNNEN FOR SEMINARET \_\_\_\_\_ 69

*Sosial kontekst* \_\_\_\_\_ 69

*Kompetanse, anerkjennelse og makt I* \_\_\_\_\_ 70

Makt i kompetanse og person \_\_\_\_\_ 71

Ord som magiske midler \_\_\_\_\_ 72

*Kompetanse, anerkjennelse og makt II* \_\_\_\_\_ 74

Hva gikk galt? \_\_\_\_\_ 75

Symmetriske og komplementære relasjoner \_\_\_\_\_ 75

### KAP 7- INTERNALISERING AV KULTURELLE MODELLER \_\_\_\_\_ 79

SPRÅK, TANKE, HANDLING \_\_\_\_\_ 79

*Kulturelle modeller og resonering* \_\_\_\_\_ 81

*Oppsummering* \_\_\_\_\_ 83

### KAP 8 - STRUKTUR OG KOMMUNIKASJON \_\_\_\_\_ 87

INFORMASJONSBEGRENSNINGER \_\_\_\_\_ 90

*Hierarki og profesjon* \_\_\_\_\_ 92

FORHANDLING AV ANSVAR \_\_\_\_\_ 93

*Kontekstuell rasjonalitet* \_\_\_\_\_ 94

Teknologi \_\_\_\_\_ 95

Steinøkse - både kultur og teknologi \_\_\_\_\_ 96

Dataprogrammer og kultur \_\_\_\_\_ 96

SKJEBNEFELLESSKAPET \_\_\_\_\_ 98

*Trafikklyset* \_\_\_\_\_ 98

Skjebnefelleskap i Malaysia – et komparativt blikk \_\_\_\_\_ 101

Kulturelle modeller og Kulturell kompleksitet \_\_\_\_\_ 102

### AVSLUTTENDE BEMERKNINGER \_\_\_\_\_ 105

### REFERANSER \_\_\_\_\_ 107

# Kap 1 - Innledning

Statlige byråkratier og spesialisthelsetjenesten søker orden i en kompleks og uoversiktlig organisasjon hvor standardisering og formalisering av oppgaver og funksjoner er et mål for å kunne sikre effektivitet og sikkerhet i tjenestene. I denne avhandlingen forsøker jeg å beskrive en kulturell kompleksitet som eksisterer innenfor disse rammene. I tillegg trekker jeg det erfaringsnære i mitt feltarbeid ut i en større kontekst. For å finne kompleksiteten i formelle organisasjoner har antropologien en særstilling som fag gjennom fagets metode; deltakende observasjon, men for å kunne forstå denne kompleksiteten må man ofte innhente variabler som ikke er direkte identifiserbart. En slik analyse har vært viktig i løpet av skriveprosessen.

Jeg vil bruke denne introduksjonen til å diskutere og klargjøre noen analytiske begreper som er sentrale for oppgaven. Dette skal fungere som en oppklaring slik at leseren lettere kan relatere seg til hva jeg har tenkt i forbindelse med disse begrepene. Jeg vil begynne med begrepet "organisasjon" hvor jeg støtter meg til Vikes definisjon fra 2003 hvor han skriver;

Med "organisasjoner" mener jeg formaliserte sosiale systemer som søker å realisere spesifikke og avgrensede mål. De regulerer sin virksomhet instrumentelt gjennom formell spesifisering av arbeidsdeling (herunder utføring av oppgaver og beslutningsprosedyrer) og systematisk tilsyn med forholdet mellom innsats og graden av målrealisering (Vike i Thorsen & Rugkåsa 2003:191).

Min oppgave problematiserer organisasjoners evne til målrealisering gjennom å studere sosiale prosesser på mikronivå og koble disse til et bredere organisatorisk rammeverk. Kulturbegrepet har i den senere tiden blitt omfavnet av formelle og moderne organisasjoner og blir brukt i den hensikt å definere ønskelige målsettinger. Ullevål Universitetssykehus bruker begrepet "helhetlig kultur" i sin egen identitetsutforming og beskriver dette målet som en pågående prosess:

Ved å legge til rette for faglig og personlig utvikling for både ledere og ansatte ønsker Ullevål å bygge en kultur preget av tillit, ansvar, åpenhet, anerkjennelse og felleskap. En helhetlig kultur som anerkjenner at like viktig som høyspesialiserte medisinske kjernefunksjoner er godt organiserte støttetjenester som bidrar til å sikre at pasienten slipper unødig ventetid og usikkerhet. En kultur der pleie og omsorgsarbeid av høy kvalitet er daglige uttrykk for at pasienten er i fokus. En kultur der pasienter og pårørende ikke bare blir informert men inviteres til å delta i dialog om eget behandlingstilbud. Et behandlingstilbud som alltid vil være av høyeste kvalitet fordi ledere og ansatte ved UUS satser på systematisk forsknings- og utviklingsarbeide som også i fremtiden vil gjøre Ullevål til det mest attraktive sykehuset i Norge, både for pasienter og medarbeidere (Ullevål sykehus' videopresentasjon på internett).

Jeg bruker ”kulturelle modeller” som analytisk begrep i min avhandling. Med kulturelle modeller mener jeg kognitive skjemaer som er intersubjektivt delt av en gruppe mennesker (Rysst Heilmann 2003, D’andrade & Strauss 1992). Kulturelle modeller er altså kunnskap som er delt av en gruppe mennesker. Kulturelle modeller er et begrep som jeg finner analytisk anvendbart i å beskrive kulturell kompleksitet og som samtidig kan beskrive hvordan aktørene handler ut i fra de ulike modellene. En kulturell modell er en spesiell type kunnskap som ligger til grunn for hvordan mennesker tenker og handler. Jeg gjorde feltarbeid på et regionsykehus i Oslo blant jordmødre, barnepleiere og leger på en fødeavdeling. For å introdusere leseren til plassen og noen av problemstillingene denne avhandlingen skal handle om, vil jeg presentere to typiske hendelser fra mitt feltarbeid.

## **Å yte omsorg**

En høygravid kvinne står ute i gangen sammen med sin mann. De to virker stresset og kvinnen holder seg rundt magen som om noe var i ferd med å dette ut av den. Hun lager grimaser med ansiktet sitt som indikerer at hun har smerter. Inne på vaktrommet sitter vakthavende jordmor, en annen jordmor og jeg. Vakthavende jordmor drar til side glassluka som skiller vaktrommet fra gangen der paret står klar med sine papirer og en liten bag. De snakker sammen en stund og etterpå ber vakthavende om at den andre jordmoren går ut til dem i gangen. Hun smiler, presenterer seg og hilser høflig. Faren gjør det samme mens moren prøver så godt hun kan å smile imellom smertene. Deretter følger jordmoren dem inn på ett av mottakene på avdelingen. To dager etter ligger det samme paret på barselavdelingen bortsett fra at de nå er blitt tre. Kvinnen er blitt mor og hun har født en datter. Det er rolig og stille i korridoren på barselavdelingen denne ettermiddagen. Av og til åpnes dørene inn til pasientrommene hvor nybakte fedre henter saft til mødrene. Paret som for to dager siden hadde kommet til sykehuset for å føde skulle nå dra hjem og begynne på sitt nye liv som familie. Men før de reiser skal de ha en utreisesamtale med en av de ansatte. Moren og faren sitter overfor hverandre ved et bord og jordmoren går bort til dem og hilser før hun setter seg på sengen ved siden av dem. Det er en stille og rolig atmosfære i rommet. Jordmoren spør om det går bra med dem og om de er klare til å reise hjem. De svarer ja og smiler. Jordmoren forklarer at de skal ha en avreisesamtale og at hun gjerne vil informere litt om hva som skal skje framover. Hun forteller litt om hvilke instanser de skal forholde seg til og hvem de må ta kontakt med i det offentlige helsevesenet. Deretter begynner hun å informere om amming og prevensjon. Til slutt spør hun om det er noe annet de lurer på, og faren spør hvordan de skal forholde seg til trekk og lufting i rommet der barnet skal sove og varme i bilen. Jordmoren bruker god tid på å forklare og komme med innspill på hva hun mener om saken. Hun spør igjen om det er noe mer de lurer på før hun

avslutter samtalen med å si gratulerer med det nye familiemedlemmet og lykke til videre. Faren reiser seg og sier tusen takk og at de var veldig takknemlig for all hjelpen de har fått.

## **Rasjonalisering**

Vakthavende jordmor står og peker på pasientoversikten inne på vaktrommet. Hun sier til de to andre på rommet at hun snart får sendt en pasient over på barsel og at hun allerede har bestilt vasking av fødestuen. ”Vet noen av dere hvordan det går med hun på fireren”? Spør hun. En barnepleier svarer: ”Jeg tror hun holder på å føde nå, jeg er ikke helt sikker”. ”Det er bra, kanskje vi kan få flyttet henne også snart”, svarer vakthavende. Plutselig ringer telefonen, det er en pasient som ringer. Etter å ha fått nok informasjon om hvor langt pasienten er kommet i prosessen, ber jordmoren henne komme opp til sykehuset. I mellomtiden har jordmoren fått bekreftelse fra hotellet om at pasienten kan komme over. Hun går inn for å si ifra til jordmoren som tar seg av pasienten inne på fødestua. Mens jordmoren er ute, ringer telefonen igjen og hun kommer tilbake akkurat i tide til å ta den. Det er en ny pasient som ønsker å komme opp til avdelingen for å føde. Jordmoren forklarer at det er fullt og at de ikke har mulighet til å ta imot henne akkurat nå. Hun spør pasienten om hun kan vente litt, men det kan hun ikke. Jordmoren forteller at hun skal ringe tilbake når hun har fått sjekket om det er en annen avdeling eller et annet sykehus som har ledig fødeplass.

Disse empiriske eksemplene er tatt med for å belyse ulike jobbsituasjoner mine informanter må forholde seg til. Jeg argumenterer for at disse to situasjonene beskriver ulike praksiser ved arbeidet deres hvor jordmødrene og barnepleierne jobber ut ifra to forskjellige kulturelle modeller. Mange situasjoner er preget av tidslange relasjoner til pasienten mens andre situasjoner er preget av effektivisering og rasjonalisering. Dette gjør at arbeidet til jordmødrene og barnepleierne preges av å komme opp i former for ”double bind” – situasjoner (Bateson 1973). Derfor er mulighetene for en felles målrealisering i en ”helhetlig kultur” begrenset blant annet fordi organisasjonen har en manglende evne til å standardisere og sammenfatte organisasjonens funksjoner innenfor ett og samme politiske og økonomiske styringssystem. Det er organisasjonens ønske å kontrollere dens egne funksjoner til å handle etter det Vike (2003) kaller for ”budsjettets produksjonsforhold”. Mine informanter internaliserer ikke de økonomiske styringsmodellene som motivasjon for handling, men de internaliserer organisasjonens krav om effektivitet og rasjonalisering, noe som blant annet kommer fram gjennom metaforene i språket til de ansatte. Kapittel 3-5 tar for seg ulike sider ved problemstillingen som jeg presenterte ovenfor. I kapittel 6 analyserer jeg et jobbseminar som i stor grad omhandler arbeidsmiljø og hvor jeg analyserer hvordan to ulike ledere kommuniserer en symbolmakt og anvender magiske begreper på en mer eller mindre vellykket måte. I kapittel syv



identifiserer jeg den fagmedisinske modellen som i stor grad anvendes i kommunikasjonen mellom ulike aktører på tvers av andre sosiale og faglige skillelinjer.

Jeg argumenter for at denne modellen setter klare premisser på hvordan aktørene tenker i forhold til årsak-virkning forhold. Denne modellen har jeg også identifisert gjennom språket som blir brukt i daglige ritualer som vaktskifter og visitter. I Kapittel 8 forsøker jeg å beskrive kompleksitet i organisasjonen i forhold til kommunikasjon og teknologi. Jeg argumenterer her for at teknologien har fått en egen kulturell verdi gjennom at den tilpasses en spesiell profesjonsgruppe i organisasjonen. Jeg beskriver også hvordan de ansatte stiller spørsmål ved den hierarkiske organiseringen av arbeidsfordeling.

## **Kap 2 - Metodiske tilnærminger**

Materialet hentet til denne mastergradsoppgaven kommer fra et feltarbeid som jeg utførte ved et somatisk sykehus i Norge. Dataene er primært hentet fra ansatte som jobber på en føde/barselavdeling og et pasienthotell ved sykehuset. Den opprinnelige problemstillingen som jeg hadde i prosjektbeskrivelsen, tok for seg et annet tema enn det jeg til slutt bestemte meg for å studere under feltarbeidet. Den opprinnelige problemstillingen fokuserte på innvandrerkvinner og opplevelsen av det å føde i Norge. Da jeg fikk problemer med å komme i kontakt med den informantgruppen som jeg ønsket data fra, endret jeg problemstillingen underveis. En grunn til denne endringen var at jeg støtte på problemet med å få tilgang på informanter som var tiltenkt problemstillingen. Derfor vil jeg starte dette metodekapittelet med noen erfaringer som jeg fikk med meg i forbindelse med dette.

### ***Tilgang til feltet***

Når man skal drive forskning på sykehus i Norge som innebærer pasienter som informanter, må man søke REK (regional komité for medisinsk forskningsetikk). Dette er en komité som skal sikre en viss etisk standard på den forskningen som foretas på sykehuset. Søkere må sende inn et standardisert søknadsskjema, som er utviklet i den hensikt å drive kvantitativ klinisk-medisinsk og epidemiologisk forskning. Jeg prøvde å tilpasse mine svar så godt jeg kunne, men jeg forstod at det var nytteløst. Jeg fikk blant annet svar om at; ”komiteen var usikker på akkurat hva det er studenten skal observere”. Det gikk opp for meg at å prøve å forklare hvordan et antropologisk feltarbeid utspiller seg, og hvordan det er mulig å holde en etisk forsvarlig standard til slik type forskning, var nytteløst foran denne komiteen. Hele ideen om feltarbeidet og antropologisk metode generelt, er at den skal være altomfattende og holistisk (Howell 1990). Resultatet ble at tilgangen til pasienter som informanter ble begrenset og jeg måtte endre min problemstilling. Dette førte også til at denne søkeprosessen opptok tid som jeg kunne brukt til å drive feltarbeid på sykehuset.

### ***Feltsituasjonen***

På grunn av ovennevnte problem tok det litt tid før jeg kunne begynne med selve feltarbeidet. Feltarbeidet varte fra mars til juni 2005. Jeg var på avdelingen på ulike tider av døgnet men som regel var jeg der på dagtid. Da kom jeg enten til vaktskiftet mellom syv og halv åtte, eller til visitten som begynte mellom klokka ni og ti på formiddagen ettersom hva som passet legens tidsskjema.

Det varierte veldig i forhold til hvor mange timer jeg var der på dagtid, men det var et spenn på tre timer til cirka ni timer. Jeg var der også på kveldsvaktene og i helgene. Forskjellen på hverdager og helger er at det er flere deltidsansatte som jobber der i helgene. Folk som jobber for eksempel annenhver eller tredjehver helg. Disse har gjerne andre jobber ved siden av på andre arbeidsplasser, enten det er på sykehuset eller på en lokal helsestasjon. Innsamlingen av data foregikk gjennom observasjon av sosialt liv og sosiale relasjoner. Da observerte jeg samhandling både innad og på tvers av de ulike profesjonsgruppene, mellom de ansatte og pasienter og pårørende. I de tilfellene hvor det var ulike profesjoner til stede fokuserte jeg på hvordan interaksjonen foregikk ut i fra at det var representanter fra ulike profesjoner som snakket sammen. Hvordan preget denne statusforskjellen relasjonen dem i mellom og hva var det som preget språket deres, var spørsmål jeg stilte meg mens jeg observerte dem. I tillegg samlet jeg inn utsagnsdata som jeg fikk fra samtaler med de ansatte. Da kunne jeg spørre om ulike temaer, avhengig av hva som var naturlig å snakke om. Jeg overvar to ulike avdelingsmøter hvor det var noen temaer som var typiske som; behandling, omsorg, arbeidsmiljø, ledelse og pasienter. I tillegg deltok jeg på et heldagsseminar som jeg bruker i denne oppgaven til å diskutere problemstillinger omkring ledelse og ansatte. Jeg snakket med de ansatte i en mest mulig uformell kontekst fordi jeg følte at begge parter kunne snakke mest fritt da. Jeg fant fort ut at pauserommet ble en viktig sosial arena for innsamlingen av data. Her snakket alle om daglige hendelser, både private og jobbmessige. Det var her alle først kom inn om morgenen og ettermiddagen før de skulle begynne en vakt. De fylte opp flaskene sine med vann, spiste litt frukt og småpratet litt før de skyndte seg inn på vaktskiftet inne på vaktrommene. En ting jeg merket meg i forhold til hva jeg fikk av informasjon av mine informanter, var om det var en eller flere til stede i rommet når vi snakket sammen. For eksempel hvis det kom opp temaer som arbeidsmiljø kunne informanten snakke mer fritt hvis vi var alene på rommet. Arbeidsmiljøet ble for eksempel omtalt som mer positivt hvis det var flere i rommet samtidig. Var jeg derimot alene med en informant kunne det være lettere for henne å snakke om mer negative ting. En annen ting jeg merket meg i forbindelse med det å snakke med flere informanter samtidig, var at noen kunne styre diskusjonen og samtalen. Det var de som da snakket først og høyest som kunne definere hvordan diskusjonen skulle fortsette. I tillegg til at jeg observerte samhandling hadde jeg også noen semiformelle intervjuer av de ansatte. Dette var noen spørsmål som jeg stilte når jeg var alene sammen en annen person på vaktrommet, men det kunne også være flere der. Under disse intervjusituasjonene var det altså noen som jeg stilte spørsmålene til under fire øyne og noen svarte mens det var andre til stede. Derfor kan man tenke seg at de som ikke pratet så mye i disse situasjonene, kanskje hadde mer å fortelle enn hva de gjorde akkurat der og da. Eller ville de som snakket ha sagt noe helt annet hvis de var alene sammen med intervjuer? Når jeg spurte disse spørsmålene hadde jeg ark med ferdigoppførte spørsmål skrevet ned som jeg noterte under mens

informantene snakket. Dette gjorde at utspørringen ble litt mer formell enn ellers. Dette har mest sannsynlig gjort at intervjuobjektene har svart ut ifra forskjellige sosiale kontekster under intervjusituasjonen. Vanligvis skrev jeg ikke notater mens jeg snakket med informantene. Jeg hadde en notatblokk som jeg skrev på, men da gikk jeg som regel ut av avdelingen for å skrive ned noe som jeg bet meg fast i. Jeg ville følt det mer unaturlig å skulle skrive hele tiden i en notatblokk foran informantene mens jeg observerte og snakket med dem. Jeg skrev mer utfyllende notater på en privat datamaskin etter hver dag jeg hadde vært på avdelingen. Dette ble som regel fra en til seks sider med tekst, ettersom hva jeg hadde opplevd og sett i løpet av en dag. Da jeg gjorde feltarbeid på sykehuset opplevde jeg litt vanskeligheter med å passe inn. Siden jeg i utgangspunktet hadde som formål å studere pasienter, ville jeg for eksempel ikke bruke legefrakk mens jeg oppholdt meg på avdelingen. Men legene som kom innom avdelingen insisterte på at jeg hadde på meg frakk og derfor ble det vanskelig å si nei. For en lege var det utenkelig at jeg skulle gå rundt på avdelingen uten frakk. Det var for så vidt greit, fordi pasientene ble ikke min hovedkilde for informasjon under dette feltarbeidet. Dermed ble det slik at jeg brukte legefrakk under nesten hele oppholdet. De ansatte som jeg hadde mest kontakt med mente at dette var best. En jordmor spurte meg etter noen dager hvor jeg fram til da ikke hadde benyttet meg av legefrakken;

Jordmor: "Hadde det ikke vært bedre om du brukte frakk? Da blir du en av oss liksom..."

Til å begynne med tenkte jeg kanskje at slike ting ikke var så viktige for de ansatte, men når du kommer der som en fremmed og samtidig skiller deg ut med å gå i sivile klær, blir man automatisk en anomali i slike sosiale kontekster. Det store skillet mellom å gå i "uniform" og "i sivil" merket jeg da jeg var sammen med de ansatte i en annen sosial kontekst enn den på sykehuset. Vi satt sammen i en buss på vei til et arrangement og det som fort ble et tema var hvordan folk "egentlig" gikk kledd. Barnepleier: "Neimen, er det sånn du egentlig ser ut du altså", sa hun mens de andre brøt ut i latter. Det var som om de sivile klærne identitetsfestet de ansatte på en ny måte. Hvis jeg var inne på vaktrommet uten å bære en frakk og en lege kom inn for å snakke med de ansatte om noe, ville han som oftest spørre; "Ja, hva kan jeg hjelpe dem med"?, mens han kikket rundt på kroppen min for å finne et id-kort. På id-kortene står det navn, avdelingstilhørighet, divisjonstilhørighet og profesjon og ved å se på disse, vet man hvordan man skal forholde seg til hverandre. Hvis noen da spurte om i hvilket ærend jeg var der, ble det opp til meg eller noen av de andre ansatte å forklare at jeg var antropologistudent som gjorde feltarbeid der. Hvis jeg hadde på meg legefrakk, kunne min tilstedeværelse virke normal og ingen ville lure på hvorfor jeg var der. De fleste ville bare se på id-kortet mitt hvor det stod "student", og da anta at jeg enten var sykepleierstudent eller medisinstudent. Hvis noen ble inne på rommet hvor jeg befant meg over litt

lengre tid, fant jeg det naturlig å gå bort og introdusere meg og hva jeg gjorde der, slik at de var klar over min rolle som student på feltarbeid. En av grunnene til at det går strenge skiller mellom der hvor ansatte og pasienter kan oppholde seg, er blant annet av hensyn til personvern og pasientopplysninger. Både på pauserom og vaktrom oppholdes det informasjon om pasienter og det snakkes om pasienter. Dette er til tider konfidensiell informasjon som ikke andre bør høre om med hensyn til personvernet. Jeg opplevde at min tilstedeværelse blant de ansatte ble lettere når jeg hadde på meg frakken. Det vil si at jeg ikke skilte meg nevneverdig ut visuelt og som igjen bidro til at jeg ble lettere akseptert. Folk definerte hverandre og relaterte seg til hverandre ved å først se hva slags klær vedkommende hadde på seg og deretter ved å se på id-kortet. Hvis en person gikk for eksempel i en slåbrok med tøfler, var det liten tvil om at hun var en pasient. Var personen en mann med vanlige hverdagsklær, var vedkommende mest sannsynlig en nybakt far, onkel eller morfar/farfar. Hadde personen hvit frakk med et periskop hengende ut av lomma, var hun mest sannsynlig en lege.

## **Innsamling av data**

De ansatte hadde gått gjennom spørreundersøkelser omkring arbeidsmiljø før mitt feltarbeid tok plass og de skulle delta på seminar om arbeidsmiljø og de snakket mye om dette i pauser og ledige stunder. Dette var hendelser som gjorde at jeg skiftet fokus på min opprinnelige problemstilling underveis i feltarbeidssituasjonen. Jeg følte meg godt mottatt av de ansatte som jobbet der, og jeg tror ingen ble nevneverdig brydd av å måtte ha en student tråkkende rundt på avdelingen. Men det var naturlig for de ansatte å spørre hvorfor jeg var der og hvor lenge jeg skulle være der. Noen var mer skeptiske enn andre over at jeg skulle være der, og jeg merket at noen ikke ønsket å prate med meg mer enn nødvendig. På føde/barselavdelingen er det kun kvinner som jobber som jordmødre eller barnepleiere og med tanke på at jeg er mann, kan dette ha påvirket relevant data som ble samlet inn til oppgaven. Noe som også har innvirkning på mine data er det faktum at jeg har bare samhandlingsdata og verbale utsagn fra jordmødre og barnepleiere som jobber på avdelingen hver dag. Jeg har ikke utsagn i form av en intervju situasjon fra personer høyere oppe i det institusjonelle hierarkiet som påvirker det daglige virket ved avdelingen. Det legger naturligvis restriksjoner på mine data. Når jeg fulgte de ansatte rundt om på avdelingen var det områder hvor jeg ikke hadde tilgang til. Jeg var ikke til stede under fødsler og jeg gikk ikke inn på pasientrommene der hvor barselkvinnene lå. Så i noen tilfeller kan jeg ha gått glipp av informasjon som de ansatte har delt seg imellom på fødestuene eller pasientrommene. Hvis for eksempel to ansatte kom inn på vaktrommet og diskuterte tilstanden til en pasient som lå på en fødestue, kan det være at jeg har gått glipp av verdifull informasjon siden jeg hørte bare det de sa på vaktrommet og eventuelt i korridoren. Det er

vanskelig å realisere kravet til holisme i en slik institusjonell ramme (Vike i Thorsen & Rugkåsa 2003:189). Jeg har også brukt internett til å samle inn pasientuttalelser. I forbindelse med en prekær fødesituasjon i Osloområdet har en kvinne startet en egen nettside som samlet informasjon omkring dette problemet. Nettsiden har også fungert som debattforum hvor mødre og fedre har kunnet bidra med erfaringer og kommentarer. Jeg har brukt noen kommentarer fra denne siden for å belyse pasientens versjon av saken. Selv om vedkommende pasienter har lagt igjen fullt navn på nettsidene har jeg altså ikke hatt direkte kontakt med disse menneskene, men jeg har kopiert uttalelsene deres fra disse nettsidene. Alle ressursider jeg har hentet informasjon fra er oppført bakerst i referanselisten.

## **Roller**

De fleste av mine informanter forstod at jeg skulle observere samhandling på avdelingen. Men noen ganger var virket det som om noen mente jeg ikke skulle ta del i noe av det som ble sagt for eksempel på pauserommet. Denne situasjonen kunne bli veldig unaturlig da jeg fikk følelsen av å studere mennesker uten å snakke med dem. I forholdet mellom det å observere og delta var min rolle som forsker i mye større grad preget av observasjon framfor deltakelse. På et sykehus er det store begrensninger på hva en ufaglært kan bidra med, det var rett og slett ikke mange oppgaver som jeg kunne gjøre på en fødeavdeling. Men det var noen småting som jeg kunne hjelpe til med og som jeg personlig syntes var givende; jeg kunne hjelpe til med å flytte på senger, passe barna mens en barnepleier gikk for å hente noe og lignende. Jeg skiftet mellom å være observatør og samtalepartner. Når de hadde vaktskifter og avdelingsmøter, var jeg kun observatør og jeg blandet meg ikke inn i noe av det informantene sa. Men hvis vi satt på pauserommet og hadde mer uformelle samtaler, ble det mer naturlig for meg å komme inn med spørsmål og kommentarer. Et hypotetisk spørsmål man kan stille seg i forbindelse med roller er hvordan min egen rolle overfor informantene hadde endret seg hvis jeg for eksempel var jordmor, lege eller barnepleier? Hadde jeg fått annen informasjon av den grunn? Sannsynligvis, men om jeg hadde fått noe bedre informasjon er jeg derimot usikker på. En jordmor som jeg diskuterte temaet med sa følgende:

Jordmor: "Det kan være nyttig å få en utenfra til å se på hvordan ting foregår her, for da kan man se ting med friske øyne. Da får man et annet perspektiv på det som skjer enn vi som jobber her hver dag, en som kanskje ikke ser de samme tingene."

## **Kulturell nærhet**

I Frøystads artikkel "forestillinger om det "ordentlige" feltarbeid" (Frøystad i Rugkåsa & Thorsen red.2003), tar hun opp synet på feltarbeid i eget land. Antagelsen om at antropologen blir "hjemmeblind", altså blind på sin egen kulturelle praksis er sterk blant en del antropologer. Dessuten kan det være vanskeligere å få observasjonelle data over lengre tid fordi informantene ikke tillater det (2003:110). Er det vanskeligere å drive analytisk distanse i antropologiske analyser av hjemlige forhold? Jeg mener mange norske antropologer har motbevisst at det ikke går an å være "fremmed i eget samfunn", se for eksempel; Wadel (1991), Gullestad (1984). Samtidig tror jeg man går glipp av noe vesentlig når man gjør feltarbeid hjemme, og det er den transformasjonen av ens egen "politiske kropp" (Scheper-Hughes & Lock:1998), som for eksempel Gardener (1999) skriver om; da hun som en vestlig politisk korrekt feminist fant seg selv i å automatisk senke blikket og dekke til håret i møte med fremmede menn under sitt feltarbeid på Bangladesh. Hun forstod da hvor sterke slike kulturelle praksiser og strukturer virker inn på folks verdensbilde (Gardner kap.2 i Watson red.1999). Denne kroppsliggjorte følelsen som mange antropologer opplever etter å ha tilbrakt tid i feltet, tror jeg man i større grad risikerer å gå glipp av når man gjør feltarbeid hjemme. Spørsmålet er om denne følelsen er nødvendig for å produsere god antropologi? Feltarbeidet har jo blitt karakterisert som antropologens ultimate "rites de passage" inn i profesjonens voksenliv (Agar 1980:2). Selv om man kanskje mister en del kroppsliggjorte erfaringer tror jeg det finnes like gode muligheter til å produsere god antropologi fra hjemlige trakter. Jeg må si det var en takknemlig oppgave å gjøre feltarbeid på et sykehus. Sykehus har sin egen spesielle jobbkultur(er), en helt spesiell organisatorisk struktur og et særegent esoterisk språk som setter premisser for sosiale relasjoner. Med dette utgangspunktet har man også mulighet til å se på organisasjoner som "fremmede samfunn" og dermed lett kunne anvende sosialantropologiske begreper på materialet sitt.

## ***Å skrive om formelle organisasjoner***

Det å skrive etnografi fra formelle organisasjoner har noen metodiske konsekvenser, ikke bare når det gjelder deltakende observasjon men også når det gjelder presentasjonen av materialet. Formelle organisasjoner som sykehus er veldig komplekse og de er stadig under endring. Regionale sykehus preges av en sterk spesialisthelsetjeneste hvor ulike profesjoner innehar politiske interesser for sin egen virksomhet. Hvordan framstille et sosialt rom i etnografisk presens som stadig er under endringer og gjenstand for skiftende politiske føringer? I denne sammenhengen har jeg valgt å skille

mellom tre nivåer for analyse; velferdsstaten, sykehuset og sosiale aktører. Det skjer ofte endringer i alle disse nivåene noe som gjør at livet på avdelingene vil forandre seg litt. Men det er når det skjer endringer som går på tvers av politiske føringer, og disse endringene kan skje på ulike nivåer, som genererer praktiske konsekvenser for de som jobber ved avdelingene. La meg ta et eksempel; under mitt feltarbeid som tok sted våren 2005, merket jeg meg at det til tider var en stor pasientstrøm og at det var en for liten kapasitet ved avdelingen til å ta imot alle disse pasientene. Jeg begynte å lete i avisartikler, i NOU rapporter og i regler og forskrifter ved sykehuset. Jeg leste relevant faglitteratur og jeg benyttet meg av internett hvor mange offentlige sakspapirer og rapporter ligger publisert. Jeg kom fram til den konklusjonen at årsaken til kapasitetsproblemet lå i mye av den helsepolitikken som ble ført på det tidspunktet. Jeg registrerte hvordan styringspolitikk og forskrifter genererte sosiale og kulturelle fenomener hos ulike aktører i systemet og de dilemmaene som mine informanter møtte i kjølvannet av denne politikken, var blant annet problemet med å sette grenser ved pasientstrømmen. Men plutselig en dag hadde en sykehusdirektør foretatt en provisorisk ordning på pasientstrømproblemet ved å avvise pasienter som søker seg til sykehuset et halvt år før termindato, noe som mest sannsynligvis vil hjelpe mine informanter med å takle denne pasientstrømmen. Saken hadde vært mye oppe i media, og mange pasienter hadde engasjert seg fordi de følte at noe måtte gjøres. Med det privilegiet det er å gjøre feltarbeid i eget samfunn dro jeg tilbake til feltet og spurte informantene om denne saken. Det er klart slike hendelser gir endringer på avdelingen som arbeidsplass og dette er noe jeg ikke får mulighet eller tid til å studere gjennom kun ett feltarbeid. Men det å kunne gå tilbake til feltet og spørre spørsmål omkring slike hendelser har vært fruktbart for feltnotatene.

## **Etikk**

Tekst er makt og innehar en egen eksistens skriver Stoller (1989), og skal man skrive om virkelige mennesker som har tatt del i virkelige hendelser, skal man ha dette aspektet i bakhodet når man skriver ut etnografien. Dette setter noen begrensninger for hva jeg kan skrive i en avhandling. Jeg skriver i denne oppgaven om offentlige personer som muligens kan gjenkjennes av ansatte ved sykehuset, men materialet mitt er ikke så utleverende at en slik framstilling kan virke skadende for mine informanter. Anonymisering er viktig for personvernet og i noen tilfeller opplever man dilemmaet mellom å anonymisere og offentliggjøre. Hvis man anonymiserer for mye kan man miste viktige poenger som er relevante for oppgaven. Men på den annen side, hvis man ikke anonymiserer kan dette gå utover personvernet. Man kan med andre ord ikke være elefant i porselensbutikk når man skriver antropologi, det kan fort slå tilbake på fagets metode hvor antropologen er avhengig av tillitt for å kunne produsere tilstrekkelig data. Jeg konsekvent brukt



arbeidstittel framfor navn på mine informanter fordi jeg anser det å bruke personnavn i en slik sosial kontekst som irrelevant for dataene. All sosialantropologisk forskning skal nå reguleres av overordnede etiske prinsipper som er nedfelt i lover og retningslinjer. I denne sammenhengen leverte jeg inn et utfylt meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NSD krever at informantene skal få informasjon om prosjektet, de skal samtykke i å bli intervjuet og man skal ta hensyn til svakere stilte grupper (Dalen 2004). Under mitt feltarbeid prøvde jeg å gi så god informasjon som mulig om det jeg skulle forske på. Problemet mitt var at problemstillingen min endret seg i løpet av feltarbeidet, noe som gjør at jeg er usikker på om alle mine informanter er klar over denne tematiske endringen. De kan altså ha kommet med uttalelser, og informert meg i den tro at jeg kun skulle skrive om flerkulturelle pasienter. Datamaterialet har blitt behandlet med full konfidensialitet. Alle navn er anonymisert allerede i feltnotatene og alle utskrevne feltnotater er skrevet på privat pc med tilgangskode. Ingen sensitiv data er lagret av hensyn til personvernet.

## **Skriveprosessen – Konstruksjon av kulturelle modeller**

De kulturelle modellene jeg har konstruert er generelle modeller. For å kunne konstruere disse modellene har jeg benyttet meg av ulike data og innfallsvinkler. Derfor har jeg også brukt ulike teorier for å kunne beskrive den komplekse virkeligheten de ulike modellene genereres ut ifra. Når jeg beskriver hvordan arbeidssituasjonen til jordmødrene og barnepleierne påvirker omsorgsaspektet ved arbeidet deres, forsøker jeg å trekke inn ulike variabler som virker inn på denne prosessen. Dermed har jeg kunnet identifisere to motstridende modeller som de ansatte jobber ut ifra; den omsorgsrasjonelle modellen og den organisatoriske styringsmodellen (rasjonalisering). Modellene fungerer som et kunnskapsgrunnlag som aktørene handler og tenker ut ifra. Jeg argumenterer for at dette er konkurrerende modeller noe som bidrar til at de finner seg i ”double bind” – situasjoner (se kapittel 4). Etter å ha studert feltnotatene konstruerte jeg en tredje kulturell modell; den fagmedisinske. Jeg så etter mønstre i materialet og her fikk jeg god hjelp med å tenke ”ritualer”. Mens jeg så på notatene mine og tenkte tilbake på feltarbeidet forsøkte jeg å finne tilbake til daglige ritualiserte hendelser som preget arbeidsdagen til de ansatte. Bortsett fra daglige arbeidsoppgaver er det to daglige sosiale ritualer som skiller seg ut; vaktskifter og visitt. Hver dag har de ansatte vaktskifter og jeg har fått deltatt på en del av dem selv. Jeg spurte meg selv hva det er som preger disse møtene sosialt og faglig. Jo, nemlig språket. Det medisinske fagspråket preger hverdagen til de ansatte på en fundamental måte og dette gjorde at jeg spurte meg selv hvordan fagspråket i ritualiserte settinger kunne være med å danne en kulturell modell. For å forstå denne modellen, eller for å gripe den, tok jeg derfor utgangspunkt i språket og i tillegg hadde jeg noen eksempler fra mine notater på hvordan de ansatte tenkte og resonerte ut ifra denne modellen som

jeg mente å ha funnet. Slik erfarte jeg hvordan viktige og interessante problemstillinger kan dukke opp under skriveprosessen, problemstillinger man i utgangspunktet ikke trodde var der. Se side 82 i denne oppgaven for en nærmere beskrivelse av hver enkelt modell og hvordan aktørene internaliserer dem.

## **Valg av genre**

Maanen (1988) beskriver tre typer antropologiske ”fortellinger” som antropologen ofte tar i bruk for å gjengi kulturelle kompleksitet; den realistiske, den bekjennende og den impresjonistiske. Min skrivestil går hovedsakelig under ”den realistiske” først og fremst fordi dette er en skrivestil jeg er mest komfortabel med, men også fordi jeg synes denne formen presenterer stoffet på en saklig måte. Stoller (1989) kritiserer denne stilen og mener antropologer generelt har skrevet i denne stilen i et krav om stilrenhet. Selv ønsker han å stifte mer bekjentskap med en mer litterær stil og oppfordrer antropologer til å eksperimentere med språket. Selv om jeg skriver med etnografisk realisme er dette et fortolkende prosjekt som på ingen måte gjør krav på å være totalt verdifritt (Moore 2003:5).



## Kap 3 – Velferdsstaten; politisk og økonomisk styring

Jeg ønsker å beskrive en kulturell kompleksitet i denne oppgaven, og for å få til dette bruker jeg ulike innfallsvinkler til materialet mitt. Hatch (2001) skiller mellom sosial og fysisk struktur i sin organisasjonsteori. Sosial struktur refererer til relasjoner mellom elementer som mennesker, posisjoner, og de organisatoriske enheter de hører til (for eksempel divisjoner og avdelinger). Med fysisk struktur, skriver Hatch, menes relasjoner mellom fysiske elementer i en organisasjon, som bygningene og de geografiske stedene organisasjonen driver sin virksomhet (2001:185). Da kan man tenke seg at organisasjonen ut i fra et organisasjonskart innehar en abstrakt sosial struktur, mens organisasjonen får en fysisk struktur slik den er situert i det geografiske rom. Samtidig kan den sosiale strukturen fremstå som en stabil struktur som eksisterer uavhengig av aktørene, men i realiteten så eksisterer kun organisasjonen så lenge aktive aktører finner det hensiktsmessig å opprettholde denne strukturen (Salzer-Mörling 1998). Innenfor helsevesenet og sykehus har man en sterk differensiert og hierarkisk oppbygd organisasjon. Likeledes er den fysiske strukturen kompleks og stor. I en så kompleks organisasjonsstruktur som man finner i et sykehus er det mange relasjonelle og institusjonelle faktorer som påvirker aktørers handlinger. Hver aktørs handlinger og ideer må sees i lys av sin posisjon i den sosiale og fysiske strukturen.

### **Systemteoretiske implikasjoner I**

Bateson (1972) bruker en kybernetisk krets som metafor på sin systemteori. Et kybernetisk system kan sies å bestå i *deler av informasjon*<sup>1</sup> som inngår i en krets. En *del* av informasjon kan defineres som ”en forskjell som utgjør en forskjell”, En slik forskjell, som vandrer og gjennomgår endringer i en krets, er en elementær ide skriver han (Bateson 1972:315). I et system som har mentale karakteristikk, kan ingen del ha unilateral kontroll over hele systemet. Han skriver at de mentale karakteristikkene i systemet er immanent i systemet som et hele, og ikke i en bestemt del. Hver del av den kausale kretsen er delvis determinert av sin tidligere adferd. ”There is thus a sort of determinative *memory* in even the simplest cybernetic circuit” (1972:318) (kursiv i originalen). Kapittel 3,4 og 5 må sees i lys av denne tenkningen. Jeg beskriver de ulike nivåene i analysen som elementer i et system, hvor jeg ønsker å vise hvordan de ulike elementene påvirker hverandre. I dette kapittelet vil jeg gripe analysen på makronivå. Jeg tar utgangspunkt i velferdsstaten som et

---

<sup>1</sup> Bateson er opptatt av å få fram at i systemteoretisk sammenheng er det informasjon som fraktes gjennom for eksempel sanseorganene, og ikke ”impulser”. Impuls-metaforen gir for sterke konnotasjoner til det han kaller for ”psykisk energi”. ”Impulser” er ikke et godt begrep å bruke, sier han, fordi det overser de delene av informasjon som har et passivt innhold. Passivt og aktivt innhold er av samme innholdsmessige relevans. ”It would be more correct to say that what travels is a difference, or a transform of a difference” (1972:318-319).

analytisk begrep, og diskuterer hvordan sykepleierrollen og legerollen har utviklet seg kulturhistorisk i relasjon til velferdsstaten. Dette gjør jeg fordi jeg vil prøve å analysere de ulike verdiene som det statlige byråkratiet (velferdsstaten) representerer, og de verdiene som kvinnene i førstelinjen representerer. Har velferdsstaten og kvinnene som jobber i omsorgsykker ulike verdier og ulike oppfatninger om hva arbeidet deres skal bestå i? På ”min” avdeling var det til tider slik som en av mine informanter sa det selv; ”det er vanskelig å drive omsorg i slike omstendigheter”. Dette gjorde at jeg ville finne ut av hvordan omsorgsparadigmet har utviklet seg historisk og hvilken rolle omsorgen spiller i relasjon til andre paradigmer (den klinisk-medisinske) i det norske helsevesenet. Det handler ikke om store forskjeller i ideer om hva omsorg er eller er ment å være, men det handler om hvor stor verdi, og hvilken rolle omsorgen skal spille i en behandlingssituasjon. For å komme ett steg nærmere forståelsen av hvordan behandling og omsorg er organisert i et sykehus, vil jeg ta for meg utviklingen av legerollen og sykepleierrollen i et kulturhistorisk perspektiv. Det er stor forskjell på hva slags verdi de ulike rollene har i en behandlingssituasjon på norske sykehus i dag, hvor arbeid knyttet opp mot omsorg er organisert som et supplement rundt legespesialistenes hovedfunksjoner. Mens spesialistfunksjonene utfører en konkret avgrenset handling i forbindelse med behandlingen av en pasient, er omsorgsarbeidet vanskeligere å avgrense. Hvordan måler man omsorg? Står omsorg i fare for å bli en salderingspost i en instrumentell institusjon preget av effektivisering og rasjonalisering?

## ***Utviklingen av profesjoner***

### **Sykepleierrollen**

For å forstå hvordan sykepleievitenskapen har utviklet seg til å være det den er i dag, må vi gå tilbake til slutten av det nittende- og begynnelsen av det tjuende århundre. Det var på denne tiden diakonene begynte å utvikle forståelsen av sitt eget fagfelt. Diakonenes arbeid var på den tiden definert ut ifra et tett samarbeid med indremisjonen og som en bevegelse med et sterkt sosialt engasjement. (Martinsen 1984). Diakonissenes søsterskap ble etter hvert organisert fysisk gjennom ”moderhuset”, som ble en anstalt for utdanning innen kristen kjærlighetsgjerning (1984:68). I moderhuset skulle diakonissene sosialiseres inn i sin rolle: ”...at de her kunne øves i at vise Selvfornægtelse, villig Lydighet, Saktmodighed, Venlighed og Velvillie” (ibid:69). Moderhuset var under et patriarkalsk lederregime som utarbeidet alle formelle regler ved anstalten. På den nordiske diakonissekonferansen som ble holdt på den norske anstalten i 1900 holdt den daværende norske forstander Jahnsen et foredrag om disiplin. Han definerte disiplin som ”at være

lært til Tugt og Underordning” innenfor et kristent felleskap (ibid:79). Her er noen linjer fra hans foredrag:

Saa lad der være imellom os den hellige Brodertugt, den kjærlige Søstertugt, saa vi hjælper hverandre til at udforme Tjenestens Liv efter den Regel, som i Sandhed maa høre til vor Katekismus: at underordne os for Herrens skyld under enhver menneskelig Ordning (ibid:79).

Videre skriver Martinsen at i sykehusene ved århundreskiftet utviklet det seg et klart skille mellom det ”offentlige”, altså ledelsen utad av sykehuset som var menns oppgaver, og det ”private”, eller ledelsen innad i sykehuset som var kvinners ansvar. ”Arbeidsoppgavene var spesialiserte og knyttet til manns- og kvinnerollen” (ibid:181).

Den verdslige sykepleie, i likehet med den religiøse, var bærer av en omsorgsideologi. Den selvoppofrende, omsorgsfulle og selvutslettende kvinne er sykepleieidealet som styrer den praktiske ”ta hånd om” – omsorg. Legene ønsket dette, og sykepleierne likeså. Sykepleierrollen forble en underordnet og undertrykt kvinnerolle (Martinsen 1979:22-23).

Siden 1960-tallet har sykepleievitenskapen vokst frem som eget fag, hvor det er blitt innført sykepleieteori og modeller som en erstatning for den tradisjonelle medisinske modell som organiserende faktor (Sverre 2005). Sykepleien som fag, bar mer og mer preg av å være spesialisert, slik det skjedde i medisinen (Hamran 1987). Men i sin bok fra 1979 konkluderer Martinsen & Wærnes med at; ”Historien lærer oss i alle fall at profesjonalisering med hierarkisering og spesialisering ikke fører fram. Helsesektoren forblir like mannsdominert, og kvinnenes konkrete ”ta-hånd-om”-omsorgsarbeid fortsatt like lavt vurdert” (1979:110).

Mine informanter uttrykte også følelser om at arbeidet deres var lavt vurdert, og at de ble overhørt av ”beslutningstakerne”. Her er to samtaler fra mitt feltarbeid som belyser dette i forhold til nedleggelsen av Aker sykehus sin fødeavdeling:

Antropolog: ”Det er ofte veldig fullt her og på hotellet. Hva mener du er årsaken til dette?”

Barnepleier: ”Det er for liten kapasitet i Oslo.”

Antropolog: ”Har dette en sammenheng med nedleggelsen av Aker?”

Barnepleier: ”Ja det tror jeg. Ingen forstår hvorfor de la ned Aker, men så hører de jo aldri på oss allikevel.”

Antropolog: ”Hvis det er så mye press på fødeavdelingen her på Ullevål, hvorfor la de ned Aker da?”

Jordmor: ”Det er det ingen som vet. Hva har ikke vi gjort for at de ikke skulle legge ned Aker. Vi viste dem jo tall fra regionen som sa at fødselstallene kom til å gå opp, men tror du de hører på oss da?”

Sykepleierens fagtradisjon legger vekt på den moralske dimensjonen i forholdet mellom pasienten og sykepleieren (Haukelien 2003:113). Kravet om personlig godhet og oppofrelse skal uttrykkes både gjennom hvordan sykepleieren snakker og gjennom kroppspråk<sup>2</sup>;

Mitt menneskesyn, reflektert eller ureflektert, setter seg gjennom min kropp og kommer fram i møtet med andre. Hva fremmer en god måte å være på? Hvordan utvikle gode sykepleieværemåter? Væremåter som konkretiserer seg i sykepleierens blikk, stemme, hender og holdninger? (Alvsvåg 1993 i Haukelien 2003:113).

Kampen for faglig selvstendiggjøring bidrar til at sykepleierne marginaliserer sin egen posisjon i sykehusets maktforvaltning fordi organisasjonen er i ferd med å instrumentalisere sin virksomhet (2003:117). Filosofen og sykepleieren Kari Martinsen har bidratt i den teoretiske diskusjonen omkring sykepleievitenskapens utforming i moderne tid og hun har spesielt vært opptatt av at omsorgsdelen i sykepleieutdanningen bør ha en fremtredende plass. På syttitallet ble hun nærmest bannlyst fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) da hun foreslo å sette sykepleierutdanningen til fire år hvorav to av dem skulle være hjelpepleierutdanning (Martinsen 2003). Omsorgsrasjonaliteten som kulturell modell for handling i sykehuset genereres ut ifra en lengre fagtradisjon og gjennom utdanningsparadigmer basert på et fenomenologisk og altruistisk verdisystem. Dette er verdier som skal komme til uttrykk gjennom tale- og væremåte hos sykepleieren. Derfor vil omsorgsmodellen være en viktig kulturell modell for handling og en viktig faktor i identitetsformingen av sykepleiere. Nå vil jeg presentere legerollen som i kontrast til sykepleierrollen har definert seg selv som ensbetydende med modernisering og framgang. Dette har jeg gjort fordi jeg senere skal skrive om hvordan sykepleierrollen står i sterk kontrast til hvordan legerollen og økonomiske styringssystemer i velferdsstaten er integrert.

## Legerollen

Legens rolle i dag må sees på bakgrunn av rasjonaliseringen av samfunnet og erkjennelsen av naturlovene, hvor naturen blir et objekt for utforskning. Denne rasjonalismen kan sies å springe ut fra det kartesiske skillet, dualismen mellom kropp/sjel, rasjonell/irrasjonell og det synlige/usynlige.

---

<sup>2</sup> Se også Sverre (2005) for en analyse av sykepleieutdanningen i Norge.

Dette skaper et grunnlag for en ny klinisk epistemologi som har en historisk og kulturell konstruksjon (Scheper-Hughes & Lock i Brown 1998:208).

Legens rolle institusjonaliseres i løpet av det attende og nittende århundre når klinikkene utvikles i den vestlige verden. Leger oppnår en større makt i samfunnet gjennom oppdagelsen av den cellulære biologi og påvisningen av mikroorganismer. Under den industrielle revolusjon økte kravet om nasjonale produksjonshensyn hvor mennesket og arbeideren i en og samme person ble det viktigste produksjonsmiddelet. Samfunnet konstruerte teknologiske produksjonssystemer, som var avhengig av at arbeidskraften holdt seg frisk og arbeidsdyktig (Fyrand 1992). Dermed ser vi hvordan en mål/middelrasjonalitet over lengre tid har kunnet etablere seg som en meget viktig del av vestlige menneskers epistemologi. Dette får videre konnotasjoner til begreper som *vekst* og *resultater*. Den institusjonelle rammen omkring sykepleiehandlinger i sykehus, er strukturert ut fra diagnostiske funksjoner. Administrative, pleie- og andre servicefunksjoner er sekundære til de medisinske funksjonene. Det vil si at de er legitime i den grad de tjener til realisering av medisinske mål (Hamran 1987:56). Man kan si at de kulturelle verdiene som råder innenfor norsk arbeidsliv generelt, preges av denne formålsrasjonaliteten. Uten økonomisk og teknologisk fremgang stopper samfunnet opp, og vi vil "ligge etter" i utviklingen. Legeprofesjonen har også historisk sett fått muligheten til å definere det norske helsevesenet, gjennom sin tette uformelle relasjon til staten. Erichsen (1996) skriver at Legeforeningen historisk sett har kunnet definere mye av den nasjonale helsepolitikken som har blitt ført i Norge siden den andre verdenskrig gjennom uformelle nettverk til nøkkelpersoner på politiske arenaer og i helsebyråkratiet. Gjennom i stor grad å kunne definere den norske helsepolitikken, har den klinisk – medisinske vitenskapen kunnet etablere seg i en særstilling når det gjelder både profesjonsmakt og symbolmakt. Legene knyttes positivt opp til teknologisk fremgang, og dermed knyttes de også opp til "modernisering" (Erichsen 1996)<sup>3</sup>. Denne maktforskyvningen mot en opphøyd formålsrasjonalitet som premissleverandør av verdisystemer i det norske helsevesenet, har med andre ord et dypt kulturhistorisk aspekt ved seg. Etzioni (1988) setter et pragmatisk skille mellom antall år med utdanning når det gjelder det å ha innflytelse på profesjonelle organisasjoner som sykehus. De som har en enhetlig utdanning lengre enn fem år er profesjonelle, de som har en kortere yrkesutdanning er semiprofesjonelle, og de profesjonelle har den største innflytelsen over de aktiviteter som er knyttet til organisasjonens hovedmål (Etzioni i Repstad 1988:120). Denne fremstillingen kan være korrekt, men den er enkel. Det å sette likhetstegn mellom antall år man har utdannet seg og hva slags status man blir tilegnet i organisasjonen, er i minste fall en grov forenkling. Slike analyser blir ensidige og vi mister evnen til å forstå diakrone årsakssammenhenger og kulturhistoriske prosesser for hvorfor noen profesjoner utvikler større innflytelse enn andre.

---

<sup>3</sup> Se side 95-97 i denne oppgaven for et eksempel på dette.



## **Økonomiske styringssystemer og rasjonalitet**

I dette kapitlet henter jeg inspirasjon fra Georg Simmel (i Skirbekk & Gilje 1996). Simmel gjør rede for i sin monografi "Pengenes filosofi" (1900) hvordan formålsrasjonaliteten legger under seg andre former for rasjonalitet, hvor forstanden tar makten og undertrykker følelsene (Skirbekk & Gilje 1996:318). Formålsrasjonaliteten forsterker sin egen posisjon som premissleverandør gjennom de nye økonomiske og politiske styringsformene vi finner i velferdsstaten i dag. De økonomiske styringsformene som gjør seg gjeldende i offentlige sykehus i Norge; ISF (Innsatsstyrt finansiering), DRG ("diagnoserelaterte grupper"), er midler for å oppnå en effektivisering av det offentlige helsevesenet. Disse reformene innebærer en desentralisering av ansvar, kombinert med en målrettet finansieringsordning som belønner innsats. Den innsatsstyrte finansieringen ble i januar 2005 økt fra 40-60 %, hvor ISF utgjør 60 % og faste midler utgjør 40 %. Overgangen til ISF i 1997 kom i en tid hvor forventningene til behandlingstilbudene hadde økt blant befolkningen, og bar preg av at staten skulle yte tjenester og service til den enkelte. Dermed ble ISF innført som en effektiviseringsmal for å kunne øke behandlingsaktiviteten (Vike 2002:101-102). Men det økonomiske styringssystemet fokuserer på *medisinsk behandling* og legger incitamentet for økte ressurser på antall *behandlede* pasienter. DRG-systemet henviser til "liggetid" til pasienten når det regner ut kostnadene for sykehuset, men referansen for arbeidet som blir gjort kalkuleres i legenes egen arbeidskraft. Legene har dermed en mulighet til å kunne avgrense og sette en klar økonomisk ramme rundt sin egen virksomhet i organisasjonen (2002:102-115). Gjennom å definere et kunnskapshegemoni, har formålsrasjonaliteten og dermed den medisinske behandlingen i helsesektoren kunnet "spille på lag" med de gjeldende økonomiske styringsmekanismene vi finner i velferdsstaten. Vike mfl. (2002) skriver følgende:

Innføringen av ISF og DRG har definert sjukehusets ryggrad: medisinsk behandling. Standardiseringen av slik behandling, og prissettingen av den, har institusjonalisert forholdet mellom staten, (fylkeskommunen)<sup>4</sup>, sjukehusledelsen og legene i en ny type økonomisk kretsloop (2002:138).

---

<sup>4</sup> Jeg har satt fylkeskommunen i parentes fordi regionsykehusene er statlig organisert, det vil si at fylkeskommunene ikke inngår som et ledd i det statlige byråkratiet i organiseringen av Ullevål Universitetssykehus. Vike mfl. gjorde feltarbeid før reorganiseringen av regionsykehusene.

## **Fødeavdelingen og ISF**

Slik som alle de andre avdelingene på sykehuset er fødeavdelingen delvis finansiert ut fra prinsippet om DRG og ISF. Fødeavdelingen har en stor pasientstrøm med ofte kompliserte diagnoser hos pasientene. I følge en undersøkelse gjort på Rikshospitalet (Mathisen mfl 2002: 122. 503-6) viste det seg at utgiftene sykehuset hadde i forbindelse med gravide med risikosvangerskap ikke stod i samsvar med den DRG refusjonen avdelingen og sykehuset fikk i inntekter tilbake. Dette viser at systemet er komplisert og at det faktiske aktivitetsnivået er vanskelig å registrere og definere. Kvinneklinikken på Rikshospitalet har også slik som fødeavdelingen på Aker blitt omtalt som et "tapsprosjekt" fordi klinikken "tapper" sykehuset for penger i forhold til de økonomiske styringssystemene. Styret i de to fusjonerte institusjonene; Radiumhospitalet og Rikshospitalet truet våren 2005 med å legge ned fødeavdelingen på grunn av den negative finansielle situasjonen. Så hva er det med omsorgsrasjonaliteten som gjør at arbeid definert ut i fra dette prinsippet er så vanskelig å kategorisere i det økonomiske systemet?

## **Omsorgsrasjonaliteten og økonomiske styringssystemer**

Firth (1961) har skrevet; "The anthropologist is interested in the structure and organization of economic activity for two reasons: most social relations have an economic coefficient; many social relations are primarily concerned with economic values" (Firth 1961:122). Når vi da diskuterer økonomiske verdier i velferdsstatens styringssystemer ser vi at finansieringssystemet verdsetter i større grad formålsrasjonaliteten framfor omsorgsrasjonaliteten; fordi formålsrasjonaliteten tydeligvis er lettere å avgrense som byttevare i form av økonomiske incentiver. Formålsrasjonaliteten fører med andre ord et språk økonomiske styringsmekanismer forstår. Omsorgsarbeidet er derimot vanskeligere å avgrense og verdsette i dette finansieringssystemet. Tidkrevende pasienter hvor behandlingen er av en mer relasjonell art, koster avdelingen mer penger. Derfor blir også den tiden helsearbeiderne bruker på omsorg for pasienten, ikke en økonomisk verdi i seg selv gjennom ISF og DRG-systemet. Omsorg blir i relasjon til behandling definert som en utgiftspost som ikke bringer penger inn i systemet. Haukelien (2003) omtaler denne systematikken som entydiggjøring av kategorier og hvor det tvetydige; omsorgsarbeidet, blir et slags ansvarsoverskudd. Etter Baumann (1991) kaller hun dette for "waste", og i sykehuset skapes "waste" gjennom motstridende krav; krav om økt effektivitet samtidig som man skal ivareta omsorgskvaliteten for stadig flere pasienter (2003:119). Dermed blir omsorg en ambivalent kategori i klassifiseringen av arbeid. Baumann (1991) skriver; "Ambivalence is a side-product of the labour

of classification; and it calls for yet more classifying effort” (ibid:3). På denne måten kan politisk kultur og styringssystemer bidra til å tilegne formålsrasjonaliteten en høyere verdi enn omsorgsrasjonaliteten. Hvordan påvirker dette kvinnene som representerer omsorgsrasjonaliteten i organisasjonen? Men før vi går inn på hvordan arbeidssituasjonen til jordmødrene og barnepleierne på sykehuset, vil jeg beskrive regionsykehusets funksjon i sin relasjon til velferdsstaten.

## **Sykehusets ansvar**

Ullevål sykehus hadde i 2004 311.000 polikliniske undersøkelser og cirka 45.000 innleggelses, fordelt på cirka 8240 ansatte, med et driftsbudsjett på 5,1 milliarder kroner. Ullevål Universitetssykehus er landets største sykehus og det nest største i Norden. Det er sektorsykehus i Oslo for en befolkning på om lag 185.000. Innenfor somatikk er Ullevål også regionsykehus for Helseregion Øst med om lag 1.4 millioner innbyggere (Årsrapport Ullevål sykehus 2004). Regionsykehusene finansieres av staten og sykehusene har et ansvar for å sikre universell omsorg til alle som sogner dit. I tillegg skal det ta hensyn til prinsippet om ”fritt sykehusvalg”, som går ut på at pasienter som sogner til andre sykehus kan velge seg dit fordi de selv ønsker det.

## **Velferdsstatens omsorgsreservoar**

Inne på barselavdelingen ligger det pasienter på alle pasientrommene. Mens jeg sitter inne på vaktrommet og titter ut i korridoren kommer det en ny pasient inn fra fødeavdelingen. Hun må ligge i korridoren til det blir et ledig rom. Hun setter seg i senga som de ansatte har satt fram til henne. Den nybakte faren stiller seg ved siden av henne og de begynner å prate sammen. Jordmødrene som jobber der haster forbi dem i gangen og går inn og ut av de ulike rommene. Noen nybakte foreldre sitter et stykke lenger bort i korridoren. De skal skrives ut fra avdelingen og flyttes over på pasienthotellet. Moren sitter i en stol i pyjamas og ser sliten ut. Faren står og holder i plastsengen som den nyfødte ligger i og beundrer det lille mirakelet mens han utveksler noen ord med moren. De har vært der i over en time og begge to begynner å bli litt utålmodige av å måtte vente ute i korridoren. En barnepleier skifter sengetøy og rydder ut av rommet de lå på, og det tar ikke lang tid før korridorpatienten blir trillet inn på rommet deres. Hun virker lettet over å få et rom å ligge på. Etter hvert kommer det en jordmor ut i korridoren for å følge det andre paret over til pasienthotellet. Når hun kommer tilbake spør jeg henne;

Antropolog: ”Det er ganske fullt på barsel i dag?”

Jordmor: ”Ja det er veldig fullt i dag, det ligger pasienter på alle rommene.”

Antropolog: ”Hva gjør dere når pasienten skal overflyttes til hotellet da?”

Jordmor: ”Når en pasient skal flyttes, må de ledsages av en barnepleier eller jordmor som tar dem med over. I tillegg skal vi egentlig gi foreldrene en utreisesamtale før de forlater barselavdelingen men slik som det er nå, har vi rett og slett ikke tid til det.”

Jeg går inn på fødeavdelingen og ser på tavla som viser pasientene som ligger inne på fødeavdelingen. Det er fullt her også og noen kvinner har allerede født. De skal ha en barselplass de også.

Omsorgsarbeidet er definert ut fra en moralsk forpliktelse overfor pasienten og fungerer som faglig identitetsfaktor. Derfor blir dilemmaene mange når ressurser, kapasitet og bemanning ikke strekker til i forhold til forventningene brukerne har av behandlingen. På grunn av store variasjoner i pasientstrømmen til avdelingen er det ofte mødre som må føde på mottakene hvor det er trangt og hvor det ikke er installert medisinsk utstyr som ofte trengs ved fødsler. På en plansje som var hengt på pauserommet, skulle de ansatte sette opp kommentarer i forhold til ISO-sertifiseringen av avdelingen. Her skulle de altså kommentere mangler ved de ulike instansene som pasienten er innom ved en innleggelse. Her er noen av kommentarene:

- Mangel på teknisk utstyr som CTG monitortilkobling på venterom og mottak. (Ofte må mødrene føde på venterom og mottak når det er fullt på fødestuene).
- Bedre stoler til pårørende og badekar på alle fødestuene.
- Hva med far! Har ingen steder å være mens mor er på PO<sup>5</sup>.
- Mangler oppheng for intravenøst på venterom/mottak på føden.
- Reglene for overflytting til hotellet er litt for strenge.
- Mange frustrerte foreldre p.g.a. lang ventetid til hotellet.

Her ser vi noen problemer de ved førstelinjen møter når de skal utføre jobbene sine ved avdelingen. På grunn av en stor og varierende pasientstrøm er det ikke bare underbemanning som opptar de ansatte, men også manglende medisinsk utstyr. For å kompensere for det lille antallet fødestuer på avdelingen virker det som om de ansatte ønsker å gjøre formelt mottak og venterom om til fødestuer, slik at det kan bli forsvarlig å føde der også. De fleste jordmødrene jeg snakket med definerte jobben sin ut ifra det å få mor, far og barn til å føle seg vel og at de kan føle seg trygge på å reise

---

<sup>5</sup> PO = Post operasjon

hjem. Av de jeg snakket med var også omsorgsperspektivet viktig som en ideell representasjon av virksomheten slik jeg har beskrevet tidligere i oppgaven. Det var omstendigheter som gjorde at det var ”vanskelig å drive omsorg”, som for eksempel når det var veldig fullt på avdelingen eller hvis man følte seg sliten og trøtt. Jordmødrene er de som tar i mot pasientene når de kommer til avdelingen og de må alltid være tilgjengelig for pasienten hvis hun lurer på noe eller trenger assistanse. Ved fødselssengene og barselssengene er det alarmknapper som pasienten kan trykke på i slike tilfeller hvor jordmor eller barnepleier ikke er tilstede. Alarmknappene aktiverer en lystavle inne på vaktrommene og pauserommet som de ansatte kan følge med på. Denne tilgjengeligheten er viktig for pasientenes trygghetsfølelse og er viktig for å ivareta en kvalitativ relasjon. Mens de ansatte spiser lunsj må de følge med på lystavlen om det er noen som trenger assistanse:

Jordmor I: ”Nå skal det bli godt med en matbit. Pasienten min har enda ikke født men det er nok like før. Åpningen er på sju centimeter nå.”

Jordmor II: ”Min er ikke kommet så veldig langt enda, men jeg regner med at hun føder i løpet av vakta mi.”

Så ringer det i tavla som viser hvilket rom som trenger assistanse.

Jordmor II: ”Er det på føden?”

Jordmor I: ”Ja.”

Jordmor II: ”Å, det er min det”, så reiser hun seg for å gå inn til pasienten.

Etter en stund kommer hun tilbake for å spise ferdig lunsjen sin.

Antropolog: ”Det blir noen avbrytelser i løpet av en dag?”

Jordmor II: ”Ja, det hender det er vanskelig å spise lunsj i det hele tatt, men det er jo noe man blir mer eller mindre vant til da. Når det står på for fullt må vi være der. Men vi må jo ha mat og drikke vi også hvis vi skal kunne yte det beste for pasienten. Hvis vi skal kunne få pasienten til å føle seg vel, må man ha litt energi i kroppen. Det er jo en litt merkelig situasjon også når du tenker på det; her sitter vi inne og spiser mens de er der inne og skal føde unger”, sier hun og ler.

Jeg bruker begrepet holistisk i forhold til at de må forholde seg til at både pasienten og pårørende får et mest mulig vellykket opphold på avdelingen. Dette var også målet med jobben deres slik de definerte det selv; nemlig at pasientene skulle få føde i trygge omgivelser og være trygge på seg selv ved hjemreise (se side 32-33). Relasjonen mellom pasient og ansatt er litt annerledes strukturert på barselavdelingen i forhold til fødeavdelingen. På fødeavdelingen er det en fordel for begge parter at de ansatte er mest mulig inne på fødestua sammen med pasienten. Pasienten får da en trygghet ved at det er en fagperson til stede og de ansatte får mulighet til å følge prosessen nøye, slik at de

får mest mulig kontroll over situasjonen. På barselavdelingen er situasjonen litt annerledes fordi da har pasienten født og hun er ofte veldig sliten og utmattet og vil gjerne sove og være i ro sammen med det nye barnet. De ansatte går da som regel bare inn på sykerommene så lenge de har viktig informasjon omkring behandling, amming, prøver og så videre. I tillegg går de inn når pasienten ringer i alarmen som er festet ved sykesengen.

Jordmor på barselavdelingen: ”Det ser ut som pasientene har det bare bra i dag. Ingen som vil ha hjelp til noen ting. Det er jo bare bra det da, at de har det fint, men det blir jo så kjedelig for oss siden det blir lite å gjøre.”

Jordmor: ”Mødrene på barsel vil som regel bare være i ro og slappe av etter fødselen. Men noen vil ha mer kontakt enn andre og dette er noe man må se an ved hver enkelt pasient.”

Dette er hva vi kan kalle for ”folkemodellen” (Holy & Stuchlik 1983) eller som jeg skal komme tilbake til i neste kapittel hvor jeg omtaler omsorgsmodellen som ”den ideelle representasjonen” av arbeidets karakter. Slik er deres representasjoner definert ut fra en moderne sykepleievitenskapelig modell slik det fortelles om i lærebøker i sykepleie. Dermed skiller jeg mellom den ideologiske framstillingen av hva arbeidet deres går ut på og det som faktisk skjer i daglig praksis. For å klargjøre litt nærmere for hvordan jeg tenker omkring disse modellene har jeg sett på hvordan de ansatte snakker om og forholder seg til pasientene. Da ser vi at de ansatte internaliserer måter å forholde seg til pasienten på gjennom krav om effektivisering og rasjonalisering, og dette forholdet kan studeres gjennom språkets metaforer.



## Kap 4 – To ulike modeller for handling

Why is it not understood that courtesy and sociability have a therapeutic value? Most of us in our home know this instinctively, but somehow or other it gets lost in the hospital (Sassoon mfl.1987:217).

Dette kapitlet skal ta for seg kulturelle modeller slik begrepet anvendes i kognitiv antropologi (Strauss & Quinn 1997, D´andrade 1992, Strauss & Quinn 1994). Jeg forsøker å identifisere ulike kulturelle modeller som mine informanter internaliserer i ulike sosiale prosesser. Jeg analyserer språkbruk hvor jeg prøver å finne en direkte kobling mellom metaforer og erfaring. Ser vi på hvordan språket og metaforer anvendes kan vi få en forståelse av hvordan aktørene relaterer seg til arbeidsforholdene på arbeidsplassen. I mine undersøkelser av språket som anvendes mellom de ansatte på avdelingen skal vi se at pasienter blir i visse kontekster metaforisk omtalt som en ”pakke” av de ansatte:

- Vi får ikke sendt pasientene videre i systemet
- Når det er fullt må vi finne andre avdelinger eller sykehus som vi kan sende dem (pasientene) til
- Det hender vi må sette pasienter på gangen
- Hun ble sendt opp hit av poliklinisk
- Hun på rom 3 er klar til å flyttes over på hotellet
- Vi skal ha en avreisesamtale med pasienten før vi sender henne videre
- Det er på hotellet” proppen” sitter, det er her det først og fremst stopper opp
- Vi har forsøkt ulike tiltak for å bedre flyttingen av pasientene og nå skal de som ligger på fødeavdelingen flyttes over først, før barselkvinnene
- Vi flytter korridorpatientene så fort det blir et rom ledig
- Det er veldig frustrerende når det stopper opp slik som det gjør nå
- Vi kan ikke ha pasienter værende for lenge inne på fødeavdelingen etter fødsel
- Fødeavdelingen er en akuttavdeling hvor pasientene bør flyttes videre så raskt som mulig etter at de har født
- Nå har vi fått sendt pasienten til barsel så nå kan vi bestille vasking på de to stuene.

En gruppe ansatte sitter inne på pauserommet og spiser lunsj. De diskuterer problemet med å få plass til pasientene på de ulike avdelingene og en av dem uttrykker sin frustrasjon over pasientstrømmen. Her ser vi hvordan ”pakkemetaforen” får sitt uttrykk:



Jordmor I: ”Vi må få gjort noe med at det hoper seg opp pasienter på føden og som vi ikke får sendt videre. Fødeavdelingen er jo en akuttavdeling og det bør ikke ligge pasienter der så lenge etter fødselen. Da må vi nesten sette pasientene på gangen på barsel i stedet for, mener jeg.”

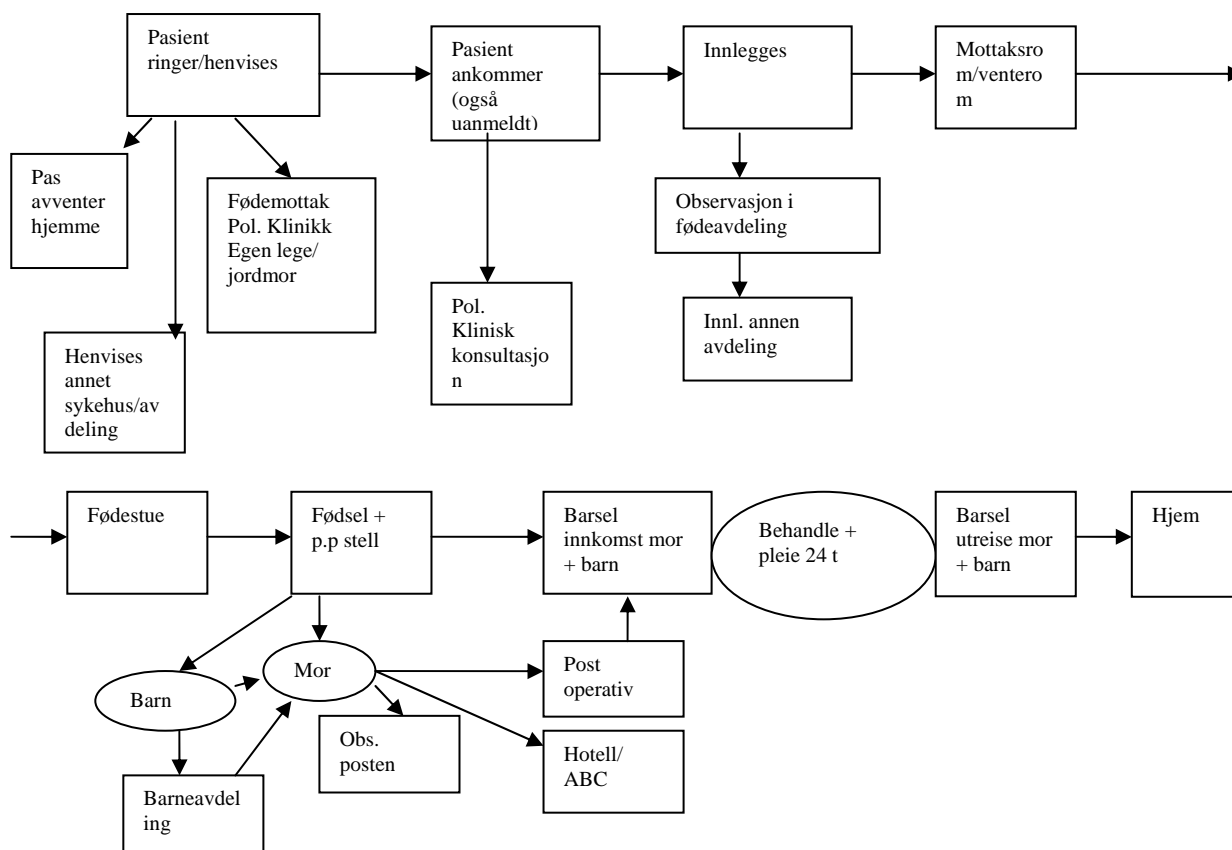
Jordmor II: ”Det er jo på hotellet problemet ligger. De får jo ikke vasket der i tide.”

Jordmor III: ”Det er fryktelig frustrerende med det systemet som er nå og et eller annet bør i hvert fall gjøres.”

Ideen om at metaforer på mange måter er med på å strukturere og begrepsfeste virkeligheten slik vi oppfatter den er interessant i denne sammenhengen. En undersøkelse av hvilke metaforer ulike kulturer bruker i språket i det daglige livet, kan si mye om hvordan vi tenker om for eksempel menneskenaturen. Lakoff & Johnson (1980) nevner blant annet ontologiske, metaforer noe som er aktuelt i denne sammenhengen. Lakoff & Johnson mener metaforene strukturerer måten vi oppfatter, tenker og handler på (1980:8). Quinn i (Strauss & Quinn 1997) kritiserer denne tilnærmingen til studier av metaforer. Quinn er opptatt av å analysere hvordan mennesker velger ut ulike kulturelle metaforer for å hjelpe dem med å komme med viktige poenger (ibid.141), og samtidig finne ut av hvordan disse metaforene blir delt intersubjektivt (ibid:140-143 og 148-156). I Norge er metaforer omkring kroppen i stor grad hentet fra moderne teknologi. Kroppen vår blir da sett på som et objekt og et redskap i seg selv som følgelig må repareres for å igjen kunne reprodusere samfunnets verdier. Alle er kjent med metaforer som ”*jeg må lade opp batteriene*”, ”*sand i maskineriet*”, ”*jeg makter ikke å produsere nye ideer*”, ”*jeg føler meg så uproduktiv*” og så videre. Dette gir altså konnotasjoner til hvordan vi tenker om menneskenaturen. Når vår kropp mer eller mindre forbindes med teknologi, et redskap og objekt, setter dette premisser for hvordan vi forholder oss til den. I vestlig kultur har vi for eksempel det vi kaller for kartesisk dualisme hvor man skiller mellom ånd og materie, virkelig (synlig) og usynlig (Scheper-Hughes & Lock 1987). Det er denne epistemologiske dikotomien som konstruerer ”regler” for læring og hvordan vi forholder oss til menneskenaturen. Den vitenskapelige tankemåten som har forrang i norske helseinstitusjoner, setter kroppen som objekt for læring; dette ser vi blant annet gjennom dissekering eller i en behandlingssituasjon hvor helsearbeideren bare konsentrerer seg om ett organ eller en del av kroppen til pasienten. Omsorgsrasjonaliteten derimot forutsetter en intersubjektivitet som er basert på innlevelse, hvor man ser på andre faktorer som kommunikasjon og sosiale relasjoner. Problemet med denne epistemologiske oppdelingen av rasjonalitet vs emosjonalitet gjør at helseinstitusjoner som sykehus favoriserer den ene formen for rasjonalitet fremfor den andre. Med andre ord blir følelser og emosjoner sett på som irrasjonelt (Sassoon mfl.1987). Fra mitt eget feltarbeid la jeg spesielt merke til hvordan de ansatte snakket om pasientene. Det var først og fremst i forbindelse

med medisinsk og psykososial tilstand (omsorg) men det var i like stor grad et spørsmål om å "sende" og "ikke få sendt" pasientene til de rette instansene. Hvordan pasientforløpet utarter seg fra pasienten kommer inn på sykehuset til pasienten reiser hjem, og hvordan de ansatte forholder seg til pasienten i denne prosessen, demonstreres i skjema 1.1. Dette flytskjemaet av pasientforløpet ble hengt opp i pauserommet under mitt feltarbeid. Skjemaet ble laget i forbindelse med ISO<sup>6</sup>-sertifiseringen av avdelingen og de ansatte skulle skrive på kommentarer ved de ulike postene med forslag om hva som eventuelt burde endres eller forbedres i forbindelse med pasientforløpet. "Pakkemetaforen" som jeg har kalt den, får sitt eksplisitte uttrykk i pasientens mobilitet mellom de ulike instansene han/hun er innom i løpet av et sykehusopphold.

**Figur 1.1**



<sup>6</sup> ISO = (International Organization for Standardization). Organisasjon som ivaretar standardisering på alle områder bortsett fra elektronikk og telekommunikasjon. Ullevål Universitetssykehus under Helse Øst RHF har som mål å implementere ISO 9001:2000 mellom 20005-2008 hvor styret bestemte at akuttpsykiatrisk avdeling og fødeavdelingene skulle være pilotprosjekter for standardiseringen.

## ***Samspeillet mellom erfaringen og de språklige metaforene***

”Pakkemetaforen” som blir brukt om pasientene når de ansatte snakker sammen, reflekterer på mange måter hvordan de ansatte jobber og hva det er som på ulike måter preger arbeidsdagen deres. Keyserling (1995) (Åslid i Johansen ed.2005) poengterer dette om metaforene i språket vårt; ”The basic patterns of our mind emerge from the structure of our speech” (ibid.116), hvor struktur i denne sammenhengen betyr metaforer. Metaforer blir da konsepter som er direkte relatert til hvordan vi tenker. I tillegg skriver Lakoff & Johnson:

Og begrepsstrukturene angår ikke bare tenkningen – de angår alle erfaringens naturlige dimensjoner, deriblant ulike aspekter av våre sanseerfaringer: farge, form, konsistens, lyd osv. *Disse dimensjonene strukturerer ikke bare hverdagslige erfaringer, men også estetiske erfaringer* (1980:223 min egen kursiv).

Det er i denne setningen hvor Quinn (1997 i Strauss & Quinn) og jeg selv ikke lenger følger Lakoff & Johnson (1980). De går for langt i å tilegne metaforenes egenskaper til å kunne konstruere virkelighet, og Quinn mener de overser menneskers evne til å velge mellom metaforer (ibid.152). I denne oppgaven er jeg opptatt av å belyse hvordan metaforer kan brukes som en kvalitativ tilnærming til å gripe det erfaringsnære i arbeidet til informantene mine. I kapittel 8 (side 91-93) beskriver jeg hvordan teknologi og dataprogrammer kan si noe om sosial organisasjon og kultur på et sykehus. Disse metodiske grepene er i prinsippet ganske like, fordi både teknologi og metaforer ”sier noe om noe”. Oversikten (Skjema 1.1) over de ulike avdelingene og instansene ved sykehuset som pasienten kan være innom i løpet av et sykehusopphold, sier først og fremst noe om hvor uhyre komplekst og avansert et sykehus som organisasjon er. Det er mange ulike instanser som utfører forskjellige funksjoner som skal hjelpe pasienten etter hvilken tilstand hun er i til enhver tid. Alle disse tjenestene skal hele tiden være optimaliserte og på en eller annen måte koordinert slik at pasienten skal ha det best mulig. Alle disse instansene er fysisk atskilt enten ved å være i ulike etasjer, avdelinger eller i ulike bygninger. Dette betyr at pasientforløpet på et sykehus er i stor grad preget av mobilitet og spesialisering. I NOU-rapporten fra 1997 ”Pasienten først” har det offentlige utvalget kommet med følgende formulering omkring spesialiseringen i norske sykehus:

En følge av kunnskapsutviklingen innen medisinen er den utstrakte grad av spesialisering. Dette medfører at stadig mer av en specialists tid og interesse rettes inn mot en liten del av pasienten – en sykdom, et organ osv. Andre spesialister kommer inn og tar seg av andre sider ved pasientens symptomkompleks eller lidelse. Pasienten kan oppleve seg som en ”stafettpinne” som sendes mellom spesialister, avdelinger eller nivåer i helsetjenesten. (NOU 1997:2 – 1.1.8 Helhet)

De ansattes jobb består mye i å koordinere denne mobiliteten mellom rom, avdelinger og bygninger<sup>7</sup>. Jeg vil være forsiktig med å si noe om hvorvidt dette er med på å ”konkurrere bort” omsorgsdelen av arbeidet til mine informanter, men jo flere pasienter som er innom avdelingen jo mer vil ”pakkemetaforen” være med å generere oppfattelsen av pasientforløpet hos de ansatte og jo viktigere vil denne delen av arbeidet bli. Dess større press det er av pasienter jo mer vil dette påvirke de ansattes erfaringsbegreper og det å ”sende” pasienter vil være en større og større motivasjon for handling. I denne sammenhengen er det viktig å skille mellom den ideelle representasjonen av arbeidet deres og det jeg kaller for den handlingsorienterte representasjonen. Geertz (1973) kaller denne distinksjonen for *modell av* og *modell for* og begrepene forklarer de samme fenomenene; nemlig at informantene har et begrep eller en forestilling om hva arbeidet bør være, samtidig som de følger et program eller en prosess som kongruerer med begrepet (ibid:93-94). Det er i denne prosessen (modell for), hvor jeg argumenterer for at informantene møter krysspress mellom ulike krav til praksiser. Holy & Stuchlik (1983) mener at det ikke går an å studere handling uten å relatere den til konsepter og ideer aktørene inngår i (1983:35).

## Ideelle representasjoner

En jordmor på fødeavdelingen mente dette om fødesitasjonen på sykehuset:

Jordmor: ”Kvinnene nå får ikke nok tid til å føde. De trenger fred og ro når de skal føde og de trenger tid på å komme seg etter en fødsel. Slik som det er nå har de ikke det, og vi har ikke nok tid til å følge opp hver enkelt pasient ordentlig.”

Det interessante er at aktørenes handlinger og arbeidsutførelse til tider er kontradiktoriske i forhold til deres egne verbale representasjoner av hva arbeidet *bør* bestå i. Når aktørene snakker om hva arbeidet bør bestå i, er det preget av et typisk holistisk omsorgsparadigme:

- Jeg er opptatt av at pasienten skal føle seg trygg og at hun kan føde i trygge omgivelser.
- Når jeg er trøtt og sliten som nå får jeg ikke gjort jobben slik jeg ønsker. Jeg får ikke drevet med omsorg når jeg føler meg slik.

---

<sup>7</sup> Fra sykehuset sin side er det prøvd å gjøre noe med dette problemet. Pasienter som skal gjennomgå hjerteoperasjoner vil i dag kunne oppholde seg på hotellet før og etter operasjonen, slik at man slipper å frakte pasienten rundt om på ulike avdelinger for å foreta undersøkelser og så videre. I stedet oppsøker alle ressurspersoner pasienten på hotellet (Ullevål Nytt nr.1 2006). Men dette lar seg ikke gjøre med alle pasientkategorier siden pasientforløpet utarter seg annerledes hos for eksempel fødende kvinner.

- Det er viktig at mor og barn skal føle seg vel og at de kan føle seg trygge når de skal reise hjem.

En jordmor stilte følgende spørsmål da hun fikk vite at ISO-sertifisering av organisasjoner har tidligere blitt brukt som kvalitetssikring av bilproduksjon;

-... men er det like lett å overføre et slikt kvalitetssikringssystem som har blitt brukt på biler til å gjelde mennesker som trenger omsorg og behandling da?

- Det er litt morsomt når folk faktisk kaller meg for ”korridorengel”. Det har hendt at pårørende og pasienter har ringt og takket oss personlig og kalt oss nettopp for det. Noen ganger sier de bare fornavnet sitt og forventer at vi skal huske hvem de er. Det er jo litt morsomt da fordi de opplever jo at vi har fått et veldig nært forhold, men vi kan jo ikke huske alle sammen sånn. Men det betyr jo bare at man da har gjort en god jobb.

For pasienten er omsorg en avgjørende del for en vellykket behandling noe som kommer fram gjennom dette eksempelet fra mitt feltarbeid (se også side 194):

Jeg satt alene inne på vaktrommet og tittet ut i korridoren. Det var lunsjtid og mange av de ansatte hadde gått inn på pauserommet. Jeg skulle til å reise meg og gå dit selv da det kom gående et par nedover gangen med en eske konfekt og blomster i hånda. De kom litt forsiktig bort til åpningen ved vaktrommet og spurte om hvem de kunne gi disse gavene til. Jeg smilte og sa; ”jeg tror det er noen inne på pauserommet, bare følg meg”. Da vi kom inn på pauserommet stod det en gruppe med ansatte og pratet med hverandre. Kvinnen gikk bort og en av de ansatte gikk i mot for å snakke med henne. ”Jeg ville bare gi dere dette som takk for den fine behandlingen og all den omsorgen vi har fått av dere”. Kvinnen begynte å gråte og så ga de hverandre en lang klem, mens den nybakte faren stod i bakgrunnen og smilte og han virket tydelig rørt av situasjonen.

Denne hendelsen fikk meg til å innse hvor viktig omsorg er for behandlingen i en fødesituasjon. Omsorg er altså en viktig del av jobben til de ansatte, men når vi analyserer metaforene som brukes i det daglige språket kan man få et inntrykk av at arbeidet også preges av å bestå i andre beskjeftigelser enn omsorg og pleie. Dermed har vi to generelle kulturelle modeller som motiverer til handling. Kapasitetsproblemet internaliseres av aktørene og uttrykkes gjennom erfaringsnære metaforer (pakkemetaforen). Disse modellene; *omsorg* og *effektivitet/instrumentalitet* er generelle modeller hvor organisasjonens krav om effektivitet og ønsket om en mest mulig rasjonell styring påvirker aktørenes språk, tenkning og handlinger. Dette uttrykkes også gjennom hvordan de ansatte belønner seg selv og hverandre i forhold til jobben de gjør. Når det var stor pågang av pasienter på fødeavdelingen kunne jeg høre hvordan jordmødrene og barnepleierne praktiserte organisasjonens

krav om å maksimere ytelse, noe som jeg skal vise nedenfor. Det ”å få sendt pasientene videre i systemet” var en motivasjon for handling og ble møtt med positive tilbakemeldinger på vaktrommet;

## Effektivisering og orden

Vaktrommet til barselavdelingen er cirka 20 kvadratmeter stort. Det er fysisk avgrenset til korridoren med en stor glassvegg. Det er en dør som går ut til korridoren og det er enn annen dør i andre enden av rommet som går ut i korridoren til fødeavdelingen. Langs veggene inne på vaktrommet er det plassert sammenhengende pulter hvor det står fire datamaskiner. Ved pulten som er plassert nærmest vinduet til yttergangen sitter vakthavende jordmor som har første kontakt med pasientene. På den bakre veggen er det små papirholdere hvor det ligger diverse skjemaer. Ved døra ut til fødeavdelingen henger det to monitorer som overvåker hjertefrekvensen til mor og barn på de ulike fødestuene. Ved døra til yttergangen henger oversikten over pasientene som ligger inne på de ulike rommene på fødeavdelingen og hvor langt de er kommet i fødeprosessen. Vaktrommet er en slags samlingssted for de ansatte hvor det utveksles informasjon og hvor de kan spørre hverandre om faglige råd. Her foregår også all registrering og lagring av pasientdata; journaler, epikrise og lignende. En jordmor står og ser på pasientoversikten og sier til de andre;

Jordmor I: ”Nå har hun på treer´n født, så vi må bestille vasking der og hun på firer´n har vi fått flyttet over på barsel så vi bestiller vasking der samtidig. Hun på ener´n føder nå så det blir vel ikke så lenge til vi kan klargjøre et rom der også.”

Jordmor II: ”Kjempebra jobbet folkens! Da har vi fått unna en god del allerede.”

Når jeg var inne på vaktrommet var pasientstrømmen et vanlig tema å snakke om;

Antropolog: ”Nå er det mange som har født her.”

Jordmor: ”Ja, nå har det virkelig gått unna her. Nå får vi snart flyttet hun på fire også, så nå begynner det å bli orden her.”

En kveld hvor det var fullt på avdelingen sa en jordmor følgende:

Jordmor I: ”Det har allerede ringt to pasienter som har spurt om å kunne få legges inn, men med alt hell hadde den andre avdelinga en plass ledig og den andre kunne Bærum ta.”

Jordmor II: ”Det var bra for nå er det virkelig fullt her, vi har jo ikke mulighet til å kunne ta imot alle sammen.”

Effektivitet og rasjonalisering av pasientstrømmen er altså viktig for de ansatte. Haukelien (2000) skriver hvordan sykepleierne på en kirurgisk avdeling ikke har internalisert det økonomiske språket om ISF og DRG. Jeg spurte ikke mine informanter direkte om dette forholdet, men i løpet av mitt feltarbeid hørte jeg aldri begrepene ISF og DRG bli brukt av verken jordmødrene eller barnepleierne. Det var først da jeg snakket med en avdelingsjordmor, de økonomiske styringssystemene kom opp som et naturlig tema å snakke om:

Avdelingsjordmor: ”Det er snakk om at den medisinskfaglige ledelsen vil ta over styringen av fødeavdelingene. Du vet, fødeavdelingene våre er jo veldig lønnsomme, men vi ønsker jo ikke det. Vi vil ha en jordmorfaglig ledelse som vi har nå fordi vi mener det fungerer veldig bra.”

Selv om jordmødrene og barnepleierne i førstelinjen ikke bruker DRG og ISF till å begrepsfeste virkeligheten, internaliseres på mange måter de organisatoriske følgende av dette styringssystemet, og de må alle sammen forholde seg til dem på en eller annen måte. Det kan virke som om jordmødrene og barnepleierne ikke motiveres til handling på bakgrunn av DRG og ISF men av å minske en stadig voksende pasientstrøm som truer kvaliteten på behandlingen og tryggheten som følger med den.

Barnepleier: ”På grunn av den store pasientstrømmen vi opplever her så hender det at det ligger flere pasienter ute i gangen her samtidig. Jeg har opplevd tilfeller hvor det har ligget opptil fire stykker ute i korridoren her.”

Jordmor: ”Til tross for at Aker ble lagt ned og at vi har fått mange pasienter så har det ikke skjedd mange endringer. Bemanningen har økt med én ansatt men totalt sett er det altfor lite til å kunne ta unna alle pasientene. Og spesielt i helgene da, da mangler vi som regel folk.”

## **Kultur og kulturelle modeller**

Studier i hvordan mennesker anvender det metaforiske i språket kan si noe om hvilke handlinger som er viktige og hvilke skjemaer (slik det forstås i kognitiv antropologi) som motiverer til handling. Ikke minst kan det være et nyttig metodisk grep for antropologen å forstå livsverdener. D’andrade (1992) legger en slik forklaring til grunn for hvordan kulturelle modeller ligger til grunn

for motivasjon til handling. Han skriver: "... culturally formed cognitive schemas not only determine our interpretation of the world but also direct our actions in it, often serving as goals" (Strauss i D'andrade & Strauss 1992:197). Douglas (1975) fordrer et lignende syn men tar utgangspunkt i begrepet og substantivet kultur; "The culture affords a hierarchy of goals and values which the community can apply as a general guide to action in a wide variety of contexts (1975:53). Skjemateori tar dette synet på kultur alvorlig, men som D'andrade (1992) skriver; er et skifte fra å anvende substantivet "kultur" til adjektivet "kulturell", analytisk ønskelig fordi det er mer konkret. Han skriver at adjektivet "kulturell" har mindre ontologisk bagasje enn substantivet "kultur" og er derfor mer anvendbart som analytisk begrep (1992:229). I studiet av formelle organisasjoner er dette et viktig analytisk grep etter mitt skjønn. Mine informanter presenterer for meg flere kulturelle modeller som kan konstrueres analytisk og det ville ikke vært konkret nok for meg å samle disse modellene i en slags felles identifiserbar "kultur". Man kan også anvende begrepet "subkultur" men dette indikerer en slags hierarkisk oppbygging av sosial organisering (Salzer-Mörling 1998), noe som ville vært misvisende i denne sammenhengen. Den fagmedisinske modellen som jeg kommer tilbake til senere i oppgaven (se side 78-84) er et eksempel på hvorfor "subkultur"-begrepet ikke er så anvendelig fordi denne modellen deles intersubjektivt på tvers av profesjoner. Mens i noen kontekster vil det være mer naturlig for aktørene å organisere seg på bakgrunn av et profesjonsfelleskap. Grensene er med andre ord flytende. Det å kunne identifisere kulturelle modeller har vært analytisk til hjelp for å kunne beskrive kontradiksjoner i aktørenes modeller og kulturell kompleksitet i en formell og byråkratisk institusjon. Når aktørene jobber fort og rasjonaliserer pasientstrømmen, foretar de en handling som blir belønnet av både medarbeidere og organisasjonen. Aktørene blir motivert til å handle etter denne kulturelle modellen fordi de da bidrar med å realisere et kollektivt mål; nemlig å rasjonalisere og effektivisere. Når de får positive tilbakemeldinger for å handle etter en slik kulturell modell, forsterkes de kognitive skjemaene som denne modellen aktiverer. Når det er stor pågang av pasienter og det ligger mange pasienter inne på fødeavdelingen oppstår faren for kaos og de ansatte får liten oversikt over situasjonen. Ingen av de ansatte ønsker slike forhold fordi uoversiktlige og stressende arbeidsforhold skaper utrygghet både for pasienter og ansatte. Modellen fungerer som en motivasjon for handling fordi man oppnår som sagt oversikt og trygghet på avdelingen. Å drive omsorg derimot, er i stor grad en motivasjon for handling gjennom at man oppnår en belønning av fornøyde og trygge pasienter og omsorgsparadigmet representerer derfor en egen kulturell modell (se side 84 for en samlet oversikt over de ulike kulturelle modellene). Denne kulturelle modellen internaliseres allerede i utdanningen slik som jeg har beskrevet under del-kapittelet; sykepleierrollen. Jordmødrene og barnepleierne har en identitet og en representasjonsform som jeg beskrev ovenfor som preges av å være definert ut fra



et omsorgsparadigme i en rasjonalisert og instrumentell organisasjon. Vike (i Thorsen & Rugkåsa 2003) konkluderer med noe lignende;

Sjuepleierne har utformet en faglig profil og identitet der ønsket om å ivareta menneskelige verdier innenfor rammen av instrumentelt orienterte organisasjoner står sentralt, og deres identitetsutforming bærer preg av å være en motstandsstrategi (2003:211).

På bakgrunn av denne analysen har jeg presentert to kulturelle modeller for handling på avdelingen. På det mest abstrakte nivå er rasjonaliseringen og omsorgsparadigmet motstridende praksiser. Derfor oppleves krysninger mellom disse to modellene som "double binds" hvor aktørene må kombinere disse modellene på best mulig måte. For eksempel må vakthavende jordmor ta vanskelige beslutninger om hun skal legge inn pasienter eller om hun skal sende dem til en annen avdeling eller et annet sykehus. Det hender at vakthavende tar inn pasienter på avdelingen selv om dette går ut over tiden jordmødrene og barnepleierne skal bruke på hver enkelt fødende. Pasienter som kommer til avdelingen og som er kommet langt i riene, vil gjøre at vakthavende ikke ser noen annen mulighet enn å legge dem inn. En stor pasientstrøm er vanskelig å takle med en begrenset kapasitet. Dette fører til at de ansatte får mindre tid til hver pasient og omsorgsarbeidet til de ansatte blir i større og større grad marginalisert. Derfor er det også et maktperspektiv som ligger til grunn for jordmødrenes og barnepleiernes noe ambivalente jobbpraksis.

## **Kap 5 - Sykehuset - mellom forskrift og realitet**

Du har rett til å velge hvilket sykehus i Norge du ønsker å bli behandlet ved. Fritt Sykehusvalg Norge skal gjøre det mulig å velge på et informert grunnlag (Helse- og omsorgsdepartementets nettsider 2006).

Pasient: ”Jeg må ikke føde på Ullevål, men jeg vil gjerne vite på forhånd hvor jeg skal føde.”

Det jeg skal fokusere på i dette kapitlet, er hvordan det systematisk oppstår et misforhold mellom forskriftene og realiteten på sykehuset. Pasientene blir lovet noe annet enn det de får. Og det er de ansatte ved førstelinjen, de som har ansvaret for å gi en helhetlig omsorg, som får oppgaven i å takle en sosialpolitikk som generer systemteoretiske patologier (se side 63-68). Dette kapitlet er ment for å gi et innblikk i hvilke ulike prosesser som fordrer og motiverer jordmødrene og barnepleierne til å handle etter rasjonaliseringsmodellen.

### ***Sentralisering av fødetilbudet***

Det er onsdag formiddag og det har nettopp kommet inn et par i gangen på avdelingen. Det er ingen inne på vaktrommet da vakthavende jordmor står inne på fødeavdelingen og prater med en annen jordmor. Moren står og holder seg rundt den store magen mens far titter gjennom glassveggen som skiller gangen og vaktrommet. Jordmoren går inn på vaktrommet og drar til side glassluken for å snakke med paret. Faren gir henne pasientjournalen og de blir stående og prate en stund. Jordmoren lukker så vinduet og forsvinner inn på fødeavdelingen, mens paret står ute i gangen og venter. Etterpå kommer hun ut fra fødeavdelingen og sier at de kan komme inn. Moren går med breibeint stilling og får ekstra støtte fra far mens jordmoren viser dem inn på ett av mottakene. Etter en stund kommer jordmoren inn på vaktrommet igjen med alle papirene til pasienten, hvor hun setter seg ned og begynner å registrere data og informasjon om den nyankommede pasienten. Etterpå reiser hun seg og begynner å skrive på tavla som viser oversikten over pasientene på avdelingen. Hun skriver navnet på pasienten, hvilket rom hun ligger på og hvor langt hun er kommet i fødeprosessen. Mens hun skriver sier hun; ”Ja, nå er det fullt på alle rom, ringer det noen nå, må vi begynne å avvise pasienter”. Ikke lang tid etter ringer det i telefonen. Det er en pasient som har fått plass på sykehuset og hun sitter i andre enden av røret med fem minutters mellomrom mellom riene. Jordmoren forklarer at det er fullt på avdelingen og at hun må ringe tilbake for undersøke om det kan bli ledig plass i nærmeste framtid. Hun legger på og ser på oversikten før hun løper ut i korridoren og inn på

en av fødestuene. Hun kommer tilbake og ringer til den andre fødeavdelingen. De kunne heller ikke ta pasienten, så jordmoren ringer til et annet sykehus og bestiller plass der, før hun igjen ringer pasienten og forteller henne hva som kommer til å skje videre.

Etter nedleggelsen av fødeavdelingen ved Aker i 2004, har Ullevål Sykehus overtatt store deler av pasientstrømmen som tidligere sognet til Aker. Allerede i 1998 ble halvparten av kapasiteten på fødeavdelingen ved Aker halvert og i 2004 ble altså hele virksomheten lagt ned. Fødetilbudet i hovedstadsområdet skulle sentraliseres og tiltakene ble utført etter et vedtak fattet av Helse Øst (RHF), med et mål om å effektivisere og spare penger. Argumentasjonen for nedleggelsen av Aker begrunnes ut av en nedgang av antall fødsler i Norge på et *nasjonalt nivå*. Derfor er det til tider lite samsvar mellom avdelingens kapasitet og antall pasienter som kommer for å føde på Ullevål.

Fødeavdelingene på Ullevål skal ha en kapasitet på cirka 6000 fødsler i året, men det er over 8000 mennesker som søker plass der. Driftsstatistikken ved Ullevål sykehus viser at antall pasienter som har født ved avdelingene der har steget de siste fire årene:

Driftsstatistikken på fødeavdelingene Føde A, Føde B og ABC (Alternative Birth Care) ved Ullevål Universitetssykehus viser at pasientstrømmen har økt betydelig de siste årene:

**Fig.1.2**

Årstall	2002	2003	2004	2005
Antall pasienter	5492	5708	6297	6457

**Kilde: Ullevål Universitetssykehus og Aftenposten**

I tillegg fikk rundt 2000 pasienter avslag på å få føde på en av de 10 fødestuene på Ullevål i 2005. Noen av de ansatte, spesielt de som hadde blitt flyttet over fra Aker til Ullevål var sterkt engasjert i denne saken:

Jordmor I: ”Det ble gjort mye fra jordmødrene og organisasjonene sin side for å få stoppet nedleggelsen. ”Aker sykehus´ venner” drev mye lobbyvirksomhet og det ble skrevet mange innlegg og artikler. Vi leverte tall som sa at fødselstallet kom til å stige i Oslo, men er det noen som hører på oss da? Det går da ikke an å ha en nasjonal mal på dette her, fordi i Oslo så er det blant annet mange innvandrerkvinner som føder flere barn enn nordmenn. Jeg håper de fødende lager et skikkelig rabalder i forbindelse med dette her, fordi det er jo dem dette går utover. Det er ikke noe moro å bli sendt til andre sykehus når man er i ferd med å

føde. En gang måtte vi sende en kvinne som var i fødsel helt til sykehuset i Fredrikstad, og det er ikke spesielt gøy når man står der og egentlig er klar for fødsel.”

En annen jordmor innvendte med at det skulle blir bedre tider;

Jordmor II: ”Jo, men det er nesten som at de glemmer alt sammen når de kommer hjem med de nye ungene deres, for da har de så mye å stri med allikevel. De har jo ikke tid til å følge opp slike saker da. Men nå holder de jo på å bygge en ny fødeavdeling på A-hus og da vil det bli flere fødeplasser i Oslo.”

Jordmor I: ”Jo men det er jo mange år til den blir ferdig. Hvordan skal de kunne løse den krisen vi er i nå? Og uansett er det mye lengre å dra dit for dem som tidligere sognet til Aker.”

Jordmor II: ”Det er visst en ørliten sjanse for at Aker gjenåpnes da, hvis det fortsetter slik som det er nå.”

Jordmor I: ”hm... ja den er ørliten den, ja.”

I dette eksempelet ser vi at jordmoren håper på at en slags forbrukermakt skal kunne gjøre noe med de strukturelle forholdene ved fødesituasjonen i hovedstadsområdet. Eriksen (1999) påpeker at det har blitt mer vanlig å omtale forholdet mellom det offentlige og innbyggerne som en kunderelasjon, inspirert av krav som gjelder for virksomheter i det private næringsliv (1999:199). Rousseau kaller denne makten for *la volonté générale* – allmennviljen, det vil si uttrykk for samfunnsmedlemmers felles interesser (ibid:186). Den andre jordmoren mente at dette var lite sannsynlig siden nybakte mødre hadde for mye å tenke på enn å gjøre opprør mot for få fødeplasser i Osloregionen. Denne saken har engasjert ”mannen i gata” og internettsider har blitt opprettet med diskusjonsforum og underskriftskampanjer. I et tv-sendt program våren 2006 (”Frokost tv” på NRK Ons.5/4-2006) ble problemstillingen omkring kapasiteten på Ullevål Universitetssykehus og loven om fritt sykehusvalg diskutert. I programmet kom det fram at en av hovedgrunnene til at dette problemet måtte løses raskt, var at sykehuset hadde fått så mange klager fra pasienter som i siste liten hadde blitt avvist fra fødeavdelingene. Helse øst på sin side mener kapasiteten i Oslo er bra nok, men at det må gjøres noe med informasjonen som skal ut til pasientene og fordelingen av pasientene på de ulike institusjonene. I forbindelse med en avisartikkel i dagspressen skrev en journalist om hvordan sykehuset skulle begynne å sette grenser. Sykehusdirektøren ville trosse loven om fritt sykehusvalg

ved å gi pasienter avslag på fødeplass seks måneder før fødsel når det ikke er kapasitet på sykehuset. Sykehusdirektøren går dermed i mot norsk lovgivning gjennom å avvise pasienter på grunn av kapasitetsproblemer. Med artikkelen i hånda dro jeg tilbake til avdelingen for å høre hva de ansatte sa om dette;

Antropolog: ”Jeg har sett at direktøren har begynt å si nei til fødende kvinner?”

Barnepleier: ”Ja det er bra. Hun var jo her nede og snakket med avdelingsjordmor vet du. De satt sammen her og snakket om dette og hvordan de skulle gjøre det.”

Jordmor: ”Jo det er fint at det blir ordning på pasientstrømmen, men det blir ikke noen endring før til sommeren da, fordi folk har jo booket plass fram til da. Så vi kan nok se fram til enda en meget hektisk vår.”

Jordmor: ”Ja, og våren er jo den delen av året hvor det generelt er mest pågang.”

Nedenfor skal jeg beskrive litt hvordan hverdagen kan utarte seg på fødeavdelingen.

Den fysiske strukturen ved fødeavdelingen er den samme, med det samme antall fødestuer som før Aker ble lagt ned. Bortsett fra overtakelsen av ABC-avdelingen. Når det gjelder bemanningen har kapasiteten økt med én ansatt i forbindelse med omstruktureringen. Ofte opplevde jeg under mitt feltarbeid at den viktigste oppgaven vakthavende jordmor hadde, var å finne eksterne fødeplasser til fødeklare kvinner fordi det ofte var fullt på avdelingen. På grunn av den dårlige kapasiteten fører dette til at løftet om fritt sykehusvalg, som både Helse Øst og sykehuset reklamerer for til tider blir urealistisk. Fødeavdelingen karakteriseres som akuttavdeling og derfor kan det argumenteres for at den ikke skulle gå under fritt sykehusvalg. Men man har rett til i følge lovforskriftene å velge sykehus som fødende. Dette tilbudet er ofte urealistisk, og pasienter blir ofte henvist til andre sykehus like før mor skal føde. Dette er stressende både for pasientene og de ansatte. Vakthavende jordmor på fødeavdelingen sitter for det meste inne på vaktrommet og har det overordnede ansvaret for driften. Hun skal ha oversikt over hvem som gjør hva på avdelingen av de ansatte. Hun må ta imot telefoner og registrere nyankommede pasienter og samtidig ha kontroll på pasientoversikten, det vil si at tavla hvor oversikten over hvor (på hvilken stue eller hvilket mottak) de enkelte pasientene ligger, og i hvilket stadium de er i forhold til fødselen sin til enhver tid er oppdatert. Denne tavla virker som informasjonskilde for leger, jordmødre, barnepleiere og andre ressurspersoner som skal komme inn å bidra med assistanse på de ulike fødestuene. Når det er travelt og det er mange innkommende telefoner og stor pågang av pasienter, blir vakthavendes oppgave primært å finne ledige plasser til pasientene. Hun må vurdere hver enkelt pasient om hun er kommet langt nok i riene, om hun må vente eller om hun må legges inn med en gang. Ofte må hun ringe til andre sykehus og andre avdelinger når pasienter ringer hjemmefra og lurere på om de nå

kan komme opp til sykehuset for å føde. Vakhavende var lettet hvis hun fikk ”kabalen til å gå opp i dag også”. Et scenario (som på ingen måte er et ekstraordinært eksempel) fra en kveldsvakt kan eksemplifisere dette.

## **En kveldsvakt på fødeavdelingen**

Jeg sitter inne på vaktrommet sammen med vakhavende jordmor. Hun sitter i telefonen og prater med en pasient som sitter i den andre enden med pågående rier. Hun forteller pasienten at det er fullt på avdelingen men hun skal høre med andre avdelinger og sykehus om de kan ta imot henne. På tavlen ved den ene inngangen er det oppført fødsler på alle fødestuer og ett av mottakene. Mottakene skal i utgangspunktet ikke brukes til fødsler fordi det er mangel på medisinsk utstyr der. På omrisset av den ene fødestuen er det merket en P med en ring rundt, som betyr at moren har født. Ved siden av meg på vaktrommet sitter en annen jordmor og ”gjesser”. ”Å gjesse” er et begrep de ansatte bruker for å registrere pasientdata i dataprogrammet ”Gjessing Consulting”, som i skrivende stund benyttes av sykehuset. På pultene som står ved siden av vakhavende jordmor ligger det flere pasientjournaler. Innimellom haster det noen jordmødre innom hvor de skriver ned informasjon i journalen før de går tilbake til fødestuene. Andre stopper opp titter på monitorene som overvåker hjertelyden til dem som ligger inne. Ute i gangen, på den andre siden av vinduet, står det en mor og venter på at vakhavende jordmor skal bli ferdig i telefonen. Etter jordmoren har lagt på, går hun ut til pasienten og begynner å prate med henne. Like etterpå kommer en barnepleier løpende inn på vaktrommet. Hun tar tak i armen på vakhavende jordmor og sier til pasienten; ”denne damen har dessverre ikke tid til å prate med deg akkurat nå”! Jordmoren unnskylder seg og deretter forsvinner de ut av vaktrommet og inn på en av fødestuene. Imens blir jeg sittende alene inne på vaktrommet og høre på den metalliske lyden som kommer ut av lystavlen med oversikt over hvilke rom som trenger hjelp. Telefonen begynner å ringe også før den slutter etter en liten stund. Da vakhavende jordmor kommer tilbake spør jeg hva det var barnepleieren ville snakke med henne om. ”Det gjaldt en rift som jeg tror vi må få en lege til å komme og se på”, sier hun før hun går bort til intern-telefonen og ringer til en lege. Alle legene var opptatt og det skulle ta en halvtime før en lege kunne dukke opp på vaktrommet. Imens ligger pasienten inne på fødestua og venter på hva som skal skje med henne videre. Like etterpå dukker det opp en pasient fra ABC-avdelingen. ABC-avdelingen er situert på pasienthotellet og benytter ikke kunstig bedøvelse og har derfor strenge regler for fødsel og det skal ikke være noen form for komplikasjoner hos moren når hun skal føde der. Hvis det forekommer noen komplikasjoner, eller hvis smertene blir for mye for pasienten, flyttes hun opp til en av de andre fødeavdelingene. Pasienten klagde over store smerter og ønsket derfor medisinsk smertelindring. Jordmoren fikk flyttet henne inn på ett av mottakene og samtidig bestilt vasking av

den fødestuen som snart ble ledig. Like etterpå kom det et par fra poliklinisk avdeling hvor pasienten hadde preeklamsi<sup>8</sup>. Hun hadde fått beskjed av de som jobbet på poliklinisk avdeling om å komme opp hit men vakthavende jordmor sa til henne at det var fullt her. Hun ringer så til den andre fødeavdelingen og de kunne heldigvis ta henne. Hun går ut av vaktrommet og ut i gangen for å forklare pasienten veien dit. Da hun kom inn igjen viste hun ”tommelen opp” til meg. Etter en liten stund dukker det opp enda et par ute i gangen. Jordmoren går ut og hilser høflig, presenterer seg og ønsker dem velkommen til sykehuset og avdelingen slik hun alltid gjør. De ønsker å legges inn men det er fullt forklarer jordmoren og hun ber dem vente ute i gangen. Hun springer inn på barselavdelingen og henter en stol slik at mor kan sitte på den mens hun venter. Moren takker høflig og setter seg ned mens far står ved siden av med hånda hvilende på skulderen hennes. Idet jordmoren kommer inn på vaktrommet igjen, sier hun;

Jordmor: ”Hun er ikke kommet langt nok i riene. Men så sier hun at hun har så store smerter også har hun epilepsi. Det er umulig å sende hjem pasientene da. Man har jo et ansvar overfor dem i tilfelle noe skulle skje. Men jeg mener det kan bli lenge til hun føder enda, og da vil hun bare ta opp plass. Men hun må bare vente ute i gangen så får vi se om det ene mottaket blir ledig snart, slik at vi får lagt henne inn der for å kunne se an situasjonen litt.”

Det kommende foreldrepåret blir værende igjen ute i gangen foran glassveggene til vaktrommet. Moren sitter på stolen hun har fått av jordmoren og faren står ved siden av og venter tålmodig. Akkurat da ringer telefonen igjen. Pasienten som befinner seg i den andre enden av røret snakker ikke norsk og veldig dårlig engelsk. Hun er gått så vidt over 30 uker i svangerskapet og sier hun har vondt i magen. Jordmoren forsøker å forstå hvor lenge det går mellom riene til pasienten for å kunne gi et estimert anslag for hvor langt hun var kommet i prosessen og hun snakker både engelsk og norsk men moren forstår ikke. Hun spør om å få snakke med far men hun kommer ikke noe lenger med det heller. Samtalen tar lang tid men til slutt bryter jordmoren opp og sier at de må komme opp til sykehuset slik at de får tatt en gynekologisk undersøkelse av henne. De ble enige om at pasienten skulle komme til sykehuset senere den kvelden. Det ene mottaket blir etter hvert ledig og paret som venter ute i gangen blir eskortert inn av jordmor, før hun kommer inn på vaktrommet igjen og setter seg ned. Jeg spør om det er hektisk arbeid;

Antropolog: ”Det er mye å gjøre i kveld?”

Jordmor: ”Ja det er forferdelig når det står på sånn som nå. Det blir veldig hektisk når det er slik pågang av pasienter, jeg blir jo helt svimmel av dette”, sier hun og smiler. ”Ullevål har

---

<sup>8</sup> Preeklamsi = svangerskapsforgiftning

ikke kapasitet til å ta imot alle disse pasientene men det blir jo slik da, når man skal sentralisere fødetilbudet”, sier hun med en litt mer alvorlig tone.

## Rasjonalisering og problemet med å sette grenser

Helsetilsynet i Oslo og Akershus utførte en tilsynsrapport fra fødeavdelingen på Ullevål Universitetssykehus 8. og 9. juni 2004. Der står det blant annet:

Helsetilsynet i Oslo og Akershus fant også grunn til å gi en merknad. Det ble konstatert at det i lange perioder er et hardt press på avdelingens ressurser og kompetanse. Tilsynet kunne imidlertid ikke påvise brudd på kravet til forsvarlighet som følge av dette (Tilsynsrapport Helsetilsynet).

Enkelte pasienter vil nok være uenige når det gjelder forsvarlighet:

Far og mann, Oslo: ”Kona mi vart avvist ved Ullevål i sept 2005 med 3 min. mellom riene! I tillegg var informasjonen me fekk når det stod på elendig frå dei tilsette me prata med på telefon! (rier frå torsdag og fødsel mandag) Enda opp på Ahus, der me vart tatt godt i mot. I etterkant trengte kona mi psykolog for å få lagt frustrasjonen over Ullevål bak seg. Dette er uverdigg og må ryddast opp i!<sup>9</sup> ”

En jordmor fortalte også at forholdene på avdelingen til tider er uholdbare, og hvor hun nesten følte ubehag ved å skulle administrere virksomheten ved en kveldsvakt:

Jordmor: ”Det er ikke holdbart hvordan det noen ganger er her på avdelingen. Noen ganger er det kaos her med pasienter strømmende inn overalt, også har de satt meg til å hankes med dette kaoset da. Jeg vet ikke akkurat om jeg er den rette til å få orden på dette, men man får nå bare prøve å gjøre det beste ut av det og gjøre så godt man kan.”

Bemanning er også et helsepolitisk problem som de ansatte ved førstelinjen møter. For lite bemanning er noe alle mine informanter problematiserte. Spesielt var det slik i helgene da den var generelt mindre enn på hverdagene. De mente at dette hindret dem i å gjøre jobben sin, nemlig det å

---

<sup>9</sup> Det går an å stille spørsmål ved hvor mange minutter det går mellom riene. Riene er ofte uregelmessige. Men jeg har altså bare kopiert det denne mannen skrev.



ha tid til å ta seg av pasientene. En avdelingsjordmor fortalte følgende beretning på spørsmål om hvordan de så på bemanningen på avdelingen<sup>10</sup>:

Avdelingsjordmor: ”Det er ikke holdbart. Det er tjue rom på avdelingen, og vi er tre på vakt. Som regel en jordmor og to barnepleiere. På kvelden og natta er vi ofte bare to på vakt. Det er alt for lite! Det er da ingen forskjell på om det er dag eller natt her.”

Inne på pauserommet for pasientene på barselavdelingen satt det noen nybakte foreldre. Moren satt og holdt en pumpe inntil brystet sitt som var koblet til en maskin som stod på gulvet ved siden av dem. Moren gråt og var lei seg. Faren sitter og holder rundt moren mens han prøver å trøste henne så godt han kan. Ved siden av far ligger det nyfødte barnet i plasttrallen sin og sover. Bildet av dem slik det fremstår foran meg er umåtelig trist og det får meg til å innse hvor sårbare mennesker kan være i slike situasjoner. Idet en jordmor kommer inn i rommet reiser faren seg opp og begynner å kjefte på jordmoren:

Faren: ”Kona mi har ikke fått den informasjonen hun trenger i forbindelse med problemene som hun har hatt med ammingen. Hun har nesten ikke fått kontakt med noen og det har hele tiden vært nye mennesker å forholde seg til og de nye som har kommet på vakt har ikke fått beskjed om situasjonen hennes. De har jo ikke peiling på hva det er som skjer med henne. Vi ønsker egentlig bare å dra hjem nå, eller å komme på hotellet i hvert fall.”

Jordmor: ”Beklager, jeg vet ikke hva som har skjedd her. Vi gjør det vi kan for at pasientene skal ha det bra her på avdelingen. Det er dessverre for tidlig for dere å dra hjem enda. Dere kan ikke dra før vi vet helt sikkert at det går bra med moren og barnet. Jeg beklager at dere har opplevd oppholdet slik, men det er ikke noe jeg kan gjøre med her og nå.”

Faren ble litt roligere og sa at kritikken ikke var ment til henne personlig, men til avdelingen generelt. Jordmoren sa hun forstod dette, beklaget igjen og forlot rommet

---

<sup>10</sup> Avdelingsjordmoren jobbet ved det som kalles for ”pasienthotellet”. Det er et hotell som er ment for pasienter og pårørende som kommer hit etter endt behandling. Her får barselkvinner muligheten til å være alene sammen med far og barn under barselperioden. Far må betale en viss sum for oppholdet, mens mor og barn overnatter gratis.

En annen far hadde opplevd det med fødsel i en mer positiv retning:

Far: ”Vi har fått utrolig bra behandling her. De har gitt oss alt vi trenger hele tiden. Og noe som var veldig bra, noe som jeg ikke hadde forventet i det hele tatt, var hvordan de kom og ga oss informasjon om ting som jeg ikke engang hadde tenkt over. Det var utrolig bra. Nei, vi føler at de har virkelig tatt seg av oss.”

En barnepleier mente det var forskjellig behov på avdelingene når det gjaldt bemanning:

Barnepleier: ”Bemanningen her på barselavdelingen er stort sett grei, den. Det er over på fødeavdelingen vi trenger flere til å jobbe og spesielt i helgene, da mangler det ofte folk.”

Den massive strømmen av pasienter som til tider ankommer fødeavdelingen, gjør at de ansatte føler det slik at de ikke får gjort den jobben de skal. Istedenfor å være tilstede og hjelpe de fødende hele tiden under fødselen, må de løpe rundt til de forskjellige fødestuene ettersom hvilken pasient som trenger mest hjelp. Det er spesielt i helgene de ansatte synes det er vanskelig, for da er de mindre bemannet enn på ukedagene.

En barnepleier fortalte følgende om en travel kveld på fødeavdelingen;

Barnepleier: ”Noen ganger er det veldig fullt på føden. En kveld hadde vi ni fødsler på fem stuer og vi var fem ansatte på jobb. Vi gjorde unna tre fødsler på rundt ett kvarter. Du kan tenke deg selv hvordan vi løp rundt mellom rommene. Men det er jo klart at det ikke bør være slik.”

En annen barnepleier beskrev kapasiteten på fødeavdelingen slik:

Barnepleier: ”Det kommer flere og flere pasienter, og dette begynner å ligne mer og mer på en fødefabrikk. Det er jo det det er. Mødrene her får jo bare kortere og kortere tid til å føde.”

Pasientstrømmen er noe skiftende i og med at avdelingen er en akuttinstitusjon. Som pasient får man rom på en bestemt avdeling etter antatt termin dato, men siden denne er så usikker oppstår det ofte stor pågang. Det er da de ansatte føler de har for lav bemanning og at de ikke får gjort jobben sin skikkelig. De sier de ønsker å bruke mer tid til hver pasient og ikke ”fly mellom rommene” og kun være til stede når noe prekært oppstår og pasienter ringer i alarmen. Som et resultat av de kortvarige relasjonene med pasienten faller den kvalitative tidslange relasjonen til pasienten bort og

motivasjonen hos de ansatte konsentreres rundt det å få sendt pasienten videre i systemet. Dermed oppstår også faren for at man mister det viktige omsorgsaspektet ved jordmødrenes og barnepleiernes arbeid, hvor man trenger tid til å opparbeide seg t og fortrolighet i forhold til pasienten. Flere av de ansatte ønsket at blant annet vakthavende måtte sette strengere grenser overfor pasientene:

Barnepleier: ”Vakthavende jordmor må bli flinkere til å si nei til pasientene i telefonen. Men hvis pasientene møter selv opp her på fødeavdelingen, har vi egentlig ikke lov til å sende pasientene hjem igjen. Noen av oss spekulerer i om noen pasienter vet dette og at de bestemmer seg for å komme uanmeldt, for da blir det vanskeligere for oss å si nei til dem.”

De ansatte blir gjennom den økende pasientstrømmen tvunget til å jobbe mot et mål som i utgangspunktet ikke er forenelig med en viktig del av jobben deres, nemlig å drive omsorgsarbeid. Det er med andre ord kontradiktoriske målsettinger for virksomheten deres, og denne forskjellen kommer til uttrykk gjennom representasjonen av arbeidet og selve utførelsen av arbeidet. Dette kan se ut som å være et problem knyttet til det å sette *grenser*. Disse grensene må i praksis settes av de ansatte ved avdelingen. Men å sette disse grensene medfører også en god del misfornøyde pasienter. Det er nettopp dette som gjør det vanskelig for de ansatte å sette grenser for deres egen virksomhet. Daglig utspiller det seg hendelser på avdelingen hvor de ansatte ved førstelinjen må foreta vanskelige valg som setter pasientene i usikre og ubehagelige situasjoner. Det er ingen som ønsker disse situasjonene skal oppstå, men det skjer altså veldig ofte. Dette fører til at det oppstår moralske dilemmaer (“double binds”) hos de ansatte og at både pasienter og ansatte utvikler strategier for å tilpasse seg en til tider presset situasjon. Enten ved at pasientene for eksempel føder på mottak hvor det ikke er tilstrekkelig med medisinsk utstyr, eller gjennom å legge pasienter i korridoren når det er fullt på pasientrommene. På fødeavdelingene ved Ullevål ble det avvist 2000 pasienter i løpet av 2005. Spørsmålet blir da om vi får et misforhold mellom politiske mål og den virkeligheten som til daglig utspiller seg på avdelingene. Med denne utviklingen kan vi se at det omsorgsorienterte paradigmet i jordmødrenes og barnepleiernes arbeidspraksis trues av institusjonens manglende evne til å legge til rette for en slik omsorgspraksis. Når avdelingsjordmor opplever dilemmaer ved å si nei til pasienter som ringer eller oppsøker avdelingen, betyr dette at man må finne best mulige løsninger på situasjonen og rasjonalisering og effektivisering blir nødvendige tiltak.

Tobarnsmor, Oslo: ”Jeg fødte på Ullevål i 2002. Da det stod mennesker i gangen og ventet på å føde, ble jeg klippet opp og barnet sugd ut når jeg var 9 cm på vei. Jeg fikk ikke lov å bruke den tiden som min "normale fødsel" skulle ta fordi det var andre som trengte fødestuen. Helt ufattelig at sykehuset og jordmoren/legen kunne tillate seg en slik

behandling. Neste gang jeg skulle føde valgte jeg ABC-enheten. Jeg kom til himmelen! Jeg oppfordrer til en markert økning på ABC-enheten. Alle fødende fortjener å oppleve den profesjonalitet, omsorg og tid som jordmødrene viste her.”

**Mor, Oslo:** ”Fødte selv på Ullevål i desember -05, og det er kun en ting å si; Grusom opplevelse! De hadde rett og slett ikke tid til meg. Angrer på at jeg ikke valgte å føde på Bærum sykehus.”

Disse pasientene vektlegger omsorg og tid som en viktig faktor for å kunne få en positiv opplevelse ved fødsel.

## **Forholdet mellom forventninger og misnøye**

Vike (2004) forklarer denne problemstillingen med befolkningens nære relasjon til staten og forventningen om at staten skal garantere universell velferd. Statens kapasitetsproblemer underkommuniseres av de folkevalgte og man lover i stedet å yte mer. Vike observerer at staten virker uinteressert i å sette noen grenser på et overordnet nivå. Statens manglende evne til å sette disse grensene, kanalisere moralske dilemmaer til dem som jobber ved førstelinjen i velferdsstaten, fordi de har et moralsk ansvar overfor sine pasienter (Vike 2002,2004). Det er også et stort gap mellom forskrifter og realitet på sykehuset. Hva pasientene blir forskriftsmessig tilbudt, og hva pasienten forventer, står ofte i skarp kontrast til det sykehuset og avdelingene de facto har mulighet til å kunne tilby. Internett har blitt et velegnet fora for pasienter som har fått negative opplevelser og de skriver der om ulike erfaringer omkring fødsel; Her er noen eksempler fra pasientuttalelser som omhandler problemet med fritt sykehusvalg og kapasiteten i Osloregionen:

Tobarnsmor: ”Fikk selv fødeplass på Ullevål for mitt andre barn som kom i høst. Fikk ikke nyss i problemet før i sommer og da gjennom diverse andre mødre jeg kom i snakk med på lekeplasser i nærmiljøet. Jeg gruet meg en del i forkant, og da riene plutselig en morgen satt inn med veldig intensitet ringte jeg ganske raskt til føden, først med 4 minutter mellomrom. Jeg fikk beskjed om at det var fullt. Dessuten, sa hun, ville dette ta lang tid siden min første fødsel, to år i forveien, varte i 17 timer. Jeg kunne ringe senere, innen jeg var så langt var det sikkert plass igjen.

Etter en time og med tre minutter mellom riene fikk jeg samboeren min til å ringe og si at jeg godt kunne føde et annet sted, men nektet å reise til et annet sykehus før de på Ullevål hadde sjekket hvor langt jeg var kommet, vi bor nemlig rett ved Ullevål. Damen på

telefonen sa bare at hun hadde ordnet plass til oss på Bærum og adjøs. Reiste rett dit, og kom frem med full åpning, og etter en time var det hele over.

Alt gikk veldig greit, men jeg er virkelig forbannet på den dårlige situasjonen, mangel på informasjon og så grov nedprioritering av fødende, med tanke på hvor spesiell en fødselsopplevelse er og hvilken uunværlig ting det er for samfunnet.”

Mor, Oslo: ”Selv ble jeg også henvist til et annet sykehus når fødselen var i gang og det var tre minutter mellom riene. Meget uverdigg!”

Kvinne, Oslo: ”Helt uholdbart å ikke vite hvor man skal føde (i praksis). Trygghet er viktig for at fødselen skal ha lavest mulig risiko for barnet.”

Kvinne, Oslo: ”Tanken på å bli avvist ved Ullevål når jeg skal føde, skremmer meg. Det gjør hele fødselsopplevelsen utrygg og usikker.”

Under mitt feltarbeid kom dette med fritt sykehusvalg til syne ved at det i praksis ikke var noe fritt sykehusvalg på fødeavdelingen. Pasienter ble avvist og omdirigert til en annen fødeinstitusjon rett før fødselen skulle ta plass. Det er jordmødrene og barnepleierne som oftest møter konsekvensene av velferdsstatens ambisjoner og pasientenes *forventninger*.

## Overtid

En jordmor satte seg ned for å gjøre administrativt arbeid etter å ha jobbet en og en halv time overtid, Jeg spurte henne hvorfor hun fremdeles var på jobb, når hun egentlig var ferdig med vekten sin.

Jordmoren svarte: ”Det er for få på jobb og de tjener jo ingenting på det fordi folk blir slitne og det fører bare til mer sykefravær.”

Antropolog: ”Er det så travelt ofte?”

Jordmor: ”Ja, du ser nå bare her, sa hun mens hun pekte på en annen jordmor som kom springende gjennom vaktrommet for å lete etter noen andre. Hun fortsatte:

”Vi kan jo ikke bare gå i fra pasientene heller. Selv om jeg er ferdig på jobb så trenger dem jo meg. Det er jo mennesker vi har med å gjøre her. Vi har for dårlig tid til pasientene, og vi får ikke tid til å følge dem opp skikkelig. Det fører ingenting positivt med seg den bemanningen som vi har nå. Når vi er så få på jobb må vi jobbe raskere og vi stresser mer.

Dette fører til at flere tar ut sykemeldinger og blir borte fra jobben. Jeg skjønner ikke hvorfor det må være slik.”

Antropolog: ”Hvem er det som har ansvaret for bemanningen på avdelingen?”

Jordmor: ”Det er jo avdelingsjordmor det. Og hun har jo et budsjett å forholde seg til, jeg er jo klar over det. Men allikevel så mener jeg å huske at de på den andre fødeavdelingen har en ansatt mer enn oss, og de har akkurat det samme budsjettet de også. Så jeg lurer på hvorfor de har en ansatt mer enn oss? Nei det er ikke enkelt, men det er veldig synd at det skal være slik på Norges ledende fødeinstitusjon!”

Ett kvarter senere satt hun fremdeles og prentet inn data om pasienten; vanlig administrativt arbeid. Da sa vakthavende jordmor at hun kunne ta over og at den andre jordmoren måtte komme seg hjem. Jordmoren takket ja til tilbudet og hun forlot avdelingen.

Denne lille historien kan være med å bekrefte teorien om at velferdsstatens ”omsorgsreservoar” vedlikeholdes ved hjelp av disse kvinnenes moralske disposisjoner overfor pasientene, og at omsorgsarbeidets karakter gjør arbeidet vanskelig å avgrense. Flere av mine informanter sa at de til tider jobbet overtid, men at det ikke var veldig vanlig, men overtidssjopping kunne innebefatte både pasientarbeid og foreliggende papirarbeid.

Jordmor: ”Det hender jeg jobber overtid men det er ikke ofte.”

Antropolog: ”I hvilke omstendigheter er det du jobber overtid?”

Jordmor: ”Når det er fullt av folk”, sier hun leende da hun opplevde spørsmålet som litt selvsagt.

Antropolog: ”Hva er det arbeidet består i?”

Jordmor: ”Egentlig alt mulig, men som regel noe papirarbeid.”

En barnepleier var konsekvent imot overtidssarbeid:

Antropolog: ”Jobber du noen gang overtid?”

Barnepleier: ”Nei det gjør jeg aldri. Jeg går alltid hjem når vakta mi er ferdig.”

(Vike mfl. 2002) mener den kvinnelige førstelinjens relative avmakt kan karakteriseres ved hjelp av begrepene eksklusjon, underordning og invasjon (2002:144). Boka trekker her da på teorier av Douglas (1966) hvor kvinner kulturhistorisk blir definert som ”det farlige” og som er av en uren kategori. Kvinnene i førstelinjen blir ekskludert fra de arenaer hvor deres omsorgsansvar defineres

(2002:144). Vike mfl. (2002) skriver at velferdsstatens viktigste former for kapital er kvinnelig arbeidskraft. Vike (2004) er opptatt av å vise hvordan velferdsstatens utilstrekkelighet internaliseres i de førstelinjeansattes egen følelse av utilstrekkelighet. Dette gjør at for eksempel sykepleiere i realiteten bruker mindre tid på omsorg for pasientene, for å rekke over flere, eller at de jobber overtid. Med erfaring fra mitt eget feltarbeid var ikke overtidssjopping så veldig vanlig og ikke noe som preget arbeidsdagen til de ansatte selv om dette kunne forekomme. Men at jordmødrene og barnepleierne bruker mindre tid på omsorg enn hva de selv ønsker, kan min empiri bekrefte. I tillegg har jeg vist at organisasjonen ”tvinger” de ansatte til å internalisere en kulturell modell for handling; ”rasjonaliseringsmodellen”.

## ***Et komparativt blikk***

I dette del-kapitlet vil jeg bruke noe av den antropologiske litteraturen om peasant-bønder fra Argentina for å illustrere hvordan man kan tenke omkring økonomisk styring, sosiale relasjoner og rasjonalitet. Dette vil kunne belyse eventuelle misforhold i velferdsstatens førstelinje fra et sosialantropologisk perspektiv.

## **Peasant-økonomi vs kapitalisme**

Melhuus (1987) beskriver og analyserer kapitalformer og arbeidsrasjonalitet blant ”peasants” i Corrientes-provinsen i Argentina. Hun beskriver hvordan et markedsorientert økonomisk system vedlikeholdes og ”tjener på” å virke innenfor peasant-økonomien. Her ser vi hvordan de landløse tobakksdyrkerne både driver en subsistensøkonomisk virksomhet, kombinert med lønnsarbeid, definert av kapitalistiske markedsvingninger. På grunn av at familien og husstanden forsørges av peasantøkonomien som produksjonsmåte, kan det kapitalistiske systemet utnytte den andre lokale reproduksjonsmåten gjennom at husholdet setter flere hender i arbeid, hvis prisene i det kapitalistiske markedet faller. Melhuus argumenterer for at den kapitalistiske produksjonsmåten utnyttelse av dette systemet, kan vedvare fordi den lokale produksjonsmåten ikke kalkulerer med verdien av egen arbeidskraft, og at dette bestemmes av en spesiell type økonomisk rasjonalitet (Vike mfl.2002:221)<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Se James C. Scott (1985) ”Weapons of the weak: everyday forms of peasant resistance” for en diskusjon om økonomisk rasjonalitet og peasants. Scott mener at bøndene vet godt hvordan deres egen situasjon blir utnyttet, og mener at de hadde utøvd større motstand hvis de hadde hatt muligheten til det.

Det kapitalistiske reproduksjonssystemet kan sies å ”snylte” på den lokale arbeidsrasjonaliteten, for å kunne ivareta sin egen eksistens på best mulig måte. Denne analogien kan overføres til forholdet mellom omsorgsrasjonaliteten vi finner blant jordmødre og barnepleier og økonomiske og sosialpolitiske systemer i den moderne velferdsstaten. I denne oppgaven vil jeg argumentere for at de ansatte ved førstelinjen ikke anvender de økonomiske språkkategoriene DRG og ISF til daglig i arbeidssituasjonen sin, med andre ord fungerer ikke begrepene som motivasjon for handling. Derimot internaliserer de organisasjonens krav om rasjonalisering av pasientstrømmen og tilpasser sin egen virksomhet etter disse kravene fordi dette skaper ”orden” på avdelingen.

## ***Avdelingene***

Hva er fødsel og hva er barsel? Dette er et spørsmål som er viktig å stille seg når man skal se på hvordan pasientforløpet utarter seg på de forskjellige avdelingene. Jeg vil først si litt om hvordan pasientforløpet kan utarte seg for en pasient. Jeg vil beskrive noen ulike scenarioer som kan forekomme og hva som skjer med barn, mor og pårørende i denne prosessen. Fødeavdelingen er organisatorisk og fysisk plassert i avdeling for obstetikk som igjen ligger under kvinne-barn-divisjon. Ved inngangen til senteret møter man en resepsjon hvor man som pasient kan få informasjon om de forskjellige avdelingene ved senteret. Til venstre for resepsjonen står heisene som tar deg opp og ned til de forskjellige etasjene. Heisene er romslige slik at de kan få plass til pasienter som blir fraktet i senger mellom de ulike avdelingene. De fødeklare kvinnene kommer da som regel inn i gangen til fødeavdelingen via heisene. I yttergangen er det plassert to sittegrupper som er tiltenkt pasienter og pårørende. Det er også satt ut noen grønne planter for å skape en mer hyggelig stemning. Til høyre i dette rommet står det to ”akuttsenger”. For å komme inn i gangen mellom fødeavdelingen og barselavdelingen, må man gå gjennom enda en dør, hvor pasientene må henvende seg til vaktrommet som da befinner seg til venstre ved inngangen til fødeavdelingen. Vaktrommet er fysisk avgrenset med vegger og glassvinduer, slik at man kan se inn. Inne på vaktrommet sitter vakthavende jordmor som tar imot nyankommede pasienter. I tillegg kan det være leger, barnepleiere eller andre jordmødre der. Vakthavende jordmor må da vurdere pasienten om hun skal legges inn eller ikke. Hvis jordmor mener pasienten ikke har kommet langt nok i riene og hvis pasienten ikke har noen unaturlige smerter, blir hun som regel bedt om å reise hjem igjen og avvente til riene blir hyppigere. De ansatte ønsker ikke at pasienten ligger og tar opp plass, for hvis det kommer andre som er i en mer akutt situasjon prioriteres heller disse. Hvis pasienten er kommet langt nok i dette stadiet (når riene kommer med en viss hyppighet), blir hun eskortert inn på et mottak hvor hun får sjekket nærmere hvor langt hun er i prosessen. Det blir deretter foretatt diverse undersøkelser og pasienten får tilbud om ulike smertelindrende tiltak. Jordmoren gir for eksempel



også råd til pasienten om ulike stillinger som kan lette på smertene. Når det nærmer seg fødsel blir pasienten lagt inn på en fødestue hvor pasienten kan føde normalt. Vanligvis er det jordmødre og barnepleiere som assisterer ved fødselen men hvis noe uforutsett eller at noen form for komplikasjoner skulle oppstå, blir det tilkalt lege som da befinner seg et annet sted på senteret. Legene blir kun tilkalt til fødeavdelingen hvis det trengs ekstra assistanse. For eksempel ved katastrofeseccio, ved vakuumfødsel, ved spørsmål om ruptur<sup>12</sup> og så videre. Skulle det være nødvendig med keisersnitt blir mor fraktet til operasjonssalen som ligger noen etasjer over sammen med post-operasjon, dagkirurgi og oppvåkning. Denne operasjonen får ikke far delta på og far får ikke treffe mor før mor og barn kommer ned på barselavdelingen. Hvis det er en normal fødsel blir barnet lagt på mors bryst slik at mor og barn så fort som mulig får direkte fysisk kontakt. Etter en stund blir barnet tatt hånd om av en barnepleier som går til et annet rom for å veie og måle lengden på barnet. Far har lov til å være med og overvære dette. Hvis alt står bra til med mor og barn, skal de overflyttes til pasienthotellet hvor de kan få eget rom hvor også far kan være til stede og overnatte mot betaling. Mor og barn overnatter gratis. Pasienthotellet ligner et vanlig hotell, men det er jordmødre og barnepleiere ved hver etasje som hele tiden er tilgjengelig for pasientene som ligger der. I løpet av oppholdet på hotellet kommer det også en barnelege som gjør ulike fysiske undersøkelser av barnet. Det blir også foretatt blodprøver av barna før de forlater hotellet og reiser hjem. Pasienthotellet henger fysisk sammen med fødeavdelingen men det er ganske stor avstand mellom disse allikevel. Pasientene kan bare komme seg over til hotellet i følge med jordmor eller barnepleier som tar med all nødvendig informasjon om pasienten videre. Hvis mor eller barn trenger ekstra overvåkning og tilsyn, blir begge overflyttet til barselavdelingen som ligger på andre siden av gangen til fødeavdelingen. Barselavdeling og fødeavdeling er dermed situert veldig nært hverandre. Hvis det har blitt foretatt en operasjon av mor eller hvis det har vært andre komplikasjoner under fødsel, blir hun automatisk overført til barselavdelingen etter et opphold på post operasjon. Her får barn og mor tilsyn og hjelp med amming og andre praktiske spørsmål. Hver dag om morgenen blir det også foretatt en visitt som utføres av en lege som har det overordnede ansvaret for pasientene på avdelingen. Far kan ikke overnatte på barselavdelingen og han må forholde seg til fastsatte besøkstider på dagtid. På barselavdelingen ligger mødrene to på hvert rom hvor rommet er delt med et forheng. Her får mødrene ligge mest mulig i ro for å hvile. Hele tiden ringer det i en eller annen pasientalarm på barsel- og fødeavdelingen. Pasientalarmen gir en metallisk lyd fra seg inne på vaktrommet, korridoren og pauserommet. På et display på veggen står det et tall som blinker og dette indikerer hvilket rom pasienten som trenger assistanse ligger på.

---

<sup>12</sup> Katastrofeseccio = Akutt keisersnitt som bare leger har myndighet til å proklamere.

Vakuumfødsel = Fødsler hvor for eksempel mor ikke har sterke nok rier til å presse barnet ut selv ved vanlig vaginal fødsel. Et vakuumapparat blir da festet på barnets hode som legen kan anvende til å trekke barnet ut gjennom åpningen. Ruptur = Revninger i vev både i vagina, rektum og bakre vaginal vegg, og revninger i muskulatur som kan involvere anal/rektum slimhinne. Rupturer deles inn i ulike grader (1-4) hvor totalruptur er den mest alvorlige og krever operasjon.

Rommene blir tildelt de ansatte under vaktskiftet. Hvis ingen av dem er til stede på avdelingen på det tidspunktet må noen andre gå inn for dem. Barselavdelingen har også smittevern. Det vil si at det er satt av ett enerom for pasienter som har smittsomme sykdommer. Etter at pasienten er blitt frisk nok til å forlate barselavdelingen blir hun overført til pasienthotellet. Hvis barnet trenger ekstra behandling blir det flyttet over til barnesenteret som ligger i en annen bygning, og kvinnesenteret henger sammen med barnesenteret ved en overgangsbri mellom fødeavdelingen og barnesenteret. Men det hender også at leger kommer over på for eksempel barselavdelingen og utfører arbeid der. Er behandlingen omfattende må barnet behandles på barnesenteret mens mor ligger på barselavdelingen på kvinnesenteret. Mor har mulighet for å gå over til barnesenteret for å være sammen barnet sitt hvis hun er i stand til det.

## **Fødeavdelingen**

De som jobber på fødeavdelingen er hele tiden under konstant press for å kunne skaffe fødeplasser til den økende pasientstrømmen. De ønsker da naturligvis at pasientene som har født, kommer seg hurtigst mulig videre i systemet slik at det blir plass til flere fødende. Ofte opplever de som jobber ved fødeavdelingen at pasienter blir liggende og vente på barselplass på hotellet. Hvis det ikke er plass på barselavdelingen, tar de opp fødeplasser på fødeavdelingen som kunne vært brukt til nye fødende. Derfor hender det også at pasienter må ligge på gangen på barselavdelingen. Et vesentlig krav til pasientene som skal bli overflyttet til hotellet er at fødselen har forekommet uten noen komplikasjoner. Da står det i forskriftene at pasientene skal overflyttes til hotellet tre timer etter fødsel. Ofte tar det mye lengre tid før pasienten kan flyttes over og jordmødrene som jobber på fødeavdelingen, føler at reglene for overførsel til pasienthotellet er for strenge og at det generelt er en vanskelig prosess å få overført pasienter til pasienthotellet på en effektiv måte.

Jordmor: ”Det er problemer med å få flyttet pasientene til hotellet. Jeg har ventet fem timer nå på å få flyttet en pasient. Vi vet jo ofte at det er plass. Det har vært forsøkt med flere forskjellige måter å kommunisere med hotellet på, før ringte vi over men nå bruker vi faks. Så nå venter jeg bare på en bekreftelse men det tar veldig lang tid, det er frustrerende.”

De som jobber på fødeavdelingen opplever også at pasientene forventer å bli overført til pasienthotellet rett etter fødsel slik de har blitt lovet, for eksempel via nettsidene til sykehuset. Når det da allikevel er fullt og pasientene ikke får plass, blir de misfornøyde. Det er altså et misforhold mellom forskrift og realitet. Dette kan eksemplifiseres gjennom følgende eksempel da et notat ble hengt opp i vaktrommet på barselavdelingen:

”Vi må ikke love barselkvinnene hotellrom når vi søker! Vi må si at vi søker rom, men vet ikke om det er plass. De har ikke plass på hotellet før de har fått rom!”

Her ser vi at de på fødeavdelingen ønsker å få flyttet pasientene hurtigst mulig over til pasienthotellet i tider hvor det er stor pågang av pasienter.

En barnepleier mente at fedrene burde kunne skaffe hotellrom:

Barnepleier: ”Fedrene burde ha muligheten til å dra ned på hotellet med en direkte bestilling til hotellrommene. Det er veldig mange misfornøyde fedre.”

De som jobber på pasienthotellet derimot, ser denne prosessen litt annerledes.

## **Pasienthotellet**

De som jobber på pasienthotellet opplever dilemmaet fra en annen synsvinkel. De føler også pasientstrømmen som økende, men de mener at dette går utover barseltiden som de fødende har rett på. Mens de som jobber på fødeavdelingen, ønsker å mykne opp på reglene for overflytting til hotellet, ønsker de som jobber på hotellet å innskrenke reglene. De opplever ofte at det blir overført pasienter dit som heller burde ha vært på barselavdelingen på selve sykehuset, hvor pasienten blir nøyere overvåket av helsepersonell. De som jobber på hotellet mener også at det er en misoppfatning av hva barseltid innebærer. En jordmor fortalte følgende:

Jordmor: ”Kvinner i barsel blir sett på som friske, og ikke syke. De er ikke friske i den forstand. De trenger tid for å komme seg etter en fødsel. Det virker som om de (fødeavdelingen) bare vil flytte dem videre hit og få flest mulig pasienter over. Det er viktig å se på helheten ved en fødsel og at barseltiden tar lang tid. Jeg vet at det er stor pågang av pasienter på fødeavdelingen og at de har et stort press der, men det virker som at barseltiden ikke er tatt med i beregningen.”

Jordmødrene på hotellet føler at barseltiden blir undervurdert og ikke satt pris på som et viktig ledd i pasientens velvære. Barseltiden på Ullevål sykehus er per i dag på tre til fire dager. En avdelingsjordmor fortalte meg at barseltiden vurderes i skrivende stund om den skal innskrenkes til maks to dager for å kunne effektivisere pasientstrømmen. Siden det ofte hopper seg opp pasienter på

fødeavdelingen og barselavdelingen, har ledelsen nå foreslått å kompensere for denne pasientstrømmen ved å stramme inn på antall barseldøgn på hotellet. Men det som er viktig i forhold til analysen her, er hvordan de ulike aktørene opplever pasientforløpet i forhold til sin fysiske plassering i institusjonen. Det er også store motsetninger i hvordan de på pasienthotellet og de på fødeavdelingen mener er korrekte kriterier for at en pasient kan overføres til hotellet. De på hotellet føler at alt for mange pasienter med for store komplikasjoner blir automatisk overført til hotellet når de egentlig burde ha ligget på barselavdelingen for overvåkning:

Jordmor: ”Alt for ofte opplever vi at det kommer pasienter hit som egentlig ikke burde ha vært her. Det er visse kriterier for at pasienten kan komme hit på hotellet, og det er at det ikke er fare for at det oppstår noen komplikasjoner av noen måte. Her på hotellet har vi ikke bemanningen eller det nødvendige utstyret hvis noe skulle skje.”

De føler de må begrense denne strømmen av pasienter som de på fødeavdelingen ønsker å overføre. De på føde/barselavdelingen derimot, ønsker å myke opp i det de opplever som alt for strenge regler for overførsel til hotellet. På denne måten jobber de to avdelingene mot hverandre ved at de prøver å begrense antallet pasienter som kommer til de respektive avdelingene. Strengt tatt, blir pasienten i denne sammenhengen sett på noe som det er vanskelig å finne plass til. Noe man må gjøre av et sted fortest mulig slik at man kan få plass til flere nye pasienter. En ansatt på fødeavdelingen kommenterte følgende når pasienter ble liggende lenge på fødeavdelingen;

Jordmor: ”Fødeavdelingen er en akuttavdeling, det bør ikke ligge pasienter der så lenge etter de har født, de bør heller ligge på korridoren på barsel eller man må få sendt dem fortest mulig til hotellet.”

De ansatte var generelt negative til det å sette pasienter på gangen, men dette forekom da det var helt fullt på barselavdelingen.

Jordmor: ”Det er aldri noe gøy å måtte sette pasienter på gangen. De er jo slitne og ønsker bare ro rundt seg. Men vi har ikke noe valg da. Er det fullt så er det fullt. Vi må bare prøve å få dem inn på et rom straks det blir et ledig.”

De gangene jeg opplevde at det lå korridorpasienter på barselavdelingen merket jeg hvordan de ansatte prøvde å gjøre situasjonene så bekvem som mulig. De hentet forhengene som settes opp på hver sin kortside av senga og spør om pasienten vil ha noe å drikke og så videre, men man kan se

det på dem at de føler seg ille tilpass i situasjonen. Pasientene selv er som regel veldig høflige og smiler tappert.

I følgende eksempel ser vi hvordan kapasitetsproblemet kan få negative følger for både de ansatte og pasientene ved sykehuset:

En kvinne som hadde født lå på fødeavdelingen i tolv timer i kø for et hotellrom. Til slutt ble hun så oppgitt at hun valgte å ta "saken i egne hender". Hun gikk da selv over til hotellet for å bestille et hotellrom. Dette går naturligvis ikke da bestillingen må skje gjennom avdelingen hvor pasienten ligger. Jeg stod tilfeldigvis ute i gangen da hun kom bort til meg og spurte om veien til pasienthotellet. Jeg forklarte henne veien men jeg sa at hun bare måtte spørre en jordmor hvis det var noe spesielt. Da svarte hun: "Nei, de har det så travelt de", sa hun før hun snudde seg og gikk mot utgangen. I resepsjonen på hotellet ble hun vist tilbake til fødeavdelingen. Da hun kom opp på fødeavdelingen igjen, stod hun i gangen og gråt og kjeftet på de ansatte. Vaktstående jordmor gjorde det hun kunne for å trøste henne og sa til henne at hun skulle "bryte alle regler og dra over på hotellet selv for å se hva hun kunne få til". Inne på vaktrommet sa hun til meg:

Jordmor: "Vi kan ikke ha et slikt firkantet system her. Det går ikke an. Man skal ta disse kvinnene på alvor. De er i en sårbar situasjon og kan rett og slett bli psykotiske. Men jeg (jordmoren) sa til henne; du har truffet rett person", sa jeg. "Jeg var veldig i mot nedleggelsen av Aker. Jeg skrev brev og jeg gikk i tog! Jeg ba ikke om at vi skulle få disse forholdene her."

Etter at hun hadde hjulpet kvinnen kom hun tilbake til vaktrommet og sa;

Jordmor: "Kommunikasjonen mellom avdelingene er for dårlig; Hele systemet stopper opp. Det er veldig frustrerende at vi ikke får flyttet folk videre i systemet."

Jordmoren springer ut av vaktrommet og over til hotellet for å se om hun får ordnet et hotellrom til pasienten. Imens blir jeg sittende igjen på vaktrommet alene. De andre jordmødrene og barnepleierne er opptatt på de forskjellige stuene. Det begynner å ringe i telefonen og det er ingen som kan ta den. Jeg går ut i gangen og der er det kun en barnepleier som henter noen håndklær før hun går inn på en av stuene igjen. Telefonen slutter å ringe og jeg går inn på vaktrommet igjen mens jeg venter på at jordmoren skal komme tilbake.

Her ser vi hvordan organisasjonens interne rutiner krever en uformell fleksibilitet blant de ansatte. Og dessverre krever det noen ganger en uformell fleksibilitet blant pasientene også. Når de interne rutine og forskriftene ikke fungerer i praksis ser de ansatte seg nødt til å gjøre alternative tiltak for å ordne opp i situasjonen som har oppstått. Dette går igjen ut over det andre arbeidet hun må ta seg av. Dette eksempelet utelukker heller ikke at dårlig kommunikasjon eller mangel på gode nok rutiner mellom avdelingene var hovedårsaken til at kvinnen måtte vente så lenge på hotellrom. Etter jordmoren hadde gått over til hotellet selv dukket det opp et ledig rom i løpet av relativt kort tid. Vi kan foreløpig konkludere med at mange problemer som for eksempel; underbemanning, lite tid til pasientene, underkapasitet og rutinesamkjøring mellom avdelinger (mangel på ledige fødestuer og barselstuer), påvirker de ansatte i førstelinjen i form av at de motiveres til å gjøre jobben på grunnlag av et krav om effektivisering og ikke på grunnlag av et omsorgsrasjonalistisk paradigme som er et viktig ledd i utdanningen deres.

## ***Systemteoretiske implikasjoner II***

Mye av det jeg skriver i kapittel 4 og 5 bygger på tanker av Gregory Bateson (1972) og hans systemteori. Et kybernetisk system er en krets bestående av ulike elementer som ikke innehar en unilateral kontroll over systemet som et hele. Dermed er all atferd i systemet gjenstand for en feedbackprosess som fører til små eller store justeringer. Systemet vil alltid prøve å korrigere seg selv og oppnå homoestase. Først vil jeg si hva jeg mener med begrepet homoestase. Begrepet brukes i mange sammenhenger, men jeg henter inspirasjon fra Hsu (Xu)<sup>13</sup> (1985) som anvender begrepet psykososial homoestase. Psykososial homoestase er en ønsket sosial intimitet som eksisterer i alle kulturer, men denne intimiteten varierer krysskulturelt. Han forklarer hvordan forskjellige kulturer vektlegger ulike intimitetssfærer men at alle disse sfærene uttrykker ulike måter å oppnå den samme psykososiale homoestasen på (Xu 1984). En slik likevektstanke anvendes også i systemteori, bortsett fra at man her overfører begrepet homoestase til å gjelde likevekt mellom subsystemer i stedet for psykososialt velbehag.

Ved å se på forrige analyse kan vi sette opp følgende punkter som truer systemets homoestase:

---

<sup>13</sup> Hsu er navnet hans skrevet på det gamle oversettelsessystemet Wades-Giles. Siden man nå har gått bort fra dette systemet skriver jeg navnet hans ved bruk av det nyere Pin yin-systemet som brukes av kineserne selv. Begge disse systemene oversetter kinesiske tegn til bokstaver.

- A) Velferdsstatens ambisjonsnivå**
- B) En konstant økning av pasientstrømmer til fødeavdelingen<sup>14</sup>**
- C) Underkapasitet og underbemanning**
- D) Forventninger til behandling**

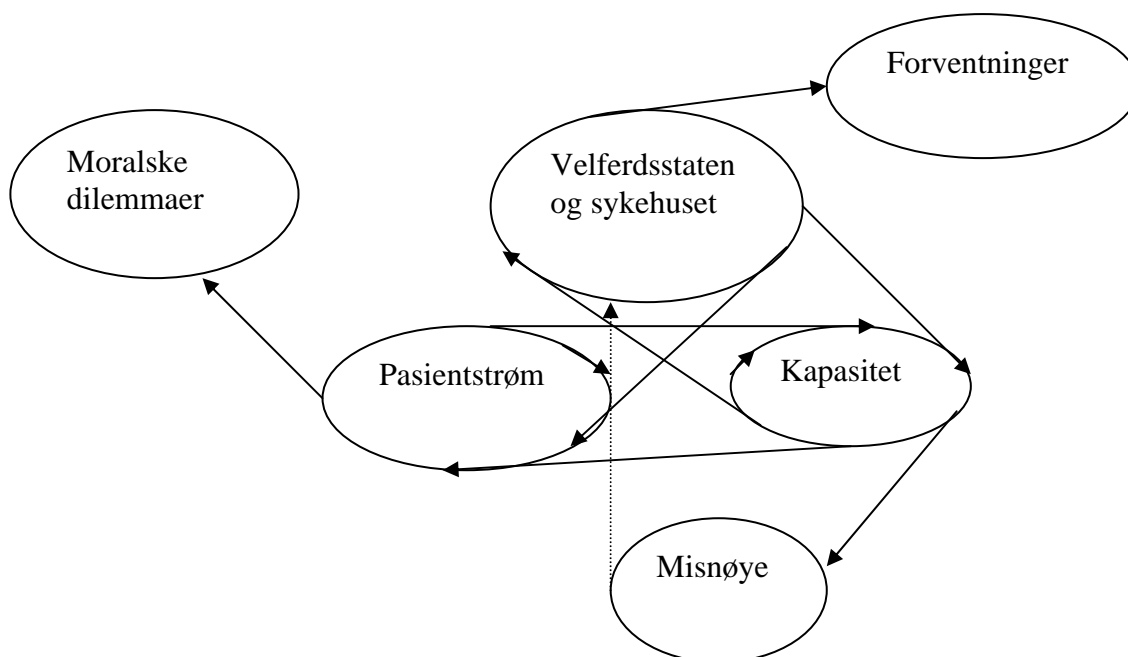
## **Oppsummering**

En fremstilling av punktene over kan oppsummeres slik: Styret i Helse Øst vedtok i sak nr.145/2002 at antall helseinstitusjoner i Helse Øst skulle reduseres, men mangfoldet i tilbudet skulle opprettholdes. De ansatte ved føde/barsel og pasienthotellet på Ullevål Sykehus opplever at pasientstrømmen øker mens den fysiske strukturen og kapasiteten er den samme, bortsett fra opprettelsen av en ABC avdeling som tidligere var på Aker sykehus og som tar cirka 350 pasienter i året. Velferdsstatens ambisiøse mål om universell velferd og sykehusets forskrifter er ikke koherent med de faktiske realitetene ved avdelingene. Velferdsstatens helsepolitikk har som mål å garantere universell velferd til befolkningen, forsterker denne forventningen til egen ytelsesevne istedenfor å sette grenser ved den. Sykehusets forskrifter bidrar til disse høye forventningene mens realitetene på avdelingene er at de ikke alltid har mulighet til å leve opp til dem. Sykehuset opererer med fritt sykehusvalg som i prinsippet betyr at sykehuset og avdelingen ikke har lov til å avvise pasienter som ønsker å legges inn der de selv vil på grunnlag av kapasitetsmangel. Hvis det for eksempel er fullt på en avdeling skal pasienten settes på venteliste. Dette kanaliserte både økte forventninger til behandlingen fra pasientens side og det kanaliserte moralske dilemmaer til de som jobber i førstelinjen i velferdsstaten, gjennom at de ikke makter å ta seg av alle pasientene. Dette fører til at de ansatte må jobbe mest mulig etter rasjonaliseringsmodellen og det fører igjen til misfornøyde pasienter. Alle disse komponentene henger nøye sammen og påvirker hverandre på ulike måter. Med denne oppsummeringen i bakhånd kan vi gi følgende skjematisk framstilling av problemet:

---

<sup>14</sup> Dette punktet kobler jeg blant annet opp til vedtaket i Helse Øst om å sentralisere fødeomsorgen i hovedstadsområdet og loven om fritt sykehusvalg.

Figur 1.3



*Dette skjemaet beskriver hvordan et system kan utvikle patologier. Pilene som går rundt hvert subsystem skal leses "med klokka" og de går rundt hvert enkelt subsystem som indikerer at de er selv-genererende. Men dette er ikke et komplett system fordi patologiene "moralske dilemmaer" (ansatte), "misnøye" (pasientene) og "forventninger" (pasientene) er ikke knyttet opp til en feedbackprosess tilbake til systemet. Man kan for eksempel tenke seg en pil gå fra "misnøye" (her representert av pasientene) gå opp tilbake til subsystemet "Velferdsstaten og sykehuset". Denne feedbackprosessen er til stede i virkeligheten og vil generere endringer i de andre subsystemene og i systemet som et hele. Dette er illustrert med stiplet pil. Skjemaet er kun ment som en illustrasjon på hvilke patologier systemet potensielt kan utvikle. Patologiene, som er representert ved egne subsystemer, virker altså på ulike måter inn på systemet som et hele selv om dette ikke er tatt med i denne framstillingen.*

Ved å se på skjemaet vårt ser vi at systemet utvikler tre patologier som karakteriserer systemet; *forventninger, misnøye og moralske dilemmaer*. Videre ser vi at pilene følger sirkelene i retning med klokka. Forventningene pasientene sitter med til den dagen de skal føde, er at de får føde der de har søkt og fått plass der de kanskje har vært til kontroll og ultralydundersøkelse. Men når de ringer den dagen de sitter med rier og er klar for å føde er sjansen stor for at de blir avvist. I de siste månedene av 2005 ble det i gjennomsnitt avvist to pasienter hvert døgn hvor de ble sendt til andre sykehus<sup>15</sup>. Dette skaper engstelige mødre og sinte fedre og pårørende, og det generer vanskelige moralske

<sup>15</sup> Informasjonen om gjennomsnittlig avvising av to pasienter i døgnet er hentet fra Aftenposten mandag 13. februar 2006.



dilemmaer for jordmødre som må tilpasse situasjonen på best mulig måte. Jeg vil påpeke at en slik framstilling risikerer sjansen for å gi et overdrevent negativt bilde av avdelingene som håpløse prosjekter. Det er de altså ikke. Veldig mange av pasientene er meget fornøyde med behandlingen de får på avdelingene og dette gjenspeiler seg i de uttalige gavene og all den takknemligheten de fødende og pårørende uttrykker når de skal skrives ut fra avdelingene. Hver dag står det friske blomster, konfekt og andre gaver inne på pauserommet til de ansatte som uttrykker takknemlighet fra pasientene. På veggene inne på fødeavdelingen og barselavdelingen henger det takkekort og hilsener fra glade og fornøyde foreldre som har født på Ullevål. Et systemteoretisk perspektiv som jeg anlegger her har som mål å kartlegge systemets rasjonalitet og potensialet for at systemet kan utvikle eventuelle patologier. Bateson (1972) er opptatt av at alle systemer har både en holistisk og en mental karakter (ibid:316). Derfor blir det viktig for meg å innlemme alle de komponentene jeg finner relevant for analysen og at disse komponentene virker inn på hverandre på en eller annen måte. Selv bruker han blant annet økologi for å forklare hvordan han tenker omkring systemteori, men teoretisk sett kan metoden hans brukes på andre sosiale områder. Han sier at de mentale karakteristikkene er immanente i systemet som et hele (ibid:316). Derfor må vi som antropologer strekke analysen og innlemme mekanismer større enn aktørene selv for å forstå hvorfor de på avdelingsnivå handler slik de gjør. Juridisk og etisk sett skal ikke pasienter kunne avvises på grunnlag av kapasitetsproblemer. Hvis så skjer skal de settes på venteliste. Helse Øst og sykehuset har ansvaret for at denne loven fungerer slik den skal i praksis. Fritt sykehusvalg er vanskelig å ivareta for pasienter som skal føde da disse er preget av å være i en akutt situasjon. I og med at fødsel er en akutt situasjon er den også uforutsigbar og derfor vanskelig å regulere via et lovverk som omfatter fritt sykehusvalg uten at dette går utover pasientene. Det pågår også diskusjoner for hvordan man skal tolke denne loven blant de ulike nivåene i helse- og sosialsektoren.

## **Opprettholdelsen av homoestasen**

Systemet vårt utvikler altså tre ulike patologier som mine informanter motarbeider for å kunne opprettholde balansen i systemet som et hele. Noen jobber overtid og de fleste finner provisoriske løsninger på kapasitetsproblemet. De tilpasser pasientstrømmen på best mulig måte slik at forholdene skal bli mest mulig levelige både for pasienter og ansatte. I følge Batesons teorier har altså de som jobber ved førstelinjen en egen ”mental karakter” hvor de gjennom sin egen praksis vedlikeholder det videre systemet som et hele. De prøver å minske bivirkningene som systemet skaper gjennom å finne daglige provisoriske løsninger i en prosess for å oppnå en sosial homoestase eller sosial kongruens som Laitin (1986) kaller det. Som jeg har nevnt tidligere har velferdsstaten som mål å garantere universell omsorg; den skal ivareta valgfrihet og retten til lik behandling. Dette

lar seg ikke alltid gjøre som jeg har vist ovenfor, og dette generer rasjonaliseringsmodellen som mine informanter internaliserer. Siden det "lønner" seg å effektivisere, internaliserer de ansatte en måte å jobbe på som tilfredsstillende denne praksisen, selv om det ikke nødvendigvis sammenfaller med en ønsket representasjon av hva arbeidet bør bestå i. Jordmødrene og barnepleierne gjør med andre ord kompromisser i sitt arbeid for å søke likevekt i systemet. Laitin (1986) skriver:

*Regular adjustments by each subsystem to change permits societal equilibrium to be maintained. On the individual level, this means that when a person is, say, a member of a religious group and of an ethnic group that promote incompatible values, he or she will seek to find some point of compromise so that the two subsystems will be value- "congruent" (ibid:76).*

I vårt tilfelle søker de ansatte en homoestase/kongruens mellom rasjonaliseringsmodellen og omsorgsmodellen. Når vakthavende jordmor legger inn pasienter selv om det egentlig er fullt og liten bemanning på avdelingen tyder dette på at hun prøver å finne provisoriske måter løse vanskelige situasjoner på; blant annet ved å la pasientene føde på venterom og mottak hvor det er trangt og hvor det ikke er lagt opp tilstrekkelig med medisinsk utstyr. Slik kan man ta seg av pasienten selv om det fører til mindre tid til hver pasient. En pasient uttrykker hvordan hun opplevde det å føde på en presset fødeavdeling på Ullevål:

Mor, Oslo: "Fødte selv på Ullevål i desember -05, og det er kun en ting å si; Grusom opplevelse! De hadde rett og slett ikke tid til meg. Angrer på at jeg ikke valgte å føde på Bærum sykehus."

En annen pasient ønsker mer trygghet rundt fødselen sin:

Kvinne Oslo: "Jeg krever mer trygghet rundt hvor en skal føde så en ikke trenger bekymre seg for det også."

Systemet har generert misnøye blant pasientene og vi ser at denne misnøyen har engasjert pasientene. La *volonté générale* – allmennviljen (aksjoner og engasjement fra pasienter) har satt i gang en prosess som muligens kan endre relasjonene mellom de ulike subsystemene. Bateson skriver: "Somewhere there must have been a circuit which could identify error and eliminate it" (1972:406). Pasientene<sup>16</sup> ("mishøye" i skjemaet) har satt i gang en prosess som gjorde at sykehuset skal begynne å sette grenser ved å si nei til fødende kvinner på Ullevål et halvt år før terminato, noe som kan sees på som en tvilsom tolkning av loven om "fritt sykehusvalg". På skjemaet ser man at pilene følger viseren på klokka. En endring i relasjonen mellom to subsystemer, her sykehuset og

---

<sup>16</sup> Mange medieoppslag har bidratt mye til denne endringen.

pasientstrømmen, vil kunne skape en prosess hvor pilene går mot klokka. Dette gjør at kapasiteten vil være bedre i stand til å ta imot de pasientene som har fått plass og patologien som systemet tidligere genererte vil muligens kunne minskes. Et resultat av at pasientstrømmen minskes vil være at mine informanter vil i større grad kunne jobbe i henhold til omsorgsmodellen framfor rasjonaliseringsmodellen. Her ser vi at det først og fremst er pasientene og ikke de som jobber ved førstelinjen som har en potensiell mulighet og makt til å påvirke relasjonene mellom subsystemene. I neste kapittel skal vi se på maktrelasjoner på mikronivå mellom ledere og ansatte i et jobbseminar. Her skal vi blant annet se hvordan to ledere anvender språket til å få gjennom organisasjonspolitiske budskap og jeg skal analysere hvorfor disse lederne får så ulikt utfall på foredragene sine.

## **Kapittel 6 – Kommunikasjon av makt gjennom symboler og magi. Erfaringer fra et jobbseminar**

I kapittel 3,4 og 5 viste jeg hvordan ulike sosiale, historiske og politiske faktorer virker inn på avdelingens virksomhet i dag. Dette kapittelet vil ha en helt annen vinkling på noen av de samme temaene som ble tatt opp i de foregående kapitlene.

### ***Ritualer i moderne organisasjoner***

I dette kapitlet vil jeg argumentere for at jobbseminarer i moderne organisasjoner har rituelle kvaliteter. Men først vil jeg forklare hva jeg legger i begrepene ritual og rituelle kvaliteter. Goffman (1959) ser det rituelle i formaliserte handlinger mellom aktører i hverdagslivet og dermed definerer han ritualbegrepet i sin videste form. Jeg har ikke tenkt å legge meg på denne brede definisjonen av ritualer, men jeg velger å se på ritualer som en organisering av handlinger hvor de symbolske uttrykkene ved handlingene blir intensivert. Kapferer (1984) fokuserer på hvordan aktører selv kan reflektere over en posisjon i det sosiale hierarkiet gjennom et eksorsismeritual. Kapferer (1991) skriver følgende: "...These aspects are vital in the formation of ritual as a particular "bracketing off" from everyday world, and as an organization of action in which the symbolic qualities of action are intensified" (1991:4). Dette gjør at ritualer eller seanser som har rituelle aspekter, får en annen kvalitativ realitet enn den man finner i dagliglivet. Hvis vi tenker oss at jobbseminarer innehar rituelle kvaliteter, vil dette si at seminarer inneholder en form for metadiskurs til (jobb-) virkeligheten (Almklov i ed.Johansen 2005). En av lederne på dette seminaret kom med utsagn i løpet av foredraget sitt som jeg mener representerer hvordan tilhørerne tenker og føler i dagliglivet. Når det gjelder ritualer generelt er de symbolske formene meget sentrale. Cohen (1974) problematiserer det å bare fokusere på psykologiske aspekter ved ritualer. Han skriver følgende;

Collective ritual is not the product of recurring spontaneous individual creativity resulting from recurring psychic states. On the contrary, for the majority of people it is the ritual that recreates certain psychic states in the minds of the participants, not the other way around (ibid:4).

Han sier videre at så lenge symbolene er opptatt i gruppen, er de ikke lenger subjektive eller individuelle, men kollektive og objektive. Symbolene vil da fremstå for medlemmene i gruppen som noe som eksisterer utenfor deres egen psyke, og at dette igjen vil påvirke adferden deres (ibid:4). Derfor kan ikke psykologi alene forklare symbolske former og handlinger. Selv om symboler i et ritual deles av en gruppe, fester det seg individuelle erfaringer til objektet (Almklov i

ed.Johansen 2005:44). Nå skal vi se hvordan profesjon (kompetanse) og symbolske uttrykk knyttet til ledere, avgjør om disse aktørene lykkes i å formidle sine budskap. Med denne teorien i bakhånd håper jeg å kunne bidra med å sette lys på hvordan kulturelle symboler som kommunikasjonsform er med på å danne meningsfelleskap.

## **Byråkrati og makt**

Weber (1975) definerte maktbegrepet som det å ha evnen til å påtvinge andres atferd ens egen vilje (1975:74). Innenfor de tre ulike herredømmene som Weber redegjør for, skal vi hovedsakelig forholde oss til det byråkratiske herredømmet. Weber redegjør også for det tradisjonelle og det karismatiske herredømmet, og det som blant annet skiller disse fra hverandre er graden av symbolske attributter knyttet til kommunikasjonen av makt. Byråkrati, (legalt herredømme) er den reneste formen for herredømme (1971:91), skriver Weber. Det vil da si at all symbolisme og tvetydighet er forsvunnet i det byråkratiske system. Dette skjer fordi hele systemet er kontraktbasert mener Weber. Sørhaug (1996) kritiserer dette og tilegner ledere i byråkratiske stillinger magiske attributter. Ledere som har det Sørhaug kaller for erotisk makt, vil ha evnen til å kunne påvirke andre, og at dette henger nøye sammen med kompetanse i moderne organisasjoner. Derfor kan ikke subjektive egenskaper ved ledere utelates i byråkratiske systemer, spesielt i de systemer som kommuniserer en spesiell type etos knyttet til faglighet i organisasjonen. Dette er noe jeg skal komme tilbake til i mitt empiriske eksempel. Cohen (1974) argumenterer for hvordan makt blir objektifisert, utviklet, holdt ved like, uttrykt og kamuflert gjennom symbolisme. I tillegg tilføyer han at all symbolisme har et politisk aspekt ved seg (Lewellen 1992:120). Da er det naturlig å komme inn på begrepet ”symbolsk kapital” (Bourdieu 1996). Kapitalbegrepet slik Bourdieu bruker det, kan i følge Bugge (2002) forstås som makt. Han skriver blant annet: ”...Et maktforhold *er* altså en bestemt kapitalfordeling” (2002:225 Kursiv i originalen). Bourdieu redegjør for tre ulike kapitalformer; økonomisk, kulturell og sosial kapital. Men i tillegg, operer han med begrepet symbolsk kapital som sammen med kulturell kapital, gjør seg mest gjeldende i denne analysen. Symbolsk kapital er egentlig ikke noen egen form for kapital, skriver Bugge, men det er en måte de andre kapitalformene fremtrer på som i ulik grad erkjennes og oppleves som en legitim form for makt. Et eksempel på symbolsk kapital som Bordieu selv nevner er ære, slik den fremstår i middelhavslandene. Æren eksisterer bare i kraft av sitt omdømme og den forestillingen andre har om den, skriver Bordieu (1996:61). Den kulturelle kapitalen er egenskaper ved det enkelte individ i form av for eksempel kunnskap, dannelselse, utseende og karaktertrekk.

## **Bakgrunnen for seminaret**

Dette kapittelet beskriver et jobbseminar som blir brukt for å problematisere identitetsprosesser og kommunikasjonen av makt i moderne organisasjoner. Jobbseminaret ble satt opp for de ansatte ved fødeavdelingen i regi av ledelsen ved divisjonen. Det er mange leger som har sitt daglige virke der og det er til sammen ansatt 18 leger fordelt på begge fødeavdelingene. Da jeg spurte en jordmor om hvorfor det ikke var noen leger til stede ved seminaret svarte hun at hun ikke visste hvorfor. Hun mente at det hadde vært en fordel om de kjente hverandre bedre på tvers av profesjonene, slik at de kanskje kunne kommunisere bedre<sup>17</sup>.

I forbindelse med dette seminaret er det to ledere som blir spesielt aktuelle for vår analyse. Det var andre foredragsholdere der også som tok opp viktige saker som blant annet kvalitetskontroll (avvik) og ISO-sertifisering<sup>18</sup> av avdelingen. I denne analysen er jeg opptatt av hva som karakteriserer *relasjonen mellom* aktørene, hvor egenskapene til hver enkelt aktør er mindre viktige. Jeg prøver med andre ord å finne "*the pattern which connects*" som Bateson (1979) skriver om. Vi skal nå se i hvilken grad de to lederne lykkes i sine foredrag og vi skal også se hvordan tilhørerne (publikum) responderer i forhold til dem og hvorfor de gjør det. Her vil jeg analysere metaforbruk og symbolske uttrykk og jeg vil bruke Bateson (1936,1972) sin teori om relasjonelle prosesser (skismogenese) som et komplementært redskap for analysen. Jeg vil se på hvilke symbolske uttrykksformer makt kan få og jeg vil forsøke å tolke disse uttrykkene gjennom å bruke noen analytiske begreper diskutert ovenfor. I tillegg vil jeg vise hvordan foredragene er mer eller mindre identitetsgenererende for tilhørerne i salen.

## **Sosial kontekst**

Seminaret fant sted i en stor sal på et moderne konferansehotell. Innerst i rommet var det et opphøyd podium hvor det stod et bord med to datamaskiner på, en overhead, og en talerstol. Lengst ute på sidene av podiet var det to høytalere og i taket hang det to andre høytalere og en projektor. Foran podiet var det satt ut stoler til alle deltakerne som strakk seg nesten helt ned til utgangen av salen som lå i andre enden av det store rommet. Nesten hele rommet ble fylt opp av de cirka åttifem deltakerne. Rommet var i så måte delt inn i to, mellom scene og publikum. Helt fremst satt foredragsholderne. Dette var divisjonsdirektøren, mellomledere og avdelingsjordmor. Like før

---

<sup>17</sup> Denne problemstillingen taes opp under "forhandling av ansvar" side 93.

<sup>18</sup> Se side 33 for en kort presentasjon av ISO.

foredragsholderne skulle begynne så en mellomleder at det hadde vært utbrudd av MRSA<sup>19</sup> på en avdeling i fjerde etasje på sykehuset for noen dager siden. Hele etasjen måtte stenges og vaskes ned. Likedan måtte pasienthotellet også vaskes ned fordi pasienten som var bærer av smitten hadde oppholdt seg der også. En jordmor som hadde bistått den nybakte moren med amming hadde blitt smittet av bakterien. Da dette ble kjent blant tilhørerne begynte folk ”å snakke”. Noen snakket lavt og så spørrende på hverandre langs rekkene. Andre var mer høylydte og stilte spørsmål direkte til kvinnen som hadde ”plumpet ut” med nyheten. Mellomlederen svarte lettere irritert; ”Jeg burde vel kanskje ikke ha sagt noe” da hun merket at det oppstod oppstyr blant tilhørerne. Barnepleieren som satt ved siden av meg svarte lettere fortvilet; ”Dere må jo fortelle oss ting! Dere må jo fortelle oss hva som skjer”! Stillheten begynte å senke seg i salen idet mellomlederen gikk opp på podiet og begynte å snakke i mikrofonen. Hun ønsket alle velkommen til seminaret, før hun begynte å gå igjennom kort hva som skulle skje i løpet av dagen. Til slutt introduserte hun den første taleren, overlege Ole Reiten.

## **Kompetanse, anerkjennelse og makt I**

Ole har et pent utseende. Han er høy og slank, han har lyst hår med noen viker siden han har begynt å trekke på årene. Han er over femti år og han framstår som en sympatisk og rolig ledertype. Han var under seminaret iført en dongeribukse og genser, han holdt med andre ord en uformell stil. Han begynte med å introdusere seg selv med hva han har gjort og hva han gjør i jobben sin. Han snakket blant annet om sitt politiske engasjement i lokalpolitikken hvor han hadde kjempet for et bedre helsevesen. Deretter innledet han med hvilke organer og institusjoner som påvirker fødeavdelingen, hvor han begynte med nasjonale organer som stortinget, departementet og direktorater som øverste nivå. Under disse kom Helseregionen (Helse Øst), så Ullevål sykehus og til slutt kvinne-barn divisjonen. I denne sammenhengen snakket han om budsjetter og økonomiske rammeverk som var satt ned av de ovennevnte institusjonene. Han forsikret tilhørerne om at det ikke var noen vits i å ta opp økonomiske spørsmål med ledelsen da ledelsen hadde et budsjett å holde. Han sa at hvis noen ønsket å ta opp økonomiske problemer ved driften, måtte dette taes opp med de øverste politiske organer som i første instans delegerer penger og setter rammeverk for økonomiske budsjetter; det vil med andre ord bety Stortinget. Etterpå forklarte han hvorfor økonomiske restriksjoner beklageligvis måtte skje hos de som jobber med direkte pasientkontakt. Han ga også en oversikt over fødesituasjonen i Osloområdet og formidlet budskapet om prosessen med sentraliseringen av

---

<sup>19</sup> MRSA: Multiresistente gule stafylokokker (staphylococcus aureus) MRSA inneholder meticillin og er derfor resistent mot en rekke antibiotikum som for eksempel penicillin. Denne multiresistente bakterien er meget dyr å behandle.

fødselstilbudet. Det var ingen form for feedback fra tilhørerne på dette tidspunktet. Da han var ferdig med de økonomiske og organisatoriske temaene, gikk han over i faglige momenter og utfordringer ved jobben til jordmødrene og barnepleierne. Han spurte tilhørerne hva som var av størst betydning ved jobben uten å forvente et svar. Svaret var *faglig kvalitet* i forhold til blant annet *pasientbehandling*, hvor kvalitet og god oppfølging skulle prege behandlingen. Man måtte finne ut hvor pasienttilfredsheten var bra eller dårlig. I tillegg var det viktig å sørge for *medarbeidertilfredshet*. Tilhørerne måtte ha omstillingsevne i forhold til endringer i behandlingsprosedyrer og til administrative prosedyrer. De måtte også tenke på forholdet mellom det han kalte for "*faglig holdning*" i relasjon til det pasienten selv ønsket når det gjaldt behandling. Ole slengte ut noen mulige problemstillinger, som at det kunne komme mer teknologi, elektronisk journalføring, mer sectio<sup>20</sup>, mindre sectio, hjemmefødsler og at alle ansatte måtte være åpne for slike samfunnsmessige endringer. "*Teknologisk omsorg*" var også et begrep han nevnte. *Det er viktig å utvikle seg selv i organisasjonen, samtidig som man har en faglig utvikling*. Oppi alt dette sa han; "*det er viktig at driften går*", hvor tilhørerne spilte en avgjørende rolle. Ole forlot podiet med stor applaus og han forlot hele seminaret rett etterpå.

## **Makt i kompetanse og person**

Når vi nå tar et steg videre og analyserer de enkelte politiske aktørene i dette seminaret, ser vi hvordan Ole lykkes i å formidle sitt budskap til tilhørerne uten å få noen form for kritikk fra salen. Ledere kan få tilgang til det Sørhaug (1996) kaller for erotisk makt ved at kontroll oppnås gjennom å skape et begjær (ibid.65). Sørhaug mener at kunnskap og kompetanse er grunnleggende verdier knyttet til byråkratier fordi "subjektive" egenskaper som vennskap, kjønn og alder skal i seg selv være irrelevante (ibid.33). Hvis dette er riktig vil Oles fagmedisinske og politiske bakgrunn komme til gode fordi han oppnår anerkjennelse i lys av dette. Likedan har han en grundig og systematisk fremførelse av foredraget slik at han sammenfaller med byråkratiets etos; *saklighet*. Men hvorfor Ole lykkes kan ikke forklares ut i fra saklighet alene. For når man ser på budskapet i foredraget hans kommuniserer det en videreføring av status quo. Foredraget poengterer blant annet tilhørernes begrensede mulighet til å påvirke sin egen økonomiske situasjon i organisasjonen. I tillegg nevnes det at økonomiske restriksjoner må bekostes førstelinjen i organisasjonen. Og siden tilhørerne var mennesker som representerte den tilsynelatende undervurderte omsorgsrasjonaliteten i organisasjonen kommuniseres et "skjult" politisk hegemoni. Det gis implisitt inntrykk av at systemet er for overveldende og omfattende til at tilhørerne aktivt kan gå inn å endre politiske og

---

<sup>20</sup> Sectio er det medisinske begrepet for keisersnitt.



økonomiske forhold ved organisasjonen.<sup>21</sup> Jeg vil i denne analysen argumentere for at han lykkes i denne framstillingen ved hjelp av å anvende symbolske og magiske midler. Kapitalbegrepet til Bourdieu kan som nevnt ovenfor, forstås som ulike ressurser aktører har. Derfor kan Ole i lys av sin kulturelle og symbolske kapital (synlighet gjennom blant annet media, rykte, stilling og kunnskap) formidle systemets hegemoni uten en direkte negativ feedback fra tilhørerne. Tilhørerne hadde hørt om Ole fordi han er en offentlig person og han har lang erfaring og mye kompetanse innenfor organisasjonen. Han har dermed opparbeidet seg en vertikal synlighet i organisasjonen. Men ingen (muligens noen få) har hatt nær eller direkte kontakt med ham gjennom ansikt til ansikt – relasjoner. På grunn av dette skapes det en viss forventning til Ole og han har da muligheten til å bli det Sørhaug kaller for et *fantastisk objekt* (1996:31). En slik objektifisering av aktører gjør at det knyttes fantasier og begjær til det. Derfor blir det vanskelig å skille mellom aktørens ytre og indre kvaliteter (ibid:31). Hvis denne analysen er korrekt, sammenfaller disse to egenskapene; saklighet og fantastisk objekt på en slik måte at argumentene Ole fremmer kan virke mer overbevisende. En passende antropologisk analogi til dette er hvordan Mauss (1995) beskriver hvordan gaver kan være en forlengelse av personen som gir; gjennom å skape et moralsk og sosialt gjensidighetsforhold til mottaker. Gaven blir både person og ting. Likedan kan vi hevde at Ole er både ting og person i denne sosiale konteksten. ”Ting” i den forstand at han kan bli ansett som et fantastisk objekt, slik som følelser og mennesker blandes inn i en gaveutveksling (1995:53), kan følelser også blandes inn i fantastiske objekter. Bourdieu (1996) skriver at symbolsk kapital får sin virkning i form av magisk kraft gjennom at kapitalen oppfattes av sosiale aktører som legal og at den inngår i deres verdsettelseskategorier (1996:89). Når Ole sier at han har forsøkt å forbedre helseinstitusjonene i nærmiljøet gjennom å påvirke politiske prosesser, visker han ut symbolske grenser mellom ledelse og ansatt hvor han selv oppnår målet med å skape *tillit* knyttet til sin egen person som leder.

### ***Ord som magiske midler***

Foredragsholderen opprettholder sin maktposisjon gjennom det Sørhaug (1996) kaller for magiske midler. Malinowski (1984[1948]) som i lys av sin funksjonelle tilnærming til magi, mener at moderne samfunn mangler magi. Sørhaug (1996) derimot mener at ledere i moderne byråkratier benytter seg av det han kaller for ”magiske midler”. Weber hevder at formålet med magi ikke er frelse, men kontroll (1995:98-104). I den forbindelse mener Sørhaug at magiske praksiser tilbyr seg å fylle et behov eller å tilfredsstille en mangel. Derfor har magi i moderne organisasjoner og i

---

<sup>21</sup> Et eksempel på jordmødrenes og barnepleiernes manglende muligheter til å påvirke byråkratiske og politiske prosesser i organisasjonen, er nedleggelsen av fødeavdelingen på Aker. På tross av diverse aksjoner og skriving av avisinnlegg maktet ikke jordmorforeningen og de ansatte å stoppe nedleggelsesprosessen.

tradisjonelle samfunn, en iboende logikk som grunnleggende er instrumentell (1996:28-29) Han skriver videre at kommunikasjonsformen i magisk praksis er hovedsakelig språkhandlinger (Tambiah i Sørhaug 1996). Lévi-Strauss bygger sine teorier på sammenhengen mellom myte og språk. I sine artikler "The sorcerer and his magic" og "The Effectiveness of Symbols", beskriver han hvordan det sjamanistiske kompleks er sosialt konstruert og sosialt vedlikeholdt og hvor interaksjonen mellom tro og kognitive prosesser (erfaringen) blir vektlagt. Lévi-Strauss studerer hvordan sjamanen fungerer som et bindeledd mellom myteverdenen og den virkelige verden og hvor sjamanen i lys av å være en historieforteller, "leder" pasienten igjennom en mytisk fortelling som igjen får en terapeutisk virkning på pasienten, fordi pasienten er inneforstått med at en slik psykososial og følelsesmessig erfaring har en terapeutisk effekt i seg selv (Lévi-Strauss 1986: kap.9 og kap.10). Denne hypotesen kan være fruktbar og Lévi-Strauss gjør den enda mer interessant gjennom å sammenligne sjamanens praksis med moderne psykoanalyse. Lévi-Strauss mener de to formene for terapi er påfallende like fordi det er en tett kobling mellom en pragmatisk anvendelse av språket (symbolene) og terapeutisk virkning. Allikevel er det forskjeller mellom psykoanalytikerens og sjamanens metoder; sjamanen er den "aktive" og agerer overfor pasienten, mens hos psykoanalytikeren er det pasienten selv som utagerer for å bli kvitt en psykosomatisk patologi (ibid:201). En annen forskjell er at sjamanen framlegger en kjent myte for pasienten som han eller hun kan "gjenoppleve" mens psykoanalytikeren presenterer en ny epistemologi – en ny måte å forstå verden på gjennom psykologiske begreper (Lévi-Strauss i Brown 1998:137). *Språket og fortellingen* blir altså viktige instrumentelle redskaper innenfor magien, som virker etter samme prinsipper i moderne sjelsliv som hos indianere i Sør-Amerika. Malinowski (1984) skriver at blant Trobrianderne er det vanlig å gjenta magiske ord inn i en gjenstand. Magiske ord ilegges en så viktig instrumentell funksjon at de kan ha skapende krefter (1984:191-193). I en slik forbindelse kan fraser som "det er viktig at driften går" som vi finner i Oles foredrag, forstås som magiske begreper eller som "speech acts" som Tambiah (1990:73) kaller det. Hvorfor er de magiske? Ordene referer direkte til moralske disposisjoner. Tilhørerne har en moralsk forpliktelse i forhold til sine profesjoner og til sine funksjoner i organisasjonen slik at institusjonen kan bestå og drive sin moralske praksis. Da blir ikke begrepene bare instrumentelle men de får også en forpliktende dimensjon; magiske begreper blir derfor makt knyttet til språk. Når han sier at økonomiske restriksjoner ofte må foretas ved førstelinjen, gis det inntrykk av at slike organisatoriske grep er noe "naturlig" og nødvendig. Vike (2003) analyserer i sin artikkel "Byråkratiske utopier: Om etablering av orden i offentlig forvaltning" hvordan språket anvendes for å etablere orden i en organisatorisk omstillingsprosess. Han skriver at språkets betydning som organiseringsprinsipp for handling får stor kraft når aktørene selv tilskriver det produktiv status; "ordene gjorde det de betydde" (2003:134). Jeg mener at Ole kan si dette uten at noen protesterer på grunn av hans

kulturelle og symbolske kapital (som er den kulturelle kapitalens eksplisitte uttrykk) og tilhørernes objektivisering av ham. ”Kvalitet på pasientbehandling og god oppfølging” er en praksis som går inn på de ideelle representasjonene av arbeidet til mine informanter (se side 32-34). Når Ole går inn på dette i sitt foredrag trenger han inn i hver enkelts aktørs samvittighet og forsterker disse meningene som tilhørerne deler som en gruppe. Dette er faglige krav tett knyttet opp til profesjonell stolthet. Organisasjonen som bedriftsmetafor (kontinuitetsmetafor), indikerer at organisasjonen til stadighet må være i bevegelse og aldri stoppe opp. Ellers blir man ”out of business”, noe som alle vet fører til bankerott og økonomisk krise. Det handler med andre ord om overlevelse. Foredragsholderen ønsker å gi et inntrykk av at tilhørerne er selve bærebjelken i bedriften og uten dem vil bedriften følgelig gå under.

## **Kompetanse, anerkjennelse og makt II**

Etter en mindre pause, var det mellomsjefen Martin Christensen som skulle holde foredrag om arbeidsmiljø og ”trafikklyset”. Martin er en yngre mann i slutten av tjuårene – begynnelsen av trettiårene. Han har mørkt hår, briller, og han var iført en brun kordfløyelsjakke. Han har et kort fintrimmet skjegg og han holdt seg i haken med pekefinger og tommelfinger, og den andre hånda hadde han i bukselomma mens han holdt foredraget. Han signaliserte gjennom kroppspråk og klesstil at han var av en intellektuell høyere middelklasse, uten at han nødvendigvis er det. Denne fremtoningen ble forsterket når han, slik som Ole, gjenga sin akademiske og jobbmessige karriere. Forskjellen mellom disse aktørene er at Martin bruker vesentlig lengre tid på dette enn Ole. Dessuten har ikke Martin noen fagmedisinsk karriere. Han snakket om da han hadde fått i oppdrag å endre organisasjonsstrukturen i domstolsapparatet, som i følge han selv var en konservativ og stillestående organisasjon. I tillegg snakket han om sin utdanning innen organisasjonsutvikling gjennom å tilhøre ”human relation-tradisjonen”<sup>22</sup>. Ingen av disse disposisjonene skapte forventninger til Martin som foredragsholder, og i tillegg var det nesten ingen som hadde hørt om han fra før. Man kunne føle hvordan forventningene til foredraget avtok drastisk etter han hadde inneledet foredraget. Han fortsatte foredraget med å sette opp noen plansjer og grafer via projektoren som målte trivselen på arbeidsplassen deres. Han brukte meget lang tid på å forsikre seg om at tilhørerne forstod hva det var han prøvde å si. Han brukte så lang tid på å forsikre seg om dette, at en tilhører kom med en oppgitt og bekreftende gjentakelse på det han nettopp hadde sagt.

---

<sup>22</sup> ”Human Relation” er en retning innenfor organisasjonsteori som på 50-60 tallet ønsket en desentralisering av autoritet i organisasjoner. Det teoretiske søkelyset ble satt på begreper som motivasjon, selvrealisering og arbeidsmiljø. Dette skulle bedre bedriftsdemokratiet og desentraliseringen skulle være et middel for å oppnå mer menneskevennlige strukturer, særlig for arbeideren på fabrikkgulvet ([http://odin.dep.no/jd/norsk/dok/andre\\_dok/nou/012005-020024/ved006-bn.html](http://odin.dep.no/jd/norsk/dok/andre_dok/nou/012005-020024/ved006-bn.html)).

Han fortsatte litt raskere da han merket at tilhørerne begynte å bli utålmodige. Deretter begynte han å kommentere sitt eget jobbmessige forhold til sin egen sjef, og hvor viktig det var å gi ”*handlingsrom*” til sjefen og til hverandre. Dette skulle føre til en bedring av arbeidsmiljøet. På dette tidspunktet begynte det å bli litt uro blant tilhørerne i den store salen, og en tilhører utbrøt; ”*Jeg kjenner jeg blir provosert! Her kommer dere ned fra tårnhuset og prater om å skape handlingsrom! Hvordan skal vi få tid til å skape disse handlingsrommene*”? Jordmoren mottok positive tilrop fra de andre i salen og det utbrøt en stor applaus i etterkant av uttalelsen. Christensen prøvde å hysje ned publikummet og forklarte at det bare var ment som et eksempel, og at de ikke måtte legge for mye i det. Konfrontasjonen mellom publikum og Martin begynte å kullminere og konfrontasjonen ble brutt ved at en annen mellomleder reiste seg opp og innvendte at han hadde nettopp blitt far og at tilhørerne burde gi han en sjanse. Det var uvisst om Martin egentlig ble ferdig med foredraget, i hvert fall forlot han podiet med en meget beskjeden men høflig applaus.

## **Hva gikk galt?**

Før jeg skal ta for meg dette foredraget, skal jeg gjengi noe av dynamikken i relasjonelle prosesser som Gregory Bateson (1936,1972) kaller for skismogenetiske prosesser. Dette vil kunne gi litt større innblikk i forståelsen av hvorfor de to foredragene får så ulikt utfall.

### ***Symmetriske og komplementære relasjoner***

Hvis man har et binært forhold bestående av A og B, og at deres atferd er (ansett av begge) som like, og at de er koblet sammen på den måten at atferden til A stimulerer til mer av den samme atferden i B, og vice versa, vil dette forholdet være en ”symmetrisk” relasjon. Eksempler på en slik atferd kan for eksempel være atomopprustning mellom to nasjonalstater eller en boksekamp.

Dersom atferden til A er ulik atferden til B, men at de samtidig passer sammen, og at A’s atferd stimulerer til at B fortsetter sin ”innpassende” atferd, er dette forholdet komplementært. Eksempler på slik atferd er sadisme-masochisme, dominans-underdanighet. Begge forholdene (symmetriske og komplementære) er preget av en ukontrollert positiv feedback som har potensial for det Bateson kaller ”skismogenese”; et brudd og en ny retning i relasjonens innhold. Disse forholdene er ikke fastlåste størrelser men kan inneholde elementer av begge systemer, og i slike tilfeller blir sjansen for skismogenese redusert (1972:323-324).

Når vi ser på mellomlederen Martin Christensen, ser vi at han besitter en form for kulturell kapital som ikke blir sosialt akseptert i denne sosiale konteksten. Hans kompetanse kommuniserer en annen type kunnskap enn den fagmedisinske, derfor blir Martin kun anerkjent som byråkrat (sak) og ikke kompetanse (person). Denne hypotesen forsterkes da jeg spurte noen av de ansatte om hva de syntes om foredragene i etterkant av seminaret;

Antropolog: "Hva synes du om mellomlederens foredrag?"

Barnepleier: "Han med grafene? Nei han var ingenting. Han var ung og oppadstormende han."

Jordmor: "Han mellomsjefen virket jo som om han levde i en annen verden enn oss han."

Hvis man faktisk ser på innholdet i det de to foredragsholderne formidler, er ikke Martins budskap i utgangspunktet noe mer negativt enn Oles. Strengt tatt, kunne tilhørerne være like kritiske til innholdet i Oles foredrag. Dermed kan man tolke det som at det på mange måter er andre aspekter enn selve innholdet, som kan ha en avgjørende effekt på et vellykket foredrag. Martin besitter ikke den rette kompetansen, og han har ikke de samme forutsetningene for å kunne bli et fantastisk objekt, da han er heller anonym i organisasjonsstrukturen. Av de jeg snakket med visste alle hvem Ole var men ingen hadde hørt om Martin. Dermed kan vi se at allerede i innledningen av foredraget bærer Martins foredrag preg av å gli inn i en symmetrisk relasjon i forhold til tilhørerne. Når Martin gjengir sin kompetanse som i denne sammenhengen ikke er anerkjent symbolsk, kan dette oppfattes som uinteressant, og dermed få motsatt effekt av det som var tiltenkt, nemlig å skape *tillit*. I tillegg er hans estetiske fremstilling mer eksplisitt i kommunikasjonen av makt. I følge Bourdieus begreper kommuniserte hans symbolske kapital negative verdier i den gitte sosiale konteksten. Sørhaug skriver: "*Tillit og estetikk deler den egenskapen at de er selvrefererende*" (1996:149). Siden ingen hadde hørt om han fra før, reduserte dette også hans mulighet til å framstå som et fantastisk objekt. Resultatet blir at tilhørerne gir negative tilbakemeldinger (positiv feedback i Bateson's terminologi) som igjen fører til at foredraget "mislyktes". Martin prøver seg også på det jeg kaller for "magiske begreper"; nemlig "*handlingsrom*". Handlingsrom-metaforen blir oppfattet som utelukkende negativ av tilhørerne. Tilhørerne ser på seg selv som travle mennesker hvor de til tider ikke rekker over det de er satt til å gjøre i løpet av en arbeidsdag. Tid, og spesielt tid til pasientene, blir oppfattet som en knapp ressurs av tilhørerne og handlingsrom-metaforen ble en slags dynamo for denne symmetriske relasjonen.

Konfrontasjonen mellom Martin og tilhørerne kullminerte altså i en symmetrisk relasjon som fikk sitt brudd ved at en tredjepart kom inn og brøt opp. Det var ikke nok at Martin i lys av sin høyere posisjon i organisasjonshierarkiet, og hans rolle som foredragsholder, kunne stoppe den

symmetriske relasjonen alene (da brøt den andre mellomlederen inn og vi fikk et brudd; skismogenese). I forhold til de ”magiske begrepene”, kan man se at metaforene kan vekke ulike følelser i aktørene. Slike metaforer er ment å være magiske, men så lenge mottakerne ikke aksepterer senderens ”totale person”; altså koblingen mellom *sak* og *person* kan metaforene få en motsatt virkning. I Oles tilfelle derimot, ser vi at den sosiale relasjonen mellom foredragsholder og tilhørere, utelukkende er komplementær. Vi ser at de symbolske dimensjonene ved han som ”total person” og metaforene som føres gjennom språket, blir anerkjent og akseptert og som igjen fører til at han lykkes i å gjennomføre foredraget uten konfrontasjon eller negativ tilbakemelding. Relasjonen var komplementær hele foredraget igjennom. Mens Oles metaforer ”*bedriften går*”, ”*pasientbehandling*”, ”*faglig kvalitet*” fremstår som magiske og instrumentelle, (i form av at de referer til moral og ansvarfølelse hos tilhørerne), blir Martins metafor ”*handlingsrom*” oppfattet som provoserende og verdiløs. Metaforen får ingen instrumentell verdi, fordi den går på tvers av tilhørernes egen oppfattelse av hvordan tid disponeres ved avdelingen. Etter å ha sett hvordan Oles foredrag er identitetsgenererende gjennom å studere hans språklige grep og kulturelle kapital, skal vi nå gå videre og se hvordan man kan konstruere kulturelle modeller gjennom å studere språk. Som vi skal se kan kulturelle modeller ha implikasjoner for hvordan aktører tenker og resonnerer.



## Kap 7- Internalisering av kulturelle modeller

I de foregående avsnittene har jeg sett på ”the publicness of meaning” (Strauss & Quinn 1997:12), og spesielt hvordan disse symbolene får mening gjennom kommunikasjon av makt. Nå skal jeg gå tilbake til hvordan aktører internaliserer kulturelle modeller. Hvorfor identifiserer tilhørerne seg i større grad med legen enn med mellomlederen som tar for seg det organisatoriske (personalpolitikken) ved avdelingen? Og hvorfor identifiserer aktørene seg noen ganger på bakgrunn av profesjonalitet og andre ganger som en avdelingsenhet? For å få et svar på dette, må vi også gå til sosial praksis og vite hvordan aktørene til daglig tenker og resonnerer, og hvordan de anvender språket under arbeidsdagen generelt.

### **Språk, tanke, handling**

Som ekstern observatør av en previsitt<sup>23</sup> eller et vaktskifte på en fødeavdeling, finner man seg fort forvirret av alle faguttrykkene og de medisinske begrepene som blir brukt i disse samtalene. Aktørene beskriver ulike sykdomsforløp, hvilke medisiner som er blitt gitt, hvilke prøver som er tatt, latinske navn på kroppsdeler, anatomiske prosesser, blodverdier, symptomer, forkortelser og så videre. Man kan for eksempel høre; *vekstretardasjon hos barnet, placenta previa, preeklampsi, endometritt, mekonium i fostervann, ristimulering med oxytocin intravenøst, perineal rift, hypertensjon, vakuumeksikator, peditin, spinal* og så videre. Jeg som antropolog og observatør får følelsen av at det snakkes et eget språk som forstås av leger, jordmødre og barnepleiere, men et språk som kan være vanskelig å få noe ut av som utenforstående. Dette språket anvendes daglig og forstås på tvers av profesjoner men det utelukker andre aktører som pasienter og pårørende. Av den grunn kan dette språket være med på å danne et språk- og identitetsfelleskap. Da jeg hadde mitt første møte med avdelingen og avdelingsjordmor, fant jeg fort ut at jeg hadde en god del å lære for å kunne fullt ut forstå hva disse menneskene snakket om. Etter at jeg hadde hilst på en del av de som jobbet på avdelingen, begynte avdelingsjordmoren å fortelle meg litt om avdelingen generelt og hva som foregikk der. Problemet var at hun snakket som om jeg var kjent med fagspråket, avdelingene og prosedyrene fra før av, og etter en monolog av forkortelser og faguttrykk ble jeg stående igjen som et stort spørsmålstegn. Under vaktskifter på for eksempel barselavdelingen (som tar plass to ganger daglig; morgen og ettermiddag) sitter de påtroppende og avtroppende vaktene i en ring og de jordmødrene som har hatt ansvar for de ulike rommene, begynner med å gi en rapport om pasientenes somatiske og psykososiale tilstand.

---

<sup>23</sup> Previsitt er når lege og jordmor går igjennom pasientenes statusrapport før de eventuelt går inn på pasientrommene.



Vaktrommet på barselavdelingen er ikke spesielt stort, kanskje 10-12 kvadratmeter og mye av plassen blir tatt opp av skrivepult og rullende hyller som holder pasientjournaler, men de fleste får plass på de stolene som er der. Alle som er til stede er kledd i hvite uniformer og de nye vaktene får utdelt en pasientoversikt. På pasientoversikten står det hvilket rom de ulike pasientene ligger på og det står noe medisinsk informasjon som allerede er registrert ved pasienten. På denne oversikten er det plass til at barnepleierne og jordmødrene kan notere ned det de avtroppende vaktene sier under vaktskiftet. Det varierer litt av hvilken informasjon de forskjellige jordmødrene vektlegger, men siden pasienten har kommet inn på barselavdeling, er det i forbindelse med en eller annen form for komplikasjon ved fødsel. Det kan være sectio (keisersnitt), fosteret kan ha svelget infisert fostervann, generelt når barnet eller mors medisinske tilstand trenger litt ekstra tilsyn. Da kan for eksempel jordmoren fortelle om hvilke somatiske komplikasjoner som følger pasienten, hva slags medisiner hun har fått, hvilke prøver som er tatt av henne og om hun eventuelt skal ta flere medisiner eller prøver. Ofte snakker de om kroppen og dens indre organer; for eksempel plassering av livmor og hvor høyt eller lavt den sitter etter fødsel, problemer med vannlating hos mor, hvor mye blod mor har mistet og om det må tas spesielle hensyn til for eksempel sårstell. Et annet vanlig tema som tas opp er om barnet suger melk og får i seg næring. Deretter beskriver de pasientens mer allmenne tilstand, hvis pasienten for eksempel har store smerter, blir årsakene til en slik patologi først og fremst forklart og forstått ut fra anatomiske og nevrobiologiske prosesser. Når de har eliminert bort eventuelle anatomiske årsaker til patologi, beveger de seg til psykososiale eller mer eksterne årsakssammenhenger som kan omfatte nære relasjoner og omgivelser. Det kan være tidligere vonde opplevelser omkring fødsler, vanskelige familieforhold og så videre. De snakker ikke bare om pasienten i rapportene men også om familien hvis det er noe spesielt som de påtroppende vaktene må ta på hensyn til;

Avtroppende jordmor: ”Moren kom inn på formiddagen, hun er i fin form men er generelt veldig sliten. Livmora ser helt grei ut og går ned som normalt, og barnet suger godt fra mor så det er ingen problemer med ammingen. Men far er veldig engstelig for hvordan det går med moren, men det er bare å forsikre ham om at alt er normalt og at det går bra.”

Til slutt informeres det om pasienten forstår og snakker norsk eller ikke. En stor del av pasientstrømmen på fødeavdelingen ved Ullevål sykehus består av mennesker med multikulturell bakgrunn og mange av disse snakker lite eller ingenting norsk.

Beskrivelser og årsaksforklaringer har et bestemt mønster og en bestemt rekkefølge under vaktskiftene og det er dette mønsteret jeg mener å finne i andre sosiale kontekster på avdelingen.

Spørsmålet blir da hvordan en gruppe aktører deler felles kulturelle modeller. Nyere kognitiv antropologi, og nærmere bestemt skjematologi (Strauss & Quinn 1997 D'Andrade & Strauss 1992) henter inspirasjon fra Bourdieus praksisteori (1977), men de mener at Bourdieu legger for stor vekt på habitus som determinant for handling. Min intensjon er å se hvordan aktørene behandler informasjon og samtidig finne sammenhenger mellom språkbruk og aktørenes konvensjonelle måter å tenke problemløsning på. I tillegg mener jeg at språkbruk er med på å definere felleskap. Nedenfor vil jeg analysere to empiriske eksempler som underbygger hypotesen om at kulturelle modeller systematiserer og organiserer informasjon som aktørene samler inn under problemløsning.

## **Kulturelle modeller og resonering**

Nå skal jeg presentere to eksempler på hvordan jeg mener mine informanter resonnerer ut i fra en kulturell modell. Jeg argumenterer for at den fagmedisinske modellen strukturerer informasjonsbehandlingen for hvordan de ansatte løser utfordringer som oppstår i relasjoner til pasientene ved avdelingen:

En pasient hadde tydelige depresjoner etter en fødsel mens hun fremdeles lå på fødeavdelingen. Pasienten sa hun var veldig sliten, hun gråt og hun sa hun trengte antibiotika. Pasienten hadde ikke feber men ønsket antibiotika allikevel. I tillegg sa hun at hun ikke ønsket å ligge på barsel for der fikk hun ikke ligge på enerom. Hun sa hun var veldig sliten og hun ville derfor over til hotellet hvor hun kunne slappe av på enerom. Jordmoren så at moren var veldig frustrert og gikk straks og ringte etter lege som kunne komme og se på pasienten, slik at jordmoren eventuelt kunne gi ut antibiotika til henne. Jordmoren går igjen ut til pasienten og forklarer at en lege skal komme og se på henne. I mellomtiden har det kommet til flere ansatte for å trøste pasienten. Hun fortsetter å gråte men roer seg litt ned og sier nå ”at det ikke er så farlig med de antibiotikaene, jeg vil bare være alene og hvile! Uten at noen kommer og forstyrrer meg”! Jordmoren gikk så tilbake til vaktrommet og avbestilte legen og hjalp så pasienten med å finne et enerom i stedet.

Kulturelle modeller er strukturert ut fra kunnskap direkte relatert til handlinger og mål som aktørene kontinuerlig internaliserer (Kronenfeldt 1996:17). Ut i fra dette eksempelet ser vi hvordan kunnskap og språk kan sette premisser for hvordan vi velger å løse konflikter. Nå skal det sies at disse jordmødrene som hadde denne pasienten var i en stresset situasjon, hvor pasienten var veldig deprimert. I slike situasjoner kan mennesker ofte handle annerledes enn i situasjoner hvor man har tid til mer resonering. Men eksempelet demonstrerer hvordan kulturelle modeller er organisert i forskjellige generalitetsnivåer. Her blir aktøren presentert en mengde informasjon og hun baserer

sine handlinger på basis av et kunnskapsgrunnlag som velger ut en informasjon framfor en annen. Når pasienten som egentlig bare ville ha et enerom i mer eller mindre fortvilelse forlangte antibiotika, prioriterte jordmoren den medisinske informasjonen, fordi hun baserer denne informasjonen på basis av sitt ”medisinske skjema”. Dette gjorde at hun ringte en lege for assistanse som er i tråd med lover og regler for pasientbehandling. Slik kunne pasienten få antibiotika og man kunne få en mulig løsning på problemet. Pasienten som i mellomtiden hadde begynt å bli litt roligere, sa da at det var viktigst at hun bare fikk være alene og være i ro. Dette empiriske eksempelet fordrer en forståelse av at kulturelle modeller for handling og resonering, bygger på bestemte typer av vedvarende kunnskap, hvor det i dette tilfellet var den fagmedisinske kunnskapen som ble prioritert. Det jordmoren valgte å gjøre var på ingen måte galt, hun reagerte på bakgrunn av en kunnskapsbasert referanseramme, kunnskap som på mange måter er delt mellom mange ansatte på sykehuset (jmf vaktskiftene og visittene). Nå sier jeg ikke at de ansatte kun handler etter denne modellen bestandig, men jeg mener å finne et prioriteringsmønster av hvilke modeller aktørene handler ut fra. Jeg tolker det slik at modellene har en tendens til å aktiviseres i en bestemt rekkefølge. Strauss & Quinn (1994 i Borofsky red.) skriver følgende om potensielle endringsmønstre i kulturelle modeller:

In connectionist models any experience activates the units that responds to the sensory features of that experience; these units, in turn, then activate the others to which they are strongly linked by learned associations from past experience, and so on. This spreading activation continues until some subjective reaction or behavior becomes more strongly activated than other possibilities. The combined influence of different units activated by the particular features of any given situation can lead to rather different outcomes from one situation to the next (1994:287).

At jordmoren handlet på bakgrunn av den fagmedisinske kulturelle modellen, betyr at denne modellen er gjenstand for gjentakelse og hyppig bruk i det til daglig anvendte språket (Strauss & Quinn 1994). Modellen representerer et etablert nettverk av kunnskap fordi etablerte nettverk *assimilerer* i større grad ny erfaring enn den tilpasser seg ny erfaring (ibid:289). Den kulturelle modellen: medisinsk kunnskap, er spesielt selvforsterkende gjennom blant annet previsittene og vaktskiftene som jeg beskrev ovenfor. Dette er daglige ritualiserte erfaringer de sosiale aktørene inngår i og det medisinske språket brukes aktivt i beskrivelser og i årsaksforklaringer av pasientenes somatiske tilstand, og modellen fungerer som ”fellesnevner” for god kommunikasjon på tvers av profesjonene. Et annet eksempel på hvordan aktører handler og resonnerer ut fra denne kulturelle modellen var i forbindelse med en pasient som hadde store fysiske smerter:

Pasienten kom inn på barselavdelingen med store smerter i kroppen. Hun hadde fått medisiner i form av tabletter som skulle hjelpe mot smertene og forhåpentligvis skulle dette bedre pasientens

allmenntilstand. Da medisinerne ikke hadde hatt noen påfallende virkning, ringte en jordmor til noe som heter "Smerteteamet". Dette er ressurspersoner som skal bistå ansatte ved de ulike avdelingene omkring anesestispermål. De fra smerteteamet fungerer altså som nomader og bistår med kompetanse på de ulike avdelingene på sykehuset. Etter en stund kom det en person fra smerteteamet inn på vaktrommet. Jordmoren som var ansvarlig for pasienten på barsel hilste på hun fra smerteteamet og ba henne sette seg ned. De begynte da å diskutere smertene til pasienten. Jordmoren tok først for seg eksplisitte somatiske smerter som pasienten uttrykte og hvilken medisinsk behandling pasienten hadde fått på bakgrunn av dette. Etter en lang diskusjon omkring medisiner og smerter, bestemte de seg for å gå inn til pasienten slik at hun fra smerteteamet kunne få litt bedre oversikt over pasientens tilstand. Etter en liten stund kom de tilbake til vaktrommet hvor de satte seg ned og diskuterte videre. Det som nå skjedde var at diskusjonen gled mer og mer over i å finne forklaringer basert på psykososiale årsaker for pasientens tilstand. Ved å samle mer bakgrunnsinformasjon om pasienten viste det seg at hun tidligere hadde spontanabortert og senere født etter en ikke-planlagt graviditet. I tillegg hadde pasienten vanskelige familieforhold. Etter at diskusjonen var ferdig ble de to enige om at de hadde flere variabler å forholde seg til enn kun det somatiske. Men behandlingen de kunne gi her ved sykehuset var først og fremst ved bruk av medisiner som kunne lindre de fysiske smertene pasienten hadde i kroppen sin.

Det jeg har forsøkt å vise med disse eksemplene er at kulturelle modeller har to videre implikasjoner for sosiale relasjoner i arbeidslivet; 1) det etablerer og selvforsterker et sosialt felleskap blant annet gjennom språket og hvordan ulike aktører kan forstå og bruke dette språket i en kommunikativ form, som virker naturlig og hensiktsmessig for de som inngår i dette fellesskapet 2) det tilbyr en form for årsaksforklaring til praktiske problemer som oppstår i løpet av en arbeidsdag og legger grunnlaget for videre handling for å løse disse problemene. I Foucault sin forstand så er også kunnskap og makt to sider av samme sak (Schaaning (1993) sitert i Rysst Heilmann 2003) og siden det medisinske kunnskapssystemet er dominerende som årsaksforklaring i sykehuset, vil dette kunne ha stor innflytelse på de ansatte som kulturell modell for tenkning og resonnering. Kulturelle modeller fungerer som mentale kart for resonnering og handling. De koordinerer kunnskap og handlinger slik at man kan behandle informasjon på en håndgripelig måte.

## Oppsummering

Jeg har konstruert tre ulike kulturelle modeller i denne oppgaven: den medisinskfaglige modellen som jeg har identifisert i form av resonnering, fagspråk og kommunikasjon og den omsorgsrasjonelle modellen som jeg har identifisert i form av representasjoner (av hva arbeidet bør

bestå i). Den sistnevnte modellen ”forstyrres” av effektiviseringen og rasjonaliseringen i sykehuset slik som jeg har beskrevet i kapittel fire, men dette igjen utgjør en modell for handling fordi hvis man handler etter denne modellen, oppnår man ro og orden på avdelingen. I figur 1.4 ser vi de forskjellige modellenes karakteristika og hvordan de internaliseres hos aktørene.

**Figur 1.4**

<b>Kulturell modell</b>	<b>Karakteristika</b>	<b>Internaliseringsmåte</b>
Omsorgsmodellen/ideell representasjon	Modellen omfatter alt som har med omsorg i forhold til behandlingen av pasienter. De ansatte ønsker at arbeidet deres i størst mulig grad skal konsentreres rundt denne modellen	Modellen innlæres allerede ved utdanningen av sykepleiere. Den definerer arbeidet deres og fungerer som profesjonsindikator.
Rasjonaliseringsmodellen	Modellen benyttes for å få ”orden og trygghet” på avdelingen. Modellen får sitt eksplisitte uttrykk gjennom ”det å få flyttet/sendt pasienter”	Aktørene internaliserer denne modellen gjennom organisasjonens krav om en økt instrumentell praksis.
Den fagmedisinske modellen <sup>24</sup>	Benyttes som kommunikasjonsmiddel på sykehuset generelt og den fungerer som modell for resonnering ved problemløsning	Modellen internaliseres i utdanningen og ved organisasjonen i samspill mellom ulike aktører og profesjoner. Den benyttes i daglige ritualer som vaktskifter og visitter

Quinn (i D´andrade & Quinn 1992, Strauss & Quinn 1997) tar utgangspunkt i folks *representasjoner* av noen kulturelle modeller (ekteskap) og studerer deres indre konflikter som oppstår idet mennesker prøver å oppnå målene ved disse modellene (D´andrade & Strauss 1992:231-232). Selv har jeg hatt nytte av å kunne observere hvordan aktører handler og snakker om sin virksomhet i en gitt sosial kontekst. Slik har jeg hatt muligheten til å koble utsagn med handlinger. For eksempel har jeg sett hvordan de takler en stor pasientstrøm og jeg har lyttet til det

<sup>24</sup> Haukelien (2000) skiller mer eksplisitt på forskjeller mellom profesjoner og anvendelse av språk i sykehus, hvor hun skriver at legenes språk er mer preget av ”fakta” enn sykepleierens. Hun gjør også rede for hvordan de ulike profesjonene tituleres forskjellig og hvordan begrepet ”legevisitt” har fått sitt navn ut i fra den ene av disse to profesjonene, som om det var bare leger som går ”legevisitt” (2000:100). Men selv om disse forskjellene beskriver fundamentale sider ved en type sykehuskultur (som jeg også beskriver i kapittel 8), blir de sekundære i forhold til min analyse av denne kulturelle modellen fordi jeg har analysert modellen med tanke på kommunikasjon og resonnering. Den medisinskfaglige modellen anvendes i følge mine observasjoner av begge profesjoner når det gjelder årsaksforklaring og resonnering.

de har fortalt meg om dette. De snakker da om seg selv som en gruppe i organisasjonen som prøver å "si ifra om uhåndterlige tilstander men som ikke blir hørt på av beslutningstakerne". Fra dette perspektivet kan man si at jeg har fulgt Strauss (1997) gjennom å undersøke hvilke kulturelle modeller som genererer tilløp til konflikt eller underbygging i oppnåelsen av visse ønskelige mål (D'andrade & Strauss1992:231). Rasjonaliseringsmodellen er også internalisert av mine informanter og fungerer som en egen kulturell modell, men her må vi legge til et perspektiv om strukturelt betinget press fra organisasjonens side. Jeg har argumentert for at denne gruppen har egne kulturelle modeller for handling; en modell for omsorg som igjen blir utfordret av den andre kulturelle modellen for handling; effektivisering og rasjonalisering og til slutt modellen for samarbeid og kommunikasjon (den medisinskfaglige). Disse modellene har ulike opphav og internaliseres gjennom så forskjellige sosiale mekanismer som; fagtradisjon (sosialisering av verdier), strukturell makt og kommunikasjon.



## Kap 8 - Struktur og kommunikasjon

Allerede første dagen av mitt feltarbeid opplevde jeg samhandling mellom profesjoner som jeg fant interessant. Basert på det jeg så og historier som informantene mine fortalte, opplevde jeg at det var en viss sammenheng mellom utøvelse og utnyttelse av maktsymboler knyttet til kjønn og profesjon<sup>25</sup>. Nå sier ikke jeg at alle mannlige leger utnytter sin egen posisjon til å utøve makt innad i organisasjonen. Jeg har mange observasjonelle data som tilsier noe annet, hvor samhandling mellom profesjonene er preget av humor og respekt. Tidligere var de fleste leger menn, men denne kjønnsstrukturen i norske sykehus har begynt å endre seg nå. På ”min” avdeling var det en stor andel kvinnelige leger, hvor relasjonene mellom jordmødre og leger bar preg av å være egalitære. En jordmor som hadde jobbet på en annen avdeling på senteret kommenterte forholdet mellom leger og sykepleiere som mye mer differensiert på den andre avdelingen, men dette er noe jeg ikke har undersøkt i min studie. Jordmødrene kunne ofte diskutere eller kritisere en eventuell beslutning denne kvinnelige legen måtte ha foretatt i forhold til pasientbehandling, men jeg opplevde ikke noen kritikk som gikk på negative personlige egenskaper, som kom til uttrykk i form av legens maktposisjon i jobbhierarkiet. Slik var det ikke i relasjonen mellom noen av de mannlige legene og jordmødrene og barnepleierne. Jordmødrene fortalte om hendelser der de hadde blitt utsatt for urettmessig eller utidig kritikk fra mannlige leger. En jordmor fortalte følgende historie da hun inne på et pasientrom og skulle sette en sprøytevaksine:

Jordmor: ”Etter at jeg hadde satt sprøyten, brøt legen ut at jeg ikke satte den hardt nok. Han gjorde en kjempestor sak ut av at jeg ikke hadde satt sprøyten hardt nok, og regelrett kjeftet på meg foran pasienten og familien. Jeg mener, det er jo ikke så mange måter å sette en sprøyte på. Jeg følte meg så utilpass og flau. Hvis han syntes jeg gjorde noe galt, kunne han i det minste vente til etterpå, og ikke henge meg ut foran alle de andre på den måten.”

En annen situasjon som eksemplifiserer symbolmakt blant mannlige leger var når jeg stod ute i korridoren på fødeavdelingen og snakket med to ansatte som satte inn utstyr på et lagerrom. En mannlig lege kom ut i korridoren og spurte om en av dem kunne komme inn på vaktrommet og hjelpe ham med å sette over en telefon. En av de ansatte satte fra seg det hun holdt på med og fortet seg inn på vaktrommet. Inne på vaktrommet var legen meget oppgitt over at det ikke var noen tilstede på vaktrommet. Han spurte; ”hvor er alle samme hen? Hvor er dere”? Jordmoren visste ikke

---

<sup>25</sup> Selv om jeg her skriver at kjønn spiller en viktig rolle i utøvelsen av symbolmakt, er ikke kjønn et analytisk begrep som jeg konsentrerer meg om i denne oppgaven. Se blant annet Haukelien (2000), Vike (2002) hvor kjønn blir problematisert mer inngående. Jeg skriver at kjønn utgjør en forskjell, men jeg går ikke inn i en teoretisk diskusjon omkring dette fordi jeg heller konsentrerer meg om profesjoner, kommunikasjon og teknologi.



hvordan man satte over telefonen og legen ble enda mer oppgitt over at det tok så lang tid. Til slutt kom det en annen jordmor inn på vaktrommet som kunne hjelpe til. Hun måtte roe legen litt ned og spurte om hvem han skulle ha tak i. Legen sa hvem han skulle snakke med og hvilken avdeling vedkommende hørte til under. Deretter satte jordmoren over telefonen til den avdelingen som legen ønsket å få tak i. Det virket som om den andre jordmoren som ikke kunne hjelpe til, følte seg veldig brydd og utilpass av den strenge tilsnakkingen hun hadde fått av legen.

Det virker som om jordmødrene utvikler strategier for hvordan man skal takle slike mannlige leger. Under en previsitt ble en mannlig lege opprørt over at en forkortelse var skrevet feil på journalen til en av pasientene. Han lurte på hvem det var som hadde skrevet det slik og jordmoren som bistod ved previsitten sa hun ikke viste hvem det var. De begynte en lengre diskusjon om hvordan forkortelsen skulle skrives og til slutt sa jordmoren; ”men dere leger sier jo så mye forskjellig om hvordan ting skal gjøres, hvordan kan vi vite hva som er rett til enhver tid.” Jordmødrene og barnepleierne må på mange måter innrette seg etter legene innad i organisasjonen. Siden jordmødrene representerer omsorgsrasjonaliteten i behandlingen, har de et moralsk ansvar i forhold til å ta seg av pasienten i tilfeller hvor det har vært utøvd dårlig eller negativ kommunikasjon. Jordmødrene blir de som må ”rette opp skaden” overfor pasienten. Dette bekreftes av andre som har drevet forskning omkring relasjoner mellom leger og sykepleiere på sykehus, se for eksempel Sverre (2005) og Haukelien (2000). Sykepleierens ansvarsområde defineres ut i fra holisme; et helhetlig ansvar. Sykepleieren har ansvar for at pasienten får en generell positiv opplevelse av avdelingsoppholdet (se også Haukelien 2003). En jordmor fortalte på pauserommet om en episode fra en fødsel hvor legen måtte foreta klipping:

Jordmor: ”Det går da ikke an å klippe med dette her! sa han (legen), også bare slengte han saksa på gulvet. Det er greit at han synes at utstyret er i for dårlig stand, men man kan ikke oppføre seg sånn mens pasienten ligger der og føder. Tenk hva de (moren og faren) måtte ha følt.”

Det som blir sett på som dårlig kommunikasjon overfor pasienter kan også forekomme hos jordmødre og barnepleiere, og dette blir ansett som veldig uprofesjonelt.

Barnepleier: ”Det var en barnepleier som hadde vært inne hos en pasient hvor pasienten hadde blødd når hun ammet. Da hun hadde sett alt blodet som kom ut hadde hun satt et vrent ansikt og nærmest uffet seg ut av rommet! Det går bare ikke an å oppføre seg sånn i en slik situasjon altså...”

Sykepleierne blir ansett av seg selv for å ha en ekstra moralsk forpliktelse overfor pasientens generelle velvære på avdelingen. Denne moralske forpliktelsen overfor pasientene eksemplifiseres i uttallige lærebøker i sykepleievitenskap. Se for eksempel Martinsen (1993) og Delmar (1999). Sverre (2005) påpeker hvordan sykepleierne blir opplært i å føre en helhetlig omsorg på avdelingene. Hun skriver hvordan ”sykepleieren må være altruistisk og alltid sette pasientens behov i sentrum og møte dem med respekt, nestekjærighet, hjertelighet og følelse” (2005:121). På fødeavdelingen kan legene på en måte distansere seg fra denne helhetlige omsorgen ved at de kun blir kalt inn for å utføre operasjoner hvor de behandler bare ”deler” av kroppen. Under mitt feltarbeid opplevde jeg hvordan legene blir tilkalt hvis det oppstår komplikasjoner og da kommer de inn på avdelingen og gjør det de må før de drar til en annen avdeling og utfører et annet arbeid. Et eksempel på en slik situasjon kan foregå slik:

En jordmor kommer i døråpningen til vakthavende jordmor inne på vaktrommet og sier: ”Du må komme inn på femmer’n og se på en ruptur, jeg lurer på om det er en totalruptur eller ikke”. Begge går inn på rommet og etter en stund kommer de tilbake til vaktrommet. Vakthavende: ”Nei, jeg mener det ikke er en totalruptur, man kunne kjenne noe vev der, men jeg tror vi skal ringe etter en lege som kan komme og se på henne”. Hun ringer og etter en stund kommer en lege som går inn til pasienten. Hun kommer tilbake til vaktrommet etter å ha vært inne hos pasienten for å undersøke henne og sier at hun mener det er en totalruptur og at pasienten må sendes opp til operasjonssalen for å syes. Dermed forsvinner legen raskt ut igjen og går videre til en annen avdeling.

Legene bruker også teknologiske redskaper som distanserer dem fra pasienten. Når man kun behandler kroppen som objekt og når man forholder seg til enkelte deler av dette objektet, forsvinner fokuset bort fra helheten. Legene har dermed mulighet til å skape en slags symbolsk distanse og en egenkontrollert utilgjengelighet. Dette gjelder selvfølgelig ikke alle leger fordi dette kommer an på legens funksjon. Det er stor forskjell på en lege som jobber på fødeavdelingen ved Ullevål sykehus og en fastlege som har pasienter hun kjenner godt og har jevnlig kontakt med. Jeg anser heller ikke legene som mindre moralske, men at arbeidet deres på sykehuset er organisert rundt kortere relasjoner til pasienten og en nomadevirksomhet hvor legen beveger seg fra avdeling til avdeling. På fødeavdelingen har jordmødrene og barnepleierne en mer langvarig og intersubjektiv relasjon til pasienten og de blir derfor moralens vokter som skal humanisere den objektive og formålsrasjonelle virksomheten. Disse noe ulike jobbpraksisene genererer forskjeller i kulturelle modeller for handling. De kulturelle modellene som de ulike gruppene internaliserer

gjennom denne praksisen, er identitetsgenererende og skaper forskjeller i hvordan de to gruppene forholder seg til pasienten i en behandlingssituasjon.

## **Informasjonsbegrensninger**

Profesjonenes posisjon i kunnskapshierarkiet gjør som vi har sett ovenfor, at noen mannlige leger kan utøve og blir av andre, tilegnet en symbolsk makt. Samtidig er interaksjonen mellom leger og jordmødre preget av å være mest mulig faglig rettet, sett bort i fra noe "small talk" som bidrar til en litt mer lystig og hyggelig tone inne på vaktrommene og pauserommet. Legene på avdeling for obstetrikk fungerer som "nomader" mellom de ulike avdelingene på huset.<sup>26</sup> Derfor er de ofte på avdelingen for å utføre én spesiell oppgave for så å gå videre til en annen avdeling.

Det sitter to jordmødre og en barnepleier inne på vaktrommet på føden. De prater om pasientene som ligger inne på de ulike fødestuene og om det nye intranettsystemet som har blitt tatt i bruk. Det kommer en lege inn og hun begynner å prate med vakthavende jordmor om en pasient. De snakker sammen en liten stund omkring tilstanden til pasienten og hva de bør gjøre med henne. Etter hvert begynner de å prate sammen alle som sitter i rommet. De snakker om litt av hvert og kommer inn på de ulike rollene de forskjellige har på sykehuset. Legen begynner å snakke om da hun var student:

Lege: "Da jeg var student i Tyskland vet du, da var det ikke noe kjære mor å skulle forholde seg til jordmødrene der altså."

Jordmor: "Å? Ikke det?"

Lege: "Nei, det skal jeg si dere. Det var strenge og stramme damer det. Det var jo så vidt vi turte å snakke med dem i det hele tatt", sa hun leende.

Jordmor: "Ja, når du snakker om det. Jeg husker da jeg var sykepleiestudent i min tid. Da fikk vi ikke lov å spørre en gang. Legen gikk fremst med en hale av studenter og de som var tidligst i studieforløpet de måtte stå helt bakerst, så da hørte vi jo ingenting av det legen sa for noe, og vi så ikke noe av det han gjorde". Hun lo og sa; "Det var jo helt på trynet hvordan man gjorde det på den tiden. Det skulle liksom være sånn."

Dette er et eksempel på en vanlig samtale mellom legene og de andre profesjonene når de snakker sammen inne på vaktrommet. Som regel er det mest faglig prat men hvis de har tid kan det hende de snakker om litt andre ting også. De ulike profesjonsgruppene får sjeldent snakket sammen om

---

<sup>26</sup> Det heter "avdeling for obstetrikk" selv om dette navnet kan virke noe misvisende siden man bruker begrepet "avdeling" om fødeavdelingen og barselavdelingen som jo er under avdeling for obstetrikk på organisasjonskartet.

hvilke problemer som oppstår på tvers av gruppene. En lignende konklusjon har fastlege Geir Erik Nilsen kommet fram til fra et annet sykehus. Følgende framstilling av problemet stod oppført i NOU 2005:3:

Vi vet for lite om andres arbeidsoppgaver eller arbeidssituasjon. Mange av våre kolleger kjenner vi ikke ansiktene på. Vi har få felles møteplasser. Det er ikke klima eller tradisjon for direkte faglig tilbakemelding, ros eller ris, selv om læringspotensialet her er veldig stort (NOU 2005:3).

Denne tendensen gjør seg gjeldende i kommunikasjonen mellom profesjonene og mellom avdelingene. En jordmor på pasienthotellet sa følgende om sine kolleger på fødeavdelingen:

Jordmor: ”Vi kjenner ikke hverandre og vi har ikke noe kontakt med de som jobber der (på fødeavdelingen). Det hadde nok vært en fordel om vi kanskje kjente hverandre bedre.”

Tilsynsrapporten fra Helsetilsynet Oslo & Akershus rapporterte følgende avvik fra tilsynsloven § 3<sup>27</sup>:

”Det er ikke etablert noe fast forpliktende og løpende forum for faglig samarbeid mellom jordmødre og leger.”

Denne uttalelsen ligner mye på det en jordmor sa til meg som er nevnt i kapittel 6 når det gjaldt deres relasjon til legene. Hun mente at ”det hadde vært en fordel om jordmødrene kjente legene bedre for slik kunne de kanskje kommunisere bedre”, sa hun. Når mennesker skaper organisasjoner setter de begrensinger for deres kapasitet til å behandle informasjon, skriver Douglas (1986:55). skiller i denne sammenhengen mellom møtesystemet og hierarkiet hvor møtesystemet er mengden møter som jevnlig finner sted i sykehuset og hierarkiet er den formelle oppgave- og ansvarsfordelingen på individer og roller og samhandlingsmønstre som følger av disse (Lyngdal i Repstad 1988:102). Det er med andre ord to problemstillinger som dukker opp i forbindelse med vårt eksempel: 1. Forholdet mellom møtesystemet og hierarkiet. 2. Formalisering av ansvarsområder. La oss ta det første punktet først. Vi kan se at avdelingsmøtene er organisert ut fra hvem som er ansatt på avdelingen og utgjør to profesjonsgrupper; nemlig barnepleierne og jordmødrene. På avdelingsmøtene blir saker som opptar alle arbeidsgrupper som til daglig utfører sitt arbeid på avdelingen tatt opp, men de blir bare diskutert mellom de to førstnevnte. De ansatte tar opp sakene

---

<sup>27</sup> Helsetilsynet har i sine tilsynsrapporter en felles mal for hvilke områder ved virksomheten som skal dekkes. Avvik defineres som mangel på oppfyllelse av myndighetenes krav i dette tilfellet gjaldt det Tilsynsloven § 3 (om plikt til internkontroll), jf. forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten.

med avdelingsleder som da er informasjonsformidler i den vertikale kommunikasjonsstrømmen (hierarkiet). En jordmor fortalte at hun var veldig fornøyd med hvordan kontakten med avdelingsjordmor var blitt;

Jordmor: ”Nå har vi veldig god kontakt med avdelingsjordmor. I det siste har vi hatt daglige morgenmøter før rapporten hvor vi har kunnet ta opp saker til behandling.”

En annen konkluderte med det samme;

Barnepleier: ”Vi har veldig god kontakt med avdelingsjordmor og jeg føler jeg blir hørt hvis det er noe. Men de over har jeg ingen kontakt med.”

Avdelingsjordmor har begrenset mulighet og kapasitet til å videreføre all informasjon som foregår på avdelingsnivå til enhver tid. På grunn av dette er det noe informasjon som ikke går på tvers av disse to systemene. Spørsmålet blir da om avdelingsmøtene i det hele tatt har noen reell innflytelse? Eller er disse møtene kun proforma gjennomførelse for å ivareta en form for demokratisk deltakelse på avdelingsnivå? Dette spørsmålet kan jeg ikke svare på, men mine data forteller at informantene har et generelt åpent og demokratisk forhold til ledelsen på avdelingsnivå, men da jeg spurte hvordan deres forhold til den øvrige ledelsen var, ble svaret et unisont ”*intet forhold i det hele tatt*” (bortsett fra i forbindelse med større seminarer), og at en annen form for kontakt var noe flere av mine informanter savnet.

## **Hierarki og profesjon**

Hierarkimodellen og profesjonsmodellen er modeller for styring i sykehus. Eriksen (1999) skriver følgende; ”enhver formell organisasjon forutsetter og er betinget av en uformell organisasjon. Disse to strukturene er ofte inkongruente” (ibid:165). Beslutningsprosessene som blir foretatt i sykehus baserer seg både på en hierarkisk og profesjonsbasert beslutningsmodell (ibid:164-165). Det vil si at kommunikasjonsstrømmen som går ovenfra og ned formidles via paragrafer, instruksjoner og forskrifter for å gjøre kommunikasjonen mindre kompleks og mer effektiv. Samtidig er den under kontroll av profesjonell kyndighet som har som formål å sikre sin egen faglige og sosiale plass i hierarkiet. Dette er noe som karakteriseres av noen som ”profesjonskamp”, se for eksempel Erichsen (1996).

## **Forhandling av ansvar**

Profesjonene som til daglig jobber sammen ved avdelingen har sine egne definerte og differensierte oppgaver i forhold til behandlingen av pasienten. Dette blir sett på som et viktig ledd i å ivareta sikkerheten, og for at det skal være en kvalitetskontroll på arbeidet som utføres. Under en fødsel kan uforutsette hendelser skje veldig fort og noen ganger kan det være fare for enten mors eller barnets liv. Derfor er de ulike funksjonenes ansvarsområde mest mulig formalisert. Hvis fødselen går som normalt er det jordmødrene som tar seg av hele fødselen, men hvis noe uforutsett oppstår blir det tilkalt lege. Men det er ikke bestandig det er mulig å få tak i en lege ved akutte tilfeller. Dette gjør at jordmødre må ta avgjørelser som bare leger normalt har fullmakt til å ta. Under et personalmøte spurte en erfaren jordmor om hun kunne ta opp denne problemstillingen. De som oftest deltar på personalmøtene er jordmødre og barnepleiere som jobber på føde/barsel avdeling, men det kan også være leger tilstede hvis han eller hun har noe ledig tid eller tilfeldigvis befinner seg på avdeling akkurat da. Det er avdelingsleder som er leder og ordstyrer under møtene og hun utnevner også en møtereføret i forkant av hvert møte. Hun skriver ned hvilke saker som blir tatt opp og hva som blir sakt i forbindelse med sakene. Pauserommet er et rom hvor det tidvis er mye aktivitet og det fungerer også som gjennomfartsåre mellom fødeavdeling og barselavdeling for de ansatte. Dette betyr at det også forekommer en god del annen aktivitet parallelt med avdelingsmøtene. Det kan være folk som snakker sammen eller det kan være folk som går ut og inn av medisinerommet som ligger integrert i selve pauserommet. Dette bidrar til å forme en mer uformell stil på møtene og selv oppfattet jeg denne trafikken som noe forstyrrende. Men mine informanter var tydeligvis mer vant til en slik møteform og det så ikke ut som om noen brydde seg nevneverdig ved dette. Sakene som blir tatt opp på disse møtene strekker seg mellom forskjellige temaer; alt fra små praktiske problemer til mer omfattende problemstillinger omkring kvinners arbeidsforhold i omsorgsykker. En problemstilling som jeg vil problematisere her, er fra en uttalelse som kom fra en jordmor på et slikt avdelingsmøte. Jordmoren satte spørsmålsteget ved oppgavefordelingen i relasjon til hvilken profesjon man tilhørte. Hun fortalte sin historie om en gang hvor følte hun måtte rope ut katastrofeseccio<sup>28</sup> fordi hjertelyden til barnet var faretruende lav. Det var med andre ord fare for barnets liv. Da det ikke var en lege til stede på avdelingen, måtte hun ta avgjørelsen selv og sende pasienten på operasjon slik at et keisersnitt kunne utføres. Hadde hun valgt å følge forskriftene og tilkalt en lege, ville barnet muligens ha dødd fordi det hadde tatt for lang tid før beslutningen hadde blitt tatt. I etterkant av denne episoden hadde jordmoren fått skryt av sin besluttsomhet av både leger og andre jordmødre fordi hun hadde tatt ansvar og bedt om

---

<sup>28</sup> Katastrofeseccio er det medisinske begrepet for akutt keisersnitt. Dette blir igangsatt hvis det plutselig oppstår komplikasjoner og det er fare for at liv går tapt.

katastrofesectio. Men det interessante er at handlingen bare ble akseptert fordi legene anså henne som en erfaren jordmor som hadde jobbet med fødsler i mange år. Det var med andre ord et spørsmål om personlig egenhet som avgjorde hvorvidt en slik handling ble sosialt akseptert eller ikke. Jordmoren stilte spørsmål omkring å utvide jordmødres mandat til å ta slike avgjørelser. Muligheten til å ta slike avgjørelser krysser profesjonalitetsgrenser og utfordrer den andre profesjonens homogenitet. Legenes yrkesetikk er i sterk grad definert ut i fra sitt mandat til å ta slike avgjørelser, og denne yrkesetikken er i stor grad kontrollert av legeprofesjonen. En utvidet profesjonalisering av jordmødreyrket vil derfor gå på bekostning av legeprofesjonen og utgjør derfor en trussel for dens makt, selvforståelse og organisatorisk innflytelse (Lauvås & Lauvås 1994:69-89).

## **Kontekstuell rasjonalitet**

Kontekstuell rasjonalitet referer til handling som stemmer overens, er koherent, med gitte normer. Dette er normregulert handling (Eriksen 1999:120). Det vil da si at det finns regler, identiteter og roller som styrer og utfører denne atferden, som da er ”riktig” når den stemmer overens med situasjonen. Et annet eksempel på når kontekstuell rasjonalitet gjør seg gjeldende er hvordan en barnepleier etter fødselen har tatt sted, tar med seg far for å veie og måle lengden på den nyfødte. Dette er ”riktig” atferd for en barnepleier i en slik situasjon. Samtidig skriver Eriksen; ”Praksis basert på den kontekstuelle rasjonalitet kommer i stigende grad til kort overfor de utfordringer sykehuset møter (ibid:121). Det første eksempelet viser at det pågår en diskusjon innad i profesjonene om hva slags kriterier som bør gjelde for å utøve handlinger som avviker fra profesjonsnormativ atferd. Hvis vi problematiserer denne hendelsen som jordmoren fortalte om ved å bruke kulturelle modeller, handlet jordmoren annerledes enn hva den kulturelle modellen tilsa hun skulle gjøre. Hadde hun handlet på bakgrunn av den kulturelle modellen ville hun løpt og skaffet en lege som kunne ropt ut katastrofesectio. Den prekære situasjonen som oppstod gjorde at jordmoren måtte improvisere og finne alternative løsninger til problemet. Det er dette som gjør kulturell modell-teorien så dynamisk, fordi den kan omfatte endringer i kulturelle modeller som utvikler seg over tid og i tillegg kan den fange hvordan individer improviserer og velger mellom disse modellene (Strauss & Quinn 1997:100). På avdelingsmøtet var det kun jordmødre og barnepleiere til stede, fordi disse profesjonene er formelt ansatt ved avdelingen. Derfor forblir disse temaene diskutert innad de ulike profesjonsgruppene, men sjeldent på tvers av disse gruppene. Denne antakelsen underbygges ved å se på tilsynsrapporten av fødeavdelingen som ble utført av Helsetilsynet i Oslo og Akershus 8. og 9. juni 2004. Tilsynet påpeker mangelen på faglige møtesteder mellom leger og jordmødre:

Det ble under tilsynet påvist flere mangler med virksomhetens systematiske internkontroll- og kvalitetssikringsarbeid. Man har ikke implementert adekvat avvikshåndtering. Det ble påpekt mangler ved bruken av virksomhetens resultatdata, og man har ikke noe fast fora for faglig samarbeid mellom leger og jordmødre. Det ble også påpekt mangler ved virksomhetens faglige prosedyrer (Tilsynsrapport Helsetilsynet 2004).

I foredraget til direktøren (kap5), snakket han om hvordan mange som jobbet i sykehussektoren hadde en faglig yrkesstolthet som var lite mottakelig for ekstern kritikk. Han advarte da mot at en slik yrkesstolthet skulle være til hinder for mottakelsen av det som kunne være konstruktiv kritikk. Dermed etablerte han en felles medisinskfaglig identitet som gjaldt både for leger, jordmødre og hjelpepleiere. Jeg har forsøkt å forklare dette ut ifra symbolanalyse og gjennom skjemateori. I symbolanalysen forsøkte jeg å få fram hvordan ledere anvender (bevisst eller ubevisst) symboler og begreper som har som formål å konstruere et felleskap som går på tvers av profesjoner, ledelse og ansatte. Gjennom skjemateori prøver jeg å forklare hvordan mine informanter tenker og resonnerer på bakgrunn av en medisinskfaglig modell som genereres gjennom språket som blir anvendt på avdelingen i dagliglivet og i ritualiserte kontekster. I noen sosiale kontekster skapte jordmødrene og barnepleierne en felles identitet som ble organisert rundt avdelingen som fellesskapsindikator. Dette er det jeg kommer til i neste kapittel om "skjebnefellesskapet" (Repstad 1988). Skjebnefellesskapet er en del av motstandsstrategien til de som er ansatt ved føde/barselavdelingen. De kritiserte arbeidsforholdene og fødesituasjonen på sykehuset. Denne identiteten kom sterkest fram i diskusjoner og situasjoner hvor de snakket om høyere ledelse og Helse Øst (RHF).

## **Teknologi**

"I vårt samfunn blir en teknologi hovedsakelig vurdert ut ifra hva den gjør og ikke ut ifra hva den "sier" (Sørhaug 1996:90).

I senere tid har forholdet mellom teknologi og mennesker vært studert av sosialantropologer, og utgjort et nytt og spennende felt innen antropologisk forskning. Se (Mackenzie & Wajcman 1985, Asdal, Brenna, Moser 2001, Hepsø 2002). Disse forfatterne ser på hvordan teknologi anvendes av mennesker og hva dette kan fortelle oss om sosial organisasjon. Teknologien er på mange måter kulturell og den "sier noe om noe".

Jeg vil nå argumentere for at man kan studere sosial struktur gjennom å studere teknologi, eller nærmere bestemt hvordan teknologien anvendes. Jeg vil sammenligne hvordan teknologi anvendes blant en liten gruppe urinnvånere i Australia som levde som jegere og sankere (Sharp 1952), med hvordan et dataprogram anvendes i et norsk sykehus.



### ***Steinøkse - både kultur og teknologi***

Denne gruppa med jegere og sankere var i besittelse av steinøkser som hadde magiske evner og øksene var gudegitte. Øksene var en sjelden og verdifull gjenstand som var en del av en større byttehandel mellom andre grupper hvor øksene kun kunne skifte eier mellom voksne menn. Kvinner og barn fikk mulighet til å låne en steinøks nå og da men aldri eie en selv. Det var med andre ord politisk prestisje knyttet opp til det å eie en steinøks. Da misjonærene ankom området hvor denne gruppen levde begynte misjonærene å gi bort ståløkser til alle Yir yoronten (Yir Yoront som denne gruppen het) som viste interesse for deres forskjellige misjonsprosjekter, også til kvinner og barn. Yir yorontene mistet dermed en spesiell teknologi som bandt deres kulturelle meningsfære sammen fordi steinøkse ikke lenger ga noen form for prestisje hos de som eide den. Yir yorontene levde i en kultur hvor de tekniske sfærene var veldig tett sammenvevd med de sosiale sfærene (Sørhaug 1996:93), og derfor opplevde gruppen en slags sosial og eksistensiell krise med innføringen av ståløkse. Et annet aspekt ved denne sosiale endringen er at kvinnene i denne gruppen mest sannsynlig fikk mulighet til å yte mer politisk prestisje som et resultat av ståløkseas inntreden.

### ***Dataprogrammer og kultur***

Teknologi og kultur henger også sammen i moderne og formelle organisasjoner. Dette ser vi ved følgende empiriske eksempel fra mitt eget feltarbeid: Under feltarbeidet hadde avdelingen et registreringssystem av pasientdata som het Gjessing System (Gjessing Consulting). Dette dataprogrammet har vært i bruk på norske sykehus siden 1996. Systemet skulle nå skiftes ut fordi det ble kritisert for å være for ”legeorientert”. Det tok ikke hensyn til informasjonsbehandling tilpasset de andre profesjonene som også var brukere av systemet. Hva kan dette fortelle oss om teknologi og kultur ved sykehuset? Under et avdelingsmøte på avdelingen ble det stilt spørsmål til avdelingslederen om noen av dem som skulle bruke programmet til daglig (jordmødre og barnepleiere), fikk være med å evaluere dette nye registreringssystemet:

Avdelingsjordmor: ”Snart skal det innføres nytt program hos oss som skal erstatte det gamle Gjessing-systemet.”

Jordmor: ”Jeg har et spørsmål om det vil være noen av oss som skal bruke dette nye programmet til daglig, som får være med å evaluere det?”

Avdelingsjordmor: ”Nei, det er det ikke. Men det er en bra sammensatt gruppe som skal evaluere det.”

Dette eksempelet viser at det teknologiske utstyret i sykehussektoren først og fremst tilpasses legene, til tross for at mye av det administrative arbeidet og annet registreringsarbeid utføres av andre profesjoner innenfor organisasjonen. Dette programmet har altså eksistert i nesten ti år ved avdelingen og nærmest utelukkende tatt hensyn til legenes informasjonsbehandling, selv om dette programmet har vært en veldig viktig del av arbeidsdagen til både jordmødre og barnepleiere helt siden programmet ble innført i 1996. Når systemet nå skal skiftes ut og nye skal erstatte de gamle, blir de som representerer omsorgsarbeidet i organisasjonen holdt utenfor vurderingen av anvendbarheten til de nye systemene.

Inne på vaktrommet klaget en av mine informanter over dataprogrammet;

Jordmor: ”Jeg er så lei av dette programmet nå”. Hun snur seg mot vakthavende jordmor og spør: ”Kan ikke du hjelpe meg litt her? Jeg lurer på hva jeg skal skrive inn her”, sier hun og peker mot skjermen. Vakthavende triller stolen sin bort og forklarer.

Etterpå spør jeg: ”Skal ikke det programmet skiftes ut etter hvert?”

Jordmor: ”Jo det skal det, og bra er det. Det gjessing-programmet er altfor legeorientert.”

Eriksen (1999) skriver følgende; ”Stadig oftere oppstår irrasjonaliteter og uforsonlige motsetninger på grunn av strukturelle misforhold og teknologisk utvikling” (1999:121). Teknologi er med andre ord ikke bare utstyr som foretar et sett med funksjoner av seg selv, det taes i bruk av mennesker og tilpasses mennesker. Teknologien representerer og eksemplifiserer og uttrykker dermed en sosial struktur innenfor dens eget anvendelsesområde. I vår kultur er vi av den oppfatning at teknologien er objektiv og på alle måter avsondret fra menneskenes egne verdisystem. Dette er en kulturell særegen måte å erfare verden på. Teknologien sier alltid ”noe om noe“ så lenge den anvendes av mennesker i en kulturell kontekst. ”I mange kulturer innebærer dette ikke bare at ting har mening, mange ting mener også noe” (Sørhaug 1996:90). Så lenge teknologien på sykehuset over mange år har eksistert i form av å legge til rette for legenes funksjon i sykehuset, kan teknologien si meg noe om sykehusets kultur, hvor en profesjonalitet yter en stor politisk prestisje og hvor teknologien er med på å belyse og eksemplifisere denne sosiale strukturen. En slik tilpasning av teknologi argumenterer jeg for at er med på å underbygge en symbolmakt som enkelte leger benytter seg av. Slik som et dataprogram kan belyse sosiale strukturer i et moderne sykehus, kan en steinøks i et tradisjonelt samfunn belyse de samme sosiale mekanismene. Med dette utgangspunktet kan man bryte ned det vestlige epistemologiske skillet mellom person og ting og se teknologi som en forlengelse av menneskene som anvender det (Sørhaug 1996).

## **Skjebnefellesskapet**

Skjebnefellesskapet er min konstruksjon og ble ikke brukt av informantene selv. Jeg finner begrepet anvendbart fordi det var mange informanter som følte at de som jobbet på avdelingen (barnepleiere og jordmødre), var en gruppe ansatte på sykehuset som ikke ble hørt på. Dette kom sterkt til uttrykk i forbindelse med en spørreundersøkelse som de ansatte hadde hatt i forbindelse med arbeidsmiljø.

## **Trafikklyset**

Det må med andre ord være bra om de selv føler at de har innflytelse og kontroll med sin egen arbeidssituasjon. Tilsvarende vil man tro at deltakernes identifisering med mål og midler avtar eller overhodet ikke kommer i stand om de føler seg maktesløse eller fremmede i organisasjonen (Løchen 1976 i Lauvås & Lauvås 1994:100).

I over to år (høsten 2003 og høsten 2004) har de ansatte på avdelingen (kun jordmødrene og barnepleierne) hatt årlige spørreundersøkelser, såkalte "trafikklys". Disse undersøkelsene skulle si noe om deres forhold til ledelsen og deres arbeidsmiljø generelt. Her kunne hver enkelt person anonymt ta opp ulike problemer som de syntes var fremtredende ved avdelingen og ledelsen. Trafikklyset skulle være en pekepinn på hva som er galt og hva som eventuelt kan forbedres når det gjelder disse temaene. Trafikklyset ble lest og evaluert av ledelsen som etterpå laget en oppsummering av problemene som igjen ble delt ut til de ansatte. Deretter deltes det ut et nytt trafikklys for å se om noe hadde blitt bedre eller om det hadde blitt verre. Det siste trafikklyset hadde en beskjeden svarprosent på 52 %. Hvorfor var det så lav deltakelse?

Trafikklyset ble tatt opp som tema for seminaret som jeg ga en analyse av i kapittel fem. Her var det en foredragsholder (som for øvrig ikke var viktig i forbindelse med den ovennevnte analysen i kap.5), som blant annet tok for seg denne trafikklysundersøkelsen. Foredragsholderen brukte aktivt humor i sitt foredrag for å fremme poenger som skulle virke motiverende på de ansatte. Foredragsholderen fungerte også som "coach" for ledelsen ved divisjonen<sup>29</sup>. Det at så få svarte på trafikklyset kan tolkes som en kollektiv demonstrasjon mot at så lite hadde skjedd ved det forrige trafikklyset. Mange følte at det ikke hjalp med det første trafikklyset, og at det var bare bortkastet tid å fylle det ut. En episode fra jobbseminaret illustrerer dette;

---

<sup>29</sup> Flere av mine informanter uttrykte misnøye med relasjonen mellom coachen og ledelsen fordi de mente han spilte en dobbeltrolle.

Foredragsholderen spurte publikum retorisk;

Foredragsholder: ”Hvordan skal man kunne foreta endringer på avdelingen hvis det er så få som svarer på trafikklysene?”

Jordmor fra salen: ”Kanskje det nettopp var derfor vi ikke svarte på det denne gangen? Fordi det ikke skjedde noen ting siden det første trafikklyset?”

Foredragsholder: ”Ja men det hjelper ikke å gå inn i en slik apati. Man må svare mer. Man må svare mer og tydeligere, først da kan man få til en endring.”

Man kan se at foredragsholderen ikke var enig i at en boikott av undersøkelsen førte fram til endring, men at dette var et uttrykk for ”farlig” stagnasjon og apati blant de ansatte. I etterkant av seminaret spurte jeg flere av de ansatte om trafikklysundersøkelsen:

Jordmor: ”Jeg tror det var fordi at det var ingenting som skjedde i forbindelse med det første trafikklyset, at det var så få som svarte på det andre trafikklyset. Jeg hadde en veldig utførelse på den første undersøkelsen, men man blir jo oppgitt når man føler at det ikke blir gjort noe i forbindelse med disse undersøkelsene. Jeg mener hvis de ikke blir brukt til noe, hvorfor skal man da holde på å svare på dem? Jeg svarte ikke på den andre undersøkelsen. Nei, hvorfor skulle jeg gjøre det?”

En annen jordmor var mer positiv til ”trafikklyset” og syntes det var dumt at så mange var negativ til det. Hun mente for eksempel at det økte antallet møter med avdelingsjordmor muligens var et resultat av undersøkelsene;

Antropolog: ”Hvordan er kontakten med den øvrige ledelsen?”

Jordmor: ”Jeg har lite kontakt med dem.”

Antropolog: ”Har det skjedd noen endringer i forbindelse med undersøkelsene da?”

Jordmor: ”Jeg føler det er et bra samarbeid med den nære ledelsen, for eksempel så har vi begynt med disse morgenmøtene med avdelingsjordmor, og det kan jo sees på som et resultat av undersøkelsene.”

Ved å ikke svare på trafikklyset yter de motstand mot systemet uten at man bryter reglene helt. Mange anså arbeidsmiljøet som positivt og under mine samtaler med de ansatte oppfattet jeg det som om at det var andre forhold ved arbeidsplassen som opptok dem mer. Dette var for eksempel dårlig kapasitet på fødeavdelingen, dårlig flyt av pasienter, kommunikasjonen mellom avdelingene

og andre forhold som hadde å gjøre med pasienter og pårørende. Dette kan tolkes som at det er et misforhold mellom de to aktørene (ledelsen og ansatte) når det gjelder strategier for bedring av faglige og arbeidsmessige forbedringer. Ansatte i førstelinjen vurderer ofte ledelsens handlinger på grunnlag av vurderinger av hva pasienter/pårørende har behov for (vike mfl.2002). Mens ledelsen svarer med at det ikke er ressurser nok, føler de ansatte at de ikke blir hørt på. For de ansatte kan slike behov til tider oppleves som prekært fordi de møter pasientene ansikt til ansikt på daglig basis. Som et resultat av dette forstår jeg de ansattes tilbakemeldinger om at omsorgsdelen de ansatte utfører på avdelingen, ikke anerkjennes av ledelsen og organisasjonen. De føler de ikke blir lyttet til. Da jeg spurte de ansatte hva slags forhold de hadde til ledelsen, svarte de som regel; ”*ikke noe forhold i det hele tatt*”. De hadde ikke kontakt med ledelsen. Kontakten med ledelsen går altså gjennom avdelingsjordmor som de fleste av mine informanter hadde et godt forhold til. Et avdelingsmøte kan fortelle oss noe om hvordan forholdet mellom nær ledelse og de ansatte er:

Møtet foregikk inne på pauserommet og det var mange til stede på møtet. Alle deltakerne satt slik at de kunne se hverandre og ordstyrer som er avdelingsjordmor. Deltakerne rakk opp hånda hvis de skulle si noe og avdelingsjordmor delegerte ordet etter hvem sin tur det var. Under et møte var det en meget aktiv og engasjert jordmor som ønsket å ta opp kvinners rolle i omsorgsykker og spesielt hvordan kvinner systematisk lider under deltidssstillinger og halvtidsstillinger. Hun mente at kvinner i omsorgsykker blir undertrykt og ikke mottar samme rettigheter som andre lønnstakere for eksempel i kravet om syke/uførepensjon, blant annet på grunn av at de blir tvunget til å jobbe i deltidssstillinger. Hun mente dette var kvinneforakt og noe de sammen måtte jobbe systematisk imot. Avdelingsjordmoren sa seg enig i karakteristikken av ”typiske kvinneyrker” men la til at dette ikke var det rette fora for å gå videre med denne saken. I ettertid spurte jeg denne jordmoren om det hun hadde sagt under avdelingsmøtet;

Antropolog: ”Jeg syntes det var interessant det du sa under forrige avdelingsmøte om kvinners arbeidsforhold, er dette noe du jobber aktivt med?”

Jordmor: ”Ja, det er det, og vi mottar god forståelse fra den nære ledelsen om dette, men det er de som sitter lengre oppe i systemet som ikke forstår dette og som ikke gjør noe med det, for det er jo dem som virkelig har mulighet til å endre på slike ting. Og nå er vi altså da en liten gjeng som jobber med dette her.”

I lys av dette kan det virke som om de ansatte føler de har et godt forhold til den nærmeste ledelsen og at de har et mindre fruktbart forhold til den øvrige ledelsen, som ”ikke forstår situasjonen deres”. Sørhaug (1996) skriver dette i forhold til dialektikken mellom åpenhet og avgrensethet til lederskap:

En ledelse som lukker seg rundt seg selv, vil uvegerlig bruke opp makten sin fordi den baserer seg på foreldet kunnskap og etter hvert mister tilliten. Det kan ta tid, men det er slik det går. I motsetning til dette vil en ledelse som behersker dialektikken mellom åpenhet og avgrensethet (mellom dialog og monolog?), ha muligheter for kontinuerlig å fornye sine reservoarer av kunnskap, makt og tillit (1996:63).

De ansatte opplever sitt forhold til den øvrige ledelsen som avgrenset og hvor man ikke har noen reelt fora for kontakt og dialog. Dette har blant annet ført til at jordmødrene og barnepleierne danner et slags ”skjebnefelleskap” hvor de ser på seg selv som en marginalisert gruppe med begrenset makt.

### **Skjebnefelleskap i Malaysia – et komparativt blikk**

Ong (1987) har sett på hvordan Malayiske kvinner i Japanske kapitalistiske fabrikker blir åndebesatt av onde ånder som opptre som menn. Besettelsen gjør at de fysisk går til angrep på sine mannlige sjefer. Ong tolker dette som en kvinnelig motstand mot et hegemonisk system bestående av manns makt. Ong trekker også analysen på en overbevisende måte til sosiale endringer i familiestrukturen og til samfunnet generelt. Åndebesettelsen blir en slags ubevisst protest fra kvinnene som blir utsatt for kontroll og maktovergrep fra ulike sider som familien, samfunnet og fabrikken de jobber i. Man skal være forsiktige med å trekke slike komparasjoner krysskulturelt men eksempelet kan belyse ulike strategier for å demonstrere mot et system hvor noen aktører har en begrenset mulighet til å kunne definere sin egen arbeidsdag. Omsorgsrasjonaliteten som kompetanse er ikke i tilstrekkelig grad anerkjent innad i organisasjonen. Derimot er den til de grader anerkjent av pasientene og mange av de pasientene som hadde vært innlagt ved avdelingen sa at omsorgen jordmødrene viste hadde vært uvurderlig. Dette ”ta-hånd-om”- omsorgsarbeidet er med andre ord avgjørende for at behandlingen skal være god. En pasient som hadde hatt en spesiell tøff fødsel med mange komplikasjoner sa følgende når hun ble spurt om hvordan oppholdet på avdelingen hadde vært:

Pasient: ”Selv om vi har vært igjennom det aller verste som kunne skje så har det faktisk gått veldig fint. De var veldig hjelpsomme. For eksempel så gråt jordmoren sammen med meg, det var veldig fint. De kom og informerte oss om ting uten at vi behøvde å spørre, det var veldig bra.”

Her kan vi se at pasienten anerkjenner omsorgsverdien i arbeidet jordmødrene gjør, og at denne delen av arbeidsutførelsen er avgjørende for pasientens velvære på sykehuset (se også kapittel 4). Lauvås & Lauvås (1994) skriver at hvis noen arbeidsgrupper får svak bekreftelse på at egen kompetanse er etterspurt og verdsatt, blir også markedsføringen av den svakere og yrkesutøveren slutter også selv å tro på betydningen av den (ibid:105). Selv om jordmødrene og barnepleierne får anerkjennelse fra pasientene sier deres stressende arbeidsforhold noe om at organisasjonen ikke gjør det. Slik er det ofte de ansatte opplever sin egen arbeidssituasjon og jeg spekulerer i om denne reaksjonen i form av en ”stille protest”, må sees i sammenheng med at denne yrkesgruppen i veldig liten grad definerer sin egen omsorgspraksis i en instrumentell organisasjon.

### ***Kulturelle modeller og Kulturell kompleksitet***

Jeg bruker kognitiv antropologi fordi jeg mener denne tilnærmingen bringer oss ett steg nærmere forståelsen av sosiale prosesser. Når vi handler på bakgrunn av kulturelle modeller gjør vi noe fordi vi kan det. Vi har lært det og vi tenker ikke så mye over hvorfor vi handler slik vi gjør når vi anvender en kulturell modell. Når jeg sitter i en bil og ønsker å kjøre forbi en annen bil, foretar jeg automatisk noen handlinger som jeg ikke tenker over at jeg gjør; først titter jeg i det innvendige speilet, deretter i sidespeilet før jeg vrir hodet nitti grader for å sjekke at det ikke er en bil i ”blindsonen” min. Først når jeg har foretatt disse handlingene føler jeg meg trygg på at jeg kan legge meg ut i den andre filen for eventuelt å kjøre forbi bilen foran meg. Jeg kunne ha fått den samme informasjonen jeg var ute etter ved å gjøre det annerledes, men jeg valgte å gjøre det slik fordi jeg har lært å gjøre det slik og jeg er blitt vant til å foreta handlingene i denne rekkefølgen – jeg handlet med andre ord etter en kulturell modell. Kulturelle modeller er dermed kostnadssparende for å bruke en økonomisk term. Kulturelle modeller hjelper oss til å organisere informasjon og dette er modellenes primære funksjon. De hjelper til med å koordinere vår kunnskap og våre handlinger slik at vi kan orientere oss blant en mengde informasjonsvariabler. Når vi mennesker blir stilt overfor en viss mengde informasjon vil de kulturelle modellene økonomisere denne informasjonen slik at den blir lettere å forholde seg til. Dette betyr at kulturelle modeller favoriserer rutiniserte handlinger fordi disse handlingene er basert på informasjon som allerede er organisert etter modellen. De kulturelle modellene jordmødrene og barnepleierne handler etter er også identitetsgenererende. De skaper fortolkninger av sine egne oppgaver på sykehuset og ser hvordan de skiller seg fra andre grupper i organisasjonen. Dette ser vi blant annet i den holistiske tilnærmingen til pasientbehandlingen hvor omsorgsmodellen gjør seg gjeldende. Denne tilnærmingen skiller seg ut i den komplekse arbeidsdelingen man finner på sykehus og jordmødrene og barnepleierne identifiserer seg med disse oppgavene. De andre profesjonene vil identifisere seg

med sine oppgaver og derfor handle etter andre modeller. Vi ser at jordmødre kommer opp i situasjoner hvor de må ta beslutninger som normmessig skal taes av leger. Den profesjonsbaserte beslutningsmodellen er ingen statisk størrelse fordi i enkelte episoder må jordmødre handle på tvers av denne modellen. Enkelte jordmødre ønsker å assimilere ansvarsområder og la slike beslutninger inngå i deres kulturelle modell. Derfor kan studier av kulturelle modeller fortelle oss noe om legitimeringsprosesser og systemer av arbeidsdeling på en arbeidsplass.





## Avsluttende bemerkninger

I denne oppgaven har jeg forsøkt å konstruere ulike kulturelle modeller i en formell organisasjon. Sykehus er enorme komplekse organisasjoner med et mylder av funksjoner og det er pålagt et enormt samfunnsansvar i Norge. Sykehusene og kanskje spesielt regionsykehusene er blitt selve inkarnasjonen av det mange nordmenn forbinder med velferdsstaten. Å skulle studere et slikt sosialt felt gjør at man automatisk inntar en ydmyk posisjon som mastergradsstudent på feltarbeid. Jeg har foretatt grove forenklinger av virkeligheten for å kunne beskrive kulturell kompleksitet på et sykehus. Spesielt når jeg har benyttet meg av analytiske begreper som velferdsstaten. Men jeg har gjort det i den hensikten å kunne fremstille en sosial kompleksitet slik jeg mener å se den. Alle organisasjoner har et ønske om å homogenisere og formalisere alle funksjoner inn mot et felles mål og en felles kultur. Gjennom å studere sosiale relasjoner, pasientforløp og samhandling på avdelingsnivå har jeg brukt systemteori og kognitiv antropologi for å identifisere ulike kulturelle modeller de ansatte handler etter. Jeg har brukt Batesons (1973) kybernetiske tilnærming til systemteori som jeg har brukt som et redskap til å undersøke hvordan systemet generer sine egne patologier og hvordan dette systemet tvinger fram en spesiell form for kulturell modell som mine informanter handler etter (modell for rasjonalisering). Denne modellen har jeg først og fremst kunnet konstruert gjennom å studere metaforene som de ansatte bruker til daglig på avdelingen. "Pakkemetaforen" symboliserer på mange måter det erfaringsnære ved jordmødrenes og barnepleiernes jobbpraksis og den sier noe om hvordan sykehuset er organisert i forhold til et pasientforløp. I denne forbindelsen kom jeg inn på en teoretisk diskusjon omkring metaforenes funksjon i dagliglivet vårt. Samtidig som de ansatte mer eller mindre ufrivillig internaliserer denne rasjonaliseringsmodellen er omsorgsmodellen en viktig modell for handling hos de ansatte og de aktørene som representerer denne modellen på avdelingsnivå, skaper noen ganger et skjebnefellesskap organisert rundt en bestemt avdeling. Dette fellesskapet utvikler motstandsstrategier mot det de anser som "uverdige" og "kritiske" tilstander ved førstelinjetjenesten hvor pasienten får mindre og mindre tid til å føde og de ansatte får mindre og mindre tid til hver enkelt pasient. En tredje kulturell modell som jeg konstruerte var den fagmedisinske modellen. Den analyserte jeg gjennom å anvende skjemateori (Strauss & Quinn (1994, 1997)). De språklige kategoriene presenterer for oss en ontologisk status og sier oss noe om hvordan aktører erfarer verden på. Jeg mener at man lettere kan beskrive kulturell kompleksitet gjennom å anvende ulike teoretiske tilnærminger fordi de har ulikt utgangspunkt for å analysere hvordan aktører handler etter strukturelt betinget press eller i form av ulike motivasjoner for handling. Jeg stiller meg bak D'andrade (1992) når han fordrer en bruk av adjektivet "kulturell" når man skal studere kulturell kompleksitet. Rasjonaliseringsmodellen og den fagmedisinske modellen har jeg studert gjennom

hvordan språket anvendes under samtaler mellom de ansatte, og hvordan det brukes i daglige ritualer som vaktskifter og visitter. Omsorgsmodellen har jeg identifisert gjennom å studere sykepleielitteratur og hvordan mine informanter ga en representasjon av hva arbeidet deres bør bestå i. Dermed lagde jeg en distinksjon mellom en modell av og en modell for handling (Geertz 1973) (den ideelle representasjonen og den handlingsorienterte representasjonen). I kapittel 6 så jeg på hvordan et jobbseminar kan være identitetsgenererende og jeg beskriver hvordan to ulike ledere lykkes og mislykkes i å formidle organisasjonspolitiske budskap gjennom å studere symbolene og språket de anvender. Her har jeg beskrevet hvordan språket kan forstås som magiske midler eller "speech acts" (Tambiah 1990). I kapittel 8 ser jeg på sykehusets sosiale struktur hvor jeg blant annet ser på hvordan teknologi anvendes på sykehuset og jeg argumenterer for at denne teknologien er med på å gjenspeile denne strukturen. Jeg argumenterer for at tilpasning av teknologi til en profesjonsgruppe (legene) er med på å opprettholde en symbolmakt som en profesjonsgruppe kan benytte seg av. Jeg har forsøkt å formidle til leseren hvor kompleks en formell organisasjon kan være, og det etter å ha gjort feltarbeid på kun to avdelinger. Ullevål Universitetssykehus ønsker å formidle til omverden og sine ansatte at de har en "helhetlig kultur", men jeg har vist hvordan Ullevål innehar en egen kulturell kompleksitet. Jeg har brukt ulike teoretiske tilnærminger for å kunne forklare denne kompleksiteten. De problemstillingene som mine data har produsert kan følges videre; spesielt er jeg interessert i hvordan studier av språket og metaforene i språket, sier noe om sosial praksis, og at denne praksisen internaliseres av aktørene i form av kulturelle modeller. Å forstå funksjonene til kulturelle modeller er essensielt for å kunne forstå kultur generelt. Kulturelle modeller forteller oss hvordan mennesker behandler informasjon og hvordan vi forstår virkeligheten. Når aktører handler etter ulike modeller har de også ulik oppfatning av den samme virkeligheten de lever i. Innsikt i dette vil kunne gi oss en bedre forståelse av kulturell kompleksitet og systemer av arbeidsdeling. Likedan er det spesielt interessant å følge hvordan teknologi anvendes til å reprodusere maktrelasjoner i en organisasjon. Teknologi kan både inkludere og ekskludere, den kan virke segregerende og samlende. Hvem er teknologien tiltenkt og hvordan brukes den? Begge framgangsmåter finner jeg høyst anvendelig i studier av mennesker i sosialt organiserte verdener, hvor målet for antropologien må være å finne sammenhengen mellom hvordan metaforer og teknologi "sier noe om noe" (Geertz 1973) – det vil si dialektikken mellom symbolene (objektene) og menneskelig kognisjon.

## Referanser

Agar, Michael H (1980): "The Professional Stranger". An Informal Introduction to Ethnography. Academic Press

Almklov, Petter (2005): "Radio – eller noen tanker om persepsjon, tanke og kultur" i Johansen, Stein E (ed.) "Anthropology and ontology". Trondheim Occasional Papers in Social Anthropology. No.11, September 2005. Department of Social Anthropology, NTNU

Borofsky, Robert (red.) (1994): Assessing Cultural Anthropology. Strauss, Claudia & Quinn, Naomi kap. 20 "A cognitive/Cultural Anthropology". McGraw-Hill Companies ss. 284-300

D'Andrade, Roy G & Strauss, Claudia (1992): "Human Motives and Cultural Models". Cambridge University Press

Deliège, Robert (2004) [2001] "Levis-Strauss Today. An Introduction to Structural Anthropology". Oversatt Nora Scott. Berg, Oxford New York.

Bateson, Gregory (19??) [1936]: "Naven". Cambridge University Press.

Bateson, Gregory (1972): "Steps to an Ecology of Mind". The University of Chicago Press

Bateson, Gregory (2002) [1979]: "Mind and Nature- A Necessary Unity". Hampton Press, INC. Cresskill, New Jersey.

Baumann, Zygmunt (1991): "Modernity and Ambivalence". Cornell University Press, Ithaca, New York.

Bourdieu, Pierre (1977): "Outline of a Theory of Practice". Cambridge University Press

Bourdieu, Pierre (1995) [1991]: "Den kritiske ettertanke". Grunnlag for samfunnsanalyse. Bourdieu, P & Wacquant, L.J.D. Oversatt av Kvalsvik, B.N. Det Norske Samlaget, Oslo

Bourdieu, Pierre (1995): "Distinksjonen" – En sosiologisk kritikk av dømmekraften. Pax Forlag A/S, Oslo.

Bourdieu, Pierre (1996): "Symbolsk makt". Artikler i utvalg. Oversatt av Annick Prieur. Pax Forlag A/S, Oslo

Cohen, Abner (1974): "Two-dimensional Man". An essay on the anthropology of power and symbolism in complex society. Routledge & Kegan Paul LTD, London

Erichsen, Vibeke (red. 2003) [1996]: "Profesjonsmakt: på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon". Tano Aschehoug A/S Oslo.

Eriksen, O. Erik (1999): "Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner". Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S

Dalen, Monica (2004): "Intervju som forskningsmetode" – en kvalitativ tilnærming. Universitetsforlaget A/S, Oslo

D'andrade, Roy & Struss, Claudia (1992): "Human motives and cultural models". Cambridge University Press

Douglas, Mary (1975): "Pollution" (ss.47-59) i "*Implicit Meanings*" Routledge & Kegan Paul, Oxford. Kompendiesamling UIO Pensumtjeneste 1998 ISBN 82-13-01338-7

Douglas, Mary (1986): "How institutions think". Syracuse University Press, New York

Firth, Raymond (1961) [1951]: "Elements of Social Organization". Third edition. Watts & Co, London

Gardener, Katie (1999) "

Geertz, Clifford 1993 [1973]: "The Interpretation of Cultures". Selected Essays. Fontana Press

Hamran, Torunn (1987): "Den tause kunnskapen". Utviklingstendenser i sykepleiefaget i et vitenskapsteoretisk perspektiv. Univesitetsforlaget A/S

Haukelien, Heidi (2000): "Kall og byråkrati". Omsorgsideologier og omsorgspraksiser blant sykepleiere. Hovedoppgave i sosialantropologi, sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo

Haukelien, Heidi (2003): "Styring og intern diskurs i et norsk helseforetak". Norsk Antropologisk Tidsskrift. *Antropologi, styring og forvaltning*. Nr.2-3, 2003, 14. årgang (ss.111-121)

Heilmann, R. Mari (2003): "Kulturelle modeller, forskningsparadigmer og statlig styring i norsk spebarnsomsorg" i Norsk antropologisk tidsskrift. "Antropologi, styring og forvaltning". Nr.2-3 14.årgang (ss.147-160).

Holy, Ladislav & Stuchlik, Milan (1983): "Action, norms and representations. Foundations of anthropological inquiry". Cambridge University Press

Howell, Signe (1990): "Gjenopplagelsen av menneskenaturen som et antropologisk tema". Norsk antropologisk tidsskrift, Oslo vol.1, 1990:17-28 (11s.) i kompendiesamling Universitetet i Oslo, Allkopi.

Howell, Signe (1990): "Marcel Mauss, en allsidig og alltidig forsker". Sosiologi i dag. 2/1990

Hsu, L.K. Hsu (1985): "Culture and Self". Asian and Western Perspectives. Edited by Marsella, A, J, Devos, G and Hsu, F. Tavistock Publications New York and London.

Kapferer, Bruce (1984): "The Ritual Process and the Problems of Reflexivity in Sinhalese Demon Exorcisms (s 179-207) I: MacAloon, John (red.) Rite, Drama, Festival, Spectacle Inst for the Study of Human Issues, Ithaca (Kompendiesamling UIO 1998)

Kapferer, Bruce (1991): "A Celebration of Demons". Exorcism and the Aesthetics of Healing in Sri Lanka. Berg. Smithsonian Institution Press

Kronenfeld, B David (1996): "Plastic Glasses and Church Fathers" Semantic Extension from the Ethnoscience Tradition. Oxford University Press

Laitin, D David (1984): "Hegmony and Culture". Politics and Religious Change among the Yoruba". The University of Chicago Press

Lauvås & Lauvås (1994): "Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi". Tano A/S

Leach, R Edmund (1954) "Political Systems of Highland Burma". A Study of Kachin Social Structure". The London School of Economics and Political Science". G. Bell and Sons, LDT London

Levis-Strauss, Claude (1969) [1949] "The Elementary Structures of Kinship" oversatt Rodney Needham. London: Tavistock

Lèvi-Strauss, Claude (1984) [1963]: "Structural Anthropology". Penguin Books Ltd, Harmondsworth, Middlesex, England

- Lewellen, C Ted (1992): "Political Anthropology, an Introduction". Second edition. Bergin & Garvey, Westport, Connecticut London.
- Maanen, Van John (1988): "Tales of the field". On writing Ethnography. The University of Chicago Press
- Malinowski, Bronislaw (1984) [1948]: "Magic, Science and Religion" and other essays. Greenwood Press, Publishers
- Martinsen, Kari (2003) [1993]: "Fra Marx til Løgstrup. Om moral, samfunnskritikk og sanselighet i sykepleien". Oslo: Tano A/S
- Martinsen, Kari (2003) [1996]: "Fenomenologi og omsorg" – Tre dialoger. Universitetsforlaget, Oslo
- Martinsen, Kari & Wærness, Kari (1979): "Pleie uten omsorg"?: Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon. Pax forlag, Oslo
- Marcus, George E & Fiscer, M, J (1986): "Anthropology as Cultural Critique. An Experimental Moment in the Human Sciences". The University of Chicago Press, Chicago and London
- Melhuus, Marit (1987) "Peasants, Surpluses and Appropriation". A case study of tobacco growers from Corrientes, Argentina. Oslo Occasional Papers in Social Anthropology No. 11
- Moore, L Henrietta (ed.2003) [1999]: "Anthropological Theory Today". Polity Press in association with Blackwell Publishing Ltd.
- Delmar, Charlotte (1999): "Tillid og Magt – en moralsk utfordring". Munksgaard, København.
- Ong, Aihwa (1987): "Spirits of Resistance and Capital Discipline: factory Women in Malaysia". State University of New York Press.
- Repstad, Pål (1988): "Institusjonssosiologi". Tano A/S
- Rugkåsa, Marianne & Thorsen, T. Kari (red. 2003): "Nære steder, nye rom; utfordringer i antropologiske studier i Norge". Gyldendal Akademisk Forlag, Oslo.
- Salzer-Mörling, Miriam (1998) "Foretag som kulturella uttryck". Academia Adacta A/B.

Sassoon, Showstack Anne (ed.1992) [1987]: "Women and the State. The shifting boundaries of public and private". Routledge London and New York.

Scheper-Hughes, Nancy & Lock, M Margaret (1998): "The Mindful body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology" kap. 23 (ss.208-224) i Brown, J Peter (Ed.1998): "*Understanding and Applying Medical Anthropology*". Mayfield Publishing Company

Skirbekk, Gunnar & Gilje, Nils (1996): "Filosofihistorie 2". Innføring i europeisk filosofihistorie med særlig vekt på vitenskapshistorie og politisk filosofi. Universitetsforlaget A/S, Oslo.

Spiro, E Melford (1993): "Is the Western Conception of Self "Peculiar" within the Context of the World Cultures"? i Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology

Stoller, Paul (1989): "Ch.2: Eye, Mind, and Word in Anthropology", i *The Taste of Ethnographic Things. The Senses in Anthropology*. University of Pennsylvania Press (ss.37-55) Kopisamling UIO 3778 Sosant 4010

Strauss, Claudia & Quinn, Naomi (1997): "A Cognitive Theory of Cultural Meaning". Cambridge University Press

Strauss, Claudia & Quinn, Naomi (1994): "A Cognitive/Cultural Anthropology". Ch.20, i (Red.) Borofsky, Robert "Assessing Cultural Anthropology" McGraw-Hill Companies (ss.284-300). Kopisamling UIO 3775 Sosant 4100

Sverre, L Beate (2005): "Disiplinering til et kall? Et antropologisk blikk på sykepleierutdanningen i den norske velferdsstaten". Hovedoppgave i Sosialantropologi ved sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo

Sørhaug, Tian (1996): "Fornuftens fantasier". Antropologiske essays om moderne livsformer. Universitetsforlaget A/S, Oslo

Sørhaug, Tian (1996) "Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering". Universitetsforlaget A/S, Oslo

Tambiah, J Stanley (1990): "Magic, science, religion and the scope of rationality". Cambridge University Press

Ullevål Nytt nr.1 2006. Nyhetsmagasin for ansatte og pasienter ved Ullevål Universitetssykehus.



Vike, Halvard (Red.) (2002): "Maktens samvittighet". Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. Gyldendal akademisk norsk forlag A/S.

Vike, Halvard (2003): "Byråkratiske utopier: Om etablering av orden i offentlig forvaltning". Norsk Antropologisk Tidsskrift. *Antropologi, styring og forvaltning*. Nr 2-3, 2003, 14. årgang (ss.122-136)

Vike, Halvard (2004): "Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet". Akribe A/S, Oslo

Watson, C, W (ed.1999): "Being there". Fieldwork in Anthropology. Pluto Press

Weber, Max (1995) [1922]: "Makt og byråkrati" Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Wikan, Unni (1987): "Public Grace and Private Fears: Gaiety, Offense, and Sorcery in Northern Bali. *Ethos* 15:337-365

Wikan, Unni (1989): "Managing the Heart to Brighten Face and Soul: Emotions in Balinese Morality and Health Care". *American Ethnologist* 16:294-312

Åslid, S Flore (2005): "Wise Mind. A Case for the Integration of Subjective Experience with Objective Reality in the Age of Fragmentation" i Johansen, E Stein (ed.): "*Anthropology and Ontology*". Trondheim Occasional Papers in Social Anthropology No.11 Department of Social Anthropology, NTNU

Internett Opprop: "Kaos på føden i Oslo", internettside av Ingeborg Altern Vedal (hentet 11.04.06): <http://www.altern.no/opprop/index.html>

Internett Stortinget (hentet 09.12.2005):<http://www.stortinget.no/spti/2004/dw-o2004120107-013.html>

Internett, link hentet 23.10.2005: [http://odin.dep.no/jd/norsk/dok/andre\\_dok/nou/012005-020024/ved006-bn.html](http://odin.dep.no/jd/norsk/dok/andre_dok/nou/012005-020024/ved006-bn.html)

Internett Den norske lægeforening (hentet 08.02.06): <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=78226&subid=0>

Internett Aftenposten (hentet 28.02.06): <http://oslopuls.no/nyheter/article1223533.ece>

Internett ODIN (hentet 23.03.06):

<http://www.odin.no/hod/norsk/tema/sykehus/informasjonpasienter/042031-990107/dok-bn.html>

Internett Den norske lægeforening (hentet 10.04.06) Mathisen AB-W, Vaaler S, Dramstad E, Åbyholm T (2002): "Risikoføydende, kostnader og DRG-refusjon". <http://www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2002/503-6.pdf>

Internett Foreningen for hjertesyke barn (hentet 10.04.06):

[http://mpi.ffhb.no/www/Doc/index.php?a\\_id=824](http://mpi.ffhb.no/www/Doc/index.php?a_id=824)

Internett Helsetilsynet Oslo og Akershus (hentet 11.04.06):

[http://www.helsetilsynet.no/templates/Page\\_6398.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/Page_6398.aspx)

Internett Jordmorforeningen (hentet 04.05.06): <http://www.jordmorforeningen.no/index.html>

Internett Aftenposten (hentet 03.05.06): <http://oslopuls.no/nyheter/article1297632.ece>