

# MARKED OG MEDISIN

**Eilif Dahl**



UNIVERSITETET I OSLO  
SENTER FOR HELSEADMINISTRASJON

1990

# MARKED OG MEDISIN

En institusjonssosiologisk gjennomgåelse av  
hospitalet på verdens største cruiseskip

av

Eilif Dahl, cand.med.

Spesialoppgave for kandidatstudiet i helseadministrasjon,  
som fører fram til graden ”Kandidat i helseadministrasjon”  
(KNA) / ”Master of Health Administration” (MHA).

Oppgaven er utarbeidet ved:

Universitetet i Oslo, Senter for helseadministrasjon,

Rikshospitalet, Oslo.

Forfatterens adresse:

Kirurgisk Avdeling B, Rikshospitalet, 0027 Oslo 1, Norge

Copyright: Eilif Dahl 1990

## i. FORORD

Mitt første møte med skipsmedisin fikk jeg gjennom en av Richard Gordons legebøker: ”Doctor at Sea” (1955). Der forteller forfatteren om en nyutdannet engelsk leges viderverdigheter til sjøs. Etter et spesielt problematisk casus finner følgende dialog sted mellom den unge legen og hans stuert og assistent, Easter:

”There seems a great difference, Easter, between the practice of medicine on shore and at sea.”

”Funny you should say that. Same thing always struck me about the doctors.”

Denne spesialoppgaven viser at det virkelig er slik, og forsøker å forklare hvorfor. Den handler om forholdene i hospitalet på verdens største cruiseskip og hvordan markeds-kreftene, dvs pasientene, påvirker aktivitetene der.

Professor Ole Berg har vært min veileder under arbeidet med oppgaven, i ordets beste forstand. Jeg er ham stor takk skyldig.

Jeg er også svært takknemlig for inspirerende og nyttige

forslag underveis fra forsker Dag Album.

En særlig takk til dr. William Fredriksen, og til Royal  
Caribbean Cruise Line, som gjorde det hele mulig.

Oslo, Mai 1990

i. FORORD

ii. INNHOLD

I. MÅL OG METODER

II. HISTORISK BAKGRUNN

1. Utvikling av Miami som hovedbase for norsk cruiseferd
2. Utvikling av Royal Caribbean Cruise Line
3. Utvikling av skipshospitalet på M/S Sovereign of the Seas
4. M/S Sovereign of the Seas - Statistiske data
5. Forfatterens bakgrunn

III. SKIPSHOSPITALET SOM INSTITUSJON

SEKS ORGANISASJONSVARIABLER

1. SKIPSHOSPITALET'S MÅL

- 1.1. Faktiske mål, målforskyvning og målkonflikter (REDERI)
- 1.2. Faktiske mål, målforskyvning og målkonflikter (SKIPSLEGE)
  - 1.2.1. Konflikter pga krav om service
  - 1.2.2. Konflikter pga krav om gode arbeidsforhold

1.3. Skillet mellom mål og funksjoner

2. IDEOLOGIEN I SKIPSHOSPITALET

3. SKIPSHOSPITALET'S TEKNOLOGI

4. STRUKTUREN I SKIPSHOSPITALET

4.1. Arbeidsdelingen

4.2. Makt- og styringsstrukturen

4.3. Kommunikasjon

4.4. Prestisje

4.5. Strukturens fasthet

4.6. Belønningsstrukturen

4.7. Skipshospitalets styringsstruktur

5. RESSURSENE

6. SKIPSHOSPITALET'S FORHOLD TIL OMGIVELSENE

6.1. Den totale institusjon

6.2. Styrbarhet og rekruttering

6.3. Enkeltmenneskets betydning

IV. NORMER - ROLLER

1. Generelt

2. Skipslegens image

3. Skipslegens rolle som lege

3.1. Legerollen i forhold til passasjerene

3.1.1. I Skipshospitalet

3.1.2. Utenfor Skipshospitalet

3.2. Legerollen i forhold til besetningen

- 3.2.1. I Skipshospitalet
- 3.2.2. Utenfor Skipshospitalet
- 4. Skipslegens rolle som senioroffiser
  - 4.1. i forhold til passasjerene
  - 4.2. i forhold til kapteinen og andre senioroffiserer
  - 4.3. i forhold til mannskapet
- 5. Skipslegen som leder
  - 5.1. Rederiets markering av legens lederrolle
  - 5.2. Sykepleiernes reaksjoner på legens lederrolle
  - 5.3. Sykepleiernes vurdering av skipslegen - generelt
- 6. Skipslegen som kollega
- 7. Skipslegen som privatmenneske
- 8. Forutsetninger for å mestre skipslegerollene
- 9. Noen vanlige motiver for utreise
- 10. Reaksjonsmønstre for førstereisleger
- 11. Evalueringsmuligheter for legenes mestring av rollene
- 12. Sykepleiernes image
- 13. Selve sykepleierrollen
  - 13.1. i forhold til pasientene
  - 13.2. i forhold til legen
- 14. Sykepleieren som kollega

15. Sykepleieren som privatmenneske

16. Andre

## V. PERSONALET I SKIPSHOSPITALET

1. Noen generelle trekk

1.1. Savnet av privatliv

1.2. Vanskeligheter med å finne belønning i arbeidet

1.3. Motivasjon

1.3.1. Motivasjonsbalanse i forhold til jobben ombord

1.3.2. Arbeidsoppgavenes motivasjons-skapende effekt

1.3.3. Motivasjonssituasjonens påvirkning av adferd

1.3.4. Endringer i motivasjonspotensialet

2. Personalet:

Arbeidsdeling - målkonflikter - yrkesgrupper - profesjoner

2.1. Generelt

2.2. Mobilitet og utdanningsspørsmål

2.3. Skipshospitalet som profesjonell organisasjon

2.4. Lojalitet til fag eller skip?

2.5. Lojalitet til fag eller pasient?

2.6. Profesjonaliseringens velsignelser og problemer

## VI. FORHOLDET PERSONAL - PASIENT

1. Sykerollen



2. Kommunikasjon og behandlingskvalitet
3. Moderne teknologi, kommunikasjon og sosial lagdeling
4. Institusjonsnevroser hos pasienter og helsepersonale
5. Normen om likebehandling av pasientene
  - 5.1. Passasjerene
  - 5.2. Mannskapet
  - 5.3. Grunner til upersonlig omgangstone

## VII. ENDRINGER I SKIPSHOSPITALET

1. Barrierer mot endring
2. Motstandsteknikker mot endringer
  - 2.1. Sosiologisk diagnostisering
  - 2.2. Taushet
  - 2.3. Dobbelkommunikasjon
  - 2.4. Problemforskyvning
  - 2.5. Intellektualisering
  - 2.6. Deflasjon av ideer
  - 2.7. Mytedannelser
3. Samarbeid med andre instanser
4. Endringsstrategier

## VIII. PERSPEKTIVER

## 1. Tunge trender

1.1. Internasjonal politisk uro vil tilta

1.2. Cruiseflåtens volum vil vokse

1.3. Ressursene vil bli knappere

1.4. Kundenes forventninger og krav til service vil øke

1.5. Terskelen for erstatningskrav fra kundene vil bli lavere

## 2. Tiltak

2.1. Opprettelse av en skipsmedisinsk avdeling på land

2.2. Større krav og fullmakter til den lokale medisinske konsulent

2.3. Skandinavisk eller ikke-skandinavisk helsepersonell?

2.4. Skipslegen som rederiansatt eller selvstendig næringsdrivende?

2.5. Bedre utnyttelse av ”comment cards”

2.6. Katastrofeplanlegging

## 3. Kan erfaringer fra skipshospitalene

nyttes av helsevesen på land?

## IX. LITTERATUR

### APPENDIX 1: Plan over hospitalet på M/S Sovereign of the Seas

## I. MÅL OG METODER

Ut fra vanlig sosiologisk definisjon er en institusjon en anstalt der mennesker oppholder seg kortere eller lengre tid for et eller annet formål - eller for flere formål samtidig (Repstad 1988). Det er dermed klart at både et cruiseskip i seg selv, såvel som hospitalet ombord, kan oppfattes som institusjoner.

Målet for dette prosjektet er en praksisorientert beskrivelse av hospitalet på verdens største cruiseskip og aktiviteten der ut fra institusjonssosiologiske begreper.

Hovedvekten legges på å beskrive og fortolke normer og roller som skipslegene må forholde seg til ombord. Det redegjøres kort for historisk bakgrunn og for hospitalets fysiske utforming og dets omgivelser, mens det gis en bredere beskrivelse av forskjellige interpersonelle forhold, som lege - overordnede, lege - lege, lege - underordnede (sykepleier), lege - passasjerpasient og lege - mannskapspasient. Videre trekkes det fram følger av enkelte endringer som er foretatt i skipshospitalet fram til nå. Til slutt pekes det kort på perspektiver framover (trender) og på den eventuelle nytteverdi av erfaringene fra cruisemedisin for helsevesen i land.

Disponeringen følger i store trekk boken *Institusjons-sosiologi* av Pål Repstad (Tano A.S., Norge 1988). Dessuten diskuteres i flere sammenhenger begrepene "Exit, Voice and Loyalty", fra boken med samme navn av Albert O. Hirschman (Harvard University Press, Massachusetts 1970). De historiske bakgrunnsopplysningene er hentet fra "Skaugen 70 år i shipping" (Oslo 1986) og "Fra Verdens Ende mot de syv hav" (Oslo 1989) av Bård Kolltveit, fra "From Song to Sovereign" (Stamford 1988) av John Maxtone-Graham og fra "Berlitz

Complete Handbook to Cruising" (New York 1989) av Douglas Ward.

## II. HISTORISK BAKGRUNN

### 1. Utvikling av Miami som hovedbase for norsk cruiseferd.

I 1960-årene ble den tradisjonelle oversjøiske passasjer-skipfarten utkonkurrert av luftfarten. Samtidig gjorde alle jetflyene det mulig å reise raskt og relativt rimelig fra det kalde nord til helårs sommervarme i Caribbean. Dermed ble cruiseferd, som helt siden forrige århundre hadde vært et tilleggsmarked, i økende grad en hovedoppgave for rederier som fortsatt ville drive passasjerskip. I første omgang gjaldt det å skaffe gjenværende konvensjonelle skip beskjeftigelse. Men samtidig med amerikabåtenes tilbakegang foregikk det vekst og nytenkning innen internasjonal ferjeferd. Norske meglere og redere sto sentralt i dette bildet.

Miami var i utgangspunktet ikke noe selvsagt valg som hovedbase for norsk cruiseferd. For mindre enn 100 år siden var det som nå er "Downtown Miami" en ugjennomtrengelig jungel og lite attraktivt for tilreisende.

Henry Flagler la det første grunnlaget for Miami som både by og turistsenter. Han fikk i stand jernbaneforbindelse nordfra, etablerte et strandhotell i Miami i 1897 som ledd i en hotellkjede langs Floridas østkyst, og han fikk laget en 12-fots skipskanal som forbandt Biscayne Bay med havet. Gjennom den utvidede utgaven av denne kanalen går idag hele Miamis cruiseflåte på vei inn og ut av havn. Dagens havneanlegg, Dodge Island, ble laget ved å forbinde en rekke atoller i Biscayne Bay. Det ble tatt i bruk i 1964.

Samme høst begynte et nyombygget, norsk skip, Berge Sigval Bergesens "Viking Princess", i cruiseferd fra Miami. Skipet ble totalskadd av brann i april 1966, men alle ombord ble reddet, og norsk sjømannskap ble berømmet.

Norsk cruiseferd fra Miami kunne lett stoppet med dette forsøket. Alt høsten 1966 ble imidlertid igjen et norsk skip, M/S Sunward, satt i regulær cruiseferd fra Miami.

Ti år senere hadde Miami overtatt New Yorks status som

verdens travleste passasjerhavn.

Etablering av Miami som cruisehavn representerte på mange måter en demokratisering av cruisemarkedet. De korte cruisene appellerte til et bredere sosialt lag av amerikanere enn hva som var tilfelle med cruise i tradisjonell mening med store, luksuriøse skip og lange, dyre sjøreiser.

Det var imidlertid nærmest tilfeldigheter som gjorde at M/S Sunward havnet i Miami. Skandinaviske bilferger med høy passasjerkomfort var blant 1960-årenes maritime innovasjoner. Fred.Olsen og Bergenske Dampskipsselskap hadde suksess med sommertrafikk over Nordsjøen og vintertrafikk mellom England og Kanariøyene med kombinerte frukt-/bil-/passasjerskip.

Rederiet Lauritz Kloster kontraherte M/S Sunward, et 8000 tonns bilførende passasjerskip bygget av Bergens Mekaniske Verksted, for en ny rute mellom England, Spania og Gibraltar. Ruten fikk imidlertid problemer både pga britiske valuta-restriksjoner og friksjon mellom Storbritannia og Spania om Gibraltar. Etter få måneder ble den derfor nedlagt høsten 1966. Samtidig satt den amerikanske turoperatøren Ted Arison i Miami uten tonnasje til en rute mellom Miami og Bahamas, etter at eierne av det skipet han hadde chartret for ruten, var gått konkurs.

Forbindelsen mellom Kloster og Arison førte til etablering av Norwegian Caribbean Line (NCL). De to partnere har senere skilt lag, men begge tilhører fortsatt gigantene innen internasjonal cruiseferd. Mens Kloster kontrollerer NORWEGIAN CRUISE LINE (Starward, Seaward, Sunward II, Southward, Skyward, Norway), ROYAL VIKING LINE (Royal Viking Star, RV Sky, RV Sea, RV Sun) og ROYAL CRUISE LINE (Golden Odyssey, Crown Odyssey), har Arison startet CARNIVAL CRUISE LINE (Mardi Gras, Festivale, Carnivale, Holiday, Tropicale, Jubilee, Celebration, Fantasy) og har videre overtatt HOLLAND AMERICA LINE (Rotterdam, Noordam, Nieuw Amsterdam, Westerdam) og WIND SAIL CRUISES (Wind Song, Wind Star, Wind Spirit).

## 2. Utvikling av Royal Caribbean Cruise Line (RCCL)

En annen norsk-amerikansk kontakt i 1960-årene satte også dype spor etter seg i cruisefarten. Hotellmannen Ed Stephan hadde arbeidet i flere rederier, men så at det trengtes spesialbygde skip for den nye formen for cruisefart, der selve skipet mer er et mål i seg selv, mens transport-funksjonen for mange bare vil være en bonus. Han dro til Oslo i 1967 for å skape interesse og skaffe kapital til et nytt cruiserederi basert på sine visjoner. Dette førte til dannelsen av Royal Caribbean Cruise Line (RCCL) i 1969 med tre partnere, som eide 1/3 hver: I.M. Skaugen, Anders Wilhelmsen & Co og Gotaas-Larsen. Hovedkontoret ble lagt til Oslo, mens Ed Stephan ble daglig leder i Miami.

Skaugen overtok den teknisk-maritime delen av virksomheten, Wilhelmsen tok seg av finansiering og regnskap, mens Gotaas-Larsen var ren investor. Hotelldriften ble satt bort til utenlandske kontraktører.

Det ble kontrahert 3 skip fra det finske verftet Wartsila: M/S Song of Norway, som fikk premiere i Miami samtidig som filmen av samme navn i november 1970, M/S Nordic Prince med jomfrutur i juli 1971, og M/S Sun Viking med overlevering i november 1972.

Song of Norway ble satt inn i 7 dagers fart, og gikk de neste 12 årene uten avbrudd,- i fire år uten at det ble brukt en cent til reklameutgifter. De to neste skipene gikk i 14 dagers fart. Alle disse tre skipene var nesten like.

Sterkt økte bunkerspriser i 1970-årene gjorde det aktuelt å frakte stadig flere passasjerer på samme kjøll, og ved å føye inn en 25-meters midtskipsseksjon på skipene kunne kapasiteten økes med 44%, fra ca. 800 til vel 1100 passasjerer. Dette ble gjort med Song of Norway i løpet av 12 uker høsten 1978 og med Nordic Prince våren 1980, mens Sun Viking forble uforandret.

Det 4. RCCL-skip ble også bygget ved Wartsila og startet

7 dagers cruise fra Miami desember 1982: M/S Song of America var nesten dobbelt så stort som Sun Viking, både med hensyn til passasjerkapasitet (1400) og størrelse (37.000 brutto registertonn).

Det 5. RCCL-skip innebar en ytterligere fordobling: M/S Sovereign of the Seas (SvS) ble bygget ved Alstom verftet i Frankrike. Målt i tonnasje var det dobbelt så stort som Song of America, nemlig på 73.192 brt, og ble dermed verdens største cruiseskip. Det ble sertifisert for 2673 passasjerer og har et mannskap på mellom 750 og 800. Også dette skipet ble satt inn i 7-dagers cruise, med jomfrutur fra Miami 16. januar 1988. Dette var det første RCCL-skip der leger med cruise-erfaring var med under planleggingen av skipshospitalet, som ble bemannet med 2 leger og 3 sykepleiere.

SvS's gudmor var USAs tidligere førstedame, og det vakte atskillig munterhet da et av barnebarna hennes under dåpen mente å ha funnet ut hva RCCL sto for: "Rosalynn Carter's Cruise Line". Fullt så muntert ble det ikke oppfattet - av de norske interessene - da det kort etter ble klart at RCCL sto i fare for virkelig å bli overtatt av amerikansk kapital:

Gotaas-Larsen hadde, ved siden av sin tredjedel i RCCL også 51% av eierinteressene i et annet cruiserederi, ADMIRAL CRUISES, med 3 skip, alle overtatt fra andre redere: Azure Seas, Emerald Seas, og Stardancer (= Viking Princess fra 1990). I 1988 ble det besluttet å slå RCCL og Admiral sammen med tanke på stordriftfordeler under navnet Royal Admiral Cruises (8 skip med tilsammen 8.900 senger).

Gotaas-Larsen eide etter sammenslåingen 36% av det nye selskapet. Mens forhandlingene om sammenslåingen enda pågikk, solgte Gotaas-Larsen plutselig sin andel av Royal Admiral til den vesentligste konkurrenten, Carnival Cruise Line.

De to andre partnerne ville gjerne kjøpe Carnivals andel, men da det var usikkert om de etter sammenslåingen av RCCL og Admiral fortsatt hadde forkjøpsrett, valgte den ene, Skaugen, også å selge til Carnival. Imidlertid fikk de med i salgs-betingelsene at

A.Wilhelmsen nå hadde forkjøpsrett til hele Carnivals andel av Royal Admiral i 40 dager. A.Wilhelmsen fikk med seg den amerikanske finansfamilien Pritzker på 50% basis, og sammen overtok de hele Royal Admiral (som siden igjen driftsmessig er splittet i RCCL og Admiral Cruises).

Mens de tidligere eierne tildels var sterkt involvert i driften av skipene, har begge de nye partnerne siden overtagelsen mest opptrådt som investorer, mens den praktiske driften, både teknisk-maritimt og hotellmessig, nå er lagt til Miami. Dette, sammen med overgang til NIS-registrering (NIS= Norsk Internasjonalt Skipsregister, i motsetning til tidligere norskregistrering av skip i NOR) av skipene i 1987-88, har ført til merkbare forandringer, til og med i hospitalene ombord, utover det som må forventes når et cruisereferi forandrer seg fra å være nyskapende pioner til veletablert profitør med stor markedsandel. Med økt erfaring øker sjansene for bedre service og kvalitet, mens det økte volum, dvs masseturisme, er en trussel i så måte.

Overtagelsen av RCCL representerte et økonomisk krafttak på tilsammen vel 3.8 milliarder kroner for A.Wilhelmsen & Co og Pritzker-familien, men dette har ikke dempet cruise-aktiviteten deres. Et nytt skip, mindre enn SvS, M/S Nordic Empress (45.000 brt, 1610 passasjerer), vil være leveringsklart på forsommeren 1990, og ytterligere to skip, som er tilnærmede blåkopier av SvS mht størrelse og kapasitet, skal leveres vår og høst 1991.

### 3. Utvikling av skipshospitalet på M/S Sovereign of the Seas

Amerikanske turister opplevde Caribbean fra norske skip alt før første verdenskrig. Norske fruktdampere, chartret av United Fruits, hadde plass til opptil et dusin passasjerer ombord. Fortsatt har det norske rederiet Ivaran lange ventelister for passasjerer som ønsker å reise med dets containerskip som går i rute mellom Nord- og Sør-Amerika. Det er imidlertid både alders- og helsemessige begrensninger for å få gå ombord, siden skipene ikke har lege ombord. Fører skipet mer enn 12 passasjerer, må det etter internasjonal lov ha med en lege. Den øvrige bemanning i skipshospitalet er det



opp til rederiet å bestemme. Det fins mindre cruiseskip med et par hundre mann ombord som bare har en lege, de fleste har en lege og en eller to sykepleiere, mens noen av de største har 2 leger og 3 sykepleiere.

Da Song of Norway skulle bygges, hadde man mange nye ideer som skulle prøves ut. Rent maritimt bygget man imidlertid i det vesentlige på erfaringene fra passasjerfart høstet av Den Norske Amerikalinje. Herfra ble den første kapteinen, Aage Lindstad, hentet. Medisinsk konsulent ble dr. William

Fredriksen, revmatolog og nær venn av Skaugen-familien. Skipshospitalet ble tegnet av arkitekt og innredet med venterom, legekontor, røntgen-rom, operasjonsstue, og 4 sykestuer med inntil 5 senger hver. Ikke alt utstyret var like praktisk, bl.a. var sengene lave brisker som ikke kunne justeres på noen måte og dermed egnet seg lite for akutt-behandling eller vanlig sykestell. Dr. Fredriksen ansatte skandinaviske leger og sykepleiere og hadde oppsyn med hospitalstjenesten ombord. For å kunne operere ombord i nødsfall, skulle en sykepleier være spesialutdannet operasjons-, den andre anestesi-sykepleier. Kravet til legen var at han hadde skandinavisk lisens, og selv om man gjerne ville ha leger med operasjonserfaring, var kirurger ikke lette å skaffe. Dersom det skulle bli helt nødvendig å fjerne en blindtarm el.lign., var det meningen at anestesi-sykepleieren skulle stå for narkosen, mens operasjonssykepleieren kunne lede den mer eller mindre kirurgisk kyndige lege gjennom selve operasjonen.

Den kanskje vesentligste forskjellen mellom Song of Norway og de etterfølgende skipene var at Song of Norway hadde skipshospitalet på Promenadedekket, dvs. på det 7. dekk over vannflaten. Fordelene var sentral plassering for potensielle pasienter, lett adgang til livbåtene i tilfelle evakuering, store vinduer og dermed lyse og innbydende sykelugarer, samt kort vei fra legens lugar på 8.dekk til hospitalet. En ulempe var at de to sykepleierne delte lugar, og dermed ble begge vekket hver gang vakttelefonen ringte. Viktigst for senere forandring var imidlertid at Promenadedekket regnes som den beste lokalisasjon for de dyreste og mest lettselgelige lugarene. Dermed ble hospitalet i alle senere skip henlagt

til 1ste dekk, ved vannlinjen og gjerne i sjenerende nærhet av maskinrommet.

Ved den senere forlengelsen av Song of Norway og Nordic Prince ble sengeantallet i hospitalet redusert.

Først da Song of America skulle bygges, ble dr. Fredriksen tatt med på råd om utformingen av hospitalet. Sammen med en sykepleier med betydelig erfaring fra cruise la han ned atskillig arbeid i dette, men til syvende og sist ble forslagene hans ikke tatt hensyn til. Hospitalet ble mer rommelig enn på de andre skipene, men var ellers konstruert nokså likt.

De forskjellige leger og sykepleiere som i årenes løp tjenestegjorde i hospitalene ombord hadde imidlertid alle sine forslag til diverse forbedringer.

Da så planene for Sovereign of the Seas (SvS) begynte å ta form, ble dr. Fredriksen igjen bedt om å komme med forslag til hospitalsutforming. Det var avsatt et større område forut på 1. dekk til hospital og 3 sykepleierlugarer. På bakgrunn av lang og variert cruisetjeneste og utallige brev med forbedringsforslag opp gjennom årene ble jeg bedt av dr. Fredriksen om å hjelpe til, og etterhvert ble den medisinske ”bygge-komite” utvidet med ytterligere to tidligere skipsleger. Innen visse økonomiske og byggetekniske rammer fikk vi nokså frie rammer av de teknisk ansvarlige, og samarbeidet med skipsarkitekten om praktiske løsninger. Dr. Fredriksen ble ”overkikador”, anestesilege dr. Odd Wathne foreslo det akutt-medisinske utstyr, ØNH-lege dr. Sverre Poppe interesserte seg mest for innredning og praktisk utforming av hospitalet, mens jeg tok meg av alt annet utstyr og fungerte ellers som en slagkoordinator.

Vi fikk det utstyret vi mente vi måtte ha, dog ble det en del problemer med innredningen: Den praktiske utforming ble stort sett beholdt som foreslått, men istedet for det skandinaviske interiør som var foreslått, insisterte verftet av økonomiske årsaker på billigere og ikke fullt så praktiske og elegante løsninger.

Under planleggingen ble det tatt hensyn til at skipet skulle bemannes med to leger,- som fortrinnsvis skulle arbeide skift, men som under aktivitetstopper ville måtte arbeide samtidig i skipshospitalet. Videre skulle det være to anestesi- og en operasjonssykepleier, med én sykepleier på døgnavakt, samt én til avlastning i kontortiden. Følgende sykepleierturnus ble planlagt: 24 timer tilstedevakt i hospitalet (inkludert 7 timers kontortjeneste: kl.8 - 11:30 og 15 - 18:30), etterfulgt av 24 timer fri.

Det ble lagt særlig vekt på følgende:

3.1. Delt venterom for passasjerer og mannskap utenfor selve hospitalet.

3.2. En relativt rommelig resepsjon der sykepleieren med kontortjeneste ville kunne utføre mindre prosedyrer (måle puls, blodtrykk, temperatur, sette sprøyter, skifte på mindre sår osv).

3.3. Grei adgang både fra resepsjonen og fra legekantoret til medisinalageret.

3.4. Praktisk og fysisk lett adgang for rullestoler og bærer til akuttrom med røntgen, til operasjonsstue og til sykerom via en vid langsgående hospitalskorridor.

Hospitalskorridoren skiller de fire sykestuene (2 overvåkingsrom; tilsammen 8 senger) fra de øvrige rom. En av heisene er stor nok til å romme en rullende akuttbære, men to delte etasjer, samt baren i skorsteinen (selv kjennetegnet til RCCL, ”The Viking Crown”), gjør det umulig å komme til alle passasjerområdene med rullende bære.

En bærebjelke i resepsjonen gjorde en del kompromissløsninger nødvendige m.h.p. rullestolbrukere.

Hospitalet ble bygd etter planen med 2 venterom, resepsjon, laboratorium, legekantore, 2 medisinalrom, akuttrom med røntgen, rom for røntgenframkalling og øusteril vaskø, steriliserings-

rom, operasjonsstue, 4 sykerom med tilsammen 8 senger (1 rom til mannskap/isolering; 2 til overvåkning med oksygen, vegg-sug og mulighet for monitorering av hjerteaktivitet; 1 til vanlig observasjon), kjølerom med plass til 3 lik, samt lagerrom og gass-sentral for oksygen og nitrogendioksyd (**Appendix 1**).

Ved overtagelsen av hospitalet var det atskillig som måtte rettes opp i løpet av overfarten til Miami. En av de pussigere ting var at framkallingsrommet for røntgenfilm var blitt utstyrt med permanent nødlys uten bryter. Alvorligere var det at gass-sentralen var så mangelfull at den måtte demonteres underveis, og erstattes med helt nytt anlegg. Det måtte flys fra Norge til Miami og monteres før jomfruturen.

Den transatlantiske hospitalsbemanningen besto av én anesthesi- og én operasjonssykepleier, samt én kirurg. Ytterligere én anesthesisykepleier og én almenpraktiker møtte skipet i Miami. Senere er operasjonssykepleieren blitt erstattet av amerikansk-utdannet sykepleier med erfaring fra akutt- eller intensivavdeling.

Siden jomfruturen har hospitalet fungert bra med små justeringer. Klagene har vært små fra hospitalspersonalet: Noen ønsker undersøkelsesbenk på selve legekontoret istedet for i akuttrommet ved siden av. Mange klager over at det er for mange dører. Med færre vegger hadde det imidlertid blitt mindre skaplass (- plassmangel er et stadig problem ombord). Fra landsiden klages det over at hospitalet tar for stor plass: ”that damned Cadillac”. Man vil gjerne ta et sykerom til mannskapslugar(er). To års erfaring viser imidlertid at alle fire sykelugarene i perioder må brukes samtidig.

#### 4. M/S Sovereign of the Seas (SvS) - Statistiske data

Skipet er på 74.000 brt, har en total passasjerkapasitet på 2.673 og har ca. 750 ansatte ombord. Cruisefart er 16 knop, toppfarten 21 knop. 4 hovedmotorer har tilsammen 29.700 hestekrefter og driver 2 propeller; 6 hjelpemotorer genererer nok kraft til å forsyne en by med 10.000 innbyggere; ferskvanns-anlegget kan produsere 700 tonn ferskvann per dag eller det en familie på 4 trenger i løpet av 5 år;

og ismaskinene kan lage 18.5 tonn is per dag, nok til 800.000 drinker. Det er 150.700 kvadratfot åpent dekk (tilsvarende 50 tennisbaner eller 3 amerikanske fotballbaner) og 710.415 kvadratfot interiør (tilsvarende 1/10 av Pentagon), 4 miles med korridorer, 43 miles med rørledninger, og 807 miles med elektriske ledninger (som fra Washington D.C. til Miami). Skipet er 171 fot høyt, og til byggingen gikk det med 14.000 tonn stål, dvs høyden tilsvarende Frihetsgudinnen i New York, mens skipets stål-mengde er 70 ganger større enn hennes.

Skipet ble bygget i St.Nazaire, Frankrike, levert 19.12.87, og døpt i Miami 15.1.88. Jomfruturen gikk fra Miami dagen etter. Siden har skipet gått i 7 dagers cruiseferd fra Miami hver lørdag ettermiddag med anløp Labadee, Haiti mandag; San Juan, Puerto Rico tirsdag; Charlotte Amalie, U.S. Virgin Islands onsdag; og retur til Miami lørdag morgen.

Offiserene og enkelte mannskap på dekk og i maskin er norske, ellers er størstedelen av mannskapet på dekk og i maskin fra Filipinene. Hotellet bemannes av folk fra hele verden, og det er ansatte fra mellom 40 og 50 nasjoner ombord. De fleste er menn; under 10 prosent er kvinner (sykepleiere, telegrafister, pursere, butikkpersonale, frisører, massører, cruisestaff eller aktiviteter).

Ifølge hospitalsrapportene ble det registrert 10.201 legekonsultasjoner i løpet av de første 12 månedene på SvS. Det tilsvarende 28 konsultasjoner pr dag med 7 dagers uke. Besetningskonsultasjonene utgjorde 42 %.

Noen gjennomsnittstall fra de første 12 månedenes hospitalsdrift gir et visst inntrykk av aktiviteten:

Det ble skrevet 10,2 skaderapporter pr uke. 1,5 ansatte var sykemeldt pr dag, dvs 0,2 % av hele mannskapet. 3 (0-9) pasienter var innlagt i hospitalet pr uke. Det var ett dødsfall hver annen måned blant passasjerene, men ingen blant mannskapet.

## 5. Forfatterens bakgrunn

Forfatteren kom tidlig, og nokså tilfeldig, med på cruise. Like etter fullført turnustjeneste mønstret jeg på Song of Norway i slutten av juni 1971 som den 3. lege i skipets korte historie (dvs etter 8 måneders drift). Etter 3 måneder ble jeg så flyttet til Nordic Prince da dette skipets 1. lege mønstret av. Der var jeg i 5 måneder. Etter litt over 1 år på land var jeg tilbake på Song of Norway for 5 måneder vinteren 1973-74, og siden har jeg vært på sjøen uker til måneder hvert år.

Det har etterhvert blitt 10 forskjellige skip med flere opphold på de fleste: Song of Norway, Nordic Prince, Sun Viking, Royal Viking Sea, Royal Viking Sky, Royal Viking Star, Pearl of Scandinavia, Song of America, Americana og SvS. Tilsammen har jeg vært over 4 år til sjøs.

På land har jeg mest arbeidet som kirurg og ble spesialist i generell kirurgi i 1979. Siden 1981 har jeg vært knyttet til Kirurgisk Avdeling B ved Rikshospitalet i Oslo, først i 2 år som universitetslektor, deretter som kirurg i 4 år, og siden som forsker (universitetsstipendiat).

En del av mine medisinske publikasjoner gjelder forhold til sjøs (kjønnsykdommer, medisinsk utstyr i livbåter, holdbarhet av medisiner i livbåter, (almen-)praksis-undersøkelse ombord), mens interessen for andre publiserte undersøkelser ble vakt av forhold ombord (flere studier om fractura colli femoris, en studie i bølgesimulator over bruk av transdermal scopolamine versus meclozine og placebo mot sjøsyke).

Skipshospitalet på SvS har jeg vært med på å planlegge, utstyre, organisere og videreutvikle, både i Norge, i Frankrike, under overfarten til USA, i Miami før skipet kom i regulær cruise fart, under jomfrutur og innkjøring, samt i flere perioder senere som skipslege, sist 8 uker i januar-februar 1990.

### III. SKIPSHOSPITALET SOM INSTITUSJON III. SKIPSHOSPITALET SOM INSTITUSJON

#### SEKS ORGANISASJONSVARIABLER

##### 1. SKIPSHOSPITALET'S MÅL

En nokså gjengs definisjon av en organisasjon er at den betegner et bevisst, stabilt og målrettet samarbeid mellom mennesker (Repstad 1988). Organisasjonsteoretikene har generelt pekt på 3 funksjoner som en målsetning har for en organisasjon (Etzioni 1978):

- å tjene som en rettesnor for organisasjonens arbeid ved å peke på en ønsket tilstand som organisasjonen bør sikte mot,
- å legitimere (altså begrunne eller forsvare) organisasjonens virksomhet,
- å tjene til hjelp for å vurdere organisasjonens arbeid, ved å sammenligne det som faktisk gjøres i organisasjonen, med målsetningen.

Etter internasjonale regler er skipet pålagt å ha lege siden det er mer enn 12 passasjerer ombord. Rederiet har pålagt skipslegen en rekke oppgaver som det er redegjort for i Tjenestereglementet. Det går imidlertid klart fram at legen kommandomessig og administrativt er underlagt kapteinen og nestkommanderende og kun har rådgivende myndighet.

I TJENESTEREGLEMENTET FOR RCCL står følgende om Sanitet:

1.

”Skipslegen er kommandomessig og administrativt underlagt kapteinen og nestkommanderende.

Han er deres rådgiver i alt som angår sanitetstjenesten, passasjerenes og besetningens helse, og de hygieniske forhold ombord.

Han utfører den daglige legetjeneste og leder den øvrige sanitetstjeneste ombord. Han plikter å holde kapteinen og nestkommanderende underrettet om alt av betydning i sanitets-

tjenesten ombord.

Kapteinen og nestkommanderende har taushetsplikt med hensyn til opplysninger av medisinsk art som måtte bli gitt dem av legen.

2.

Skipslegen er ansvarlig for at legemidler blir oppbevart og behandlet etter gjeldende forskrifter.

3.

Skipslegen skal overfor sitt personell innskjerpe taushetsplikten, og innhente skriftlig erklæring fra dem som ikke tidligere har avgitt sådan.

4.

Skipslegen overvåker orden, renslighet og ventilasjon i hospitalet.

5.

Skipslegen plikter å ledsage kapteinen når denne foretar sine inspeksjonsrunder.

6.

Skipslegen er ansvarlig for at det blir utarbeidet en kontinuerlig sanitetsvaktordning. Han holder kontortid til de tider som etter rutinen er fastsatt. Når det er nødvendig å tilkalle en av besetningen utenfor disse tider, henvender han seg til vedkommende departementssjef.

Hvis en av besetningen bør innlegges på sykehus, og det ikke dreier seg om et akutt tilfelle, skal han konferere med vedkommende departementssjef før innleggelsen.

7.

Skipslegen holder foredrag for besetningen om sykdommer, hygiene m.v., og gir instruksjon i førstehjelp.

8.

Ved dødsfall gir skipslegen straks melding til kapteinen. Han leverer kapteinen dødsattest og vanlig legeerklæring om dødsfall.

9.



Skipslegen plikter å føre de påbudte journaler, rapporter og skademeldinger. han fører eget arkiv for sin faglige korrespondanse. I saker av rent faglig art kan han korrespondere direkte med spesialister.

Han skal i sitt arkiv oppbevare:

- a) Sykekort (konsultasjonskort)
- b) Helsekort
- c) Alle gjeldende sirkulærer og instruksjoner vedrørende sanitetstjenesten.

10.

Ved ulykker og skader blant passasjerer og besetning skal skipslegen samarbeide med nestkommanderende for å få stadfestet hendelsesforløpet med tanke på mulige erstatningskrav.

11.

Skipslegen er også ansvarlig for tannlegetjenesten ombord.

12.

Skipslegen er forvaltningsmessig ansvarlig for alt sanitetsutstyr ombord. Han skal videre føre beholdningsoppgaver for dette utstyr.

13.

Budsjettforslag for avdelingen skal utarbeides av skipslegen og forelegges for nestkommanderende. Han skal på bakgrunn av sunn økonomisk vurdering foreta sine rekvisisjoner. Videre skal han føre kontroll med alt forbruk. Bestillingslister på reservedeler og rekvisita forelegges nestkommanderende til approbasjon.”

## 1.1.FAKTISKE MÅL, MÅLFORSKYVNING OG MÅL KONFLIKTER (REDERI)

Rederiets mål for hospitalet underordnes målet for all passasjer-relatert aktivitet ombord:

”EXCELLENT QUALITY AND A HIGH STANDARD OF SERVICE”

I praksis har rederiet fire (for)mål med hospitalet ombord:

### 1.1.1. Oppfylle loven.

Selvom dette er primært, viser ansettelse av ikke bare en

lege, men ytterligere 1 lege og 3 sykepleiere at også andre mål, spesielt serviceaspektet, vektlegges.

1.1.2. Gi alle ombord forventet service.

Legene og sykepleierne skal behandle passasjerer og besetning slik at det ikke oppstår klager, eller enda verre, erstatningssøksmål, mot skip og sanitetspersonell.

1.1.3. Gi besetningen effektiv behandling, bl.a. for å holde sykemeldings- og sykeavmønstrings-frekvensen lav.

1.1.4. Alt skal skje innenfor strammest mulige økonomiske rammer.

Ad 1.1.1. I ens iver etter å oppfylle loven vil man gjerne ta en hvilken-som-helst lege med en eller annen lisens, og (helst) brukbar vandel, uten å ta hensyn til skipserfaring og annen ekspertise: ØEn lege er en lege er en legeø. Det er lite forståelse for at legevirkosomhet til sjøs er temmelig annerledes enn på land og at en del oppgaver krever spesialkunnskap og -ferdigheter .\*)

---

\*) Dette fatter landsiden noe lettere når det gjelder kapteiner: Det kommer sjelden på tale å erstatte en cruiseskip-master med en lokal ferjeskipper, selvom den siste har nødvendige papirer og er villig til å arbeide for lavere lønn. Det er også forskjell på å skifte lysrør på Tau-ferja og være skipselektriker på SvS hvor man bl.a. må kunne ta seg av en eventuell omprogrammering av over 2000 telefoner, finjustere, og eventuelt reparere, avanserte lyd- og lyssystemer for verdensartister. Like fullt erstattet man norske reparatører for kort tid siden med reparatører fra utviklingsland. Disse sveiset seg prompte inne og måtte sveises ut av mer kompetent mannskap.

Ad 1.1.2. For maksimal service bør legen være best mulig kvalifisert og helst ha kontortid døgnet rundt. Med 1 lege med kontinuerlig døgnvakt har man måttet begrense dette til en kort kontortid for- og ettermiddag, ellers måtte lønnen heves betydelig. Med 2 leger på SvS har det vært mulig å utvide kontortiden. Dessuten bidrar insentivsystemet med tilleggsbetaling per pasient (stykk-bonus), og høyere honorarer for konsultasjoner eller lugarbesøk utenfor kontortid, til bedret serviceinnstilling blant helsepersonellet.

Ad 1.1.3. Unødige sykemeldinger må unngås, men skipet er lite tjent med at besetning tvinges til arbeid som forverrer deres lidelser og kan forårsake søksmål, eller at folk med smittsomme sykdommer får anledning til å smitte andre.

Ad 1.1.4. For å redusere utgiftene til hospitalet har man:

1.1.4.1.:

redusert lønninger og privilegier til leger og sykepleiere. Det er ingen overtidsbetaling hverken for leger eller sykepleiere. Utgiftene til hospitalslønninger (= 5 personer) var i 1989 under \$ 1 per passasjer-billett. For å kompensere for lavere grunnlønn, er det innført stykk-bonus (se 1.1.2.), men denne ordningen trer først i kraft etterat inntjeningen i hospitalet har oversteget en garantert minstelønn.

1.1.4.2.:

innført liste over øgodkjente medisinerø. Kun medisiner fra denne listen kan rekvireres rutinemessig, og bare i fastsatte kvanta. Mens medisiner først var gratis, ble de senere solgt til innkjøpspris, deretter med 40% avanse til rederiet, og nå til faste priser bestemt etter utsalgsprisen på land, mens man har forhandlet seg fram til gunstige storrabatter på generiske preparater.

1.1.4.3.:

innført kompliserte og tidkrevende rutiner for rekvirering av nytt utstyr og reservedeler.

Ulemper ved tiltak 1.1.4.1.-3.:

Systemet medfører fare for overbehandling og øhustling for patientsø, selvom serviceinnstillingen bedres. I og med at passasjeren betaler større del av utgiftene selv, øker hans krav til service og også sjansene for artikulert misnøye. Kompliserte eller tidkrevende betalingsprosedyrer fører også til misnøye. Bruk av generiske preparater kjøpt i stort innebærer ompakking ombord uten plombering og dermed svakere forsvar i tilfelle saksøking som involverer medisinerø.

Det er fortsatt slik at sparsomhet ett år ikke belønnes, men fører til straff i form av ytterligere budsjett-kutt neste år.

## 1.2. FAKTISKE MÅL, MÅLFORSKYVING OG MÅLKONFLIKTER (SKIPSLEGE)

I tillegg til rederiets mål, kommer ønsket om å drive praksis etter østate-of-the-artø medisinsk oppfatning og etiske regler, og å ha mest mulig gunstige arbeids- og fritidsbetingelser for en selv og helsepersonellet forøvrig. Forfatteren formulerte fra starten det noe diffuse mål for virksomheten på SvS slik: ”Verdens beste skipshospital for verdens største cruiseskip”.

### 1.2.1. Konflikter pga krav om service:

Servicekravet, dvs hensynet til markedet, kan lett komme i konflikt med moderne medisin. Amerikanske pasienter krever gjerne spesifikk behandling, som de er vant med å få av sin egen, ofte mer markedsorienterte, lege; f.eks. antibiotika for virussykdommer, vitamin B-injeksjoner for øutslitthetø, sterke analgetica for relativt banale smertetilstander, etc. Man kan også oppleve at prisen på øthe drug-of-choiceø gjør at behandling avslås.

Det kan være fristende å forsøke å behandle en pasient ombord som egentlig burde vært taklet av spesialist på land, når alternativet er helikoptertransport, luftambulanse, omdirigering av skipet med langsvarige forsinkelser og store økonomiske utlegg både for pasient og rederi og i tillegg ubehag for de andre passasjerene.

Legen kommer lett i klemme mellom skipets krav om å holde folk i arbeid lengst mulig og egen oppfatning om at tildels umenneskelige arbeidsforhold gjør det nødvendig å ta folk ut av arbeid for tilstander de medisinsk sett strengt tatt kan arbeide med. Den nære kontakt med arbeidsledere og arbeidskolleger, dvs de som må overta jobben til den sykemeldte, gjør at sykemeldingen i praksis overprøves av mange lokale instanser, og gjør det også vanskelig å holde strikt

på taushetsplikten. Selvom kapteinen og nestkommanderende, etter Tjenestereglementet, har taushetsplikt om medisinske forhold, har skipslegen ingen praktisk mulighet for å gripe inn om det viser seg at de tolker begrepet taushetsplikt på en annen måte enn medisinsk utdannet personell.

Det kan også være fristende for legen å gi vakthavende sykepleier utvidede fullmakter til behandling om natten, f.eks. å gi reseptpliktig sovemedisin eller injeksjon, og å nekte henne å tilkalle legen for annet enn livstruende tilstander utenfor kontortid for å redde egen rekreasjon og nattesøvn. Dette kommer imidlertid i konflikt med servicekravet og inviterer til klager og søksmål.

Et eksempel:

Passasjeren som tilkalte legen på et Carnival-skip pga mannens hjerteanfall og fikk til svar: "Do you know what time it is? You are a crazy lady!" (Sun-Sentinel, Florida 7.5.1989).

Legen tenker seg gjerne om to ganger før han legger inn en passasjer som strengt tatt ikke trenger overvåkning i skipshospitalet, men som vil ha det bedre der enn i sin egen lugar, når han vet at dette betyr at vakthavende sykepleier, istedet for å få i alle fall noen timers søvn, må være oppe hele natten, og i tillegg tilkalle en av dem som har fri for å overta om hun tilkalles utenfor hospitalet, når man vet at hun ikke får betaling for dette, og den andre som tilkalles skal på jobb samme morgen.

**F**or god service kan også hindre arbeidet i hospitalet. Selv på SvS er det bare bemanning til å greie døgnovervåkning til nærmeste havn. Dersom videre overvåkning er nødvendig, må pasienten overføres til et sykehus på land. Dette er rederiets politikk, ikke minst fremtvunget av forsikringsselskap som ikke vil ta noen sjanser. Imidlertid er det ofte vanskelig å motivere passasjerer til å søke hjelp på land når de opplever behandlingen ombord som både mye bedre, mye mer personlig og mye billigere. For de fleste vil det også være mye mer praktisk å følge skipet tilbake til utgangspunktet enn å avbryte cruiset underveis for så å komme seg hjem på egen hånd etter behandling i første havn.

### 1.2.2. Konflikt pga krav om gode arbeidsforhold.

En stadig kilde til konflikt er det når lege og sykepleier sammenligner sine arbeids- og fritidsforhold ombord med landbaserte kollegers.

De færreste leger har (til nå) vært vant til å være underordnet personer med mindre utdanning enn dem selv, endog personer som er blottet for kjennskap til medisinsk kultur og logikk. På den annen side oppfatter utvilsomt noen kapteiner og overstyrmenn det som litt av en øtripø å ha bestemmende makt over leger og sykepleiere. De kan oppføre seg på måter som av saniteten oppfattes som (uvant) mangel på respekt.

Videre viser enkel hoderegning at alle de medisinske aktiviteter ombord honoreres (verdsettes) mye lavere i kroner og øre enn tilsvarende arbeide i land. Slike sammenligninger gjør vanligvis lite inntrykk hos de forskjellige yrkesgruppene ombord, som gjerne jobber hardere, lenger, og for lavere lønn, enn helsepersonalet ombord, men som ikke har noe jobbalternativ i land. En viss porsjon skadefryd over at lang utdanning ikke gir særlig økonomisk uttelling kan også gjøre seg gjeldende.

Særlig sykepleierne opplever et betydelig tap i status ombord, formelt demonstrert ved mangel på offisersstatus og gullstriper.

1.3. Hva er her skillet mellom MÅL, som er satt bevisst av institusjonen eller enkeltpersoner som noe en skal strebe mot, og FUNKSJONER, som er de faktiske virkninger av virksomheten?

1.3.1. **Før** god service til noen kan hindre rimelig service til andre. Her er to eksempler:

A. Det er vanskelig å få hospitaliserte pasienter på land i nærmeste havn (se ovenfor).

B. Hospitalet har 10 rullestoler, som har en tendens til å

forsvinne om de ikke passes godt på. De er til bruk for folk som skader seg i løpet av cruiset, og 10 er som regel nok. Passasjerer avhengig av rullestol må ifølge brosjyren bringe sin egen, samt ha med en ekstra person til å trille stolen. Imidlertid glemmes eller oversees dette ofte, og passasjerer ber om, eller forlanger, å få låne en av hospitalets stoler. Får han ikke dette, går det ut over servicen; får han stol, risikerer man ved senere skader som skipet kan, eller vil bli, lastet for, ikke å ha rullestol til disposisjon. Dermed øker misnøyen og risikoen for saksøking.

1.3.2. Strukturen i organisasjonen på land hemmer effektiv spesialisthenvisning på land. Dersom en hotellansatt ombord må henvises til medisinsk spesialist i land, er praksis i Miami slik:

Pasienten må fra hospitalet via departementsjef ombord og via personalkontoret på land til almenpraktiker på land. Det siste leddet henviser videre, men da er dagen gått. Dermed må besetningsmedlemmet enten mønstre av for en uke eller vente en uke på ny time. Dersom det siste alternativet velges, ber Claims Department i land per telefax om at skipslegen skriver ny henvisning som pasienten skal ha med til spesialisten ved neste forsøk.

1.3.3. Indikatorer på om de mer eller mindre diffust formulerte mål blir oppfylt:

Ansettelses- og vaktlister viser at loven er oppfylt.

US Public Health får ukentlige rapporter via kapteinen om antall diare-tilfelle.

Legen gir daglig rapport til kapteinen om diare, hvis antall tilfeller overstiger 3 i løpet av 24 timer. Rapport til kapteinen om oppvekst av tarmbakterier gis muntlig og skriftlig etter hver vanntesting. Rapporter over skader og hospitalsinnleggelses, både for passasjerer og mannskap, samt kopi av alle sykemeldinger og hospitalsrapporter, sendes daglig til kapteinen.

Alle kvitteringer leveres med kopi til purser og kontor i land. Nestkommanderende fører kontroll med forbruk og bestillinger ved hjelp av datamaskin. Budsjettet kontrolleres både av nestkommanderende og av kontoret på land.

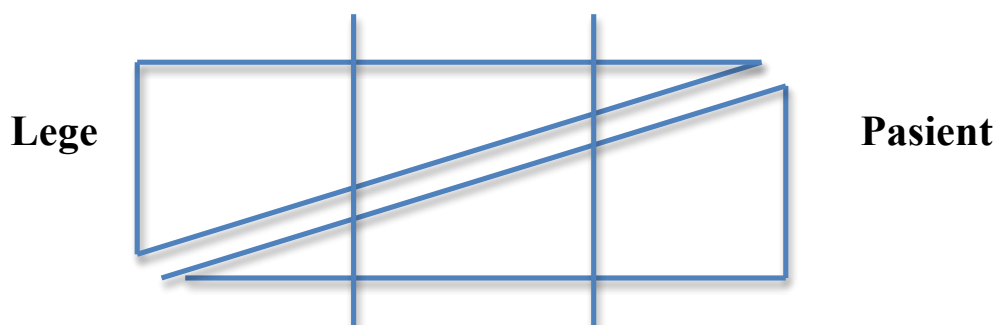
Service-funksjone kontrolleres ved mangel på ”adverse comments” (”complaints”) og søksmål. Hver uke får hospitalet kopi av eventuelle skriftlige kommentarer som kan oppfattes som kritikk av hospitalet.

Dersom hospitalpersonalet saksøkes, stevnes vanligvis samtidig rederi og kaptein.

## 2. IDEOLOGIEN I SKIPSHOSPITALET

En ideologi er et sett av forestillinger om hvordan virkeligheten er og hvordan den bør være. Den omfatter altså både normative, beskrivende og analytiske elementer, både verdier og oppfatninger om sammenhenger i virkeligheten. Ideologi og organisasjonskultur er beslektede begreper (Repstad 1988).

Skipshospitalets bedømmes både utfra medisinske og ikke-medisinske kriterier, og ideologien preges av hvem som gir premissene, lege eller pasient. Hverken på land eller til sjøs er det her et enten eller, heller et både og i form av et kontinuum:



Figur 1: Ulike kombinasjoner av premiss-giving.

Når det gjelder medisinsk behandling, er pasienten fortsatt henvist til å måtte stole på at legen, i kraft av sin medisinske utdannelse og erfaring, ”vet best”; selvom dette



ikke lenger skjer ukritisk, som vi skal se nedenfor. Dessuten har ikke pasienten noe reelt legevalg mens han er ombord. På Figur 1 vil skipshospitalet plassere seg til venstre for midten, men likevel til høyre for norsk helsevesen.

Når det gjelder ikke-medisinsk ”behandling”, som helsepersonellets tilgjengelighet og service-innstilling, er pasienten bedre i stand til å formulere krav. Jo sterkere markedskreftene får virke, desto mer hensyn vil personellet måtte ta til slike krav. Her kan man tenke seg et tilsvarende kontinuum for serviceinnstilling og tilgjengelighet med disse to ytterpunktene:

Helt til venstre: Hospitalet skal bare nyttes i kontortiden og ellers kun i nødsfall, dvs personalet har alltid rett og skal skjermes best mulig for å kunne nyte sitt eget privatliv og cruise.

Helt til høyre: Pasienten har alltid rett til å kreve oppmerksomhet, uansett hvor dårlig dette passer for personalet i hospitalet.

Mens norsk helsevesen befinner seg på venstre side av skalen ovenfor, er skipshospitalet på SvS godt til høyre for midten. Ombord skyldes dette markedskrefter i form av økt press både nedenfra, fra pasientene, og ovenfra, fra redere og forsikringselskap, som igjen er presset av pasientene.

Dette er stort sett innstillingen idag:

Når en passasjer finner en tilstand alvorlig nok til å kontakte hospitalet, skal den behandles tilsvarende alvorlig av vakthavende sykepleier.

Det er stående instruks om at legen skal kontaktes om pasienten selv ønsker dette eller er i tvil, selvom sykepleieren selv synes dette er urimelig eller føler seg kompetent til å ordne opp.

Rapporterer pasienten telefonisk spesielle symptomer, som brystmerter, skal han ikke selv gå til hospitalet, men tilsees i lugaren og etter vurdering bringes til hospitalet i

rullestol eller på bære.

Dersom ventetiden synes å ville overskride 1/2 time i kontortiden, skal kontorsøsteren, som har best oversikt over venterommet, tilkalle lege nr. 2, som i prinsippet har fri. Selv leger og sykepleiere som har fri, må være fysisk og psykisk forberedt på og istand til å delta i akutt-situasjoner, f.eks. hjertestans. Dette legger naturlig nok en betydelig demper på festing.

Blant nykommere fra skandinavisk helsevesen synes amerikanernes krav til service gjerne urimelig, og mange har i begynnelsen vanskelig for å forstå at skips- og hospitalsledelsen støtter opp om kravmentaliteten.

Selvom det verserer mange anekdoter om passasjerenes urimelighet og dumhet, og disse er en stadig kilde til underholdning og oppmuntring, tillates det ikke at hospitalstaben glemmer dette:

**Uten passasjerer, intet cruise!**

### 3. SKIPSHOSPITALET'S TEKNOLOGI

Det er ingen lovbestemte krav til hvilket teknisk-medisinsk utstyr som skal finnes i hospitalet på cruiseskip. Derimot er det norske forskrifter for både mengde og typer medisinsk utstyr og medisiner på skip uten legebemannning og i livbåter.

I rederiets opplysningsmaterieil for passasjerene står bare følgende:

”Professional medical services are available at a reasonable fee. A qualified physician and two registered nurses are normally in attendance on all Royal Caribbean cruises” (Royal Caribbean, RCCL, Miami 1989).

I praksis er skipshospitalet utstyrt slik at det kan foretas enkle diagnostiske undersøkelser (blod- og urinprøver, røntgenundersøkelser uten kontrast), gjøres mindre kirurgiske inngrep, samt gis adekvat medisinsk behandling og overvåkning ved alvorlige akutttilidelser til evakuering kan foretas eller neste havn nås.

På SvS er det utstyr for hjerteovervåking av to pasienter samtidig, mens det er plass til tilsammen 8 pasienter i hospitalet.

Samtidig forekomst av flere alvorlige lidelser som krever innleggelse, kan lett føre til at kapasiteten til den begrensede hospitalstaben overstiges. Da foreligger det pr definisjon en katastrofe, men til nå har staben vært i stand til å takle de problemer som har oppstått.

Siden det meste av det medisinske utstyret er samlet i hospitalet og hele staben bor i nærheten, må den medisinske katastrofeberedskap karakteriseres som svak, særlig dersom hospitalsområdet fysisk blokkeres som følge av brann, eksplosjon, oversvømmelse etc.

Det har tildels vært vanskelig å få oppgradert det medisinske utstyret, og bestilling av nyere utstyr har gjerne blitt stoppet på land fordi øtidligere leger har greid seg utenø.

Det har vært noe lettere å få innført moderne, ikke-medisinsk utstyr. Grunnen er kanskje at man ikke trenger å være medisinsk skolert for å forstå betydningen av rask og komplikasjonsfri kommunikasjon for sikkerhet og service.

I tråd med dette kan pasienten nå hospitalet når som helst fra over 2000 telefoner som alle er merket med nødnummer til broen (00) og til hospitalet (01). Hospitalstaben kan nås fra broen og fra flere andre kommunikasjonscenter via høytaler i alle rom. Alle leger og sykepleiere bærer alltid personsøker når de er ombord, og kan dermed tilkalles fra enhver telefon. I tillegg er vakthavende sykepleier i øwalkie-talkieø-kontakt med broen dersom hun må forlate hospitalet på sykebesøk.

Begrepet teknologi står ikke bare for tekniske apparater og innretninger, men også for metoder som ikke nødvendigvis innbefatter bruk av apparater. Målsetning og ideologi, samt ressurstilgangen, har mye å si for hvilke virkemidler som tas i bruk (Repstad 1988).

Perrow stiller fire krav til teknologi (1965):

- A. En viss kunnskap om årsaksforhold
- B. Feedback om virksomheten
- C. Mulighet for gjentatte påvisninger av behandlingseffekt
- D. Mulighet for å redegjøre for metodene slik at andre kan utdannes til å praktisere dem.

Den medisinske virksomhet i hospitalet oppfyller de ovenstående krav,- med B. som det svakeste ledd. Epikriser fra landsiden er mangelvare når det gjelder passasjerer. Mannskap som kommer tilbake, eller blir værende ombord etter henvisninger til diverse spesialister på land, gir mulighet for en viss feedback. Selv sørger legene for feedback ved å henvise til hverandre for ”second opinion” og ved hyppige kontroller. Konsultasjonsfrekvensen blant mannskapet er atskillige ganger høyere ombord enn i tilsvarende befolkningsgruppe på land (Dahl 1979).

#### 4. STRUKTUREN I SKIPSHOSPITALET

Med struktur forstår vi hospitalets formelle og uformelle oppbygning som har en viss permanens (Repstad 1988). Såvel sosiale samhandlingsmønstre som fysiske og arkitektoniske strukturer er av sosiologisk interesse, de siste fordi de virker tilbake på den sosiale struktur.

Slik blir helsepersonalets sosiale liv sterkt påvirket av hvor på skipet hospitalet ligger, f.eks. om det ligger på Promenadedekket eller på 1.dekk, og hvorvidt legenes lugarer ligger nær sykepleiernes eller de andre senioroffiserenes lugarer.

##### 4.1. Arbeidsdelingen.

I prinsippet skal legene kunne utføre enhver arbeidsoppgave i hospitalet. I kraft av sin posisjon og utdannelse

har de også ansvar for alt som foregår. Sykepleierne er hjelpere. De skal avlaste legene i rutinearbeidet, for at legene skal ha bedre anledning til å ta seg av det bare de, pga sin utdannelse og lisens kan, eller har lov til å, utføre. Her er et unntak:

Når legen ikke er anestesilog, kan anestesisykepleieren noe legen ikke kan, men likefullt har ansvar for. Hun har likevel ikke anledning til å nytte sin spesialkunnskap uten etter direkte ordre fra legen. Rent praktisk er uten tvil anestesisykepleierne ofte flinkere og raskere til å intubere og til å sette intravenøst i akutt-situasjoner og under vanskelige forhold forøvrig. Det er altså her et viktig skille mellom de to gruppene:

Legen planlegger, mens sykepleieren utfører.

Når legen er uten skipserfaring, kan erfarne skips-sykepleiere utnytte situasjonen til å bli kvitt ubehagelige eller tidkrevende arbeidsoppgaver, f.eks. vanntesting, eller skaffe seg nye, f.eks. drive ekstrabutikk ved å sette sprøyter mot sjøsyke, bl.a. ved å henvise til at ”dette har legene eller sykepleierne alltid gjort før”.

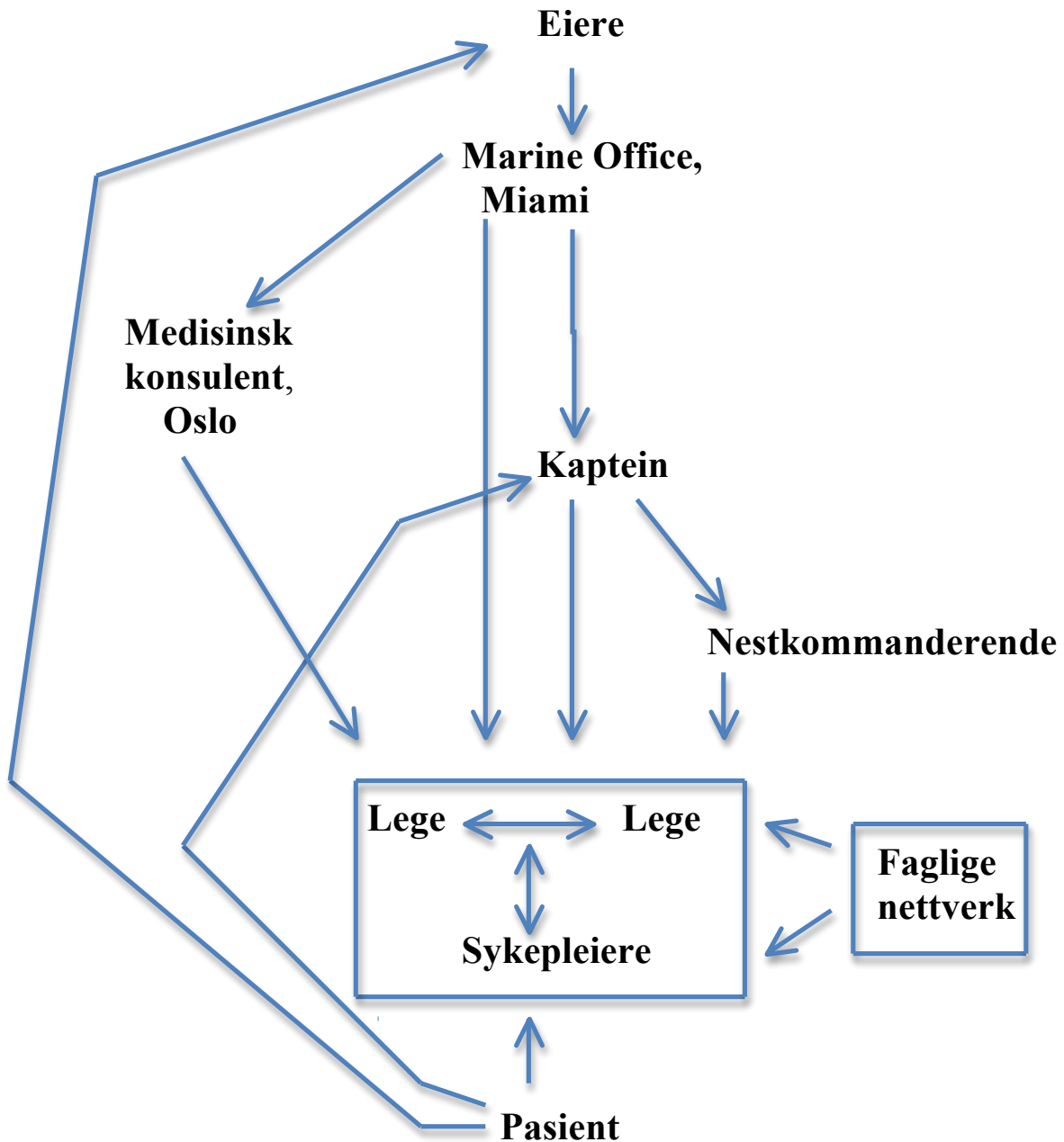
Noen sykepleiere klager over at de blir lesset ned med rutineoppgaver, mens legen bare tar seg av passasjer-kontakten. Imidlertid vil passasjerer i de fleste tilfeller heller vurderes av en lege når noe er i veien. Service-kravet blir dermed også bedre ivaretatt ved at legen tar seg av pasienten. Dessuten honoreres legekonsultasjoner i de fleste tilfelle, mens sykepleier-kontakt fortsatt er gratis.

Dersom legen på den andre side gjør mye av rutine-arbeidet, oppfattes han gjerne som ”grei” eller ”flink” av sykepleieren. Det kan imidlertid like gjerne ligge kritikk fra legen i dette: Han demonstrerer at arbeidet blir raskere eller bedre gjort av ham selv, eller han er lei av å måtte mase for å få hjelp.

#### 4.2. Makt- og styringsstrukturen

Skipssamfunnet er utpreget hierarkisk. Kapteinen er øverst. Den formelle autoritet springer ut fra ham og delegeres så.

Imidlertid må han ta hensyn til en rekke direktiver fra land. Kommando- og kommunikasjonslinjene for hospitalet ser noe forenklet slik ut (Figur 2):



Figur 2: Kommando- og kommunikasjonslinjer for hospitalet.

Senior-offiserene, dvs nestkommanderende, maskinsjefen, hotellsjefen og legene, har representasjons-plikt, formelt uttrykt ved å være vert for passasjerer ved egne bord i passasjerrestaurantene, samt plikt til å bære galla-uniform ved spesielt festlige anledninger.

Legen har (bare) 3 gullstriper mot de øvrige seniorers 4, mens det er andre som har flere striper uten å være seniorer, f.eks. førstemaskinisten og overstyrmannen.

Offiserer med 2 striper eller mer har flere rettigheter enn andre offiserer, som adgang til nattklubben på frivakt.

Sykepleierne er ikke offiserer, og har dermed begrenset bevegelsesfrihet (Se kapittel V, 1.1.).

Formelt er det nesten samme avstand mellom lege og sykepleier som mellom nestkommanderende og dekksgutten.

I praksis er strukturen i hospitalet betydelig flatere, selvom legene har ansvaret og bestemmer.

Fra skipets side er avstanden understøttet av at sykepleiere og leger skilles rent fysisk utenfor arbeidstid.

Det er ikke tilfeldig at det kun unntaksvis (tidlig i 70-årene) har vært ansatt kvinnelige leger og aldri mannlige sykepleiere. Et cruiseskip er ikke stedet for å revolusjonere eldre amerikanske passasjerers, eller mannskapets, forestillinger om manns- og kvinneroller. I det utpreget mannsdominerte miljø får kvinnelig lege erfaringsmessig langt flere problemer med autoritetsrollen enn en mannlig, spesielt overfor ømachø-mannskap. Et etablert cruiseselskap tar ikke unødige sjanser på å prøve nye ting, spesielt når økt profitt som følge av tiltaket er usannsynlig: "Never change a winning concept!"

Dersom en sykepleier er misfornøyd med forhold i hospitalet, skal hun ta det opp med sin nærmeste overordnede, som er legen. Om ikke svaret er tilfredsstillende, bringes problemet videre til nestkommanderende. Videre til kapteinen går klagen bare dersom nestkommanderende finner det nødvendig. Legen har direkte linjer både til kaptein og nestkommanderende.

For å dempe følelsen av hierarki blant sykepleierne, og for å forbedre forholdene i hospitalet generelt, har man startet interne ukentlige møter, der alle i saniteten kan ta opp hva de vil, og sakene blir protokollført. Det har også med jevne mellomrom de siste 15 år, fra skipslegehold, vært tatt opp at sykepleierne bør få offisersstatus, med 2 striper som i enkelte andre rederier, men hittil har det ikke vært interesse for dette på ansvarlig rederihold.

#### 4.3. Kommunikasjon

All vesentlig informasjon meddeles skriftlig ombord, i form av maskinskrevne Memos eller håndskrevne AVOs ("Avoid Verbal Orders"), alltid med kopi til kapteinen og hospitalsarkivet. Enkelte meddelelser bekjentgjøres ved oppslag, som skifte av tidssone og livbåtmanøver. Viktige opplysninger får legen på senioroffiserenes møte med kapteinen to ganger i uken og under inspeksjonene. Imidlertid flyter det omkring mye informasjon som fanges opp under uformelle kontakter oppover og nedover i systemet, som ved måltider, coctails før middag, samlinger hos kapteinen etter avgang, lugarfester, mannskapsfester o.l.. Offisielle meddelelser gis fra kaptein eller nestkommanderende, som så bringer dem videre til sykepleierne. Formell forbindelse mellom toppledelsen og sykepleiere skjer nesten utelukkende ved reprimande: sykepleierne kalles "inn på teppet".

Alt skriftlig fra hospitalet, bortsett fra henvisningsbrev til medisinske spesialister, skal sendes via kapteinen til orientering og godkjennelse. Kopi av telegram, telex og telefax til hospitalet går automatisk fra radiostasjonen til kapteinen.

Følgelig, jo lenger fra kapteinen legen er, jo dårligere er han orientert om hva som foregår. Eller han må finne alternative informasjonskilder, for å være forberedt på ting som kan skje.

På samme måte som kapteinen skal vite alt som foregår ombord, siden han har ansvaret, skal legene vite alt som skjer i hospitalet. Vakthavende sykepleier plikter å



orientere legen om alt som kan ha betydning. Sykepleierne informerer hverandre ved 24-timers vaktskiftet. Det som ikke haster, og ting som kan ha interesse for hele hospitalstaben, tas opp på det ukentlige hospitalsmøtet.

#### 4.4. Prestisje

Legen har høy prestisje i kraft av sin formelle status både blant passasjerer, offiserer og øvrig besetning. I kraft av sin utdannelse har han spesielt høy status blant passasjerene, og spesielt blant de eldre, som - særlig på langcruise - ofte er forberedt på at de kan bli syke og vil trenge kvalifisert hjelp. Ikke så rent få kommer til og med ombord med skriftlige instruksjoner om hva som skal gjøres med deres jordiske levninger om de skulle død i land eller ombord.

Videre har populære legeromaner fra cruise-miljø, samt TV-serien "Love Boat", bidratt til å fokusere på skipslegens rolle. Dermed har han for mange, kanskje de fleste, den mest prestisjefylte jobb ombord, nest etter kapteinen.

De færreste passasjerer på kort-cruise vil komme bak selve den projiserte legerollen. Det samme vil gjelde størstedelen av besetningen på et skip av SvSs størrelse.

De samme egenskaper som gjør leger populære i land, gjør det ombord: faglig dyktighet, interesse, tilgjengelighet, service-innstilling, samt minst mulig synlig forskjellsbehandling.

Dette kommer jeg nærmere tilbake til i kapittel IV: Normer - Roller.

#### 4.5. Strukturens fasthet

På legefronten er stukturen temmelig fast. Legene vurderes likt, og eventuelle spesialiteter fører hverken til høyere lønn eller høyere formell status. Skipslegeerfaring kan uformelt gi noe høyere status i maritim, men neppe i medisinsk, forstand, siden man ikke lenger ansees som en helt

grønn landkrabbe av medoffiserene og forventes å unngå større formelle brølere uten for mye påpassing.

På SvSs er det på papiret en senior og en juniorlege. I praksis har de samme status. Junior rykker formelt opp når senior er ferdig med sin kontrakt, forutsatt at etterfølgeren ikke åpenbart har mer (cruise-)erfaring.

Andre rederier har en senior på dagvakt, mens en junior tar seg av mannskap og nattevaktene.

Forholdet mellom leger og sykepleiere i hospitalet er nokså fastlåst. De tre sykepleierne er også formelt likestilt, men den som har vært der lengst, eller har mest erfaring, fordeler faste oppgaver, mens man ellers utfører de arbeidsoppgavene som er låst fast i vaktturnus-ordningen. Det er på SvS ingen formell oversykepleier. Andre rederier har innført en ordning med en oversykepleier, hvis det totalt er minst tre sykepleiere. Gjentatte forslag om offiserstatus til sykepleierne, både fra lege- og sykepleierhold, har til nå strandet. Imidlertid er uten tvil en del, kanskje de fleste, leger vel tilfreds med forskjellen i formell status mellom dem selv og sykepleierne, ikke minst fordi kontrasten til praksis i norsk helsevesen er stor og endog økende: ”Skadefryd er kanskje den eneste sanne glede”?

Verdt å merke er det at legene aldri har fått støtte av sine fagforeninger. Lønninger og honorarer er blitt bestemt av personalsjef og medisinsk konsulent i uformelle forhandlinger eller diskusjoner. Sykepleiernes lønnsbetingelser var imidlertid lagt opp gjennom forhandlinger med det norske sykepleierforbundet inntil det ble besluttet å registrere SvS i NIS. Nå er både leger og sykepleiere ansatt på kontrakt utarbeidet av Miami-kontoret. Innføringen av denne ordningen medførte nedsatt fast lønn og færre rettigheter, både for leger og sykepleiere. Sykepleierne mistet også rett til overtidbetaling, noe legene, i likhet med andre topp-offiserer, aldri har hatt.

Selvom de formelle strukturer er fastlåst, justeres de uformelle løpende mellom aktørene i hospitalet, ettersom man

blir bedre kjent og ettersom man blir øhusvarmø. Hver gang gamle reiser og nye kommer, forskyves forholdene på ny. Det utvikles forbindelser: Om en sykepleier får ordnet canapeer fra øMain Galleyø til sitt lille lugarselskap, kan dette oppfattes som et tegn på økt makt. Opptreden i privattøy istedet for uniform på uformelle eller formelle juletilstølinger kan oppfattes som mytteriforsøk eller tegn på økt makt, alt etter hvilke konsekvenser det får for vedkommende sykepleier.

Det er mulig å forandre strukturen i hospitalet ved å bringe inn andre aktører, avhengig av f.eks. ønsket aktivitets- eller kompetansenivå. Dette kan gjøres med en enkel administrativ bestemmelse fra Miami-kontoret.

Et eksempel:

Utskiftning av skandinavisk-utdannet operasjonssykepleier med amerikansk sykepleier uten spesialutdannelse. Ulemper med dette skal jeg diskutere flere andre steder senere.

Tilsvarende kan man bestemme at anestesispesialiteten ikke lenger er nødvendig, at alle sykepleierne eller alle legene for fremtiden skal være amerikanske, filipinske, polske etc. Eller man kan bestemme at staben skal reduseres til 1 istedet for 2 leger, eller fra 3 til 2 sykepleier. Dette har alt vært foreslått ved flere anledninger. Motstanden mot slike endringer har, i tillegg til fra hospitalstaben, helst kommet fra assurandøren, som vurderer sikkerhetsaspektet, og som angivelig mener at risiko for saksøking er mindre med skandinavisk personell.

Fare for slike forandringer skaper usikkerhet hos de av personalet som kan tenke seg lengre, eller gjentatt, engasjement. Deres Voice-reaksjon har hittil ført til at forslagene til forandring er lagt i skuffen på land; men for hvor lenge?

#### 4.6. Belønningsstrukturen:

Monetær belønning kan oppnås ved økt innsats, idet leger og sykepleiere, i tillegg til fast lønn, kan oppnå stykk-bonus ved behandling av passasjerene.

Det oppfattes som en indirekte anerkjennelse av hele staben når det ikke forekommer negative kommentarer på ukens ”comment card”.

Verbal belønning oppnås på hospitalsmøtene, der alle må tåle kritikk, men også blir rost for spesielt bra tiltak.

Det synes som om kommunikasjonen flyter lettere i hospitalet etter innføring av de ukentlige hospitalsmøtene. De virker utflatende på maktstrukturen.

Ellers er belønningssystemet stort sett negativt: Ledelsen går i utgangspunktet ut fra at hospitalet skal fungere perfekt, og kun avvik fra dette ideal påpekes. (Se ellers kapittel V: 1.3. Motivasjon).

#### 4.7. Skipshospitalets styringsstruktur

Vi skal se på utøvelse av legitim autoritet, altså beslutninger som aksepteres selvom man kanskje er uenige i dem. Det trekkes et skille mellom byråkratisk, profesjonell og demokratisk styring (Berg 1982).

Den byråkratisk styring er grunnet i regler, den profesjonelle i faglig kunnskap, mens demokratisk styring hverken bygger på kjennskap til regler eller på ekspert-kunnskap, men mest på ”sunt bondevett”, og slik at de som berøres av beslutninger skal ha rett til å influere på dem.

Skipshospitalet styres i hovedsak byråkratisk, etter regler ”beyond hospital control”. Medisinsk styring skjer i ”profesjonell” regi av legene, mens sykepleierne, med deres forslagsrett, representerer den demokratiske, og minst viktige, komponent. Mellom legene, og også mellom sykepleierne, dvs både ”på toppen” og ”på bunnen”, tas avgjørelsene i en mer kollegial og uformell form (se Figur 2).

Visse problemer kan oppstå når sykepleierne har mer skipserfaring enn legene. Hva som skjer vil avhenge av aktørenes

diplomatiske evner.

## 5. RESSURSENE

Det aktuelle rederiet har seilt i medvind siden starten for snart 20 år siden. SvS har vært en ren melkeku, og skipet har gått med mange millioner dollars i overskudd hver år den korte tiden det har vært i regulær fart. Det var riktignok et betydelig løft for den ene av tre partnere å skaffe seg en ny partner og løse ut de to andre, men inntjeningen etterpå har ikke avtatt. Likevel er det de siste år foretatt atskillige forsøk på å redusere utgiftene både på land og ombord. Mannskapet er misfornøyd med at det stadig innskrenkes ombord, mens det opprettes nye stillinger på land. Blant nordmennene har det vært stor misnøye med at NIS ikke bare har gjort det mulig å ansette utlendinger i stillinger som tidligere var besatt av nordmenn, og til lavere lønninger. NIS har også gjort det spesielt attraktivt for rederne å bli kvitt nordmenn, siden de er de eneste som rederne må betale sosiale utgifter for.

Således var antallet nordmenn ved jomfruturen på SvS ca 80, eller 10% av besetningen, mens 2 år etter var under halvparten fra Norge.

Frykten for å bli erstattet av utlendinger blandt skandinavisk helsepersonell er begrunnet:

En av de skandinavisk-spesialutdannede sykepleierne er alt blitt erstattet av en US-utdannet sykepleier med kun 2 års grunnutdannelse og noen års erfaring i akutt-avdeling. Bakgrunnen er et ønske om reduksjon av lønnsutgifter. Etter denne ansettelsen fulgte så lønnskutt både for de skandinaviske sykepleierne og for legene. Ytterligere kutt i staben kan også skje. Om det viser seg at muligheten for operasjoner ombord avtar, siden det ikke lenger er operasjonssykepleier til å assistere og passe på at utstyret ikke forfaller, kan grunnlaget for å ha anestesisykepleiere ombord trekkes i tvil. Ressursinnskrenkning kan dermed føre til senkning av det faglige nivå, hvilket igjen vil endre ideologien.

For å kontrollere omsetningen i hospitalet, ble betaling

for legetjenester og medisiner flyttet fra hospitalet til purserkontoret, etter utfylling av nummererte regninger i 4 eksemplarer: 1 til passasjerene, 1 til hospitalet, 1 til purserkontoret og 1 til Miamikontoret.

Dette førte til mange problemer:

Et stort og uoversiktlig kontroll-apparat, betydelig ekstraarbeid for hospitalet og enda mer for purserne og for landkontoret. Passasjerene ble irritert fordi de måtte til et helt annet dekk for å betale, og dessuten måtte stå i kø for å få betalt relativt bagatellmessige summer. Resultatet var at flere lot være å betale regningene sine. Purserne på sin side hadde ikke tid til å utføre noen effektiv puring.

Dessuten ble trykktiden for nummererte regninger så lang at man i perioder måtte gå tilbake til det gamle systemet.

Dermed falt den ønskede kontrollmuligheten bort. Siden har de enkelte skip, uavhengig av hverandre, funnet hver sin måte å takle betalingsrutinene på.

Dette er et eksempel på at byråkratiske ordinger som innføres uten tilstrekkelig kjennskap til forholdene ombord, og som viser seg å virke mot sin hensikt, fører til svekket tiltro til ledelsen på land og dermed til økt autonomi ombord.

Vanskeligheter med å få nødvendig tilleggs-apparatur på hospitalet har tiltatt etter innføringen av "the bottom-line-philosophy". Som tidligere nevnt, kan det by på problemer å få ledelsen i land til å skjønne betydningen av forskjellig medisinsk utstyr som kan bekrefte eller avkrefte enkelte diagnoser. På SvS fikk man, til forskjell fra de andre skipene, montert et stativ som muliggjorde oversiktsrøntgen av abdomen (bukken) på stående pasient. I løpet av seks måneder førte de funn man gjorde med dette utstyret til at mistanke om tarmslyng kunne avgjørende bekreftes hos to og avkrefte hos én pasient. I de to første tilfellene ville nok pasientene blitt evakuert i alle fall, den ene ved diversjon og 8 timers forsinkelse og den andre ved ilandsettelse ved hjelp av livbåt og deretter luftambulans fra Den dominikanske republikk til USA. Imidlertid var det langt lettere for legene å fatte beslutninger med slike konsekvenser med en sikker diagnose. Uten

stående røntgen ville den tredje pasienten, pga mistanken, også blitt evakuert, selv om dette altså ”egentlig” ikke var nødvendig. En eneste slik evakuering koster mange ganger mer enn selve røntgenstativet.

Anekdoter om pasienter som ble evakuert for sikkerhets skyld, hvilket forsikrings-selskapet oppfordrer til, og som så i fin form vinket velkommen da skipet kom til neste havn, lever lenge på folkemunne ombord. Ingen spør om hvilke hjelpemidler legen hadde til hjelp ved diagnostisering i slike tilfeller.

Disse eksemplene illustrerer at det kan bli dyrt å kutte utstyr eller hyre leger og sykepleiere som ikke har de nødvendige kunnskaper eller erfaring til å betjene de apparater som fins ombord. Dårligere undersøkelsesmuligheter ombord og mindre kvalifiserte leger kan føre til feilbehandling og flere sykemeldinger, sykeavmønstre eller henvisninger til spesialister i land.

Det blir ikke minst kostbart dersom det kommer til sivile rettssaker. Både forberedelse og gjennomføring av slike rettssaker i USA koster svært mye, både i penger og ødelagt selvfølelse hos de impliserte. I tillegg kommer store utbetalinger og ødelagte karrieremuligheter dersom saken tapes.

Et typisk eksempel på landbasert sparebestemmelse som lett kunne få uheldige konsekvenser, viste utkastet til hospital på Nordic Empress. Skipet skal gå 3 og 4 dagers cruise mellom Miami og Bahamas fra sommeren 1990. Tid i sjøen vil normalt ikke overstige 12 timer, og det ble derfor ikke avsatt plass til røntgenutstyr ombord.

Ved skader skulle røntgen tas på Bahamas, eller i Miami etter cruiset. Imidlertid er sykehuset i Nassau lite effektivt. Dersom en passasjer skal til røntgen der, går hele dagen til dette. Resultat: En dag bortkastet, og større sjanser for at man har fått en misfornøyd pasient. Om røntgen ikke lar seg ordne der, eller uhellet skjer på tilbaketur, måtte røntgen tas i Miami. Røntgensvar derfra tar tid, og pasienten vil måtte behandles ombord uten den utvidede

sikkerhet røntgen gir. Å forsøke å forsvare behandling av brudd i en rettsal uten å ha sett røntgenbildene av bruddet, vil være vanskelig.

Mangelen ble imidlertid oppdaget mens den ennå kunne rettes på tegningene, istedet for på selve skipet.

Som overalt ellers håper ledelsen at påbud om budsjettkutt vil føre til mer rasjonell drift. I praksis er det alltid lettest å kutte ned på vedlikehold, siden følgene ikke viser seg før den som har foreslått reduksjonen, har sluttet. På lengre sikt kan følgene bli katastrofale.

Selvom man ikke har inntrykk av at forståelsen for slike problemer er særlig uttalt hos ledelsen på land, er det verdt å merke seg at selskapets styreformann i januar 1990 uttalte: "There is a danger that bottom-line pressure on some could cause them to resort to cost-cutting measures that might improve short-term profits at the expense of longer-term product quality". (Fain RD. Industry Outlook. Travel Weekly 1990; 49 (3): 29).

## 6. SKIPSHOSPITALET'S FORHOLD TIL OMGIVELSENE

### 6.1. "Den Totale Institusjon"

Et skip kan oppfattes som "en total institusjon" i og med at det er lite gjennomtrengelig (Goffman 1961), dvs det har minimal kontakt med omgivelsene. Det besøker basehavnen i noen timer hver uke, uten at det får særlige konsekvenser for dem som lever ombord. Skipets toppledelse kan dog få nye direktiver, og det er totalutskiftning av klientene, dvs passasjerene. Besetningen bor på skipet og forlater det bare noen timer om gangen. Skipet kontrollerer de fleste av besetningens aktiviteter. Arbeidstiden er lang for de aller fleste, og alle har 7 dagers arbeidsuke.

Også hospitalet er relativt lite gjennomtrengelig som institusjon, særlig for sykepleierne. Til og med fester som involverer sykepleierne, må holdes i en av sykepleierlugarene i hospitalet, siden en sykepleier alltid er på vakt og fysisk må befinne seg der. Hospitalets rekkevidde er dermed stor.



Pasientene forsøkes holdt ute av selve hospitalet. De behandles i egen lugar, såfremt ikke overvåkning eller isolasjon gjør hospitalisering nødvendig. Dette gjør dem, etter egen oppfatning, mindre syke. Dessuten trekker det annet personale inn i pleien, som medpassasjerer, venner blant mannskapet, "bellboys", "room stewards", "dining room personnel", "hostesses" osv. Dermed avlastes sykepleierne. Det er dog legen som bestemmer behovet for innleggelse.

## 6.2. Styrbarhet og rekruttering

Hvem bestemmer ideologi, hva som er nødvendig av ressurser, behandlingstilbud, kvalifikasjoner osv i hospitalet?

Tidligere ble dette bestemt av rederiets medisinske konsulent, som hadde vært med fra starten. Selvom han hadde relativt beskjeden skipslegeerfaring før han startet, fikk han etterhvert et godt øye for behovene. Han var dessuten flink til å lytte til forslag fra saniteten ombord. Et forhold av stor betydning for å få støtte for forandringer, var hans nære kontakt med den av rederne som hadde ansvaret for den teknisk-maritime delen, og dermed også for skips-hospitalet.

Da denne medisinske konsulenten sa opp under omveltningene i eierforholdene, ble det ansatt en ny medisinsk konsulent. Han hadde ingen erfaring fra cruise. Det er uklart om mangelen på cruise-erfaring overhodet ble vurdert ved ansettelsen, men såvidt man forstår, anså Miami-kontoret den manglende erfaring som en fordel.

Offisielt er den nye konsulentens oppgave å ansette de skandinaviske legene og sykepleierne, uten å ha særlig ansvar utover det. Dette betinger imidlertid at han må ha et visst kjennskap til det han ansetter folk for, og hva som kreves ombord. På den annen side har han mye mindre mulighet enn den foregående til å påvirke politikken, siden han lett kan avfeies fra Miami med at dette har han ikke greie på,- og han har heller ikke den tidligere konsulents mulighet til å gå utenom Miami-kontoret til rederen for å få gjennomført noe.

Operasjonelt ansvar for hospitalene på alle rederiets skip har nå Miami-kontoret, som ikke har ansatte med medisinsk bakgrunn, utover personlige erfaringer som pasient.

I praksis forelegges forslag til forandring fra et skipshospital andre skipsleger til intern uttalelse, og så tar Miami-kontoret beslutningen etter den uttalelse som passer det best. Forsøk på appell avvises med at det er uenighet blant skipslegene om dette. Man følger prinsippet om ”divide et impera”.

Miami-kontoret har nå stor formell makt, men siden det mangler medisinsk innsikt til å ta medisinsk forsvarlige beslutninger, virker det gjerne som bremse på hospitalets bestrebelser for å oppnå sine mål. Dette fører til at staben forsøker å ordne mest mulig ombord. Jo dårligere den sentrale ledelsen fungerer, desto mindre vil den bli involvert i beslutninger. Dette fører igjen til økt autonomi ombord, og gjør hospitalet mer isolert, og også mindre styrbart utenfra. De ulike aktørene driver strategisk tilpasning.

Når subenheter på land, f.eks. konsern eller sykehus, må spare, kan de gjøre dette ved å ”eksternalisere” utgiftene, dvs føre dem over på andre. Tilsvarende vil legene ved sparepåbud i større grad sende arbeidskrevende problemer på land. For rederiet blir dette klart dyrere. Følgelig kan snevrere økonomiske rammer ombord lett føre til betydelig økte utgifter for rederiet på land.

Når det gjelder ”rekruttering av klienter” til hospitalet, spiller salgsapparatet på land og personalkontoret en rolle. Ved konsekvent å nekte å selge billetter til passasjerer som er avhengige av oksygen, vil man kunne redusere presset på hospitalet, siden disse pasientene erfaringsmessig har en økt tendens til å få luftveisinfeksjoner og hjertesvikt under cruise i varme farvann. Det lønner seg altså å gjøre cruise til et tilbud for de rike og friske, i den grad de to hensyn lar seg forene.

Likeledes kan krav om grundige legeundersøkelse i land,

med strenge helsekrav til mannskap som søker ansettelse, forhindre kostbare behandlinger, sykemeldinger, sykeavmønstringer og hospitaliseringer.

### 6.3. Enkeltmenneskets betydning

Hospitalet omfatter så få individer at den enkelte spiller en stor rolle. Selvom ideologi og rutiner er ganske veletablerte, er det nok at bare én lar være å spille på lag til at forholdene kan forandres radikalt på flere felter, som service, kvalitet, økonomisk inntjening, arbeidsmengde, og ikke minst trivsel. Legene som ledere spiller slik størst rolle, men det er alt flere eksempler på at en spesielt positiv eller negativ lege og sykepleier har hatt merkbar innflytelse på stemningen. Dessuten kan en feilplassert lege på få dager koste rederiet mer enn flere års hospitalsbudsjett.

## IV. NORMER - ROLLER

### 1. GENERELT

Sosiologer er opptatt av hvordan det sosiale samspillet mellom individet og dets omgivelser former individets holdninger og handlinger (Repstad 1988). Spesielt er de opptatt av hvordan normer og forventninger ”dikterer” hvordan individet skal oppføre seg. De taler om de regelpregede måter individet slik oppfører seg på som roller.

Berg & Hjortdahl (1990) har beskrevet fire, gjensidig tilpassede, lege-pasientroller. Siden de var opptatt av legens og pasientens roller, ikke bare av forholdet mellom dem, lanserte de separate rollebetegnelser. Videre presenterte de dem som rollepar fordi rollene henviser til, og impliserer, hverandre:

1.1. ”Undersåtten og autokraten” representerer en maksimal grad av hierarki, der pasienten er passiv, og legen har alt å si. Under forskjellige omstendigheter, som ved koma, store traumer etc, har hverken pasienten eller legen noe valg; legen må handle på egen hånd.

1.2. ”Pasienten og pateren” bygger også på hierarki, fordi initiativet hele tiden ligger hos legen etterat pasienten først har søkt kontakt. Legen er den faderlige ansvarlige som vet og kan. Men forutsetningen er at pasienten er tillitsfull og stoler på legen, for han trenger pasientens pålitelige medvirkning både som diagnostiker og behandler.

1.3. ”Deltageren og aktivisereren” har fortsatt et hierarkisk element, men avstanden mellom aktørene er vesentlig redusert. Pasienten tar ikke bare mot påbud og råd fra legen; han skal aktivt prege både den diagnostiske og den terapeutiske fase.

1.4. ”Kunden og forhandleren” er det rollepar som betoner det almene mer enn det som særpreger medisinsk praksis: Pasienten er som en hvilken som helst kunde, en som vil ha mest mulig nytte igjen for omkostningene ved et legebesøk, og som bare søker lege hvis han tror det er omkostningseffektivt. Han anerkjenner fortsatt legens kompetanseovertak, men er ikke tillitsfullt underdanig; han er mistenksomt underdanig. Han venter heller ikke at alle leger er like kompetente. Derfor velger han lege bevisst og skifter ham fort ut hvis han blir misfornøyd.

Legen er her en forhandler. For ham er pasienten en mulig inntektskilde, som får service i forhold til mulig fortjeneste. Han vil dempe sin autoritære tone og vil være opptatt av å tilpasse, og å ”pakke inn”, sine tjenester slik at de virker mest mulig attraktive. Pasienten vil overbevises om at legen gjør det som er best, mens legen blir opptatt av hvordan han kan overbevise pasienten om det.

For skandinaviske leger er de tre første rollepar velkjente: det første fra forskjellige sykehusavdelinger (intensiv, traumatologi, anestesi), det andre og vanligste fra sykehus og almenpraksis, og det tredje fra psykiatriske sykehus. Det fjerde rollepar er derimot relativt lite kjent i Norden, selvom tendensen går i en slik retning i større private legesenter som konkurrerer med offentlige helsetilbud.

Norske cruiseskip har overveiende amerikanske passasjerer, og de er langt mer bevisst sin markedverdi som kunde, også i

forhold til saniteten ombord, enn nordmenn er. Passasjerer kan gjennom sin kjøpekraft øve betydelig press, både på legen direkte, og indirekte, via kapteinen og rederiet, for å få legen inn i den rollen som passer passasjerer best. Men skipslegen må, i kraft av sin stilling, forholde seg til flere andre grupper av aktører enn passasjerene, alle med egne forventninger og krav. De forskjellige gruppene ble, noe forenklet og skjematisk, framstilt i Figur 2.

Nedenfor vises hvilke roller skipslegene inntar overfor de forskjellige grupperingene ombord, og spesielt hvordan markedskreftene presser ham inn i lege-pasientforhold av typen forhandler-kunde.

## 2. SKIPSLEGENS IMAGE

Fra gammelt av er skipslegens image ikke særlig flatterende, og fortsatt møtes han med skepsis, både fra kolleger og potensielle pasienter. Folk lurar på hva slags lege det er som vil velge sjøen istedet for en utfordrende og ikke minst lukrativ praksis i land.

Det er en vanlig oppfatning at skipsleger har svært lite å gjøre, og at de driver en meget enkel medisinsk praksis. På små skip med bare et par hundre mann ombord, er dette riktig. På SvS med mer enn 3300 mennesker ombord er forholdene annerledes.

Tradisjonelt var det utbrente, alkoholiserter leger, helst på flukt f.eks. fra politi eller forlatt hustru, som dro til sjøs.

Prototypen på en skipslege har fra midten av 70-årene tydelig vært preget av den populære TV-serien "Love Boat", der legen er en velmenende dott, mer opptatt av romantikk enn av medisin.

Men, som det uttrykkes i "Bon Voyage - The Cruise Traveler's Handbook":

"A cruise line cannot afford the risk of hiring an incom-

petent doctor. The ship is legally responsible for whatever transpires at sea. Malpractice suits could run into the millions; it would be illogical for a company to seek any but the best doctors available. Nor is there a shortage of highly qualified medics around.”

Selvom velkvalifiserte skipsleger er regelen, er det unntakene som får mediaoppmerksomhet. Overskrifter med krigstyper som ”Ship doctors' can be health hazards” (Sun Sentinel 7.5.89) hjelper ikke på skipslegenes image.

Det er dermed ikke rart at mange passasjerer er skeptiske til skipslegen ved første møte. Usikkerheten forsterkes fordi de ombord, i motsetning til på land, ikke har mulighet til alternativt legevalg. Det lokale nettverk, som hjemme vil kunne anbefale eller fraråde besøk hos den aktuelle lege, mangler også.

### 3. SKIPSLEGENS ROLLE SOM LEGE

Skipslegens viktigste oppgave er å gjøre jobben som lege best mulig. Først og fremst skal han til enhver tid ”do the right thing” innenfor de mulighetene han har, dvs undersøke omhyggelig og med alle tilgjengelige midler, dobbeltsjekke mot tilgjengelig litteratur, og eventuelt kontakte kolleger, som pasientens egen lege eller spesialister hjemme.

Han skal også gi inntrykk av kompetanse. Pasienten må få forståelse av at han er i de beste hender. Det skjer ikke automatisk. Den stadig økende legemistro som gjør seg gjeldende over hele verden, men særlig i de sosiale lag av amerikanere som utgjør hovedtyngden av passasjermassen, sørger for det. I tillegg må man overvinne det mer spesielle skipslege-image som er omtalt ovenfor.

#### 3.1. Legerollen i forhold til PASSASJERENE:

##### 3.1.1. I Skipshospitalet:

I den forhandlerposisjon legen er i overfor pasienten (kunden) utvikler han teknikker både for å overvinne

skipslege-skepsisen og for å bygge opp tillit. Forholdene legges f.eks. til rette for at pårørende kan bli med inn til legen ”for moralsk støtte”. Dette kan forhindre misforståelser under konsultasjonen. En annen vesentlig oppgave for legen er å oppfatte oppdraget, dvs å finne ut hva pasienten mener er det aktuelle problem, og så forsøke å hjelpe ham med å løse dette på beste måte. Det skal helst skje uten at han går på akkord med sin medisinske vurdering. Det forsterker forhandler-rollen at skipslegen bare har pasientene ”til låns” høyst en uke. Det er sjelden laurbær å hente ved å så tvil om pasientens egen leges kompetanse eller ved å dosere skandinavisk medisins fortreffelighet der den adskiller seg fra vanlig amerikansk oppfatning eller praksis. Legen forventes å spille på lag med pasientens egen lege, konsultere ham telefonisk om pasienten ønsker det, anbefale oppfølging hos denne etter hjemkomst, samt gi pasienten skriftlig informasjon om funn og behandling til hjelp for egen lege (epikrise).

Den første ”seier” vil legen oppnå når den (amerikanske) pasienten til sin lettelse oppdager at han forstår hva (den utenlandske) legen sier, at han selv blir forstått, og at det aktuelle problemet hans blir tatt alvorlig. Holdningen i skipshospitalet skal være, at dersom et problem er viktig nok til at en passasjer, som bare har en uke til rådighet, velger å bruke tid og penger til å oppsøke lege ombord, da skal problemet tas tilsvarende alvorlig av helsepersonellet, uansett hvor ubetydelig det måtte fortone seg for ekspertisen. Sjøsyke kan f.eks. virke bagatellmessig, og til og med latterlig, for en som ikke merker at skipet beveger seg i det hele tatt, men for en som betaler store summer pr døgn for å være ombord, er sjøsyke alvorlig nok. Rask og effektiv behandling er ofte avgjørende for om den sjøsyke passasjeren noensinne reiser på cruise igjen. Og den legen som blir sur fordi han blir vekket om natten for å legge elastisk bind på en vrikket ankel, har valgt feil arbeidssted.

Tillit til legen er vesentlig for ”patient compliance” og dermed også for et tilfredstillende behandlingsresultat. Er pasienten overbevist om legens fortreffelighet, får legen

full uttelling for eventuelle ”suggestions-” og placebo-effekter, samt for virkningen av naturens egne legende evner. Videre gjør fornøyde pasienter livet lettere og arbeidet mer meningsfylt for legen. De gir også inntrykk av at rederiets krav om upåklagelig service er oppfylt og forhindrer utrivelig omtale på de ukentlige ”comment cards” eller klager direkte til rederiet. Endelig reduserer det risikoen for erstatningskrav.

For å unngå et eventuelt forutinntatt inntrykk av at saniteten ombord er annenrangs, nyttes enhver mulighet til å vise fram mest mulig av det velutstyrte, rommelige og ordentlige skipshospitalet. Mulighetene til å gi narkose, operere, ta røntgenbilder, og overvåke hjertepasienter nevnes om man får sjansen, og medarbeidernes dyktighet og kvalifikasjoner, som legenes spesialiteter, sykepleiernes spesialutdannelse i anestesi, operasjonsteknikk, akuttmedisin, etc, framheves ved enhver anledning. Dette unnlater aldri å gjøre inntrykk, bedømt utfra passasjerenes reaksjoner.

Også med tanke på pasientenes inntrykk av kvalitet skal alt helsepersonell til enhver tid bære korrekt, renset og presset uniform både i hospitalet og overalt ellers der passasjerer ferdes. Bare engelsk språk tillates brukt i hospitalet når det er pasienter tilstede. Påbudet begrunnes med høflighet, men også med at engelsk tale kan forhindre mistenksomhet.

Tilfredse pasienter gjør det også lettere å inndrive de fastsatte honorarer for konsultasjoner og behandling.

Her kan det passe å omtale en av skipslegens tilleggsroller:

#### 3.1.1.1. Skipslegen som FORRETNINGSMANN.

Tidlig på 70-tallet var konsultasjoner og medisiner, med få unntak, gratis, og legen hadde knapt inntekt utover vanlig lønn. Som senioroffiser har han heller aldri hatt overtidsbetaling. Imidlertid førte gratis legetjenester til sterkt overforbruk, idet legebesøk ble betraktet som en del av ”underholdningstilbudet”. Alle hadde, når de tenkte grundig etter, et eller annet helseproblem, og det ble populært



å se hva skipslegen mente om det. Som det ble sagt: "Let's go and get a second opinion from a European doctor". Rent bortsett fra mye unødvendig renn, viste det seg at de legeråd passasjerene fikk gjennom slike konsultasjoner sjelden ble vurdert seriøst, ikke minst fordi de var gratis. Fri legehjelp står tradisjonelt ikke særlig høyt i kurs blant amerikanere.

Det ble derfor etterhvert innført betaling for konsultasjoner, og for behandling av lidelser som ikke kunne relateres til skipsoppholdet,- dvs det meste, unntatt magesjau (gastroenteritis acuta), sjøsyke og skader ombord. Stykkprisbonus er dermed blitt innebygd i legenes lønns-system. Selvom prisene per tjeneste ligger godt under vanlig amerikansk nivå, blir betaling for helsetjenester uforutsette utgifter i et for mange allerede anstrengt feriebudsjett. Det er også derfor nødvendig at pasienten både får, og føler at han får, valuta for pengene.

Hovedprinsippet er at pasienten skal ha fått "mer" enn han forventet før han kom.

Selve innkrevingen av honorarene skal være strømlinjeformet. Den foretas i praksis av en sykepleier, med legen som "back-up", og skjer fortrinnsvis i direkte tilknytning til konsultasjonen. Da kan pasienten omgående få forklaring på priser som han synes er urimelige. Dette fungerer bra i praksis. Forsøkene på å overføre innkrevingen

### 3.1.2. UTENFOR Skipshospitalet:

Rederiet gir legen mulighet til å bedre sitt "image" ved å gi ham høy status, og ved å gjøre denne synlig for passasjerene. Et godt "image" for legen er i rederiets interesse, da det demonstrerer at rederiet tar passasjerenes helse alvorlig. Skipshospitalet er en del av servicetilbudet ombord og skal stå i stil med rederiets øvrige tilbud. <sup>TM</sup>nsker man å gi inntrykk av å ha verdens største og beste cruiseskip, kan ikke skipshospitalet være annenrangs.

Legene er senioroffiserer, som kapteinen, nestkomman-

derende, maskinsjefen og hotellsjefen, og har som dem ikke bare representasjonsrett, men representasjonsplikt. Det er vanlig at senioroffiserene presenteres av kapteinen fra scenen på ”Captain's Welcome Coctailparty”. Der benytter han gjerne anledningen til å betone helsepersonellens kvalifikasjoner. Samtidig demper han angst ved å påpeke at det velutstyrte hospitalet er der bare ”for sikkerhets skyld”, og at han gjerne ser at helsestaben, som de eneste ansatte ombord, ikke har det travelt.

Hver lege har sitt faste bord i restauranten hvor han er vert fire ganger hver uke. Å sitte ved ”Doctor's Table” oppfattes som en ære og gir høy status i et miljø med ellers små muligheter til å demonstrere egen betydning.

Ved slike representasjonsanledninger bærer legen, avhengig av hvilken kveld det er, full aften- eller galla-uniform, velger champagne og andre drikkevarer, leder konversasjonen og fungerer som rederiets representant. Falsk beskjedenhet blir ikke satt pris på ved disse anledningene, hverken av passasjerer eller rederi. Man skal støtte opp om gjestenes følelse av å være utvalgt, samt unngå å gjøre noe som kan redusere denne følelsen.

### 3.2. Legerollen i forhold til BESETNINGEN:

#### 3.2.1. I Skipshospitalet:

Besetningen skal i prinsippet ha samme service og behandling som passasjerene, ja, om mulig bedre, siden det er avgjørende for driften at besetningen er frisk og arbeidsfør. Det skal ikke mange sykemeldingene til før problemer oppstår i de forskjellige departementer, så spesialiserte som de forskjellige medlemmene er. Legen må, som rederiets representant, ha for øye at det er liten mulighet for å la folk få en øhviledagø for å komme seg av mer banale lidelser. Bestemmelsen om at alle som er sykemeldt skal se legen to ganger pr dag (morgen og kveld) ikke bare begrenser sykefraværstiden, men fanger også opp komplikasjoner og signaliserer omtanke og omsorg.

Får besetningen tiltro til legen, ikke bare m.h.t. hans medisinske kvalifikasjoner, men også m.h.t. at han virkelig har deres personlige velferd for øye, øker dette ”patient compliance” og reduserer kravene om unødige, og for rederiet dyre, konsultasjoner hos leger og spesialister i havn. Søker besetningen i utstrakt grad lege privat i land, mister dessuten skipslegen lett oversikten over helsetilstanden ombord.

Besetningens oppfatning av hver ny lege sprer seg raskt, ikke bare blant mannskapet, men også til passasjerene via de lokale nettverk, som de ansatte i forskjellige servicefunksjoner ombord, f.eks. porsere, frisører, massører etc. På den andre side blir populære leger ”straffet” med betydelig økt antall konsultasjoner fra besetningen, som behandles gratis. En viss balanse er ønskelig, men ikke alltid like lett å oppnå.

### 3.2.2. UTENFOR Skipshospitalet:

Utenfor hospitalet skal omgangen med den øvrige besetning være høflig og korrekt. Av hensyn til arbeidsforholdene skal man unngå å utnytte sin seniorstatus. Legen har forøvrig ikke formell kommandorett overfor hotellpersonell. Han må gå tjenestevei, dvs via nestkommanderende, om det er noe i hotellavdelingen han er misfornøyd med.

## 4. SKIPSLEGENS ROLLE SOM SENIOROFFISER

4.1. i forhold til PASSASJERENE, se punkt 2.1.

4.2. i forhold til KAPTEINEN OG ANDRE SENIOROFFISERER

Det er særlig viktig at kapteinen får tiltro til legen, fordi legens rådgiverfunksjon gjør at kapteinen risikerer nakken hver gang han må ta kostbare beslutninger som følge av det legen foreslår. Det kan f.eks. dreie seg om rekvirering av helikopter eller luft- ambulanse, livbåtevakuuming, omdirigering av skipet, kasting av utstyr, bestilling av nytt utstyr eller mer medisin etc. Ledelsen har liten sans for medisins kompleksitet; for kapteinen er pasienten enten syk

eller frisk, og legen forbindes mer med utgifter enn inntekter for skipsledelsen og rederiet.

Legen har plass ved kapteinens bord sammen med senioroffiserene i offisersmessen, hvor de fleste måltider inntas. At de spiser sammen, gjør dem bedre kjent, og kan styrke følelsen av fellesskap (senioroffiserene versus ”de andre”), men kan også føre til erting og mobbing (ekte sjøfolk versus landkrabber).

Ytterligere samkvem med skipsledelsen får legen formelt ved å delta på kapteinsmøtene og skipsinspeksjonene, uformelt ved å delta på kapteinens ”coctailparties” og ”repeaterparties”, på lugartreff hos kapteinen etter avgang og i senioroffiserenes samling i en av salongene før middag. Rent generelt, jo bedre kjent legen blir med de øvrige toppoffiserene, desto bedre og lettere blir samarbeidet og arbeidsforholdene.

## 4.2. OVERFOR MANNSKAPET

Fra skipsledelsens side frarådes fraternisering med mannskapet, bortsett fra behersket deltakelse i offisielle festligheter som senioroffiserene er invitert til. Dette er i overensstemmelse med Kennings ideer (Schjander 1987) om betydningen av avstand mellom ledelse og underordnede for å kunne ta upopulære beslutninger.

Vennskap som knyttes med besetning av lavere rang kan bli problematisk, fordi man ikke har anledning til å oppholde seg de samme steder ombord.

Rent fysisk var legens lugar plassert blant offiserenes tidligere, ikke minst for å markere offiserstilknytning, og for å begrense tettere privat kontakt med underordnede, sykepleierne medregnet. På SvS har man brutt med dette prinsippet, og legelugarene er lagt i nærheten av hospitalet.

## 5. SKIPSLEGEN SOM LEDER

### 5.1. Rederiets markering av legens lederrolle

Rederiet markerer forskjell mellom legene og sykepleierne gjennom forskjell i rang og status og ved å markere avstand rent fysisk:

Legene har formelt ansvar for alt sykepleierne gjør, også når de handler på eget initiativ. Sykepleierne har også eget ansvar, men legene trekkes med i dragsuget om noe går galt.

Legene er senioroffiserer, med 3 gullstriper, mens sykepleierne hverken har offisersstatus eller striper.

Sykepleierne spiser i offisersmessen, men ikke ved samme bord som legene. De får riktignok oppholde seg på mange av de samme stedene som passasjerene, i motsetning til hva som er tilfellet for vanlig menig mannskap. Imidlertid får de ikke gjøre dette i kraft av sine stillinger som sykepleiere, men fordi de tilhører besetningsminoriteten kvinner, som ikke har egne oppholdsrom ombord. Visse steder er ”off limit” for dem, spesielt nattklubben, casinoet, frokostkafeen og restaurantene.

Legene har også høyere representasjonskonto, og den er såkalt ”ubegrenset” når de er verter ved egne bord i restaurantene.

Legene har videre høyere lønn, kortere kontrakter, og bedre betingelser for familiebesøk. De bor utenfor hospitalet og har større, finere og bedre utstyrte lugarer.

Det er også i praksis en kjønnsmessig forskjell, idet det nesten utelukkende velges mannlige leger og kvinnelige sykepleiere. Dvs, tradisjonelle forestillinger om kjønnsroller, som er mer uttalt til sjøs enn på land, utnyttes.

## 5.2. Sykepleiernes reaksjoner på legens lederrolle

Sykepleierne kan reagere på forskjellige måter, ved:

### 5.2.1. Motstand, dvs ingen tilpasning, eventuelt sabotasje.

5.2.2. Passiv oppslutning, dvs pragmatisk tilpasning, man er med med ”kroppen”, men ikke ”sjelen”.

5.2.3. Aktiv oppslutning, dvs ideologisk tilpasning, man er med både med ”kropp og sjel”.

Reaksjonsmåten avhenger av forholdet sykepleier-lege, som igjen påvirkes av hvordan begge disse individene er.

### 5.3. Sykepleiernes vurdering av skipslegen - generelt

Sykepleiernes tilpasning vil i noen grad være individuelt forskjellige. En faglig dyktig lege som opptrer høflig og korrekt, både overfor pasienter, ledelse og medarbeidere, nevnes av de fleste sykepleierne som idealet. Dog vektlegger de også mange andre momenter, som effektivitet, ro, punktlighet, orden, pålitelighet, omgjengelighet, rettferdighet, lojalitet, drikkevaner osv.

I praksis påvirkes legens popularitet av i hvilken grad han engasjerer seg i sykepleiernes liv ombord, om han unngår å pålegge dem unødvendig arbeid og gjerne tar et tak med i de upopulære jobbene, om han støtter dem mot urimelige krav fra ledelsen, osv.

## 6. SKIPSLEGEN SOM KOLLEGA

I motsetning til andre RCCL-skip har SvS 2 leger. Den ene har formelt seniortittel, men de skal etter reglene dele alt arbeide likt. De har samme lønn, samme antall striper, like boforhold og de samme privilegier. Opprinnelig foreslo rederiet at seniorlegen skulle ha en halv stripe mer og høyere lønn, men dette gikk legene i SvSs byggekomite imot, for å unngå kollegiale konflikter, og for å unngå at pasientene skulle frykte annenrangs behandling av juniorlegen. Seniorstatus ble til å begynne med bestemt av rederiets medisinske konsulent på bakgrunn av legenes cruiseerfaring. Etterhvert er det blitt kapteinen som utpeker senior etter eget forgodtbefinnende. Den eneste måten det markeres på kan være ved at seniorlegen presenteres først

fra scenen på kapteinens velkomstparty.

I praksis blir den som har mest cruiseerfaring tilkalt i alle administrative tvilsspørsmål, mens man gjerne tilkaller den som har spesialkompetanse ved lidelser som faller innenfor vedkommendes spesialfelt.

Til nå har dette systemet fungert bra i praksis, bortsett fra når det er innbyrdes uenighet om cruise- og medisinsk kompetanse og det går prestisje i å få senior-tittelen. Det siste har såvidt jeg vet bare skjedd en gang i løpet av de første to årene.

Man kan også tenke seg at det kan oppstå problemer dersom de to legene er uenige om diagnose eller behandling. Særlig kan dette skje om de har forskjellig medisinsk eller kulturell bakgrunn. Om behandlingen strekker seg over flere dager, vil pasienten se begge leger, og hvis □-1en□-0 gjør en feil, vil begge kunne bli trukket rettslig til ansvar. Hvorvidt begge kan anklages når bare den ene har sett pasienten, er uklart. Senior-tittelen kan i et slikt tilfelle tenkes å bli en belastning, dersom det tolkes slik at senior har overordnet eller utvidet ansvar.

## 7. SKIPSLEGEN SOM PRIVATMENNESKE

(Se også kapittel V: 1.1. Savnet av privatliv)

Legene har knapt noe privatliv ombord på skipet. Legene, som sykepleierne, går alltid med personsøker når de er ombord, uansett om de er på vakt eller ikke, i tilfelle de som har vakt trenger assistanse. De går også alltid i uniform utenfor mannskapsområdene. Selv på egen lugar kan legene alltid nås via personsøker, telefon eller høytaleranlegg. Det er i praksis en stor hjelp at alle henvendelser til legene skal skje via vakthavende sykepleier, unntatt ved ekstrem akutt-hjelp: da skjer tilkalling parallelt fra broen. Telefonnumrene til legelugarene hemmeligholdes for passasjerene, fordi ingen ringer vakthavende sykepleier dersom legen kan nås direkte. Erfaring viser at dersom bare én av passasjerene får tak i legens privatnummer, blir

det lite søvn den uken. Det spres fort, og velmenede passasjerer i feriestemming ringer så til alle døgnets tider og inviterer (seg) til fest. Av beredskapshensyn kan legen ikke trekke ut telefonen når det blir for ille.

Legens privatliv vekker langt større interesse ombord enn hjemme, små norske landdistrikter muligens unntatt. Når det gjelder senioroffiserenes privatliv, er lite hemmelig. Besetningen har lite annet felles enn nettopp dagliglivet ombord. Rykteflommen er tildels enorm, og hvorvidt et legetrengende besetningsmedlem vil søke hjelp hos lege ombord eller iland, vil ofte bero på hva det høres om ham hos annet mannskap, dvs det lokale nettverk.

Siden de færreste pasienter har forutsetninger for å bedømme legens faglige medisinske bakgrunn, er det hans personlighet og oppførsel som i første rekke danner grunnlaget for vurderingen: Hvordan legen oppfører seg i restaurantene (rapportert fra personalet der: ”arrogant sod”, ”treats the waiter like air/dirt”, ”doesn't know anything about wine”, ”drinks too much”); hva han foretar seg i land (observert av andre med landlov: ”got into a fight at Willy's”, ”went out with the hairdresser”) og på egen lugar (avdekket av den personlige romstuert eller nattevaktene: ”one glass had lipstick stains”, ”1st navigator's wife left doctor's cabin at 04:00 hours, Sir!”). Uforsiktig omgang med alkohol kan ha adskillig underholdningsverdi, men fører til tap av respekt og tillit. Både det, og rykter om brudd på taushetsplikten, kan føre til færre konsultasjoner blant mannskapet. Påfallende ”gode dager” for hospitalstaben i kontortiden for mannskapet kan derfor være et faresignal.

I omgang med kvinnelige passasjerer og besetning må legene vise diskresjon. Mulighet for slike kontakter er bedre for offiserene enn for den øvrige besetning. En viss flirt forventes, men jaktendenser som vekker oppsikt eller går utover jobben, blir ikke tatt nådig opp av skipsledelsen. Og man kan alltid være sikker på at alle rykter eller fakta om feiltrinn bringes videre av (misunnelige) besetningsmedlemmer.



Offentlig samkvem med senioroffiserer gir økt status for både passasjerer og kvinnelig besetning, men medfører fare for at legen etterhvert får inntrykk av at det er hans person som er uimotståelig og ikke uniformen.

## 8. FORUTSETNINGER FOR Å MESTRE SKIPSLEGEROLLENE

Mulighetene for mestring er større desto mindre avstand det er mellom forventninger og realiteter. "Gjengangere" takler vanligvis tilværelsen ombord bedre enn førstereislegene, både fordi de vet hva de går til, og fordi de likte seg ombord i utgangspunktet eller tilpasset seg raskt.

Det betyr at det ved ansettelsesintervjuet ikke skal gis falske forhåpninger, men gis klar beskjed om alle restriksjoner og krav, inklusiv bruk av alkohol. Det er lettere å takle ubehag man er forberedt på, og det er bedre å bli positivt overrasket enn det motsatte. Det er bedre for alle parter at en lege som er uegnet eller uvillig til å følge opp skipets krav, lukes ut før ansettelsen. Det er forbundet med høye omkostninger å trekke seg, □-letterat□-0 man er kommet ombord.

Skipslegerollene mestres bedre jo bedre grunnlaget, i form av medisinsk utdanning og erfaring, er. Cruise-erfaring, eller kjennskap til markedet og pasientenes kulturelle bakgrunn, vil kunne ha avgjørende betydning. Særlig på mindre skip med lite å gjøre, kan imidlertid en måtelig lege komme ganske langt bare med sjarm og forsiktighet. Lettvektene avsløres relativt raskt av erfarne amerikanske pasienter og av kolleger blant passasjerene. De siste kommer ofte på sosial visitt og pumper legen ganske uhemmet, og gjerne i detalj, om utdanning og erfaring. Det svarer seg derfor sjelden for legen å gi inntrykk av at han er bedre enn det han kan leve opp til. Er den medisinske bakgrunn svak, og erfaringen beskjeden, står han seg best på å forsøke å gjøre det bedre enn det skipslegens tradisjonelle øimageø skulle tilsi.

En forutsetning for kommunikasjon er at lege og pasient snakker samme språk. Jo bedre engelsk legen snakker, og jo

bedre han kjenner pasientenes kulturelle bakgrunn, desto lettere kan han få oversikt over situasjonen og få gitt pasienten de nødvendige beskjeder. Et vaklende engelsk gir lett inntrykk av manglende medisinske ferdigheter.

Graden av mestring vil også avhenge av den innstilling legen i utgangspunktet hadde, og hva hans motiv for påmønstring var.

## 9. NOEN VANLIGE MOTIVER FOR UTREISE

### 9.1. Eskapisme:

Utbrenthet, alkoholmisbruk, mislykket karriere og havarent ekteskap gjør flukt til en antatt uansvarlig skipstilværelse fristende for mange. Erfaringsmessig blir imidlertid de fleste problemer verre til sjøs. Det er gode muligheter for ensomhet og grubling, rikelig tilgang på alkohol og et betydelig drikkepress, samt gode muligheter for kontakt med mer eller mindre velegnede kvinner både ombord og i havn.

Resultatet kan bli tragisk: Alkoholmisbruk går ut over jobben og fører da til avskjed. Romantikken fører gjerne til dårlig samvittighet, kjærlighetsorg når den utkårede reiser hjem (uke-cruise) eller mønstrer av før legen, sjalusi, frykt for venera og AIDS, eller redusert selvtillit, ikke minst hvis legen oppdager at partnerens overordnede motiv var statusjakt.

Mulighetene til personlig fiasko er dermed for store til at eskapisme kan sies å være et godt utgangspunkt. Det er likevel flere eksempler på at leger som var utbrente og nesten suicidal ved utreise, har kommet hjem med oppladde batterier, klar til å ta fatt igjen i jobb og privatliv, og fylt av innsikt i hvor bra de egentlig hadde det hjemme.

### 9.2. Ferie og eventyr:

Her er mulighetene rimelig bra for oppfyllelse på mindre skip. Skuffelsen består i at kort-cruise i Caribbean betyr stadige repitisjoner, og ”å se verden” innskrenker seg til

få havner. Dessuten gjør den delte kontortid (for- og ettermiddag) at legen ikke kommer langt fra skipet. Selv om det kan være lite å gjøre rent medisinsk, er han alltid bundet av vakt.

Om han ikke har andre interesser, blir det lett kjedelig.

Kommer han med ferieinnstilling til et større skip, som SvS, blir sjokket desto større, fordi det kan bli svært travelt. Noen tror at det blir mindre å gjøre med to leger, men kontortiden på SvS er lang, og den såkalte øfridagø går med til møter, inspeksjoner og papirarbeide.

### 9.3. Profitt:

Det er bedre muligheter til å tjene penger på land, men på mindre skip har man rimelig betaling for gode dager. Dessuten er utgiftene lave ombord, så forholdene ligger godt til rette for sparing hvis faste utgifter hjemme er lave.

### 9.4. Genuin interesse for cruise-medisin:

Dette ses etterhvert hos en del leger ("repeaters" eller "gjengangere") som stadig kommer tilbake til cruisefart.

### 9.5. En kombinasjon av de ovenstående er det vanligste.

## 10. REAKSJONSMØNSTERE FOR FØRSTEREISLEGER

De vanlige reaksjonene er opposisjon, kjedsomhet, tilpasning og internalisering. Det er betydelige gradforskjeller, og flytende overganger, mellom disse reaksjonsmønstrene. Noen leger går gjennom alle fire reaksjonsformer, men før eller senere vil en av dem ha en tendens til å bli den dominerende.

For de fleste føles overgangen fra skandinavisk helsevesen til skipets markedsdominerte medisin uvant og ofte skremmende. Er legen på et lite skip og har lite å gjøre, blir overgangen lettere. Der er det imidlertid lenger mellom de medisinske utfordringene, slik at faren for kjedsomhet

blir større. Dette gjelder særlig hvis legen ikke finner noe å interessere seg for ombord eller i havn, utover det medisinske. De legene som i overveiende grad blir værende i opposisjon eller kjeder seg, vil enten forsøke å forkorte kontrakten eller kommer ikke tilbake igjen etter første kontrakt. De velger Exit.

De fleste tilpasser seg etter kortere eller lengre tid, skjønt i varierende grad. De vil gjerne komme med forskjellige forslag til forbedring av forholdene ombord, for å tilpasse skipet til egne ideer, og for å gjøre det til et enda bedre sted å være for seg og medarbeiderne (Voice). Selv når de ikke får særlig respons, reiser de gjerne ut igjen, og om dette av praktiske årsaker ikke lar seg gjøre, ser de tilbake på skipslegetiden som en positiv opplevelse.

Hos et mindretall skjer en internalisering med, tildels entusiastisk, ideologisk identifikasjon med rederiets cruise-filosofi ("Excellence", "The best time of your life" etc): "De" blir "vi". Rederiets og skipets interesser settes foran, eller blir ett med, egne interesser. Eksempler på det første seg man når forbedringsforslag som går på bekostning av egen velferd, fremmes. Opposisjon (Voice) forekommer kun når ledelsen tar beslutninger som legen mener er i konflikt med rederiets uttalte mål, som tiltak som vil senke standarden eller redusere servicen.

Et problem kan oppstå når det er indre konflikt (dissonans) mellom to av rederiets mål, f.eks. førsteklasses service på den ene side og budsjettkutt og sparing på den andre. Oppfattes da rederiets ønske om stadig større overskudd som viktigere enn medisinsk og servicemessig toppbehandling, kan lojalt helsepersonell gå inn for uforsvarlige sparetiltak eller stadig økt omsetning. Ekstreme "lojalister" er lojale uansett. De kritiserer aldri ledelsen, og de går ikke. De tyr hverken til Voice eller Exit.

## 11. EVALUERINGSMULIGHETER FOR LEGENES MESTRING AV ROLLENE

Rederi, medisinsk konsulent, skipsledelsen og hospital-

staben selv får ”feedback” om legens rollemestring på flere måter:

#### 11.1. Fra pasientene, fortrinnsvis passasjerene:

Spontane uttalelser; brev fra pasientene, direkte til legen eller via rederiet; klager fra ”comment cards”, eller i form av sakførerkontakt eller stevning.

#### 11.2. Fra skipets ledelse:

Avslutningsrapport fra kapteinen, tidligere med karakterer, nå med bare grunn for fratredelse - ferie, eget ønske etc; kapteinsrapporter ved uregelmessigheter, som dårlig tilpassing, brudd på regelverk, indiskret oppførsel, alkoholmisbruk etc.

#### 11.3. Fra sykepleierne:

Muntlige eller skriftlige rapporter til nestkommanderende eller til rederiets medisinsk konsulent, hvis legens oppførsel bryter med de aksepterte normene.

#### 11.4. Fra legene selv:

Brev fra legene til kapteinen, til kontoret i land eller til rederiets medisinske konsulent. Sluttrapport, avsluttende intervju eller ”debriefing”, og medarbeidersamtaler er imidlertid lite benyttet.

## 12. SYKEPLEIERNES IMAGE

Mye av det som er skrevet ovenfor gjelder også sykepleierne. Deres forhold diskuteres også mer inngående i kapittel V.

I motsetning til skipslegen har ikke øskipssykepleierenø noe negativt ”image”. Det er sjelden man hører andre enn annet helsepersonell hevde at sykepleiere kaster bort spesialutdannelsen sin ved å reise til sjøs. Av passasjerene oppfattes sykepleierne ombord heller som initiativrike og

eventyrlystne plussvarianter som velfortjent puster ut etter underbetalt slit på sykehus i land.

Blant amerikanske passasjerer vurderes imidlertid sykepleierne statusmessig relativt lavt, sammenlignet med i Skandinavia. De er legenes håndtlangere. Dessuten har passasjerene, og i de fleste tilfeller heller ikke vanlige offiserer og besetning, begrep om hvor velutdannet sykepleierne ombord virkelig er. Oppførselen overfor sykepleierne preges også av dette, og de blir langt mer, og oftere, respektløst behandlet enn legene.

### 13. SELVE SYKEPLEIERROLLEN

#### 13.1. I forhold til PASIENTENE:

I tråd med sykepleiernes ”image” bedømmes deres innsats, bortsett fra når pasientene er innlagt i hospitalet, mest utfra hvor smilende og forekommende de er, hvor raskt de greier å få fatt i legen, og i hvilken grad sprøytene deres gjør vondt. Det ses ikke på som uvanlig å gi sykepleier tips, mens det å tilby legen tips er ”in bad taste”.

Sykepleierne er hospitalets frontarbeidere. Førsteintrykket vil ofte i avgjørende grad prege pasientens oppfatning av saniteten ombord. Det legges derfor stor vekt på et positivt førsteinntrykk. Sykepleiernes opptreden, skal alltid være profesjonell, vennlig og høflig både telefonisk og ved fram møte (bruk av Mr. og Mrs. med etternavn, ellers Sir og Madame), og selvom de forsiktig skal forsøke å sile ut de mest banale plagene, er det pasienten som selv skal avgjøre om han vil se legen eller ikke. Er sykepleieren i tvil om hva pasienten egentlig vil, skal hun spørre direkte om han ønsker å se legen. Er svaret bekræftende, skal legen tilkalles uansett når på døgnet det er. Eventuell ventetid skal nyttes til å forberede pasienten til møtet med legen, f.eks. ved å notere personalia, ta blodtrykk, puls, temperatur o.l.

#### 13.2. I forhold til LEGENE:

Legene tar det som en selvfølge at sykepleieren er faglig dyktig. Skandinaviske leger vet hva skandinaviske sykepleiere kan. Anestesisykepleierne nyter stor respekt fra legene fordi legene vet at utdannelsen deres er solid. Dessuten har spesialsykepleierne en faglig kompetanse som legen mangler (narkose), eller som de kan bedre enn ham (intubasjon, rask innlegging av venflon i ”vanskelige” vener), ferdigheter legen er helt avhengig av i krisesituasjoner.

På grunn av felles kultur- og språkbakgrunn er legene mer forutsigbare og dermed lettere å tilfredsstille for de skandinaviske sykepleierne.

De amerikanske sykepleierne er mer vant til å lystre legers ordre, men har ellers et dårligere utgangspunkt, fordi utdannelsen varierer. De fleste skandinaviske legene er usikre på hva de kan forvente av dem. De færreste har særlig trening i intubering. US-sykepleierne får dermed lett inntrykk av at de overvåkes og testes mer enn de andre. Bruker skandinavene i tillegg morsmål i hospitalet seg imellom, blir forholdene lett paranoide. ha engelsk som morsmål er en fordel overfor de fleste passasjerene, men omgangstonen fra amerikanske akuttavdelinger er annerledes enn den skipsledelsen ønsker (Se kapittel VI. 1. Sykerollen).

Siden faglig dyktighet forutsettes, legger legene desto større vekt på andre faktorer i bedømmelsen: Evne og vilje til samarbeid med medarbeiderne, service-innstilling både overfor passasjerene og legene, pålitelighet, punktlighet, effektivitet, orden, streng overholdelse av taushetsplikten osv. Festing som får konsekvenser for arbeidet skal ikke tolereres (”party nurse”). Alkoholbruk i eller før vakt er forbudt ved lov, og vil hos noen leger få de alvorligste konsekvenser, som advarsel, rapportering eller, ved gjentakelse, avskjedigelse. Diplomatsk sans, kjennskap og hensynstagen til den enkelte leges kjepphester og særegenheter, samt påpasselig kaffeservering på psykologisk riktig tidspunkt, er momenter som vanligvis gir stor uttelling ved legemanipulering.

#### 14. SYKEPLEIEREN SOM KOLLEGA

Som regel går sykepleierne godt sammen både i jobben og privat. Et typisk eksempel på hvordan konflikter kan oppstå pga forskjellig cruise-erfaring hos sykepleierne, hadde vi i startfasen på SvS. Hospitalet skulle settes i stand under overfarten fra Frankrike til USA av en lege og to sykepleiere. Legen og den ene sykepleieren hadde flere års erfaring fra skip. Det var meningen at den andre sykepleieren også skulle ha det, men hun som ble ansatt først, trakk seg. Dermed ansatte landsiden en som aldri hadde vært til sjøs, siden den trodde at ”en sykepleier er en sykepleier er en sykepleier”. Legen og den erfarne sykepleieren opponerte mot ansettelsen fordi de mente at cruise-erfaring var helt nødvendig i en situasjon med så omfattende arbeid og så knapp tid. Protesten ble ikke tatt til følge, og bordet var dekket for et selvoppfyllende profeti.

Som ventet fikk saniteten det svært travelt ombord, og det ble fort klart for alle at den nye sykepleieren hadde lite å bidra med. Det var ingen tid til opplæring av henne, og for i det hele tatt å få arbeidet unna, gjorde den erfarne sykepleieren alt selv. Dermed fikk hun mer å gjøre, men oppnådde imidlertid en sekundærggevinst: Hun fortsatte å være den flinke og ble ”uunnværlig”. Den mindre flinke forsøkte å gjøre seg nyttig ved å gå løs på noe hun kunne, nemlig å vaske skap. Det var imidlertid rengjøringsassistentenes jobb, noe de også kunne bedre enn henne. Alle parter ble etterhvert mer og mer misfornøyd med situasjonen, men mest den uerfarne. I selvforsvar ble hun etterhvert helt kontrær, og hun hverken ville eller kunne lære. Dette fortsatte også etterat skipet kom i regulær fart og saniteten var blitt utvidet med to (erfarne) medarbeidere. Forsøkte noen å korrigere henne, het det: ”Dere klager på alt jeg gjør”. Ventet de med å si noe inntil det gikk helt galt, ble korreksjonen betegnet som ”mobbing”. De ”flinke” ble enda flinkere, den ”slemme” helt umulig.

Fra et spill av typen ”fangenes dilemma” var man da over i et ”chicken”-spill, med sammenbrudd av meningsfylt kommunikasjon.



Romantikk mellom en lege og en sykepleier kan skape særlige problemer mellom sykepleierne. Forskjellsbehandling i forskjellige former kan vanskelig unngås. Fordi paret vil arbeide sammen, og helst ha fri samtidig, oppstår det problemer med skifte av vaktlistor og koordinering av avmønstringstidspunkter.

Selvom det kan virke urettferdig for de impliserte, er det forståelig at den administrative ledelsen splitter opp slike par om de gifter seg, og begge vil fortsette å arbeide på sjøen. Imidlertid er det vanskelig å gradere private forhold, så et par får som regel være på samme skip om de to "bare er gode venner", er diskrete og ikke roter med vaktlistene. En annen ting er at denne innstillingen favoriserer løse forhold, fordi ekteskap i praksis betyr at paret ikke får være på samme skip.

## 15. SYKEPLEIEREN SOM PRIVATMENNESKE

Se kapittel V.1.1. Savnet av privatliv.

## 16. ANDRE YRKESROLLER:

På mindre travle skip har sykepleieren tilleggsoppgaver, som badevakt, videoutlåner, vertinne eller hotellsekretær. Dette kan bidra til å redusere kjedsomheten og isolasjonen. En forutsetning for å hindre unødvendige konflikter er at slike oppgaver anføres i kontrakten før sykepleieren mønstrer på. Ellers oppfattes det av sykepleieren som forsøk på å utnytte (over-)kvalifisert arbeidskraft.

## V. PERSONALET I SKIPSHOSPITALET

### V. PERSONALET I SKIPSHOSPITALET

#### 1. NOEN GENERELLE TREKK:

##### 1.1. SAVNET AV PRIVATLIV

Legene har med sin utvidede frihet bedre muligheter til å bryte isolasjon enn sykepleierne. De kan bevege seg overalt, når de måtte ønske det. De har også bedre lugarforhold, som

gjør det lettere å ha besøk, og også bedre mulighet for å få familien ombord.

Sykepleierne er avsondret, isolert, bor i selve hospitalet, og tvinges til samkvem med hverandre, både i og utenfor arbeidstid. Besøk i hospitalsområdet er upopulært hos skipsledelsen, idet man ikke ønsker at hospitalet rent fysisk blir tilgjengelig for den øvrige (friske) del av besetningen.

Man er videre redd for at sensitive opplysninger skal komme på avveie. Dermed er sykepleierne, både pga sin sensitive stilling og sin lokalisasjon, utsatt for spesiell oppmerksomhet fra ledelsen. Festligheter som involverer sykepleierne, må imidlertid foregå i hospitalet, på en av deres lugarer, forat også vakthavende kan få være med. Fordi hospitalet er på 1. dekk, og ligger avsides, mens de fleste norske offiserene bor på 8. dekk, er sjansene for besøk mindre enn på skip der hospitalet ligger på et høyere dekk. Legene bor nærmest, og et visst samkvem utenfor arbeidstid blir derfor naturlig.

Sykepleierne er, pga lang utdanning, ofte eldre enn de andre kvinnene og er vanligvis de eneste skandinaviske kvinner ombord. De har lite kontakt med det yngre og festglade kvinnemiljøet ombord. De spiser i offisersmessen, men ikke ved samme bord som legene eller andre senior-offiserer. De fleste andre kvinnene spiser annetsteds, i stabsmessen, som er fysisk adskilt fra offisersmessen. Kun blant purserne, og en sjelden gang telegrafistene, er det kvinner som spiser i offisersmessen, og de sitter gjerne ved samme bord som andre i samme departement. Plassene er i praksis faste.

Det er lite meningsfylt fritid ombord. Enkelte skip har vært flinkere til å arrangere fritidssysler for mannskapet, som mannskapsbar, folkedansegrupper, språkopplæring og båtførerkurs. Dette arrangeres gjerne av spesielt aktive og interesserte enkeltindivider blant de ansatte. Tidligere var det en norsk mannskapsstuert som sørget for noen velferdstiltak, og det var en norsk kokk som sørget for ”hjemmelaget” norsk mat. Etter innskrenkninger er begge disse

stillinger borte, hvilket merkes spesielt godt ved spesielle anledninger. F.eks. ble det stort oppstyr da den spesialbestilte juleribben ble servert julaften i form av ”American spareribs”. Slikt øker følelsen av isolasjon og hjemlengsel.

Den fysiske isolasjonen reduserer imidlertid sladder, som ellers er viktigste fritidsbeskjeftigelse ombord. De ansatte har få andre fellesinteresser enn hva passasjerene, offiserene og mannskapet gjør eller ikke gjør. Fordi hospitalsfestene foregår unna alfarvei, er de gjenstand for enda større nysgjerrighet. Nokså uskyldige opptrinn blir lett overdimensjonert, og gjenfortalt er de ofte ugjenkjennelige for deltagerne etter en rundtur ”på folkemunne” om bord.

## 1.2. VANSKELIGHETER MED Å FINNE BELØNNING I ARBEIDET:

Her gjelder mye det samme for leger og sykepleiere: Arbeidet blir lett monotont og rutinepreget.

Den økonomiske belønning spiller en vesentlig rolle, og nevnes av mange sykepleiere som avgjørende for om de kommer tilbake eller blir værende på land etter avsluttet kontrakt.

Sammenligning mellom skip med forskjellige avlønningssystemer viser at insentiver, i form av tilleggsbetaling ved arbeid utenfor kontortid, øker innsats og serviceinnstilling.

Bemanningen i hospitalet er stort sett tilstrekkelig det meste av tiden, men det skal bare få innleggelser til for å forrykke balansen og å gi personalet følelse av utilstrekkelighet. Derfor legges det fra legehold vekt på å beholde den nåværende bemanning også i nedskjæringstider, ikke bare av sikkerhetsmessige, men også av psykologiske grunner. I tilfelle innskrenkninger vil dette raskt føre til senkning av ambisjonsnivået, i første rekke på servicesiden.

Oppfattes sanitetens innsats av omgivelsene som god, virker dette som en belønning. Negativ innstilling fra passasjerer, besetning, offiserer, ledelse ombord og på

land virker motsatt. Utspill fra land som indikerer at saniteten bare representerer (unødige) utgifter, er griske, arbeider lite, er late, må kontrolleres nøye etc, virker negativt. Det samme gjør klager ("adverse comments") fra passasjerene, særlig klager som skyldes misforståelser eller uforstand. Reaksjonene på klager varierer med personen: aggressivitet, defensivitet (Voice), resignasjon, taushet, oppsigelse (Exit).

Dette diskuteres mer detaljert i neste punkt: 1.3.

### 1.3. MOTIVASJON

#### 1.3. 1. "MOTIVASJONSBALANSE" I FORHOLD TIL JOBBEN OMBORD.

Under denne overskriften vil jeg beskrive reaksjoner fra hospitalstaben, og potensielle hospitalsansatte, ved utvikling av motivasjonsbalansen i negativ og i positiv retning. Jeg vil legge spesiell vekt på reaksjoner på en negativ balanse og vil benytte begreper fra A.O.Hirschman "Exit, Voice, and Loyalty" (1970).

Med motivasjon forstås drivkraft, eller vilje, til handling. I arbeidsmessig sammenheng påvirkes den av indre (personlige) og ytre (miljømessige) faktorer. Personer med stort indre behov for selvrealisering, med stor ytelsesglede (ego), kan være villige til å anstrenge seg i uvanlig grad for å oppnå visse mål i arbeidet. Videre er motivasjonsprosessen både person- og situasjonspesifikk, samt relatert til tid: Forskjellige mennesker motiveres ikke i samme grad av den samme jobb til samme tid, mens samme person kan motiveres i forskjellig grad av den samme jobb til forskjellig tid.

Ved positiv motivasjonsbalanse er viljen til å gjøre best mulig jobb stor, ved negativ er den svekket.

Ved positiv balanse er søkeren ivrig etter å få stillingen (Entry), og den ansatte ønsker å beholde den (Remaining). Dette viser han ved alltid å møte punktlig til avtalt tid (pålitelig frammøte, Attendance), ved å gjøre

arbeidsoppgavene ikke bare riktig og godt (for det forventes i utgangspunktet av en ansatt), men bedre enn ventet (Performance), og ved å vise samarbeidsånd (Citizenship Behavior, ”Kardemomme-borgerskap”).

Ved negativ balanse vil den potensielle stillingsinnehaver ikke søke jobben eller trekke søknaden tilbake (Non-Entry), evt. etter å ha uttrykt sin misnøye (Voice). Ved fellesaksjon blant søkerne kan stillingen bli utsatt for boycott (temporær Exit), som innebærer mulighet for Entry dersom forholdene bedres og motivasjonsbalansen igjen blir positiv.

Hos en som alt er ansatt, vil en negativ motivasjonsbalanse kunne føre til forskjellige former for Voice, sosialt i form av uformell klaging og syting, og politisk i form av formelle klager og protester. Styrken av Voice kan variere, men om volumet overdrives kan reaksjonen virke mot sin hensikt og hindre forbedring. En særlig effektiv form for Voice er trussel om å slutte (Threat of Exit), som forutsetter lojalitet (Loyalty) til institusjonen. Den har imidlertid ingen eller, for den som truer, en ugunstig virkning om institusjonen på det aktuelle tidspunkt ønsker å redusere antall ansatte med samme kvalifikasjoner som søkeren. Dersom Voice ikke fører til den ønskede bedring av forholdene, vil den ansatte kunne foreta forskjellige former for utmelding eller oppsigelse (Exit):

Indre Exit er en blandet reaksjon av Voice og Exit. Den ytrer seg i form av redusert arbeidsinnsats eller som uorganiserte eller organiserte øgo slowø-aksjoner. Streik er temporær Exit og kan, som boycott, oppfattes som et speilbilde av Threat of Exit, idet den innebærer et løfte om Re-Entry dersom forholdene bedres. Ved egentlig Exit slutter man og finner annet arbeid, som gir en mer positiv motivasjonsbalanse. Det hevdes gjerne at man etter Voice har mulighet til Exit, men ikke omvendt. Imidlertid kan Post-Exit Voice gjerne bli temmelig ubehagelig for arbeidsgiveren (negativ markedsføring), og kan også føre til fordeler for den som foretok Exit (saksøking). Arbeidsgiveren har dog bedre muligheter for å kontrollere Pre- enn Post-Exit Voice. Som president L.B.Johnson sa da han ble spurt om

hvorfor han lot J.E.Hoover fortsette som sjef for FBI: "I'd rather have him inside the tent pissing out than outside pissing in!"

Lojalitet til institusjonen bremser Exit og aktiverer Voice. Jo mer uttalt lojalitet, desto enklere vil det være for arbeidsgiveren eller lederen å påvirke motivasjonsbalansen i positiv retning. Dette kan skje selv uten reell bedring av arbeidsforholdene, ved hjelp av argumentasjon, ressursregulering, positiv eller negativ betinging, eller terskelregulering. Høy pris (terskel) for Entry eller Exit fører til lenger og kraftigere bruk av Voice før Exit blir et reelt alternativ.

### 1.3.2. ARBEIDSOPPGAVENES MOTIVASJONSSKAPENDE EFFEKT

Charns & Hackman (1986) har lansert en teori om hvordan ansattes arbeids- oppgaver kan påvirke deres arbeidsmotivasjon. Denne teorien brukes nedenfor til å diskutere hvor motivasjonsskapende sanitetens arbeidsoppgaver er ombord.

Teorien går ut på at 3 sett av faktorer er av spesiell betydning i denne sammenheng: 1. erfart meningsfullhet (Meaningfulness), 2. erfart ansvar (Responsibility, Autonomy) og 3. kunnskap om resultatene av ens eget arbeid (Knowledge of Results, Feedback). Videre bidrar 3 jobb-karakteristika til arbeidets meningsfullhet. De kan tildels erstatte hverandre: 1. varierthet mht evner og talenter som må nyttes for å utføre jobben (Skill Variety), 2. jobbidentitet, dvs jobben skal utgjøre et veldefinert stykke arbeid som kan fullføres i sin helhet, og med synlig resultat, av den som er satt til å gjøre den (Task Identity), og 3. jobbsignifikans, som refererer til den viktighet arbeidet har for andre (Task Significance).

På bakgrunn av teorien kan man beregne den generelle motivasjonsscore slik:

$$MS = \frac{1}{3} \times (\text{Skill Variety} + \text{Task Identity} + \text{Task Signif.}) \times \text{Autonomy} \times \text{Feedback}$$

Imidlertid kan samme jobb påvirke motivasjonsbalansen forskjellig hos to utøvere med samme formelle kompetanse og også oppfattes anderledes av utenforstående.

Motivasjonsscore for stillingene ombord er høyest for legene og lavest for sykepleierne.

Vi skal nedenfor se på hvordan de enkelte faktorene som inngår i motivasjonsscoren slår ut for de to gruppene:

#### 1.3.2.1. Meningsfullhet:

I og med at både leger og sykepleiere så å si pr definisjon bidrar til å bedre andres helse, oppfattes det i utgangspunktet som meningsfylt av begge grupper: Helse har som ideal en autotelisk, eller selvbegrunnende, status. Likevel vil graden av meningsfullhet variere med individet og avhenge av hvilken jobb vedkommende har hatt tidligere og hvilke alternative jobbmuligheter som foreligger.

Mulighetene for Skill Variety og Task Identity er store for begge grupper, mens mulighetene for Task Significance er høyere for legene.

#### 1.3.2.2. Erfart ansvar

forutsetter at individet kan utføre arbeidet relativt autonomt, og at det føler seg personlig ansvarlig for resultatet av arbeidet. Ansvar er erfart stort av legene. Det kan føles mindre hos sykepleierne overfor pasientene, mens de til gjengjeld føler stort ansvar for hvordan arbeidet utføres overfor legene. Leger og sykepleiere arbeider i team, men slik at sykepleierne autoritetsmessig er avhengige av legen.

Legen kan dessuten erstatte sykepleieren i det meste, mens sykepleieren ikke kan erstatte legen, bortsett fra ved anestesi som legen likevel må gi beskjed om.

Skipsleger som arbeider mest med amerikanere, er i større grad enn andre skandinaviske leger som arbeider på land,

bevisst at de personlig risikerer å bli trukket rettslig til ansvar for behandlingsresultatet ("malpractice suits").

### 1.3.2.3. Kunnskap om resultatene

forutsetter direkte eller indirekte feedback. Viktigheten er nedfelt i uttrykket: "Feedback is the breakfast of champions."

Skipslegen må henvise alle pasienter med tidkrevende eller alvorlige sykdommer til kolleger på land, og har, ikke minst pga geografiske forhold, mindre muligheter til feedback enn leger på land. Epikriseer er vanskelige å få tak i. Enkelte passasjerer sender takkekort med opplysninger om sykdommens videre forløp. Ellers oppfattes gjerne mangel på tilbake-melding, f.eks. ingen negative kommentarer om legen på passasjerenes spørreskjema eller ingen rettslig stevning, som positiv feedback. Størstedel av legens oppgaver løses dog i løpet av et cruise, og her er det gode muligheter for feedback ved etterundersøkelser og gjennom muntlige pasientreaksjoner.

Sykepleierne kan tildels selv bedømme sin egen innsats under arbeidet, men er i stor grad avhengige av legens feedback. Hans tilbakemelding gjelder imidlertid oftest selve prosedyrens forløp, og ikke hvordan sykepleiernes innsats, vil få betydning for pasienten. Legens feedback vil derfor gjerne være farget av hans egen innsats, og av hvordan arbeidsprosedyren forløp som følge av denne. Det kan gjøre slik feedback lite relevant for sykepleieren.

Siden arbeidsoppgavene som gjøres i fellesskap ombord som oftest har lav vanskelighetsgrad, er det vanskelig for en sykepleier å eksellere. Det er derfor stort sett tabber som bemerkes: hun utsettes primært for destruktiv negativ betingning.

Sykepleiernes feedback fra passasjerer går, med unntak av pasienter som er innlagt i hospitalet, sjelden på arbeidets betydning for pasientens helse. Som nederst på rangstigen i hospitalet, blir sykepleierne gjerne utsatt for et akkumulert



hakkebehov. De blir gjenstand for pasientens egen skyldfølelse over å være syk og hjelpeløs, og får kjeft (Voice) som pasienten ikke tør gi, men gjerne ville gitt, oppover i systemet, til dem som i positiv eller negativ retning virkelig kunne ha påvirket hans situasjon, legene.

### 1.3.3. MOTIVASJONSSITUASJONENS PÅVIRKNING AV ADFERD

Særlig for legene, som har arbeid som gir høy motivasjonsscore, skaper arbeidet selv den nødvendige betingning. Legene arbeider intenst for å oppnå gode resultater. Slike er så i seg selv en belønning som sporer til ytterligere storinnsats. ”Nothing succeeds like success!”

Frykt for dårlige resultater sporer også til ekstrainnsats, men dersom resultatene virkelig blir dårlige, kan dette føre til forskjellige reaksjoner, fra enda større innsats, til Voice-reaksjoner, som fraskrivning av ansvar eller syndebukkjakt, eller til Exit-reaksjoner, som å unngå krevende oppgaver, eller som å si opp, for å unngå ”straff” i form av nye, dårlige resultater.

Et eksempel er legen som tilbringer mer og mer av tiden i hospitalet, eventuelt overlater krevende oppgaver til den andre legen eller endog sykepleierne (”gir dem sjansen til å utvikle seg”), eller som sier opp og går tilbake til enklere praksis på land.

Ved noe lavere motivasjonsscore, som hos sykepleierne, kan man omdefinere jobben, gjøre den viktigere i egne og andres øyne ved å rakke ned på passasjerene, legene, ledelsen ombord eller i land, eller framheve de viktigst sider ved egen jobb, helst de med livreddende karakter. Avhengig av Entry- eller Exit terskelens høyde, kan det komme til Exit, eller til at man legger vekt på andre ting enn den egentlige jobben, som fagforeningsarbeid, mer lønn, festing, det å se nye steder, etc.

Sykepleierne har investert noe mindre i utdannelsen enn legene, men Entry-terskelen er høy nok til å forhindre enkel Exit. Blant sykepleierne kan man se tendenser til å styrke

lojaliteten innen gruppen, ved harselas over yngre og uerfarne skipslegers udugelighet. Sykepleierne oppjusterer også jobben i egne og andres øyne gjennom Voice, ved å påpeke gruppens høye faglige kvalifikasjoner og gruppens profesjonelle pasientkontakt. styrke lojaliteten er ekstra viktig for å forhindre Exit og for å forhindre at de faglig sett mindre kvalifiserte US-utdannede sykepleierne tar over anestesisykepleiernes nåværende oppgaver. Selv har sykepleierne liten mulighet til å klatre i systemet.

Skipslegene har som eneste tilgjengelige leger ombord monopol på den medisinske kompetanse, selvom de formelt er underordnet kapteinen og bare er hans rådgivere. Legene har mulighet for å drive arbeid med høy motivasjons-score, men hovedmotivet for å arbeide til sjøs er ofte ikke å praktisere høyverdig medisin. Tvertimot kan det være håp om langferie pga en lite utfordrende jobb, flukt fra ektefelle, eventyrlyst eller rusbehov som ligger bak. Når det så viser seg at det forventes at legen skal gjøre en god jobb, og en stor del av feedback attpåtil kommer via rederikontor og kaptein (se 1.3.2.3.), må belønningen søkes i selve jobben. Voice har liten hensikt i et så autoritært, hierarkisk system som skipssamfunnet, uten mulighet for oppbakking fra interesseorganisasjon eller fagforening. Exit-terskelen er gjerne relativt høy: hjemreisen er dyr, og hjemme venter kanskje arbeidsløshet eller ekteskap i oppløsning. I praksis ses gjerne, når motivasjons-balansen blir negativ, indre Exit, som minimal arbeidsinnsats eller kontinuerlig rus, inntil den kontraktsmessige Exit foretas etter 3-4 måneder. Gal utgangsmotivasjon er dermed en hovedgrunn til Non-Re-Entry og til skipslegers relativt lave omdømme blant mange kolleger. De som forblir skipsleger (Remaining, gjentatt Re-entry) pga arbeidsoppgavene, opplever imidlertid høy motivasjonsscore.

#### 1.3.4. ENDRINGER I MOTIVASJONSPOTENSIALET

Flere forhold har forandret motivasjonspotensialet i de senere år. De fleste skyldes ressursregulering. Her nevnes bare noen momenter:

#### 1.3.4.1. Økt motivasjonsscore

Erfarne skipsleger er av rederiet blitt trukket med i planleggingen og utstyringen av nye skipshospitaler, i motsetning til tidligere, da arkitektene forsøkte å gjøre dette alene. Dette har gitt langt lettere arbeidsforhold og bedre muligheter for mer meningsfylte aktiviteter for hele hospitalstaben.

Hospitalsstaben har i felleskap innført ukentlige møter i hospitalet for å bedre forholdene og øke følelsen av medbestemmelse.

Rederiet har åpnet adgang til å ta honorar for behandling av gastroenteritt og av skader som ikke er direkte relatert til skipet. Det har bedret muligheten til økt inntekt gjennom systemet med stykk-bonus både for leger og sykepleiere.

#### 1.3.4.2. Redusert motivasjonsscore

Som følge av rederiets ”bottom-line-philosophy” har begge grupper fått redusert sin grunnlønn. Sykepleierne har dessuten mistet overtidsbetalingen og fått lengre kontrakter. I tillegg er inntektsskatten blitt høyere etterat nye regler for norske sjøfolk ble vedtatt av Stortinget fra 1989.

Hospitalets faglige standard ble senket da rederiet bestemte at operasjonssykepleieren skulle erstattes med en sykepleier uten spesialutdannelse. Følgen er reduserte muligheter for staben til å påta seg utfordrende arbeidsoppgaver. Disse mulighetene er ytterligere redusert, fordi budsjettkutt fører til dårligere vedlikehold av det medisinsk-tekniske utstyret, som dermed blir mer risikabelt å bruke.

Videre gjør økt trussel om ”malpractice suits” det nødvendig å avstå fra behandling som kan innebære risiko. Motivasjonsscoren reduseres ytterligere når det er økt risiko for at pasienten og staben blir motstandere i en rettsal, og helsestabens forsikringsmessig dekning i slike

tilfeller dessuten er uklar.

## 2. PERSONALET: ARBEIDSDELING - MÅLKONFLIKTER - YRKESGRUPPER - PROFESJONER

### 2.1. GENERELT:

Et godt samarbeidsmiljø er i de fleste tilfeller gunstig for å oppnå hovedmålet for hospitalet, dvs optimal pasientbehandling og -service. Men det hender at hovedmålet kommer i konflikt med arbeidsmiljøhensyn, som når hospitalisering foreskrevet av legene fører til at sykepleierne må foreta kontinuerlig døgnovervåkning, uten at de blir kompensert for det. Det blir naturlig nok lett interessekonflikt mellom yrkesgruppene om når pasienten kan utskrives: Legene vil av sikkerhetshensyn beholde vedkommende lengst mulig, siden de må svare for eventuelle følger om pasienten overvåkes for kort, mens det er sykepleierne som må slite dersom pasienten holdes (for) lenge.

Et mål er å holde seg innenfor budsjetttrammene. Det er et merkbart problem at de leger og sykepleiere som diskuterte forslag til budsjett året i forveien, forlengst er ute av bildet, når følgene inntreffer. Budsjettarbeidet vil for dem bare ha representert ubehagelig ekstraarbeid, og da er det lett å innskrenke arbeidet til å plusse 10% på forrige års budsjett. Hvis de som skal leve med budsjettet protesterer mot manglende midler, henvises det til råd fra tidligere kolleger, uten at disse kan trekkes til ansvar.

Det demper konfliktene at miljøet er så lite, og at begge yrkesgrupper er klar over interessekonfliktene. Det hjelper å ha felles motstandere: "Vi" i hospitalet mot "De" i skipsledelsen ombord og "De" i ledelsen på land.

Ikke minst på grunn av nærhet og uformelle kanaler oppover ombord, føles motsetningene mellom hospital og skipsledelsen som små, idet heller ikke hospitalstaben tviler på at skipsledelsen primært har pasientenes ve og vel for øye, og heller ikke er fremmed for fordelene ved et best mulig fungerende og internt samarbeidende hospital. Det

er uvant både for leger og sykepleiere å få sitt medisinske skjønn overprøvd av ikke-medisinske ledere, men på grunn av den større formelle og uformelle avstand til kapteinen, er det gjerne vanskeligere for sykepleieren enn for legen å akseptere at det er kapteinen som til syvende og sist bestemmer.

I mange sammenhenger oppfattes imidlertid ledelsen på land som selve ”hovedfienden”, når uhensiktsmessige eller direkte anti-terapeutiske bestemmelser ”tres nedover hodet på” hospitalet, uten at det spørres om råd på forhånd og uten

forklaring. Ikke minst pga den fysiske og personlige avstand blir bestemmelsene gjerne gjennomført før brukerne ombord får anledning til å uttale seg, og da er det vanskelig å få forandret noe før det i praksis viser seg at bestemmelsene førte til så store ulemper eller utgifter, at de ikke er til å leve med. Ofte må det gå svært galt før det er galt nok til at bestemmelsen reverseres.

Også tilsynelatende ubetydelige bestemmelser på land kan føre til praktiske problemer ombord, som selvom de ikke går utover sikkerhet eller service, skaper betydelig irritasjon og merarbeid.

Et uskyldig eksempel:

Besetningens medisinske journal føres på kort, som oppbevares sammen med evt. tilleggsskriv i spesiallagede konvolutter i A5 format. Pasientens konvolutt følger ham så på land ved avmønstring, og sendes ombord på neste skip ved ny mønstring. Da nytt opplag skulle trykkes, valgte kontoret i land å bestille en type som var litt større enn A5. Det man ikke tenkte på, var at arkivene ombord var spesialbygget for A5 konvolutter, og følgelig måtte ombygges pga den nye størrelsen. Romforholdene i hospitalene er meget begrenset, og på flere av skipene gjør dette at det nye arkivet ikke får plass på selve kontoret, med de ulemper det medfører.

## 2.2. MOBILITET OG UTDANNINGSSPØRSMÅL:

Yrkesstrukturen i hospitalet ombord er blokkert, som det

med all mulig tydelighet fremgår av det som er sagt ovenfor. Noen forandring på dette, med mulighet for en sykepleier til å bli skipslege, eller for en lege til å bli kaptein, er helt urealistisk, både nå og i overskuelig framtid.

### 2.3. SKIPSHOSPITALET SOM PROFESJONELL ORGANISASJON:

Skipshospitalet oppfyller Etzionis (1978) krav til en profesjonell organisasjon:

- 2.3.1. Målsetningen forutsetter utstrakt bruk og videreutvikling av profesjonell kunnskap.
- 2.3.2. En stor del av de tilsatte (legene) er profesjonelle, dvs de har over 5 års utdanning.
- 2.3.3. De profesjonelle har den største innflytelsen over de aktiviteter som er knyttet til organisasjonens hovedmål.

Legene har, som på land, både administrative og faglige funksjoner. De har størst innflytelse over det som er hovedoppgaven, nemlig å gi medisinsk behandling, mens det inngår i virksomheten også ikke-profesjonelle teknisk-administrative sekundæroppgaver. De siste ivaretas av egne hierarkier, f.eks. bestillinger av overstyrmannen, renhold av stuert- departementet og tøyvask av det kinesiske vaskeriet. Disse oppgavene koordineres av sykepleierne.

Mens legene rent administrativt alltid har vært underlagt kaptein og nestkommanderende ombord, har de vært temmelig suverene medisinsk sett. De har også hatt god oppbakking fra den medisinske konsulenten på land. Den svekkede stilling som den medisinske konsulenten har fått etter de siste års omorganisering, har ført til at Miami-kontoret, som er uten medisinsk ekspertise, stadig tar flere beslutninger som griper inn i hospitalenes virksomhet, uten at skipslegene har særlig mulighet til å intervenere.

Sykepleiernes oppgaver ligger fortrinnsvis på et semi-profesjonelt nivå. Utdanningen er kortere, de har mindre

faglig selvstendighet og mye av virksomheten deres er underlagt legenes medisinske skjønn. Som på land lever sykepleiehierarkiet en spenningsfylt tilværelse mellom det å være underlagt legenes autoritet og det å være en selvstendig autoritetsstruktur.

På land utfordres ”profesjokratiet” (Berg 1972) i institusjonene også av demokratiet, kravet om økt medbestemmelsesrett for alle arbeidstakere, uansett posisjon i strukturen. Dette kravet møter lite forståelse hos ledelsen både på land og ombord, mens man i hospitalet har forsøkt å gi mulighet til medinnflytelse ved innføring av ukentlige hospitalsmøter der ordet er fritt.

Når det gjelder pasientdemokrati, er man ombord gått mye lenger enn på land. Særlig når det gjelder passasjerene, har pasienten ikke bare medbestemmelsesrett, men må gi ”opplyst samtykke” til alt som skal skje i hospitalet, både mht undersøkelse og behandling. Målet er i første rekke å oppfylle pasientens ønsker optimalt, både medisinsk og rent praktisk.

Service-innstillingen som hospitalstaben har i forhold til passasjerene, påvirker også behandlingen av besetningen, men her vil man i noe større grad skjele til det som er praktisk for skipets drift når det ikke gjelder akuthjelp (Se Tjenestereglementet).

## 2.4. LOJALITET TIL FAG ELLER SKIP?

Dette er legenes, ikke sykepleiernes dilemma. Det gjelder i første rekke forholdet til den øvrige besetning. Legen er skipsledelsens mann: Pasienten skal i arbeid så snart det er medisinsk forsvarlig; misbruk skal slås ned på av hensyn til pasienten selv og til sikkerheten for alle andre ombord. Dette kan føre til konflikter mellom taushetsplikt og sikkerhetsbestemmelser. Legen har pga sin seniorposisjon økt innflytelse, men fungerer også som et slags gissel for arbeidsgiveren, og opplever isolasjon og tap av tillitt pga dette.

Ingen i skipsledelsen ombord har medisinsk innsikt. Dermed er det ugunstig for legen(e) å definere seg ut av fellesskapet på toppen. Dersom en av de to legene gjør det, vinner ingen av hans synspunkter gehør, og han blir oppfattet som vanskelig. Det kan i verste fall føre til at han ikke ansettes på ny, under henvisning til øsamarbeidsvanskerø.

Pga manglende medisinsk ekspertise i toppen, kan det lett bli konflikt mellom lege og kaptein om hvordan akutte eller subakutte tilstander skal takles, særlig i forbindelse med evakuering. Ledelsen har liten sans for tvil, og medisinsk "versteffalls-tenkning" møter liten forståelse: "Legene overdriver alltid!" Imidlertid er forståelsen økende, både fordi rederiets assurandør stadig maner til forsiktighet, og fordi de aller fleste dekksoffiserer med noen års cruiseerfaring har vært i kontakt med etterforskere, sakførere, forsikringselskaper og forskjellige andre deler av det amerikanske rettsapparatet.

Legen, som selv har administrativt ansvar og kjenner til på hvilket grunnlag bestemmelsene tas, har lettere enn sykepleierne for å akseptere prioriteringer som går imot hans ønsker. Slik er det på tross av at han har bedre faglige forutsetninger enn sykepleierne til å forutse hvilke praktiske konsekvenser uheldige prioriteringer kan få for hospitalsdriften.

Sykepleierne får i praksis støtte av legene til alle krav overfor skipet som anses "rimelige", og som, vel å merke, ikke vil redusere legenes rettigheter eller inntekt. Gjentatte krav fra sykepleierne om økt stykkbonus, på bekostning av legenes andel av passasjerhonorarene, er blitt bekjempet av legene. Tilsvarende ville et motforslag om reduksjon av sykepleiernes nåværende bonus bli bekjempet av sykepleierne. Et slikt motforslag er såvidt vites ikke reist. Grunnen er kanskje at legene innser at sykepleiernes stykk-bonus ikke må bli så liten at insentiveffekten opphører og innsatsviljen avtar.

Innstillingen fra legene og ledelsen forøvrig blir dermed at dersom sykepleierne vil tjene mer, må det skje ved økning



av hele hospitalsinntekten, dvs ved økt aktivitet.

## 2.5. LOJALITET TIL FAG ELLER PASIENT?

Hva kan legen gjøre når det er konflikt mellom pasientens krav om en spesiell form for behandling og det legen selv synes er medisinsk indisert?

Siden pasienten ikke har et reelt legevalg så lenge han er ombord, er legens muligheter til å unngå problemet begrensede. Problemet har vært forsøkt taklet på forskjellige måter:

### 2.5.1. Henvisning (Ansvarsforskyvning)

Er det bare én lege ombord, kan han henvise til en lege eller spesialist i neste havn, men pasienten skal behandles på best mulig måte til dette kan skje. Amerikanske pasienter er ikke fremmede for å innhente en øsecond opinion før behandling iverksettes. Det er imidlertid en reell risiko for at den neste legen bøyer seg for pasientens krav og starter en behandling som skipslegen er uenig i, men må følge opp på resten av cruiset.

Er det, som på SvS, to leger, kan den ene legen henvise til den andre. Hvis denne ikke tilfeldigvis er spesialist på det aktuelle feltet, vil imidlertid den første legen, i en eventuell rettsak, bli trukket inn som medansvarlig for det den andre lege gjorde, enten denne ga etter for pasientens krav eller ikke.

### 2.5.2. Konfrontasjon (Avvisning)

Direkte avvisning av pasientens krav er sjelden vellykket i den uttalte forhandlingssituasjon skipslegen befinner seg i. Er pasientens krav helt uakseptabelt, skal avvisningen kombineres med begrunnet forslag om alternativ behandling. Selve avvisningen skal skje med stor takt, ellers risikerer man klager, og endog rettsak, under henvisning til dårlig service eller mangelfull behandling ("abandonment").

### 2.5.3. Narring

Legen sier at han gir den aktuelle behandling, men gir i virkeligheten en annen, eller placebo, f.eks. vitamin-tabletter istedet for antibiotika. Her spiller legen tilsynelatende en forhandler-rolle, men utøver i virkeligheten rent lege-autokrati. Selvom behandlingen er medisinsk forsvarlig, bryter framgangsmåten med etiske regler. Dersom pasienten oppdager dette, eller behandlingen ikke fører til det ønskede resultat, vil legens forsvarer få en vanskelig oppgave i en eventuell rettsak.

### 2.5.4. Kapitulasjon

Legen behandler pasienten slik denne ønsker, selvom det går klart mot legens anbefaling. Dette er et eksempel på den rent pasient-autokratiske modell for lege-pasient-forholdet (se Kapittel IV. Normer - Roller). Pasienten er den som har all autoritet, og legen er underdanig og tar imot ordre. Legen har imidlertid fullt ansvar for iverksatt behandling, og er den medisinsk kontraindisert, åpnes det slik for søksmål for ”medical malpractice”.

### 2.5.5. Rasjonalisering

Legen finner det medisinsk forsvarlig å behandle pasienten slik denne krever

2.5.5.1. utfra ønske om å utnytte placebo-effekten og utfra overbevisning om at den aktuelle behandling ikke vil skade pasienten: selvom penicillin ikke virker mot virus, får pasienten dette fordi han alltid får det av sin egen lege i lignende situasjoner, uten noensinne å ha hatt bivirkninger,

eller

2.5.5.2. utfra ”verstefalls-tenkning”: selvom pasienten med vondt i halsen sannsynligvis har en virus infeksjon, så får han likevel, ”for sikkerhets skyld”, penicillin, fordi legen ikke helt kan utelukke streptokokkinfeksjon.

Dersom pasienten i slike situasjoner opplyses om legens motforestillinger og likevel insisterer på å få ”sin egen behandling”, kan dette betraktes som praktisering av den egalitære eller demokratiske lege-pasientmodellen. Dog kan man like gjerne si at legen har gitt etter i forhandlingene med klienten.

Rasjonalisering bringer legen i grenseland for det medisinsk-etisk forsvarlige. Hvorvidt det foreligger en reell feilbehandling, vil avhenge av følgene. I penicillin-eksempelet ovenfor vil legens innsats bli bedømt forskjellig om han etter behandlingen blir frisk, eller om han får anafylaktisk sjokk, eventuelt med døden til følge.

## 2.6. PROFESJONALISERINGENS VELSIGNELSER OG PROBLEMER:

Under dette punkt nevnes, som hos Repstad (1988), kun noen momenter:

Legene har fått selvtillit med seg som en del av sin utdanning og er mindre avhengige av pasientenes reaksjoner. Selvsagt kan ingen garantere at en pasient blir frisk i løpet av en uke, men det er en vesentlig del av legejobben å få pasienten til å forstå at han virkelig har fått optimal behandling. I kraft av sin utdanning er det da lettere for legen å bli akseptert som pasientens ”agent”, enn det er for sykepleierne, med deres lavere utdanning og status.

Imidlertid er spesielt anestesisykepleierne ombord langt bedre utdannet enn pasientene er klar over. Egen bevissthet om dette kan gi styrke til å overse respektløs opptreden av pasientene, samtidig som det ligger en fare i at de dermed kan komme til å behandle plagsomme pasienter overlegent. En viss arroganse vil for de fleste pasientene lettere kunne aksepteres fra legen, men vil fra begge grupper side klart stride mot det overordnede service-kravet i hospitalet. Sykepleierne skal til enhver tid bevare sin velmenende fasade, og merker de at den begynner å slå sprekker, skal vakthavende lege tilkalles. Om pasienten på noe punkt skulle

trekke en sykepleiers faglige kvalifikasjoner i tvil, skal hun tilkalle legen for å få støtte. Det blir lett et sårt punkt at sykepleierne må overlate selv enkel behandling til legene. Dette gjør både sykepleiernes og legenes oppgaver mindre interessante, siden det som kan være en utfordring for sykepleierne, forlengst er rutine for legene. Men det er en del av service-spillet, og hvis ikke begge parter forstår og praktiserer det, kommer det klager og tidkrevende, ubehagelige oppklaringsrunder. Som en kanadisk skipslege sa til rederikonsulenten da en sykepleier hadde klaget over at han brukte for lang tid pr pasient: ”Either I spend enough time with the patients or you'll spend time with the lawyers!”

På tross av sin service-innstilling har også skipshospitalet sine tilfeller av ”trained inhumanity”. Det gjelder i forhold til besetningen, når legen kommer i klemme mellom krav fra skipet og fra pasienten. Skipets bemanning er så knapp, og spesialiseringen så uttalt, at selv få sykemeldte kan gi driftsproblemer. Legen blir derfor lett mer restriktiv med sykemeldinger enn han synes er forsvarlig overfor den enkelte pasient. Det må her bemerkes at arbeidsmoralen i utgangspunktet er svært høy ombord, ikke minst fordi man i service-yrkene går glipp av størstedelen av inntekten, dvs tips, om man ikke er på jobb. Dette gjør det også ubehagelig å sykemelde eller sykeavmønstre folk.

Det er sjelden mer enn et par sykemeldte blant de 800 ansatte.

Også passasjerene kan rammes av helsepersonalets ”trained Inhumanity”. Skipets politikk er at pasienter som må hospitaliseres ombord, skal overføres til sykehus på land i første havn. Dette er nødvendig ikke minst pga bemannings-situasjonen i hospitalet. Sykepleierne vil raskt slites ut om man tillater uke-lange hospitalsopphold ombord. Dessuten er det viktig av forsikringshensyn at pasienter sendes i land til bedre diagnostisk utredning og behandling enn den man har muligheter til å gi ombord.

Men i flere tilfeller kan staben ombord ha en begrunnet

mistanke om at en pasient ville ha fått mer personlig service, og kanskje også bedre medisinsk behandling, om man hadde beholdt ham ombord. Behandlingen ville blitt billigere. Hjemreise fra utgangshavnen ville også blitt billigere og dessuten mer praktisk. Likevel kreves det at staben motiverer pasienten til å forlate skipet ved første havneanløp.

Har legen hatt noen tilfeller der han har gitt etter for pasientenes bønner, og latt dem bli ombord, for siden bittert å angre sin beslutning, blir det lettere å insistere på hospitalisering i land neste gang dette er aktuelt.

Dersom pasienten nekter å forlate skipet mot legens råd, må han fylle ut et ”letter of indemnity”, hvor han fritar alle skipets ansatte for eventuelle følger av sin beslutning. Det er dog viktig å være klar over at et slikt skriv ikke er noe frikort. Hverken juridisk eller moralsk fritar det hospitalstaben fra kravet om å behandle pasienten optimalt så lenge han er ombord.

## VI. FORHOLDET PERSONAL - PASIENT

### 1. SYKEROLLEN

I tråd med kravet om utstrakt service legges det i hospitalet vekt på å behandle passasjerene med respekt. Det starter alt ved første møtet: De skal tiltales med Mr. og Mrs., samt etternavn, eller med Sir og Madame. Alle plager skal tas alvorlig, intet skal blåses av eller bagatelliseres.

Den høflige, men formelle tonen faller lettere for skandinavernene enn de mer uformelle amerikanske sykepleierne, som gjerne bruker fornavn, og kan presentere pasienten slik: ”Doc, here's your next victim!” Dette kan nok virke beroligende, om ikke helt betryggende, for folk som kjenner igjen tonen fra komi-serier på TV. Men det motarbeider det inntrykket av seriøsitet man ønsker å skape: Her tar vi ethvert problem alvorlig, og hospitalets service er ikke en del av underholdningstilbudet om bord. Det forhindrer ikke at

man kan behandle pasientene med et glimt i øyet, men da skal man være helt sikker på at pasienten virkelig oppfatter at man spøker, og at man på ingen måte gjør narr av pasienten.

Det har også vært nødvendig å få amerikanske sykepleiere til å la være å behandle pasientene som uartige barn, eller å opptre som folkeoppdragende bedrevitere: ”Oh, Gary, you should never have done that! Why didn't you come before?” Muligens kan dette oppfattes som et forsvar for et senere tvilsomt behandlingsresultat: Det er din skyld. Du kan ikke vente at dette skulle gå bra, siden du somlet slik med å komme! Men det kan også oppfattes som utidig kritikk og gjøre pasienten kontrær.

En hovedoppgave er å finne ut hva pasienten ønsker, og å fange opp alvorlig sykdom som trenger økt innsats enten ombord eller på land. Derfor er rapport om visse symptomer, f.eks. pustebesvær og brystmerter, ”automatisk” grunn for sykebesøk på lugar av lege eller sykepleier og transport av pasienten til hospitalet i rullestol eller på bære.

Forøvrig er det pasienten som avgjør om han vil se lege, eventuelt om lugarbesøk er nødvendig. Uttrykkes det ønske om dette fra pasienten, skal dette videreformidles til legen uten diskusjon. Legene beskyttes ved at vakthavende sykepleier i alle fall skal kontaktes først via vakt- eller hospitalstelefon, mens legenes telefonnummer er ”hemmelig” for passasjerene.

En del lidelser oppfattes som pinlige, som sjøsyke og diare, men må også tas helt alvorlig fordi de kan ødelegge store deler av et dyrt ferieopphold og forhindre at cruiset gjentas. Både slike problemer og skader kan man oppleve at passasjerene mener skipet er skyld i. Krav om kompensasjon kan omfatte alt fra gratis behandling eller cruise til stor økonomisk erstatning. Sanitetsstaben skal ikke ta stilling til eventuell skyld, men opptre helt nøytralt mens den sørger for å få dokumentert alle relevante opplysninger og funn.

Under konsultasjonen forsøker legen å gi pasienten den rol-

len han ønsker: De fleste har ikke tid til å være syke, men noen ønsker å slippe anstrengende aktiviteter i havn eller ombord. Besetningen forsøkes motivert til videre arbeid om mulig: Hvis en kjøkkenhjelp må ha en arm i fatle noen dager, kan han supervisere istedet. Legene har her til og med vitenskapelig belegg for at sengeleie ikke er av det gode.

Sykerollen er forskjellig for passasjerer og besetning, og blant besetningens 40-talls forskjellige nasjoner er det svære variasjoner i oppfatningen. De forskjellige kulturer har varierende kropps- og sykdomsoppfatning, og tolker sogar samme symptomer annerledes. Det som krever nervetabletter hos en gruppe, kan greit fikses med et middels klyster hos en annen. Når mannskap og lege ikke forstår hverandres kroppsoppfatning, oppstår det lett misforståelser, mistenksomhet og utrygghet i lege-pasientforholdet.

Passasjerene har, som nevnt, sjelden tid til å være syke. Det samme gjelder mannskap, siden det taper penger på å utebli fra jobb (tap av "tips"). Videre kan ansatte som ofte er syke, bli oppfattet som en økonomisk riskiko for rederiet, eventuelt også en sikkerhetsrisiko for skipet, og det kan være fare for at slikt mannskap får vansker med å få fornyet kontrakten. Jobben kan være besatt når han blir friskmeldt etter sykeavmønstring. Ulykkesfugler ("accident prone employees") er upopulære, siden de gjerne før eller senere utsettes for skader som kan medføre erstatningsansvar. Ellers har besetningen lært av passasjerene og går i stadig større utstrekning til sak mot skipslege, kaptein og rederi for skader ombord og mangelfull eller feilaktig behandling. Ifølge forsikringsselskapet er det nå flere krav fra mannskap enn fra passasjerer mot rederiet, og 4 sakfører- firma står angivelig bak 90% av kravene. For tiden verserer en sak mot skipet for "vondt i ryggen" hos en kelner, som mener han ble satt til for tungt arbeid. Når slike krav er mulige, går pasienten inn i en mer hjelpeløs sykerolle ("forsikringsnevrose"), med mer arbeid for hospitalstaben.

## 2. KOMMUNIKASJON OG BEHANDLINGSKVALITET:

God kommunikasjon internt i hele hospitalstaben og mellom

stab og pasient tilstrebes.

Mellom stab og pasient er kommunikasjonen bedre enn vanlig i Norge, idet pasienten både krever og får mer informasjon. Ved konsultasjon får pasienten rutinemessig beskjed om å rapportere enhver forverring til hospitalet. Telefonnummeret står på skilt ved hver offentlig og passasjer-telefon ombord: "Ship's Hospital - call 01".

All pasientinformasjon som tilflyter sykepleierne, skal bringes videre til legen, så han kan reagere om han

finner det nødvendig. Ellers forsøker noen leger å følge opp alt som ikke er ren rutine, med telefonisk forspørsel om tilstanden et par dager etter konsultasjonen. Selvom dette kan komme ubeleilig, har til nå alle reagert utelukkende positivt og uttrykt takknemlighet for slik omtanke. Slik har det vært mulig å fange opp, og gi nytt tilbud, til enkelte passasjerer som ikke var fornøyd med primærbehandlingen, og som ikke meldte fra på egen hånd.

Følgende episode viser et eksempel på øforhandlings-legenø i praksis:

En passasjer med akutt øm og stiv skulder (peritendinit) fikk ved første konsultasjon antiflogistika i tablettform. Da han et par dager senere kom til hospitalet for å betale regningen, svarte han på direkte spørsmål om tilstanden at han ikke var blitt noe bedre. Han tok imot tilbud om injeksjonsbehandling, oppnådde deretter full bevegelighet og smertefrihet og reddet iallefall den siste delen av bryllupsreisen.

Er legen i tvil om tidligere behandling, eller pasienten ønsker det, tas kontakt med hans egen lege i land for å diskutere tidligere og nåværende funn, samt videre opplegg. Eventuelt konsulteres andre skipsleger i rederiet med særlig kompetanse på visse felt, eller kolleger i Skandinavia via satelittelefon eller telefax.

Det er ikke bare ønske om å gjøre en god jobb som fører til



den beskrevne service-innstillingen og til forsøk på optimal medisinsk behandling. Frykten for negativ betinging spiller også en stor rolle: Man vil gjerne unngå klager og rettsaker.

Skriftlige klager kommer gjerne ved etter avsluttet cruise gjennom rederiets system med ”comment cards” (Appendix 2). Dette krever en mer utfyllende forklaring:

For å bedre servicen ombord har rederiet lagt stor vekt på passasjerenes mening om oppholdet, og det har lagt opp et system for å fange opp og korrigere flest mulig klager. Hver fredag får hver passasjer utdelt sitt kort og oppfordres i løpet av dagen (nærmest overalt ombord) til å utfylle dette. Skjemaet er enkelt. Det krysses av for hver service-funksjon: ”excellent”, ”good”, ”fair” eller ”poor”. I tillegg er det en side til kommentarer. Stor deltagelse sikres ved å lodde ut champagne blant dem som har fylt ut kortet. De utfylte kortene puttes i egne lukkede postkasser senest lørdag morgen da skipet klapper til kai i Miami. Postkassene bringes omgående iland til et eget departement som straks ved hjelp av datamaskiner registrerer og regner ut score for hver servicefunksjon ombord. Det skriver ut alle kommentarer som kan oppfattes som negative, eller som påpeker noe som passasjerer mener kan innebære en forbedring. De skrives ut for hvert departement ombord, og hver kommentar følges av klagerens navn, lugarnummer, bordsetning og bordnummer. Alle departementer får samme lørdag ettermiddag, dvs før skipet drar ut på neste cruise, en skriftlig oversikt over hvor mange kommentarer hvert departement har fått, samt de kommentarene som gjelder eget departement. Kapteinen og noen av senioroffiserene får oversiktsscore for hver servicefunksjon, og til sammenligning score for forrige cruise og for samme cruise året før. De får kopi av samtlige negative kommentarer. Hver departementssjef gjennomgår sine klager samme kveld for å kunne forklare og øforsvare seg søndag morgen på kapteinens senioroffisersmøte. Rapport om hva som er gjort med de forskjellige saker avlegges senest på tilsvarende møte fredag morgen.

Alle klager tas svært alvorlig. Man gjør sitt ytterste for å rette opp relevante feil og løse eventuelle problemer. Systemet er fryktet, først

og fremst fordi det innbyr til jakt på syndebukker. Det mislikes fordi man kan merke utilbørlig press på passasjerene for å fylle ut skjemaet på gunstigste måte. Slik påvirkning må imidlertid skje skånsomt, ellers blir den kommentert på kortet, og da oppnås det motsatte av hensikten. Men det foregår utvilsomt en jevn hjernevask: Det som høres hyppigst de siste dager av cruiset, er ordet ”EXCELLENT”. De fleste passasjerer er imidlertid på det tidspunkt enige og svært mottakelige for ”påminnelsen”. En kelner som får bare ”excellent” fra alle sine gjester over et visst antall cruise, oppnår pengebonus. De kelnerne som oppnår høy score, får de største og beste stasjonene og dermed mer tips, mens de som scorer lavere får mindre stasjoner ”for å kunne ta seg bedre av hver enkel gjest på neste cruise”. De som scorer lavest, må være ”stand-by” (uten tips) hvis noen bord er ubesatt. Gjentatt lav score kan få betydning for den videre karriere.

Hospitalet har ikke egen rubikk for avkryssing og score, men kan få klager på dårlig behandling såvel ombord som etter henvisning til lege i land, på stabens oppførsel, på høye honorarer eller medisinerpriser, på upraktiske betalingsrutiner osv.

Systemet har vært i bruk på alle rederiets skip fra starten. Det har i alle år holdt både ledelse og besetning konstant på tå hev. Kortene utgjør en betydelig stressfaktor, men har utvilsomt vært en hovedgrunn til rederiets suksess. I de senere årene har rederiets skip alltid vært helt i toppen ved avstemningen om ”årets cruiseskip” i det prestisjefylte Ocean & Cruise News, og for 1990 var nr. 1 og 2 henholdsvis M/S Song of Norway og M/S Song of America (”Verdens Gang”, Oslo, 20.3.90).

### 3. MODERNE TEKNOLOGI, KOMMUNIKASJON OG SOSIAL LAGDELING

Forholdene i skipshospitalet er nesten helt motsatt av de forhold Axelsen omtaler i ”Det tause sykehuset” (1976). Alle innlagte pasienter får individuell og ekspressiv behandling. Mulighet for samtaler med helsestaben er tilstede døgnet

rundt og i nærmest ubegrenset omfang. Ektefellen oppfordres f.eks. gjerne til å innta sengen ved siden av pasienten. Dette har man gode erfaringer med siden det avlastes vakthavende sykepleier, endog ofte i stor grad. Pasienter som kan spise, kan velge fra restaurantmenyen eller får ”skreddersydd” diett som tilberedes på legens bestilling etter behov.

Innlagt besetning får samme behandling, og serviceinnstillingen smitter også til mannskapet. ”Innpakningen” er likevel neppe helt som for passasjerene. Selvom også mannskapet vil få mye mer oppmerksomhet enn på sykehus i land, gir sykepleierne relativt raskt gi beskjed dersom de syntes det blir mye unødvendig mas. Besetningen er imidlertid flink til å ta seg av sine egne, og sørger vanligvis for vel så ekspedit service til innlagte kolleger som til passasjerer mht servering og nødvendige ærend og tjenester. Klager fra innlagt mannskap forekommer knapt.

Ifølge Berg (1973) er de som greier best det upersonlige ved kommunikasjonen på sykehus, de som er vant til å leve upersonlig og abstrakt, - de som flytter, reiser, kjenner mange og har lett for å innlede overflatebekjentskaper, de som kan treffe en masse mennesker uten å tape identitet, være spirituelle uten å utlevere seg selv. Dette er beskrivelsen av den typiske amerikanske passasjer, og faktisk også av det typiske besetningsmedlem. Selvom disse altså skulle kunne takle upersonlig behandling, er det tydelig at de ikke mistrives med å få personlig oppmerksomhet på hospitalet ombord.

Som tidligere nevnt kan det oppstå både språklige og kulturelle barrierer under behandlingen, og det er viktig at staben snakker skipets offisielle språk, engelsk, seg imellom når det er pasienter til stede. Dette hjelper lite om passasjeren kun snakker et annet språk som ingen i hospitalet behersker. Men det vanlige er at passasjeren i slike tilfelle reiser sammen med en engelskspråklig, og dessuten lar det seg blant besetningens mange nasjonaliteter alltid gjøre å finne en tolk i løpet av kort tid.

Motsatt kan det være en fordel for en engelsktalende pasient å få bli ombord istedet for å bli hospitalisert i fremmedspråklig havn.

Det kan være billigere, og på alle måter bedre, for et mannskap med varicella (vannkopper) å være isolert i hospitalet ombord under smitteperioden enn å bli sendt på land i en fremmed havn, bortsett fra at det er arbeidskrevende og upraktisk for helsepersonalet, og muligens representerer noe økt smittefare. Tilsvarende er det mindre fare for infeksjon i mindre brannår om pasienten blir behandlet i det bakterie-arme miljøet i hospitalet ombord enn om han blir utsatt for multiresistente sykehusmikrober på land.

LEON-prinsippet om behandling på lavest mulig omsorgsnivå kan ikke nyttes i særlig utstrekning ombord. Å følge prinsippet vil lett vil bli oppfattet som forsømmelse ("negligence") i en eventuell rettsak.

Berg (1973) mener det er ønskelig med mer stedfaste behandlere, for da vil pasient og behandler få tid til å bli bedre kjent, og behandleren i det minste få et generelt kjennskap til befolkningen. Dette gjelder i full monn for besetningen ombord. Leger og sykepleiere trenger tid til å sette seg inn i miljøet ombord og ikke minst venne seg til forventningene fra de forskjellige pasientgruppene. Det hører med til rimelig service alltid å holde amerikanerens glass med isvann fylt, og ikke servere oksekjøtt til hinduer eller svinestek til muslimer og jøder.

#### 4. INSTITUSJONSNEVROSER HOS PASIENTER OG HELSEPERSONALE

Såkalt "institusjonsnevrose" består i apati, interesseløshet, underdanighet, manglende evne til å planlegge sin framtid og mangel på individualitet (Barton 1969).

Passasjerene får ikke tid til å utvikle noen institusjonsnevrose i hospitalet ombord, dertil blir

hospitalsoppholdet alltid for kort. Mannskapet er noe mer utsatt, men selv for ansatte er lengste skipshospitalisering i rederiet bare 21 dager. Denne ”rekorden skyldtes endog en administrativ misforståelse.

For hospitalspersonalet kvalifiserer imidlertid institusjonsnevrose, slik den ovenfor defineres, nesten for betegnelsen ”yrkessykdom”. Skipets regelverk framelsker noen av disse typiske karakteristika, som dog i de fleste tilfeller er temporære. Særlig er sykepleierne utsatt.

Men mange savner ”institusjonstilværelsen” når de er vel tilbake på landjorden. Som det het i et julebrev fra en hjemvendt sykepleier til de gjenværende ombord:

”...Da satte jeg meg ned og tenkte: Er dette den reelle verden? Jeg hadde nesten glemt alle disse hverdagsproblemene. Hadde det ikke vært for NN så hadde jeg reist ut igjen. Til dere: Nyt hver eneste time dere kan ligge på soldekket og dagdrømme. Nyt hver dag dere kan gå til dekket bord og få redd sengen.... osv.”

Etter Barton (1969) er det 7 faktorer som forsterker nevrosen. Eksempler på alle 7 kan finnes hos hospitalspersonalet, og mest uttalt hos sykepleierne:

#### 4.1. Tap av kontakt med livet utenfor:

Besøk i land begrenses fordi alle menneskene der er ukjente, og havnestrøk virker gjerne truende. Postgangen er alltid uregelmessig og kan være usikker. Satellitt- og annen rikstelefon er dyr og forbindelsen ofte dårlig. Videre er kontraktene lange, og mulighetene for besøk av familie eller venner ombord er små. Og det er få med samme bakgrunn og nasjonalitet ombord.

#### 4.2. Påtvunget sysselsetting eller meningsløst arbeid:

Påbudet om service-innstilling og tilsvarende oppførsel kan føles både uvant og nedverdiggende. Legene bestemmer arbeidsoppgavene, og mye er rutinearbeid som bare må gjøres. Lite av det daglige arbeid faller innenfor

spesialutdannelsen.

#### 4.3. Passasjerer og besetning som ser ned på klienten:

Faktisk kompetanse undervurderes som regel. Dette understrekes og forsterkes ved sykepleiernes lave formelle status ombord.

#### 4.4. Tap av tidligere venner og eiendeler:

Alle ombord er ukjente for nykommeren, og det er ingen mulighet for besøk av, eller regelmessig kontakt med, gamle venner. Nye venner forsvinner så fort de er ferdig med kontrakten. Brannforskriftene og størrelsen på lugaren begrenser mulighetene til å omgi seg med personlige eiendeler. De fleste har leid ut leiligheten hjemme sammen med de fleste personlige eiendelene sine. Dette gjør det også vanskeligere å bryte ut av isolasjonen ved å si opp og reise hjem.

#### 4.5. Medisinering.

Selvmedisinering er mest aktuelt: (overfor-)bruk av alkohol er ikke uvanlig, både i form av ”skapdriking” i ensomhet, og som følge av drikkepress fra andre ansatte eller, for offiserene, fra passasjerene. Enkelte tilfeller av tablettmisbruk har vært rapportert, men begrenses av strikte kontrollrutiner for utlevering av vanedannende medikamenter.

#### 4.6. Avdelingsatmosfære med krav om konformitet og underdanighet:

Dette er i høy grad tilstede. Om man ikke aksepterer de mange skrevne og uskrevne ”rules and regulations”, såvel for skipet som helhet som for hospitalet, går man en meget vanskelig tid i møte. Det kan ikke tillates at én ødelegger miljøet ved ikke å følge reglene, og sjømannsloven gir kapteinen adgang til å si opp en som ikke passer inn, uten ytterligere begrunnelse. Den som blir oppsagt på slikt grunnlag har imidlertid krav på en ekstra måneds hyre.

#### 4.7. Planer om livet ”på utsiden” som har gått i stykker:

Ofte er en eller annen form for flukt utgangspunktet for utreise. Så innledes håpløse forhold ombord av ren ensomhet eller selvmedlidenhet. Det kan igjen føre til større eller nye vansker: ”Hun reiste ut med et problem, lå med overstyrmannen og kom hjem med to”.

Sykepleierne kan tilpasse seg på to måter: 1) bli mer passive og avhengige, eller 2) bli (forsiktig) opposisjonelle, demonstrert ved å bryte relativt uvesentlige regler og fryde seg over ikke å bli tatt eller straffet. F.eks. legger hun uniformsskjørtet opp 2 cm mer enn tillatt etter reglementet, eller forandrer besøkspasset sitt til å omfatte 14 istedet for 4 besøkende ombord.

#### 5. NORMEN OM LIKEBEHANDLING AV PASIENTENE

Som overalt ellers går behandling av akutte lidelser foran subakutte og kroniske, og alvorlige foran mindre alvorlige. Forøvrig skal i prinsippet alle pasientene behandles likt.

Normen om likebehandling har vært lansert som en sosiologisk forklaring på hvorfor omgangstonen blir upersonlig i en tjenesteytende organisasjon (Repstad 1988). Siden man er klar over at forskjellsbehandling skaper misunnelse og uro, skjer det lett at alle i praksis behandles like upersonlig på norske institusjoner.

I tråd med rederiets servicekrav vil passasjerer bli behandlet før ansatte dersom behandlingstidspunktet ikke har betydning for prognosen. Denne politikken forstås og aksepteres vanligvis av mannskapet. Forskjellsbehandling på samme rangnivå aksepteres i mye mindre grad og kan forårsake protester. For å unngå dette, kan man oppleve at de som er på samme rangnivå, behandles like upersonlig, med forsterkning av unyanserte stereotypier av de forskjellige gruppene.

Det er noen pasienter som undersøkes og behandles særlig omhyggelig og omtenksomt: Det er folk med lidelser som skipet eventuelt kan tenkes å bli lastet for, som skader,

sjøsyke, matforgiftning o.l. Dette gjelder også tilsynelatende bagateller. Et eksempel viser at det kan bli mye bråk av småting: En liten gutt løp og falt på dekk, slo haken og fikk et lite kutt, som legen trakk pent sammen med steristrips. Da moren fikk bekræftende svar på om det ville bli arr, klaget hun til hotellsjefen: "He's ruined for life!" og skrev klage til rederiet på sitt "comment card".

Enkelte mannskapsgrupper har etterhvert adoptert den amerikanske forsikringsnevrosen: Med unntak av toppoffiserene og nordmennene, er rederiloyaliteten lav eller ikke-eksisterende. Noen rettsaker reist av besetning mot rederiet har ført til økonomiske forlik som frister andre. Enkelte sakførere har spesialisert seg på dette. De har agenter blant mannskapet, som gir skadede opplysninger om betingelsene deres. Sakføreren tar gjerne saken på "no cure, no pay"-basis, der klient og firma deler gevinsten 60/40 eller 50/50, vel å merke etterat firmaet har trukket fra alle sine utgifter. Likevel blir det gjerne atskillig igjen til klienten.

En sekundærgevist av slike "forsikringsnevros", blir bedre "bedside manners", dvs bedre service for pasienten.

Selvom behandlingen, medisinsk sett, er avhengig av selve lidelsen og ellers lik for alle pasientene ombord, vil likevel helsestabens personlige oppførsel i forhold til den enkelte pasient farges av andre faktorer, som pasientens nasjonalitet, språkmektighet og status, både når det gjelder passasjerer og mannskap. Fordi menneskene har begrenset informasjonsbeholdende kapasitet, legger man seg til standardmåter å reagere på. Dermed slipper man å revurdere sine oppfatninger til stadighet. Dette sparer tid og energi. Av denne grunn stereotypiserer hospitalstaben grupper av pasienter; de finner "typiske trekk" og setter grupper "i bås". I relasjon til den enkelte pasient har stereotypiene størst betydning ved første konsultasjon, for hvordan staben møter pasienten. Deretter justeres oppfatningene etter den individuelle pasient.

Nedenfor vises noen eksempler på stereotypisering:



## 5.1. Passasjerene karakteriseres etter nasjonalitet:

5.1.1. Tyskerne ansees gjerne som formelle og korrekte. De vil bli vist høflighet og respekt, men tør opp om staben snakker tysk under konsultasjonen.

5.1.2. Skandinaverne kommer fra samme kultur- og språkkrets som hospitalstabene og regnes derfor som lette å ha med å gjøre. De krever lite informasjon og vil ut av hospitalet så fort som mulig. Problemene deres er ofte alkoholrelaterte.

5.1.3. Latinamerikanerne blir betraktet som svært emosjonelle med tendens til å overreagere ved sykdom. De lar seg imidlertid relativt lett roe ned, og forsøk på å snakke spansk fra stabens side, blir satt stor pris på. De reiser ofte med store familier. Er de fornøyde med behandlingen, driver de gjerne intens reklame for hospitalet, slik at med store deler av reisefølget etterhvert kommer til konsultasjon.

5.1.4. Amerikanerne regnes som greie når bare staben følger spillereglene: Den må snakke og forstå engelsk uten problemer. En forståelig aksent er imidlertid bare "sjarmerende". Kun engelsk må snakkes i pasientens påhør. Pasienten er vant til å ha ektefelle med til legen. Derfor må det alltid være to stoler foran legens skrivebord. Pasienten forventer å bli detaljert informert og bli tatt med på råd om behandlingen ("informed consent"). Han er vant til å betale for konsultasjoner, tildels mye mer enn ombord, men forventer god service. Amerikanerne er mer utpregede "kunder" og mer opptatt av "medical malpractice" enn andre nasjonaliteter.

Den skandinaviske hospitalsstabene kommer gjerne relativt fordomsfri ombord, men adopterer raskt det øvrige personalets stereotyper.

Jødene skilles ut som gruppe. De står imidlertid for staben som de mest "typiske" amerikanere, slik de er beskrevet ovenfor. Når klager via sakfører refererer til et navn som oppfattes som jødisk, er det nok å peke på navnet, så nikkes det megetsigende: Typisk! Imidlertid er det ikke undersøkt om

henvendelser via advokat forekommer hyppigere fra jøder enn fra andre grupper ombord. En grunn til man oppfatter deres oppførsel som ”typisk amerikansk”, kan være at de utgjør en stor, muligens den største, passasjergruppen.

Forholdet mellom svarte og hvite merkes lite i hospitalet for passasjerenes vedkommende, kanskje fordi det er relativt få svarte som reiser på cruise.

## 5.2. Besetningen karakterisert etter status:

### 5.2.1. Senioroffiserene:

Best service får nok senioroffiserer. Dette har flere årsaker: De har status over, ved siden eller like i nærheten av legene, og de omgås tettere sosialt med dem. Mange er skandinaver med samme kulturgrunnlag som hospitalstaben, Konsultasjoner initieres ofte av legene selv ved at de fanger opp diffuse klager eller symptomer ved lunchbordet el.lign.. Konsultasjoner foretas eller avtales gjerne utenfor kontortid uformelt (”over en drink”) på pasientens lugar. Senioroffiserene har stor innflytelse over hospitalstabens liv ombord, fra videre karriere til å yte god service fra egne departementer.

### 5.2.2. Norsk mannskap:

Norsk mannskap har staben gjerne også et relativt tett forhold til, særlig etterat gruppen tallmessig er skrumpet inn. En viss solidaritet med egen gruppe forventes, og man føler seg også forpliktet til å yte særlig god service til denne gruppen, som i større grad enn andre har fått redusert sine privilegier, ikke minst pga skipets registrering i NIS. Dessuten er de gjenværende nordmenn utpregede sjømenn i tradisjonell betydning: Når de først går til lege, er det stor sjanse for at de feiler noe alvorlig. Som gruppen ovenfor, er de vanskeligere å få tak i vikarer for enn den øvrige besetning. Sykeavmønstring kan også innebære lange og dyre reiser for rederiet. Dette berettiger til ekstra omsorg og nøyere vurdering, bl.a. før sykeavmønstring. På den andre side har til nå utpreget rederiloyalitet, samt det

norske trygdesystemet, gjort sjansen for juridiske krav mot leger og skip små. Dette fører til en mer avslappet omgangstone og kanskje bedre muligheter til å konsentrere seg om den mest effektive behandling, selvom den skulle innebære noe mer risiko enn den mest behagelige. Man kan dog som lege komme i moralsk klemme mellom hensyn til pasient og egen arbeidsgiver, når man ser at den ansatte av rederiloyalitet aksepterer en beskjeden økonomisk erstatning etter en yrkesskade, og vet at han kunne oppnådd langt mer ved å gå til rettsak.

### 5.2.3. Annet mannskap:

Fordi man både fra hospitalets og departementenes side ønsker å forebygge misbruk, må alle i hotellavdelingen bringe skriftlig ”permit to see the doctor”, undertegnet av departementssjefen, for å se legen, unntatt ved akuttlidelser. Denne bestemmelsen skyldes dog også at departementssjefen skal vite hvor mannskapet er, og seddelen gir dessuten pasienten tillatelse til å forlate arbeidsplassen den tid konsulatsjonen tar.

#### 5.2.3.1. Mannskap behandles også noe forskjellig avhengig av kulturell og nasjonal bakgrunn:

Kinesiske vaskeriarbeidere kommuniserer alltid via tolk, men tas ytterst alvorlig fordi de erfaringsmessig bare møter hos legen når de er selv er innstilt på sykeavmønstring. De er meget arbeidsomme og oppsøker ikke hospitalet før alle forsøk på egenbehandling har slått feil.

Filippinerne er autoritetstro og høflige, sier gjerne ”Yessir” til alt de får beskjed om, selvom beskjeden ikke er oppfattet. De har vanskelig for å protestere om de synes behandlingen er urimelig, og deres velvilje kan lett misbrukes.

#### 5.2.3.2. Sykdomsfølelse og kroppssopplevelse følger mindre rase enn kultur og religion:

Svarte ansatte fra USA oppfører seg stort sett som

amerikanske passasjerer.

Det er over 200 svarte ansatte fra Jamaica på SvS. De er ofte "Rastafarians". De har tro på utstrakt bruk av naturmedisin, og bruker rusmidler (ganja, hash) religiøst og rekreasjonelt. Videre snakker de sin egen form for engelsk, som ligger så langt fra den offisielle versjonen at det kan oppstå betydelige kommunikasjonsproblemer.

Svarte haitianerne er svakt utdannet og har lite begrep også om normale kroppsfunksjoner. De tilbakefører gjerne symptomer til åndeverdenen (voodoo) og snakker sitt eget, barriereskapende fransk

Det ovenstående gir eksempler på at jo mindre kontakt hospitalsstaben har med de forskjellige gruppene ombord, desto mindre personlig behandling;-dvs upersonlige kontakt former gir forenklete oppfatninger.

### 5.3. Grunner til upersonlig omgangstone:

#### 5.3.1. "Trained inhumanity":

Staben ønsker å unngå for sterk medfølelse når den i følge regelverket må sende folk i arbeid eller i land, når de vet at dette medfører ulemper for dem. Imidlertid er det en del symptomer som gir anledning til skjematenkning. Feber fører f.eks. automatisk til sykemelding. Det samme gjelder diare hos dem som håndterer mat. Dersom det diffuse begrepet "vondt i ryggen" blir akseptert som grunn for å reise sak, vil legen sannsynligvis bli ytterligere sensibilisert og sykemelde mer liberalt, "for sikkerhet skyld". Samtidig vil anamnesticke opplysninger om tidligere ryggplager måtte telle tungt mot ansettelse i de fleste stillinger ombord.

#### 5.3.3. Mangel på tid:

Når besetningsmedlemmer skal til legen, kommer de erfaringsmessig gjerne like før kontortiden er over. Har legen kontortid for mannskapet før passasjerene, betyr det raskere og mindre grundig behandling. Legen vet da at

passasjerer sitter og venter. Og er kontortid for besetningen etter passasjerenes, skjer det motsatte: Ansatte som kommer til riktig tid, må vente på at legen gjør seg ferdig med passasjerene først.

På SvS har man tatt konsekvensen av kravet til service, ved å legge kontortiden for mannskapet (= 2 x 1/2 time) en hel time før passasjerenes både for- og ettermiddag. Dermed får man et intervall på en 1/2 time til å ta seg av dem som kommer i seneste laget. Det har til nå fungert bra, men forutsetter at man holder strengt på at besetningen skal innfinne seg på venterommet i selve kontortiden for ikke-akutte ledelser. Ulempen er selvsagt at legen i praksis får en hel time ekstra kontortid hver eneste dag.

## VII. ENDRINGER I SKIPSHOSPITALET

Forholdene i skipshospitalet idag er det samlede resultatet av mange små endringer opp gjennom årene. De fleste permanente endringene har vært initiert av helsepersonellet ombord og har dermed vært velkomne.

Imidlertid skal det ikke mer enn ansettelse av en ny medisinsk konsulent til for at en ny filosofi kan bli innført og aktivitetene forandret.

Hvilke problemer kan en reformator som kommer øutenfraø, støte på, og hvilke mulige strategier kan vedkommende ta i bruk?

### 1. BARRIERER MOT ENDRING

Barrieren kan ligge i organisasjonsstrukturen. Forsøker man å endre velprøvde systemer, slike som ”har gått seg til”, risikerer man at det får uforutsette konsekvenser. Ved å endre rutinene kan man risikere å gå glipp av mye informasjon:

Jeg har tidligere beskrevet hvordan større konvolutter for de ansattes medisinske journalopplysninger førte til uventede oppbevaringsproblemer ombord. Dersom følgen av forandringen blir at disse konvoluttene ikke lenger kan følge besetningsmedlemmene fra skip til skip, vil den medisinske

oppfølging av de ansatte bli dårligere.

Erfaring fra land tilsier at nye situasjoner skaper utrygghet, og verre jo mer mindre faglært man er (Repstad 1988). Ombord vet imidlertid både sykepleierne og legene at de kan risikere å miste jobben dersom ledelsen velger å legge seg på et lavere kompetansenivå for å redusere lønnsutgiftene. Som filippinske mannskaper har overtatt mange av nordmennenes deks- og maskinfunksjoner, kan helsepersonell fra land med lavere lønnsnivå lett tenkes å overta i hospitalet (utviklingsland, Øst-Europa). Tendensen har alt vist seg ved utskiftning av operasjonssykepleier med lavere lønnet US sykepleier uten spesialutdannelse.

## 2. MOTSTANDSTEKNIKKER MOT ENDRING

Dersom endringene ikke er initiert av en samstemmig helsestab, vil de nesten alltid bety smerte og anstrengelser, iallfall på kort sikt. Det går fra stabilitet til noe verre. Holter (1970) har beskrevet forskjellige motstandsreaksjoner, kjente fra livet ombord:

### 2.1. Sosiologisk diagnostisering.

Den ferske sykepleieren blir irritert over upraktiske rutiner for å få helseattestene for nyansatte ombord. Når hun klager til purserne, som tror de får merarbeid ved å endre systemet, møtes hun med en sosiologisk diagnose av typen ”dere nye er jo så utålmodige”, for å få nøytralisert endringsforslaget.

### 2.2. Taushet.

Denne teknikken er lettest å bruke i autoritære strukturer, og skulle dermed være velegnet ombord. Imidlertid er forholdene i selve hospitalet, og også mellom skipsledelsen og legene, så tette at taushet ikke fungerer.

Taushet fra ledelsen i land er derimot både vanlig og effektiv. Vanskelighetene med å få en reaksjon fra landsiden kan føre til stadig sterkere former for

provokasjoner, til kapitulasjon og passivitet, eller til innføring av nye rutiner uten godkjenning fra land, f.eks. egne betalingssystemer for pasientene.

En annen form for taushet er at man får anerkjennelse for å ha tatt opp et problem, og så skjer det likevel ingenting.

### 2.3. Dobbelkommunikasjon.

Et eksempel på dobbelkommunikasjon er at ledelsen sier én ting, men gjør noe annet. F.eks. ble det i en periode etter endring i eierforholdene stadig uttalt at den norske bemanning skulle forbli uforandret, men hver gang det var nytt møte med ledelsen, ble det likevel kunngjort at flere norske stillinger var inndratt. Ledelsen hadde m.a.o. fortsatt å arbeide for endring selvom den hadde erklært det motsatte. Dette gjaldt også saniteten.

Denne teknikken gir gevinst for ledelsen i form av arbeidsro under innføring av upopulære forandringer. Fortelles besetningen hvor usikker arbeidssituasjonen er, risikerer man hele skalaen av mulige reaksjoner: Voice, som møter, skriv, og "go slow" og Exit, i form av streik eller avmønstring. Ledelsen må da håpe på tilpasning, treghet i systemet, lojalitet, arbeidsledighet og god tilgang på ny arbeidskraft, eller vansker for egen arbeidsmasse med å finne nye stillinger.

Oftest inviteres man til forslag om endring, og så kommer en bestemmelse i strid med forslagene, uten mulighet til å komme med motforestillinger: "Take it or leave (it)!"

### 2.4. Problemforskyvning.

Stilt over påpekning av et problem, svarer lederen: "Det er ikke det som er problemet!" Han gir så en annen forklaring, som viser at forholdet er noe man bare må leve med.

Å tildele noen rollen som syndebukk, er en spesiell form for problemforskyvning. F.eks. kan sykepleieren uten

skipserfaring eller med den korteste utdannelsen få skylden for alt som måtte gå galt i hospitalet.

## 2.5. Intellektualisering.

Problemet tas opp, men uten personlig engasjement, som om problemet ligger et helt annet sted. Selvom problemet ikke er løst, blir det ikke tatt opp igjen, fordi dette bare vil føre til krangel. Upraktiske kontrollsystemer for utlån av rullestoler og for medisinenes holdbarhet er eksempler fra praksis ombord.

## 2.6. Deflasjon av ideer.

Det kan tilsynelatende være enighet om ideene, men betydningen av enigheten reduseres. Et eksempel er dette:

Mannskapsopplæring i førstehjelp synes alle er et utmerket tiltak. Men den kan bare utføres i smågrupper under livbåtmønstringen, som finner sted noen få timer hver uke, ellers vil det gå ut over arbeidet.

## 2.7. Mytedannelser, illustrert ved øtypiskeø uttalelser:

”Skipslegene går imot forslagene fordi det medfører mer arbeid. Alle vet at skipsleger er late, det er derfor de ikke arbeider i land.”

”Skipslegene er imot det nye lønssystemet (- som medfører lavere lønn, men også fører til dårligere service -) fordi de er griske og bare opptatt av penger”.

”Vi kan ikke gi offisersstatus til sykepleierne, for da vil alle kreve dette”. Dette hevdes uten hensyn til at sykepleierne har bedre utdanning enn andre grupper med tilsvarende status ombord. Dersom man hadde forslått at sykepleierne skulle overta andre gruppers offisersstriper, kunne det ført til gruppekamp og konflikter.

Dermed blir det ingen endring.

## 3. SAMARBEID MED ANDRE INSTANSER



Fellesinnstillingen ombord, som også deles av saniteten, er at man har det best ombord. Man ønsker egentlig å ha minst mulig med landsiden å gjøre: ”Miami skaper bare problemer”. Oppfatningen er at kontoret på land bør selge cruise, og ellers hjelpe til med det som er vanskelig å ordne fra skipet. Det vil si å yte samme service for skipsdepartementene som passasjerene forlanger og får ombord. Landsiden bør blande seg minst mulig i oppleggene ombord, for det fører sjelden til forbedringer, og ofte til ulemper.

#### 4. ENDRINGSSTRATEGIER

Ifølge Sundin (1978) er det to typer av endringsstrategier:

##### 4.1. Individualpsykologiske:

Holdnings- og adferdsendrende opplæring ved endringer skjer for helsepersonellet bare ombord. Eksterne kurs for hospitalstaben er ikke forsøkt i noen sammenheng. Årsaken er angivelig først og fremst ressursbegrensninger.

##### 4.2. Organisasjonssosiologiske:

Rekrutteringen kan endres. Dette er enkelt ombord siden ingen har fast ansettelse, og hele staben kan skiftes ut i løpet av en 6-måneders periode. I praksis forlater man hospitalet en og en, med maksimalt 1-2 uke overlapping for nye sykepleiere, og ingen overlapping for legene. Slik overføres ideologi og praksis, og de nye tilpasser seg de gamle og velprøvede systemene i løpet av relativt kort tid.

For å utnytte en eventuell sannhetsgehalt i ordtaket ”Nye koster feier best”, kan nykommeren få beskjed om at han eller hun i løpet av de neste to måneder skal merke seg det som synes upraktisk eller er uheldig i hospitalet, og så la vedkommende få argumentere for endringsforslagene sine med det for øyet å forsøke å få forandret én prosedyre.

En tredje type endringsstrategi er blitt stadig mer anvendt:

### 4.3. Bruk av massemedia.

Går man åpent ut, risikerer man å ikke få ny kontrakt. Et eksempel er dette: Jeg foretok en gang en undersøkelse om kjønnsykdommer ombord (Dahl 1974). Noen i rederiet fryktet at dette kunne virke som negativ reklame og foreslo yrkesforbud for meg i rederiet. RCCLs medisinske konsulent hadde imidlertid godkjent studien og forhindrede svartelisting.

Hvem vet dog hva som vil skje dersom denne rapporten blir publisert?

Imidlertid fører tidligere passasjerer, og avisene selv, egne kampanjer for å bedre sikkerhet og kvalitet i cruise-hospitalene. Lekkasje er dermed en mulighet.

Dette er noen overskrifter i Sun-Sentinel i Fort Lauderdale, Florida:

”Ship doctors can be health hazards” (7.5.89)

”Poorly trained doctors pose danger on the high seas” (7.5.89)

”Complaints put ships in rocky waters” (7.5.89)

”Some cruise ships sail with unlicensed doctors” (14.12.89)

”No laws govern doctor standards on cruise ships” (14.12.89)

”Disease outbreaks still plague cruises” (14.12.89)

”Medical care at sea draws fire” (26.2.90).

## VIII. PERSPEKTIVER

### 1. TUNGE TRENDER

I det foregående har jeg vist at markedet, dvs pasientene, har hatt avgjørende innflytelse på forholdene i skipshospitalet. Det er intet som tyder på at denne innflytelsen vil bli mindre i årene som kommer.

I det følgende vil jeg se nærmere på en del tunge trender, som i tiden framover vil kunne få betydning for skipshospitalet og bemanningen der:

### 1.1. Internasjonal politisk uro vil tilta.

Under internasjonale kriser øker faren for terroraksjoner. Gisseldramaet på M/V "Achille Lauro" og brannen på M/S "Scandinavian Star" viste at cruiseskip er sårbare mål for slike aksjoner, og at skipskatastrofer gir stor uttelling for gjerningsmennene i form av omfattende mediadekning.

Saniteten vil kunne spille en avgjørende rolle for omfanget av store ulykker og må forberede seg på å kunne takle slike situasjoner.

### 1.2. Cruiseflåtens volum vil vokse.

RCCLs cruiseskip blir stadig flere, og de planlagte □ nybyggene er store skip, som vil kreve den samme store hospitalsbemanning som SvS. Det betyr at de fleste leger og sykepleiere som tar arbeid på RCCL-skip, vil måtte være forberedt på hardt arbeid. Avslappende ferieopplegg ombord for helsestaben er en saga blott.

### 1.3. Ressursene vil bli knappere.

Ifølge markedsundersøkelser har bare 5% av USAs befolkning vært på cruise, mens 28% er fristet til å prøve. Konkurransen om markedsandelene er imidlertid stor. Selvom inntjeningen i RCCL fortsetter å være bra, vil de neste årenes nybygg representere tunge økonomiske løft. "The bottom-line-philosophy" vil derfor fortsette å prege cruisevirksomheten i de nærmeste årene. Ja, den vil sannsynligvis gjøre det i økende grad.

Saniteten må være forberedt på ytterligere kontroll og regulering av virksomheten for å få økte inntekter og for å redusere unødvendige utgifter.

#### 1.4. Kundenenes forventninger og krav til service vil øke.

Med den aksellererende medisinsk-tekniske utvikling vil pasientenes forventninger og krav til helsestaben tilta, både når det gjelder medisinsk behandling og pasientservice i enhver form.

#### 1.5. Terskelen for erstatningskrav fra kundene vil bli lavere.

Dårligere sosiale ytelser fra det offentlige, og mer restriktive helsepoliser i private forsikringsselskaper, bidrar til at tendensen til å søke erstatning for mulig medisinsk feilbehandling bare øker i USA. Både økte pasientforventninger og forsikringsselskapenes villighet til å inngå forlik, for å unngå dyre rettsaker, gjør det sannsynlig at terskelen for erstatningskrav mot saniteten ombord også senkes ytterligere. På lengre sikt skader forsikringsselskapene seg selv med denne politikken. Løsningen er samarbeid mellom selskapene, men de befinner seg i en avmaktsituasjon, i et spill av typen ”fangenes dilemma”.

## 2. TILTAK

Hva kan man gjøre for å møte disse utfordringene?

Nedenfor nevner jeg noen forslag:

### 2.1. Opprettelse av en skipsmedisinsk avdeling på land.

Da RCCL-flåten besto av 3 mindre skip, og den samlede hospitalstab omfattet 3 leger og 6 sykepleiere med relativt lite å gjøre, kunne man til en viss grad forsvare å la én lege i delstilling ta seg av bemanning og årlig inspeksjon av hospitalene ombord.

I 1992 vil flåten bestå av 9 (eventuelt 11) skip med 12 (eller 14) leger og 21 (eller 25) sykepleiere til enhver tid ombord. Den samlede helsestab må være forberedt på å ta imot over 60.000 konsultasjoner i året. Dette stiller krav til profesjonell medisinsk og økonomisk ledelse av den samlede

hospitalstjenesten.

I dag er de forskjellige medisinske oppgavene i land spredd på mange departementer. Ansvarsforholdene er diffuse, og det blir vanskelig å få til en praktisk koordinering av oppgavene, både på land og skipshospitalene imellom.

Det kunne derfor være hensiktsmessig å opprette et medisinsk departement, som kan koordinere og løse alle de medisinske oppgavene det er naturlig å takle fra land. Avdelingens hovedoppgave kunne være å yte service for skipshospitalene, dvs legge forholdene best mulig til rette for at de skal kunne leve opp til rederiets generelle målsetning: "Excellent quality and a high standard of service!"

For at den medisinske avdelingen skal kunne fungere tilfredsstillende, må dens øverste leder være en lege med omfattende medisinsk utdanning og bred erfaring fra store cruiseskip. Siden han må ha avgjørende myndighet i medisinske spørsmål, må han også ha den nødvendige tyngde til å kunne ta kvalifisert medisinsk og økonomisk ansvar for virksomheten, både i forhold til rederiets "bevilgende myndigheter" og til skipshospitalene. Og han må samtidig ha tilstrekkelig makt til å få gjennomført det han mener er nødvendig for å kunne påta seg dette ansvaret.

Av praktiske grunner bør det medisinske sentralkontoret ligge i selve havneområdet i Miami, hvor de fleste av skipene anløper regelmessig.

Arbeidsoppgavene for et slikt kontor blir mange, og bare noen stikkord nevnes her for å illustrere mangfoldet:

Kontoret skal svare på medisinske spørsmål fra potensielle passasjerer; avgjøre, i tvilstilfeller, om passasjerer og mannskap, er medisinsk skikket for cruise; sørge for friksjonsløs spesialistservice i land; utarbeide og følge opp, sammen med skipene, årsbudsjettene for skipshospitalene; bestemme omfang og typer av medikamenter ombord; bestemme

hvor man kan få de best mulige leveranser av medisiner og medisinsk utstyr fra mht sikker pakking, rask levering og lav pris; kontrollere, samordne og følge opp bestillingene fra, og leveransene til, hospitalene; fastsette medisinerprisene og føre kontroll med omsetningen; samordne forholdene på alle skipene, slik at helsepersonellet kan flytte fra skip til skip uten unødige tilpasningsproblemer; drive lobby-virksomhet overfor fagorganisasjoner og myndigheter, f.eks. for å få oppgradert merittverdien av skipshospitalstjeneste, få bedre skatteforhold for helsepersonellet, få endret bestemmelser om dyrt og uhensiktsmessig medisinsk utstyr i livbåtene etc.

En effektivt drevet medisinsk avdeling i Miami vil ikke være i strid med ”the bottom-line-philosophy”, men heller være i tråd med den, siden mer rasjonell drift fort vil kunne spare inn etablerings- og driftskostnader.

## 2.2. Større krav og økte fullmakter til den lokale medisinske konsulent.

Sålenge rederiet fortsatt vil satse fortrinnsvis på ikke-amerikansk helsepersonell, må det stilles store krav til rederiets medisinske konsulent i det aktuelle personellets geografiske nærmiljø.

Konsulenten må være en lege med bred medisinsk bakgrunn og godt kjennskap til den lokale utdanning av leger og sykepleiere for å kunne vurdere søkeres medisinske kvalifikasjoner. Han må også ha omfattende lokale kontakter både i det medisinske og i andre miljøer for effektivt å kunne kontrollere søkeres bakgrunn og referanser. Videre må han ha erfaring både fra store og små skip, både for å forberede søkerne i detalj på hvilke krav og forventninger som vil møte dem ombord, og for å vurdere om søkerne med rimelig sikkerhet kan oppfylle disse.

Konsulenten må personlig intervju alle førstegangssøkere for å finne ut om de har den ønskede serviceinnstilling, behersker muntlig engelsk i praksis, har et fornuftig forhold til alkohol, og forstår hva kontrakten innebærer.

Han må sikres god og pålitelig tilbakemelding om hvordan den enkelte lege og sykepleier greier seg på sjøen.

Han må videre gis muligheter til å tilby insentiver for å kunne holde på personell som viser seg å fungere godt ombord. Veltilpasset personell bør premieres for å tegne ny kontrakt, ved å få f.eks. fortrinnsrett ved ansettelse, høyere status markert ved en ekstra halv gullstripe, høyere lønn, kortere kontrakter, og bedre vilkår for familiebesøk ombord.

For ytterligere å redusere risiko for å få ansatte som ikke passer ombord, må konsulentene vurdere leger fra små- eller subspecialiteter og forskere spesielt nøye; dvs unngå å ansette leger som ikke har fulgt med i almenpraksis.

Videre bør rederiet pålegge konsulentene, av sikkerhets- og kvalitetsmessige hensyn, at han for framtiden bare skal ansette skandinavisk utdannede anestesisykepleiere. I dag risikerer man at den amerikanske sykepleieren som er på vakt hver annen eller hver tredje dag, ikke kan intubere i akutsituasjoner.

Det har vist seg at man kan få skandinaviske anestesisykepleiere til samme pris som dårligere kvalifiserte amerikanske pleiere. Anestesisykepleierne er vant med å intubere og legge inn intravenøse kanyler, samt takle krisesituasjoner. Tilsvarende spesialutdannelse og -praksis til gunstigere pris fins knapt ellers i verden idag. Selvom man ikke er villig til å gi dem høyere lønn, bør sykepleierne gis offisersstatus og 2 gullstriper.

Merutgiftene ved tiltakene under 2.2. er ubetydelige, og de vil være inntjent om man bare unngår å ansette én person som ikke passer i hospitalet ("misfit").

### 2.3. Skandinavisk eller ikke-skandinavisk helsepersonell?

De siste årene har det vært en tendens til å skifte ut skandinavisk mannskap med ansatte fra land med lavere

lønnskrav. Dette har ført til at rekrutteringsstillingene er blitt lukket for nordmenn. Det blir dermed ikke utdannet flere norske skipsoffiserer. I den senere tid har etterspørselen etter norske skipsoffiserer økt betydelig, samtidig som tilbudet har avtatt. Tendensen til å erstatte norsk med utenlandsk maritim besetning, synes nå å være stanset.

Tilsvarende har det flere ganger vært på tale å skifte ut skandinavisk helsepersonell med utenlandsk. Det ble også for noen år siden innført at operasjonssykepleieren på hvert skip skulle erstattes av 1-2 amerikansk sykepleier uten spesialutdannelse, med lavere lønn og dårligere generelle betingelser. Som tidligere diskutert, førte dette i praksis til en kvalitetssenkning i hospitalet, samt til at de skandinaviske sykepleierne etterhvert fikk samme reduserte økonomiske betingelser som de amerikanske sykepleierne. Også legene fikk redusert sin grunnlønn.

De samlede lønnsutgiftene til helsepersonalet utgjør nå fra 2 dollar pr passasjer, på det minste skipet, til 1 dollar pr passasjer, på de største skipene. Vesentlige lønnsreduksjoner utover dette er neppe realistiske, om dagens krav til kvalitet og service skal kunne opprettholdes.

Skifte til ikke-skandinavisk personell vil bety at man må bygge opp en ny medisinsk konsulenttjeneste i det området man ønsker å rekruttere helsepersonellet fra. Videre betyr det å skifte ut et utprøvd system, som til nå har fungert bra, med et nytt og usikkert. Endelig vil det føre til en kvalitetssenkning, særlig i livstruende situasjoner, om man mister anestesisykepleierne.

I praksis har det vist seg at amerikanske leger blir vesentlig dyrere enn norske. De ser på virksomheten som ferie og er bare villige til å inngå kontrakter av få ukers lengde. Både servicen for passasjerene og den medisinske oppfølgingen av mannskapet vil lide under det.

2.4. Skipslegen som rederiansatt eller selvstendig næringsdrivende?



For å forsøke å redusere eget ansvar ved feilbehandling i skipshospitalet, har rederiet kommet med forskjellige utspill med tanke på å gi hospitalet en mer selvstendig stilling. I RCCLs reklamebrosjyre for 1990 står det endog følgende:

”The physicians and nurses aboard the ship are independent contractors. RCCL is not responsible or liable for any act or omission of physicians, nurses or other providers of service to those passengers under their orders with respect to the treatment, advice, care or services of any kind given by such persons to any passenger”.

Dette er imidlertid ikke riktig:

Internasjonal lov påbyr lege ombord, og dermed vil rederiet, uansett, ha arbeidsgiveransvar for saniteten ombord. Rederiet vil i USA alltid bli saksøkt sammen med legen ved mistanke om feilbehandling, ikke minst fordi de beste mulighetene for stor økonomisk erstatning ligger hos rederiet. Det ville være ustrategisk, og lett bli dyrt, å skape situasjoner der rederi og helsestab står mot hverandre, istedet for å ha samlet front mot eventuelle urimelige krav.

Forøvrig vil de fleste av tiltakene som er forslått ovenfor, ha preventiv effekt når det gjelder søksmål. Krav fra rederiet om regelmessig sertifisering av helsepersonellet i gjenopplivningsprosedyrer ( ”CPR”, ”advanced life support systems”), vil også kunne bedre tilbudet og forebygge erstatningskrav.

## 2.5. Bedre utnyttelse av ”comment cards”.

Ved å presentere saniteten ikke bare for de negative, men også for de velvillige, kommentarene fra passasjerene vedrørende hospitalsdriften, vil man, gjennom positiv betinging, kunne skape bedre motivasjon og oppnå enda bedre service.

De fleste negative kommentarene gjelder betalingsrutinene ombord. De kan elimineres dersom honorarene for framtiden kan innbetales i hospitalet i tilslutning til konsultasjonen.

Både kontanter, kredittkort, personlig sjekk, og skipets eget kvitteringssystem må der kunne aksepteres som betalingsmiddel.

## 2.6. Katastrofeplanlegging.

Saniteten deltar i regelmessige brann- og livbåtøvelser. Det fins imidlertid ingen plan for hvordan skipshospitalet skal takle eventuelle større ulykker og katastrofesituasjoner. En slik plan bør utarbeides og regelmessig øves:

”Ingen plan uten øvelse,- ingen øvelse uten plan!”

Siden det aller meste medisinske utstyret befinner seg i hospitalet, vil leger og sykepleiere ha lite å hjelpe seg med dersom hospitalet er blokkert, f.eks. av brann, røyk, oversvømmelse eller eksplosjon. Det bør derfor opprettes avlastningslager(e) i god avstand fra selve hospitalet, for inntil en tredjedel av hospitalets medisinske utstyr.

For å unngå merutgifter ved denne ordningen, må lageret være ”aktivt”, dvs en rotasjonsplan for utstyret må sikre at det blir brukt mens det fortsatt er i førsteklasses stand.

På framtidige nybygg bør man ta hensyn til rullestol- og bæretransport ved planlegging av trapper og korridorer.

## 3. KAN ERFARINGER FRA SKIPSHOSPITALENE NYTTES AV HELSEVESEN PÅ LAND?

Cruisepassasjerer kjøper status og luksus. De er ekstremt opptatt av den ”innpakningen”, den servicen de får her. Dette er noe som følger med økende rikdom. Etterhvert som flere blir velstående i Norge, ser vi også tendenser til krav om bedre ”innpakning” av norske helsetjenester. Folk venter ikke like tålmodig som før, de krever bedre informasjon og vil også i økende grad være med på å bestemme behandlingen. De oppfatter seg mer enn før som ”kunder” og ”deltagere” og forventer, eller forlanger, mer innflytelse.

Norsk helsevesen kan møte disse nye kravene, eller behovene, på forskjellige måter:

Det kan stritte i mot, og la leger og annet helsepersonell i alt vesentlig bestemme premissene (Se Figur 1). Det kan gi etter og gjøre som pasientene vil. Eller det kan dekke mer eller mindre veldefinerte basale behov, og kreve betaling for alt som forlanges utover dette.

Forholdene ombord demonstrerer hvordan det går når pasientene i høyere grad får definere premissene, dvs når markedskreftene får større spillerom. Erfaringer fra f.eks. Ringsenteret i Oslo viser at også mange norske pasienter både kan, og vil, betale for en bedre ”innpakning” dersom det offentlige ikke følger opp. Det vil slik etterhvert skapes et privat helsemarked, med pasientkunder” og ”forhandlingsleger”.

IX. LITTERATUR  
IX. LITTERATUR

Axelsen T. Det tause sykehuset. Universitetsforlaget,  
Oslo 1976.

Bannerman G. Bon Voyage! The Cruise Traveler's Handbook.  
Passport Books, Lincolnwood, Illinois 1984.

Barton R. Institutional Neurosis. Wright, London 1969.

Berg O. Medisinen som samfunnsinstitusjon. Institutt for  
statsvitenskap, Universitetet i Oslo 1973.

Berg O. Helseinstitusjoner og autoritetsmangfold. I:  
Lorentzen P (red.). Helsepolitikk og helseadministrasjon.  
Tanum-Norli, Oslo 1982.

Berg O, Hjortdahl PO. Lege og pasient: en rolletypologi.  
Upublisert manuskript 1990.

Charns MP, Lockhart CA. Work Design. I: Shortell SM, Kaluzny  
AD et al. Health care management - A text in organization  
theory and behavior. John Wiley & Sons, New York 1988.

Dahl E. Kjønnssykdommer blant sjøfolk: Kjønnssykdommer blant  
norsk og utenlandsk besetning på et norsk cruiseskip i Det  
karibiske hav over en 2 1/2-årsperiode. Tidsskrift for Den  
norske Lægeforening 1974; 94: 2372-2374.

- Dahl E. Almenpraksis til sjøs: Medisinske erfaringer fra en jordomseiling. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1979; 99: 327-330.
- Etzioni A. Moderne organisasjoner. Tanum-Norli, Oslo 1978.
- Fain RD. Industry Outlook. Travel Weekly 1990; 49 (3): 29-33.
- Goffman E. Asylums. Doubleday, New York 1961.
- Hirschman AO. Exit, Voice, and Loyalty. Harvard University Press, Massachusetts 1970.
- Holter H. Motstands- og avvergeteknikker i sosiale organisasjoner. Tidsskrift for samfunnsforskning 1970; 3.
- Kolltveit B. Skaugen 70 år i shipping. Oslo 1986.
- Kolltveit B. Fra Verdens Ende mot de syv hav. Oslo 1989.
- John Maxtone-Graham. From Song to Sovereign. Stamford, Connecticut 1988.
- Perrow C. Hospitals: Technology, Goals and Structure. I: March J (red.). Handbook of Organizations. Rand McNally & Co., Chicago, Illinois 1965.
- Repstad P. Institusjonssosiologi. Tano A.S., Otta 1988.
- Schjander N. Hvis jeg bare hadde en bedre sjef... Hjemmets Bokforlag, Oslo 1987.

Sundin B. Individ, institution, ideologi. Anstaltens social-  
psykologi. Bonniers, Stockholm 1978.

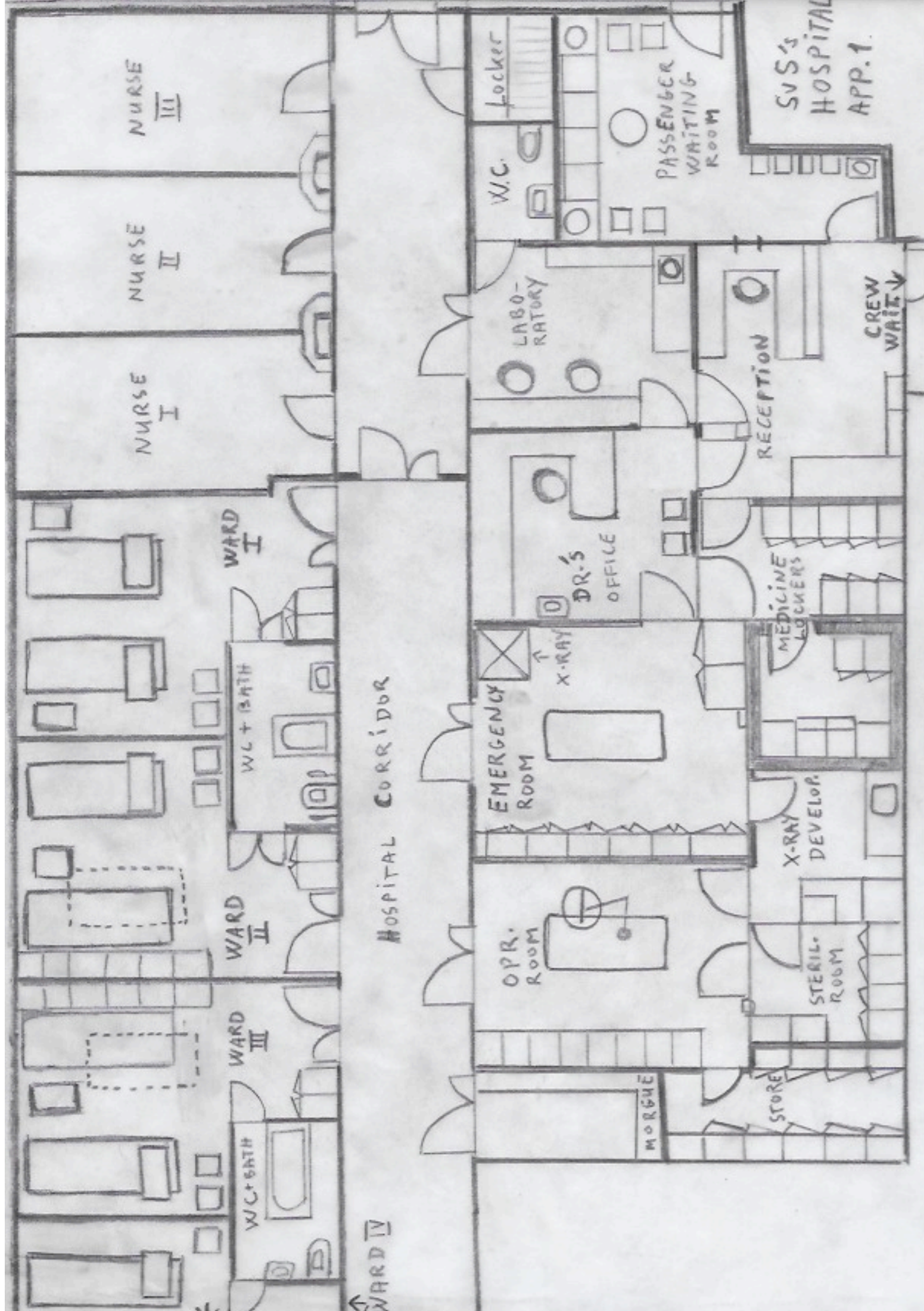
Ward D. Berlitz Complete Handbook to Cruising. Berlitz, New  
York 1989.

Dessuten avisartikler i:

Verdens Gang, Oslo:	20.03. 1990
Sun Sentinel, Fort Lauderdale:	07.05. 1989
	14.12. 1989
	26.02. 1990

---

APPENDIX 1:  
Sovereign of the Seas  
The Ship's Hospital



NURSE III

NURSE II

NURSE I

WARD I

WC + BATH

WARD II

WARD III

WC + BATH

WARD IV

HOSPITAL CORRIDOR

EMERGENCY ROOM

OPR. ROOM

LABO-RATORY

DR.'S OFFICE

X-RAY

MORPHÉ

W.C.

Locker

STORE

STERIL. ROOM

X-RAY DEVELOP.

MEDICINE LOCKERS

RECEPTION

PASSENGER WAITING ROOM

SVS'S HOSPITAL APP. 1.

CREW WAIT