

Nyutdanna sjukepleiarar får realitetssjokk i yrkeskvardagen

Dei går inn i yrkesutøvinga med empati for pasientar og entusiasme for faget. Men organisatoriske og faglege rammer som tidspress og manglande støtte hindrer engasjement og iver etter å lære.

Randi Mona Århus

Utviklingssjukepleiar
Voss kommune

Terje Årsvoll Olsen

Førstelektor
Desentralisert sjukepleiarutdanning, Høgskulen på Vestlandet

Realitetssjokket

Omorganisering

Arbeidsmiljø

Sykepleien 2020 108 (80947) (e-80947)
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.80947

Hovedbudskap

Spenningar mellom faglege ideal og realitet i yrkeskvardagen kjem i konflikt. Spenningane og verdisyna set sjukepleiaren i eit krysspress som kan løyse ut moralsk stress og utfordringar i organisasjonen. Her drøftar vi dei opplevde krava i yrkeskvardagen, som er ein konsekvens av politisk styringsideologi, og den leiande funksjonen til sjukepleiaren. Teksten er basert på bacheloroppgåva til førsteforfattaren og spring ut frå korleis ho opplevde realitetssjokket.

I utdanninga stiftar me kjennskap med ulike delar av helse- og omsorgstenesta. Erfaringar frå praksis, i kommune- og spesialisthelseteneste, og eige arbeid i sjukeheim har starta ei tankerekkje.

På eine sida finn me dei oppteikna ideala: Sjukepleie skal skje i lys av etikk og sjukepleieteori – ho skal vere upartisk pasientorientert. Sjukepleiaren skal utføre den grunnleggande pleia på ein fagleg kunnig og omsorgsfull måte med ein lojalitet som er forankra i pasienten, og tanke for korleis sjukdom og helsesvikt blir opplevd av pasienten (1).

Nyutdanna sjukepleiarar er skulerte med vekt på heilskapleg tilrettelagd omsorg for den einskilde (2). På den andre sida opplever eg ei travel og oppgåveorientert teneste med ein lojalitet som er forankra i systemet og arbeidsgjevaren. Kari Ingstad fortel om travle sjukepleiarar som kjenner seg overmanna av oppgåver (3).

Opplevinga kjem fram i ein studie frå 2018 (4). Studien syner stort gap mellom oppgåver sjukepleiarar meiner dei burde nytte tida si til, og kva dei faktisk gjer. Ikkje-sjukepleiefaglege oppgåver stel tida til sjukepleiarane, og dei må dermed nedprioritere sentrale sjukepleiaroppgåver.

Utdanninga med det sjukepleieteoretiske innhaldet har gitt ei romantisk førestilling av kva sjukepleie inneber, medan opplevingar frå praksis og eigen arbeidsplass fortel at arbeidsgjevaren etterspør noko heilt anna.

«Realitetssjokket» vart introdusert i 1974

Skuleringa til nyutdanna samsvarar berre i avgrensa grad med forventningane i helsetenestene (2). Vilkårå for å utøve sjukepleie har blitt dårlegare etter at sjukepleieleiarar med kunnskap om verdien av pleie blei vekke (5). Avdelingsleiarar i dagens helse- og omsorgssektor legg større vekt på budsjettdisiplin enn faglege krav. Fenomenet eg opplever, er kjent.

I 1974 blir *realitetssjokk* introdusert (6) som ei beskriving av opplevinga når nyutdanna sjukepleiarar oppdagar at dei ikkje kan praktisere alt dei har lært. Spenningar mellom fagleg ideal og realitet på arbeidsplassen kan arte seg ulikt, men nybegynnarfasen kan få preg av krisereaksjon.

Organisatoriske faktorar, som mangelfull forståing av eigen plass i helseorganisasjonen og manglande leiareigenskapar kan spele inn (2).

Nyutdanna sjukepleiarar går inn i yrkesutøvinga med empati for pasientar og entusiasme for faget, men organisatoriske og faglege rammer som tidspress og manglande støtte er til hinder for engasjement og iver etter å lære (7).

Utdanningskulturen legg vekt på autonomi, eigenkontroll og profesjonsetikk, medan den kliniske kvardagen er prega av systemorientering med hierarkisk styring, ekstern kontroll og økonomisk tenking (2).

Fagleg forsvarleg og omsorgsfull sjukepleie er ideal

Norsk forskning syner at sjukepleiarar set fagleg forsvarleg og omsorgsfull sjukepleie som ideal for å gjere godt arbeid. God sjukepleie heng òg saman med ei pasientsentrert haldning (8).

Yrkesetiske retningslinjer beskriv det fagleg forsvarlege og omsorgsfulle (9), og presiserer kva ansvar sjukepleiaren har for å dekkje det behovet kvar enkelt pasient har for heilskapleg omsorg og ansvaret for å yte omsorgsfull hjelp.

Retningslinjene peikar jamvel på det ansvaret sjukepleiaren har for å varsle når pasientar blir utsette for kritikkverdige eller uforsvarlege forhold. Kvalitetsforskrifta inngår som juridisk ramme for fagleg forsvarleg sjukepleie (10).



«Omsorg og forsvarleg utøving er avhengige av kvarandre og skal opptre saman.»

Forskrifta set krav til kvalitet og skal sikre at personar som får pleie- og omsorgstenester, får dekt dei grunnleggjande behova sine, med respekt for sjølvbestemming, eigenverd og livsførsel. Plikt til omsorgsfull sjukepleie inneber å gje helsehjelpa på eit vis som yter pasienten omtanke og respekt, utan å krenkje.

Denne plikta handlar om korleis helsepersonell opptrer overfor og kommuniserer med pasienten og pårørande. Ein må vere merksam på, oppfatte og ta innover seg situasjonen og reaksjonen til pasienten, for så å gje pasienten medkjensle, omtanke og ei god oppleving (11).

Omsorg og forsvarleg utøving er avhengige av kvarandre og skal opptre saman. Det er naudsynt at sjukepleiaren er fagleg skulert og har den tekniske fagkunnskapen. Men om pleia blir teknisk og hjartelaget manglar, har sjukepleie lite for seg. Den verkande krafta vil mangle (12).

Føringar for sjukepleieutøvinga

Den politiske organiseringa av helsetenesta i Noreg er gjort etter LEON-prinsippet. Oppgåver skal handterast og problem løysast på det lågaste effektive omsorgsnivået, med mål om å fordele ressursar slik at flest mogleg personar skal få best mogleg helsetenestetilbod (13). Behandling og omsorg skal vere fagleg forsvarleg, parallelt med at omsynet til ressursbruk skal vege tungt (2).

Innhaldet i helsetenestene blir utforma på bakgrunn av helseutfordringar, sjukdomsmønster, medisinsk kunnskapsutvikling og velferdsteknologi. Slik er det samfunnsutviklinga som formar organiseringa av helsetenestene.

Noreg har høg levestandard, høg materiell velstand, høg yrkesdeltaking og jamn inntektsfordeling. Men utgiftene i helsesektoren har synt seg å vekse raskare enn verdiskapinga. I slutten av 1900-talet blei helsetenesta organisert meir marknadorientert. New Public Management (NPM) vart introdusert i all offentleg forvaltning (13).

NPM har prega utviklinga

Særleg på tre område har NPM prega utviklinga av helse- og omsorgssektoren: *Avdelingsvis leiingsform*, der ein leiar har heilskapleg ansvar for drift av ei resultatføring med delegert økonomisk ansvar og krav om måloppnåing. Størst mogleg del av dei tilgjengelege ressursane skal gå til tenesteproduksjon, og ikkje til administrasjon.

Autonomisering og fristilling gjev dei næraste til problema fridom til å velje korleis dei ønskjer å organisere ei verksemd, så lenge krav om forsvarleg verksemd er ivaretekne. Fristilling kan også innebere at ansvar og dilemma blir delegert til den næraste pasienten.

Marknadslignande løysingar siktar på å auke effektiviteten og talet på fornøgde brukarar ved auka konkurranse, gjennom å synleggjere kvalitetsindikatorar for brukarane (2).

NPM kan svekkje sjukepleiarens rolle

Sjukepleiaren som profesjonell blir råka av NPM ved at leiarrolla blir profesjonalisert, gjennom krav om profesjonell leiarkompetanse. Profesjonaliseringa av leiarrolla kan svekkje andre profesjonelle roller, slik at dei gjev frå seg makt til leiaren (2).



«I organiseringa av helsevesenet opplever sjukepleiaren å bli overlest med ansvar.»

Orvik gjev eksempel på at ein lege som er avdelingssjef, er forventa å endre merksemda frå medisinsk leiing til å leie heile verksemda til avdelinga. Det same gjeld for sjukepleiarar som er leiarar. Fause hevdar at dersom leiaren ikkje løftar fram pleia, blir verksemda til sjukepleiaren råka (5).

I organiseringa av helsevesenet opplever sjukepleiaren å bli overlest med ansvar. Ansvar for å få arbeidet gjort blitt delegert nedover med NPM. Samstundes har arbeidstakarar fått mindre påverkningskraft over dei tilgjengelege ressursane. Kvar enkelt sjukepleiar får dermed ansvar for stadig fleire oppgåver, både egne og andre sine (14).

NPM kan ha bidrege til at kliniske verksemder har utvikla seg frå humane institusjonar til økonomiske bedrifter (2). Kari Ingstad skriv om arbeidsforhold ved norske sjukeheimar, med mål om å vise korleis sjukepleiarar i slutten av arbeidskarrieren opplever og meistrar endringar i arbeidssituasjonen (3).

Krav til effektivitet kjem i konflikt med omsorgsideala

Effektivitetskravet i yrkeskvardagen fordrar at dei tilsette skal få meir helse ut av kvar krone, det kjem i konflikt med omsorgsideala. Sjukepleiarane kjende seg strekt mellom direkte pasientkontakt og dei delegerte oppgåvene, som kontakt med pårørande og sjukehus, innleiing av vakter, bestilling av utstyr og ansvar for tryggingalarmar (3).

Endringar og spesialisering innanfor specialist- og kommunehelsetenesta stiller krav til kompetansen til sjukepleiaren, og mange sjukepleiarar saknar tilrettelegging for fagleg oppdatering og utvikling (8).



«Ansvarsområda og funksjonane til sjukepleiaren spenner vidt og aukar stadig.»

Maria Strandås forskar på sjukepleiar-pasient-relasjonar og korleis sjukepleiaren og pasienten handterer organisatoriske system dei er underlagde. Ansvarsområda og funksjonane til sjukepleiaren spenner vidt og aukar stadig.

Nedskjering, effektivisering og standardisering av sjukepleieoppgåver er alvorlege trugsmaal mot sjukepleie som profesjon og mot pasienttryggleik. Strandås ser med uro på at moglegheita til å gjere sjølvstendige vurderingar, og å handle ut frå fagleg og etisk skjønn i møte med pasientar med komplekse og skiftande behov, blir innskrenka (15).

Sjukepleiarar går på akkord med egne prinsipp

Christensen og Bjørk (8) stadfestar tidspresset på sjukepleiaren i yrkeskvardagen som utfordrande for å gjere det dei sjølve meiner er kvalitativt godt for pasientane. Sjukepleiarane blir konfronterte med tidsskjema som sprekk, marginal bemanning og arbeidsoppgåver på sida av det dei var utdanna for (8).

Sjukepleiarane opplevde ein personleg dimensjon i tidspresset som medførte kjensle av å gå på akkord med egne faglege prinsipp og ideal. Samanfatta forskning syner at liberalistisk ideologi og marknadsøkonomisk tenking vanskeleg lèt seg sameine med grunnleggjande verdiar i sjukepleieutøvinga (16).

Dei beskriv asymmetri mellom ansvar og mynde for kvaliteten på tenestene dei utfører, og ressurstilgang (16). Det er ei spenning mellom fagleg ideal og realitet. Også den røynde sjukepleiaren kjenner eit prestasjonsjag som liknar *realitetssjokket*.

Sjukepleiarar har krysspress og moralsk stress

Samanfatta forskning tyder på at sjukepleiarar erfarer eit krysspress mellom ideal og realitet (8). Krysspress pregar det å utføre eit godt arbeid som sjukepleiar. Omsorgsidealet til sjukepleiaren blir ståande i opposisjon mot ansvar og oppgåver som blir delegerte frå leiaren og andre kollegagrupper.



«Krysspress pregar det å utføre eit godt arbeid som sjukepleiar.»

I behandlingssammenheng ligg det fleire konkurrerende verdiar som kan skape rollekonfliktar. I den kliniske kvardagen rører sjukepleiaren seg mellom tre arbeidskontekstar, med ulike forventningar, verdiar og normer, og med ulik forståing av tid.

Sjukepleiaren kan hamne i tidsmessig krysspress mellom ulike arbeidskontekstar, og i nokre situasjonar kan det vere vanskeleg å sjå gode løysingar. Ulike verdiar som kolliderer på systemnivå, resulterer i krysspress og krisereaksjon på individnivå (2).

Travelheit kan vere både god og vond

Også Martinsen snakkar om at sjukepleiaren står i eit krysspress. Den profesjonelle skal vere effektiv, kunne standardisere og ha overblikk over komplekse situasjonar i ein kvardag der stadig meir tid blir nytta til dokumentasjon og tidsmåling av tiltak.

Samstundes skal sjukepleiaren vere vaken for den enkelte pasient og situasjonen hans (17). Martinsen beskriv to måtar å vere travel på.

Ein kan vere travel på ein vond måte som er kulturelt bestemt av prioriteringar, normer og gjeremål sjukepleiaren er pålagd. Sjukepleiaren spring då frå ansvaret sitt ved å unnlate å hjelpe den andre som han/ho kunne hatt høve til å hjelpe (17).

Ein god måte å vere travel på er derimot når sjukepleiaren er til stades, tek vare på pasienten og har ansvar for den andre sitt liv. Sjukepleiaren skuldar den andre å ta hand om vedkommande på best mogleg vis (17).

Å ikkje ta imot dei behova pasientane ytrar for merksemd, er krevjande. Då får me eit ønske om å bli sett som ikkje blir svart på. Sjukepleiaren hamnar i ein etisk konflikt når ho går på akkord med det ho meiner er riktig for pasienten – ho taper for ei kulturell, befalende plikt. Slik oppstår moralsk stress (17).

Aakre peikar på at prioriteringane blir synlege når tidsskjemaet strammar. Objektivisering av pasientar og kynisme kan bli resultat av at pleiepersonell reduserer påkrava (18). Ethiske dilemma kombinert med travelheit og mangel på refleksjon, gjev sjukepleiaren få andre løysingar enn å tilpasse seg dei rådande rammene (18).

Ideala vart umoglege å etterleve

Situasjonar der sjukepleiaren opplever å ikkje imøtekomme profesjonelle og personlege ideal, handlar om ein kamp for å halde oppe fagleg forsvarleg verksemd og kvalitet på omsorga, trass i motarbeidande faktorar.

Lill Sverresdatter Larsen hevdar det er større krav enn tidlegare til utføring av sjukepleie. Dårleg koordinert og organisert pasientarbeid er eit trugsmål mot kvalitet og tryggleik i pasienthandsaminga (19).

Kva gjer sjukepleiaren som kjenner på å ikkje strekkje til? To ytterpunkt av meistringsstrategiar utpeika seg blant respondentane i studien til Ingstad (3).

På eine sida innsåg sjukepleiarane at idealet for sjukepleie var eit umogleg mål å arbeide mot. Dei gjorde så godt dei kunne innanfor dei rammene dei hadde, og var dermed nøgde med sin eigen innsats. På den andre sida strekte sjukepleiarane seg langt for å utføre pleie i tråd med omsorgsidealet.

Desse sjukepleiarane opplevde ofte dårleg samvit for oppgåver dei ikkje fekk gjort, og dei kompenserte med ein tendens til å forlengje vaktene utan kompensasjon.

Slik verka eigeninnsatsen til den enkelte sjukepleiar som buffer mellom sjukepleiefaglege ideal og manglande politisk ressursprioritering for å kunne etterleve slike ideal. Kortsiktige konsekvensar av NPM-inspirert organisering blir dermed skjult (3).

Klinisk kompetanse avheng av organisatorisk kompetanse

Med omgrepet *dobbeltkompetanse* viser Orvik til at klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse ikkje er motsetningar, men eigenskapar som er gjensidig avhengig av kvarandre og utfyllande (2).

Forståinga gjer organisatoriske rammer og prosessar rundt pasienthandsaming til ein del av faginnhaldet i profesjonsutøvinga. For ein nyutdanna kan klinisk kompetanse oppfattast som tilstrekkeleg til å sikre god pasientbehandling.

Men den dobbelte kompetansen rommar ein påstand om at kombinasjon av klinisk og organisatorisk kompetanse kan vere avgjerande for kvalitet. Dobbeltkompetansen styrkjer sjukepleiaren som profesjonell kunnskapsarbeidar i profesjonsutøvinga – også i pasientnært arbeid, indirekte pasientarbeid og i utvikling av arbeidsplassen og profesjonen.

Orvik argumenterer for at sjukepleiar må ha kunnskap om korleis moderne helseorganisasjonar blir drivne, og logikk bak gjentakande organisatoriske endringar for å forstå korleis styringsstrukturar legg rammer for arbeidskvardagen.

Det skapar forståing for at dilemma som oppstår når sjukepleiefaglege ideal møter organisatoriske produktivets- og effektivitetskrav, handlar om avgjersler og prioriteringar som blir gjorde på premissane til organisasjonen (2).

Dobbeltkompetanse er eit kvalitetsstempel

Pasientarbeid er uføreseieleg og krev skjønn, evne til omstilling og improvisasjon. Sjukepleiarar med dobbeltkompetanse er rusta til å organisere eige og andre sitt arbeid, har føresetnad til å opptre dynamisk og kunne sørgje for behova til pasienten under skiftande forhold. Slik sett kan dobbeltkompetanse vere eit kvalitetsstempel.



«Pasientarbeid er uføreseieleg og krev skjønn, evne til omstilling og improvisasjon.»

Også ved handtering av interesse- og verdikonfliktar mellom pasient-, produksjons- og profesjonsomsyn i den kliniske kvardagen kan organisatorisk kompetanse bidra. Orvik nyttar omgrepet trikkulturell organisatorisk kompetanse om pasient-, produksjons-, og profesjonsperspektivet (2).

Desse er avgjerande former for kompetanse som framhevar omsynet til både pasient og profesjonsutøvar. Organisatorisk kompetanse blir stadig viktigare for sjukepleiarar i det norske helsevesenet. Dei må ha kunnskap om drift av moderne helseorganisasjonar, organisatoriske endringar og forhold som fører til endringar i yrkesrolla (16).

Slik kunnskap vil ruste sjukepleiarar til å handtere endringar i eige arbeid betre og å delta med forslag til problemløysing og vidareutvikling. Sjukepleiarane skjerma seg frå helsepolitiske diskusjonar og organisatoriske omstillingar, og la tillit til avgjersler over til leiinga. Ei slik utvikling blir framstilt som ugunstig (16).

Avrunding

Realitetssjokket som fenomen er ikkje ugrunna. Spenn mellom fagleg ideal og realitet famnar vidare enn opplevinga til den nyutdanna. Sjukepleiaren kjem i krysspress mellom forståing av tid og etiske verdisyn, og dette krysspresset fører til moralsk stress og skuldkjensle.

Med sterk stemme og medvitne faglege og etiske forpliktingar har sjukepleiaren makt og moglegheit til å påverke. Verdien av den profesjonelle omsorga og å løfte fram det fagleg forsvarlege og omsorga i pasientperspektivet må vernast (20).

Referansar

1. Nordtvedt P. Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016.
2. Orvik A. Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. Oslo: Cappelen Damm; 2015.
3. Ingstad K. Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. *Vård i Norden*. 2010;2:14–17. DOI: [10.1177/010740831003000204](https://doi.org/10.1177/010740831003000204)
4. Bergsagel I. 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre. Sykepleien 06.02.2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore> (nedlastet 04.10.2019).
5. Ousdal CK. Det er tøffere i dag enn på 50-tallet. Sykepleien 25.02.2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/02/det-er-toffere-i-dag-enn-pa-50-tallet> (nedlastet 04.10.2019).
6. Orvik A. Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien*. 2002;8:42–6.

7. Bjercknes MS, Bjørk IT. Entry into nursing: an ethnographic study of newly qualified nurses taking on the nursing role in a hospital setting. *Nursing Research and Practice*. 2012;artikkel-ID 690348. DOI: [10.1155/2012/690348](https://doi.org/10.1155/2012/690348)
8. Christiansen B, Bjørk IT. Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2016;12:65–76. DOI: [10.7557/14.3774](https://doi.org/10.7557/14.3774)
9. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (nedlastet 29.03.2019).
10. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-06-27-792> (nedlastet 04.02.2019).
11. Norsk Sykepleierforbund. Forsvarlighet – om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie. Oslo: Norsk sykepleierforbund 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3506829/569797/Forsvarlighet--Om-faglig-kompetent-og-omsorgsfull-sykepleie> (nedlastet 29.03.2019).
12. Martinsen K. Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforlaget; 2000.
13. Nylenna M. Helsetjenesten i Norge. Et overblikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2014.
14. Ousdal CK. Mener sykepleiere oversvømmes av ansvar. *Sykepleien* 26.02.2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2018/12/mener-sykepleierne-oversvommes-av-ansvar> (nedlastet 12.04.2019).
15. Johansen LB. Hva er sykepleie, og hva burde det være? *Sykepleien* 12.04.2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/sykepleien/2019/04/hva-er-sykepleie-og-hva-burde-det-vaere> (nedlastet 01.05.2019).

16. Breivik E, Obstfelder A. Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid. Nordisk Sykepleieforskning. 2012;2:109–20. Tilgjengelig fra:
<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/4952/article.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (nedlastet 25.3.2020).
17. Martinsen K. Vil du meg noe? Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I: Alvsvåg H, Førland O, Jacobsen FF, red. Rom for omsorg. Bergen: Fagbokforlaget; 2014. s. 225–45.
18. Aakre M. Moralsk stress – og hva det gjør med oss. Sykepleien 27.11.2009. Tilgjengelig fra:
<https://sykepleien.no/etikk/2009/11/moralsk-stress-og-hva-det-gjor-med-oss> (nedlastet 21.03.2019).
19. Avdagic D. Hun mener det usynlige arbeidet må beskrives bedre. Sykepleien 07.04.2019. Tilgjengelig fra:
<https://sykepleien.no/2019/04/hun-mener-det-usynlige-arbeidet-ma-beskrives-bedre?cid=sm8389813942> (nedlastet 09.04.2019).
20. Støstad JE. Velferd i pakt med våre verdier. Sykepleien 24.09.2015. Tilgjengelig fra:
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2015/09/velferd-i-pakt-med-vare-verdier> (nedlastet 04.04.2019).